

# ÉTICA EN LA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DURANTE O DESPUÉS DE LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN ULTRASONOGRÁFICO. (RESUMEN DE TRABAJO DE FIN DE MÁSTER)

Dr. Gerardo Amado de León Fernández.

Especialista de I grado en Imagenología. Máster en Bioética.

*“Existen dos compases: la común y la médica. Esta última consiste en saber qué se debe hacer y hacer lo necesario de la mejor manera posible. Pero si no sentimos a la vez la compasión humana corriente, si nos acostumbramos tanto al dolor ajeno, que ya no reaccionamos ante él, no somos médicos, sino unos artesanos”*

Yusefk Natruk

## RESUMEN

En la medicina casi todas las especialidades, y en particular las clínicas y quirúrgicas, se apoyan en la Imagenología como medio diagnóstico para confirmar la sospecha de una determinada enfermedad según el cuadro clínico. No existen referencias en la literatura consultada sobre las peculiaridades de la relación médico-paciente en la comunicación de noticias durante o después de la realización del examen sonográfico, lo cual puede generar conflictos éticos. Es por ello que el autor se trazó como objetivo valorar las opiniones de los profesionales y pacientes o familiares acerca de la comunicación de resultados durante o después de la realización del examen ultrasonográfico. Se realizó un estudio transversal descriptivo observacional, fueron encuestados 90 profesionales de la salud y 98 personas, de las cuales 69 fueron pacientes a quienes se les realizó examen sonográfico y 29 familiares que acudieron en calidad de acompañantes. Los resultados se sitúan en profesionales que le temen le sea informada la noticia al paciente de forma directa y que apuntan a favor de que no se ha reconocido la autonomía ni la solicitud de consentimiento como parte de una práctica médica paternalista en contraposición con un alto porcentaje de pacientes que desearía que se lo comunicaran de inmediato y directamente, por lo que se valoró en las opiniones de los profesionales y pacientes o familiares acerca de la comunicación de resultados durante o después de la realización del examen ultrasonográfico y que apuntan a favor del derecho a la información para una adecuada toma de decisiones.

## INTRODUCCIÓN:

El desarrollo tecnológico y los cambios en la organización de la práctica médica han conllevado el aumento del número de profesionales en contacto con el paciente, por lo que la coordinación y definición de roles dentro del equipo de salud es un desafío ineludible<sup>1</sup>.

Como parte del desarrollo tecnológico surgen especialistas en materias que apoyan las especialidades clínicas

y quirúrgicas, que también tienen un protagonismo en la atención médica, dado que confirman o realizan muchos diagnósticos que han sido o no sospechados por el médico de asistencia.

El ultrasonido es uno de los medios diagnósticos más utilizados en la medicina por ser un método no invasivo y poco costoso, que requiere solamente de personal entrenado y un equipo para realizarlo. Este proceder es implementado por especialistas o técnicos en Imagenología y licenciados en Tecnología de la Salud, todos entrenados para este fin.

Habitualmente el paciente acude a este servicio referido por otro médico que hace la solicitud y el estudio es realizado por un médico especialista, un licenciado o técnico de la salud, que tiene la responsabilidad de practicar el proceder. En ocasiones, cuando lo realiza un médico especialista, necesita dialogar con el paciente o su familia en busca de otros antecedentes, enfermedades o condiciones familiares; entonces se establece una relación médico-paciente con características especiales, por ser este interrogatorio muy corto y concebirse en un ambiente de penumbra, sin conocimiento previo del paciente, la familia o la enfermedad.

Durante la realización del examen, en ocasiones se imparte docencia, se realizan comentarios o interconsultas con otros colegas acerca de lo que se observa o tal vez se demore el examen para precisar detalles, lo cual aumenta la ansiedad del paciente o de su familiar y al terminar generalmente desean conocer el resultado del estudio.

En la sala de examen de ultrasonido se generan dilemas éticos en cuanto a la posición del médico y del paciente en la comunicación de noticias durante o después del examen, y esto puede marcar el pronóstico y enfrentamiento de una enfermedad, condición y/o gestación.

El médico de asistencia debe conocer las relaciones familiares y las condiciones personales del paciente para el enfrentamiento a buenas o malas noticias, y supuestamente es el responsable de la comunicación en la relación médico-paciente, pero cuando delega

en otro profesional la realización de estudios o procederes diagnósticos o terapéuticos, también está delegando la responsabilidad de la comunicación y solicitud de consentimiento.

El ultrasonido es una intervención no invasiva, a la cual se accede sin que el acto médico limite la libertad de la persona, por lo que lleva implícito la autorización del paciente para realizarlo, pero resulta cuestionable si comunicar noticias luego de la realización del examen es una necesidad del paciente o del profesional<sup>2</sup>.

No existe una normativa ética en la comunicación de noticias de resultados de investigaciones realizadas a los pacientes y puede generarse un conflicto ético entre los implicados en este acto médico: el médico que indica el examen, el que lo realiza, el paciente y los familiares.

Al paciente le asiste el derecho de conocer el resultado de la investigación por ser sujeto y no objeto de la atención médica, pero en ocasiones los familiares solicitan conocer la información, como también que no se le comunique una mala noticia al enfermo, o tal vez que lo haga su médico de asistencia.

No existen referencias en la literatura consultada sobre las peculiaridades de la relación médico-paciente tan especial que se establece durante la realización de este examen no invasivo, que puede ser generadora de conflictos éticos.

Para conocer cómo piensan las partes implicadas en esta peculiar relación médico-paciente y la postura ética a asumir ante la comunicación de noticias por parte de los profesionales, se decidió realizar este estudio que pretende describir lo que piensan los médicos, licenciados o técnicos que indican o realizan el estudio ultrasonográfico acerca de la comunicación de noticias en la sala de examen, así como evaluar la posición del paciente y los familiares ante la comunicación de noticias durante o después de la realización de este examen.

Para lo cual el autor se planteó, desde una perspectiva Bioética, el siguiente problema científico: ¿Cómo se proyectan los médicos que indican el



examen sonográfico y los que lo realizan, en cuanto a la comunicación de noticias durante o después de la realización del estudio en la sala de ultrasonido, si el paciente lo solicitara, y cómo espera ser tratado el paciente cuando el profesional que lo realiza le comunique los resultados positivos o negativos?

La forma de proyectar la información del médico y la forma de recepción de la información por parte del paciente, son importantes para establecer directivas éticas o mínimos morales permisibles en este acto de comunicación, imprescindible para el pronóstico de una enfermedad, condición o estado de gestación.

## OBJETIVOS:

### *General:*

Evaluar las opiniones de los profesionales y pacientes o familiares acerca de la comunicación de resultados durante o después de la realización del examen ultrasonográfico.

### *Específicos:*

1. Recopilar los fundamentos teóricos acerca de la comunicación de noticias como parte del acto médico.
2. Caracterizar la muestra de pacientes, familiares y profesionales según género, edad, nivel profesional y especialidad.
3. Describir la opinión y posición del paciente al que se le realiza el ultrasonido, así como la apreciación de los familiares y acompañantes, acerca de la comunicación de resultados durante o después de la realización del examen ultrasonográfico.
4. Describir las opiniones de los profesionales que indican o realizan el examen ultrasonográfico, acerca de la comunicación de resultados al paciente en la sala de examen.
5. Aportar consideraciones acerca de la comunicación de noticias durante o después de la realización del examen ultrasonográfico, según los resultados del estudio y la revisión de la bibliografía.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal descriptivo observacional, aplicado a profesionales de la salud, a pacientes a quienes se les realiza el examen sonográfico y a sus familiares.

Se aplicó una encuesta a 90 profesionales de la salud que indican o realizan el ultrasonido o interactúan en el proceso de comunicación de sus resultados, 78 que ejercen en el Hospital Provincial “José Ramón López Tabranes” de la ciudad de Matanzas, incluidos 20 internos que ejercen como médicos y otros 12 médicos de familia del Policlínico Universitario “José Machado” de Unión de Reyes, Matanzas.

Se encuestaron 98 pacientes y familiares que acudieron al Departamento de Imagenología, a la sala de ultrasonido diagnóstico del Hospital Provincial “José Ramón López Tabranes” de la ciudad de Matanzas, donde se trabaja con población adulta y no se realiza ultrasonido a niños ni seguimiento prenatal de la gestante; no se incluyó ningún caso con diagnóstico de embarazo, que serían otros contextos en los que aplicar este estudio, por las implicaciones éticas y legales del manejo.

El estudio fue realizado en el período comprendido entre el 1ero. de enero y el 30 de junio del 2010.

Criterios de inclusión: Médicos de asistencia, aclarando la especialidad, que indican el ultrasonido como medio diagnóstico, que deseen participar, previo consentimiento verbal. Profesionales de la salud que realizan el ultrasonido: Radiólogos, técnicos y licenciados en Tecnología de la salud que deseen participar, previo consentimiento verbal. Otros profesionales de la salud, como licenciadas en Enfermería que interactúan en el proceso de comunicación de los resultados del estudio sonográfico. Pacientes mayores de 18 años, competentes para la toma de decisiones, con solicitud de ultrasonido como medio diagnóstico, que deseen participar, previo consentimiento verbal. Familiares de primer grado de pacientes mayores de 18 años, competentes para la toma de decisiones, que acompañen a su familiar para la realización del examen sonográfico; se

incluyen: madre, padre, esposo o hijos mayores de 18 años que deseen participar, previo consentimiento verbal.

Criterios de exclusión: Personas que no consintieron en participar. Personas menores de 18 años. Personas no competentes para la toma de decisiones, como discapacitados mentales que requieran de un tutor o representante legal. Personal de la salud que no participe en el proceso de comunicación de los resultados del estudio sonográfico como medio diagnóstico. Acompañantes que no sean familiares o familiares de segundo grado como tíos o sobrinos.

Las encuestas aplicadas fueron diseñadas por el autor del estudio y sometidas a las opiniones de expertos. Se aplicó un modelo de encuesta (auto administrado) que tiene preguntas abiertas y cerradas, dirigidas a conocer quién debe dar la noticia del resultado del estudio en caso de que fuera negativo o positivo, cómo les gustaría recibirla y qué apreciaron como éticamente correcto.

Sobre la base de estos instrumentos y los objetivos de la investigación, se exploraron las siguientes variables:

- Quién comunica el resultado: Persona implicada en la relación médico-paciente responsable del proceso de comunicación del resultado del ultrasonido. Se evalúa en la pregunta 5 de la encuesta a pacientes y en la pregunta 6 de la encuesta a profesionales con una pregunta cerrada con respuesta única.
- Forma de comunicación del resultado positivo: Manera en la que se comunica el resultado positivo al paciente o a sus familiares en la sala de examen, si quisieran que fuera directamente, que no se lo dijeran o no dijeran toda la verdad. Explora además la privacidad y confidencialidad en el aporte de información a los familiares. Se evalúa solo en la pregunta 6 de la encuesta a pacientes y no en la de los profesionales.
- Comunicar de inmediato el resultado negativo: Cuando el resultado del estudio fuera negativo, comunicarlo de inmediato al paciente en la sala de examen. Se evalúa con respues-

tas cerradas sí o no en la pregunta 7, solo en la encuesta al paciente y no en la de los profesionales.

- Comunicar el resultado del ultrasonido en el momento que se realiza: Acto de comunicar el resultado del ultrasonido, luego de la realización del examen, si fuera positivo, negativo o dudoso; si fuera solicitado por el paciente, el acompañante, o no comentar nada. Explora lo que piensa el paciente, el acompañante o el profesional con respuestas cerradas, pero pueden marcar más de una opción y está incluido en ambas encuestas.

Los datos fueron recogidos de forma manual en la planilla de recolección de datos; se creó una base de datos en Excel para el análisis estadístico de estos, así como para facilitar el manejo de la información. Los resultados se evaluaron en frecuencias relativas y se compararon con los de otros estudios.

#### Consideraciones éticas

Por ser este un estudio en el cual no se revela información confidencial de las personas que accedieron voluntariamente a contestar las preguntas formuladas y por ser anónima la encuesta, es que no se elaboró modelo de consentimiento informado para los participantes en la investigación.

Se solicitó el consentimiento de forma verbal, explicando cuál era el propósito de la entrevista, el anonimato de los datos recogidos, que podían omitir las respuestas a las preguntas que consideraran inapropiadas, los beneficios esperados de su aplicación y la ausencia de beneficios materiales o de privilegios para la atención médica por participar en la investigación.

El primer párrafo de la encuesta agradece la voluntariedad de la participación y da la opción de retirarse aunque haya comenzado a responderla, sin daños o perjuicios para el encuestado.

A la base de datos de Excel solo tuvo acceso el personal relacionado directamente con la recolección de información y el procesamiento estadístico de los datos obtenidos, cumpliendo así con los requisitos éticos necesarios.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Resulta difícil extrapolar a cifras los resultados de esta encuesta que aporta elementos para personalizar, individualizar y humanizar la relación médico-paciente; no obstante, como parte de esta investigación es necesario aproximarnos a una idea global en cifras que no resulten ser indicadores vacíos de significación estadística.

Sobre esta temática hay poca bibliografía, específicamente de comunicación de resultados durante procedimientos no invasivos, pero se utilizaron principalmente dos estudios como referencia para comparar los resultados, uno de ellos publicado por Fajardo, basado en una encuesta realizada por un equipo del Centro de Humanización de la Salud de Navarra en el 2006, donde se entrevistaron 300 personas para conocer acerca de la comunicación de la verdad en la relación médico-paciente<sup>3</sup>. Las cifras no son homólogas con las de este estudio, pero se usaron como referencia por coincidir con algunos de los tópicos que se exploran en el grupo de pacientes y acompañantes.

Los resultados del grupo de profesionales fueron comparados básicamente con el estudio de Bascañán sobre comunicación de malas noticias en medicina, en el cual se encuestaron 33 profesionales, 13 del servicio de medicina interna, 10 de cirugía y 10 de una maternidad<sup>1</sup>.

En el presente estudio se aplicaron en general 188 encuestas: 98 pacientes y acompañantes, referidos como el grupo de los pacientes; y 90 médicos, licenciados y técnicos a los que se denominó como el grupo de los profesionales.

Estos dos grupos que fueron encuestados tienen una composición mixta que se define a continuación, en aras de facilitar la comprensión de las opiniones recibidas.

El mayor número de pacientes encuestados que acudieron para realizarse el estudio sonográfico estaban comprendidos entre los 20 y 59 años de edad (86 para un 87,7%), y dentro de ellos el grupo etario entre los 40 y 49 años con 32 pacientes para un 32,7%.







Según el género fueron encuestadas 66 pacientes y familiares del sexo femenino para un 67,3%, con amplio predominio sobre el sexo masculino que fueron 32 para un 32,7%.

De acuerdo con la condición en que acudieron al ultrasonido, fueron encuestadas 69 personas en calidad de pacientes para un 70,4%, un número comparativamente mayor que el de acompañantes (29 para un 29,6%). De un total de 98 personas, de los pacientes predominó el sexo femenino (42 para el 60,9%) sobre el sexo masculino (27 para el 39,1%), de forma similar que los acompañantes, pues 24 eran del sexo femenino (82,8%) y 5 (17,2%) del sexo masculino.

El cuidado ha sido visto ancestralmente como una actividad desempeñada principalmente por mujeres. Hay estudios que prueban que los hombres son más reacios a discutir sus problemas, reprimen más las reacciones emocionales, no les gusta pedir ayuda y algunos no utilizan los recursos disponibles para el cuidado<sup>4</sup>. Esto puede estar relacionado con el comportamiento de las proporciones de acompañantes del sexo femenino.

Características de la muestra de profesionales encuestados

La muestra de los profesionales de la salud estuvo constituida por 90 encuestados comprendidos entre los 20 y 70 años (ver tabla 1). De ellos, 79 estuvieron entre 20 y 49 años para un 87,8 %. Los más jóvenes fueron 34 entre 20 y 29 años, que se corresponden con el 37,8 % del total de profesionales.

Según el género, 49 profesionales encuestados fueron del sexo femenino para un 54,5% y 41 del sexo masculino para un 45,5%. Este comportamiento puede estar vinculado a lo que ha significado en Cuba la incorporación de la mujer a la actividad laboral y la lucha por la igualdad de oportunidades sin diferencias de género<sup>5</sup>.

De acuerdo con el nivel educacional (tabla 5), el 70% de los encuestados fueron médicos y dentro de ellos 34 del sexo masculino (54%) y 29 del sexo femenino (46%). En el grupo de técnicos de la salud hubo un predominio del sexo femenino (15 para el



75%) con respecto al sexo masculino (5 para el 25%), y entre los 7 licenciados, 5 (71,4%) fueron del sexo femenino y 2 del masculino (28,5%).

Entre los 63 médicos encuestados están comprendidos 20 estudiantes de medicina de sexto año (Internos), que representan un 31,7% (tabla 5). Los especialistas fueron de múltiples especialidades: 19 de Medicina Interna (30,2%), 12 de Cirugía (19,0%), 7 de Medicina General Integral (MGI) (11%) y 5 de Imagenología (8%), lo que le confiere homogeneidad a la muestra al incluir una mayor cantidad de especialistas de otras especialidades y menos imagenólogos. Así, las opiniones recogidas no deben estar permeadas del protagonismo ni de la influencia por parte de la especialidad que está aplicando las encuestas, lo cual pudiera repercutir en los resultados del estudio de la comunicación de noticias, que es el objetivo principal.

### **Opiniones de pacientes y profesionales acerca de quién debe comunicar los resultados**

En ambos grupos, tanto en pacientes como en profesionales se exploró la pregunta acerca de quién considera que debe comunicar el resultado del estudio realizado. En cuanto a la preferencia en la comunicación de los resultados, en el inciso (a) 19 pacientes y 4 profesionales (4,4%) creen que el resultado lo debe comunicar quien lo indicó (19,4%), ambos en porcentajes bajos.

En el inciso (b), donde se explora si creen que el resultado lo debe comunicar el médico que realiza el estudio, respondieron afirmativamente 59 pacientes y acompañantes (para el 60,2%) e incluso los profesionales en un mayor porcentaje (71 para el 78,9%). Solo un paciente de 72 años deseaba que se lo comunicara el familiar. A favor de que comunique el resultado cualquiera que realice el estudio hubo 19 pacientes (19,4%) y 15 de los profesionales (16,4%), estos últimos fueron 10 técnicos en Traumatología y 5 licenciadas en Enfermería. Las respuestas, tanto en pacientes y acompañantes como en profesionales, tienden a que lo comunique el que rea-

liza el ultrasonido. En otros estudios muy pocos pacientes (0-17,5%) de-sean la presencia de otros profesionales de la salud cuando se van a comunicar malas noticias<sup>6</sup>.

Llama la atención que un 16-19% de los profesionales y pacientes, respectivamente, piensen que puede comunicarlo cualquiera de ellos que esté preparado, que es como originalmente se refiere en la encuesta. Esta respuesta puede referirse a que no tengan prejuicios en cuanto a la categoría o relación afectiva con la persona que comunica la noticia, sin tener en cuenta si es una buena o mala noticia<sup>7</sup>.

La pregunta 5 de la encuesta a los profesionales (Anexo 1) indaga si el profesional encuestado indica o realiza el ultrasonido; en esta muestra, 58 profesionales indican el ultrasonido y seis lo realizan, por lo que llama la atención que las respuestas de los profesionales sean a favor de que el resultado debe darlo el que realiza el estudio, a pesar de que en la literatura revisada se plantea que el diagnóstico debe darlo el médico que lo indicó<sup>1,7,8,9</sup>.

Los profesionales deben lograr un proceso comunicativo que acerque al paciente a su realidad ya que cuando la información no proviene del equipo que atiende al enfermo existe el riesgo de que surja en éste la desconfianza, la sensación de engaño y el conflicto<sup>10</sup>.

Se recomienda que todos los profesionales involucrados en el manejo del paciente se preocupen por brindarle la información adecuada, dependiendo de su grado de competencia técnica, y el equipo de salud debe definir, de antemano, quiénes se harán cargo de esta tarea<sup>7,9</sup>.

En nuestro sistema social no existe la medicina privada y la salud pública es un sistema priorizado por el Estado, lo que favorece que no existan abusos o tomas de decisiones arbitrarias en perjuicio del paciente<sup>11</sup>.

Opiniones de pacientes y acompañantes encuestados acerca de la forma de comunicación del resultado positivo al paciente

En la pregunta 6, de la encuesta, fue explorada la forma de comunicación del resultado positivo en forma de pregunta única, solo en los pacientes y

familiares, y varias personas marcaron dos opciones. Las respuestas no eran excluyentes, por lo que hubo un total de 108. Los cálculos se realizaron sobre la base del total de encuestados y no basado en el total de respuestas (tabla 7). En los profesionales se exploró la comunicación del resultado positivo a pacientes en los incisos (a), (h) y (j) de la pregunta 7.

De ser positivo el resultado, el 83,6% de los pacientes y acompañantes encuestados desearía que se lo comunicaran directamente y solo un 10,2% que no se lo dijeran, lo cual habla a favor de la actitud cada vez menos paternalista, con una defensa de la autonomía. Hubo 3 personas que preferían las verdades parciales y dos que no querían que se lo dijeran a su acompañante.

En revisiones recientes se sugiere que las preferencias de los pacientes en la comunicación de malas noticias varían acorde con las variables demográficas y psicológicas, pero no acorde con las variables de enfermedad<sup>12,13</sup>.

Hubo 11 encuestados que deseaban que se lo dijeran al familiar (de ellos 5 sólo al familiar, sin marcar otras opciones, uno de 72 años no quiere que se lo digan a él y sí al familiar y otros 5 prefieren que se lo comuniquen directamente y también al familiar). Esto no contradice la autonomía que indican los restantes porcentajes, sino que estas personas prefieren compartir la información.

El hecho de que los pacientes se hayan pronunciado más a favor de que le digan el resultado directamente, no significa que esperen que se lo digan con un lenguaje directo, eso no fue explorado en esta encuesta. Tampoco implica que se deba o pueda comunicar todo lo que desea o necesita el paciente o sus familiares. El ambiente de la sala de ultrasonido, donde generalmente existe penumbra, limita el intercambio de información extraverbal. También las citas con el personal que realiza el ultrasonido, por lo general, no son reiteradas, como son las del médico de asistencia que ya tiene una relación más madura con el paciente y la comunicación adquiere otras características peculiares. Tal vez en un

ultrasonido no se puedan informar detalles del resultado que puedan comunicarse por el médico de asistencia.

Entre los médicos hay también la creencia de que “cuando el paciente no es mío me siento como un emisor, es más mecánico, no me involucro emocionalmente” y éste puede ser un factor protector para el que da la noticia en la sala de ultrasonido<sup>1</sup>. No obstante, un médico no debe despojarse de su condición humana ante el ser humano en condición de minusvalía o sufrimiento y en ese sentido la relación médico-paciente es asimétrica.

No obstante, hay verdades que son difíciles para el paciente. Si se van a dar malas noticias es necesario aplicar las recomendaciones sobre las formas más apropiadas para darlas, como dar la noticia poco a poco, usar un lenguaje cuidadoso o informar solo lo que se pregunta. Tampoco se debe alimentar la llamada “conspiración del silencio”, que representa nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente y que puede suponer una injusticia. Instruir al personal que comunica noticias puede ser beneficioso<sup>1,14,15</sup>.

En Cuba aún no existe una legislación que obligue al médico a solicitar el consentimiento. El modelo es paternalista, aunque no absoluto, pues la información al enfermo suele ser bastante completa y la relación médico-paciente permite la participación en la mayoría de las decisiones médicas<sup>11</sup>.

### **Opiniones de los pacientes y acompañantes acerca de conocer el resultado negativo al momento del examen**

Un 96,9% de los pacientes y acompañantes desean que el resultado negativo les sea comunicado de inmediato y solo 3,1% no quisieran que se lo comunicaran (tabla 8). La comunicación de resultados negativos resulta gratificante para ambas partes: pacientes, familiares y médicos. Resulta obvio que de no haber daño a la salud o integridad física, es más fácil aceptar estas noticias, pero los resultados negativos pueden tener aristas negativas para el médico de asistencia.

También se puede generar una falsa esperanza tras el mito de disminuir la

ansiedad del paciente, pues quizás el médico de asistencia esperaba confirmar una sospecha o deba comunicar la realización de otro proceder invasivo para el diagnóstico; pero la relación médico-paciente con el médico de asistencia es más madura y tiene más tiempo, espacio apropiado y conocimiento del paciente para comunicar.

### **Apreciaciones de pacientes y profesionales acerca de la comunicación de resultados positivos o negativos al momento del examen**

Las preguntas 7 y 8 de la encuesta a los profesionales y a los pacientes y familiares, respectivamente, son idénticas. En ellas se explora cómo piensan los encuestados acerca de la comunicación de resultados, tanto positivos como negativos, y quiénes deben comunicarlos. Estos tópicos, si bien han sido evaluados más exhaustivamente en la encuesta a los pacientes, en la de los profesionales no se habían evaluado.

En la encuesta de los pacientes, las preguntas 5, 6 y 7 son más personales, acerca de lo que les gustaría que hicieran en su caso, y en forma de afirmaciones pueden decir lo que creen que se deba hacer de forma general y no en su caso particular; es por eso que puede haber contradicciones o porcentajes que se distancien. También al ver demasiados incisos que ya consideran respondidos, pueden marcar ambiguamente como señal de agotamiento.

Se debe añadir que en las preguntas 7 y 8 de los Anexos 1 y 2, respectivamente, los encuestados pueden marcar más de una afirmación, y que estas últimas preguntas de ambas encuestas tienen múltiples incisos.

En el inciso (a), acerca de comunicar la noticia al momento si fuera positivo el resultado, el 59,1% de los pacientes afirman que se debe dar aunque sea positivo. Esta respuesta es apoyada por lo señalado en la pregunta relacionada con la forma de comunicación del resultado positivo (ver tabla 7), donde el 83,6% respondió que este se debe dar directamente.

En otros artículos publicados, los pacientes más jóvenes, las mujeres y las personas con más alto nivel educa-

cional, desean recibir una información lo más detallada posible, así como soporte emocional<sup>12, 16, 17, 18</sup>. La muestra de pacientes de este estudio estuvo constituida por un 87,7% de personas con edades menores de 60 años y en un 67,3% por mujeres (ver tablas 1 y 2).

En una encuesta realizada a 300 pacientes acerca de decir la verdad al paciente, el 90,5% respondió afirmativamente, mientras que el 6,5% lo hizo negativamente. En cambio, al encuestar a las mismas personas sobre si les gustaría que les dijese la verdad en caso de que estuvieran gravemente enfermas, solamente el 60% respondió de forma afirmativa y negativa el 8,5%, mientras que el resto no se pronunció. En este estudio hay una diferencia entre lo que el paciente piensa que debe hacerse con otras personas y lo que desea que hagan con él; esta diferencia es significativa, del 30% por encima a favor de la verdad para otros.<sup>19</sup>

Solo un 33,3% de los profesionales afirmó que el resultado positivo se debe comunicar, lo cual al compararlo con las respuestas de los pacientes puede implicar que hay más temor por parte del profesional a que se comunique un resultado positivo al paciente, que en los propios enfermos. Estos resultados hablan a favor de la actitud paternalista del médico y no así la percepción del paciente, que aboga a favor del reconocimiento de una actitud más autónoma.

El pronunciamiento de los profesionales puede basarse en cánones hipocráticos donde se imponía hacer lo que el médico consideraba el bien para sus pacientes, aunque se actuara en contra de la voluntad de quien recibía el supuesto beneficio. En esta relación, el simple hecho de que el enfermo acuda al médico supone que confía en él y “se entrega en sus manos”, infiriendo que este hará solamente acciones buenas hacia él y la participación del paciente es puramente pasiva<sup>11,20</sup>.

Sin embargo, en las preferencias de los pacientes con cáncer para la comunicación de noticias, se identificaron cuatro elementos a los que les confieren gran importancia: la disposición, la forma de comunicación de malas



noticias, qué y cuánta información se proveerá y el soporte emocional.

Si el resultado fuera dudoso, hubiera que repetirlo o hacer otra prueba, lo cual se explora en el inciso (c), un 21,4% de los pacientes y un 33,3% de los profesionales afirman que debe comunicarse en el momento del examen por parte de quien realiza el proceder. Esto propone el intercambio obligatorio de información con respecto a los resultados del estudio realizado y si no se hiciera de esta forma, no estaríamos respetando el derecho a la información o no información del paciente, dependiendo de su interés por conocer los resultados.

Los incisos (d), (e), (f) y (g) exploran la autonomía y el respeto de esta en la comunicación de los resultados del estudio sonográfico en el momento que se realiza o después de terminado. En el inciso (d) se afirma: “solo debe darse el resultado cuando el paciente lo solicite”. Solamente el 17,3% de los pacientes y familiares están de acuerdo, al igual que el 10% de los profesionales. Estas respuestas apuntan a favor de que no se haya reconocido la autonomía ni la solicitud de consentimiento como parte de la práctica médica, pues hubo muy bajos porcentajes de aprobación, lo que se inclina también hacia el paternalismo. Llama la atención que los pacientes reconocen más que los profesionales, su derecho a solicitar el resultado de la investigación médica.

En la afirmación se utiliza la palabra “solo”, lo que excluye la posibilidad de comunicar siempre. Si se comparan estas cifras con las respuestas sobre la comunicación de resultados positivos (tabla 7), el 83% de los pacientes y familiares quieren que el resultado positivo se lo comuniquen directamente, lo cual resulta congruente con una actitud no paternalista; sin embargo, por los bajos porcentajes de aprobación de esta afirmación, los pacientes no reconocen su derecho a solicitar información acerca de su estado de salud, sino que suponen que el médico debe darla. Por otra parte los médicos, en menores porcentajes, no reconocen que el paciente tiene derecho a solicitar la información.

A la afirmación del inciso (e): “nunca debe darse ni aunque el paciente lo solicite”, solo el 3% en ambos grupos respondió afirmativamente, de lo cual se deduce que el mayor porcentaje prefiere que se le comunique y también orienta que debe haber alguna comunicación, o una solicitud de consentimiento previo.

En el inciso (f) se afirma que se dé información cuando el familiar lo solicite. Este fue considerado sólo por 6 pacientes y acompañantes (6,1%) y 14 profesionales respondieron a favor de esta decisión paternalista (15%).

En el inciso (g), respecto a los comentarios durante la realización del ultrasonido, los pacientes y los médicos difieren en opiniones. Los médicos opinan en un porcentaje más alto (38,8%) que no debe hacerse ningún comentario frente al paciente, lo que contrasta con las opiniones de los pacientes, de los cuales solo un 10% estima que no debe comentarse nada.

A pesar de que en otros países existen modelos de relación médico-paciente en que la responsabilidad de la decisión recae sobre el médico, los galenos no pueden olvidar que tratan con personas, seres humanos a los que debe respetar en toda su dimensión y dignidad, lo que resulta imposible si no se les ve bajo un enfoque ético personalista <sup>11</sup>.

Según Francisco León Correa, lo que permite a la libertad humana profundizar en su propio actuar y, por tanto, aumentar la dignidad de la persona, es la comunicación con otras libertades y no cualquier comunicación, sino la relación libre basada en el amor <sup>21</sup>.

El inciso (h) que plantea “el resultado positivo nunca debe darse”, tuvo respuestas afirmativas casi unánimes en ambos grupos; sólo el 4% de los pacientes y familiares y el 7,7% de los profesionales afirman que nunca debe darse el resultado positivo. Esto apoya todo lo antes expuesto con respecto a la comunicación del resultado positivo, ya que el mayor porcentaje de ambos grupos (más de un 90%) están de acuerdo con que este se comunique.

Hay otras coincidencias con este planteamiento; por ejemplo, en la tabla 7 donde se recoge que el 83,6% de

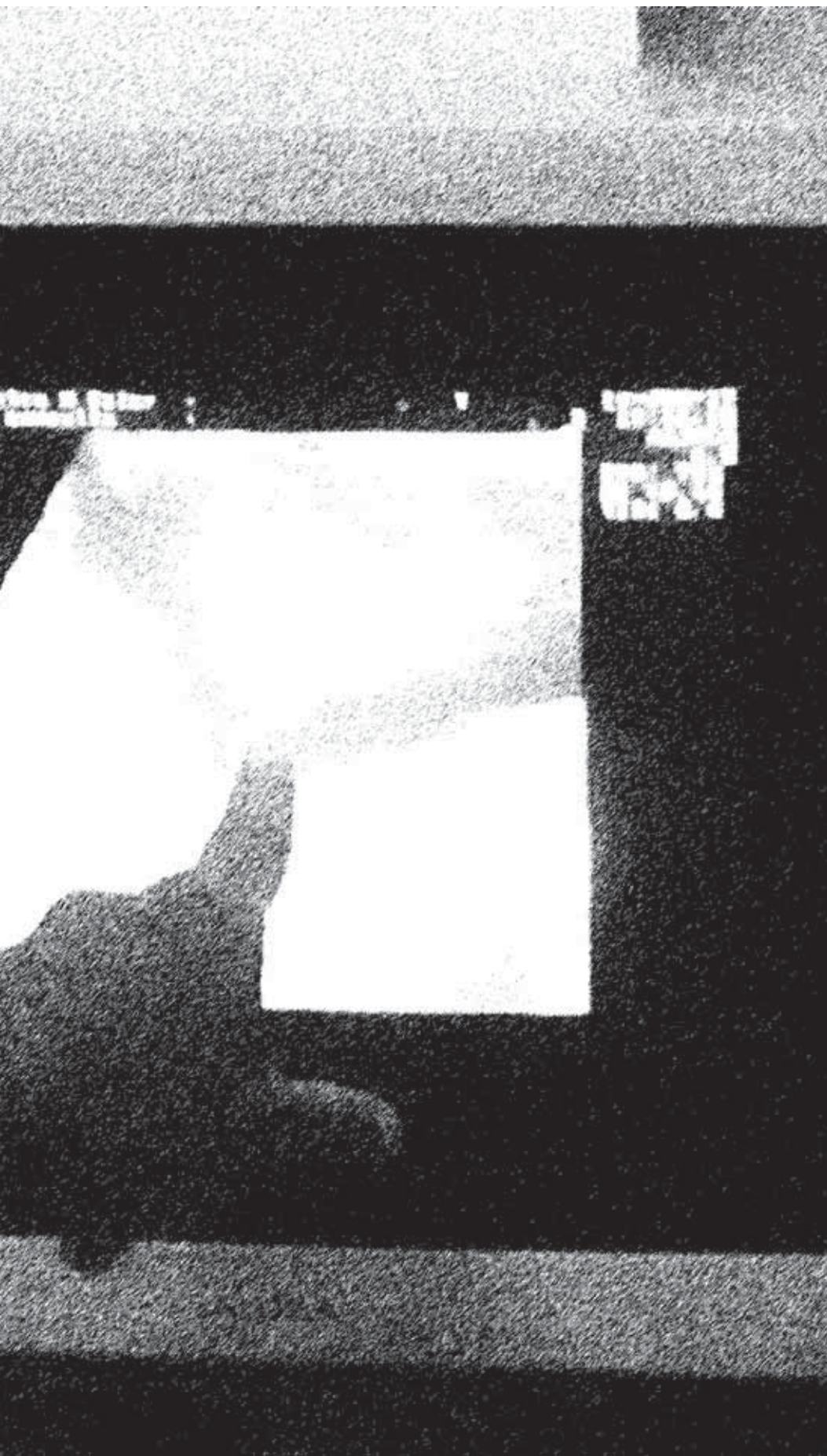


los pacientes y familiares afirman que el resultado positivo debe darse directamente.

El hecho de que los pacientes y familiares estén más de acuerdo en que el resultado positivo siempre debe comunicarse, lo podemos verificar en la práctica diaria donde la mayoría de los pacientes nos preguntan “¿Qué me dio el ultrasonido? Los profesionales se comportan de igual forma, excepto en los incisos (a), (g) y (h), donde se refleja siempre el temor a comunicar los resultados a los pacientes.

Las diferencias culturales son marcadas con relación a las preferencias respecto a recibir malas noticias frente a los familiares y el deseo de recibir información acerca de la expectativa de vida <sup>33, 44, 46, 47</sup>. En las culturas centradas en la familia, como la japonesa, los pacientes prefieren más que sus familiares estén presentes, en compa-





ración con las culturas occidentales o del oeste; mientras que en las culturas asiáticas se discute menos la expectativa de vida. Esto se ha relacionado con la “muerte buena”, en un estudio realizado en Japón por Miyashita y colaboradores <sup>12</sup>.

Los últimos dos incisos (i y j) se refieren a los prejuicios que puedan tener los profesionales que indican el proceder y los pacientes, con relación a la comunicación de noticias por parte del médico u otros profesionales que realizan el estudio. Según los datos obtenidos, hay más prejuicio en este sentido entre los médicos que entre los pacientes y familiares. Estamos de acuerdo en cierto modo, porque no es lo mismo que se realice el ultrasonido teniendo presente el pensamiento médico en la búsqueda o sospecha de una enfermedad, que realizarlo teniendo esa visión, sin menospreciar que lo realice otro profesional no médico donde los resultados están en dependencia de la experiencia que tenga el sonografista.

En el inciso (i), solo 17 pacientes y familiares (17,3%) y 21 profesionales (23,3%) quisieran que se comunicara el resultado del estudio si el que lo realiza es un médico, lo que implica que a una gran cantidad de los encuestados no les interesa el nivel profesional del que da la noticia. Hay que tener presente que son las últimas preguntas de la encuesta, donde influyen muchos factores para dar una respuesta más meditada.

En el inciso (j), donde se plantea que nunca debe dar el resultado un licenciado o un técnico, solo un 2% de los pacientes y 14,4% de profesionales afirman que no debe darlo un licenciado ni un técnico, lo que demuestra que al mayor porcentaje tanto de pacientes como de profesionales no les interesa quién debe dar los resultados del ultrasonido. Esto contrasta con las respuestas que aparecen en la tabla 6, donde tanto los pacientes (59 para un 60,2%) como los profesionales (71 para un 78,9%) quieren que comunique el resultado el médico que realiza el estudio; se debe aclarar que en dicha pregunta no se hace alusión a la categoría del profesional.

Cuba es un ejemplo en el mundo, del desarrollo del ejercicio de la medicina con el carácter ético más puro y desinteresado que podría verse en las condiciones actuales de salud en que se mueve la humanidad<sup>3</sup>.

### Consideraciones finales

Las muestras de pacientes y profesionales estuvieron constituidas mayoritariamente por mujeres jóvenes, con predominio de médicos de diferentes especialidades y pocos imagenólogos, factores que pueden incidir en la interpretación de las opiniones recogidas en el presente estudio.

También influyen otras condiciones del sistema de salud cubano, como la no privatización de los servicios médicos, lo cual propiciaría la sobreinformación o desinformación, en dependencia de intereses personales o grupales. A su vez no existe la comercialización del servicio, en cuyo contexto el paciente puede ser usuario o consumidor y asumir una actitud defensiva ante la omisión o el error médico. El sistema social y la idiosincrasia del cubano propician una participación activa de la familia en la toma de decisiones y en el cuidado del enfermo y del paciente terminal. En el ámbito legal no hay legislaciones vigentes acerca de la autonomía del paciente ni de la solicitud de consentimiento, y el código ético y deontológico médico carece de recomendaciones en la comunicación de noticias y ética del cuidar, no del curar. Hay un espectro de creencias y prácticas religiosas que le confieren al hombre una capacidad de reacción y adaptación personales, que no son comparables con las de las culturas latinoamericanas, anglosajonas ni asiáticas. El ser una isla con características geográficas y políticas diferentes, influye en el pensar y actuar de las personas. El contexto cubano es único en cuanto al sistema social, de salud y legal, las creencias religiosas, e incluso las características regionales, que le pueden conferir una impronta a las respuestas recibidas.

### Conclusiones

Se recopilaron los fundamentos teóricos acerca de la comunicación de noticias como parte del acto médico.

Se caracterizaron la muestra de pacientes, familiares y profesionales según género, edad, nivel profesional y especialidad.

Se describió la opinión y posición del paciente al que se le realiza el ultrasonido, así como la apreciación de los familiares y acompañantes, acerca de la comunicación de resultados durante o después de la realización del examen ultrasonográfico comparando con estudios a nivel internacional

Se describieron las opiniones de los profesionales que indican o realizan el examen ultrasonográfico, acerca de la comunicación de resultados al paciente en la sala de examen y las diferentes implicaciones ético-clínicas

Se propusieron algunas aportaciones a partir de consideraciones acerca de la comunicación de noticias durante o después de la realización del examen ultrasonográfico, según los resultados del estudio y la revisión de la bibliografía. **B**

### Referencias bibliográficas

1. Bascuñán ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra*. 2007; 51(2): 28-31
2. Cuellar-Montoya Z. El consentimiento informado. *Medicina*. 2007; 29: 81-9
3. Bermejo JC. Dar malas noticias. En: Elizari Basterra FG. 10 palabras clave ante el final de la vida. Editorial Verbo divino, Navarra, 2007, pp.199-242
4. Hurtado BA, Alfonso YM. La fiscalía como mecanismo de control estatal del cumplimiento de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Encuentro internacional: mujer, género y derecho. [monografía en Internet]. [citado 20 Ag 2008]. Disponible en: <http://www.fgr.cu/Biblioteca%20Juridica/FAMILIA%20Y%20MENORES/>
5. FAMILIA/FAMILIA%20Y%20GENERO/2.G%E9nero%20y%20Derechos%20Humanos/Esp.%20Yiccy%20Mayilet%20Alfonso.%20Cuba.doc
6. Ngo-Metzger Q, August K J, Srinivasan M, Liao S, Meyskens FL. End-

of-life care: Guidelines for patient-centered communication. *Am Fam Physician*. 2008; 77(2):167-174.

7. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: A systematic literature review. *Jpn. J. Clin. Oncol*. 2009, 39 (4): 201-216.
8. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Méd Chile*. 2005; 133: 693-698
9. Morelli MG. Bioética, derechos humanos, discriminación y representación. *Cuadernos de bioética* 2000; 1: 99-106
10. Quintero EM. Consentimiento informado en el área clínica. ¿Cómo, dónde y cuándo? *Med UNAB*. 2009; 12(2): 96-101
11. Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2006; 29(3): 19-27
12. González P. Breve reflexión sobre consentimiento informado en pediatría. *Bioética*. 2007; 7(2): 4-10
13. Clayton JM, Hancock K, Parker S, Butow PN, Walder S, Carrick S, et al. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. *Psychooncology* 2008; 17:641-59.
14. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: A systematic literature review. *Jpn. J. Clin. Oncol*. 2009, 39 (4): 201-216.
15. Carrera JM. Regla ética de veracidad. [monografía en Internet]. [citado 29 Jun 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/regla-veracidad/regla-veracidad.shtml>
16. Maglio F. Relación médico-paciente. *Rev Hosp. Niños Buenos Aires*. 1999; 41(183): 187-95
17. Cox AV, Jenkins V, Catt S, Langridge C, Fallowfield L. Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* 2006;10:263-72
18. Chiu L, Lee WD, Gao F, Parker PA, Ng GY, Toh CK. Cancer patients' preferences for communication of unfavourable news: an Asian perspective. *Support Care Cancer* 2006;14:818-24



19. Fujimori M, Parker PA, Akechi T, Sakano Y, Baile WF, Uchitomi Y. Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology* 2007;16:617-25.
20. Bermejo JC. Dar malas noticias. En: Elizari Basterra FG. 10 palabras clave

- ante el final de la vida. Editorial Verbo divino, Navarra, 2007, pp.199-242
21. Vega C. Consentimiento informado y compromiso profesional. En: Colectivo de autores. *Ensayos de Bioética III*. Edit. Fundación MAPFRE, Barcelona; 2003: 193-208

22. León Correa FJ. Tema de estudio ¿Qué es la bioética? Dignidad humana, libertad y bioética. *Cuadernos de bioética*. 1992; 12 (4): 5-22
23. Keating DT, Nayeem K, Gilmarin JJ, O'Keeffe ST. Advance directives for truth disclosure. *Chest*. 2005;128:1037-9.

## ANEXO 1

### Encuesta a profesionales de la salud acerca de la comunicación de resultados de examen sonográfico

Gracias por su colaboración en este estudio al aportar sus puntos de vista acerca de la comunicación de resultados y noticias durante o después de la realización del examen sonográfico. Esta encuesta es anónima, su participación es voluntaria y en caso de que haya comenzado a responderla y no quiera continuar, puede retirarse sin que le cause daño o perjuicio.

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Marque su género: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_
3. Marque su nivel profesional:
  - a. Médico: \_\_\_\_\_ b. Licenciado: \_\_\_\_\_ c. Técnico: \_\_\_\_\_
  - d. Otro: \_\_\_\_\_
4. Escriba su especialidad: \_\_\_\_\_
5. En cuanto al ultrasonido diagnóstico, como profesional usted lo:
 

Indica: \_\_\_\_\_ Realiza: \_\_\_\_\_
6. Cree que el resultado del ultrasonido debe comunicarlo:
  - a. El médico de asistencia: \_\_\_\_\_
  - b. El médico que lo realiza: \_\_\_\_\_
  - c. El familiar acompañante: \_\_\_\_\_
  - d. Cualquiera de estos que esté preparado: \_\_\_\_\_
7. Según su consideración (puede marcar más de una opción) Usted cree que el resultado del ultrasonido debe comunicarse en el momento que se realiza:
  - a. Si fuera positivo: \_\_\_\_\_
  - b. Si fuera negativo, para dar alivio al paciente: \_\_\_\_\_
  - c. Si fuera dudoso, hubiera que repetirlo o indicar otra prueba: \_\_\_\_\_
  - d. Debe darse solo cuando el paciente lo solicite: \_\_\_\_\_
  - e. Nunca debe darse ni aunque el paciente lo solicite: \_\_\_\_\_
  - f. Cuando el familiar lo solicite: \_\_\_\_\_
  - g. No debe hacerse ningún comentario frente al paciente: \_\_\_\_\_
  - h. El positivo nunca debe darse: \_\_\_\_\_
  - i. Si fuera un médico quien lo realiza: \_\_\_\_\_
  - j. Nunca debe darlo un licenciado ni un técnico: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### Encuesta a pacientes y familiares acerca de la comunicación de resultados de examen sonográfico

Gracias por su colaboración en este estudio al aportar sus puntos de vista acerca de la comunicación de resultados y noticias durante o después de la realización del examen sonográfico. Esta encuesta es anónima, su participación es voluntaria y en caso de que ya haya comenzado a responderla y no quiera continuar, puede retirarse sin que esto le cause ningún daño o perjuicio ni interferirá en la atención médica que recibirá.

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Marque su género: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_
3. Marque la condición en que asiste al ultrasonido:
 

Paciente: \_\_\_\_\_ Acompañante: \_\_\_\_\_
4. Si es acompañante diga su parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_
5. Usted preferiría que el resultado del ultrasonido lo comunicara:
 

\_\_\_ El médico que lo indicó.

\_\_\_ El médico que lo realiza

\_\_\_ El familiar acompañante.

\_\_\_ Cualquiera de ellos siempre que esté preparado para hacerlo.
6. Si el resultado fuera positivo me gustaría que me lo comunicaran en la sala de examen: \_\_\_ Directamente, \_\_\_ Que no me lo dijeran, \_\_\_ Que no digan toda la verdad, \_\_\_ Que no lo sepa mi familiar, \_\_\_ Que se lo digan a mi familiar
7. Si el resultado fuera negativo me gustaría que me lo comunicaran en la sala de examen:
 

\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
8. Según su consideración (puede marcar más de una opción) usted cree que el resultado del ultrasonido debe comunicarse en el momento que se realiza:
  - a. Si fuera positivo: \_\_\_\_\_
  - b. Si fuera negativo, para dar alivio al paciente: \_\_\_\_\_
  - c. Si fuera dudoso, haya que repetirlo o indicar otra prueba: \_\_\_\_\_
  - d. Debe darse solo cuando el paciente lo solicite: \_\_\_\_\_
  - e. Nunca debe darse ni aunque el paciente lo solicite: \_\_\_\_\_
  - f. Cuando el familiar lo solicite: \_\_\_\_\_
  - g. No debe hacerse ningún comentario frente al paciente: \_\_\_\_\_
  - h. El positivo nunca debe darse: \_\_\_\_\_
  - i. Si fuera un médico quien lo realiza: \_\_\_\_\_
  - j. Nunca debe darlo un licenciado ni un técnico: \_\_\_\_\_