

Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros

Edgar Landa-Ramírez,^{a,b} Antonio López-Gómez,^b Irma Jiménez-Escobar,^c Juan José Sánchez-Sosa^a

Breaking bad news in the emergency room: Suggestions and future challenges

The aim of this paper is to describe educational programs that reportedly teach how to break bad news in the emergency department. We also suggest some recommendations on how to communicate bad news based on the research of evidence available in the field. The examined evidence points toward six major components with which physicians should familiarize when communicating bad news: 1) doctor-patient empathic communication, 2) establishing a proper space to give the news, 3) identifying characteristics of the person who receives the news, 4) essential aspects for communicating the news; 5) emotional support, and 6) medical and administrative aspects of the encounter. Finally, we point out several limitations in the studies in the field and future challenges identified in the communication of bad news in emergency room facilities.

Dar malas noticias es una condición muy frecuente en el área de la salud en general y en los departamentos de urgencias médicas en particular.^{1,2} A pesar de su alta frecuencia, los médicos de urgencias suelen reconocer que es una de las actividades más estresantes e incómodas y para lo que menos preparados se perciben,³ por lo cual en varias ocasiones toman posturas frías y despersonalizadas al comunicar la mala noticia.⁴

Dar una mala noticia es una habilidad susceptible de mejorarse a partir de la exposición a programas educativos y entrenamientos enfocados expresamente a sensibilizar al personal de urgencias para el desarrollo de estas habilidades. Un primer paso para mejorar estas habilidades en el personal de urgencias es identificar qué es una mala noticia y cuáles son sus principales características; es así que con base en la literatura científica, se ha definido una mala noticia como “cualquier información que produce alguna alteración negativa en las expectativas de la persona con respecto a su presente o futuro y que además trae como resultado un déficit emocional, comportamental y cognitivo, el cual persiste un tiempo después de haber recibido la noticia”^{2,5}

Existen eventos en el área de urgencias que muy probablemente se recibirán como una mala noticia, por ejemplo, dar un nuevo diagnóstico de enfermedad, avisar sobre algún procedimiento invasivo, informar sobre el estado de gravedad de un paciente o comunicar la muerte de un paciente.^{1,3} Recibir una mala noticia suele provocar una variedad de respuestas emocionales negativas en el familiar: llanto, enojo, *shock*, respuestas de duelo, incredulidad, miedo, reclamos, comportamiento violento hacia su persona o hacia los demás, sensación de pérdida de control y crisis.^{6,7} Las condiciones tan demandantes en las que se desenvuelve el personal de urgencias influyen en que la experiencia de dar una mala noticia realmente se vuelva un evento estresante, tanto para el que la recibe, como para el personal de urgencias que la transmite.⁸

En el total de pacientes que llegan al departamento de urgencias médicas, existe una tasa de mortalidad

Keywords Palabras clave

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Emergency medicine | Medicina de Urgencias |
| Truth disclosure | Revelación de la verdad |
| Physicians | Médicos |
| Death | Muerte |

^aPrograma de Psicología de la Salud y Medicina Conductual, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

^bDivisión de Urgencias y Observación, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Secretaría de Salud

^cDirección Médica, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Secretaría de Salud

Ciudad de México, México

Comunicación con: Edgar Landa-Ramírez

Teléfono: (55) 5550 9104

Correo electrónico: edgar_landa_ramirez@yahoo.com.mx

El objetivo del presente trabajo es reseñar una descripción de los programas educativos que incluyen el entrenamiento de la comunicación de malas noticias a médicos pertenecientes al departamento de urgencias. Además se hacen recomendaciones sobre cómo dar malas noticias con base en la evidencia de investigación hasta ahora disponible en las áreas de urgencias. De acuerdo con la información obtenida, es factible identificar seis grandes áreas con las que el médico requiere familiarizarse cuando comunica malas noti-

cias: 1) comunicación empática médico-paciente, 2) preparación del ambiente para dar la noticia, 3) identificación de las características de quien recibe la noticia, 4) aspectos indispensables al comunicar la noticia, 5) manejo de reacciones emocionales y 6) aspectos médicos, administrativos y del cierre del encuentro. Finalmente, se describen las limitaciones que parecen caracterizar a los estudios en el área y se señalan los retos futuros en la comunicación de malas noticias en urgencias médicas.

Resumen

entre el 0.1 y el 0.7%.⁹ Se calcula que entre 15 y 21% de las defunciones hospitalarias ocurren en el servicio de urgencias.^{10,11} Tan solo en los Estados Unidos 183 000 personas fallecieron dentro de urgencias en el 2011 (0.1%)⁹ y en la Ciudad de México, su Secretaría de Salud informó en el 2014 que 1741 personas fallecieron dentro de las instalaciones de urgencias médicas (0.2%).¹² De acuerdo con estos datos se colige que son muy frecuentes las ocasiones en que se dan malas noticias por parte del personal de urgencias; sin embargo, esta alta frecuencia contrasta con la escasa preparación formal que recibe el personal de urgencias para comunicar tales noticias.³ Lo anterior repercute negativamente en el personal de salud, ya que se ha reportado que enfrentar la muerte de un paciente sin el apoyo formal necesario se asocia con la aparición de insomnio, fatiga, tristeza, decepción, frustración, estrés y culpa en el personal de urgencias.⁸

El paciente y su cuidador primario informal se ven igualmente afectados al recibir malas noticias en ausencia de un protocolo específico de cómo darlas. En efecto, además de las respuestas ya descritas al recibir la noticia, se ha documentado un incremento en la posibilidad de que el paciente se adhiera menos a las indicaciones del servicio, se sienta insatisfecho con este, además de que el cuidador desarrolle estrés postraumático y duelo patológico ante la pérdida de su familiar. Otras reacciones incluyen decepción e insatisfacción ante la insensibilidad y poca empatía del personal de urgencias, que los familiares perciban que no se les dio la información suficiente sobre su paciente, que no se les respondieron dudas y no se generó un verdadero interés hacia su persona.¹³

Debido a estos problemas, en las últimas décadas se han realizado esfuerzos a nivel internacional para superar dichos escollos en el área, lo cual ha generado diversas aproximaciones de cómo preparar al personal de urgencias para dar malas noticias.

Entrenamiento para dar malas noticias en urgencias

Los primeros esfuerzos para sistematizar la comunicación de malas noticias en urgencias parecen haberse iniciado en publicaciones de finales de la década de 1970 y 1980. La mayoría de las publicaciones de esta área se enfocaron en dar recomendaciones con base en experiencias personales o institucionales, aplicar encuestas y no realizaron mediciones formales de los entrenamientos o de sus efectos.^{5,14}

En uno de los primeros programas formales (ver el cuadro I), se entrenó con el juego de roles a residentes de urgencias durante dos horas y media. Los residentes tenían que dar tres malas noticias de deceso. Además se observaron videos con ejemplos de respuestas positivas y negativas de los médicos. Se emplearon personas voluntarias provenientes de un hospicio local, quienes jugaron el papel del familiar que recibía la mala noticia; estas personas tenían la experiencia de haber perdido algún familiar o de dar consejo psicológico a familiares que perdieron algún ser querido. Finalmente se realizaron sesiones de reflexión sobre las actividades que se hicieron correctamente y las que se podían mejorar. En el programa no se realizó ninguna evaluación formal, aunque se reportó que los residentes se percibían con mayor comodidad para afrontar las situaciones.^{15,16}

En otra experiencia se informó sobre el entrenamiento a residentes por medio de un programa educativo de aproximadamente dos horas, en el que se abordaron cuatro casos de muertes pediátricas y se hablaba de temas como cuándo terminar la resucitación, permitir a los familiares observar la resucitación y cómo reaccionar ante las respuestas emocionales de los padres. Posteriormente se tenía una hora de discusión con personas que ayudan a padres cuyos hijos fallecieron en el servicio de urgencias, los cuales compartían las respuestas emocionales más comunes

Cuadro 1 Programas educativos para dar malas noticias en el departamento de urgencias

| Estudio | Participantes | Diseño del estudio | Tipo de mala noticia a entregar | Descripción del entrenamiento y evaluaciones utilizadas | Principales resultados | Principales recomendaciones para dar la mala noticia |
|--|-----------------------------------|--------------------|--|--|---|--|
| Schmidt et al. (1992) ^{15,16} | Residentes (no específica número) | No realiza | Muerte repentina de un paciente sin conocer previamente a los familiares | Una sesión de 90-120 minutos Introducción del proceso | Reporte verbal de mayor confianza en los residentes para afrontar estos eventos | <input type="checkbox"/> Buscar un lugar privado* <input type="checkbox"/> Que el familiar y médico estén sentados <input type="checkbox"/> Que el médico se presente y deje claro el rol que jugó en el proceso de resucitación <input type="checkbox"/> Evitar términos técnicos y eufemismos <input type="checkbox"/> Usar la frase "Ha muerto" en lugar de "Se ha ido" o "Ya no está con nosotros" <input type="checkbox"/> Preguntar si el familiar entendió la información <input type="checkbox"/> Referirse al paciente fallecido por su nombre en lugar de "el cuerpo" <input type="checkbox"/> Si es posible, describir medidas que se realizaron para aliviar el sufrimiento y responder dudas <input type="checkbox"/> Que el familiar pueda ver al paciente que falleció —si lo desea— <input type="checkbox"/> Discutir autopsia y donación de órganos <input type="checkbox"/> Buscar apoyo para el sobreviviente |
| Hart y Ahrens (1998) ¹⁷ | Residentes (no específica número) | No realiza | Cuatro ejemplos de muertes pediátricas (no da más detalles) | Una sesión de aproximadamente dos horas Discusión de cuándo terminar una resucitación | Reporte verbal de mayor preparación y sensibilidad de los residentes ante las respuestas emocionales en la notificación de una muerte pediátrica en urgencias | <input type="checkbox"/> Buscar un lugar privado <input type="checkbox"/> Permitir al familiar sostener al infante fallecido <input type="checkbox"/> Utilizar un lenguaje directo, sin juicios y en que se recalque que no hay culpa de los padres <input type="checkbox"/> Referirse al paciente fallecido por su nombre en lugar de "el bebé" <input type="checkbox"/> Decir frases de empatía y pena ante la situación <input type="checkbox"/> Evitar frases como "Sé cómo se siente" <input type="checkbox"/> Regresar pertenencias, ropa del infante y si es posible recuerdos del infante como un mechón de cabello o la impresión de la huella del pie o la mano <input type="checkbox"/> Explicar el proceso de la autopsia y la posible donación de órganos |

Continúa en la página 739...

... Continúa de la página 738

| Estudio | Participantes | Diseño del estudio | Tipo de mala noticia a entregar | Descripción del entrenamiento y evaluaciones utilizadas | Principales resultados | Principales recomendaciones para dar la mala noticia |
|---|--|---|--|---|--|---|
| Quest et al. (2002) ¹⁸ | Diecisésis residentes | Prospectivo observacional y con mediciones previas y posteriores al estudio | Muerte de un hombre de 50 años por un ataque cardíaco | Una sesión de aproximadamente tres horas | Incremento posterior al entrenamiento en el confort de los residentes para dar la notificación de muerte, el cambio fue estadísticamente significativo | <input type="checkbox"/> Presentarse <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> Guardar una distancia óptima para una comunicación confortable <input type="checkbox"/> Emplear un tono aceptable <input type="checkbox"/> Realizar contacto visual <input type="checkbox"/> Mantener una postura abierta <input type="checkbox"/> Dar advertencias de que viene una mala noticia <input type="checkbox"/> Usar un lenguaje claro al dar la noticia (utilizar la palabra "muerto") <input type="checkbox"/> Tolerar las reacciones de los familiares <input type="checkbox"/> Explicar los intentos médicos realizados para salvar al paciente |
| Benenson y Pollack (2003) ¹⁹ | Setenta residentes fueron entrenados y evaluados entre 1994 y 2000 | Prospectivo observacional y con mediciones posteriores al estudio | Muerte de un infante de 10 años que se dirigía en su bicicleta a su práctica de fútbol | Uma hora de sesión grupal general para identificar los pasos necesarios en la notificación de muerte de un paciente | Los residentes consideraron como útil o muy útil el entrenamiento para dar malas noticias | <input type="checkbox"/> Usar un lenguaje claro y libre de jerga médica <input type="checkbox"/> Permitir ver al paciente fallecido <input type="checkbox"/> Ofrecer apoyo al familiar <input type="checkbox"/> Concluir el encuentro debidamente |

... Continúa de la página 739

| Estudio | Participantes | Diseño del estudio | Tipo de mala noticia a entregar | Descripción del entrenamiento y evaluaciones utilizadas | Principales resultados | Principales recomendaciones para dar la mala noticia |
|--|--------------------------------|--|-------------------------------------|---|---|---|
| Hobgood et al. (2005) ^{20,21} | Veinte residentes de urgencias | Se utilizó un diseño preexperimental con mediciones previas, posteriores y seguimiento | Juego de roles entre los residentes | Una sesión de 120 minutos | Incremento en la confianza de los residentes con cambios estadísticamente significativos entre la evaluación previa, la evaluación posterior y el seguimiento | <p><input type="checkbox"/> <i>G (gather): reunir</i>: reunir a los familiares del paciente fallecido. Ofrecer ayuda en la localización y esperar a los familiares que puedan llegar rápido</p> <p><input type="checkbox"/> <i>R (resources: recursos)</i>: llamar a los recursos de apoyo disponibles en el departamento para ayudar a la familia con su dolor: servicios de capellanes, ministros, intérpretes, apoyo a duelo, familiares y amigos</p> <p><input type="checkbox"/> <i>I (identify: identificar)</i>: identificarse y describir el rol que jugó con el paciente. Llamar al paciente fallecido por su nombre, identificar el estado de los conocimientos de la familia con respecto al paciente</p> <p><input type="checkbox"/> <i>E (educate: educar)</i>: dar información a la familia sobre los eventos que han ocurrido con su paciente en el departamento de urgencias; informarles sobre el estado actual de su ser querido</p> <p><input type="checkbox"/> <i>V (verify: verificar)</i>: verificar que se haya dado y entendido la información de manera clara. No usar eufemismos y usar la frase "Ha muerto" en lugar de "Se ha ido" o "Ya no está con nosotros"</p> <p>– (space: espacio): dar el espacio y tiempo a la familia para las respuestas emocionales y absorber la información. Se puede tocar a la familia, tolerar silencios y el llanto de la familia debe ser permitido</p> <p><input type="checkbox"/> <i>I (inquire: preguntar)</i>: preguntar si hay alguna duda y responder a ella. Resumir información y leer entre líneas las preguntas ocultas</p> <p><input type="checkbox"/> <i>N (nuts and bolts: principios básicos)</i>: cuando sea pertinente, preguntar acerca de la donación de órganos, servicios funerarios y pertenencias personales. Ofrecer a la familia la oportunidad de ver el cuerpo</p> <p><input type="checkbox"/> <i>G (give: dar)</i>: dar tarjeta de localización y brindar acceso a la información. Responder a cualquier pregunta que pueda surgir más adelante. Devolver llamadas y ofrecer información sobre apoyos locales</p> |

Continúa en la página 741...

...Continúa de la página 740

| Estudio | Participantes | Diseño del estudio | Tipo de mala noticia a entregar | Descripción del entrenamiento y evaluaciones utilizadas | Principales resultados | Principales recomendaciones para dar la mala noticia |
|----------------------------------|---------------------------------|---|--|---|---|---|
| Park et al. (2010) ²³ | Catorce residentes de urgencias | Prospectivo observacional con mediciones posteriores al estudio | Juego de roles entre los residentes Notificación de muerte de un paciente en un asalto | Tres sesiones de aproximadamente cinco horas: Sesión 1: lecturas y videos para familiarizarse con el protocolo SPIKES, sensibilizarse con la comunicación empática, la escucha reflexiva y el trabajo en equipo para dar la mala noticia | Se calificó como útil el entrenamiento y los residentes consideraron el encuentro con el paciente ficticio como la actividad más útil | <input type="checkbox"/> S (setting up: preparar el escenario): [†] buscar un ambiente privado, preguntar si la persona quiere estar acompañada por alguien significativo para recibir la noticia. El médico debe sentarse, mantener contacto visual y tocar al paciente. También debe avisar de posibles interrupciones <input type="checkbox"/> P (perception: percepción): antes de dar información, preguntar qué sabe el familiar de la situación. Se recomienda hacer preguntas abiertas para identificar la información: ¿Qué sabe hasta ahora de la condición de su paciente?, ¿Qué es lo que entiende de lo que le han dicho? <input type="checkbox"/> I (invitation: invitación): [‡] identificar qué tanto quiere saber el familiar con respecto a la situación de su paciente. <input type="checkbox"/> K (knowledge: conocimiento): con base en lo identificado en los pasos anteriores, dar la información. Se recomienda usar frases como: "Desafortunadamente tengo que darle una mala noticia..." "Lamento informarle que...". Usar un lenguaje adaptado al que recibe la noticia y evitar usar palabras técnicas. Dar la cronología del evento que llevó a la muerte del paciente. Evitar la brusquedad al dar la información, dar la información de corrido y usar frases desesperanzadoras. <input type="checkbox"/> E (emotions: emociones): se recomienda observar y nombrar la emoción con la que responde el familiar. Usar frases empáticas y de preocupación ante el duelo. Validar las emociones del familiar: "En verdad lamento tener que darle esta noticia", "Esto también es difícil para mí", "Puedo entender que se sienta de esa manera" <input type="checkbox"/> S (strategy: estrategia): presentar un plan de acción para el familiar. Mostrar disposición por parte del médico para responder dudas del caso en fechas posteriores. Cerrar el encuentro y partir de manera respetuosa |

^{*}Se reportan las recomendaciones con base en lo descrito por Schmidt et al.¹⁵ en 1992 y Harrahill et al.¹⁶ en 1997[†] Se reportan los pasos SPIKES con base en lo descrito por Baile et al.²² en el 2000 y Park et al.²³ en el 2010[‡] En el protocolo original de SPIKES para pacientes oncológicos tiene mucho sentido este paso, ya que el paciente puede elegir si quiere enfocar la información en tratamiento, diagnóstico o pronóstico. En el caso de la notificación de muerte de un paciente, parece ser un paso prescindible

durante la muerte de un hijo. Durante el desarrollo del programa no se realizó ninguna evaluación formal, aunque se reportó que los residentes se percibían con mayor preparación y con mayor sensibilidad ante las respuestas emocionales en la notificación de una muerte pediátrica en urgencias.¹⁷

En el 2002 se realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar el confort y la utilidad de un entrenamiento para dar noticias de muertes en urgencias. Se evaluaron 16 residentes que asistieron a una sesión de tres horas: en la primera hora se le dio a todo el grupo información de los pasos para dar la noticia de muerte; al final de la sesión, se les entregaron folletos laminados con los pasos, a guisa de recordatorio; en la segunda hora se crearon grupos pequeños (no se especifica de cuántos participantes), a partir de los cuales los residentes interactuaron con dos miembros de la facultad de medicina y un familiar que tuvo la muerte de un ser querido, la cual fue notificada por un médico, a fin de que los residentes se sensibilizaran con las experiencias vividas por el familiar. Finalmente, durante la última hora, se les pidió a los residentes que dieran dos noticias a un familiar y se simuló la muerte de su ser querido. El desempeño de los residentes fue evaluado por ellos mismos, el personal médico de la facultad y aquellos que simularon ser pacientes. De igual forma, se tomaron evaluaciones antes y después de la intervención mediante instrumentos de autoinforme para identificar el confort al dar malas noticias y la utilidad del entrenamiento. Los resultados indicaron que hubo cambios estadísticamente significativos antes y después de la evaluación en el confort para dar malas noticias; los residentes consideraron el entrenamiento como útil y lo catalogaron como muy útil al darle la mala noticia al paciente simulado. Finalmente, llama la atención que hubo desacuerdo entre los residentes, el personal médico de la facultad y los que simularon ser pacientes, para identificar si los residentes ya podían dar noticias de muerte en ambientes reales, ya que los residentes se percibían con mayor habilidad (88%) de lo que los calificaban tanto el personal de la facultad (73%) como los pacientes simulados (63%).¹⁸

En el 2003 se publicó un estudio cuyo objetivo fue evaluar las habilidades de médicos residentes al dar noticias reales de muerte en el servicio de urgencias. En total se evaluaron 323 notificaciones de muertes, en las cuales participaron 70 residentes que tomaron un programa educativo de cómo dar malas noticias. El programa consistió en una sesión de aproximadamente 70 minutos en los que se identificaban reacciones normales y anormales de duelo, factores de riesgo ante un duelo prolongado, factores culturales, cómo tratar con familiares alterados y cómo dar la notificación de muerte. Varios jueces externos valoraron las notificaciones de muerte durante seis años. Sus evaluacio-

nes sugirieron que el 95% de los residentes daban las malas noticias de manera satisfactoria o excelente.¹⁹

En el 2005, se publicó una investigación que tuvo como objetivo evaluar el impacto del entrenamiento de las notificaciones de muerte en urgencias por medio de la nemotecnia GRIEV_ING. Se utilizó un diseño pre-experimental con mediciones previas y posteriores y seguimiento. Durante la preevaluación, los residentes llenaron instrumentos de autorreporte y realizaron una notificación de muerte ante un familiar ficticio; posteriormente, recibieron un taller de entrenamiento de aproximadamente dos horas, en el cual aprendieron los pasos para dar noticias de muerte siguiendo la nemotecnia GRIEV_ING. El taller estuvo dividido en cinco segmentos: 1) sesión introductoria, 2) discusión abierta sobre experiencias personales con muertes y pérdidas, 3) familiarización con los pasos de GRIEV_ING, 4) aplicación de los pasos GRIEV_ING durante juego de roles entre pares, 5) aplicación de los pasos GRIEV_ING durante una notificación de muerte ante un paciente simulado. Los resultados mostraron un incremento estadísticamente significativo en la confianza autopercebida y la competencia de los residentes entre las evaluaciones antes, después y en el seguimiento. Finalmente, los residentes fueron calificados con una alta comunicación empática durante las evaluaciones.^{20,21}

En el 2010, se publicó un protocolo que tuvo como objetivo evaluar la utilidad del entrenamiento SPIKES para dar malas noticias en médicos residentes de urgencias. Se utilizó un esquema prospectivo observacional con mediciones posteriores al entrenamiento. En el estudio participaron 14 residentes, los cuales recibieron en cinco horas los siguientes componentes: a) lecturas, b) videos sobre el tema, c) importancia de la comunicación empática, d) juego de roles de notificación de muerte en grupos de tres personas (médico, familiar y observador), todo utilizando el protocolo SPIKES. Posteriormente, se les pidió a los residentes que dieran noticias de fallecimiento a un paciente simulado; el residente daba la noticia acompañado de personal real de enfermería, trabajo social y el capellán de urgencias, quienes interpretaban el rol que realizan cuando se da una mala noticia. Finalmente, se hicieron sesiones de reflexión de lo acontecido. Se utilizaron instrumentos de autoinforme y listas de cotejo de actividades para evaluar el desempeño de los residentes. Los principales resultados reportados indicaron que se calificó como útil el entrenamiento y los residentes consideraron el encuentro con el paciente ficticio como la actividad más útil de todo el taller.^{22,23}

Con base en los estudios descritos, en nuestra experiencia y en la literatura en otras especialidades, se pueden identificar algunas recomendaciones en cada una de las etapas para dar malas noticias, haciendo énfasis en que hasta el momento todos los estudios se

han enfocado en la comunicación de muerte en urgencias, por lo cual se darán recomendaciones para este tipo de mala noticia en particular.

1. Aspectos relevantes en la comunicación médico-paciente

Es fundamental mostrar una actitud cálida, respetuosa, humana y empática ante las personas que reciben malas noticias. Algunos comportamientos útiles estriban en crear alianzas (darle a entender al familiar que se está ahí para que de manera conjunta se trabaje en seguir algunos pasos que le ayuden durante el evento), ser empático, mostrar *rappor* (tratar de entender la situación desde las creencias, perspectivas y cultura del que está recibiendo la noticia) y escuchar activamente lo que dice el familiar.²⁴ Se pueden utilizar frases que ayuden a promover una mejor interacción empática y que le sirvan al personal médico para mostrar mejores habilidades de interacción con los familiares (cuadro II).^{24,25}

Finalmente, para fomentar una actitud cálida y humana, se ha recomendado promover discusiones abiertas entre el personal de urgencias y familiares de personas que han perdido a un ser querido; en esas discusiones ambos compartirán experiencias vividas (tanto del médico como del familiar) con respecto al fallecimiento de un ser querido: ¿Cómo lo vivió? Idealmente, ¿cómo se deberían comunicar dichas noticias? ¿qué se podría mejorar?²¹ Dada la sensibilidad del tema, este tipo de discusiones deben dirigirse por personal con experiencia en manejo de emociones.

2. Preparación de la noticia

Se recomienda buscar lugares privados para dar la mala noticia; se debe evitar dar la noticia en pasillos o en las bancas de la sala de espera del hospital. En caso de no existir un lugar para dar la mala noticia, se deberán crear las mejores condiciones posibles para dar privacidad (cerrar cortinas en la cama de hospitalización o buscar un cubículo libre en el momento).^{15-18,23} Siempre es importante que uno se presente y que describa qué papel tuvo con el paciente. Dado que se dará una noticia que impactará a quien la recibe, el médico deberá tomarse un tiempo adecuado para dicha empresa. Aunque lo anterior puede ser difícil de conseguir en un ambiente tan complejo como el de urgencias, es necesario hacerlo teniendo en mente que la información proporcionada impactará drásticamente al familiar y su satisfacción con el servicio. Se recomienda mirar a los ojos a quienes reciben la noticia, evitar mirar el reloj, llevar algún tipo de pañuelos y apagar celulares. Si se cuenta con un equipo interdisciplinario, será imperativo que el médico se haga

acompañar de ellos, para que cada quien, desde su área, brinde el apoyo necesario. De igual forma, se recomienda ofrecer al familiar la posibilidad de estar acompañado por alguna persona significativa que pueda apoyarlo en ese momento.²⁵

3. ¿Quién recibe la noticia?

Es importante estar familiarizado con las condiciones sociodemográficas de la persona que recibe la noticia: ¿Cómo se llama? ¿Qué relación tiene con el paciente? ¿Qué nivel educativo tiene? ¿Padece alguna enfermedad que pueda ser relevante tomar en cuenta cuando se le da la mala noticia? De igual forma, se recomienda que el médico pregunte abiertamente qué es lo que el familiar sabe actualmente del caso, preguntas cómo ¿Qué le han dicho hasta ahora? ¿Qué es lo que ha escuchado? ¿Qué entiende de lo que le han dicho? podrían ser útiles para dar mejor contexto y conseguir el cometido.

En este punto, el médico deberá evitar interrumpir, corregir o modificar información que el paciente o familiar diga. Lo indispensable será recabar la mayor información disponible de la percepción del familiar, identificar el contexto, la cultura, las ideas, las creencias del familiar. De igual forma, el médico deberá identificar qué es lo que específicamente le interesa saber a quien recibe la noticia.

4. Comunicación de la mala noticia

Conservando una postura cálida y humana, se debe dar la noticia de manera directa, clara, sin rodeos ni eufemismos.^{18,19} Se recomienda ampliamente decir frases introductorias a la mala noticia, como “Lamento informarle...”, “Me gustaría darle otra noticia...”, “Desafortunadamente...”. Estas frases prepararán al receptor para recibir una mala noticia.^{23,25} Se prefiere el uso de la frase “Ha muerto...” o “Ha fallecido...” en lugar de “Se ha ido” o “Ya no está con nosotros”. En todo momento el médico deberá referirse al paciente fallecido por su nombre en lugar de “el difunto” o “el cuerpo”. El médico puede estar tentado a dar mucha información técnica sobre lo que aconteció; sin embargo, con base en nuestra experiencia recomendamos que se deje al familiar experimentar y mostrar las respuestas emocionales de duelo, y una vez que estas hayan dado paso, hay que seguir ofreciéndole información relevante al familiar.

5. Respuestas emocionales

Se recomienda como primer paso, dar tiempo para que se presenten, exacerben y posteriormente disminuyan las respuestas emocionales en el familiar; en

Cuadro II Componentes relevantes en la interacción médico-paciente

| Componente | Definición y recomendaciones | Frases útiles y ejemplos |
|-------------------|---|--|
| Empatía y rapport | <p>Definición</p> <p>Consiste en poder entender los pensamientos, emociones, comportamientos y problemas desde el punto de vista del familiar. Metafóricamente, se busca que el médico sea capaz de ver el problema del familiar a través de sus ojos, tratando de adoptar su marco de referencia e interpretación.²⁴</p> <p>Recomendaciones</p> <p>Hacer esfuerzos reales por entender la vivencia que tienen los familiares y mostrar abiertamente dicho entendimiento</p> <p>Retomar palabras y mensajes entre líneas que diga el familiar</p> <p>No intentar leer la mente del familiar; si existe alguna duda con respecto a la reacción emocional, preguntar abiertamente sobre ella</p> <p>Validar la emoción que se presenta ante la noticia recibida</p> | <p>Entiendo que la noticia que acaba de recibir no es agradable y me imagino que ha de estar pasando un momento sumamente complicado; sin embargo, quiero enfatizar que estoy aquí para apoyarla en lo que necesite</p> <p>Me hubiese gustado darle una mejor noticia con respecto a (dicho nombre del paciente). En verdad lamento mucho no poder hacerlo, pero le recalco que se hizo lo necesario (describir de manera no técnica los esfuerzos que se realizaron para que (dicho nombre del paciente) estuviera con el mejor confort posible)</p> <p>Veo que está muy preocupada por la situación actual de su paciente. Es perfectamente entendible que se sienta de esa manera y veo que le preocupa cómo “tal” miembro de su familia puede tomar esta noticia. Podemos ofrecerle el apoyo del equipo (psicología, capellán) para tratar de aminorar el impacto emocional de la noticia</p> <p>Me da la impresión de que le preocupa y enoja escuchar la información que le estoy dando. ¿Es correcta mi impresión? ¿Me equivoco?</p> <p>Familiar: ¡No! ¡Por qué murió mi esposo?! ¡Teníamos tantos planes!</p> <p><i>Cómo no debe responder el médico:</i> Ya venía mal, murió porque tenía muchos factores de riesgo para desarrollar el paro cardíaco</p> <p><i>Cómo sí debe responder el médico:</i> Lamento que se presente este evento inesperado y entiendo que pueda sentirse impotente por todo lo que está sucediendo y los cambios que va a traer en su vida</p> <p>¿A usted cómo le gustaría que la apoyáramos en este momento tan complejo?</p> |
| Alianza | <p>Definición</p> <p>Es una cualidad de asociación y colaboración mutua entre el médico y familiar. Se busca crear un vínculo positivo entre el médico y el familiar</p> <p>Se busca ser capaz de ponerse de acuerdo en los objetivos de la reunión y establecer un consenso mutuo sobre las actividades pertinentes para abordar la situación.²⁴</p> <p>Recomendaciones</p> <p>Identificar las necesidades y expectativas del familiar y tratar de abordarlas.</p> <p>Tratar de no responder de manera defensiva ante la negatividad, hostilidad y demás emociones negativas que se presenten</p> <p>El médico deberá escuchar las propuestas dadas por los familiares y ayudar a identificar si es algo factible de conseguir en el momento</p> <p>En caso de ser necesario, el médico realizará una negociación para tener objetivos viables de conseguir</p> | <p>Señor, tenga la certeza de que vamos a estar junto a usted durante todo este proceso</p> <p>Veo que emocionalmente se encuentra afectado por la noticia, ¿existe algún aspecto al cual te gustaría darle prioridad en este momento?</p> <p>Le recalco que hay mucho que se puede hacer por usted. En la entrevista me comentó que usted padece de hipertensión. Si está de acuerdo, me gustaría poder evaluar cómo se encuentra en este momento, después de recibir la noticia parece adecuado si ideamos una estrategia para abordar el problema?</p> <p>La idea que usted me propone me parece muy válida y viable. Haré los arreglos necesarios para poder concretarla otra acción ¿qué le parece?</p> <p>Es entendible que en este momento se sienta enojado conmigo o con el hospital. Estas reacciones son comunes cuando uno recibe este tipo de noticias. De todos modos estaré aquí para apoyarlo por si necesita algo</p> |

este periodo el médico solo estará pendiente de que el familiar o el personal de salud no corran algún peligro. Se mantendrá una postura con la que se puedan respetar las emociones y los silencios; en este primer momento es poco probable que se tenga la atención del familiar que vive el luto repentino, por lo cual hay que evitar dar instrucciones o pedir que se tomen decisiones. Se puede intentar tocar al familiar —si lo permite— y decir frases cortas de apoyo, como, por ejemplo: “Me quedo aquí para apoyarlo”, “Estaré a su lado por si necesita algo”.

En la mayoría de las personas que reciben la mala noticia habrá una reducción en el paroxismo emocional —en caso contrario, se recomienda utilizar un equipo especializado para atender crisis emocionales o comportamentales que puedan poner en peligro tanto al personal de salud como al familiar—.^{7,26} Una vez disminuidas las emociones, hay que buscar recuperar la atención del familiar para nombrar y validar la emoción que presentó ante la noticia; en este sentido, se busca que el médico muestre conexión con la emoción del familiar. Finalmente, hay que mantener una postura en la que se eviten los comentarios negativos, de culpa o catastróficos, por ejemplo, “Se acabó. No hay nada más que hacer”. Por el contrario, hay que resaltar nuevos objetivos que aún se puedan trabajar y conseguir: “Para este departamento de urgencias, es igualmente importante la salud del paciente como la de su cuidador. Me gustaría que ahora nos enfoquemos en usted para apoyarlo y que esté lo mejor posible en este momento tan difícil”.

Cuando el familiar se encuentre más tranquilo, el médico podrá hacer, con un mínimo de términos técnicos, un recuento de los procedimientos que se realizaron, poniendo énfasis en aquellas acciones que ayudaron a disminuir el sufrimiento del paciente. De igual forma, el médico resolverá dudas e inquietudes que muestre el familiar.¹⁵ Se debe ofrecer al familiar la posibilidad ver a su paciente y es ampliamente recomendable que el equipo de salud limpie y deje presentable al paciente que falleció.¹⁸ Es común que ante la presencia del paciente fallecido el familiar vuelva a experimentar respuestas emocionales de duelo; en la mayoría de los casos, crear un ambiente privado (cerrar cortinas) ayudará a que estas disminuyan; en caso de que se exacerben las respuestas emocionales, se recomienda emplear al equipo especializado para retirar a un lugar privado al familiar, evitando así que perturbe al resto de los familiares o pacientes en el departamento de urgencias.

6. Procesos médicos, administrativos y cierre

Una vez que se presente mayor estabilidad emocional en el familiar, se volverá relevante iniciar el proceso de

autorización —si es pertinente— para realizar procedimientos como autopsias o donación de órganos;^{15,21} se deberá ser muy respetuoso y empático con las decisiones del familiar sobre estos temas. De igual forma, se deberá dar apoyo para identificar los procedimientos administrativos que el familiar requiere realizar ante el fallecimiento del paciente.

Por último, a manera de cierre con el familiar, se puede dejar abierta la disposición de resolver dudas en momentos posteriores.²¹ Se recomienda tener una lista de números telefónicos con centros de apoyo locales en los cuales puedan atenderse. En caso de que el hospital cuente con apoyo especializado, se puede realizar la canalización al apoyo emocional formal más estructurado.²⁷

Limitaciones y retos futuros

Hasta ahora se ha realizado la descripción de las recomendaciones a seguir para dar malas noticias en el contexto de urgencias médicas; y aunque esta descripción tiene sentido de manera clínica y está basada en décadas de experiencia del personal, instituciones y trabajos empíricos en el área de urgencias, existen varias limitaciones que conviene tomar en cuenta.

Muchas de las recomendaciones que se han dado provienen de escritos que carecen del uso de diseños robustos para evaluar el efecto de sus programas educativos. Como seguramente pudo notar el lector, los programas educativos para dar malas noticias en el área de urgencias se han enfocado a usar estudios pre-experimentales —en el mejor de los casos—, lo cual acarrea serios sesgos a la validez interna y externa de los datos que obtienen. Hasta el conocimiento de los autores, no existe un solo trabajo que haya evaluado por medio de ensayos aleatorizados y con muestras adecuadas, la eficacia de su intervención al dar la mala noticia en médicos de urgencias. Puede haber variables extrañas que influyen en los resultados hasta ahora obtenidos, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. Quizá como primer paso valdría la pena comenzar con estudios aleatorizados pilotos que ayuden a identificar la viabilidad y aceptabilidad de estos entrenamientos en médicos de urgencias y, posteriormente, trabajar en el desarrollo de estudios más amplios que evalúen la eficacia y contrastación de hipótesis de la intervención²⁸ en poblaciones debidamente definidas y ubicadas en distintos departamentos de urgencias. Aunque es relativamente complicado, estas acciones ya se han realizado en poblaciones oncológicas e incluso con paramédicos de urgencias, por lo cual creemos viable que en un futuro cercano se pueda incluir a médicos de urgencias.^{29,30}

Una segunda consideración importante es que cada entrenamiento realiza evaluaciones distintas sobre lo que se considera relevante en un programa. Algunos estudios se enfocaron primordialmente en el autoinforme de confianza del médico para abordar estas situaciones,^{15,16,20} sensibilidad al tema,¹⁶ confort,¹⁸ percepción de utilidad,²³ sentirse más preparado en el tema,¹⁶ satisfacción¹⁹ y competencias para dar la noticia.²⁰ Además de lo heterogéneo de las variables, la mayoría de los instrumentos de evaluación se crearon de manera *ad hoc* sin incluir sus propiedades psicométricas, lo cual puede tener un serio impacto en su validez y confiabilidad. Consideramos que en un futuro es necesario hacer homogéneas las variables que habrán de medirse y la forma en la cual convendrá evaluarlas. Esto resulta relevante para disponer de un punto de comparación entre los distintos tipos y tamaños de los efectos que obtendrán las intervenciones.

En los entrenamientos descritos, se parte del supuesto de que el médico despliega comportamientos empáticos *per se*, posee una buena base en comunicación interpersonal y habilidades sociales. Sin embargo, la reciente evidencia empírica y la experiencia clínica indican que una cantidad importante de médicos carecen de dichas habilidades, por lo cual es necesario exponerlos a entrenamientos para ayudarlos a desarrollarlas.²⁵

También es relevante identificar el efecto de los entrenamientos para dar malas noticias en ambientes reales, es decir ¿realmente se están generalizando las habilidades aprendidas en ambientes controlados hacia los ambientes clínicos del día a día?¹⁸ De igual forma, es muy notorio que todos los entrenamientos han equiparado una mala noticia con una noticia de muerte; sin embargo, en congruencia con la definición del concepto, existe una gran cantidad de información que se da en el departamento de urgencias que podría considerarse como una mala noticia ante la cual no se han enfocado esfuerzos por menguar su impacto, por lo cual también deberían considerarse en los entrenamientos futuros.

Consideraciones finales

Dadas las recomendaciones actuales para abordar emergencias comportamentales,²⁶ resulta indispensable la creación de equipos interdisciplinarios especializados en el abordaje de respuestas que se presentan en el paciente/familiar cuando recibe una mala noticia. Si bien creemos que el entrenamiento en malas noticias mejora el abordaje que el médico le brinda al familiar, también creemos que cinco horas de entrenamiento muy probablemente no son suficientes para desarrollar las habilidades tan específicas que son necesarias en el tratamiento de respuestas enmarcadas en un contexto social, espiritual y emocional. Así, los esfuerzos futuros requieren involucrar el apoyo de gente preparada para dar apoyo espiritual o religioso acorde a las creencias del individuo, trabajadores sociales, enfermeras y psicólogos, conformando así, equipos interdisciplinarios mucho más completos y adecuados para el abordaje del problema en cuestión.

Finalmente, como se ha podido señalar en el presente trabajo, durante muchas décadas la notificación de malas noticias se ha convertido en un tema de relevancia entre el personal de urgencias. Los trabajos hasta ahora reportados dan luz para esfuerzos futuros a realizar en esta área para generar estrategias que permitan disminuir el impacto negativo tanto en el cuidador primario formal como en el informal. Sin embargo, aún se necesita mucho tiempo y trabajo para poder generar guías clínicas basadas en evidencia que regulen e impacten a nivel curricular y en la praxis médica en urgencias; de esta manera, no queda más que el trabajo constante y seguir viejos adagios, como dijo Miguel de Cervantes en *La Gitanilla*: se dará tiempo al tiempo, que suele dar dulce salida a muchas amargas dificultades.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312-9.
2. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*. 1996;276(6):496-502.
3. Shoenberger JM, Yeghiazarian S, Rios C, Henderson SO. Death notification in the emergency department: survivors and physicians. *West J Emerg Med*. 2013;14(2):181-5.
4. Parrish GA, Holdren KS, Skiendzielewski JJ, Lumpkin OA. Emergency department experience with sudden death: a survey of survivors. *Ann Emerg Med*. 1987;16(7):792-6.
5. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;288(6430):1597-9.
6. Walters DT, Tupin JP. Family grief in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 1991;9(1):189-206.
7. Yeager K, Roberts A. *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. Oxford University Press; 2015. p. 841.
8. Strote J, Schroeder E, Lemos J, Paganelli R, Solberg J, Range Hutson H. Academic emergency phy-

- sicians' experiences with patient death. *Acad Emerg Med.* 2011;18(3):255-60.
9. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2011 Emergency Department Summary Tables. Disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/nhamcs_emergency/2011_ed_web_tables.pdf [Consultado el 11 de marzo de 2016]
 10. Rodríguez-Maroto O, Llorente-Álvarez S, Casanueva-Gutiérrez M, Álvarez-Álvarez B, Menéndez-Somoano P, de la Riva-Miranda G. Mortalidad en un servicio de urgencias hospitalarias. Características clínico epidemiológicas. *Emergencias.* 2004;16:17-22.
 11. [Instituto Mexicano del Seguro Social.] División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006;44(3):261-73.
 12. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Agenda Estadística 2014. México D. F. Disponible en http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda2014_portal/inicio.html [Consultado el 11 de marzo de 2016]
 13. Wisten A, Zingmark K. Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death--a qualitative study. *Resuscitation.* 2007;74(1):68-74.
 14. Willis RW. Sudden death: a systemic approach to bereavement management in the emergency unit. *Bull Am Protestant Hosp Assoc.* 1977;41(2):56-60.
 15. Schmidt TA, Norton RL, Tolle SW. Sudden death in the ED: educating residents to compassionately inform families. *J Emerg Med.* 1992;10(5):643-7.
 16. Harrahill M. Giving bad news compassionately: a 2-hour medical school educational program. *J Emerg Nurs.* 1997;23(5):496-8.
 17. Hart RG, Ahrens WR. Coping with pediatric death in the ED by learning from parental experience. *Am J Emerg Med.* 1998;16(1):67-8.
 18. Quest TE, Otsuki JA, Banja J, Ratcliff JJ, Heron SL, Kaslow NJ. The use of standardized patients within a procedural competency model to teach death disclosure. *Acad Emerg Med.* 2002;9(11):1326-33.
 19. Benenson RS, Pollack ML. Evaluation of emergency medicine resident death notification skills by direct observation. *Acad Emerg Med.* 2003;10(3):219-23.
 20. Hobgood C, Harward D, Newton K, Davis W. The educational intervention "GRIEV_ING" improves the death notification skills of residents. *Acad Emerg Med.* 2005;12(4):296-301.
 21. Hobgood C. Delivering the News with Compassion The GRIEV_ING© Death Notification Protocol - Trainer's Manual. A project supported by Grant No. 2005-VF-GX-K021 awarded by the Office for Victims of Crime office of Justice Programs. United States of America: U.S. Department of Justice; 2005.
 22. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globor G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-11.
 23. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock.* 2010;3(4):385-8.
 24. Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic).* 2011;48(1):98-102.
 25. Chan TM, Wallner C, Swoboda TK, Leone KA, Kessler C. Assessing interpersonal and communication skills in emergency medicine. *Acad Emerg Med.* 2012;19(12):1390-402.
 26. Wong AH, Wing L, Weiss B, Gang M. Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *West J Emerg Med.* 2015;16(6):859-65.
 27. Soares-Oliveira M, Cunha S, Rosado S, Faria J, Salazar G, Pereira N. Supportive needs of people confronted with sudden unexpected death: a task for the psychologist. *Resuscitation.* 2008;76(2):315.
 28. Arain M, Campbell MJ, Cooper CL, Lancaster GA. What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Med Res Methodol.* 2010;10:67.
 29. Merckaert I, Liénard A, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne A-M, et al. Is it possible to improve the breaking bad news skills of residents when a relative is present? A randomised study. *Br J Cancer.* 2013; 109(10):2507-14.
 30. Smith-Cumberland T. The evaluation of two death education programs for EMTs using the theory of planned behavior. *Death Stud.* 2006;30(7):637-47.