



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA CLÍNICA

Experiencia en la asistencia de pacientes ancianos con COVID-19 e institucionalizados: una estrategia de aislamiento y un decálogo de recomendaciones para la comunicación de malas noticias por vía telefónica



Experience in the care of elderly institutionalised patients COVID-19 + : an isolation strategy and a decalogue of recommendations for the communication of bad news by telephone

En diciembre de 2019 se identificó un brote de neumonía desconocida en Wuhan, República de China, que posteriormente causó la pandemia de COVID-19. Se constató que uno de los grupos más vulnerables a esta enfermedad eran los adultos mayores¹, especialmente los institucionalizados². La probabilidad de sufrir complicaciones severas y fallecimiento es considerablemente superior en este grupo con respecto al resto de la población. La presencia de comorbilidades, fundamentalmente cardiopatías o factores de riesgo como hipertensión o diabetes mellitus³, aumentan la gravedad y empeoran su pronóstico⁴.

La pandemia ha provocado una situación de emergencia social y sanitaria que ha obligado al diseño de estrategias para la protección, tratamiento y cuidados de este grupo etario^{5,6} en esta situación tan compleja^{7,8}, especialmente por las medidas de aislamiento⁹. Una de las primeras medidas que se tomó en España desde la declaración del Estado de Alarma¹⁰ para el control de la pandemia, fue la prohibición de visitas (incluidas las de familiares) a las residencias geriátricas.

Galicia, con una población, en 2019, de 2.699.499 habitantes (51,88% mujeres), es una de las comunidades autónomas más envejecidas de España: el 25,16% tiene ≥ 65 años (5,76 puntos por encima de la media estatal), el 13,26% ≥ 75 años y el 8,74% ≥ 80 años. La esperanza de vida de la población gallega es similar a la estatal (83,33 años)¹¹.

El 27 de marzo de 2020, ante el diagnóstico de casos de COVID-19 en diversas residencias geriátricas, la Xunta de Galicia decidió concentrar los casos positivos de las residencias de Galicia en dos residencias medicalizadas. Una

ubicada en Santiago de Compostela recibiría pacientes de las provincias de A Coruña y Lugo y otra, en Ourense, a los pacientes de Pontevedra y Ourense. Con esta estrategia se intentaba liberar de pacientes COVID-19 al resto de las residencias geriátricas y se prestaba una asistencia similar a la hospitalaria a los pacientes contagiados de las residencias.

La residencia pública Porta do Camiño de Santiago de Compostela, con una capacidad de 85 plazas, fue la elegida para recibir los pacientes de A Coruña y Lugo. Fue dotada de personal sanitario y del material similar al disponible en una planta de hospitalización: tomas de oxígeno, medicación, camas articuladas, etc.

La asistencia médica la realizaron cuatro médicos (un internista y tres médicos de familia) que fueron reforzados puntualmente con tres médicos más. Este modelo se mantuvo hasta finales de mayo de 2020, período en el que fueron atendidos 84 pacientes (50 mujeres y 34 hombres), con una edad media de 81 años. Fallecieron 12 (ocho mujeres y cuatro hombres), lo que representa una letalidad observada del 14,28% (4,71 puntos inferior a la observada en España en ≥ 70 años)¹².

Las medidas de aislamiento fueron estrictas. Los pacientes no podían salir de sus habitaciones y los trabajadores limitaban las visitas a las mínimas imprescindibles. Los pacientes no podían recibir visitas de familiares, aunque podían utilizar sus teléfonos móviles y, aquéllos con mayor grado de autonomía, podían realizar videollamadas.

La situación de la pandemia modificó y cambió la forma de actuar como médicos. Trabajar con pacientes aislados de sus familias llevó a intentar aplicar una medicina integral, en la que, además de implementar los conocimientos médicos, se aprovechaba todas las visitas para animarlos y acompañarlos, especialmente cuando los pacientes sentían que su evolución no era buena, transmitiéndoles tranquilidad y esperanza, haciéndoles sentir que no estaban solos y aplicándoles todas las medidas médicas y de comodidad precisas.

En la situación que describimos en este texto toda la comunicación entre el personal médico con los familiares de los pacientes se realizó por vía telefónica, lo que obligó a una adaptación rápida a la comunicación por este medio. Se decidió que la mejor opción era que cada profesional hablase siempre con los familiares de los mismos pacientes. Se buscó con esto crear una sensación de cercanía. Los médicos se presentaban con su nombre y sabían el del familiar con quien hablaban y qué parentesco tenía con el paciente. Se informaba del pronóstico y, si era posible, se anticipaba

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.09.005>

1138-3593/© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

la mala evolución, transmitiendo que, ante esta situación, se reforzaban los cuidados que estaban recibiendo.

En la comunicación de fallecimientos fue importante hablar con voz pausada y firme, siendo claros y sin exceso en palabras, manteniendo una escucha activa y realizando los silencios necesarios para que los familiares hicieran cualquier pregunta. Siempre se resaltó que el paciente no sufrió y que fue acompañado físicamente hasta el final.

El modo en que se transmiten las noticias adversas tiene un impacto significativo en la comprensión y en las emociones e impacta en la percepción de la calidad de la atención, el modo de afrontar la situación y en el proceso de duelo¹³. Está establecido que el uso de protocolos de comunicación facilita la transmisión de información difícil¹⁴, aunque pocos estudios lo ha evaluado¹⁵, por lo que la mayor parte de los artículos sobre malas noticias proponen opiniones y revisiones de expertos^{16,17}. Los métodos más conocidos para comunicar malas noticias en el ámbito de la medicina asistencial son el ABCDE¹⁸ y el SPIKES^{19,20}. Este último es el método más referenciado en la literatura internacional²¹⁻²⁴. Ambos métodos han sido elaborados por médicos clínicos y tienen cuatro objetivos: recopilar información de los pacientes, transmitir información médica, brindar apoyo e inducir colaboración en el desarrollo de una estrategia terapéutica. Estos modelos de comunicación priorizan la comunicación presencial sobre otras formas y nunca previeron una situación como la asistencia médica en una pandemia con estrictas medidas de aislamiento de pacientes y de confinamiento de la población. Las medidas de aislamiento provocaron un cambio de paradigma en la comunicación médico-paciente/familia: actuaciones profesionales que en otras situaciones se podrían considerar incorrectas, como puede ser la comunicación por vía telefónica de malas noticias, durante la pandemia se convirtieron en norma obligatoria. Este cambio radical se ha realizado de manera disruptiva ante una situación excepcional, sin un periodo adaptativo, por lo que posiblemente haya contribuido a generar inicialmente estrés en los profesionales, en los pacientes y en sus familiares al que ya soportaban por la complejidad de la situación vivida.

La comunicación de malas noticias tiene un impacto emocional para el médico que trasciende en gran parte el estrés provocado por el acto. El clínico debe saber reconocer y manejar sus propios sentimientos de culpa, desilusión, aprensión, sentido de responsabilidad. Además de esta tarea de gestión interna, el médico debe comunicar información sensible teniendo en cuenta los sentimientos del paciente, de manera flexible y adaptada. A través de sus reacciones, puede inferir miedos, preocupaciones y expectativas, comprender sus estrategias de afrontamiento y utilizar este conocimiento para apoyar mejor al paciente e individualizar su orientación²⁵. Para intentar facilitar esta comunicación en situación de aislamiento y reducir el impacto negativo que este intercambio tiene sobre los profesionales de la salud proponemos un decálogo de recomendaciones sobre la comunicación telefónica de malas noticias (tabla 1). Esta propuesta toma como referentes los protocolos SPIKE y ABCDE, lo publicado durante la pandemia sobre este tema^{26,27} y la experiencia personal de la primera firmante de este artículo en la asistencia a pacientes con COVID-19.

Tabla 1 Decálogo de recomendaciones sobre la comunicación telefónica de malas noticias

1. El médico que lleva al paciente es el que debe realizar la comunicación. No debe realizar la comunicación de manera precipitada.
2. La información cambiará la perspectiva del interlocutor de manera drástica, por lo que se debe revisar la historia clínica previamente.
3. Nadie ni nada debe molestar, interrumpir o interferir mientras se comunica una mala noticia.
4. La comunicación en aislamiento debe realizarse diariamente. Si la situación del paciente lo permite, se puede realizar videollamada.
5. Debemos presentarnos al interlocutor y asegurarnos de que es la persona con la queremos hablar.
6. Con tranquilidad se debe explicar el motivo de la llamada y adelantar que no vamos a proporcionar buenas noticias.
7. Se debe dar una aproximación narrativa con frases cortas y concisas, hablando claro y despacio, evitando titubear y preguntando si se comprendió la información. Debemos evitar detalles irrelevantes o prolongar innecesariamente la explicación.
8. Se debe evitar los silencios prematuros en la conversación, ya que precipitan la comunicación de forma no deseada.
9. Ante la imposibilidad de apreciar el lenguaje no verbal, debemos escuchar de manera muy atenta las palabras, los silencios y el tono de nuestro interlocutor.
10. Debemos acompañar y empatizar con nuestro interlocutor.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *J Infect*. 2020;80:e14–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005>.
2. Davidson PM, Szanton SL. Nursing homes and COVID-19: we can and should do better. *J Clin Nurs*. 2020;29:2758–9, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15297>.
3. Weiss P, Murdoch DR. Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10229):1014–5, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30633-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30633-4).
4. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health*. 2015;105:1013–9, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427>.
5. Pan A, Liu L, Wang C, Guo H, Hao H, Wang Q, et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323:1–9, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.6130>.

6. Porcel-Gálvez AM, Badanta B, Barrientos-Trigo S, Lima-Serrano M. Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enferm Clin*. 2020;10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>.
7. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020;5:e256, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).
8. Petretto DR, Pili R. Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People? *Geriatrics (Basel)*. 2020;5:E25, <http://dx.doi.org/10.3390/geriatrics5020025>.
9. BBC. Coronavirus: isolation for over-70s 'within weeks'. 2020. Disponible en: <https://www.bbc.com/news/uk-51895873>.
10. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de Mar, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.icab.es/?go=eaf9d1a0ec5f1dc58757ad6cfffadecdb1a58854a600312cccabe27fca69cfff357097e9d2b0f0f16d9005e8bcdec8a2dd4f1222de5ec4d4fe2602ab9c397c53f>.
11. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España 2019 Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas; 2019. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>.
12. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización n° 109. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 18.05.2020. 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_109_COVID-19.pdf.
13. Schiavo R. Health communication: from theory to practice. San Francisco: John Wiley & Sons; 2013.
14. Witt MM, Jankowska KA. Breaking bad news in genetic counseling—problems and communication tools. *J Appl Genet*. 2018;59:449–52, <http://dx.doi.org/10.1007/s13353-018-0469-y>.
15. Walsh RA, Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news 2: What evidence is available to guide clinicians? *Behav Med*. 1998;24:61–72, <http://dx.doi.org/10.1080/08964289809596382>.
16. Alelwani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: A literature review. *J Educ Health Promot*. 2014;3:51, <http://dx.doi.org/10.4103/2277-9531.134737>.
17. Fontes CMB, Vieira de Menezes DV, Borgato MH, Luiz MR. Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Rev Bras Enferm*. 2017;70:1089–95, <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>.
18. Rabow MW, Mc Phee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*. 1999;171:260–3.
19. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5:302–11, <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.
20. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Commun Oncol*. 2005;2:138–42.
21. Kaplan M. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients to patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2010;14:514–6, <http://dx.doi.org/10.1188/10.CJON.514-516>.
22. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrnschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol*. 2014;25:707–11, <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdt582>.
23. Bonnaud-Antignac A, Campion L, Pottier P, Supiot S. Videotaped simulated interviews to improve medical students' skills in disclosing a diagnosis of cancer. *Psychooncology*. 2010;19:975–81, <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1649>.
24. Wuensch A, Tang L, Goelz T, Zhang Y, Stubenrauch S, Song L, et al. Breaking bad news in China-the dilemma of patients' autonomy and traditional norms. A first communication skills training for Chinese oncologists and caretakers. *Psychooncology*. 2013;22:1192–5, <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3112>.
25. Brown JB, Hammond J, Weston WW. Breaking bad news. En: Brown JB, Stewart M, Weston WW, editores. *Challenges and Solutions in Patient-Centered Care: A Case Book*. United Kingdom: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002.
26. Rimmer A. How can I break bad news remotely? *BMJ*. 2020;369:m1876, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1876>.
27. Academic Health Science Networks. Discussion of Unwelcome News during Covid-19 Pandemic: a framework for health and social care professionals. 2020. Disponible en: <https://www.ahsnetwork.com/wp-content/uploads/2020/04/Unwelcome-conversations-framework.pdf>.

I. Espasandín-Duarte^a, S. Cinza-Sanjurjo^{b,*}
y M. Portela-Romero^c

^a Centro de Saúde de Ribeira, Área Sanitaria Integrada Santiago de Compostela, A Coruña, España

^b Centro de Saúde Porto do Son, Área Sanitaria Integrada Santiago de Compostela, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela, A Coruña, España

^c Centro de Saúde Concepción Arenal, Área Sanitaria Integrada Santiago de Compostela, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: scinzas@semergen.es
(S. Cinza-Sanjurjo).