



Acceso abierto

Artículo de Revisión

**Citación**

Minchala P . et. al. **Informe médico y comunicación de las malas noticias**

Revista científica

INSPILIP V. (3), Número 2,  
Guayaquil, Ecuador.

**Informe médico y comunicación de las malas noticias**  
*Medical report and communication of bad news*

Juan Pablo Minchala Ávila<sup>1</sup>, José Vergara C<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, Hospital Luis Vernaza, Posgrado UEES.

<sup>2</sup> Medicina Crítica y Terapia Intensiva; Hospital General Guasmo Sur, Hospital Luis Vernaza, Posgrado UEES.

**Correspondencia**

Dr. José Vergara

mail:[jvcenteno@hotmail.com](mailto:jvcenteno@hotmail.com)

**Resumen**

El dominio del informe médico es un arte y herramienta imprescindibles en la relación médico-paciente y/o familiares, varios estudios analizan la existencia de demandas contra el sistema de salud, lo cual no tiene que ver tanto con mala praxis, sino más bien con la comunicación entre prestadores y usuarios. Podemos definir la mala noticia como aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente en relación con su futuro.

No se han descrito lineamientos estrictos acerca de cuál es la forma correcta de estructurarlo, toda vez que se conocen varias situaciones que se podrían apreciar como contrarias o incorrectas al momento de brindar información, por esto las principales características de la información que se provea deben ser la simplicidad y practicidad <sup>(3)</sup>.

**Palabras clave:** relación médico-enfermo, malas noticias, habilidades de comunicación.

El autor declara estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo, así como el haber respetado los principios éticos de investigación, como por ejemplo haber solicitado las autorizaciones de la institución donde se realizó el estudio, permiso para utilizar los datos, consentimientos informados y en caso de tratarse de estudio observacionales y ensayos clínicos, autorización de un CEISH, ARCSA, DIS, Medio Ambiente, entre otros. Además la licencia para publicar imágenes de la o las personas que aparecen en el manuscrito. Por ello la revista no se responsabiliza por cualquier afectación a terceros.



## Introducción

Alrededor del 25 % de la población del país es atendida anualmente a través de los servicios de Urgencias, de los cuales hasta el 2 % llega a fallecer y de este porcentaje hasta un 15 % constituye muerte súbita <sup>(1)</sup>.

En la actualidad, la medicina y la biotecnología médica han desarrollado muchas técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que hace que cada vez los usuarios abriguen esperanza de recuperación en mayor escala, a tal grado que los desenlaces fatales son menos comprendidos o esperados; sin embargo, y aunque tal vez se pueda impedir la muerte en muchos casos, el sentido de humanidad, la visión holística del problema se aleja cada vez más de la práctica profesional, en cuya formación a lo largo de los años se ve carente precisamente de aquello en cuanto al trato con los usuarios, lo que se

aprende en el mejor de los casos de manera intuitiva. Por lo cual brindar información a pacientes, familiares y allegados se hace una práctica muy frecuente <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>.

El dominio del informe médico es un arte y herramienta imprescindibles en la relación médico-paciente y/o familiares, sin que se haya escrito un lineamiento estricto acerca de cuál es la forma correcta de estructurarlo, toda vez que se conocen varias situaciones que se podrían apreciar como contrarias o incorrectas al momento de brindar información, por esto las principales características de la información que se provea deben ser la simplicidad y practicidad <sup>(3)</sup>.

Varios estudios analizan la existencia de demandas contra el sistema de salud, lo cual no tiene que ver tanto con mala praxis, sino más bien con la comunicación entre prestadores y usuarios. Los análisis de las demandas muestran que hay profesionales

altamente capacitados que son demandados con más frecuencia que otros con menor perfil, o sea "la gente no demanda a los médicos con quienes sienten afinidad..." Alice Burkin <sup>(1)</sup>.

Sobre este hecho los abogados especialistas en mala praxis refieren no tener clientes potenciales que digan: me gusta este doctor, y aunque me duela quiero demandarlo; es más, con frecuencia los clientes van a buscar asesoría contra los especialistas de quienes, luego de la evaluación, los legistas dicen no encontrar culpa, toda vez que la responsabilidad fue del médico de cabecera, sin embargo, por temas de afinidad la gente decide no demandar a estos últimos <sup>(3)</sup>.

## 1. Contenido

Las malas noticias son eventos que modifican drásticamente y negativamente la expectativa de vida de los pacientes. La comunicación de malas noticias es una práctica muy frecuente en cuanto a las

funciones del personal sanitario, y se constituye en una tarea difícil y desconocida para la mayoría, por lo que debe ser enseñada como cualquier otra destreza clínico-quirúrgica. En este contexto se debe tener presente el derecho del médico a informar y del paciente a no querer recibir información <sup>(4)</sup>.

*Situaciones en que se dan malas noticias:*

Comunicar del fallecimiento de un paciente a sus familiares.

La gravedad de su enfermedad al paciente.

Gravedad de la enfermedad del familiar a los parientes.

*¿Qué es comunicar malas noticias?*

"Acto humano, ético, médico y legal..."

(Gómez Sancho), por el que un ser humano le debe comunicar a otro que su muerte o el de uno de los suyos está próxima.

Legal: el paciente tiene derecho a controlar su autonomía, al manejo confidencial de su información, al acceso a exámenes, resultados o procedimientos; a confrontar legalmente a los prestadores de salud en caso de mala praxis.

Ético: se requiere el manejo discreto, confidencial, respetuoso de los principios, etc.

Médico: todo prestador de salud tiene que afrontar este evento en cualquier momento de su carrera <sup>(4)</sup>.

### **Cómo dar una mala noticia**

El elemento imprescindible es estar seguro de la información que se va a dar; luego de eso existe un modelo propuesto por Baile y Buckman <sup>(5)</sup>.

### **Modelo de Baile y Buckman**

*SPIKES. (Setting, Perception, Invitation, knowledge, Empaty, Strategy and Summary).*

1. Preparar el contexto físico más adecuado: El principio fundamental de

cada médico es el salvar vidas, por aquello el profesional debe asumir su rol, librándose de sus propios conflictos o asuntos personales, y entendiendo que brinda o ha brindado toda su capacidad y compromiso: Principios éticos, autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia.

Preparar al paciente y/o a la familia. En caso de enfermedades crónicas y sus descompensaciones, el profesional tendrá la oportunidad de preparar el territorio y anticiparse a los hechos, de manera tal que cada evento que sea previsible sea debidamente esclarecido <sup>(5)</sup>.

En este punto se trata de hallar un lugar con las siguientes características: ventilado, confortable, libre de ruido, en privacidad, que no admita curiosos, de preferencia a puertas cerradas. En este punto se trata de transmitir: seguridad, serenidad, empatía.



2. Percepción. En este proceso lo que se debe indagar es: ¿Qué sabe el paciente y sus familiares?

3. Invitación. ¿Qué quieren los usuarios saber (factores biopsicosociales)? ¿Qué es lo que logran entender? (edad, sexo, inclinación sexual, ocupación, nivel académico, religión, etc.), ¿cuánto y cómo se le va a decir?

4. Información. La información debe estructurarse para ser: Planificada, entendible, gradual, lo importante siempre será permitir que la información fluya en doble sentido, y que sea el personal sanitario quien dirija la conversación, permitiendo preguntas por parte del paciente y familiares.

5. Empatía (manejo de la reacción). Luego de brindada la información, el paciente y familiares presentarán variedad de reacciones, las más frecuentes: miedo, ansiedad, negación, tristeza, agresividad, ambivalencia.

6. Resumen y planes a futuro. Evaluar cuánto entendió e informar sobre

posibles soluciones al problema. Consensuar un plan de tratamiento y alivio de síntomas, necesidades espirituales o afectivas, proyección de tiempos, alimentos, requerimientos como terapia física o respiratoria, etc. <sup>(4)</sup>

<sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>.

### **Habilidades**

El profesional de la salud deberá presentar minucioso manejo de cada gesto, palabra, frase, actitud, el uso inadecuado del lenguaje corporal o verbal puede terminar en el deterioro de la relación previamente establecida. La postura a adoptar siempre será de cercanía, empatía y disposición a ayudar (sentados, postura relajada, distancia no mayor a 1 metro). Se debe sentir pausa, no prisa, amabilidad y acompañamiento. La conversación debe ser al mismo nivel, es decir, no de pie y el otro sentado, ambos sentados o ambos de pie, y aún así al mismo nivel.

Las condiciones que debe cumplir el lugar para el informe.

Debe ser un lugar privado, con buena iluminación, lejano al ruido de la unidad o sala de hospitalización, debe contar con las medidas de confort adecuadas (sillas en buen estado) y bien climatizado.

Gestos: mirada a la cara, con pose de comprensión y solidaridad; no retirar la mirada en las preguntas o momentos más duros.

El diálogo: lenguaje sencillo, claro, evitando tecnicismos y preferiblemente en la lengua nativa. Hay que cuidar el tono y la velocidad de la conversación; debemos permitir el llanto.

Los gestos: Incluir comunicación táctil, ejemplo: tocando el dorso de la mano o el hombro, sujetando la mano, permitiendo el apoyo de la cabeza en el hombro o incluso se admite un abrazo. En caso de fallecimiento y siempre que la situación lo permita, dejar que la familia se despida.

*¿Qué hacer con los niños?*

Medir la capacidad de entendimiento de acuerdo al desarrollo cognitivo.

Conceptos como el pensamiento mágico o la enfermedad como castigo no desaparecen con el crecimiento; hay que evitar que el niño se sienta desamparado por los adultos.

***Funciones de enfermería durante el proceso de información***

**Antes:**

Preparar el área donde se efectuará la charla.

*Conocimiento profundo de la historia clínica.*

Aportar datos.

Organización del tiempo.

Atención y cuidados de la familia.

**Durante:**

Atención y cuidado de la familia.

Apoyo emocional.

Coordinación multidisciplinaria.

**Final del proceso**

Diagnosticar con base en la nueva situación a la que se enfrenta el paciente, para adaptar y ajustar el plan de cuidados.

### **Identificar nuevas necesidades**

Comunicar malas noticias no es fácil, no tiene fórmulas, existen tantas formas como médicos y pacientes.

#### *Para recordar:*

Los receptores de malas noticias no olvidan dónde, cuándo y bajo qué circunstancias las recibieron, esto podrá tener efecto adverso de larga duración.

**Quejas:** "El médico nunca se dio el tiempo de preguntarme si tengo otros síntomas o examinarme adecuadamente, nunca me vio como un todo...".

En el estudio de Levinston, en el que se juntó a dos grupos de médicos, la mitad nunca fue demandada y la otra mitad tuvo al menos dos demandas, durante el estudio se grabaron las conversaciones que determinó:

\* Quienes nunca habían sido demandados dedicaban a sus pacientes y

familiares más tiempo que aquellos que habían sido demandados (3 minutos más en promedio).

\* Este mismo grupo hacía más comentarios orientativos, como decirle lo que se le va a hacer al paciente, darle tiempo para preguntas, etc.

\* Mayor uso de la escucha activa: cuénteme más sobre eso...

\* Mejor sentido del humor y mayor propensión a reír.

\* No había diferencia sobre la cantidad de información dada a los pacientes, sea detalles de exámenes o medicación.

#### *Situaciones a considerar:*

Tipos de familiares: cooperativo, comprensivo, problemático, violento, el "influyente" (paciente recomendado, el internauta).

### El papel de Talento Humano y Trabajo Social

El autor destaca la obligación de los departamentos de Talento Humano y Trabajo Social en la capacitación del



manejo de esta situación: **Informe médico y comunicación de las malas noticias** en las instituciones de salud.

Un ejemplo práctico sería como el siguiente:

Masculino joven, de 17 años, sin antecedentes personales, estudiante y deportista de su colegio, sufre accidente de tránsito mientras conducía motocicleta, no usaba casco; su lesión más importante fue a nivel de polo cefálico, Glasgow Coma Score de ingreso. 11/15, se realiza exámenes complementarios (tomografía simple de cerebro), se evidencia lesión con múltiples contusiones en ambos hemisferios, siendo valorado por neurocirugía, quienes manifiestan conducta expectante y tratamiento médico, paciente evoluciona mal y a las 24 horas presenta GCS. 6/15, anisocoria; es llevado a quirófano y se le realiza craneotomía descompresiva; 12 horas de posoperatorio, paciente con mala

evolución, presenta hipotermia, poliuria, midriasis, nueva TC de cerebro simple reporta colapso ventricular y herniación uncal, se procede a estudio doppler de vasos cerebrales, donde se evidencia parada circulatoria cerebral, se instauran medidas; sin resultados, 48 horas posterior al trauma, paciente evoluciona a muerte bajo criterios neurológicos. Médico residente de emergencia tuvo primer contacto con la familia (2 hermanos y la madre), le refirió que tenía un “trauma craneoencefálico moderado”, que estaría en observación continua en sala de neurología; donde al arribo de paciente no había médico de guardia, ya que era fin de semana, nadie habla con familiares en ese momento; horas más tarde cuando paciente deteriora médico de hospitalización es notificado por enfermera sobre condición de paciente, este valora el caso, pide exámenes complementarios, notifica al neurocirujano, quien llega a informar a familia sobre necesidad de



cirugía (madre refiere: “me dijo el doctor que lo operaría porque de lo contrario morirá, pero no supe qué tenía mi hijo”), paciente sale de quirófano a la UCI, donde llega en malas condiciones y con mal pronóstico; es fin de semana, está a cargo el residente de posgrado que va en segundo año, él habla con los hermanos, pues la madre salió a comprar medicamentos, los hermanos preguntan sobre diagnósticos y resultados de tomografías, médico informa “paciente tiene hipertensión endocraneana, los ventrículos están colapsados, la PIC sigue alta y es posible que fallezca”.

Avanzan las horas y la evolución es mala, siendo ya horas hábiles, paciente presenta signos de muerte encefálica, especialista a cargo entrevista a la familia y comunica de posibilidad de malas condiciones y que “se le harían unas pruebas para saber si está vivo o muerto su cerebro...”; más tarde equipo de trasplantes es notificado y personal se moviliza al sitio para entrevista con la

familia, siendo este equipo quienes notifican sobre muerte, acto siguiente solicitan a la familia autorización para donación de órganos y tejidos, recibiendo negativa por parte de la familia, puesto que ellos creen que aún está vivo porque respira y su corazón late; además, “nadie les comunicó sobre el diagnóstico ni las opciones de tratamiento que hubiese tenido el paciente”. Posterior a esto, líder del servicio entrevista nuevamente a la familia, indicándoles a detalle cada uno de los eventos que presentó su familiar y solicitando disculpas por la falta de información previamente brindada, la madre entendió que “su hijo llegó severamente lesionado del cerebro, con hinchazón y sangre que aplastan al cerebro y esto hace que los vasos que llevan sangre y oxígeno al mismo se tapen, por lo que el cerebro se quedó sin flujo de sangre, y aunque se lo operó a tiempo, no se pudo controlar el daño y



esto terminó causándole la muerte a su hijo...”.

No se logró aprobación para donación de órganos y tejidos, por lo que la disposición hospitalaria fue desconectar y entregar cadáver a familiares.

El caso aquí mencionado es a diario repetido en múltiples centros del mundo, por lo que luego de la lectura analítica de este artículo, el lector podrá entender los correctivos a tomar en cada uno de los puntos de contacto con los familiares.

**Bibliografía**

1. [http://Neurolinknews.blogspot.com/2011/06/que-impulsa-un-paciente-demandar-su\\_26.html?m=](http://Neurolinknews.blogspot.com/2011/06/que-impulsa-un-paciente-demandar-su_26.html?m=)
2. Maris Maruso S, El laboratorio interior, grupo editorial Planeta S.A., Barcelona-España. 2014.
3. Bascuñan L, Comunicación de malas noticias en salud, clínica Las Condes, Chile 2013 (24) 685-693.
4. Cacchiarelli N, Musso N; Enseñando a comunicar malas noticias en medicina, una experiencia en el hospital Italiano, Bs As. Argentina, Octubre 2012.
5. Buckman R, How to break bad news. A Guide for healthcare professionals. Baltimore: Ed. John Hopkins 1992.
6. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Giber G et al, SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer: Oncologist 2000.
7. Amaya Afanador A. Simulación clínica: ¿pretende la educación médica basada en la simulación reemplazar la formación tradicional en medicina y otras ciencias de la salud en cuanto a la experiencia actual con los pacientes?, Universitas Médica. 2008;49(3):399-405.
8. Janssen-Noordman AM, Merriënboer JJ, van der Vleuten CP, et al. Design of integrated practice for learning professional competences. Med Teach. 2006;28(5):447-52.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en el presente artículo, así como también no haber recibido ninguna ayuda económica para la realización del mismo.

Los autores declaran haber realizado el artículo con igual participación tanto en la idea, diseño, análisis e interpretación

del mismo.