

**BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA**  
**DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA**  
**ATENCIÓN PRIMARIA**

**COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN MEDICINA**  
**(PROTOCOLO DE BAILE Y BUCKMAN)**

**Introducción**

La comunicación de malas noticias es una tarea difícil para los médicos que no se sienten preparados para esta tarea y por lo tanto suele generarles un alto grado de ansiedad.

Por otra parte, los receptores de malas noticias no olvidan nunca dónde, cuándo y cómo se les informó de ellas.

**Definición de mala noticia en medicina**

Podemos definir la mala noticia como aquella que de forma drástica altera las expectativas del paciente, con respecto a su futuro. El resultado es una alteración emocional y/o del comportamiento que continúa un tiempo después de que la mala noticia es recibida.

La reacción del paciente ante la mala noticia va a depender de factores como: su propia personalidad, religión, sostén familiar y ambiente cultural.

Debemos tener en cuenta que por supuesto hay una graduación en las malas noticias, y que existen ocasiones en que la calificación de mala noticia se debe a que tiene lugar en un momento biográfico no óptimo para el paciente, o por una incompatibilidad laboral del mismo.

**Problemas para comunicar malas noticias**

Pueden ser de tres tipos:

1.- Socioculturales: la población está muy influenciada por la propaganda de los sistemas sanitarios en relación con la alta tecnificación de la medicina actual, y esto hace que los usuarios tengan unas expectativas terapéuticas exageradas, que les hace difícil la aceptación de situaciones irreversibles.

2.- El paciente: la edad es un factor a tener en cuenta ya que los ancianos tienen una menor capa-

cidad para asimilar información compleja, por lo que con frecuencia malinterpretan los mensajes aportados por el médico.

Por otra parte, hay diversas tipologías de pacientes (el agresivo, el manipulador, el litigante, el no cooperador o el drogadicto) que suponen una gran dificultad para la comunicación de malas noticias, por lo que el médico antes de comenzar a hablar, debe averiguar qué sabe el paciente, qué está dispuesto a saber y cuál es su estado de ánimo frente al anuncio de su enfermedad.

3.- Del propio médico:

- Miedo a causar dolor: este miedo puede hacer que los médicos tengan actitudes evasivas al comunicar diagnósticos adversos o de quitar importancia a la gravedad de los mismos.
- Miedo al fracaso terapéutico: este factor puede enrarecer la relación con el paciente y por lo tanto comprometer su grado de colaboración.

A veces el médico no acepta la inexistencia o a la ineficacia de un tratamiento, y esto lleva a un encarnizamiento terapéutico con el paciente o incluso probar tratamientos en fase de experimentación lo que supone un riesgo añadido para el paciente.

- Miedo a las posibles consecuencias legales: actualmente la medicina está fuertemente judicializada, y esto genera en la sociedad actual el convencimiento de que todo ciudadano tiene derecho no sólo a asistencia sanitaria, sino también a ser curado, y por lo tanto cualquier fracaso en el tratamiento siempre se debe a error o negligencia que merece un castigo penal y una compensación económica.
- Miedo a manifestar las propias emociones: los médicos catalogamos las propias reacciones emocionales como actitudes poco

profesionales que por lo tanto socavan nuestra imagen profesional frente al paciente y/o sus familiares.

### Como comunicar las malas

Los oncólogos Walter F. Baile y Robert Buckman, elaboraron un protocolo compuesto de 6 pasos con objeto de guiar al médico en la comunicación de malas noticias al paciente. Cada paso del protocolo deberá ser completado para poder continuar con el siguiente.

El protocolo que se describe a continuación, intenta conseguir los siguientes objetivos:

1. Recopilar toda la información del enfermo y de su enfermedad.
2. Dar información fácilmente entendible siguiendo los deseos del paciente.
3. Tener habilidades de comunicación para disminuir el impacto de la mala noticia sobre el paciente.
4. Acordar tratamiento que permita la total cooperación del paciente.

### 1º Paso: Preparar la entrevista

Comenzaremos repasando los datos obtenidos en la historia clínica y confirmando el juicio clínico realizado. Luego es conveniente ensayar mentalmente lo que se va a decir.

La entrevista es conveniente realizarla en un lugar privado y además debemos preguntar al paciente si es su deseo, que haya algún familiar presente.

Es mejor estar sentado y debemos invitar a sentarse al paciente y a sus acompañantes ya que se favorece una mayor relajación por parte del paciente y sus familiares.

### 2º Paso: Averiguar que sabe el paciente

Comenzaremos la entrevista preguntando al paciente que le han dicho hasta ese momento sobre su patología, si está preocupado, etc.

En el caso de pacientes que no contestan a nuestras preguntas, debemos intentar revertir la situación estableciendo con él un diálogo que nos permita vislumbrar lo que le angustia. A veces deberemos recurrir a un familiar o amigo para que pueda ayudar a terminar con la negativa del paciente a contestar. Si aún así el paciente permanece silencioso, debemos solicitar ayuda psicológica.

Es útil que prestemos atención a la comunicación no verbal del paciente y a las contradicciones del mismo con el lenguaje verbal, puesto que nos ayudará a detectar errores en la interpretación de nuestro mensaje al paciente.

### 3º Paso: Saber cuanta información desea tener el paciente

En este paso el objetivo es hacer coincidir nuestra información al paciente con lo que éste quiere saber acerca de su patología. La mayor parte de los pacientes querrán saber todos los datos acerca de su enfermedad, pero hay un grupo de pacientes que no tendrán interés y mostrarán conductas de evitación como mecanismo de defensa.

Para conseguir nuestro objetivo deberemos hacer preguntas del tipo siguiente:

1. ¿Qué aspectos quiere conocer acerca de su enfermedad?
2. ¿Quiere que le informe de todos los detalles de su enfermedad o prefiere que se los transmita a otra persona?
3. ¿Quiere saber las técnicas a las que va a ser sometido?

### 4º Paso: Comunicar la información al paciente

- Usar el lenguaje adecuado al nivel intelectual del paciente.
- Previo a nuestra información es útil utilizar frases introductorias del tipo: "Su respuesta al tratamiento no ha sido la que esperábamos".
- No emplear terminología médica.
- Dar la información fraccionadamente, haciendo pausas entre las frases y siendo lo más realista posible.
- Preguntar si nos han entendido y si tenemos dudas solicitarles que nos expliquen lo que han comprendido.
- Pedir ser interrumpido si surgen dudas durante la explicación.
- Ayudarse de material gráfico para la explicación si disponemos de ello.
- Nunca utilizar argumentos del tipo: "Si fuese mi padre lo trataría de este u otro modo".

### 5º Paso: Responder a las reacciones del paciente

Cuando comunicamos un diagnóstico pésimo, el paciente puede reaccionar con enfado, incredulidad, estallido emocional, etc. En ese momento el médico tendrá que hacerse las siguientes preguntas:

1. ¿La reacción del paciente es aceptable?. Caer en estado de abatimiento o el llorar son reacciones aceptables, pero romper cosas o proferir amenazas no lo son. La actitud a tomar frente a una reacción no aceptable será el mantener la calma y pedir al paciente que se controle, pero si esto no es suficiente potros compañeros o avisar a las fuerzas de seguridad.

2. ¿La reacción constituye una forma de adaptación en el paciente?. Es decir, la reacción alivia el problema o es un problema añadido.
3. ¿La reacción se puede modificar?  
El mejor método para evitar una reacción no adecuada en el paciente, es la comunicación empática con él. Esta comunicación la estableceremos en 4 etapas:
  - 1ª Identificando la emoción principal del paciente.
  - 2ª Preguntando al paciente como se siente después de recibir la mala noticia.
  - 3ª Acercándonos al paciente y manifestándole que sus reacciones y sentimientos son comprensibles.
  - 4ª Dejando que el paciente de forma libre nos transmita sus emociones y sentimientos.

### 6º Paso: Diseñar el plan terapéutico

El objetivo en este paso es mostrar al paciente que estamos a su lado y que por tanto tenemos su confianza para aplicar el tratamiento que hemos decidido administrar. Debemos seguir las siguientes pautas para conseguir el objetivo antes citado:

1. Dar esperanzas realistas al paciente acerca de su pronóstico.
2. Tener en cuenta la opinión del paciente y la de sus familiares.
3. Tener sensibilidad para hablar de temas íntimos y siempre con la máxima reserva.
4. Explicar las pruebas diagnósticas y tratamientos que vamos a efectuar así como sus efectos secundarios.
5. Tener planeadas otras alternativas por si el tratamiento no es todo lo eficaz como en un principio habíamos pensado.
6. Transmitir al paciente y su familia de que no van a ser abandonados.
7. Terminar haciendo un resumen final y aclarar las dudas que hayan podido surgir.

### Actitudes en relación al cese del soporte vital

Los pacientes críticos tienen una capacidad de decisión muy disminuida o ausente en la gran mayoría de los casos, por lo que no tienen la capacidad para asumir o rechazar pruebas diagnósticas o tratamientos. Esta situación otorga a la familia del paciente la autoridad para la toma de decisiones.

En el caso de retirada de las medidas de soporte vital, son decisiones difíciles de tomar y deberán ser consensuadas entre los médicos y los familiares.

La implantación en España del testamento vital está ayudando a médicos y familiares en la toma de decisiones sobre cese de soporte vital. De todos modos, hasta el momento en España son pocos los ciudadanos que han firmado el documento.

Cuando decidamos retirar el soporte vital es primordial la buena comunicación con los familiares, ya que esto nos ayudará a explicarles las técnicas de sedación que vamos a aplicar para que el paciente no sufra.

### Técnicas para mejorar las habilidades de comunicación

La forma más habitual es fijarse como lo hacen los encargados de nuestra formación en medicina, pero está demostrado que estas habilidades terminan perdiéndose si no se actualizan durante nuestro ejercicio profesional.

También son efectivos los cursos en los que aprendemos tanto teoría como prácticas con dramatizaciones. Con este sistema detectamos los fallos y bloqueos en la comunicación y nos permite aplicar técnicas alternativas.

Actualmente disponemos en internet de una gran cantidad de ejemplos de entrevistas difíciles y sus formas de resolución, que también nos ayudan a actualizar de forma diaria nuestras habilidades en comunicación con los pacientes.

### Resumen final

La comunicación de malas noticias es un problema para los profesionales médicos pero disponemos de un método eficaz como el protocolo de Baile-Buckman y algunas habilidades de comunicación que podemos aprender que nos harán mejorar en este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Buckman R. Communications and emotions. Skills and effort are key. BMJ. 2002; 325:672.
- Buckman R, Baile WF, Korsch B. A practical guide to communications skills in clinical practice. Toronto: Medical Audio-Visual Communication, 2008.
- García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. En Medicina Intensiva vol.30 nº 9. Diciembre 2016.
- Núñez Díaz S, Martín-Martín AF, Rodríguez Palmero I, González Hernández I, Antolín Arias I, Hernández González R, et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de urgencias hospitalario. Rev Clin Esp. 2012; 202:629-34.
- Martín Santos F, Navarro Izquierdo A. Relaciones en Medicina Intensiva. Med Intensiva. 2011; 15:235-7.
- Alves de Lima A. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? Rev Argent Cardiol. 2013; 71:217-20.
- Ordóñez Gallego A, García Girón C. La información médica al familiar: un aprendizaje. Med Clin (Barc). 2007; 88:719-20.
- Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva. 2004; 28:237-49.
- Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (noviembre 2002). BOE 15 noviembre de 2002.
- www.breakingbadnews.co.uk

## AUTORES:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras  
Dr. D. José Manuel Vergara Olivares

## COLABORADORES:

D<sup>a</sup> Julia Bendayan Montecatini

## COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

## Recordatorio:

*Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.*



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA  
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.  
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.  
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-16-002-X  
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>