

¿Sabemos comunicar adecuadamente las malas noticias? Encuesta a los miembros de la sociedad argentina de mastología.

J. Berwart¹, L.S. Lapuchesky²,
G.B. Candás³.

RESUMEN

Introducción

La correcta comunicación de malas noticias (CMN) presenta numerosos desafíos para los profesionales de la salud. La misma requiere ser enseñada al igual que cualquier otra habilidad técnica en el ámbito médico-asistencial.

Objetivo

Analizar la formación recibida sobre CMN de los especialistas pertenecientes a la Sociedad Argentina de Mastología (SAM).

Materiales y método

Se realizó una encuesta por correo electrónico. Respondieron 235 miembros.

1. Servicio de Mastología. ALCEC, Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

2. Servicio de Oncología Mamaria. Instituto Alexander Fleming de Buenos Aires.

3. Servicio de Mastología. Hospital Británico de Buenos Aires.

Mail de contacto: dra.juliaberwart@gmail.com

Resultados

El 88,9% refiere no haber recibido formación sobre CMN durante su carrera de grado y el 71,2% tampoco durante su carrera de posgrado.

El 91,5% considera que no se le dedicó el tiempo suficiente de formación a dicha temática durante su carrera.

El 91% refiere no conocer el protocolo para CMN "SPIKES".

El 63,3% adquirió la habilidad de CMN con los años y la experiencia y el 50% de imitar a sus instructores.

El 52,1% considera que sabe CMN a los pacientes.

Conclusiones

Los resultados de la presente encuesta ponen de manifiesto la escasa formación académica recibida durante la formación de grado y posgrado acerca de cómo comunicar malas noticias adecuadamente de los miembros de la SAM.

Palabras Clave

Comunicar malas noticias, formación académica, método SPIKES.

ABSTRACT

Introduction

Correct communication of bad news presents numerous challenges for healthcare professionals. It requires teaching, just like any other technical skill in the medical-healthcare field.

Objective

To analyze the training received on communication of bad news (CBN) by specialists from the Argentine Society of Mastology (SAM).

Materials and method

An e-mail survey was conducted. A total of 226 members responded.

Results

88.9% report not having received training in CBN during their undergraduate studies, and 71.2% also reported not having received any training during their graduate studies.

91.5% believe they did not receive sufficient training time on this topic during their studies.

91% report not being familiar with the "SPIKES" CBN protocol.

63.3% acquired CBN skills over time and through experience, and 50% acquired them through imitating their instructors or colleagues.

52.1% believe they understand how to teach CBN to patients.;

Conclusions

The results of this survey highlight the limited training received during undergraduate and graduate training on how to communicate bad news to SAM members.

Key words

Breaking bad news, academic training, SPIKES method.

INTRODUCCIÓN

La correcta CMN presenta numerosos desafíos.¹

Cuando nos preguntamos cómo fue que adquirimos esta habilidad, la mayoría de nosotros podríamos decir que fue algo innato o adquirido de imitar a instructores, profesores y/o mentores que hemos tenido a lo largo de la carrera profesional y que luego la fuimos consolidando, aplicando lo aprendido una y otra vez durante el ejercicio de nuestra profesión.

La CMN requiere ser enseñada al igual que cualquier otra habilidad técnica en el ámbito médico-asistencial.²

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue analizar la formación recibida a lo largo de la carrera profesional sobre CMN de los especialistas pertenecientes a la SAM durante su carrera de grado y posgrado.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó una encuesta de carácter anónimo y autoadministrada que se envió por correo electrónico a los 650 miembros de la SAM en dos oportunidades, durante el periodo comprendido entre junio y julio de 2024.

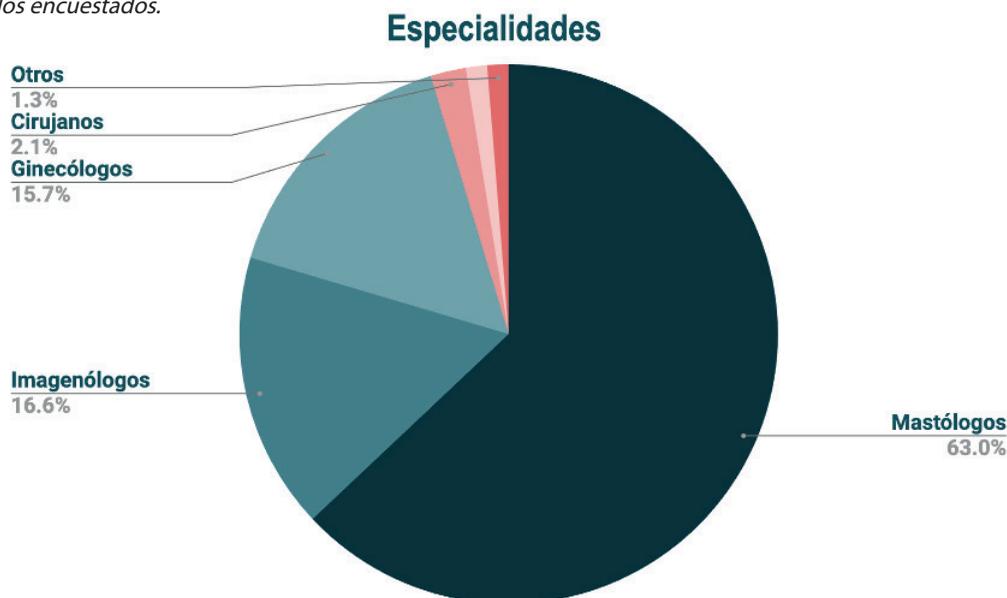
La encuesta consta con una primera sección de datos demográficos y una segunda con preguntas referidas a la formación académica recibida sobre la CMN en el proceso de formación de los profesionales en las carreras de grado y posgrado. Se indagó también sobre el protocolo SPIKES de las siglas en inglés: "S=setting up the interview" (preparar el entorno sin interrupciones), "I= invitation" (invitar al paciente a decir qué información desea saber), "K= knowledge" (informar al paciente con lenguaje sencillo y sin tecnicismos), "E= emotions" (permitir al paciente expresar sus emociones), "S= strategy and summary" (establecer un plan conjunto con el paciente y resumir todo lo hablado).

RESULTADOS

Se recibieron 36% de respuestas (n=235/650). El 79,6% (n=187) de los encuestados ejerce la profesión hace más de 10 años, el 15,7% (n=37) entre 5 a 10 años y el 4,7% (n=11) hace menos de 5 años.

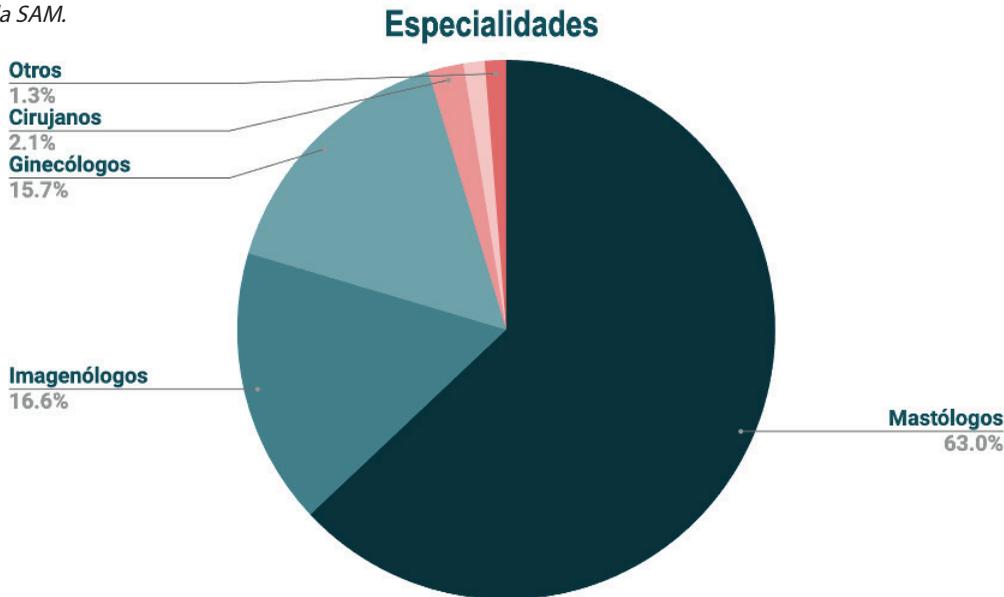
La mayoría de los encuestados son mastólogos 63% (n=148/235), seguidos por imagenólogos 16,6% (n=39) y ginecólogos 15,7% (n=37) (Figura 1).

Figura 1. Especialidades médicas de los encuestados.



El 88,9% (n=209) de los encuestados refiere no haber recibido formación sobre CMN durante su carrera de grado y el 71,2% (n=166) no haberla recibido durante su carrera de posgrado (Figura 2).

Figura 2. Formación académica sobre CMN recibida durante la carrera de grado de los miembros de la SAM.



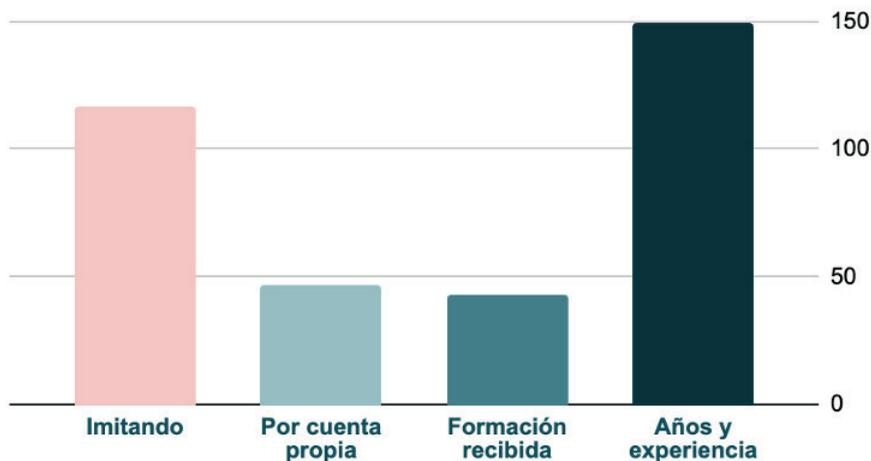
El 91,5% (n=215) de los encuestados, considera que no se le dedicó el tiempo suficiente de formación a dicha temática durante su carrera.

El 91% (n=213) refiere no conocer el protocolo SPIKES.

Cuando se les pregunta a los encuestados por el aprendizaje en la CMN, el 63,3% (n=150) responde que es una habilidad que fue adquirida con los años y la experiencia, y el 50% (n=118) de imitar a sus instructores. (Figura 3).

Figura 3. Formación académica en CMN a lo largo de la carrera profesional.

¿Cómo aprendió a CMN?



El 52,1% (n=122) de los encuestados considera que sabe CMN y el 41,9% (n=99) que sí pero con alguna dificultad y solo el 6% (n=14) que pocas veces lo hace correctamente. Ninguno de los encuestados considera que no sabe comunicarlas.

El 81,3% (n=191) refiere que en la consulta recomienda o realiza derivación de los pacientes a profesionales de la salud mental (psicólogos o psicooncólogos).

DISCUSIÓN

Se entiende por “mala noticia” cualquier información que afecte negativamente las expectativas que tiene el paciente de sí mismo y su futuro. Por lo tanto, la comunicación de malas noticias incluye una gran variedad de situaciones.²

Las malas noticias suelen vincularse a situaciones terminales, pero incluyen otras, como informarle a una embarazada el hallazgo de una malformación de su hijo, o a una adolescente con polidipsia, poliuria y pérdida de peso que padece diabetes o, por ejemplo, el diagnóstico de temblor esencial en un cirujano cardiovascular. Teniendo en cuenta esta definición, podemos considerar que los médicos que trabajamos con pacientes oncológicos, nos enfrentamos a la situación de tener que comunicar malas noticias a diario.³

La palabra cáncer es una de las más aterradoras para los pacientes. Los mismos pueden reaccionar frente al diagnóstico con tristeza, miedo, negación y/o ira. Los receptores de las malas noticias difícilmente olvidan dónde, cuándo y cómo les fue comunicada una mala noticia.⁴ La forma en que se transmiten influye significativamente en la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, en la relación médico-paciente a largo plazo y en la satisfacción de ambos (paciente y médico).

Estudios realizados al respecto han demostrado que una comunicación no adecuada puede tener un impacto adverso de larga duración en los pacientes y su entorno social, generando mayores índices de angustia e inseguridad.⁵

Habitualmente las habilidades en comunicación son capacidades que se adquieren e imitan de instructores o referentes durante el propio ejercicio de la medicina, y no son aprendidas y desarrolladas, previamente, en la etapa de formación del profesional como una dimensión específica de su proceso de instrucción.

Antes, era frecuente no informar el diagnóstico a los pacientes. Un estudio de EEUU de 1961 demostró que el 88% de los médicos ocultaban sistemáticamente el diagnóstico de cáncer a los pacientes. Lo habitual

era decirle lo menos posible, y sólo se les comunicaba lo necesario para que realicen su tratamiento.

En la actualidad se sabe que la información clara y honesta sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento, dan la oportunidad al paciente de tomar las decisiones sobre su asistencia más acorde con sus valores y sus objetivos personales.⁶ Hoy la evidencia demuestra que los programas de capacitación pueden mejorar las habilidades de comunicación de los médicos y por lo tanto las experiencias de los pacientes.⁷

Las conversaciones desafiantes en oncología se asemejan, por ejemplo, a procedimientos quirúrgicos que requieren una planificación previa y una ejecución meticulosa, con utilización de estrategias y planeamiento previo.⁸ Durante la carrera de medicina, las habilidades prácticas se adquieren con maniqués de simulación. Los médicos aprenden a suturar en talleres de disección y suturas y no directamente con el paciente. Estudios demuestran que hay un déficit en la currícula médica en CMN. La CMN debería ser una materia más de la currícula y los estudiantes en formación, contar con talleres de RolePlay (juego de roles) con actores que simulan el escenario al que luego se deberán enfrentar en la práctica médica futura.^{7,8}

Resulta imprescindible que los médicos involucrados en estos procesos reciban educación y entrenamiento previo al ejercicio de la profesión, para adquirir habilidades y desarrollar una adecuada comunicación con los pacientes y su familia, entorno afectivo o red social antes de comenzar a comunicar.²

Existen diversos modelos para la CMN, uno de ellos ampliamente difundido, descrito por Bayle y Buckman, plantea 6 pasos fundamentales que deben tenerse en cuenta, y es el protocolo SPIKES o EPICEE (siglas en español)³:

Primer paso "*S: setting up the interview*": preparar el entorno sin interrupciones, a fin de respetar la privacidad e intimidad del informado y la preparación profesional.

Segundo paso "*P: perception*": indagar sobre la información previa que conoce el paciente.

Tercer paso "*T: invitation*": invitar al paciente a decir qué información desea saber.

Cuarto paso "*K: knowledge*": informar al paciente, con un lenguaje sencillo y sin tecnicismos.

Quinto paso "*E: emotions*": permitir al paciente expresar sus emociones y mostrar empatía.

Sexto paso "*S: strategy and summary*": establecer un plan conjunto con el paciente y resumir todo lo hablado. Aquí se trata, además, de disminuir la ansiedad, responder a las emociones y sentimientos del paciente y/o familia.

El abordaje multidisciplinario de CMN con especialistas en psicología y psicooncología debe considerarse un estándar de atención para pacientes con cáncer. Este enfoque mejora la comprensión del diagnóstico, y la relación médico paciente, promoviendo mejores condiciones para transitar la enfermedad.

CONCLUSIÓN

Comunicar malas noticias es una tarea compleja para la cual es importante prepararse, y existe evidencia suficiente de que la utilización de un enfoque humanístico y protocolizado, y el aprendizaje de ciertas habilidades de comunicación, pueden mejorar significativamente esta tarea.

Los modelos de comunicación empática para CMN como el SPIKE/EPICEE pueden ayudar a mejorar la relación médico paciente y disminuir la angustia del paciente.

La encuesta realizada pone en evidencia la escasa formación recibida durante la formación de grado y posgrado acerca de cómo comunicar malas noticias de los miembros de la SAM.

Con el presente trabajo pretendemos que la visibilización de este déficit, que claramente impacta en la vida de los pacientes, sea considerado lo suficientemente significativo para incorporar la formación de CMN en carreras de grado y posgrado, como así también en espacios de discusión y congresos científicos de nuestra comunidad médica.

AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento a las licenciadas en psicología Naiman Mariana y Huertas Florencia por su colaboración en el presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Shilling DM, Manz CR, Strand JJ, Patel MI. Let Us Have the Conversation: Serious Illness Communication in Oncology: Definitions, Barriers, and Successful Approaches. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2024. Jun;44(3):431352. ◀
2. Funes D, Aguilar J, Lirón Ruiz R, Aguayo Albasini J. ¿Comunicamos correctamente las malas noticias en medicina? Resultados de un taller de formación basado en videos y de briefing. *Educación médica* 2020. 21(2): 118-122. ◀◀◀
3. Gilligan T, Coyle N, Frankel RM et al. Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *J Clin Oncol*. 2017 Nov 1;35(31):3618-3632. ◀◀
4. García Díaz F. Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*. 2006;30(9):452-9. ◀
5. Shilling DM, Manz CR, Strand JJ, Patel MI. Let Us Have the Conversation: Serious Illness Communication in Oncology: Definitions, Barriers, and Successful Approaches. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2024 Jun;44(3):e431352. ◀
6. Hadler RA, Goldshore M, Rosa WE, Nelson J. "What do I need to know about you?": The Patient Dignity Question, age, and proximity to death among patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2022. 30(6), 5175-5186. ◀
7. Paco Maglio. La dignidad del otro, puentes entre la biología y la biografía. Editorial: Libro del Zorzal. 2008. ◀
8. Kalitzkus V, Matthiessen PF. Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice. *Perm J*. 2009;13(1):80-86. ◀
9. Rosenblatt L. Being the monster: women's narratives of body and self after treatment for breast cancer. *Med Humanit*. 2006;32(1):53.
10. Arantzamendi M, Belar A, Martinez M. Promoting patient-centred palliative care: a scoping review of the patient dignity question. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(4):324-329.
11. McMillan SC. The relationship between age and intensity of cancer-related symptoms. *Oncol Nurs Forum*. 1989;16(2):237-241.
12. Sanders JJ, Dubey M, Hall JA, Catzen HZ, Blanch-Hartigan D, Schwartz R. What is empathy? Oncology patient perspectives on empathic clinician behaviors. *Cancer*. 2021 Nov 15;127(22):4258-4265.