



# Actas Urológicas Españolas

[www.elsevier.es/actasuro](http://www.elsevier.es/actasuro)



## Editorial

## La comunicación de malas noticias en medicina

### The communication of bad news in medicine

La comunicación de malas noticias es una actividad inherente a la práctica de la medicina. Un médico puede llegar a tener que informar de situaciones no favorables hasta miles de veces a lo largo de su carrera<sup>1</sup>. La capacidad de comunicación con el paciente ha sido considerada erróneamente como una habilidad de menor importancia al compararse con otros aspectos técnicos de la práctica asistencial<sup>2</sup>. Este aspecto de la relación médico-paciente es, sin embargo, de una gran relevancia. Por ello consideramos que la capacidad de comunicar correctamente malas noticias al paciente así como los elementos de los que hoy se dispone para mejorarla deben formar parte del conocimiento y de la formación del médico.

Diversas encuestas realizadas a la población nos indican que, desde hace años, la actitud del paciente ha cambiado y que en general desea y espera una información profusa sobre su enfermedad, tratamientos posibles y pronóstico<sup>3,4</sup>. En aquellos casos en que la información sea demasiado terrible para el mismo paciente, este desarrollará una serie de reflejos para amortiguar el efecto en la medida de lo posible<sup>3</sup>. Una buena comunicación entre médico y paciente ha demostrado afectar positivamente a la satisfacción del paciente con la atención recibida, a la decisión terapéutica, al grado de seguimiento de los protocolos por parte del paciente, al estrés del mismo y a las reclamaciones por mala práctica<sup>2</sup>. Por otro lado, en lo que respecta al profesional, el médico vive la experiencia de comunicar malas noticias como angustiante y generadora de ansiedad<sup>5,6</sup>. Finalmente, existe poca evidencia de que la dificultad que entraña dar este tipo de notificaciones disminuya con la experiencia<sup>7</sup>.

A pesar de la importancia que tiene cómo dar una mala noticia así como de la frecuencia con la que este hecho se produce en nuestra profesión, casi ningún sistema educativo proporciona una formación específica a tal efecto ni de pregrado ni de postgrado<sup>5-7</sup>. Sin embargo, existen multitud de habilidades de comunicación que pueden aprenderse y que además se relacionaran directamente con ciertos resultados clínicos como el aumento de la satisfacción y confianza del paciente, la mejora del intercambio de información y la mayor posibilidad de tomar decisiones terapéuticas conjuntamente<sup>2</sup>.

Existen diversas definiciones de mala noticia en medicina. En esencia sería aquella que altera la perspectiva de futuro

del paciente y/o de su familia de un modo drástico causando un desarreglo emocional que persistirá en el tiempo<sup>6</sup>.

De cara a mejorar en nuestra capacidad de transmitir malas noticias a los pacientes, básicamente disponemos de 2 herramientas. Por un lado, los protocolos y por otro, los cursos de formación.

El racional de emplear protocolos en la comunicación de malas noticias es el mismo que el de usarlos para cualquier otro acto complejo (por ej. la reanimación cardiopulmonar) que se realiza en medicina: la división del procedimiento en diferentes pasos simplifica su desarrollo. La sistematización del acto implica una menor posibilidad de error y mayor tranquilidad para el profesional lo que debería redundar en un beneficio para el paciente. Uno de los protocolos más comentados en la literatura es el SPIKES, planteado en seis pasos y publicado por Baile y Buckman en 2000. Se trata de un procedimiento dividido en 6 etapas que tiene como objetivos obtener información del paciente, proporcionarle información adecuada a sus necesidades y deseos, reducir el impacto emocional que significa para el paciente la recepción de una noticia adversa y finalmente desarrollar una estrategia terapéutica con la cooperación y participación activa del paciente. La 6 etapas son: 1. *Setting up*: preparación de la entrevista (revisar el caso, escoger un entorno adecuado con suficiente privacidad, sentarse, disponer de tiempo sin interrupciones...), 2. *Perception*: «Antes de explicar, preguntar», esto permitirá adecuar la información a cada paciente, 3. *Invitation*: obtener la información del paciente de cuánto y cómo desea ser informado de su proceso, 4. *Knowledge*: proporcionar al paciente la información avisándole previamente de que no va a ser buena, empleando un vocabulario adecuado a su capacidad de comprensión y evitando tecnicismos. Debe evitarse cerrar completamente las puertas, si no puede hablarse de curación siempre se le puede comentar como controlar el dolor o mejorar los síntomas... 5. *Emotions*: responder a las emociones del paciente es una de los retos más difíciles cuando se comunican noticias adversas. Debe tratarse de mostrar empatía con el paciente<sup>2</sup>. 6. *Strategy and summary*: los pacientes que tienen claro el plan de futuro sufren de menor ansiedad. En este momento el clínico puede hacer sentir al paciente que sus deseos son importantes y que el plan terapéutico se decidirá entre los dos. Además, la incomodidad

del profesional cuando notifica pronósticos adversos o tratamientos con efectos adversos severos puede verse disminuida si ha aplicado el protocolo<sup>3</sup>.

Existen otros protocolos publicados<sup>8,9</sup> y aunque hay bastante concordancia entre este tipo de guías clínicas y la visión de lo que el paciente y su familia esperan cuando se les comunican malas noticias, no hay mucha evidencia de su grado de implementación en la clínica cuando no van acompañados de cursos de formación. Aún así, se ha comunicado que el profesional que trabaja con este tipo de guías sufre menos estrés a la hora de comunicar noticias adversas<sup>7</sup>.

En los últimos años se han desarrollado cursos de formación para médicos sobre cómo comunicar malas noticias. Es conocido que la presencia de un observador externo para la evaluación de la entrevista médico-paciente puede introducir sesgos y resultar intimidante<sup>2</sup>. La aparición de nuevas tecnologías ha permitido que el registro de audio e incluso de video de las visitas haya permitido estudiarlas con más profundidad<sup>2</sup>. Por otro lado, en la actualidad se han desarrollado diversos métodos para evaluar la calidad del diálogo establecido entre médico y paciente en las consultas de oncología<sup>10</sup>. Todo ello se ha empleado en el desarrollo de programas de formación. Estos cursos suelen ser estancias intensivas de varios días de duración durante las cuales el médico es formado en técnicas de comunicación empleando pacientes simulados.

De todos modos, el hecho de que estos hallazgos basados en la observación se puedan convertir en recomendaciones clínicas de utilidad que influyan en el cuidado de los pacientes no está completamente demostrado<sup>2</sup>. La mayoría de los resultados de estos cursos se basan en encuestas completadas por los participantes sobre su grado de autoconfianza a la hora de enfrentar este tipo de entrevistas antes y después del curso. Este tipo de valoración proporciona escasa evidencia sobre la efectividad de estos cursos en la transmisión de las habilidades adquiridas a la práctica clínica y en la mejora de los resultados relacionados con el paciente<sup>7</sup>. Aun así, sí que ha demostrado en ensayos randomizados su efectividad en mejorar la capacidad de comunicación del oncólogo así como la persistencia de esta mejoría pasados doce meses aunque no se hayan realizado otras actividades al respecto<sup>11,12</sup>. Otros autores comunican la necesidad de una formación de soporte tras el curso inicial<sup>13</sup>. En definitiva, este tipo de cursos aunque caros e intensivos, son necesarios<sup>7</sup>.

En nuestro medio, la formación recibida para la comunicación de malas noticias se basaría principalmente en la propia experiencia y en la observada en nuestros «maestros». Las recomendaciones que uno ha establecido para sí mismo y sus residentes a lo largo de los años de práctica asistencial serían:

- Sonríe y se amable
- Proporciona proximidad (también física, tomar una mano, etc...)
- Invierte tiempo en explicar y en comprender
- El paciente al que se le da una noticia adversa esta en «shock», no te entiende. Cítalo de nuevo

- Se honesto con tus explicaciones, grado de conocimiento y con las expectativas que generes
- No cierres todas las puertas (transmite esperanza en la medida de lo posible)
- Recuerda que nadie está aquí porque quiere, intenta tener paciencia

El problema es que en el contexto actual en que el acto médico se basa en la evidencia disponible, este aprendizaje se traduciría en un grado de evidencia y, consecuentemente, de recomendación sencillamente inaceptables. El listado anterior no es más que una declaración de buenas intenciones sin mayor interés científico. Por si fuera poco, cada vez más nos movemos en un medio habitualmente masificado, con poca disponibilidad de tiempo para la atención a cada paciente, con un paciente («usuario») y familia cada vez mejor informados (Internet, etc...) pero también más demandantes y en ocasiones poco claros (no siempre queda bien establecido por parte de paciente y familia cuánta información desean recibir)... Entonces: ¿Qué hacemos? Nuestro deber es intentar proporcionar la información del modo más adecuado posible y dotarnos de las herramientas (protocolos/cursos o ambos) necesarias para ello. Sería interesante que nuestras Instituciones (como ya lo está planificando la AEU) nos ayudaran en esta parte de nuestro desarrollo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol.* 1998;16:1961-8.
2. Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol.* 2005;17:331-5.
3. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Goble G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist.* 2000;5:302-11.
4. Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, et al. Information needs of cancer patients in West Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ.* 1996;313:724-6.
5. Bascañán ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra.* 2007;51:28-31.
6. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva.* 2006;30:452-9.
7. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet.* 2004;363:312-9.
8. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol.* 1995;13:2449-56.
9. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med.* 1999;171:260-3.
10. Jenkins V, Fallowfield L, Solis-Trapala I, Langridge C, Farewell V. Discussing randomized clinical trials of cancer therapy: evaluation of a Cancer Research UK training programme. *BMJ.* 2005;330:400.

11. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002;359:650-6.
12. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer*. 2003;89:1445-9.
13. Razavi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J, et al. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol*. 2003;21:3141-9.

J.A. Peña\* y F.X. Solé-Balcells  
*Servicio de Urología, Fundació Puigvert, Barcelona, España*  
\*Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: japena@fundacio-puigvert.es (J.A. Peña).

0210-4806/\$ - see front matter  
© 2010 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los  
derechos reservados.  
doi:10.1016/j.acuro.2010.05.010