

Enseñando a comunicar malas noticias en medicina. Una experiencia en el Hospital Italiano

Nicolás Cacchiarelli San Román y Carlos G. Musso

RESUMEN

La destreza de cómo comunicar malas noticias requiere ser enseñada al igual que cualquier otra habilidad técnica en el ámbito médico-asistencial. Es fundamental destacar que dicha tarea debe realizarse teniendo en cuenta el derecho del médico a informar y el del paciente a no ser informado. Se debe reconocer el estado emocional y de información que posee el paciente antes del informe, así como también ofrecer alguna forma de tratamiento, ya sea curativo o paliativo. En el presente artículo se describe la experiencia del Departamento de Pediatría, respecto de la enseñanza de esta habilidad en el ámbito del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Palabras clave: Comunicación, malas noticias, medicina.

TEACHING HOW TO COMMUNICATE BAD NEWS IN MEDICINE. AN EXPERIENCE IN OUR HOSPITAL

ABSTRACT

The ability of how to communicate bad news needs to be taught as any medical technique. It is important to underline that this task must be performed taking into account the following aspects: the physician's right to inform, the patient's right to not be informed, the evaluation of patient's emotional and information states before talking to them, as well as offering always a solving treatment (either healing or palliative) to the patient. In this article, it is also presented the experience of teaching this skill at the Pediatric Department of Hospital Italiano de Buenos Aires.

Key words: Communication, bad news, medicine.

INTRODUCCIÓN*

Comunicar malas noticias en el ámbito de la salud no es tarea fácil, y mucho menos lo es aprender a hacerlo. Cuando nos preguntamos cómo fue que adquirimos esta habilidad, la mayoría de nosotros podríamos decir que inicialmente lo conseguimos por imitación a partir del ejemplo de colegas más experimentados, y que luego lo consolidamos aplicando lo aprendido una y otra vez durante el ejercicio de nuestra profesión. La forma de adquirir esta destreza pudo haber resultado exitosa en el caso de muchos, pero también traumática en el caso de otros, incluyendo a los pacientes en este último grupo, quienes, probablemente, debieron recibir muchas veces una mala noticia por parte de un profesional no debidamente preparado para ello. Por lo antes explicitado es que creemos que la destreza de cómo comunicar malas noticias debe enseñarse, sobre la base de un fundamento teórico y a través de un adecuado tutelaje, tal como se transmite cualquier otra habilidad técnica en el ámbito médico-asistencial.

Precisamente es el propósito del presente artículo poder compartir una experiencia respecto de la enseñanza de esta habilidad en el ámbito de nuestro Hospital, y contribuir de tal forma a la divulgación de sus fundamentos.

La comunicación de malas noticias: su fundamento teórico

Se entiende por *mala noticia* cualquier información que altera drásticamente las expectativas que una persona tiene acerca de su futuro. Teniendo en cuenta esta definición, podemos considerar que los médicos nos enfrentamos a la situación de tener que comunicar una mala noticia casi a diario.¹

Existe una serie de conceptos clave inherentes a esta tarea, los cuales detallamos a continuación:¹⁻⁴

- El médico tiene el deber de informar, pero el paciente tiene el derecho de elegir saber o no su diagnóstico. Ante la detección de una actitud de negación por parte del paciente (mecanismo de defensa ante una

* Este artículo fue solicitado a los relatores del Ateneo Pedagógico del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires, realizado el 25 de octubre de 2011. Estos ateneos bimestrales fueron concebidos como un espacio abierto a todos los interesados en la formación de grado y posgrado de la institución para el intercambio y discusión de experiencias docentes interesantes.

experiencia adversa), no se debe intentar quebrarla, sino mejor esperar y avanzar con el mensaje más adelante, cuando dicho mecanismo ya se haya debilitado o agotado.

- Antes de hablar hay que efectuar un reconocimiento de qué y cuánto se debe decir, y al hacerlo se lo debe canalizar mediante un discurso simple y en forma dosificada (progresiva).
- Nunca se le debe mentir al paciente, ya que la relación médico-paciente se basa en la mutua confianza, y esta se sustenta en la sinceridad. Debe recordarse que la verdad es el mejor antídoto contra el miedo y que lo contrario de una verdad cruel no es una mentira piadosa, sino una verdad adecuadamente revelada (dosificada).
- El anuncio de una mala noticia implica un compromiso de ayudar al receptor de esta, porque siempre hay algo para ofrecer, ya sea a fin de curar, mejorar o aliviar una dolencia.

Existe un modelo ampliamente difundido, descrito por Bayle y Buckman y que plantea el seguimiento de 6 pasos fundamentales que deben tenerse en cuenta al momento de comunicar una mala noticia. Esos pasos son un esquema orientativo y no siempre deben seguirse al pie de la letra, sobre todo los pasos 3 al 6, los cuales pueden superponerse.^{1,5} Los pasos se recuerdan mediante una regla mnemotécnica: SPIKES, por sus nombres en inglés (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary*). A continuación los describimos someramente.

1. Preparación: implica planificar qué y cómo se dirá. Preparar el entorno, buscar un espacio físico adecuado, privado y sin interrupciones en donde transmitir el mensaje.
2. Percepción: consiste en evaluar qué entiende el paciente sobre su enfermedad mediante preguntas abiertas y dando un tiempo para la escucha atenta.
3. Invitación: se trata de reconocer lo que el paciente quiere saber, decidir cuánto y cómo se va a decir lo inicialmente planteado.
4. Información: radica en brindar la información en forma gradual, en un lenguaje acorde con el paciente que tenemos adelante.
5. Manejo de la reacción (empatía): significa responder a las reacciones del paciente. Para esto hay que estar muy atentos a poder detectarlas. Las reacciones más frecuentes son la ansiedad, el miedo, la tristeza, la agresividad, la negación y la ambivalencia afectiva.
6. Resumen y planes para el futuro: es ofrecer una salida al problema planteado, un plan de cuidados y pasos para seguir y la posibilidad de una nueva charla si fuera necesaria. Averiguar qué y cuánto entendió el paciente de lo que le comunicamos.

Tutelage: una experiencia en el Departamento de Pediatría

Como ejemplo de una forma de enseñar a comunicar malas noticias, contaremos a continuación cómo lo hacemos en el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires con los residentes de pediatría.

En pediatría contamos con un programa que llamamos Salud Médica que fue creado en 1997 por un grupo de trabajo integrado en ese entonces por una médica de planta y un psicólogo. A partir de 2004 se incorporaron dos pediatras del hospital formados en técnicas de dinámica de grupos que actúan como “operadores de Salud Médica”.⁶

Este grupo de trabajo realiza con los residentes una actividad en formato de taller bisemanal de una hora y media de duración. Se utilizan metodologías de trabajo con dinámica grupal de experiencia y reflexión, técnicas de ejercicios psicodramáticos, discusión de casos, medicina narrativa, diálogos grupales abiertos y otros ejercicios de sensibilización.

El programa consta de 3 módulos: Comunicación, Bioética y Arte y medicina.

Se articulan dinámicamente actividades programadas para trabajar ejes conceptuales propuestos por los coordinadores con actividades abiertas en las que se trabaja el emergente.

En el contexto de estos encuentros con los residentes implementamos la enseñanza de la comunicación de malas noticias de la siguiente manera:⁷⁻¹²

En función de la base teórica vista en encuentros anteriores, donde se estudian los 6 pasos de Bayle y Buckman para comunicar malas noticias resumidos previamente, y la experiencia de lo que los residentes viven en su trabajo cotidiano y aprenden de ver a los médicos de planta o residentes mayores trabajando, se pone en práctica un sistema de simulación denominado *role-playing*, en el cual participan los residentes guiados por los coordinadores.⁸ Estas consultas simuladas reciben luego una devolución y vuelven a simularse con las sugerencias realizadas, con el objetivo de descubrir los aciertos y los errores más frecuentes de la práctica diaria y afianzar las modificaciones necesarias.¹⁰

En el taller se divide a los residentes en grupos, y a cada grupo se le otorga un caso clínico para resolver, que va complejizándose a lo largo de los distintos encuentros (complejidad del contexto, distintos modelos de pacientes con distintas reacciones: negación, llanto, silencio, agresión al médico, etc.).

Se le da un tiempo a cada grupo para que lean el caso, discutan entre ellos cómo afrontarían la situación planteada y se les pide que elijan quién o quiénes desempeñarán el rol o los roles de médicos. Los coordinadores interpretarán a los pacientes y familiares.

En estos encuentros utilizamos el esquema de *role-playing patient*, en el cual los residentes y los coordinadores del espacio participan en los roles simulados. Ejemplo de un caso:

Usted se encuentra de guardia y concurre una familia preocupada porque su hijo Pablo, de 9 años, comenzó hace 40 días a levantarse a orinar durante la noche. En este tiempo Pablo aumentó significativamente su ingesta de comida y líquidos pero igualmente los padres lo notan adelgazado.

La familia proviene de San Pedro, provincia de Buenos Aires; ambos padres son docentes y Pablo es el primero de dos hijos sanos hasta el momento. El niño tiene su abuela paterna con antecedentes de diabetes tipo 2.

Durante la guardia se realiza un laboratorio y un análisis de orina con los que se diagnostica debut diabético. Elabore una estrategia para comunicar a los padres que Pablo tiene diagnóstico de diabetes tipo 1, que hay que internarlo para compensar su estado electrolítico y que requerirá tratamiento con insulina al menos 2 veces por día, controlarse glucemia en sangre y hacer control de orina al menos 4 veces por día durante toda su vida.

La utilización de listas de cotejo para evaluar la adquisición de habilidades es un componente fundamental de las simulaciones, pero dada la dinámica de trabajo en el espacio de Salud Médica en este caso se optó por dejar a los participantes los seis pasos de Bayle y Buckman escritos en un lugar visible para que pudieran ser tenidos en cuenta al momento de realizar las devoluciones.

Esta devolución se realiza en cuatro etapas. Primero una autocrítica por parte del residente que representó al médico, segundo una devolución de los coordinadores que representaron a los familiares, luego otra por parte del grupo y por último una de los coordinadores a cargo. Después de la devolución se representa nuevamente la escena y el residente toma las sugerencias de sus compañeros y docentes para mejorar la comunicación de la noticia.

Este ejercicio, al poner en práctica los fundamentos teóricos, es sumamente rico. Lo que en un principio parece complejo, debido a la cantidad de devoluciones por parte de todos los participantes, resulta finalmente muy enriquecedor, provechoso y valorado por parte del residente al asumir el rol del médico antes y nuevamente tras recibir la devolución hecha por sus pares y reflexionar a partir de ella.

En nuestra experiencia, los residentes refieren aprovechar mucho este espacio y, a medida que los encuentros se van haciendo más complejos, se nota finalmente un verdadero cambio y perfeccionamiento en el tema.

CONCLUSIÓN

Comunicar malas noticias es una tarea compleja para la cual nunca se está suficientemente preparado, razón fundamental para que se multipliquen las instancias que propicien su aprendizaje. Creemos que este modelo puede ser enriquecedor y una buena forma de contextualizar los fundamentos teóricos de su enseñanza.

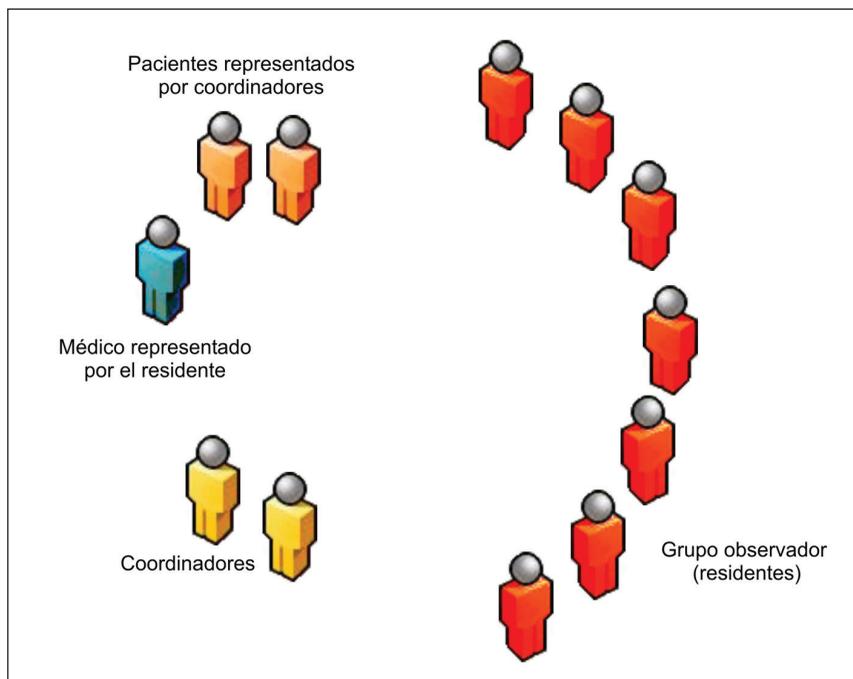


Figura 1. Role-playing. Representación

REFERENCIAS

1. Buela G. La comunicación de malas noticias. *Evid Actual Práct Ambul.* 2008; 11(5):146.
2. Musso CG. La comunicación de malas noticias: comentarios complementarios. *Evid Actual Práct Ambul.* 2009;12(3):118.
3. Musso CG, Enz P. *Semiótica médica.* Buenos Aires: delhospital ediciones; 2007.
4. Musso CG. The forgotten organ. *Humane Medicine Health Care.* 2003;3:1-2.
5. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-11.
6. Catsicaris C. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (*burnout*). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr.* 2007;105(3):236-40.
7. 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.
8. 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.
9. Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Programa de Formación en Docencia Universitaria. Curso de comunicación de malas noticias. Trabajo final del módulo: Enseñanza Clínica. 2011. Autores: Germán A. Cano, Fabiana Giber, Nicolás Cacchiarelli, Carlos Cafferatta, Christian Rhael, Liliana Rodríguez.
10. Alves de Lima A. Devolución constructiva. Una estrategia central para mejorar el aprendizaje. *Medicina (Buenos Aires).* 2008;68(1):88-92.
11. Ker J, Bradley P. Simulation in medical education. In: Swanwick T (editor). *Understanding medical education: evidence, theory and practice.* London: Wiley-Blackwell; 2010. p.164-75.
12. García Díaz F. Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva.* 2006;30(9):452-9.