

Año 1, número 3 / Octubre 2018

Cuadernos de Bioética / 3

Índice

1. EL MÉDICO COMO COMUNICADOR

Dr. Raúl Lombardi

2. MALAS NOTICIAS EN OBSTETRICIA

Dr. José Enrique Pons

3. COMUNICACIÓN MÉDICA EN LAS REDES SOCIALES

Dr. Darwin Tejera

4. LOS PERIODISTAS Y LA MEDICINA

Federico Castillo

Cuadernos de Bioética es una colección editada por el Colegio Médico del Uruguay, con el objetivo de acercar al médico temas seleccionados de bioética, en el contexto de la estrategia de educación médica continua del Colegio Médico del Uruguay.

Se edita de manera virtual, en la página web del Colegio, con una periodicidad de 3 números por año.

El Consejo Editorial está integrado por los Dres. Baltasar Aguilar, Yubarandt Bespali, Néstor Campos, Oscar Cluzet, Raúl Lombardi y Darwin Tejera.

Los conceptos vertidos en los artículos, reflejan la opinión de los autores y no necesariamente del Colegio Médico del Uruguay.

EL MÉDICO COMO COMUNICADOR

INTRODUCCIÓN

Saber comunicarse no es lo mismo que saber comunicar. Lo primero depende de una cualidad natural que tienen algunas personas, lo segundo es el resultado de un proceso educacional.

En la profesión médica, es preocupante la carencia de formación para la adquisición de herramientas comunicacionales. La práctica médica nos exige ser eficientes comunicadores, pero no somos formados como tales. Los responsables de la educación médica deben comprender que la comunicación es una disciplina y como tal se debe integrar a los planes de estudio, tanto en el pregrado como en el postgrado.

Paradójicamente, con el avance exponencial de la tecnología, se agrava aún más esta brecha si no se capacitan adecuadamente a quienes las utilizan, limitando la eficiencia de las nuevas herramientas comunicacionales. El resultado es el mismo que si pusiéramos a un ingeniero, por ejemplo, a interpretar las imágenes que brinda una resonancia magnética.

El proceso clínico transita básicamente por 3 etapas: 1) etapa de elaboración de un diagnóstico, su pronóstico y tratamiento; 2) etapa de transferencia de esta información al paciente; 3) etapa de toma de decisiones por parte del mismo, basada en la información recibida. En este proceso, hay 3 verbos que los médicos debemos ineludiblemente aprender a conjugar: *escuchar, comunicar y acompañar*, respectivamente en cada una de las etapas.

La comunicación se hace a través de 3 vías principales: verbal, paraverbal (cualidad de la voz, tono, volumen, entonación, etc.) y no verbal (gestos, postura, expresión, contacto). Estrechar la mano del paciente en la consulta, tomarla cuando está en cama, es una forma simple y efectiva de humanización de la relación con el paciente. La piel es el gran órgano de la afectividad, la que se establece del médico hacia al paciente y del paciente hacia el médico.

La información por sí sola, es decir, el conjunto de datos que el médico obtiene en la consulta, no es suficiente para lograr transmitirle al paciente lo que tiene. El tono, el modo, la expresión, el lenguaje que se utiliza, son imprescindibles para lograr una comunicación efectiva y afectiva. Tan lejos están de este paradigma los que pregonan una “consulta médica” por internet, apoyados en los avances de la tecnología, en la cual el paciente relata su dolencia y el médico virtual, desde la pantalla, hace su diagnóstico y propone un tratamiento. Resulta difícil imaginar, por ejemplo, a un paciente abriendo su boca ante la *webcam* para que médico vea si una presunta angina es simplemente roja o pultácea.

La percepción del efecto que nuestras palabras tienen en cuanto a la comprensión por parte del paciente de lo que decimos, es clave para evaluar los resultados de la misma. Tacto, empatía, afectividad, son componentes ineludibles, además de la palabra, para lograr un verdadero ir y venir (enriquecido) en este vínculo tan particular y de por sí asimétrico, entre quien tiene una necesidad vital y quien puede atender esta necesidad. La actitud que adopta el médico, puede alejarlo o acercarlo de ese otro igual, y en consecuencia llevar incluso al fracaso al vínculo con su paciente.

El uso apropiado del lenguaje, es una condición indispensable para establecer la relación médico-paciente. Tan importante es lo que se dice, como la forma en que se dice. La información brindada debe ser “traducida” de la jerga médica al idioma español, para poder ser comprendida por el paciente. El lenguaje debe ser claro, comprensible, coloquial, cálido. En ocasiones, la utilización de formas coloquiales, como el tuteo, tan extendido hoy en día en las relaciones interpersonales o el uso del nombre de pila del paciente, puede ser un factor de acercamiento. Pero si nos son usados con respeto y afecto hacia el otro, se corre el riesgo de que resulten pesas que desequilibran esta siempre asimétrica relación humana.

El rol del médico como comunicador, se dirige en 3 sentidos: 1) hacia el paciente y su familia; 2) hacia el interior del equipo de salud; 3) hacia la sociedad, a través de los medios de comunicación y las redes sociales.

En este número de los Cuaderno de Bioética del Colegio Médico del Uruguay, se incluyen 3 áreas de este vasto escenario del médico y la comunicación. El Dr. Enrique Pons, ex-Profe-

sor Titular de Clínica Ginecotocológica, Facultad de Medicina, UDELAR y ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina se refiere a uno de las situaciones más dramáticas y difíciles, como es la comunicación de malas noticias, sobre todo cuando se esperan buenas. El Dr. Darwin Tejera, ex-Asistente de la Cátedra de Medicina Intensiva, Facultad de Medicina, UDELAR, se ocupa de uno de los nuevo recursos que ofrece el desarrollo tecnológico y supone grandes desafíos por los riesgos de un uso inadecuado e imprudente. Finalmente, Federico Castillo, periodista, miembro de la redacción del Semanario Búsqueda, ex-cronista de Ultimas Noticias y del diario el País. Coautor del libro “Hasta la última gota. Vida de Fabián O’Neill”, tiene a su cargo una mirada desde el periodismo, de algunos aspectos del tema.

Es de esperar que este aporte del Colegio Médico, colabore a modificar la siguiente sentencia de Voltaire:

*Los doctores son hombres que prescriben medicinas
que conocen poco, curan enfermedades que conocen
menos, en seres de humanos de los que no saben nada.*

COLEGIO
MÉDICO DEL
URUGUAY

Dr. José Enrique Pons

Especialista en Ginecología. Ex-Profesor Titular de Clínica Ginecológica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

MALAS NOTICIAS EN OBSTETRICIA

INTRODUCCIÓN

En la obra “Cómo dar las malas noticias en medicina”, de Gómez Sancho, aparece un subtítulo: Una guía útil frente a uno de los retos más difíciles para los profesionales de la salud (1). Este artículo prestará atención, precisamente, a los retos especiales que surgen cuando es necesario dar malas noticias en la práctica obstétrica.

Antes que nada, es importante tener en cuenta algunas diferencias entre la práctica clínica en varias ramas de la medicina y la que se da en obstetricia. Con excepción de la consultas para control en salud, quien concurre a una consulta médica, lo hace por haber percibido síntomas, o detectado signos que le preocupan. La consulta obstétrica, en cambio, es en la mayor parte de los casos, en salud.

El embarazo es un evento natural; el parto es un proceso fisiológico; el nacimiento es un acontecimiento de regocijo para la parturienta y su familia y el regreso al hogar es el comienzo de una etapa de grandes demandas, pero gratificante. En general los procesos se desarrollan en forma que traduce la condición de hechos fisiológicos. Sin embargo, los fenómenos obstétricos pueden apartarse de la vía normal, obligando a tomar medidas de corrección más o menos complejas. Y ocasionalmente el resultado obliga a dar malas noticias.

Esto es, insisto, lo que más diferencia a la práctica obstétrica de la médica en general. Quien consulta, ya sea por una leve molestia o por un sufrimiento severo, no ignora que detrás de lo percibido puede existir algo serio. Quien consulta por un embarazo buscado y deseado, lo hace casi en el convencimiento de que las noticias que recibirá serán buenas, auspiciosas.

Las embarazadas suelen consultar manuales o páginas web que infunden nociones basadas en enunciados esperanzadores, más reforzadores de las expectativas de “felicidad”, que realistas.

Soy consciente de que lo que antecede es una simplificación y que existe información, tanto la transmitida por profesionales como en sitios de consulta frecuente, que se conducen con ecuanimidad, sin por eso dejar de ser tan optimistas como lo admita cada situación. Pero al desencadenarse un incidente severo, es cuando surgen las dificultades de comunicación.

Una mala noticia *“(e)s la que altera la perspectiva de futuro del paciente o de su familia en forma drástica, causando un desarreglo emocional que persistirá en el tiempo”* (2). En obstetricia, la frustración de la esperada felicidad se canalizará en dolor, pero también en rencor. Alguien será culpabilizado si lo que debería ser normal, se torció. Ese alguien puede ser la propia embarazada; la autoculpabilización suele ser devastadora. También puede ser la pareja, o la familia, si hay algún antecedente que parezca justificar el resultado. O puede ser el profesional actuante: “se distrajo...”, “no prestó suficiente atención...”, “fue imprudente...”

El mercadeo (o mercadotecnia) en salud, suele definirse como *“(e)l proceso que aplica los principios y técnicas del marketing para crear, comunicar y entregar valor para influir en los comportamientos (...) que beneficie(n) a la sociedad y a una audiencia meta”* (3). Originalmente se planteó como *“encaminada a la mejora continua de los servicios, la satisfacción del cliente y la obtención de mejores resultados en los programas y por ende en la salud de toda la población”* (4).

Ese proceso puede distorsionarse, a veces con buena intención, como ocurre en caso de inadecuada transmisión de información, que afecta negativamente las acciones, dado que las personas construyen esquemas cognitivos (teorías implícitas) que impiden conceptualizar correctamente lo que se pretende informar (5). Otras veces la intención es mercantilista; cierta propaganda se orienta a inducir conductas consumistas, haciendo creer, mediante mensajes engañosos, que todo se puede prevenir, todo se puede curar, la salud es ilimitada.

No estoy insinuando que durante el control del embarazo se deba adoptar una actitud alarmista, ni tampoco distante. Es legítima la aproximación distendida, estimuladora de conductas sanas, confiadas y positivas. Pero debe hacerse evitando una distorsionada pérdida de realismo, que lleven a creer que un incidente negativo obedece a un fracaso del profesional.

TRANSMISIÓN DE MALAS NOTICIAS

La manera en la que se transmiten las malas noticias, puede ser factor de mayor agravio y angustia. Es importante capacitarse para evitarlo. La capacitación comprende aspectos teóricos, lo que podría denominarse “doctrina” de transmisión, así como destrezas comunicacionales.

De las varias propuestas doctrinarias, guías (6-9), solo me detendré en el modelo en seis etapas de Buckman (10), de amplia aplicación en oncología (11-12) y extendido a la práctica en otras ramas y especialidades médicas. Las 6 etapas son:

1. Preparar el entorno; ¿dónde, cuándo, con quién, cuánto tiempo?
2. ¿Qué sabe el paciente?
3. ¿Qué quiere saber?
4. Compartir la información
5. Respuesta a los sentimientos del paciente
6. Plan de cuidados

En obstetricia es necesario adaptar ese –u otro– modelo, teniendo en consideración aspectos particulares de la práctica obstétrica. Las doctrinas son guías útiles, pero no instrumentos rígidos. El médico no es nunca títere de una doctrina, sino que cada caso puede imponer apartamientos. Sin embargo los criterios generales –precisamente doctrinarios– se fundamentan en razones. El médico no es tampoco “titiritero”. Si es necesario apartarse de la doctrina, ello debe estar justificado por una valoración prudente y minuciosa del caso, de las condiciones emocionales de la mujer (o de todos los involucrados), del momento y del lugar. Cualquier apartamiento deberá quedar explicitado en los documentos clínicos.

La principal carencia para cumplir con la buena comunicación es que la capacitación recibida en los centros educativos es mínima, o parcial. Es verdad que existen publicaciones de excelencia. La obra de Gómez Sancho mencionada en la Introducción es un magnífico ejemplo. Pero no se encuentran suficientes publicaciones que particularicen el tema a la obstetricia. Esto ha sido señalado en publicaciones recientes. Una investigación reciente destaca la ausencia de una publicación dirigida a residentes sobre entrenamiento para hablar con embarazadas sobre óbito fetal.

Tampoco se les entrenaba en comunicación de malas noticias, apoyo en circunstancias de duelo o en cómo aconsejar sobre estudios postmortem (13).

En nuestro medio, una experiencia de excelencia en comunicación de malas noticias ha mostrado resultados humanamente relevantes, como componente del cuidado al final de la vida en pediatría (14). Pero en obstetricia, aparte de algunas instancias puntuales, se observan las mismas carencias señaladas por el estudio antes mencionado.

Los obstetras contamos con algunas ventajas sobre otras especialidades, para lograr un nivel de comunicación favorable. De gran importancia es el conocimiento personal previo de las embarazadas, a muchas de las cuales se las asiste desde antes de la gravidez y, aún de no ser así, en cada control es posible establecer criterios para evaluar las características emocionales de cada mujer. En muchos casos se establece contacto con sus parejas u otros miembros de su familia o su entorno, que son factores de apoyo para la embarazada y para el profesional en circunstancias difíciles. Muchas de las condiciones emergentes, que obligarán a dar malas noticias, con excepciones que abordaré más adelante, admiten algún tiempo de reflexión por parte del obstetra, para ponderar el modo de cumplir con los pasos de Buckman, u otro esquema que resulte preferible, según las características personales de cada obstetra.

Pero esto resulta verdaderamente ventajoso si previamente se transitó por un proceso de capacitación, que facilite el acercamiento empático, posibilite la confianza mutua y atenúe la disrupción emocional del momento en que se den las malas noticias.

La falta de capacitación, por el contrario, conduce a instantes de gran tensión, impidiendo encontrar las palabras y el tono empáticos. Si eso conduce a mayor desconfianza, el recelo puede inducir a frialdad de parte del profesional. Esto suele ser el desencadenante de la despersonalización del duro momento; en lugar de priorizar a quien se ve sacudida por la noticia, se centrará la cuestión en una transmisión insensible de conceptos “técnicos”. No puede extrañar que la consecuencia sea la generación, mantenimiento y refuerzo de la incomprensión, la culpabilización y no raramente el reclamo en ámbito judicial.

La mentada falta de capacitación es la que conduce, más veces de las deseables, a solicitar estudios sin explicar la razón. Es verdad que las normas, sean obligatorias o consuetudinarias,

exigen que se practiquen determinadas investigaciones y exámenes, pero eso no debería obstar para que se advierta la razón de la práctica, así como los resultados esperables. Esto debe ser realizado procurando no generar alarma innecesaria, pero con un mínimo de realismo, de modo que un resultado alterado no sea un factor intimidante y que una señal de alarma sea recibida con conocimiento de causa. El debido equilibrio entre los posibles extremos no surge de la intuición, sino del entrenamiento.

Un informe presentado en el Congreso Iberoamericano sobre el síndrome de Down, realizado en Salamanca en 2016, puso en evidencia que el motivo para realizar pruebas de riesgo a las embarazadas solo se había explicado a algo más del 60% de ellas.¹ Y que después de recibidas las pruebas a menos del 30% se le explicó en qué consistía el síndrome (15).

Es el obstetra el responsable de informar a la mujer embarazada sobre la finalidad de los estudios, así como de explorar qué información previa tiene y cuánto desea saber sobre los resultados (16).

Es cierto que el deber de veracidad se impone. Ya no es aceptable el modelo paternalista de relación médico-paciente. La embarazada tiene derecho a conocer cuál es su problema o el de su feto, qué evolución es esperable y qué tratamiento o conducta es recomendable. Pero también tiene derecho a fijar límites a la información que recibirá así como participar en la decisión terapéutica. Es un imperativo ético y una obligación legal cumplir con estos requisitos.

Para adecuarse cabalmente a esos requerimientos resulta importante aprovechar el contacto prolongado que se da en el control del embarazo, en especial para conocer –insisto– las características emocionales de la mujer. Se debe procurar que el esposo, pareja, u otro familiar de confianza acompañen, al menos en parte, el proceso de control, no solamente como apoyo a la mujer sino también como personas a las cuales consultar acerca de algunos de los aspectos mencionados en las etapas de Buckman.

¹ Este porcentaje y el que sigue, es un intento personal de aproximación a una dimensión fácilmente entendible de los resultados, que en el estudio original están expresados en escala de Likert.

ALGUNOS CRITERIOS RECTORES SOBRE LA FORMA DE COMUNICAR

No se deben apresurar “noticias”, en especial si caben dudas. Un análisis alterado no necesariamente indica un problema serio; a veces la profundización en el estudio conducirá a descartar un diagnóstico que parecía posible. Hasta hace algunas décadas un VDRL positivo era informado como sífilis. Pese a que existía tratamiento eficaz para la enfermedad, el impacto emocional que significaba la sospecha de infidelidad del esposo (o de la mujer, si la pareja sabía que no tenía la enfermedad) conducía a groseros descalabros familiares. No es necesario insistir ahora en la posible positividad de la prueba en casos de otras enfermedades o condiciones biológicas (17-19), incluyendo el propio embarazo (17,20).

Lo mismo ocurre con los estudios imagenológicos. La comprobación de una translucencia nugal fetal alterada en el entorno de las 12 semanas de embarazo es un elemento de alerta importante acerca de un posible síndrome de Down u otras cromosomopatías. Sin embargo, pese a los progresos, sigue estando limitado por razones de los equipos utilizados (*“la mayoría de los equipos de ultrasonidos no están ni calibrados ni especificados para medidas de décimas de milímetros”*) (21), o de los propios observadores (22). Por tanto, no se debe establecer un diagnóstico de certeza, ni informar de manera que así se entienda. Sin faltar al deber de veracidad, alcanza con hacer ver que hay un estudio que muestra un elemento que obliga a profundizar en la investigación. Solo si la embarazada insiste en conocer las posibilidades, se deberá aportar toda la información.

La ecografía de mitad del embarazo (“estructural”) se ha vuelto prácticamente rutinaria. El hallazgo de una anomalía fetal en ese estudio, es generalmente inesperada y devastadora. No es legítimo cargar sobre las espaldas del ecografista con la obligación de dar toda la información en el momento del estudio. Obviamente, no se puede evitar transmitir ciertos datos, lo cual también requiere entrenamiento de parte del imagenólogo. Pero es imperioso recordar que un estudio no es la totalidad del cuadro clínico. Por tanto, la información del momento debe ser sólo la imprescindible, haciendo saber que será el profesional a cargo de la asistencia del embarazo quien podrá aportar un panorama completo y realista. Esto incluye la ya mencionada etapa de consejo a la embarazada sobre el sentido del estudio y un esbozo (no un detallismo “terrorista”) de los

posibles hallazgos. Esta etapa, así como la que seguirá en caso de encontrarse una anomalía, requiere empatía y sensibilidad (23).

Es diferente la situación cuando en la ecografía se detecta un hecho definitivo. El caso más claro es el de un óbito fetal. Si otros datos ya apuntaban hacia la muerte, el profesional actuante deberá informar sobre la posibilidad. Pero si el hallazgo es durante una exploración ecográfica solicitada algún tiempo antes, cuando nada indicaba que el óbito podía ocurrir, será el ecografista quien se enfrente a la necesidad de informar. No cabe duda de que los imagenólogos también deben estar capacitados para hacerlo de la forma menos lesiva posible, pero nuevamente es obligación de quien solicita el estudio advertir sobre lo que puede informar el mismo.

Posiblemente el hecho que más se adapte a las etapas de Buckman, sea una enfermedad grave que afecte a la embarazada. Es ese caso es fundamental apoyarse en la familia para determinar “cuándo”, “cómo” y “con quién”. Pero en todos los casos es de trascendencia haber adquirido la idoneidad para demostrar compromiso, participación y comprensión. La manera de lograrlo es personal. Cada profesional tiene una manera de ser individual, propia de su idiosincrasia. No hay recetas unívocas para ello. Pero en lo que no existen diferencias posibles es en la imperiosa exigencia de no ingresar en confrontaciones: “*Usted me dijo...*”, “*No, usted no me entendió*”. O “*Yo fui muy claro...*”, “*No, me dijo otra cosa*”. Esta actitud solo conduce a mayor crispación y resquebraja toda posible relación constructiva. Debe entenderse que el profesional es quien está en condiciones de mantener la necesaria serenidad, mientras que la embarazada y quienes la rodean están conmocionados por la noticia.

Cuando se adopta una actitud de tolerancia ante exabruptos o reclamos propios de la desesperación, cuando se aceptan con calma los desahogos y en particular cuando se contribuye a la construcción de los elementos de fortaleza que queden, se está estimulando la generación –en un plazo variable según cada persona– de actitudes mentales resilientes, con aceptación más serena de la pesada carga, ya se trate de una enfermedad materna severa (24-25) así como en la sobrevivencia del niño con problemas (26).

La mujer embarazada tiene derecho a participar en la toma de decisiones, pero debe tenerse presente que también aquí caben particularidades propias de la obstetricia. El ejemplo más claro

es el de la vía de interrupción de un embarazo con feto muerto. No caben dudas de que la vía vaginal es la más adecuada y que la utilización de misoprostol para inducir el parto es eficaz y segura (27-28). Sin embargo, los obstetras saben que muchas mujeres solicitan una cesárea para no atravesar las instancias de trabajo de parto y nacimiento, por razones emocionales. La conversación serena y reafirmante, con la mujer y quien la acompañe, logra superar muchas veces los temores y la natural angustia. No obstante, en algunos casos esa medida no es eficaz. Esto crea un dilema ético y humano. No adelantaré opinión personal, ya que se trata de una cuestión debatida, sobre la cual la literatura insiste en la necesidad de que se produzca un parto vaginal. Pero también se afirma: *“El papel del clínico debe ser el de dar a la embarazada el mejor consejo posible, basado en la evidencia y respetar su autonomía y capacidad de toma de decisión al considerar la vía de interrupción”* (29). Obvio es decir, nuevamente, que la información debe ser manejada con habilidad, empatía y comprensión, teniendo en cuenta que empatía es, entre otras cosas, la capacidad de reconocer las emociones que otra persona siente.

El primer punto de las etapas de Buckman apunta al entorno en que se transmiten las malas noticias. Se debe procurar un ámbito aislado que permita una conversación tan prolongada como sea necesaria. El comunicador debe estar dispuesto a posponer toda otra actividad, en pro de permitir los desahogos de quien –o quienes– sean informados, las re-preguntas y los ¡por qué! manejándolos con sensibilidad y calma comprensiva.

El notificador debería ser siempre el obstetra. Es su responsabilidad. En ocasiones requerirá el apoyo de otros especialistas para brindar información certera, como ocurre en los centros de tratamiento intensivo, pero el obstetra debe estar allí. Su presencia es reafirmante del compromiso.

En todos los casos el lenguaje debe conformarse al nivel de comprensión de la mujer y quienes la rodean. El lenguaje médico resulta muchas veces incomprensible, o es fácilmente interpretado en sentido diferente al que se pretende. En esto también es necesario entrenarse, para ser capaz de “traducir” lo que se desea comunicar al necesario nivel de comprensión de la persona involucrada. La información sobre un diagnóstico de “anormalidad” debe seguir los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia, evitando agravar aún más la situación. Es preciso ponderar juiciosamente los datos que se transmitirán, ya que opinar antes de que se tenga certeza de lo

que se debe informar puede resultar traumatizante. Nada atenuará la angustia provocada por una información apresurada, que al final resulte desmentida por nuevos datos.

Pero si finalmente resulta necesario dar la mala noticia, se lo debe hacer mirando a los ojos de la persona a la cual se informa y procurando “leer” el impacto emocional. Las etapas siguientes lograrán apuntar a la beneficencia si la actitud inicial denota comprensión, solidaridad y compromiso humano, más valioso que el puramente “técnico”.

Es cierto que a todos nos condiciona el temor a ser causantes de dolor, casi con tanta intensidad como nos intimida fracasar. Eso es también humano. Lo que no lo es, es que el temor a consecuencias legales nos haga informar de más, para ponernos a cubierto. Esta actitud defensiva se exterioriza cuando se vuelca información excesiva sobre las personas directamente involucradas, lo cual, en función de una supuesta protección personal, desplaza el centro de la cuestión, que debería ser la embarazada, con el consiguiente mayor agravio. En lugar posiblemente menos grave se ubica el temor a dejar traslucir las propias emociones. ¡Pero los médicos también tenemos emociones! No deberíamos dejar que nos desborden, otra vez olvidando que no somos el centro de la situación, pero ocultar que la situación nos conmueve, hace correr el riesgo de parecer indiferentes. No involucrarse es deshumanizarse.

Ante el impacto emocional de una mala noticia, la interconsulta con Salud Mental es siempre un importante auxilio, aunque supeditado a la aquiescencia de la mujer. Sin embargo esa estrategia puede fracasar si el obstetra responsable sale de la escena. Vale decir, no alcanza con derivar sino que es necesario hacer ver que se está presente. Los gestos que contribuyen a que así se entienda van desde sugerir el nombre del profesional a quien se pedirá la ayuda, comunicarse con el mismo, hacer saber mediante frases sencillas, que se sigue involucrado en la asistencia (por ejemplo, pedir a la mujer que después de la visita nos relate, por la vía que crea más adecuada, cómo se sintió y de cuánta utilidad le fue la consulta). Es fundamental hacerle sentir que se seguirá apoyándola.

En igual sentido, debe tenerse en cuenta que ese tipo de consultas, en muchos sistemas asistenciales no son consideradas urgencias, lo cual hace correr el riesgo de que entre la derivación y la consulta pasen días o semanas, lapso durante el cual la mujer no estará respaldada en sus

necesidades emocionales. De ahí que es trascendente mantener puertas abiertas para todas las visitas que ella crea necesarias. Algunos profesionales optan por comunicarse telefónicamente con cierta frecuencia, demostrando el compromiso asumido.

Existe una situación particular, que obliga a una forma especial de compromiso. Es el caso de que la atención haya sido en una guardia. En situaciones de gravedad, finalizar el horario de guardia y pasar el caso puede ser comprensible con criterio estrictamente técnico-profesional, pero no lo es desde el punto de vista humano. El médico a quien le tocó hacerse cargo debería seguir al frente de la asistencia, a menos que la mujer decida lo contrario.

COMO CAPACITARSE

El uso de protocolos en la comunicación de malas noticias es una estrategia adecuada, en tanto que al igual que en cualquier acto complejo, divide el proceso en diferentes pasos, simplificando y facilitando el desarrollo. El protocolo que se utilice debe ser memorizado, de otro modo –por ejemplo teniéndolo en frente y consultándolo una y otra vez– puede ser visto como un acto mecánico, poco idóneo para demostrar compromiso. Por otra parte, el protocolo no debe ser un esquema rígido. Será necesario alterar el orden de los pasos, o incluso saltar alguno, en función del desarrollo de todo el proceso. Y del mismo modo, cada médico deberá entrenarse en ajustar la forma y manera de informar según su idiosincrasia. Cada quien tiene su propio estilo, no ser fiel a eso demostrará incoherencia e inducirá a creer que se está “recitando”, sin que se trasluzca la empatía.

El protocolo no deja de ser una herramienta de trabajo, pero el componente esencial del proceso asistencial será la destreza con que se lo utilice. La eficacia de las recomendaciones surgidas de cursos sobre comunicación no está completamente demostrada. La autoconfianza de los participantes en los cursos condiciona la evaluación de resultados de tales cursos. A veces la autoconfianza es realmente autosuficiencia que después no se traduce en resultados en la práctica (30). Pese a ello, la capacitación es necesaria, como forma de evitar dentro de lo posible, las consecuencias negativas para pacientes, familiares y los propios profesionales. En este sentido, el entrenamiento mediante simulación demuestra ser más efectivo para enseñar habilidades de

comunicación y superior a los cursos expositivos. La mejoría auto-percibida así lo indica y el seguimiento a largo plazo sugiere buena retención de habilidades para transmitir malas noticias (31).

COLOFÓN

El “gran” mensaje es que la transmisión de malas noticias no es un hecho aislado, sino una parte del proceso asistencial. Es imperioso que se sepa cómo dejar traslucir mediante gestos y actitudes –más que con palabras– “me siento responsable, por compromiso médico, por sensibilidad y por compasión”. Este último término ha sido desvirtuado, al hacerlo sinónimo de lástima. El sentido primigenio del latín, *cum passio* (es decir junto al sufrimiento de otro), es lo esencial.

Este texto es apenas una aproximación a un tema complejo. No deja de ser otra instancia teórica, dentro de las que antes dije que son poco eficaces, en comparación con las formas más adecuadas de capacitación para transmitir malas noticias. Si se quiere, es apenas otra puerta entreabierta. Pero entreabirla es la primera etapa para franquearla por completo y lograr ver todo el complejo panorama.



COLEGIO
MÉDICO DEL
URUGUAY

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gómez Sancho M. *Como dar las malas noticias en medicina*. Madrid. Arán Ediciones, 2006.
- (2) García Díaz F. *Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud*. *Med Intensiva* 2006;30(9):452-9.
- (3) Kotler P, Lee N. *Social marketing*. London. SAGE, 2008.
- (4) Peñaloza Pacheco BC, Prieto García CC, Rodríguez Velázquez IJ. *Mercadeo en Salud*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Bogotá, 2012. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7708/1/599379.2012.pdf> (Consultado: 18/08/2018).
- (5) Sánchez Lezama AP, Ascencio AM. Retos de la mercadotecnia social en la donación de órganos: una aplicación de las 4 P's en la estrategia de intervención. Disponible en: <http://www.editorial.udg.mx/producto/aplicaciones-del-marketing> (Consultado: 18/08/2018)
- (6) Back AL, Arnold RM, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. *Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care*. *Arch Intern Med* 2007;167(5):453-460
- (7) Emanuel LL, Ferris FD, von Gunten CF, Von Roenn J. *Communicating effectively*. In: *Education in Palliative and End-of-life Care-Oncology EPEC-O*. Chicago: The EPEC Project; 2005. pp. 1-13.
- (8) Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. *What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study*. *BMJ*. 2004; 328(7452):1343.
- (9) Rebello Pereira C, Marchetti Calônego MA, Lermonica L, Moreira de Barros GA. *The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality*. *Rev Assoc Med Bras* 2017;63(1):43-49.
- (10) Buckman R. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore. Johns Hopkins Press, 1992.
- (11) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober, Beale EA, Kudelka AP. *SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*. *The Oncologist* 2000;5:302-311. Disponible en: http://promesi.med.auth.gr/mathimata/Baile_et_al_2000.pdf (Consultado 14/02/2014).
- (12) Buckman RA. *Breaking bad news: the SPIKES strategy*. *Community Oncology*. 2005;2(2):138-42. 13.
- (13) Murphy J, Jeronis S, Kean K, Rose M. *Delivering Bad News in Obstetrics and Gynecology Residency: A Piloy Curriculum to Address Identified Training Gaps*. *Obstetrics & Gynecology* 2016;128(1S) doi: 10.1097/01.AOG.0000502677.68074.a1
- (14) Bernadá M. *Cuidados al final de la vida en pediatría. Reflexiones clínico-éticas*. *Cuadernos de Bioética* 2018;1(1):9-25.
- (15) Vargas T, Martín JL, Fernández C, Conty RM: *Una buena comunicación del diagnóstico prenatal: determinante en el síndrome de Down*. IV Congreso Iberoamericano sobre el síndrome de Down. Libro de Actas. Disponible en <http://cddown-inico.usal.es/docs/126.pdf> (Consultado: 07/03/2018).
- (16) McFayden A, Gledhill J, Whitlow B, Economides D. *First trimester ultrasound screening carries ethical and psychological implications*. *BMJ* 1998;317(7160):694-695.
- (17) Frippiat F, Giot J-B, Chandrikakumari K, Léonard P, Meuris Ch, Moutschen M. *Syphilis en 2008: controversies et attitudes pratiques*. *Rev Med Suisse* 2008;4:1823-1827.
- (18) Kumar KS, Jyothy A, Prakash MS, Rani HS, Reddy PP. *Beta2-glycoprotein I dependent anticardiolipin antibodies and lupus anticoagulant in patients with recurrent pregnancy loss*. *J Postgrad Med* 2002;48(1):5-10.
- (19) Moraes M, Estevan M. *Actualización en sífilis congénita temprana*. *Arch Pediatr Urug* 2012;83(1):35-39.
- (20) Guzmán M, Vergara R, Salazar M, Vargas RS, Aguilera A, De Uribe D. *Las pruebas falsas reactivas en el manejo de la sífilis I. Reacciones falsas positivas en el embarazo*. *Biomédica* 1981;1(3):117-123. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/viewFile/1791/1825> (Consultado 19/08/2018).
- (21) Axell RG, Gillett A, Pasupathy D, Chudleigh T, Brockelsby J, White PA, Lees CC. *Accuracy of nuchal translucency measurement depends on equipment used and its calibration*. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014;44(1):31-37.
- (22) Malone FD. *Nuchal Translucency-Based Down Syndrome Screening: Barriers to Implementation*. *Sem Perinat* 2005;29(4):272-276.
- (23) Greiner AL, Conklin J. *Breaking bad news to a pregnant woman with a fetal abnormality on ultrasound*. *Obstet Gynecol Surv* 2015;70(1):39-44.
- (24) Greer S, Silberfarb PM. *Psychological concomitants of cancer: current state of research*. *Psych Med* 1982;12:563-573.
- (25) McFayden A. *New Mothers and their babies: attachment in the face of maternal life-threatening illness*. *J Fam Ther* 1999;21:321-336.
- (26) McFayden A. *Special Care Babies and Their Developing Relationships*, London. Routledge, 1994.
- (27) Dodd JM, Crowther CA. *Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death*. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue r*. Art No: CD004901. DOI: 10.1002/14651858.CD004901.pub2.
- (28) Matheus JE. *Misoprostol para la interrupción del embarazo en el segundo o tercer trimestre en embarazos complicados por una anomalía fetal o después de la muerte fetal intrauterina*. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2010.
- (29) Hankins GD, Clark SM, Munn MB. *Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise*. *Semin Perinatol* 2006;30(5):276-287.
- (30) Villagran M, Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Baldwin P. *Creating COMFORT: A Communication-based model for Breaking Bad News*. *Communication Education* 2010;59(3):220-234.
- (31) Karkowsky CE, Landsberger EJ, Bernstein PS, Dayal A, Goffman D, Madden RC, Chazotte C. *Breaking Bad News in obstetrics: a randomized trial of simulation followed by debriefing or lecture*. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016;29(22):3717-3723,

Dr. Darwin Tejera

Ex Asistente de la Cátedra de Medicina Intensiva, Facultad de Medicina, UDELAR

COMUNICACIÓN MÉDICA EN LAS REDES SOCIALES

INTRODUCCIÓN

El uso de internet y las redes sociales (RS) revolucionaron las formas de comunicación en nuestros días. Los medios de difusión y principalmente las redes sociales, constituyen un componente primordial de comunicación en el ámbito sanitario. En el caso de la comunicación profesional médica a través de las RS, existen una serie de recomendaciones para optimizar su uso en un marco de confidencialidad de la información y respeto por las Instituciones, colegas y pacientes. La relación y comunicación médico-paciente, tradicionalmente se daba en un consultorio o domicilio, pero actualmente hay un nuevo tipo de comunicación virtual por medio de las RS.

Los pacientes y sus familias, encuentran en medios digitales, información sobre médicos, diagnósticos, tratamientos, que pueden o no coincidir con la información que le brindamos sobre su enfermedad.

Los temas vinculados a la salud, constituye uno de los más buscados en internet. Cuando se consultaron los pacientes de un centro de salud, la mayoría piensa que sería beneficioso que los médicos gestionaran información sanitaria on line.

La información que se proporciona vía digital se expande rápidamente, favorece la interacción con colegas y pacientes y debe ser gestionada con un alto nivel de responsabilidad. Cuando se aportan contenidos digitales dirigida a pacientes, estos deben ser con un lenguaje claro, veraz, de buena calidad técnica con el objetivo de evitar sesgos en la información que se brinda. Sin embargo la comunicación debe adaptarse a estos nuevos medios para ser verdaderamente eficaz y útil.

Frecuentemente, los pacientes realizan consultas en foros sobre diversos temas sanitarios,

como medicaciones, pero no siempre estos sitios son gestionados por profesionales. Una información errónea o mal interpretada, puede poner en riesgo la eficacia de un determinado tratamiento o en duda un diagnóstico realizado por un médico.

Las RS tienen varios beneficios, por ejemplo permiten a través de su monitorización la prevención y control de enfermedades crónicas o el recordatorio sobre vacunaciones como en el caso de la gripe. Es muy frecuente que cualquier paciente puede ponerse en contacto con su médico tratante, y en ocasiones, recibir consulta e indicaciones a través de un dispositivo tecnológico. Los profesionales de la salud, debemos sugerir y concientizar a los pacientes y sus familias, que a pesar de la información que puedan encontrar por internet, siempre deben consultar a su médico.

COMUNICACIÓN MÉDICA Y CONFIDENCIALIDAD.

El primer código deontológico como es el juramento hipocrático menciona, “guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos.” El uso masivo de las RS y los medios de comunicación digital en nuestros tiempos, presenta riesgos en el ámbito sanitario en lo que respecta a la violación del principio de confidencialidad y la difusión de información sin consentimiento.

El uso ético y responsable de las RS se menciona específicamente en varias guías internacionales, que están dirigidas a todos los integrantes de los equipos de salud. Las reglas de confidencialidad, seguridad y secreto se deben aplicar también a la comunicación profesional en RS, manteniendo los límites apropiados en la relación médico-paciente, de acuerdo con las normas éticas profesionales y legales, al igual que en cualquier otro contexto. Es importante que ninguna información identificable del paciente sea publicada en un medio de comunicación social. Al mantener la confidencialidad, debemos asegurarnos de que ningún paciente se pueda identificar por la información que se comparte o se dispone on line.

Como principio fundamental de la práctica clínica, se encuentra la relación médico-paciente y el respeto por la misma se debe continuar a través de las RS. Los médicos deben mantener

en RS un perfil profesional en el relacionamiento con sus pacientes y colegas. Recordamos que la violación de la confidencialidad puede traer como consecuencia daño a los pacientes, médicos, terceros e instituciones. En las RS esto es un hecho común y cada vez más frecuente, principalmente con la comunicación en medios públicos de casos clínicos que por sus características puede hacer posible la identificación de un paciente.

RECOMENDACIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN EN RS PARA MÉDICOS.

El conocimiento de las limitaciones y beneficios de cada red social que utilizamos, es un punto primordial para gestionar de forma segura la información. Existen una serie de recomendaciones disponibles sobre el uso adecuado de las RS para los profesionales de la salud. Mencionamos brevemente las que consideramos más importante en lo que respecta a la comunicación médica on line.

- La responsabilidad médico-legal y bioética con el manejo de la información en las RS, debe ser fundamentada en los mismos códigos deontológicos y respeto a los valores esenciales de la medicina.
- La comunicación dirigida a pacientes y familias en RS, debe ser con un lenguaje claro, veraz y de buena calidad técnica.
- En cuanto a la protección de la intimidad y confidencialidad, al publicar y difundir datos de pacientes, se debe considerar extraer todo lo que puede identificarlo de forma directa o indirectamente a los mismos. Entre ellos el nombre del médico o institución y ocultar datos de su ficha patronímica de los estudios de imagen (heridas, radiografías, tomografías, etc). Cuando la información que se difunde es con objetivo docente o para una segunda opinión, si se identifica al paciente hay que hacerlo con el consentimiento expreso del paciente o su representante legal, o de lo contrario mantener el anonimato y la confidencialidad.
- Se sugiere que antes de utilizar una red social para comunicar información médica, se debe estudiar cuidadosamente y comprender las estipulaciones de privacidad de los sitios, considerando sus limitaciones.

Federico Castillo

Periodista. Miembro de la redacción del Semanario Búsqueda.

Co-autor del libro "Hasta la última gota. Vida de Fabián O'Neill".

LOS PERIODISTAS Y LA MEDICINA

Ahora que lo pienso es difícil decirlo. Pero es una verdad: muchas veces los periodistas vibramos más cuando estamos a punto de dar una mala noticia que una buena. Es así. Lo negativo siempre vendió más que lo positivo. Siempre tuvo más prensa. En todas las épocas y en todos los contextos. El morbo paga.

Hago esta reflexión mientras me pregunto sobre la responsabilidad que debemos tener al momento de informar sobre cuestiones que interesan a la salud de la población. Y sobre las tentaciones que se deben resistir en aras de un trabajo riguroso.

Durante mis años de periodista he escrito muchísimas páginas sobre el tema sanitario.

Una de las últimas notas que hice fue sobre algo espinoso: los médicos que no se cuidan a sí mismos, los que caen en adicciones, los que llegan a tener ideas suicidas o problemas de depresión.

El Colegio Médico, después de advertir este problema, optó por dejar de barrer debajo de la alfombra y encarar el asunto. Y también decidió hacerlo público. Lo hizo sabiendo el riesgo de amarillismo que puede existir detrás de un titular que no depende de ellos y que diga con letras catástrofe que hay profesionales al que usted le deposita toda su confianza, pero no tienen la cabeza en orden.

Y es así, hay médicos que cargan con problemas, inseguridades, errores, faltas con las que cargamos todos los humanos. Pero eso, y menos para un medio de comunicación que sirve de nexo entre lo que pasa y la gente, no puede desembocar nunca en conclusiones apresuradas, en generalizaciones, en sembrar un pánico innecesario. Parto de este último ejemplo, reciente y oportuno, para llegar a dónde quiero llegar. Y es que siempre hay que calibrar la información con la que se cuenta. Calibrar es medir, sopesar, contrastar.

Aun venciendo la tentación de contar las malas noticias que decía al principio. Y si uno debe tener presente esto cuando informa sobre cuestiones políticas o de interés general, mucho más cuando

el tema que se aborda tiene que ver con la salud. La ética médica y la ética del periodista tienen que confluir en algún punto. Se tienen que anudar en el mismo lugar. Y ese lugar es decir la verdad.

Como periodista me tocó cubrir la pandemia de la gripe H1N1 en el año 2009. Fue una noticia, un tema mundial, que también tuvo su impacto en Uruguay. Hubo muertes a causa de una cepa virulenta y novedosa de la influenza. Pero también hubo que evitar caer en la tentación de lo amarillo, de contar muertes, de generar una alarma en momentos en los que la información no fluyó todo lo que debía desde los organismos oficiales. Y ahí es cuando surge con más fuerza el dilema ético del periodista.

Hubo versiones extraoficiales, interesadas, voces que sumaban al desconcierto, gente que buscó monetizar la desgracia o encontrarle un rédito político. Ante esto, y como regla, el periodista debe cumplir su trabajo con el ojo más crítico y profesional posible. Despejar. Filtrar. Ponerle un paraguas a la lluvia de intereses de todo tipo y reflejar la verdad. Ni amplificar algo que no es tal ni ocultar para proteger al sistema sanitario de posibles colapsos, como se temió en su momento ante el desborde por casos inusitados de gripe.

No es problema del periodista que no haya infraestructura suficiente para enfrentar situaciones adversas. Por el contrario, su deber es denunciarlo, exponerlo.

El dilema también se ha presentado muchas veces cuando hay cuestiones menos coyunturales que una pandemia gripal.

A nuestra mesa de trabajo llegan denuncias de todo tipo. Cuestiones que tienen que ver con mala praxis, con laboratorios haciendo lobby por alguno de sus productos.

Nuevamente lo que debe primar es la verdad y el interés para el lector.

En estos casos, la información que vale es solo la que está descontaminada de intereses particulares. Es así que se ha informado de pacientes cuyo último recurso de sobrevida es accionar judicialmente contra el Ministerio de Salud para acceder a un medicamento oncológico y también se han contemplado las voces de las autoridades sanitarias para defender su posición en estos casos.

En definitiva, y como vara moral, al igual que un médico tiene la obligación de no guardarse información y decirle la verdad a sus pacientes, lo mismo debe regir para el periodista. Ese es el punto en donde la ética de ambos debe cruzarse y quedar anudada para siempre.

Cuadernos de Bioética 3

Año 1, número 3 / Octubre 2018

