

La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. III. Guía clínica práctica basada en evidencia

Myr. M.C. José de Jesús Almanza-Muñoz,* Dra. Jimmie C. Holland**

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, USA.

RESUMEN. El presente estudio evalúa sistemáticamente la literatura existente en la Comunicación de las Malas Noticias (CMN) en la práctica médica para usarla como evidencia en la elaboración de una guía clínica. Por su extensión se ha dividido en tres partes: I. Aproximación Conceptual; II. Revisión Sistemática de la Evidencia; y III. Guía Clínica Práctica Basada en Evidencia. La fuente de datos fue una búsqueda computarizada en PUB-MEDLINE mediante las palabras «malas noticias» y «pacientes» («bad news», «patients») como descriptores. Esta tercera parte y final, constituye la guía clínica práctica y está orientada a mejorar las habilidades de comunicación de los médicos de cuidado primario en ese contexto.

Palabras clave: relación médico-paciente, comunicación, práctica médica, cuidados, evidencia, bioética.

SUMMARY. This study was undertaken to systematic assessment of the literature on Breaking Bad News in the medical practice with the goal of using their as evidence for clinical guidelines. Because their extension, this work is dividing in three parts: I. Conceptual approachment; II. Systematic review of evidence; and III. Clinical Practical Guideline Evidence Based. The data source was a searching on Pub Medline through bad news and patients as descriptors. This third and final part describes the clinical practice guideline oriented to improve the communication skills in the context of the primary care physicians.

Key words: doctor-patient relationship, communication medical practice, evidence, care, bioethic.

Guía clínica práctica para la comunicación de malas noticias en la relación médico paciente.

La presente guía clínica práctica fue desarrollada en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de la Ciudad de Nueva York EUA, bajo la dirección y colaboración de la Dra. Jimmie C. Holland, Wayne E, Chapman Chair del mismo. Se estableció una aproximación conceptual (Almanza y Holland, 1998)² y se realizó una revisión sistemática (Al-

* Secretaria de la Defensa Nacional, México. Research Fellow de Psiquiatría de Consulta y Enlace en Psico-Oncología, Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, USA.

** Chair Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, USA.

Correspondencia:

Myr. M.C. José de Jesús Almanza Muñoz
Department of Psychiatry. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
1275 York Avenue/Box 421. New York, New York 10021. Tel: (212) 639 7051, Fax: (212) 7173087 E-mail: almanzaj@mskcc.org

manza y Holland, 1998)³, para analizar la evidencia (Chalmers y Altman, 1995)⁷, según sus criterios de calidad (Oxman y Guyatt)²⁵ siguiendo el procedimiento recomendado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1996)¹ para el desarrollo de guías clínicas prácticas.

Búsquedas computarizadas de la literatura relevante fueron realizadas de 1975 a 1998. Las palabras clave utilizadas fueron «malas noticias» y «pacientes», se incluyeron artículos relacionados con investigación, práctica médica, entrenamiento así como cartas, opiniones, comentarios y editoriales. Asimismo, las búsquedas iniciales fueron ampliadas mediante la revisión de las referencias de los artículos inicialmente recuperados.

La práctica de la medicina exige al clínico comunicar malas noticias al enfermo, su familia o su grupo primario de apoyo, ya sea en términos de hallazgos diagnósticos, curso terapéutico o complicaciones de diversa índole durante la evolución de una enfermedad severa, crónica o incurable. Dicha comunicación implica un alto grado de impacto psicológico a nivel del paciente (Saltini, 1995;²⁸ Singer, 1997;³⁰ Thayre, 1995³²), su red de apoyo (Eden, 1994;¹¹ Guttenberg, 1983;¹⁵ Kleiber, 1994;¹⁷ Seo, 1997²⁹) y aún del equipo médico (Espinosa, 1996).¹³

La trascendencia, dificultad y frecuencia de dicho evento clínico, contrasta con la deficiente preparación de los médicos, en términos de habilidades globales de comunicación médico-paciente (Charlton, 1996;⁸ Knox, 1989;¹⁸ Morgan, 1996²⁰) particularmente en la forma de proporcionar información de resultados o hallazgos negativos en el curso de la evolución o estudio de un enfermo (Von Bloch, 1996³⁵), asimismo se ha demostrado que más de la mitad de las quejas dirigidas a los médicos como grupo, tiene relación directa con dificultades de comunicación (Emanuel, 1995;¹² Levinson, 1997;¹⁹ Vincent, 1994³⁴), muy por encima de aquellas razones inherentes a una deficiente habilidad clínica o inadecuada praxis médica.

Lo enunciado señala claramente la grave necesidad de optimizar la habilidad del médico orientada a proporcionar información médica al enfermo y a los suyos, mediante una técnica profesional y humana que contribuya a la comprensión clínica e individual del enfermo, con el propósito múltiple de favorecer el desarrollo de la alianza terapéutica y el cumplimiento de las indicaciones consecuentes.

La comunicación médico-paciente

A pesar de la creciente sofisticación del proceso diagnóstico y terapéutico, la comunicación continúa siendo la herramienta primaria e indispensable con la cual médicos y enfermos intercambian información y toman decisiones médicas,¹⁹ (Ong, 1995),²⁴ para lo cual es preciso crear una adecuada relación médico-paciente. Elementos como la empatía, comprensión, interés genuino, deseo de ayuda, actitudes libres de prejuicios, orientación social y buen humor, son indispensables para conseguir un ambiente de comodidad y confort emocional, en el cual el paciente aportara el conoci-

miento de su enfermedad en términos de síntomas, preocupaciones y preferencias, y el médico actuará según su conocimiento formal, su experiencia clínica y sus capacidades humanas.

En este sentido el intercambio exitoso de información estriba no sólo en identificar aquello que el paciente necesita o debe saber, informarlo apropiadamente y reasegurarse de que haya sido comprendido, sino confirmar que la persona a su vez «se haya sentido» comprendida, lo cual exige trabajar en dos polos: el de la curación o instrumental, centrado en la tarea, y el de el cuidado o afectivo, centrado en la dimensión socio-emocional.²⁴

La consideración de la dimensión emocional resulta primordial tanto desde el punto de vista de los sentimientos e ideas que surgen en el paciente hacia el médico (transferencia) como desde los sentimientos o ideas que surgen en el médico hacia el paciente (contratransferencia) (Nicholi, 1978;²³ Tansey y Burke, 1989³¹). De este modo el paciente sentirá confianza, frustración, respeto, temor, etc. hacia el médico, en tanto que éste podrá sentir preocupación, inquietud, fatiga etcétera. La influencia de todo este cúmulo de actitudes en el desarrollo de la relación médico-enfermo es fácil de imaginar. La posibilidad de adoptar una actitud objetiva frente a dichos fenómenos se incrementará en la medida en que sean apropiadamente reconocidos.

La comunicación de malas noticias

Conceptualmente «malas noticias» se refiere a: toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento negativos de reciente suceso (Ptacek, 1996).²⁶

La teoría de enfrentamiento (Coping) hace referencia al desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas, requerida frente a una dificultad inusual (Rowland, 1989)²⁷ y ofrece una matriz teórico-conceptual para explicar los eventos relacionados con la comunicación de malas noticias y la reacción ante las mismas, aunque evidentemente queda mucho por hacer desde la perspectiva teóricoconceptual² (Benett y Alison, 1996).⁴

Profesionalismo, experiencia vital y capacidad de generar confianza, son elementos clave durante la comunicación de un evento inesperado, no planeado o en último término no deseado. Potencialmente dichos momentos abarcan prácticamente todo el proceso vital e incluyen desde proporcionar información relativa al consejo genético¹⁷ (Van Zuuren, 1996),³³ padecimientos de mal pronóstico en niños,^{8,11} enfermedades degenerativas (Carmel, 1997),⁶ y sus repercusiones a nivel de familia,^{11,15,29} incluyendo prácticamente todas las áreas médicas (Burton y cols, 1997;⁵ Crisholm, 1997⁹), en particular Oncología,^{8,13} y Cuidado Paliativo (Doyle, 1996;¹⁰ Morrison, 1995²¹). Las implicaciones éticas (Goldfield, 1987;¹⁴ Morissey, 1997,^{22,30} son de particular importancia.

De frente a una mayor apertura en la comunicación de dichos diagnósticos en la práctica médica actual y de hablar más con los enfermos y sus familias acerca del pronóstico y del manejo del cáncer, surge una pregunta que resulta básica: Ahora comunicamos dicha información, pero: ¿De qué manera lo hacemos? (Holland, 1989),¹⁶ lo cual constituye justamente el tema central del presente trabajo, buscar la mejor manera de comunicar información nueva que conlleve una dimensión negativa, inesperada o indeseable y que anticipa sufrimiento en alguna medida. Al respecto resulta alentador saber que la producción científica relacionada con el tema muestra un incremento sostenido, de 1-2 trabajos anuales entre 1978 y 1988, a 18 trabajos en 1996 y 21 en 1997, con una proporción de 44.3% en investigación, 21.7% en práctica médica, 13.9% en docencia y 20% en temas diversos.³

Hay pues un progreso múltiple en términos de búsqueda de respuestas y de abordajes multidisciplinarios. El consenso global implica basar cada vez más las recomendaciones en la mejor evidencia y se apunta con insistencia al desarrollo de guías clínicas cuya base se remita a los trabajos que ofrezcan el mejor sustento metodológico.

Principios generales para comunicar malas noticias

Considerando los antecedentes mencionados, así como los resultados de la revisión sistemática,³ se han elaborado los siguientes principios generales que tienen como objetivo orientar al médico general en la información de malas noticias a sus enfermos. Debe advertirse que esta guía no pretende constituirse como un principio rígido sino como una serie de recomendaciones básicas a las cuales el clínico deberá sumar su experiencia y considerar cuidadosamente las particularidades del caso que le ocupa.

1. Establecer una adecuada relación médico-paciente:

La construcción de una apropiada interacción médico-enfermo desde el primer contacto implica poner en práctica la capacidad de empatía, comprensión, interés genuino y deseo de ayuda. Aunado a ello una actitud sin prejuicios y con orientación psico-social y el uso adecuado del buen humor permitirán crear un ambiente de comodidad y confort emocional.

2. Conocer cuidadosamente la historia médica

Un sólido conocimiento de la historia clínica del enfermo dará consistencia a las decisiones clínicas y permitirá una mayor fluidez y claridad en la comunicación médicopaciente. En este sentido, quien proporcione las malas noticias deberá ser preferentemente el médico responsable del caso.

3. Conocer al paciente como persona

La naturaleza del ejercicio de la medicina exige al clínico ir más allá del conocimiento formal y saber quién es la

persona a quien se proporciona cuidado médico. Diversas preguntas deberán ser respondidas o exploradas en torno a dicho paciente en particular: ¿De dónde viene?, ¿cuáles son sus intereses?, ¿sus miedos?, ¿sus proyectos?.

En este sentido existen dos preguntas que el médico deberá hacerse y explorar con anticipación a lo largo de su interacción con su paciente: 1) ¿Qué tanto conoce el enfermo acerca de su situación médica? y 2) ¿Qué tanta información desea recibir?. Las respuestas permitirán formular de una manera bastante aproximada acerca de qué informar y la mejor manera de hacerlo.

4. Preparación del setting

El médico responsable deberá buscar un sitio que garantice privacidad, donde todos puedan tomar asiento y donde haya —en lo posible— una atmosfera confortable. Asimismo deberá haberse preguntado al paciente si desea la presencia de otras personas (familiares o amigos cercanos) durante dicha entrevista y hacer los arreglos necesarios. Por parte del equipo médico es recomendable la presencia de al menos otro clínico (médico o enfermera, familiarizado suficientemente con el caso) durante dicha comunicación. Deberán evitarse las interrupciones telefónicas o similares así como barreras convencionales (escritorio o una computadora).

5. Organización del tiempo

El médico deberá garantizar con anticipación un tiempo mínimo razonable para preparar al paciente, proporcionar la información, dejar un breve lapso de reflexión y permitir un intercambio mínimo de preguntas y respuestas programando apropiadamente el seguimiento (en términos de citas futuras o procedimientos terapéuticos por efectuar) antes de concluir la entrevista.

6. Aspectos específicos de comunicación

Es muy importante situarse cerca del enfermo, expresar una expresión neutral y enseguida informar las malas noticias de una manera clara, directa pero no brusca. Usando un tono lo más suave posible, pausado y empleando un lenguaje sencillo sin jerga médica o términos técnicos. El clínico deberá hacer su mejor esfuerzo por asegurarse que el paciente comprenda con la mayor claridad posible el mensaje en cuestión, siendo tan cálido y amable como sea factible en su propio y particular estilo.

7. Atención y cuidado de la familia

El médico deberá estar al tanto de la situación familiar del paciente y tomar en cuenta las necesidades potenciales de la familia en función de sus antecedentes culturales, costumbres religiosas y tradiciones. Algunas familias solicitarán espontáneamente conocer primero las malas noticias y discutir entre si para decidir la comunicación final a su familiar enfermo.

El médico deberá ser lo suficientemente sensible a dichas peticiones y buscará explorar la actitud de la familia a lo largo de la atención y cuidado del paciente para percatarse de dichos aspectos y actuar en consecuencia.

8. Detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas

La comunicación de malas noticias implica elevados niveles de estrés, el médico se encuentra en una posición privilegiada para observar dicha reacción y detectar la necesidad de efectuar un apoyo específico hacia el enfermo o hacia algún miembro de la familia, particularmente quien haga las funciones de enlace entre ésta y el equipo médico. De ello se derivará la necesidad de soporte por psiquiatría de enlace, psicología, trabajo social o apoyo religioso, lo cual habrá de efectuar de manera oportuna. La detección de riesgo suicida observa en todo caso la mayor prioridad.

9. Abordar la dimensión humanística del paciente

La cuidadosa y respetuosa exploración del paciente en términos de creencias religiosas y sistema de valores dará pauta a considerar la dimensión humanística y permitirá proporcionar otra vía de expresión a su acontecer psicopatológico. La participación de los apoyos religiosos disponibles deberá alentarse en este sentido a todo lo largo de la atención y cuidado médico, de tal forma que el médico se encuentre familiarizado con estos aspectos cuando deba comunicar las malas noticias.

10. Trabajar en los propios sentimientos

Estar consciente de las propias reacciones, niveles de estrés, preocupaciones y acaso sentimientos de culpa resulta en extremo importante para el clínico durante todo el proceso de relación médico-paciente y particularmente cuando se comunican malas noticias. Es muy recomendable que una vez finalizada la entrevista, el clínico o clínicos que hayan participado dediquen un tiempo mínimo de relajación previamente a volver a sus labores habituales.

Asimismo deberá alentarse la discusión abierta con algún miembro de Psiquiatría y Psicología de Consulta y Enlace a fin de clarificar sentimientos o actitudes centradas en determinado caso en particular. La capacidad de revisar las propias reacciones y reconocerlas permitirá cada vez mayor sensibilidad y mayor destreza clínica en aspectos de comunicación.

Resumen y comentarios finales

Se ha establecido la importancia de la comunicación adecuada de las malas noticias en la práctica médica, se han analizado los principales factores que influyen, en base a lo cual se han establecido los siguientes principios generales de información: A) Establecer una adecuada relación médico-paciente; B) Conocer cuidadosamente la historia médica; C) Conocer al paciente como persona; D) Preparación

del setting; E) Organización del tiempo; F) Aspectos específicos de comunicación; G) Atención y cuidado de la familia; H) Detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas; I) Abordar la dimensión humanística del paciente y por último J) Trabajar en los propios sentimientos.

Desde la perspectiva clínica es fundamental incrementar los programas de enseñanza y entrenamiento tanto a nivel curricular en las escuelas de medicina como durante la práctica médica, especialmente en las áreas de Oncología y Cuidado Paliativo. Del mismo modo debe trascenderse la clínica tradicional e ir más allá en programas que incluyan la educación de paciente y familias en torno a cómo interactuar con mayor efectividad tanto con el equipo médico y los recursos sociales en su lucha contra la enfermedad.

La perspectiva de la investigación requiere profundizar en el estudio del Modelo de Coping para tratar de explicar la interacción entre médico y paciente durante la comunicación de malas noticias, asimismo también es necesario desarrollar nuevas intervenciones en la evaluación de las habilidades de comunicación y potenciar más el uso de programas interactivos computacionales tanto en la preparación del personal médico como de los pacientes y sus familias efectuando diseños apropiados de investigación que permitan evaluar sistemáticamente dichas estrategias de intervención.

Referencias

1. American Psychiatric Association: Practice Guidelines Washington, 1996.
2. Almanza MJJ, Holland CJ. La Comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. I. Aproximación conceptual. Enviado para publicación. Revista de Sanidad Militar México.
3. Almanza MJJ, Holland CJ. La Comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. II. Revisión sistemática de la evidencia. Enviado para publicación. Revista de Sanidad Militar México.
4. Bennett M, Alison D. Discussing the diagnosis and prognosis with cancer patients. *Postgrad Med J* 1996; 72 (843): 25-29.
5. Burton MV, Parker RW. Psychological aspects of cancer surgery: surgeons' attitudes and opinions. *Psychooncology* 1997; 6(1): 47-64.
6. Carmel S, Lazar A. Telling the bad news: do the elderly want to know their diagnoses and participate in medical decision making? *Harefuah* 1997; 133(11): 505-509.
7. Chalmers I, Altman DG (eds). *Systematic Reviews*. London BMJ Publishing Group, 1995.
8. Charlton R. Medical education-addressing the needs of the dying child. *Palliat Med* 1996; 10(3): 240-246.
9. Chisholm CA, Pappas DJ, Sharp MC. Communicating bad news. *Obstet Gynecol* 1997; 90(4 Pt 1): 637-639.
10. Doyle D, O'Connell S. Breaking bad news: starting palliative care. *JR Soc Med* 1996; 89(10): 590-591.
11. Eden OB, Black I, MacKinlay GA, Emery AE. Communication with parents of children with cancer. *Palliat Med* 1994; 8(2): 105-114.
12. Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the Physician Patient Relationship in the Era of Managed Care. *JAMA* 1995; 273: 323-329.
13. Espinosa E, González BM, Zamora P, Ordóñez A, Arranz P. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care Cancer* 1996; 4(1): 61-63.
14. Goldfield N, Rothman WA. Ethical considerations of informed consent: a case study. *Soc Sci Med* 1987; 24(6): 483-486.
15. Guttenberg R. Softening the blow: how to break bad news to a patient's family. *Nurs Life* 1983; 3(4): 17-21.

16. Holland JC. Now we tell—But how tell, Editorial Journal of Clinical Oncology 1989; (5): 557-559.
17. Kleiber C, Halm M, Titler M, Montgomery LA, Johnson SK, Nicholson A, Craft M, Buckwalter K, Megivern K. Emotional responses of family members during a critical care hospitalization. Am J Crit Care 1994; 3(1): 70-76.
18. Knox JD, Thomson GM. Breaking bad news: medical undergraduate communication skills teaching and learning. Med Educ 1989; 23(3): 258-261.
19. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician - patient communication the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997; (277): 553-559.
20. Morgan ER, Winter RJ. Teaching communication skills. An essential part of residency training. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150(6): 638-642.
21. Morrison RS, Morris J. When there is no cure: palliative care for the dying patient. Geriatrics 1995; 50(7): 45-51.
22. Morrissey MV. Extending the theory of awareness contexts by examining the ethical issues faced by nurses in terminal care. Nurs Ethics 1997; 4(5): 370-379.
23. Nicholi AM. The therapist-patient relationship. In: Nicholi AM: The Harvard Guide to Modern Psychiatry. The Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge Massachusetts and London England, 1978.
24. Ong LML, Haes JCJM de, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. Soc Sci Med 1995; (40): 903-918.
25. Oxman AD, Guyatt GH. The science of reviewing research. Ann NY Acad Sci 1993; (703): 125-131.
26. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. JAMA 1996; 14; 276(6): 496-502.
27. Rowland JH. Intrapersonal resources; Coping. In: Holland JC and Rowland JH: Handbook of Psychooncology; Psychological care of the patient with cancer, Oxford University Press 1989; 44-57.
28. Saltini A, Dall'Agnola R. Communication of bad information: General indications and guidelines. Recenti Prog Med 1995; 86(10): 409-417.
29. Seo Y. A preliminary study on the emotional distress of patients with terminal-stage cancer: A questionnaire survey of 1380 bereaved families over a 12-year period. Jpn J Clin Oncol 1997; 27(2): 80-83.
30. Singer GR, Koch KA. Communicating with our patients: The goal of bioethics. J Fla Med Assoc 1997; 84(8): 486-487.
31. Tansey MJ, Burke WF. Understanding Counter transference From Projective Identification to Empathy The Analytic Press 1989 New Jersey.
32. Thayre K, Hadfield-Law L. Never going to be easy: Giving bad news. Nurs Stand 1995; 9(50 Suppl Nu): 3-8.
33. Van Zuuren FJ, Van Schie EC, Van Baaren NK. Uncertainty in the information provided during genetic counseling. Patient Educ Couns 1997; 32(1-2): 129-139.
34. Vincent C, Young G, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet 1994; (343): 1609-1613.
35. Von Bloch L. Breaking the bad news when sudden death occurs. Soc Work Health Care 1996; 23(4): 91-97.