

Prácticas profesionales de comunicación en cuidados intensivos: una revisión sistemática

Arnaldo Santos Leite¹, Luiza Mitre Batista², Mayra Mota Soares¹

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil. 2. Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Resumen

La comunicación es fundamental para intercambiar informaciones y en el apoyo emocional en contextos de la salud, especialmente en enfermedades críticas y cuidados paliativos. La empatía permite a los profesionales comprender las necesidades de los pacientes y sus familiares, lo que favorece una comunicación respetuosa y continua que tiene en cuenta las preferencias discutidas durante el tratamiento. Sin embargo, muchos de los involucrados enfrentan dificultades para recibir y transmitir información clara. Son frecuentes cuestiones como el uso de jerga técnica, el enfoque insensible y el sufrimiento profesional. La capacitación y las prácticas que priorizan la empatía y la claridad son fundamentales, así como la actuación de los profesionales de la salud de conformidad con los preceptos legales específicos de cada país. Este estudio consiste en una revisión sistemática que analiza las actitudes de los profesionales de la salud en la comunicación de malas noticias en unidades de terapia intensiva, en diversos contextos culturales y jurídicos, centrándose en las percepciones del equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Sistemas de comunicación en hospital. Comunicación en salud. Psicología médica. Personal de salud. Relaciones profesional-paciente. Enfermedad crítica. Unidades de cuidados intensivos.

Resumo

Práticas profissionais de comunicação em cuidados intensivos: revisão sistemática

A comunicação é crucial na troca de informações e no apoio emocional no contexto da saúde, especialmente em doenças críticas e cuidados paliativos. A empatia permite que profissionais compreendam as necessidades de pacientes e familiares, favorecendo uma comunicação respeitosa e contínua e que considere as preferências discutidas durante o tratamento. Entretanto, muitos dos envolvidos enfrentam dificuldades em receber e transmitir informações claras. Questões como uso de jargão técnico, abordagem insensível e sofrimento profissional são frequentes. Capacitação e práticas que priorizem empatia e clareza são fundamentais, assim como uma atuação dos profissionais de saúde em conformidade com os preceitos legais específicos de cada país. Este estudo consiste em uma revisão sistemática que analisa as atitudes dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em unidades de terapia intensiva, em diversos contextos culturais e jurídicos, com foco nas percepções da equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Sistemas de comunicação no hospital. Comunicação em saúde. Psicologia médica. Pessoal de saúde. Relações profissional-paciente. Estado terminal. Unidades de terapia intensiva.

Abstract

Professional communication practices in intensive care: a systematic review

Communication is fundamental when exchanging information and providing emotional support in healthcare contexts, especially in critical illnesses and palliative care. Empathy allows professionals to understand the needs of patients and family members, promoting respectful and continuous communication that takes into account the preferences discussed during treatment. However, many of those involved face difficulties in receiving and conveying clear information. Issues such as the use of technical jargon, insensitive approaches, and professional distress are common. Training and practices that prioritize empathy and clarity are essential, as is the action of healthcare professionals in accordance with the specific legal precepts of each country. This is a systematic review that analyzes the attitudes of healthcare professionals in communicating bad news in intensive care units, in different cultural and legal contexts, focusing on the perceptions of the multidisciplinary team.

Keywords: Hospital communication systems. Health communication. Psychology, medical. Health personnel. Professional-patient relations. Critical illness. Intensive care units.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La comunicación es un elemento esencial en el intercambio de información y emociones entre individuos y desempeña una función primordial en los contextos de salud, especialmente en la interacción entre profesionales, pacientes y familiares¹. La comunicación de malas noticias (CMN) en salud se refiere a la transmisión de información que transforma radicalmente la perspectiva futura de un paciente, la cual normalmente se refiere a diagnósticos y manejos de enfermedades graves². La CMN en las unidades de cuidados intensivos (UCI) genera ansiedad en las familias, lo que lleva a la necesidad de una comunicación efectiva por parte de los equipos de salud¹. La escasez de recursos y la falta de capacitación en comunicación pueden perjudicar la práctica clínica³.

Los profesionales de la salud a menudo consideran la comunicación como una mera obligación y utilizan abordajes indirectos al intercambiar información⁴. La interacción bidireccional es fundamental para una comunicación efectiva, que debe equilibrar la honestidad y el optimismo. La intervención del equipo multiprofesional es crucial para brindar apoyo emocional a las familias⁵, y el cuidado centrado en la familia es vital para promover la dignidad y la colaboración⁶. El apoyo psicológico a los profesionales también es relevante y debe incluir la adaptación de las estructuras de trabajo, prácticas de autocuidado, reuniones y supervisión⁷.

La comunicación, mejorada mediante interacciones y capacitaciones, es esencial para mitigar el estrés profesional y aumentar la satisfacción de los pacientes⁴. Sin embargo, la formación en CMN aún presenta deficiencias, lo que se refleja en la insatisfacción de los pacientes y en los desafíos emocionales a los que se enfrentan los profesionales^{2,8}. Protocolos como SPIKES⁸, PEWTER y ABCDE se establecieron para guiar esta comunicación, los cuales resultan ser altamente beneficiosos cuando se implementan en la capacitación⁴.

Esta revisión sistemática tiene como objetivo evaluar el papel de los profesionales de la salud en la CMN en la UCI mediante el análisis de las percepciones de los profesionales involucrados, de las estrategias empleadas y de la formación necesaria para esta competencia.

Método

El objetivo del estudio se definió según la estrategia SPIDER⁹, con base en la siguiente

pregunta: “¿Cuál es el papel de los profesionales de la salud y cuáles son las percepciones de los implicados en la CMN en la UCI?” Se realizó una revisión sistemática según las directrices del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁰, con registro en el International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) bajo la identificación CRD42024612860.

La búsqueda de artículos se llevó a cabo el 12 de octubre del 2024, en las bases de indexación PubMed, Scopus, Web of Science, Lilacs, SciELO y psycINFO. Se utilizó una combinación de términos relacionados con “comunicación de malas noticias” y “cuidados intensivos”. Se filtraron artículos publicados en inglés, portugués y español desde el 2004, marco temporal que busca asegurar la actualidad del debate científico con estudios basados en el protocolo SPIKES⁸, cuya influencia posterior estandarizó la comunicación de malas noticias y la formación de los profesionales de la salud. Solo se incluyeron artículos originales; se excluyeron artículos de revisión, capítulos de libros, editoriales y publicaciones de anales de congresos. Las claves de búsqueda exactas para cada base de datos de indexación se encuentran en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Claves para la búsqueda en las bases de indexación

Base de indexación	Clave
PubMed	(bad news deliver*) AND (ICU)
Scopus	(TITLE-ABS-KEY((bad AND news AND deliver*) AND TITLE-ABS-KEY((intensive AND care))))
Web of Science	Analyze Results: bad news deliver* (Topic) AND intensive care (Topic)
Lilacs	(terapia intensiva) AND (noticia*)
SciELO	(terapia intensiva) AND (noticia*)
psycINFO	Any Field: bad news AND ((Any Field: ICU) OR (Any Field: intensive care))

Los artículos se analizaron utilizando la aplicación Rayyan¹¹, con el fin de eliminar duplicados. Al seleccionar los artículos para la lectura de texto completo, dos revisores (ASL/LMB) analizaron los títulos y resúmenes de forma independiente y resolvieron eventuales conflictos por consenso. Se seleccionaron artículos que analizan, discuten

o describen las percepciones de los profesionales sobre la CMN en la UCI. Se excluyeron los artículos que incluían percepciones únicamente de pacientes y familiares. También se excluyeron estudios de pacientes o profesionales fuera de la UCI; artículos que no abordaran la comunicación de noticias en la UCI; y estudios que abordaran exclusivamente otros aspectos, como la percepción de los profesionales sobre el sufrimiento de los pacientes y familiares debido a la enfermedad.

Utilizando los mismos criterios, los tres autores, divididos en pares y realizando análisis independientes, seleccionaron los artículos para revisión tras la lectura en su totalidad. Eventuales conflictos se resolvieron por consenso entre todos los autores. Los artículos incluidos en la revisión fueron analizados de forma independiente por los mismos pares, con extracción de datos, los cuales se recopilaron y se gestionaron en la aplicación REDCap (Yale University)¹². Eventuales discrepancias se resolvieron por consenso entre los pares de revisores.

Para cada estudio, se extrajo la siguiente información, cuando correspondió: autor; año y revista de publicación; país en el que se realizó el estudio; objetivos, diseño y metodología del estudio; tipo de UCI; número de centros de

estudio; profesional involucrado en la comunicación; número de participantes; percepciones de los profesionales; conclusiones de los autores y protocolos aplicados en la CMN.

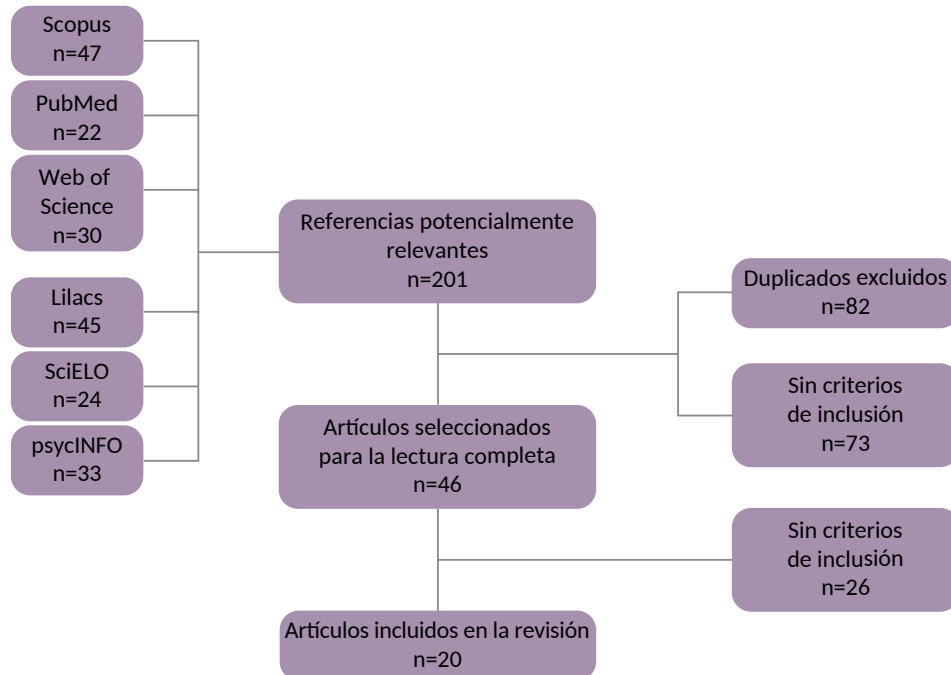
Los resultados cuantitativos y cualitativos, incluidas las percepciones y actitudes de los profesionales de la salud, se presentaron en una tabla o se describieron y discutieron en el cuerpo del artículo. Dado que se trata de una investigación secundaria sin sujetos que participen directamente en el estudio, este trabajo no se sometió a la aprobación de un comité de ética de investigación.

Resultados y discusión

Entre 201 títulos y resúmenes diferentes potencialmente relevantes encontrados en las bases de indexación, se seleccionaron 46 artículos para lectura de texto completo, y 20 de ellos se incluyeron en la revisión sistemática (Figura 1). En lo Cuadro 2 se presenta una descripción de los artículos incluidos.

De los 20 artículos, se extrajeron 308 ítems diferentes relacionados con las percepciones y actitudes de los profesionales sanitarios sobre la CMN. Los ítems se organizaron en seis grupos temáticos, que se categorizan y se resumen a continuación.

Figura 1. Resultados de la búsqueda según el protocolo PRISMA



Cuadro 2. Características de los artículos incluidos y principales resultados

Autores; año	Revista/país del estudio	Tipo de UCI (número de centros participantes)	Profesional involucrado en la CMN (número de profesionales participantes)	Resultados principales: percepciones y actitudes de los profesionales involucrados en la CMN.
Soeiro, Vasconcelos, Silva; 2022 ¹³	<i>Revista Bioética/Brasil</i>	UCI pediátrica (1)	Equipo médico (14)	Los médicos destacaron el impacto emocional de la CMN en la UCI, con desafíos éticos, como mantener la esperanza mientras se enfrentan las limitaciones terapéuticas y las reacciones familiares. También informaron de una falta de formación formal con habilidades de comunicación desarrolladas en la práctica.
Campos y colaboradores; 2017 ¹⁴	<i>Saúde em Debate/Brasil</i>	UCI neonatal (1)	Equipo multidisciplinario (10)	Los profesionales reportaron una falta de preparación para la CMN, lo que intensifica el sufrimiento emocional y promueve actitudes de distanciamiento, mecanización o insensibilidad. Necesitan humanización, apoyo emocional y formación para enfrentarse a la muerte y al duelo, así como una mejor integración interdisciplinar.
Seifart y colaboradores; 2022 ¹⁵	<i>Frontiers in Pediatrics/Alemanha</i>	UCI neonatal (6)	Equipo médico (17)	La CMN se considera una tarea que requiere un sentido de involucramiento y responsabilidad por parte de los profesionales de la salud, y se ve afectada negativamente por la sobrecarga en la rutina clínica. La comunicación efectiva influye en la experiencia de las familias durante momentos difíciles.
Monteiro y colaboradores; 2015 ¹⁶	<i>Psicologia Argumento/Brasil</i>	UCI adulto (1)	Equipo médico (6)	La presencia de la familia se considera esencial en el cuidado durante la enfermedad crítica y en la terminalidad, para comprender al paciente y discutir su evolución clínica. Los familiares vulnerables buscan respuestas y seguridad, mientras el personal, abrumado, prioriza los aspectos técnicos. Los médicos destacan la importancia de la empatía en la CMN y el respeto a la autonomía del paciente. En la relación con los familiares, se debe dar tiempo suficiente para la adaptación a las situaciones y la toma de decisiones informadas, para asegurar una atención centrada en el paciente y en la familia. La participación del médico tratante puede reducir los conflictos con la familia, pero la fragmentación entre especialidades puede dificultar la toma de decisiones integradas y centradas en el paciente.

continúa...

Cuadro 2. Continuación

Autores; año	Revista/país del estudio	Tipo de UCI (número de centros participantes)	Profesional involucrado en la CMN (número de profesionales participantes)	Resultados principales: percepciones y actitudes de los profesionales involucrados en la CMN.
Seoane y colaboradores; 2012 ¹⁷	<i>Ochsner Journal</i> / Estados Unidos	UCI adulto (1)	Médico residente (214)	En este estudio, al final de la residencia, los médicos aún encuentran dificultades en la CMN, especialmente al discutir los límites terapéuticos y definir los cuidados paliativos, lo que resalta la necesidad de un marco teórico y de directrices clínicas específicas. Las habilidades comunicativas se pueden desarrollar mediante formación, con actividades prácticas como juegos de roles y simulaciones que mejoran la comunicación entre profesionales, lo que permite fortalecer las interacciones y genera mejores resultados en el tratamiento intensivo.
Vale y colaboradores; 2023 ¹⁸	<i>Revista Latinoamericana de Bioética</i> / Brasil	UCI (sin especificar) (1)	Equipo multidisciplinario (29)	Los profesionales destacaron lagunas en la formación en CMN durante los estudios de grado. Encuentran dificultades aún mayores a la hora de comunicar la muerte de jóvenes. Los participantes demostraron una clara aprensión ante la posibilidad de que los familiares no aceptaran las noticias, lo que dificultó el proceso de comunicación.
Alves, Sarinho, Belian; 2023 ¹⁹	<i>Revista Bioética</i> / Brasil	UCI neonatal (1)	Médico residente (12)	Los residentes identificaron que, en la rutina de la UCI, los médicos dan poco valor a las conversaciones con los familiares. Destacaron la falta de espacio adecuado y el tiempo insuficiente dedicado a aclarar dudas y discutir estrategias, y enfatizaron la importancia de la capacitación específica para la CMN.
Haas, Brust-Renck; 2022 ²⁰	<i>Psicologia USP</i> / Brasil	UCI adulto (no especificado)	Equipo médico (15)	Los participantes demostraron una evolución en su forma de comunicarse respecto a lo que hacían al inicio de sus carreras, fruto de la madurez profesional y personal. Destacaron que el tiempo de experiencia profesional hace más fácil el proceso de CMN y creen que están haciendo lo mejor que pueden, pero sienten el desafío de la CMN, que repercute en su estado emocional y físico.

continúa...

Cuadro 2. Continuación

Autores; año	Revista/país del estudio	Tipo de UCI (número de centros participantes)	Profesional involucrado en la CMN (número de profesionales participantes)	Resultados principales: percepciones y actitudes de los profesionales involucrados en la CMN.
Camilo y colaboradores; 2022 ²¹	<i>Revista Gaúcha de Enfermagem/ Brasil</i>	UCI neonatal (3)	Equipe de enfermería (17)	Las percepciones de los participantes resaltan los desafíos en la CMN, requiriendo que se ofrezca apoyo emocional a la familia, pero también resaltan las dificultades estructurales y procedimentales y la carga de involucrarse con el sufrimiento de los familiares. El trabajo de la enfermería en la atención multidisciplinaria ayuda a promover vínculos con los familiares, permitiéndoles desempeñar su papel como responsables en estos momentos difíciles, resaltando la importancia de un papel colaborativo dentro del equipo. Destacan las barreras culturales, la falta de formación y la autoprotección de los profesionales ante la finitud.
Koch, Rosa, Bedin; 2017 ²²	<i>Revista Bioética/ Brasil</i>	UCI neonatal y pediátrica (1)	Equipo multidisciplinario (9)	Los participantes identificaron lagunas en la formación en CMN y la subjetividad relacionada con la práctica debido a la ausencia de protocolos de comunicación específicos. Destacaron la comunicación de la muerte como el principal desafío. Resaltaron la importancia de la empatía, la sinceridad y el vínculo con el paciente y la familia, respetando sus creencias religiosas.
Alves, Sarinho, Belian; 2023 ²³	<i>Saúde e Pesquisa/Brasil</i>	UCI neonatal (1)	Equipo médico (12)	El estudio revela desafíos en la CMN en la UCI y resalta problemas estructurales, falta de empatía, sobrecarga de trabajo y falta de estrategias adecuadas. La capacitación en un protocolo de comunicación específico ayudó a los médicos residentes a reflexionar sobre sus prácticas y reforzó la importancia del vínculo, la escucha, la empatía y la sensibilidad a la hora de comunicar, sin quitarle la esperanza a los familiares.
Souto, Schulze; 2019 ²⁴	<i>Revista Psicologia e Saúde/Brasil</i>	UCI neonatal (1)	Profesional no especificado (9)	La mayoría de los participantes se reveló inhabilitada para la CMN y recurrió a recursos intuitivos y emocionales, basándose en experiencias acumuladas y en la observación de colegas con más experiencia. La comunicación se consideraba una tarea tensa y emocionalmente agotadora. La ausencia de protocolos y capacitación agrava el desafío, y genera malestar y estrés emocional. La empatía se señaló como una habilidad esencial, aunque poco desarrollada, que es fundamental para la comunicación sensible.

continúa...

Cuadro 2. Continuación

Autores; año	Revista/país del estudio	Tipo de UCI (número de centros participantes)	Profesional involucrado en la CMN (número de profesionales participantes)	Resultados principales: percepciones y actitudes de los profesionales involucrados en la CMN.
Cabeça, Sousa; 2017 ²⁵	Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Online)/Brasil	UCI neonatal (1)	Equipo multidisciplinario (14)	Según el estudio, los profesionales recurren a la empatía, a las experiencias personales y al apoyo psicológico para afrontar la pérdida y el sufrimiento. La comunicación en la UCI requiere empatía, claridad, escucha activa y respeto por las necesidades individuales de cada familia. Las estrategias incluyen la transmisión gradual, un lenguaje accesible, acogida, colaboración y apoyo emocional a las familias, además de evaluar la comprensión previa, apoyo psicológico y un diálogo cuidadoso y gradual. Destacan la importancia del trabajo interdisciplinario, la sensibilidad y la atención a la comunicación no verbal.
Monteiro y colaboradores; 2015 ²⁶	<i>Estudos e Pesquisas em Psicologia</i> /Brasil	UCI adulto (1)	Equipo médico (12)	Los médicos participantes refirieron una intensa dificultad para comunicar la muerte, interpretándola como un fracaso personal. La dificultad es aún mayor cuando mueren jóvenes, dado el dolor de sus familias. Comunicar la muerte cerebral es especialmente difícil para los médicos porque involucra a pacientes jóvenes, situaciones inesperadas y decisiones complejas como la donación de órganos. Los médicos a menudo evitan decir la palabra "muerte" y emplean eufemismos, posiblemente como un mecanismo de defensa emocional.
October, Watson, Hinds; 2013 ²⁷	<i>Pediatric Critical Care Medicine</i> / Estados Unidos	UCI pediátrica (1)	Equipo médico (10)	Este estudio, que investiga el lugar elegido por el médico para interactuar con los familiares, identificó que los médicos prefieren hablar con los familiares en una sala de conferencias para discutir la redirección de los cuidados, pero prefieren la comunicación junto a la cama del paciente, debido a su practicidad, rapidez, o cuando quieren que el paciente participe en la discusión. La necesidad de un espacio amplio para acomodar a un mayor número de personas fue un factor asociado con la preferencia de los médicos de reunirse con los familiares en una sala de conferencias.

continúa...

Cuadro 2. Continuación

Autores; año	Revista/país del estudio	Tipo de UCI (número de centros participantes)	Profesional involucrado en la CMN (número de profesionales participantes)	Resultados principales: percepciones y actitudes de los profesionales involucrados en la CMN.
Berlacher y colaboradores; 2017 ²⁸	<i>Journal of Palliative Medicine/</i> Estados Unidos	UCI adulto (1)	Equipo médico (28)	Este estudio investiga los resultados de una capacitación en comunicación para médicos. Se observó que los médicos residentes eran mucho más propensos a relatar cualquier capacitación previa que los profesores asistentes, con más experiencia. La percepción de preparación para la comunicación aumentó en todas las habilidades después de la capacitación, incluso entre los médicos experimentados, quienes también recomendarían la capacitación a sus pares.
Ghoneim y colaboradores; 2019 ²⁹	<i>Teaching and Learning in Medicine/</i> Estados Unidos	UCI neonatal (1)	Médico residente (15)	Este estudio explora la capacitación en CMN para residentes, lo que resultó en mejoras significativas en los puntajes de autoevaluación y en las pruebas de contenido. Se destaca la necesidad de formación continua en habilidades de comunicación y la necesidad de adaptarse a diferentes experiencias clínicas.
Macdonell y colaboradores; 2015 ³⁰	<i>Journal of Neonatal Nursing/</i> Canadá	UCI neonatal (1)	Profesional no especificado (131)	El equipo multiprofesional reconoció la necesidad de más capacitación en CMN. El empleo de reuniones entre el equipo y la familia y la capacitación práctica han aumentado la empatía, la reflexión y la colaboración entre profesionales y familiares, lo que promueve un cuidado más humanizado y ofrece herramientas formales para mejorar la comunicación en la UCI.
Monteiro, Quintana; 2016 ³¹	<i>Psicologia: Teoria e Pesquisa/</i> Brasil	UCI adulto (1)	Equipo médico (12)	Los profesionales reportaron la falta de capacitación formal durante su formación médica, lo que les obligó a aprender en la práctica, mediante la observación o el sentido común. La práctica consideró la observación de los docentes, ejemplos mediáticos y sentimientos subjetivos como referencias. Algunos médicos buscan protegerse emocionalmente adoptando estrategias como un lenguaje vago o eufemismos, lo que a menudo resulta en dificultades de claridad e incomodidad en las interacciones con los familiares. La CMN genera angustia, impotencia y culpa en los médicos, especialmente ante el sufrimiento del paciente o la familia.

continúa...

Cuadro 2. Continuación

Autores; año	Revista/país del estudio	Tipo de UCI (número de centros participantes)	Profesional involucrado en la CMN (número de profesionales participantes)	Resultados principales: percepciones y actitudes de los profesionales involucrados en la CMN.
Van Keer y colaboradores; 2019 ³²	<i>Patient Education and Counseling/</i> Bélgica	UCI adulto (1)	Equipo médico (35)	Este estudio explora la CMN en la UCI, centrándose en quiénes participan en estas conversaciones, considerando al personal, los pacientes y los familiares. Observaron que los médicos comunican las noticias difíciles principalmente a los familiares y rara vez incluyen a los pacientes. Las dificultades surgen de barreras lingüísticas, culturales y emocionales, así como de conflictos familiares. Se constató que los enfermeros tienen participación limitada en las conversaciones. Como estrategia para mitigar la comprensión insuficiente por parte de los familiares, se trató de simplificar la información, buscar la cooperación de otros colegas y elegir a interlocutores entre los miembros de la familia.

CMN: comunicación de malas noticias; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Estrategias y gestión

La sinergia interprofesional es esencial en la UCI, donde la colaboración ha demostrado una reducción de la mortalidad y una mejora en la calidad de la atención³³. Un equipo multidisciplinario es esencial para brindar cuidados holísticos al paciente. Enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas tienen perfiles especializados que contribuyen al plan terapéutico y a la asistencia al paciente. Existen leyes específicas en los diferentes países que regulan el ejercicio profesional. En Brasil, los actos directamente asociados al diagnóstico nosológico, la determinación del pronóstico clínico y la definición de conductas terapéuticas están restringidos a la práctica médica³⁴, y los demás miembros del equipo pueden participar como facilitadores en la adopción de las conductas prescritas por el médico o en acciones educativas y de apoyo emocional³⁵.

La CMN es un acto que requiere preparación técnica y sensibilidad ética, y el médico no puede transferir dicha responsabilidad a otros miembros del equipo^{35,36}. Sin embargo, el papel del equipo multidisciplinario es esencial para ampliar los cuidados y brindar apoyo integral y centrado

en el paciente, pero de manera complementaria, no sustitutiva, del médico³⁵. Las competencias del médico son exclusivas, pero trabajar junto con un equipo multidisciplinario mejora la calidad de los cuidados al paciente³⁷.

Los médicos a menudo afrontan inseguridad en la CMN, dado el énfasis de su capacitación en el mantenimiento de la vida^{18,26}. La comunicación de la muerte, al ser una tarea primordial del médico, puede generar una falta de responsabilidad compartida del equipo de salud en el apoyo a los familiares¹⁸. El papel de la enfermería es crucial, ya que fomenta los vínculos con los familiares, permitiéndoles desempeñar su papel de cuidadores durante esos momentos difíciles²¹. Es común que los médicos busquen la colaboración de otros miembros del equipo en situaciones difíciles, lo que favorece un ambiente acogedor^{21,32}.

Animados a participar en las conversaciones, los enfermeros y fisioterapeutas contribuyen a mejorar la comunicación con las familias y a proporcionar información sobre el cuidado del paciente³⁰. La presencia de psicólogos o capellanes proporciona apoyo mutuo y es esencial para mejorar la comunicación y aliviar las tensiones

asociadas, ayudando a los pacientes y a las familias a encontrar el equilibrio durante los momentos críticos^{16,32}. El apoyo psicológico ayuda a los profesionales a gestionar las emociones y a comprender la dinámica familiar^{13,16}. La responsabilidad compartida entre todos es clave para mitigar el desgaste en la CMN¹³.

La CMN es compleja y puede involucrar a familiares y amigos, muchos de los cuales desean participar en las conversaciones. Sin embargo, no siempre es posible incluir a todos, y el médico debe evaluar quién está más apto para comprender la información y tomar decisiones en nombre del paciente³². Elegir representantes no siempre es fácil, ya que a veces se complica debido a barreras emocionales, lingüísticas y educativas³². Los médicos a menudo incluyen en las conversaciones a familiares cercanos que demuestran la capacidad de comprender la información médica. En situaciones de disputas familiares, es importante incluir a representantes de ambas partes para evitar conflictos y asegurar una comunicación equilibrada³².

Siempre que sea posible, se debe incluir al paciente en las discusiones sobre su tratamiento³⁶. De no ser posible, el equipo debe evaluar los deseos expresados por el paciente en consonancia con la familia¹⁶. En situaciones en las que la comprensión es difícil, es fundamental incluir a otros miembros de la familia para ofrecer apoyo y facilitar la interpretación de las noticias²⁵. En el contexto de la UCI neonatal, las reuniones con ambos genitores deben realizarse en lugares privados para asegurar una comunicación efectiva³⁰.

Las reuniones entre profesionales, pacientes y familiares deben ser planificadas y son esenciales para la toma de decisiones, para promover el confort, facilitar la comprensión y brindar apoyo emocional, además de mejorar los resultados del tratamiento³⁸. La CMN debe realizarse en entornos privados y relajantes⁴. Sin embargo, la elección del lugar está influenciada por diferentes factores, aunque no afecta directamente al resultado. Los médicos prefieren las salas de conferencias, especialmente para discutir la reorientación de los cuidados, como la transición a cuidados paliativos. Otros optan por reuniones junto a la cama para permitir la participación del paciente²⁷.

La eficacia de la CMN depende de la sensibilidad y flexibilidad de los profesionales para adaptar

las técnicas de comunicación al contexto cultural³⁹ y familiar de los pacientes²⁴. Prepararse para la conversación, tanto desde un punto de vista técnico como emocional, implica reservar un tiempo especial para la comunicación y para gestionar los propios sentimientos^{26,31}. Como estrategia, los médicos cuestionan inicialmente el conocimiento de los familiares sobre la condición del paciente con preguntas abiertas, para comprobar su comprensión previa y percibir el estado emocional de los familiares^{25,32}.

La CMN se considera una tarea que requiere un sentido de involucramiento y responsabilidad por parte de los profesionales de la salud¹⁵. Comprender y gestionar los factores que dificultan la conversación permite una experiencia más efectiva y satisfactoria tanto para el equipo como para los familiares⁴⁰. El manejo de las expectativas es crucial, especialmente cuando el tratamiento curativo no es factible, y los médicos deben abordar la posibilidad de muerte con tranquilidad¹³. Se sugiere potenciar la sensibilidad, usar la religiosidad como apoyo, dedicar tiempo a la escucha y valorar la humanización en la atención¹⁴.

La comunicación debe ser gradual y adaptativa⁴⁰ y debe respetar la voluntad de la familia de participar en las decisiones²⁵. Las noticias desfavorables no deben comunicarse de forma abrupta¹³. Siempre que sea posible y pertinente, los profesionales deben incluir a los familiares en el proceso de despedida y permitirles participar en momentos significativos —por ejemplo, permitir que la madre sostenga a su bebé—, si así lo desean, para facilitar el duelo²⁵.

La comunicación humanizada crea un ambiente acogedor y es esencial para superar barreras. Debe integrar aspectos verbales y no verbales, como el lenguaje corporal y las emociones¹⁶. La eficacia de la comunicación influye en la experiencia de las familias en momentos delicados¹⁵. La empatía es crucial en la gestión emocional. El médico debe demostrar disponibilidad y apoyo, así como disposición para ajustar las decisiones familiares según sea necesario¹⁶.

La empatía se considera una habilidad esencial en la CMN, que se puede aprender y desarrollar^{19,24}. Brindar “una palabra afectuosa” y apoyo emocional es fundamental para valorizar a las familias durante el proceso²¹. La comunicación empática promueve la corresponsabilidad y la

participación en el tratamiento, que son esenciales para el bienestar de todos los involucrados¹⁶.

Los abordajes compasivos incluyen explicaciones completas e información de apoyo, que ayudan a las familias a sentirse bien informadas³⁰. La claridad y la honestidad son esenciales para capacitar a las familias a tomar decisiones. Los profesionales deben explicar la patología, las opciones de tratamiento y el pronóstico de una manera directa y realista^{16,32}. A pesar de las adversidades, el diálogo honesto y acogedor facilita la comprensión y crea un ambiente de apoyo emocional¹³. La comunicación debe ser clara, no agresiva²⁵, basada en un intercambio bilateral marcado por la igualdad y el respeto³, para permitir que los familiares entiendan la gravedad de la situación y tomen decisiones informadas. Orientar el acceso a la información externa, cuando se solicita, y adoptar un enfoque optimista ayuda a las familias a afrontar un período sumamente difícil⁵.

Aspectos emocionales de los profesionales

La CMN genera angustia significativa en quienes transmiten y en quienes reciben la información, lo que pone de manifiesto la complejidad de esta interacción²². Los factores que dificultan la conversación pueden estar relacionados con el médico, el paciente, la situación o con una combinación de estos⁴⁰. Dar malas noticias puede tener un fuerte impacto emocional en el médico, que a menudo siente el peso de esta información negativa y anticipa reacciones negativas⁴¹. Los profesionales se enfrentan a un estrés anticipatorio, que se traduce en síntomas físicos como aumento de la frecuencia cardíaca y ansiedad^{1,13}, lo que refleja la carga emocional del trabajo¹⁴. Todos los miembros del equipo experimentan un sufrimiento considerable debido al dolor de los pacientes. Llanto durante las conversaciones, ansiedad, depresión y síndrome de *burnout* son comunes entre los profesionales²².

Los proyectos de humanización de la atención no suelen incluir el fortalecimiento emocional de los profesionales¹⁴. La desesperación familiar agrava el estrés emocional de los profesionales²⁶, que necesitan afrontar el dolor y la muerte, y desarrollan sentimientos de fragilidad y vulnerabilidad, que no siempre son compartidos²⁵.

La imprevisibilidad de las conversaciones aumenta la ansiedad e impacta la vida personal

y la confianza de los profesionales, quienes adoptan estrategias de distanciamiento emocional, que generan conflictos entre el cuidado y la auto-protección⁷. Aunque los profesionales creen que están haciendo lo mejor que pueden, sienten la carga emocional y física de la CMN²⁰. La tensión entre la empatía y la capacidad técnica hace de la emoción un problema, no una herramienta¹⁴. La presión de ser infalible y la falta de apoyo contribuyen al estrés no reconocido y a la sensación de aislamiento⁷.

Los profesionales que desarrollan vínculos más estrechos con los pacientes, como en la oncología pediátrica, experimentan reacciones emocionales particularmente intensas en situaciones de pérdida^{13,26}. La muerte a menudo se asocia con sentimientos de culpa y fracaso^{14,26} y su comunicación se considera una tarea incómoda para el médico. La muerte, no mencionada directamente, es sustituida por otras expresiones y a menudo eufemismos, lo que impide una comunicación clara y empática²⁶. Su comunicación es vista a menudo por el médico como una tarea difícil e incómoda²⁶. El conflicto entre la misión de salvar vidas y la inevitabilidad de la muerte²⁶, sumado al reconocimiento de sus propias limitaciones, lleva a los médicos a adoptar mecanismos de defensa, como el distanciamiento emocional de los pacientes y familiares y la frialdad manifiesta¹⁴.

Algunos profesionales optan por no estar presentes durante la CMN para evitar el impacto emocional¹⁴, mientras que otros reprimen las emociones durante las conversaciones, lo que resulta en diálogos formales y distantes²⁴. Priorizar los recursos técnicos sobre la expresión emocional exacerba el distanciamiento del sufrimiento del paciente y de la familia, y aumenta el desapego emocional, lo que dificulta aún más la comunicación¹⁶.

La creencia de que la CMN debería ser realizada por profesionales más resilientes o en puestos de mayor responsabilidad³¹ reafirma la falta de capacitación¹⁴. Para hacer frente al sufrimiento, algunos recurren al apoyo psicológico^{13,25}. Otros buscan el apoyo familiar y de las prácticas religiosas¹³.

Relación con pacientes y familiares

La atención adecuada al proceso de comunicación hace que los familiares se sientan más seguros

y confiados^{16,19} y promueve la colaboración y la aceptación de la situación clínica, lo que facilita el trabajo médico¹⁶. La CMN debe ser transparente para establecer un vínculo fuerte con la familia, lo cual es esencial para transmitir información desafiante¹³, con preguntas destinadas a comprender los sentimientos de la familia antes de comunicar las noticias³¹ y, con ello, proporcionar el tiempo y la privacidad necesarios para tener discusiones completas y compasivas. Acercarse al “mundo del otro” implica comprender los aspectos psicológicos e imaginarios de las familias, que tienen realidades y experiencias distintas. La habilidad en la CMN es fundamental para un cuidado centrado en el paciente, ya que influye en la comprensión y adaptación de esta⁴² y optimiza las elecciones en decisiones complejas^{16,30}.

El uso de lenguaje técnico y la falta de empatía durante las conversaciones genera insatisfacción entre los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI¹. El uso excesivo de jerga técnica dificulta la comprensión de información esencial sobre la situación clínica¹³. Algunos profesionales utilizan una comunicación estrictamente objetiva y centrada en datos, lo que puede generar distancia emocional³¹. Los pacientes y familiares desean información honesta, pero esperan que los profesionales respeten su proceso de asimilación, por lo que consideran que la comunicación franca es potencialmente estresante⁴³. La comunicación clara, con ejemplos accesibles y que respete las singularidades del paciente, como la cultura y el contexto social⁴⁴, promueve una asimilación más empática e acogedora, confort emocional para familiares y una mayor participación en el tratamiento^{16,25,32}.

Los profesionales de la salud deben respetar y reconocer como legítimas las reacciones emocionales y los sentimientos de los familiares de pacientes críticos¹⁶. Muchos profesionales esperan que las familias acepten rápidamente la condición crítica del paciente, ignorando el complicado proceso emocional al que se enfrentan¹⁶. Sin embargo, deben promover la aclaración técnica, el apoyo emocional y espiritual²⁵, con receptividad a las preocupaciones y temores de la familia. Además, deben comprender que diferentes miembros de la misma familia pueden reaccionar de maneras distintas³¹ y, en situaciones delicadas, deben mantener la calma y pedir tranquilidad a los involucrados,

con el objetivo de promover diálogos constructivos y fortalecer vínculos³².

La comunicación con los familiares debe ser diaria e incluir información sobre el estado de salud del paciente, con el fin de prepararlos para noticias potencialmente difíciles y reducir el impacto de información inesperada²⁵. Es importante contar con un médico de referencia, es decir, evitar la rotación de profesionales. Esta continuidad reduce la sensación de soledad y proporciona confianza, apoyo emocional y seguridad²⁵. Es necesario entrenar habilidades de comunicación para brindar una atención más efectiva y empática²⁵. Aunque las actividades asistenciales demandan tiempo y dificultan la comunicación, se debe invertir en la escucha activa, una vez que alivia el sufrimiento y ayuda a comprender las necesidades de los familiares al respetar las preocupaciones y dirimir dudas^{16,44}.

En situaciones críticas, los profesionales utilizan la comunicación no verbal, como abrazos y el tacto, para ofrecer apoyo emocional y demostrar reconocimiento del sufrimiento de los familiares⁴⁴. Una mirada atenta y gestos expresivos promueven una interacción efectiva^{1,26} y crear un espacio de confianza²⁵.

Barreras y desafíos

La CMN en la UCI es compleja y desafiante. Factores situacionales que dificultan la comunicación incluyen presión de tiempo durante la asistencia, conflictos entre pacientes y equipo o aspectos sociales complejos⁴⁰. El profesional ya tiene una rutina clínica pesada¹⁵, con poca disponibilidad para conversar debido a la sobrecarga en el entorno laboral^{16,45}. La comunicación a menudo implica a un paciente sedado o intubado¹³, y es una tarea emocionalmente cargada, especialmente en el caso de eventos inesperados^{13,22}. Se considera una tarea desagradable tanto para el que comunica como para el que recibe la noticia²⁴. Por ser un evento doloroso y traumático, la CMN puede crear distancia entre el profesional y los familiares, y perjudicar la relación terapéutica^{13,16,32}. Para la interlocución con los familiares de pacientes críticos, la gestión de las habilidades personales e interpersonales es de suma importancia. Los profesionales deben estar preparados para abordar aspectos técnicos, éticos, legales y relacionales¹³.

Una revisión sistemática de 40 estudios y 3.242 participantes mostró que los profesionales de la salud a menudo perciben la comunicación como una mera obligación y adoptan abordajes indirectos a la hora de comunicarse⁴. Los profesionales tienden a hablar más y hacer pocas preguntas a los familiares, sin discutir la perspectiva del paciente, y establecen una comunicación poco integral³².

Muchos profesionales evitan comunicar directamente la gravedad del cuadro clínico y utilizan expresiones ambiguas, que generan incertidumbre en los familiares³¹. Incluso cuando comunican una muerte, por muy esperada que sea, los médicos dudan en utilizar la palabra “muerte”, que refleja una negación de la finitud de la vida, y recurren a eufemismos²⁶. Al negar la muerte mediante la elección de palabras más suaves, el profesional enfrenta la inevitabilidad de la finitud sin tener que afrontar directamente el dolor²⁶. La falta de claridad en la información afecta la percepción de los familiares y puede generar falsas expectativas²⁶ y fallas de comunicación³¹.

El equipo de salud debe adaptar su abordaje comunicativo a las necesidades culturales⁴⁴ y a las preferencias de los familiares, ya que la comunicación efectiva fortalece el vínculo familiar y reduce el estrés⁵. La CMN se vuelve aún más desafiante cuando existen barreras lingüísticas, especialmente si es necesario emplear a intérpretes, que no siempre producen traducciones precisas³². Los familiares con dificultades de comunicación no son vistos como interlocutores adecuados en las conversaciones, y los contextos etnoculturales pueden dificultar aún más las discusiones³².

Otro desafío es la falta de comprensión de los familiares sobre la gravedad de la condición del paciente crítico, lo que requiere sensibilidad y múltiples interacciones de los profesionales para aumentar la comprensión^{16,32}. La negación es una reacción común a la CMN y da como resultado la necesidad de repetir la información¹³. La complejidad de la enfermedad crítica y la expectativa de un “milagro” dificultan la comprensión, especialmente en poblaciones socialmente vulnerables¹⁶.

La sobrecarga de trabajo de los profesionales, la falta de tiempo y la falta de infraestructura adecuada comprometen la comunicación de noticias sensibles¹⁴, dificultan la aclaración de dudas y las discusiones sobre los cuidados¹⁹, lo que perjudica aún más la interacción entre profesionales y

familiares²¹. Las conversaciones sobre malas noticias a menudo se llevan a cabo junto a la cama o en espacios inapropiados, como el pasillo²¹, lo que genera malestar y resistencia en los familiares, quienes se sienten expuestos³², y perjudica la eficacia de la comunicación y la comprensión de las noticias.

Los conflictos entre familiares y la divergencia entre la voluntad del paciente y la familia dificultan llegar a un consenso y aumentan el desafío para los médicos. Los problemas financieros y los sentimientos de frustración, especialmente entre quienes, después de largos períodos de distanciamiento, tratan de redimirse en el momento de la enfermedad de un familiar, afectan el comportamiento de las personas de una manera que aumenta las tensiones en las interacciones¹⁶.

En caso de conflictos y con el fin de comprender las necesidades de la familia, es fundamental que los profesionales se acerquen al mundo subjetivo de los familiares y reconozcan la singularidad de cada sistema familiar⁴⁴. Esta comprensión facilita la comunicación y promueve un cuidado más humanizado¹⁶.

Los médicos citan las noticias sobre el deterioro clínico y la muerte como las conversaciones más desafiantes²². Comunicar una muerte se considera la situación más difícil, y los médicos destacan el vínculo entre la muerte y la percepción de “mala noticia”²⁶. En una entrevista sobre el tema, los profesionales asociaron la dificultad en la CMN a la edad de los pacientes y destacaron que enfrentan dificultades para asociar el final de la vida con individuos jóvenes^{18,26}. La noticia de la muerte de un hijo, hecho que desafía el orden natural de las expectativas, y la comunicación de la constatación de muerte encefálica en jóvenes que no estaban previamente enfermos, es decir, cuya vida se ve interrumpida abruptamente,²⁶ estos son ejemplos de situaciones difíciles tanto para la familia como para los profesionales.

Formación, desarrollo profesional y herramientas

La CMN es parte de la rutina de los profesionales de la salud, pero muchos aún no se sienten preparados para esta tarea. Varios médicos expresan dificultad para transmitir esta información de forma apropiada y a menudo se emocionan con

los pacientes y familiares²⁴. A pesar de su conocimiento teórico y práctico, los médicos a menudo se sienten poco preparados para comunicar la muerte y no saben cuál es la mejor manera de abordar la situación. Esta falta de preparación es recurrente, como lo demuestra uno de los estudios de la revisión, en el que los médicos, al ser invitados a participar en la investigación, revelaron la necesidad de un cambio en la forma de comunicar malas noticias³¹.

La falta de formación específica para afrontar la muerte hace que la comunicación sea aún más desafiante⁴⁵. Aunque algunos médicos se sienten aptos, la formación teórica, que es escasa durante los estudios de grado⁴⁶, no garantiza la seguridad en la práctica^{14,18,24,26,31}. Este vacío da lugar a abordajes basados en experiencias personales y en mensajes confusos o rudos²⁴. En la práctica médica, la CMN no se basa en una técnica formal, sino que está determinada por las experiencias personales e intuiciones de los médicos³¹, con abordajes improvisados y adaptados a las necesidades de la situación, sin una estrategia previamente establecida³². La práctica de la CMN se caracteriza por el conocimiento empírico e informal²², de manera que los profesionales actúan según sus propias percepciones, concepciones y experiencias²⁴. La percepción de la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación generalmente solo surge en la práctica, por lo que los médicos crean estrategias empíricas¹⁴.

La ausencia de protocolos específicos y referencias teóricas se reporta con frecuencia, y muchos profesionales sugieren que técnicas estructuradas podrían mejorar la comprensión del paciente²⁴. La experiencia en la CMN suele adquirirse mediante la práctica, la experimentación directa o la observación de profesionales con más experiencia²⁴. El profesor es visto como un referente esencial en el desarrollo de la habilidad, aunque la CMN no se percibe como una técnica enseñada formalmente, sino que se aprende predominantemente mediante la práctica y la observación³¹.

Los participantes en un estudio incluido en esta revisión notaron un cambio significativo en sus abordajes de comunicación a lo largo de sus carreras, atribuido a la madurez personal y profesional²⁰. En otro estudio, un residente entrevistado destacó que su primera experiencia fue traumática y que una formación previa habría sido útil¹⁹.

Casi todos los profesionales señalan la urgente necesidad de una mejor formación en este campo. Macdonell y colaboradores³⁰ reportan que, entre los médicos, incluso aquellos que se autodeclaran experimentados, el 88% estuvo de acuerdo en la necesidad de más formación. Los residentes, profesionales en prácticas, trabajadores sociales y enfermeras también expresaron la necesidad de una mayor preparación³⁰.

La CMN requiere un marco teórico y directrices clínicas específicas, y sus habilidades pueden desarrollarse mediante capacitación⁴⁶, incluyendo actividades prácticas como juegos de rol y simulaciones, que mejoran la comunicación entre profesionales^{4,47} y, con ello, las interacciones y los resultados en cuidados intensivos^{4,5,17}.

Se impartió un taller para capacitar a residentes y médicos en la CMN, y el 100% de los médicos tratantes recomendó que dicha formación fuera obligatoria para colegas de UCI y residentes²⁸. Entre los residentes, el 95% recomendó la formación como un requisito. En otro estudio, Ghoneim y colaboradores²⁹ observaron mejoras significativas tras la capacitación²⁹.

El protocolo SPIKES^{8,42}, con sus seis pasos estructurados, enfatiza la necesidad de involucrar a la familia, crear un ambiente adecuado, practicar la empatía y desarrollar un plan de cuidados de forma clara^{1,14,23}. Se debe proporcionar un ambiente apropiado para la comunicación sensible, lo que incluye, entre otras cosas, elegir el lugar adecuado para la conversación⁴⁵. SPIKES ha sido un protocolo eficaz en la formación de residentes en la CMN⁴². Otros protocolos, como EMPATHY, resaltan la importancia de un lenguaje accesible y del derecho del paciente a la verdad y a la aclaración para la toma de decisiones¹.

Aspectos éticos, legales, culturales y religiosos. Y la esperanza...

Según la legislación brasileña, determinar el pronóstico relacionado con un diagnóstico nosológico es una actividad exclusiva de los médicos³⁷, es decir, solo un médico tiene el respaldo técnico y legal para hacer predicciones sobre la evolución del estado de salud de un paciente, con base en un diagnóstico obtenido mediante evaluación clínica y pruebas complementarias. La resolución del Consejo Federal de Medicina

(CFM)³⁵ refuerza que es responsabilidad exclusiva del médico revisar las estrategias terapéuticas y definir conductas según el diagnóstico realizado. El Código de Ética Médica³⁶, a su vez, determina que los médicos tienen prohibido omitir el diagnóstico y el pronóstico, salvo en situaciones en las que la comunicación directa pudiera causar daño al paciente. En estos casos, la ley establece que dicha información debe ser transmitida al representante legal del individuo.

El médico tiene la responsabilidad de proporcionar información objetiva y de compartir la gravedad de la situación de forma clara y realista, explicando los riesgos y permitiendo a la familia seguir la evolución del paciente. Dar malas noticias tiene implicaciones éticas y médico-legales, lo que significa que retener información vital sobre el diagnóstico y el pronóstico de un paciente debido a la suposición de que no será capaz de “enfrentar” esta información puede no ser siempre justificable, dada la autonomía y el “derecho a saber” del paciente^{36,41}. La participación de los familiares en la comprensión de la situación clínica fortalece la alianza con el equipo de salud⁴⁴ y promueve una mejor comprensión y cooperación¹⁶.

En algunas situaciones, los familiares solicitan que no se comuniquen malas noticias al paciente, ya sea por miedo a perder la esperanza o por razones culturales³⁹. Sin embargo, los pacientes conscientes tienen derecho a conocer su condición, por respeto a su autonomía³². Es deber ético del médico comunicar información al paciente, tanto buena como mala. El respeto a la verdad y a la transparencia son principios fundamentales en la práctica médica^{13,32}. Cuando el paciente es capaz de expresar su voluntad, su decisión debe prevalecer¹⁶.

La falta de comprensión por parte de los familiares a menudo representa un desafío para el profesional que comunica la mala noticia. Las personas a menudo no aceptan un diagnóstico negativo debido a la confianza en los tratamientos curativos y a las interpretaciones basadas en creencias etno-religiosas³². La espiritualidad y la religiosidad influyen profundamente en el tratamiento, una vez que brindan esperanza y dan forma a las expectativas de los familiares, que pueden creer en la intervención divina hasta el último momento^{13,16}. La fe y la religión a menudo interfieren en las decisiones médicas, y hay familias que creen que el médico

es simplemente un instrumento de Dios y que los esfuerzos deben mantenerse hasta que ocurra un milagro. Esta visión puede generar conflicto entre las expectativas de la familia y las limitaciones que impone la condición clínica del paciente¹⁶, aunque las creencias también pueden ayudar en ocasiones a aceptar la situación¹³.

La “esperanza” surge como un imperativo ético en la práctica médica, y su reconocimiento es fundamental para la comunicación y el cuidado. Mantener la esperanza es crucial para afrontar las dificultades, ya que proporciona una perspectiva optimista que favorece el proceso de aceptación, incluso en cuadros clínicos graves. Los médicos deben gestionar el dilema ético de equilibrar la honestidad sobre la condición clínica y preservar la esperanza de la familia¹³.

Es especialmente desafiante para el médico abordar la esperanza cuando él mismo ya ha perdido las expectativas optimistas, lo que afecta la comunicación con la familia^{13,16}. A él le corresponde comunicar el pronóstico de forma realista pero esperanzadora. En el estudio de Alves, Sarinho y Belian²³, la mayor dificultad identificada por los médicos residentes participantes fue comunicar el pronóstico de forma realista sin perder la esperanza. Sin embargo, la capacitación permite desarrollar dicha habilidad, hecho que resalta la importancia del apoyo emocional en la práctica clínica^{14,23}.

Limitaciones y fortalezas del estudio

Esta revisión sistemática presenta algunas limitaciones. Inicialmente, no es posible saber si las percepciones predominantemente negativas de los profesionales respecto a la experiencia de dar malas noticias podrían indicar un enfoque, durante la recopilación de datos, en las dificultades de la tarea o un sesgo subjetivo debido a preconcepciones. El pequeño tamaño de las muestras en una proporción considerable de los estudios revisados puede haber limitado el espectro de experiencias reflejadas en los datos y las percepciones obtenidas de la síntesis. La mayoría de los estudios no incluye el nivel de especialización de los profesionales de salud en cuidados paliativos y en cuidados intensivos, lo que dificulta el análisis del valor añadido de la especialización. Otra limitación del estudio es que no analizó cómo el contexto legal y

jurídico de cada país influye en las funciones de los profesionales de la salud. Los aspectos normativos determinan, en distintos grados, las responsabilidades y la participación del equipo multidisciplinario en la comunicación con los familiares y pueden introducir sesgos en la comprensión de estas dinámicas en diferentes sistemas de salud. En cuanto a la formación para la CMN, aún no existe suficiente comprensión del “efecto techo” durante la formación, según el cual los profesionales con formación previa pueden reaccionar de manera diferente. No se realizó ningún análisis de los resultados o de la satisfacción del paciente, ni de la salud mental y física de los pacientes y sus familiares. Como fortaleza de esta revisión se menciona la estrategia de búsqueda integral en bases de indexación confiables para seleccionar artículos relevantes a los objetivos de la investigación, que presentan abordajes e impresiones de profesionales originarios de diversos países y, por lo tanto, con una gran diversidad etnocultural.

Consideraciones finales

El papel de los profesionales de la salud en la CMN en la UCI es ofrecer información clara y honesta, con empatía y respeto al núcleo familiar y a sus sentimientos. Deben adaptar su lenguaje al nivel de comprensión de los familiares, evitando la jerga y minimizando el impacto emocional. La comunicación debe ser continua y debe abordar tanto los aspectos técnicos como emocionales del cuidado y, a la vez, respetar las particularidades culturales y las reacciones individuales. Es esencial que los profesionales evalúen previamente el

conocimiento, las expectativas y el estado emocional de los familiares.

Se observó un nivel exacerbado de angustia entre los profesionales, resultado de una formación académica y educación continua insuficientes. Implementar formación específica para los profesionales de la UCI es relevante para mejorar la calidad de la asistencia y mitigar repercusiones adversas, especialmente en lo que respecta al bienestar emocional de los involucrados. Desarrollar habilidades como la empatía es esencial y debe mejorarse continuamente mediante formación específica en comunicación, empleando herramientas para conducir conversaciones de forma más efectiva y humanizada, tales como el protocolo SPIKES.

La preparación de los profesionales debe incluir tiempo para organizar los aspectos técnicos y gestionar el propio estado emocional, con el fin de asegurar un abordaje equilibrado. Los profesionales de la salud deben implementar estrategias que prioricen la humanización y la colaboración interprofesional durante la CMN. Se recomienda una selección cuidadosa del familiar involucrado en la comunicación, priorizando a aquellos con mayor capacidad para comprender la información clínica y tomar decisiones que representen al paciente. Las reuniones deben llevarse a cabo en lugares privados y adecuados, con el fin de brindar confort, apoyo emocional y una atmósfera propicia para el diálogo.

La CMN debe guiarse por los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, para garantizar al paciente y a su familia una información clara, veraz y proporcional a su comprensión, respetar los valores personales y culturales y preservar la dignidad en todas las etapas del cuidado.

Referencias


1. Marçola L, Zoboli I, Polastrini RTV, Barbosa SMM. Comunicação de más notícias em uma unidade de terapia intensiva neonatal: a avaliação feita pelos pais. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2020 [acceso 14 mar 2025];38:1-6. DOI: 10.1590/1984-0462/2020/38/2019092
2. Cardoso AF, Rosendo I, Santiago L, Neto J, Cardoso D. Protocols for breaking bad news in health care: a scoping review protocol. *JB1 Evidence Synthesis* [Internet]. 2024 [acceso 16 mar 2025];22(11):2411-8. DOI: 10.11124/JBIES-23-00404
3. Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acceso 15 mar 2025];69(6):1037-44. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0221

4. Jalali R, Jalali A, Jalilian M. Breaking bad news in medical services: a comprehensive systematic review. *Heliyon* [Internet]. 2023 [acesso 16 mar 2025];9(4):e14734. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e14734
5. Guttmann KF, Raviv GN, Fortney CA, Ramirez M, Smith CB. Parent perspectives on communication quality in the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2024 [acesso 15 mar 2025];24(4):382-88. DOI: 10.1097/ANC.0000000000001178
6. Maatman SMO, Bohlin K, Lilliesköld S, Garberg HT, Uitewaal-Poslawky I, Kars MC, van den Hoogen A. Factors influencing implementation of family-centered care in a neonatal intensive care unit. *Front Pediatr* [Internet]. 2020 [acesso 14 mar 2025];8:222. DOI: 10.3389/FPED.2020.00222
7. Francis L, Robertson N. Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: a critical interpretative meta synthesis. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2023 [acesso 16 mar 2025];107. DOI: 10.1016/j.pec.2022.107574
8. Baile WF. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* [Internet]. 2000 [acesso 24 ago 2025];5(4):302-11. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
9. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res* [Internet]. 2012 [acesso 16 mar 2025];22(10):1435-43. DOI: 10.1177/1049732312452938
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [acesso 16 mar 2025];372(71). DOI: 10.1136/BMJ.N71.1
11. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016 [acesso 14 mar 2025];5(1):2-10. DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4
12. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap): a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform* [Internet]. 2009 [acesso 16 mar 2025];42(2):377-81. DOI: 10.1016/j.jbi.2008.08.010
13. Soeiro ACV, Vasconcelos VCS, Silva JAC. Desafios na comunicação de más notícias em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2022 [acesso 16 mar 2025];30(1):45-53. DOI: 10.1590/198380422022301505PT
14. Campos CACA, Silva LB, Bernardes JS, Soares ALC, Ferreira SMS. Desafios da comunicação em unidade de terapia intensiva neonatal para profissionais e usuários. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [acesso 16 mar 2025];41(2):165-74. DOI: 10.1590/0103-11042017S214
15. Seifart C, Falch M, Wege M, Maier RF, Carrasco AJP. NEO-SPEAK: a conceptual framework that underpins breaking bad news in neonatology. *Front Pediatr* [Internet]. 2022 [acesso 14 mar 2025];10. DOI: 10.3389/FPED.2022.1044210
16. Monteiro MC, Magalhães AS, Féres-Carneiro T, Machado RN. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. *Psicol argum* [Internet] 2015 [acesso 15 mar 2025];33(81):314-29. DOI: 10.7213/psicol.argum.33.081.AO07
17. Seoane L, Bourgeois DA, Blais CM, Rome RB, Luminais HH, Taylor DE. Teaching palliative care in the intensive care unit: how to break the news. *Ochsner Journal* [Internet]. 2012 [acesso 16 mar 2025];12(4):312-7. Disponível: <https://bit.ly/4qOaimF>
18. Vale IS, Mota VBR, Leitão IES, Barros BFM, Pasklan ANP, Lima SF. Comunicação de notícias difíceis: investigação dos conhecimentos de profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Bioét* [Internet]. 2023 [acesso 16 mar 2025];23(2):59-70. DOI: 10.18359/rlbi.6379
19. Alves CAC, Sarinho SW, Belian RB. Comunicação de más notícias em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2023 [acesso 14 mar 2025];31(2):1-8. DOI: 10.1590/1983-803420233448PT
20. Haas KDC, Brust-Renck PG. A comunicação de más notícias em unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo com médicos experientes e novatos. *Psicologia USP* [Internet]. 2022 [acesso 16 mar 2025];33. DOI: 10.1590/0103-6564e220006
21. Camilo BHN, Serafim TC, Salim NR, Andreato AMO, Roveri JR, Misko MD. Comunicação de más notícias no contexto dos cuidados paliativos neonatal: experiência de enfermeiros intensivistas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 15 mar 2025];43. DOI: 10.1590/1983-1447.2022.20210040

22. Koch CL, Rosa AB, Bedin SC. Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 14 mar 2025];25(3):577-84. DOI: 10.1590/1983-80422017253214
23. Alves CAC, Sarinho SW, Belian RB. Vídeo educativo participativo para humanização da assistência em saúde. *Saúde Pesq* [Internet]. 2023 [acesso 14 mar 2025];16(2). DOI: 10.17765/2176-9206.2023v16n2.e11320
24. Souto DC, Schulze MD. Profissionais de saúde e comunicação de más notícias: experiências de uma unidade neonatal. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2019 [acesso 14 mar 2025];11(3):173-84. DOI: 10.20435/pssa.v0i0.690
25. Cabeça LPF, Sousa FGM. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Pesqui* [Internet]. 2017 [acesso 16 mar 2025];9(1):37-50. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.37-50
26. Monteiro DT, Reis CGC, Quintana AM, Mendes JMR. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2015 [acesso 16 mar 2025];15(2):547-67. Disponível: <https://bit.ly/4bqFfc6>
27. October TW, Watson AC, Hinds PS. Characteristics of family conferences at the bedside versus the conference room in pediatric critical care. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2013 [acesso 14 mar 2025];14(3):135-42. DOI: 10.1097/PCC.0b013e318272048d
28. Berlacher K, Arnold RM, Reitschuler-Cross E, Teuteberg J, Teuteberg W. The impact of communication skills training on cardiology fellows' and attending physicians' perceived comfort with difficult conversations. *J Palliat Med* [Internet]. 2017 [acesso 15 mar 2025];20(7):767-9. DOI: 10.1089/jpm.2016.0509
29. Ghoneim N, Dariya V, Guffey D, Minard CG, Frugé E, Harris LL *et al.* Teaching NICU Fellows How to Relay Difficult News Using a Simulation-Based Curriculum: Does Comfort Lead to Competence? *Teach Learn Med* [Internet]. 2019 [acesso 14 mar 2025];31(2):207-21. DOI: 10.1080/10401334.2018.1490649
30. Macdonell K, Omrin D, Pytlik K, Pezzullo S, Bracht M, Diambomba Y. An effective communication initiative: using parents' experiences to improve the delivery of difficult news in the NICU. *J Neonatal Nurs* [Internet]. 2015 [acesso 14 mar 2025];21(4):142-9. DOI: 10.1016/j.jnn.2015.01.002
31. Monteiro D, Quintana A. A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. *Psic: Teor e Pesq* [Internet]. 2016 [acesso 16 mar 2025];32(4):1-9. DOI: 10.1590/0102.3772e324221
32. Van Keer RL, Deschepper R, Huyghens L, Bilsen J. Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: an ethnographic study. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019 [acesso 15 mar 2025];102(12):2199-207. DOI: 10.1016/j.pec.2019.06.017
33. Xyrichis A, Rose L. Interprofessional collaboration in the intensive care unit: power sharing is key (but are we up to it?). *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2024 [acesso 15 mar 2025];80. DOI: 10.1016/j.iccn.2023.103536
34. Pazinato MM. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM1/2016. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 24 ago 2024];27(2):234-43. DOI: 10.1590/1983-80422019272305
35. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.416, de 19 de setembro de 2024. Dispõe sobre os atos próprios dos médicos, sua autonomia, limites, responsabilidade e juridicidade. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 587324003, 19 set 2024 [acesso 23 ago 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4pCLb5j>
36. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 179, 1º nov 2018 [acesso 23 ago 2025]. Disponível: <https://bit.ly/2RyvAE8>
37. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 1, 11 jul 2013 [acesso 23 ago 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3NBBSJ>
38. Glajchen M, Goehring A, Johns H, Portenoy RK. Family meetings in palliative care: benefits and barriers. *Curr Treat Options Oncol* [Internet]. 2022 [acesso 16 mar 2025];23(5):658-67. DOI: 10.1007/s11864-022-00957-1
39. Holmes SN, Illing J. Breaking bad news: tackling cultural dilemmas. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2021 [acesso 27 ago 2025];11:128-32. DOI: 10.1136/bmjspcare-2020-002700
40. Lorenzetti RC, Jacques CHM, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician* [Internet]. 2013 [acesso 27 ago 2025];87(6):419-25. Disponível: <https://bit.ly/3L8bB0N>
41. Kumar V, Sarkhel S. Clinical practice guidelines on breaking bad news. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2023 [acesso 27 ago 2025];65(2):238-44. DOI: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_498_22

42. Mahendiran M, Yeung H, Rossi S, Khosravani H, Perri GA. Evaluating the effectiveness of the SPIKES model to break bad news – a systematic review. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2023 [acceso 15 mar 2025];40(11):1231-60. DOI: 10.1177/10499091221146296
43. Engel M, Kars MC, Teunissen S, van der Heide A. Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: a systematic review. *Palliat Support Care* [acceso 16 mar 2025]. 2023 [Internet];21(5):890-913. DOI: 10.1017/S1478951523001165
44. Patient-centred communication [Internet]. Ottawa: Canadian Medical Protective Association; 2021 [acceso 23 ago 2025]. Disponible: <https://bit.ly/3NDE1Ag>
45. Oliveira S, Lisboa W. Comunicação de notícias difíceis no contexto brasileiro: revisão de escopo. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2025 [acceso 27 ago 2025];33:1-13. DOI: 10.1590/1983-803420253785PT
46. Pinheiro RGX, Carneiro LFP, Melo AGAC, Oliveira FO, Moratto MA, Barra WF. Comunicação de más notícias: uma necessidade negligenciada? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2025 [acceso 27 ago 2025];33:1-8. DOI: 10.1590/1983-803420253811PT
47. Camargo NC, Lima MG, Brietzke E, Mucci S, Góis AFT. Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acceso 15 mar 2025];27(2):326-40. DOI: 10.1590/1983-80422019272317

Arnaldo Santos Leite – Doctor – asleite.medicina.ufmg@gmail.com

 0000-0003-4856-4166

Luiza Mitre Batista – Estudiante de grado – luizamitreat@gmail.com

 0009-0000-1487-9835

Mayra Mota Soares – Estudiante de grado – soaresmayramota@gmail.com

 0009-0006-0405-5959

Correspondencia

Arnaldo Santos Leite – Av. Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia. CEP 30130-100. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Contribución de los autores (CRediT)

Arnaldo Santos Leite: conceptualización; supervisión; validación; redacción – introducción, resultados y discusión; gestión del proyecto; revisión y edición. Luiza Mitre Batista: conceptualización; curación de datos; redacción – borrador original; revisión y edición. Mayra Mota Soares: curación de datos; redacción – metodología; revisión y edición.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 17.3.2025

Revisado: 19.8.2025

Aprobado: 11.9.2025