

Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias



Salvador Núñez^a, Teresa Marco^b, Guillermo Burillo-Putze^c y Juan Ojeda^d

^aServicio de Urgencias e Instituto de Investigación Biomédica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

^bUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

^cServicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

^dServicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

*Quien no comprenda una mirada,
tampoco comprenderá una larga explicación.*

Proverbio árabe

Los servicios de urgencias en España constituyen una de las áreas sanitarias más solicitadas por la población, de forma que casi un 30% de ésta los utiliza cada año¹ y la tasa de pacientes que allí fallecen se sitúa actualmente en el 0,7%². De este modo, la notificación de defunción a familiares y allegados es una parte del acto médico relativamente frecuente en estos servicios.

Sin embargo, la mayor parte de las guías clínicas sobre la comunicación de las malas noticias en medicina van dirigidas fundamentalmente a profesionales dedicados a la oncología y a los cuidados paliativos. Además, los servicios de urgencias presentan unas características especiales que los hacen claramente diferentes de aquéllos. La principal es el carácter súbito e imprevisto con que sobrevienen la enfermedad y su desenlace, lo cual lleva consigo una gran carga emocional en sus allegados que necesariamente influye en cómo se debe dar las malas noticias.

En este sentido, la muerte súbita supone el 12% de los fallecimientos en urgencias³ y el resto de los fallecimientos se produce por reagudizaciones de enfermedades crónicas o por procesos terminales que no dejan de tener cierto carácter inesperado para sus familiares y llevan a algunos autores a estimar como imprevisibles el 65% de las muertes producidas en urgencias⁴.

Es fácil comprender que la comunicación de las malas noticias en los servicios de urgencias entraña una serie de dificultades y requiere un conjunto de actitudes y habilidades para informar adecuadamente a los acompañantes del paciente. Esta comunicación no puede ser llevada a cabo por psicólogos u otros profesionales entrenados en la información, porque el médico, por un lado, está obligado por ley, y por otro, es el único que puede transmitir con detalle los cuidados realizados al paciente e informar con la empatía necesaria para confortar a la familia⁵.

Es importante conocer la metodología básica para dar malas noticias y tener estrategias para abordar esos difíciles momentos. Esto puede conseguirse mediante formación espe-

cífica en entrevista clínica, materia que debería formar parte del aprendizaje de todos los profesionales de la salud y, especialmente, de todos quienes trabajan en el ámbito de las urgencias hospitalarias.

Qué noticias son malas noticias

Cualquier información negativa sobre el estado de salud constituye una mala noticia. Pero, por supuesto, hay grados, que hasta cierto punto son subjetivas de cada individuo y dependen de sus experiencias vividas, su personalidad, sus creencias religiosas o puntos de vista filosóficos, sus apoyos sociales y su fortaleza emocional.

Por tanto, pese a las dificultades que encierra establecer la definición de las malas noticias, la literatura médica actual da por válida la expresada por Buckman⁶, que dice que se podría considerar malas noticias la información que produce una alteración negativa en las expectativas personales en el presente y el futuro.

Nosotros vamos a limitar la consideración de malas noticias a los fallecimientos producidos en urgencias, que son los que mayor carga emocional conllevan tanto para los familiares como para los profesionales.

La preparación

Los médicos de urgencias no tienen oportunidad para preparar con tiempo las interacciones que siguen a la muerte. En la comunicación de las malas noticias no sólo conviene preparar a la familias, sino que también el propio médico debe prepararse para darlas. Debe evitar, por tanto, una presentación fría, y hacer una transición de la crisis médica que supone el fallecimiento al proceso de responder al trauma emocional de una familia.

Preparación del médico

El principio fundamental de cualquier médico ha sido siempre salvar vidas, pero para el médico de urgencias es una máxima y la información de las malas noticias constituye siempre una situación difícil, que genera un gran estrés, intensas emociones, sensación de responsabilidad por la noticia dada y temor a una respuesta incontrolable. Por lo tanto, antes de afrontar el hecho de informar del fallecimiento de un paciente, el médico debe enfrentarse a sus sentimientos de culpa, fracaso y otras emociones personales sobre la muerte para que no interfieran en el desarrollo de una comunicación eficaz. Es por eso importante el conocimiento de sí mismo para poder manejar esas emociones y contribuir a su propio autocuidado.

Correspondencia: Dr. S. Núñez.
Unidad de Investigación.
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.
Ctra. del Rosario, s/n. 38010 Santa Cruz de Tenerife. España.
Correo electrónico: salvadorn@comtf.es

Recibido el 27-2-2006; aceptado para su publicación el 21-3-2006.

TABLA 1

Algunas expresiones de la comunicación no verbal

Acción	Efecto
Lugar (pasillo/habitación privada)	La comunicación en un despacho o habitación privada es una manifestación de respeto
Posición (de pie/sentado)	Sentarse indica una buena predisposición para dedicar a la familia el tiempo que sea necesario
Situación (enfrente/al lado)	Es mejor situarse directamente frente a la otra persona; colocarse en un lado disminuye el grado de implicación
Contacto visual	El contacto visual mutuo, preferiblemente al mismo nivel, reconoce a la persona que tiene delante y denota la disposición a mantener una comunicación
Movimiento	Al inclinarse y aproximarse al familiar, se transmite implicación
Postura (abierta/cerrada)	La posición no defensiva es aquella en la que ni los brazos ni las piernas están cruzados. Transmite que la persona desea que haya comunicación
Apariencia y aspecto físico	Un aspecto desaliñado genera desconfianza. Es importante corregir un aspecto descuidado tras una reanimación cardiopulmonar o cambiar la bata con manchas de sangre, por ejemplo

Para ello comentará, si es preciso, sus vivencias con otros miembros del equipo, olvidará momentáneamente las otras tareas pendientes y repasará las acciones llevadas a cabo con el paciente y las respuestas de éste al tratamiento aplicado.

Antes de dar la noticia es necesario repasar el nombre, la dirección y alguna característica física y los antecedentes médicoquirúrgicos del paciente. También es preciso saber si ha habido circunstancias especiales cercanas al óbito, tales como suicidio, violencia de género, accidente laboral y otras. También, desde el punto de vista estratégico, es conveniente conocer datos sobre los familiares a través del personal que se encarga de informar a los usuarios en el servicio de urgencias. Esos datos consistirían en saber el número de familiares o allegados que se encuentran en el servicio y su vinculación con él, si son conocedores de la gravedad de la situación, su condición sociocultural y su grado de ansiedad.

Preparación de los familiares

Como se dijo antes, la premura en la preparación de familiares y allegados es una limitación propia del servicio de urgencias. Si los familiares se encuentran en él, éstos deben ser recibidos en la sala de información por el personal de información manteniendo en todo momento la privacidad. El personal de información debe mostrarse tranquilo y atento hasta que el médico llegue a la sala para informar. Si el pronóstico del paciente es fatal en los próximos minutos, se debe informar del desarrollo de maniobras de reanimación cada cierto tiempo y la respuesta del paciente, aseverando que la situación del paciente es crítica para no fundar falsas expectativas. Si el paciente acaba de fallecer, se comenzará con una descripción detallada de cómo ocurrieron los hechos, el tratamiento aplicado y la respuesta a éste, para acabar informando del fallecimiento.

Si los familiares no están presentes, es preciso localizarlos. Generalmente, la localización de familiares y allegados de los pacientes que llegan a urgencias en situación crítica o fallecidos se realiza telefónicamente por el personal encargado de la información.

Los elementos a tener en cuenta a la hora de contactar con los familiares telefónicamente son:

- Asegurarse de que se ha contactado con la persona adecuada.
- Presentarse obviando mencionar la palabra «grave» en un primer momento, si el paciente ha llegado de forma inesperada, sin previa comunicación a familiares.
- Explicar brevemente la situación del paciente indicando que éste se encuentra seriamente enfermo, evitando la utilización de términos con impacto tales como «infarto» o «accidente».

d) Recomendar al familiar o familiares que se personen en urgencias para que el médico les explique con mayor claridad la situación del paciente lo antes posible.

e) Procurar disminuir su ansiedad en la medida de lo posible. Así, en la comunicación telefónica se recomienda utilizar un tono de voz pausado y calmado.

La comunicación

Las palabras y actitudes del personal de urgencias tienen una enorme trascendencia en los familiares durante el proceso de información. Ellos van a prestar una gran atención a qué se les dice y cómo se les dice, y con frecuencia recordarán esas palabras durante toda su vida⁷.

Kozzier et al⁸ describieron varios factores que intervienen en la comunicación. La actitud del médico, la claridad del mensaje, el tiempo empleado en la información y el espacio físico donde se informa son los factores más importantes a la hora de dar malas noticias⁹.

Actitud

Un estudio observó que el 30% de los familiares de pacientes fallecidos inesperadamente se quejaron de que los profesionales que los atendieron se encontraban nerviosos, evasivos y fríos en sus intervenciones¹⁰.

El médico que comunica malas noticias debe mostrar más afecto que cordialidad, más cercanía que formalidad, para propiciar un clima que facilite la escucha y la empatía que, junto con la asertividad, constituyen los aspectos más importantes en la comunicación.

Se podría definir la **empatía como la solidaridad emocional** y la legitimación de esta emoción. Con respecto a la asertividad, el médico debe saber transmitir **seguridad** a los familiares y que nuestras **opiniones estén fundamentadas**.

No debemos olvidar que la comunicación no verbal representa el 60% de la comunicación, según el antropólogo Edward Hall¹¹. Ésta puede expresarse mediante gestos, que se describen en la tabla 1. Pero no cabe duda de que lo que más puede aumentar la empatía con el familiar es el contacto físico, como sujetar su mano o tocar su hombro y también escuchar con atención. Por eso, para que se pueda observar mejor esta forma de comunicación, algunos autores recomiendan que la proximidad de los interlocutores sea entre 45 y 120 cm¹².

La habilidad más importante que un médico puede adquirir es saber escuchar¹³. Proporciona al médico una guía acerca de la dirección que necesita tomar la conversación. Para realizar una buena escucha no debemos anticiparnos, no intentar retenerlo todo, no fingir atención y aceptar las críticas o la cólera de los familiares que se proyectan sobre el médico como elemento representativo de esta situación de crisis.

Claridad del mensaje

Para tener una buena comunicación con la familia, es indispensable proceder con calma e ir acompañado por otro miembro del equipo médico y del personal de información. Convendría también la presencia de un médico residente para que la entrevista pudiera completar la formación teórica que debe tener en este campo¹⁴⁻¹⁶.

En primer lugar se realiza la presentación del médico responsable de la asistencia del paciente diciendo su nombre y apellido, a continuación se toma asiento y se dirige, siempre que sea posible, a todos los miembros de la familia como un grupo. A menos que la familia diga lo contrario, debe solicitarse al resto de los allegados que espere fuera de la sala hasta que la familia haya sido informada. A la persona fallecida se la menciona por su nombre. El lenguaje tiene que ser sencillo y fácilmente comprensible, e informar de que el paciente ha muerto, evitando palabras o frases ambiguas como «se fue», «ya no está entre nosotros», y otras.

Tiempo

No hay un tiempo estipulado para dar una mala noticia. El tiempo necesario para informar un fallecimiento debe ser aquel que permita notificarlo de una forma cuidadosa y respetuosa. Schmidt y Tolle observaron mediante una encuesta a médicos de urgencias que el tiempo medio empleado fue de 15 min¹⁷.

Lugar

El espacio físico debe reunir condiciones de comodidad, apacibilidad y, sobre todo, privacidad. Hay que evitar los pasillos o los cubículos compartidos.

La reacción familiar

Los familiares y allegados pueden reaccionar ante la noticia del fallecimiento de un ser querido de diferentes maneras. No obstante, la acción del médico y el personal sanitario de urgencias debe adaptarse a las necesidades de cada situación. A continuación se describen algunas reacciones frecuentes que pueden necesitar la intervención del médico.

La negación

Constituye un mecanismo de defensa frecuente que permite la asimilación progresiva de la información recibida. Se debe aceptar la fase inicial de la negación para que los allegados se hagan a la idea de la situación. Si la negación persiste más allá de unos minutos, conviene reiterar los hechos y ser más directos usando palabras como «murió» o «muerto». En el caso de persistir en ese estado, puede ayudar que los allegados vean el cadáver¹⁸.

El dolor

En ocasiones, las distintas manifestaciones de dolor tienen un trasfondo cultural, de forma que para algunos es malo mostrar demasiada emoción, mientras que para otros lo normal son los arranques extremos de expresión de pesar. De cualquier forma es importante que los allegados expresen sus sentimientos. La respuesta del médico debe ser mantener la calma y el silencio. El contacto físico, como sujetar su mano o tocar su hombro, puede ser más consolador que cualquier palabra. Debe evitarse cualquier frase hecha como «Dios se lo llevó» o «la vida tiene que seguir», que se puede interpretar como sentimientos simulados. Las familias normalmente responden bien a declaraciones simples que re-

conozcan más las emociones, como «usted debe de sentirse muy mal» o «siento mucho su pérdida»¹⁹. En caso de gran ansiedad, se puede proporcionar a los familiares que lo deseen un ansiolítico de vida media corta por vía sublingual.

La ira

Las familias que presentan dificultades para aceptar la muerte pueden desarrollar una actitud de ira hacia el médico y el hospital. El médico debe entender esta actitud como un sentimiento de culpa mal enfocado por no haber podido evitar la muerte. Cuando esto sucede, es **contraproducente adoptar una postura defensiva**. Lo mejor es escuchar y reconocer sus sentimientos²⁰. No obstante, debe estar próximo o localizado un miembro de la seguridad del hospital, por la posibilidad de que algún miembro de la familia se ponga violento.

La culpa

Varios estudios han mostrado que la exoneración por parte del médico puede producir un gran alivio entre los allegados²¹. Es importante poner énfasis en que las acciones tomadas por la familia fueron las apropiadas y que no causaron de modo alguno la muerte, porque proporciona un notable consuelo.

Conclusión del proceso

Después de haber informado de la defunción, debemos expresar nuestras condolencias, ofrecer la oportunidad de ver el cuerpo del familiar fallecido, permitir cualquier pregunta de última hora y dejar la puerta abierta a otros contactos en el futuro. Algunos autores recomiendan realizar una llamada telefónica de seguimiento o enviar una carta una semana después del fallecimiento²², pero sería más apropiado, tal como exponen Ayarra et al en su estudio, establecer un sistema de información entre los servicios de urgencias y atención primaria, de modo que estas defunciones inesperadas fueran comunicadas para poder establecer un seguimiento familiar en caso de que fuera necesario²³.

Consideraciones finales

La notificación de las malas noticias siempre será una parte desagradable pero necesaria del ejercicio de la medicina. En los últimos años ha aumentado la conciencia de que es necesario integrar habilidades de comunicación en los programas de pregrado y posgrado. Los estudios de investigación han mostrado que, si se comunica las malas noticias de forma inadecuada, pueden causar confusión, sufrimiento y resentimiento; si se notifica bien, pueden ayudar a la comprensión, la aceptación y la conciliación. La preparación en cómo hacer que los médicos en general y los de urgencias en particular realicen esta tarea más eficazmente, lo que se traducirá en beneficios tanto para ellos como para sus pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Población que ha utilizado algún servicio de urgencias en los últimos 12 meses por sexo y tipo de servicio de urgencias. Encuesta Nacional de Salud. Tablas nacionales. Año 2003. Disponible en: www.ine.es
2. Miró O, De Dios A, Antonio MT, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias hospitalario: incidencias, causas y consecuencias. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:690-2.
3. Rodríguez Maroto O, Llorente Álvarez S, Casanueva Gutiérrez M, Álvarez Álvarez B, Menéndez Samoano P, De la Riva Miranda G. Mortalidad en

- un servicio de urgencias hospitalarias. Características clínico epidemiológicas. *Emergencias*. 2004;16:17-22.
4. Tolle SW, Bascom PB, Hickam DH, Benson JA Jr. Communication between physicians and surviving spouses following patient deaths. *J Gen Intern Med*. 1986;1:309-14.
 5. Gómez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Arán; 1998.
 6. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J*. 1984;288:1597-9.
 7. Isaacs E. Grief support in the ED. *e-Medicine* [citado 7 Nov 2005]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/emerg/>
 8. Kozzier B, Erb G, Wilkinson J. Fundamentos de Enfermería. México: McGraw-Hill; 1999.
 9. Jurkovich GJ, Pierce B, Pananen L, Rivara FP. Giving bad news: the family perspective. *J Trauma*. 2000;48:865-70.
 10. Parrish GA, Holdren KS, Skiendzielewski JJ, Lumpkin OA. Emergency department experience with sudden death: a survey of survivors. *Ann Emerg Med*. 1987;16:792-6.
 11. Hall ET. El lenguaje silencioso. Madrid: Alianza; 1989.
 12. Marrero Núñez S. Habilidades comunicativas en urgencias. En: *Curso Básico de Urgencias*. Santa Cruz: Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife; 2001. p. 19-24.
 13. Reeve M, Lyon D. Communication in Crisis. *e-Medicine* [citado 15 Nov 2005]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/emerg/>
 14. Othmer E, Othmer SC. DSM-IV-TR La entrevista clínica. En: *Fundamentos*. Vol. 1. Barcelona: Masson; 2004.
 15. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
 16. Loayssa Lara JR, García García J, Díez Espino J. La relación médico-paciente y la entrevista clínica. En: Gallo Vallejo FJ, et al, editores. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Barcelona: semFYC; 2004. p. 410-9.
 17. Schmidt TA, Tolle SW. Emergency physicians' responses to families following patient death. *Ann Emerg Med*. 1990;19:125-8.
 18. Walters DT, Tupin JP. Family grief in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 1991;9:189-206.
 19. Edlich RF, Kubler-Ross E. On death and dying in the emergency department. *J Emerg Med*. 1992;10:225-9.
 20. Brown JE, Hamilton Glenn. Malas noticias: notificación de defunción. En: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, editores. *Medicina de Urgencias*. American College of Emergency Physicians. Nueva York: McGraw-Hill; 2005. p. 2204-7.
 21. Walters DT, Turpin JP. Family grief in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 1991;9:189-206.
 22. Williams AG, O'Brien DL, Laughton KJ, Jelinek GA. Improving services to bereaved relatives in the emergency department: making healthcare more human. *Med J Aust*. 2000;173:480-3.
 23. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *An Sis San Navarra*. 2001;24 Supl 2:55-63.