

GUÍAS DE ÉTICA EN UROLOGÍA

# GUÍA SOBRE COMUNICACIÓN

Oficina de ética



ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA  
DE UROLOGÍA

GUÍAS DE ÉTICA EN UROLOGÍA

# GUÍA SOBRE COMUNICACIÓN

M<sup>a</sup> Justa García-Matres (Directora)  
Gabriel Rodríguez Reyna  
Antonio Romero Hoyuela  
Lluís Gausa Gascón  
Antonio Gómez Gómez  
José Manuel Cozar Olmo

Realización: LUZÁN 5, S.A.  
Pasaje de la Virgen de la Alegría, 14  
28027 Madrid  
e-mail: luzan@luzan5.es  
<http://www.luzan5.es>

Título original: Guías de ética en Urología. Guía sobre comunicación.

© 2014, Oficina de Ética de la AEU. Todos los derechos reservados.

ISBN: 978-84-7989-838-0

Depósito legal: M-8985-2015

Los contenidos expresados en esta monografía reflejan la opinión de los autores. En ningún caso la editorial, ni el patrocinador de la obra han de compartir necesariamente el contenido de la misma, debiéndose remitir el lector a la bibliografía original o a los autores en el supuesto de precisar información adicional sobre lo publicado.

El titular del © se opone expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, lo que incluye la reproducción, modificación, registro, copia, explotación, distribución, comunicación pública, transformación, transmisión, envío, reutilización, publicación, tratamiento o cualquier otra utilización total o parcial en cualquier modo, medio o formato de esta publicación. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (artículos 270 y siguientes del Código Penal).



# ÍNDICE

---

Introducción .....	5
Estado de la cuestión .....	6
Resumen de la evidencia .....	7
Debate ético .....	8
Pautas de reflexión .....	10
Comunicaciones especiales .....	13
Consideraciones prácticas .....	15
Sobre el paciente .....	15
Sobre los familiares .....	17
Sobre el equipo de trabajo .....	17
La vía clínica no reemplaza el juicio clínico del profesional .....	18
Sobre la comunicación científica .....	18
La publicidad profesional .....	19
Recomendaciones .....	22
Bibliografía .....	23



---

## INTRODUCCIÓN

La comunicación se define como la acción y el efecto de transmitir ordenadamente significados, bien sean estos cognitivos, emocionales o conductuales. Se trata, asimismo, de la transmisión de señales mediante un código pretendidamente común al emisor y al receptor.

**Comunicar bien** es el proceso de transmisión de un mensaje, idea o pensamiento, de manera congruente y precisa, entre dos o más personas.

La comunicación es una práctica social que se ejerce a distintos niveles y puede ser:

- **Hablada:** utiliza para ello señales verbales y no verbales (lenguaje corporal).
- **Escrita:** este tipo de comunicación es fundamental en la práctica médica, por ejemplo en las recomendaciones a los pacientes, la preparación para las pruebas diagnósticas o los formularios de los consentimientos informados.

Puede ser directa, de persona a persona, o indirecta a través de los medios de comunicación (prensa general o científica, medios audiovisuales, Internet, etc.).

Cuando una persona se dirige a otra a través del lenguaje en busca de entendimiento mutuo se presupone que cada uno:

- habla con sinceridad y veracidad, y
- lo que dice es comprensible e inteligible para ambos.

En la Medicina en general, y en la Urología en particular, ante la necesidad de comunicarnos en algunas ocasiones olvidamos determinados procesos fundamentales de la comunicación, y esto se refleja en que el receptor no interpreta el mensaje de la misma manera que el emisor quiso transmitir.

La comunicación con el paciente ha de ser:

- **Congruente:** el mensaje debe ser adecuado en el fondo y en la forma.
- Debe tener intencionalidad terapéutica y este sentido.
- Tan importante es el qué como el cómo.

Es deseable que exista una retroalimentación para confirmar que la información transmitida ha sido correctamente recibida e interpretada por el receptor.

En este sentido, es fundamental confirmar que el mensaje se ha comprendido: **No demos nunca nada por supuesto.**

En esta guía intentaremos dar algunas pautas para mejorar la calidad en la comunicación entre el urólogo y su paciente.

## ESTADO DE LA CUESTIÓN

Llama la atención el hecho de que en la era de la telecomunicación, una de las principales quejas en Medicina por parte de los pacientes sea la falta de información.

En ocasiones, esta queja probablemente sea real debido a que el urólogo no se haya expresado adecuadamente, pero en otras tal vez sea subjetiva, porque el paciente no ha comprendido lo que realmente se le ha explicado.

La Urología no se salva de esta problemática. La nuestra es una especialidad que se vale de muchos avances tecnológicos y que recurre a diferentes abordajes diagnósticos y terapéuticos para tratar la misma enfermedad en función de muchas variables (véase, por ejemplo, el tratamiento de una litiasis o de un carcinoma de próstata), y conseguir que los pacientes comprendan estas circunstancias no siempre es fácil.

La Urología, en su cartera de servicios, ofrece estudio y tratamiento a un amplio abanico de pacientes, desde neonatos con diagnósticos de alteraciones urológicas prenatales, adolescentes, problemas de pareja, etc., hasta pacientes que han alcanzado la senectud e incluso el final de su vida. Qué comunicar, cómo y a quién comunicarlo en las diferentes etapas de la vida puede llegar a ser un reto para el urólogo en su trabajo diario.

La Urología es una especialidad médico-quirúrgica, y en su aspecto quirúrgico requiere una alta especialización que utiliza tecnología avanzada y que está en continua actualización, lo que implica unos altos conocimientos en el uso de materiales e instrumentos en los que la formación y comunicación con médicos anestesistas, técnicos y personal de enfermería es fundamental para el trabajo en equipo. Es muy difícil trabajar solo en Urología.

Una de las características actuales del trabajo médico es la necesaria interacción en términos de colaboración, coordinación y comunicación entre



---

los especialistas para brindar una atención médica completa a los complejos problemas de salud de cada paciente.

En estas circunstancias es inevitable que surjan diferencias de criterio. Para lograr alcanzar acuerdos es necesaria la utilización de argumentos científicos, éticos, políticos, económicos, religiosos y legales, pero también son muy relevantes los aspectos formales, como el estilo de comunicación y la capacidad de convencer para mejorar el diálogo.

La comunicación de los avances personales y de un servicio de Urología en revistas científicas o en congresos es parte básica de nuestra labor profesional; además, con la implantación de la carrera profesional es una obligación en el desarrollo de nuestra profesión<sup>1</sup>. La veracidad de los resultados comunicados se considera incuestionable en revistas de calidad e independiente de presiones exteriores.

Las continuas innovaciones, tanto diagnósticas como terapéuticas, en problemas sensibles a la sociedad como la disfunción eréctil o el cáncer de próstata genera importantes intereses para los propios urólogos, los médicos de otras especialidades relacionadas (Medicina de Familia, Nefrología, Cardiología, etc.), la población general y las industrias farmacéuticas, por razones obvias; los medios de comunicación van a ser los primeros interesados en transmitirlos, por lo que las sociedades científicas urológicas deberían estar alerta y cuidar de que la información transmitida, así como la publicidad acompañante, sean veraces y científicamente testadas, tanto si son estudios iniciales con sus correspondientes reservas, como si son avances ya contrastados.

En España, el Real Decreto 1907/1996 regula la publicidad y promoción de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, sancionando la publicidad engañosa.

En esta guía se van a tratar los aspectos de la comunicación en diversos ámbitos:

- Entre el urólogo y el paciente y sus familiares.
- Entre el urólogo y el equipo médico, así como los urólogos entre sí.
- Entre el urólogo y la sociedad.

## RESUMEN DE LA EVIDENCIA

La comunicación médico-paciente en nuestro país está regulada por la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. A continuación exponemos sus principales características:

- Establece como titular del derecho de información al paciente, y como forma de transmisión la verbal, con constancia escrita en la historia clínica.
- Contempla también el **derecho a no ser informado**, por deseo del paciente o por necesidad terapéutica.





- En caso de que el paciente no sea competente para tomar una decisión, regula el consentimiento por delegación.
- Los pacientes tienen derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, el pronóstico y las alternativas de tratamiento.
- La familia podrá ser informada en la medida que el paciente lo permita de manera explícita o tácita.
- El paciente puede dejar dispuestas voluntades anticipadas para el caso en que las circunstancias que concurran no le permitan en el futuro expresar personalmente su voluntad.

En la actualidad, los pacientes y familiares destacan que la información debe ser sincera, sensible y con margen de esperanza, y que desean ser escuchados de una manera activa por profesionales que muestren empatía, así como recibir la información con un lenguaje claro y de forma gradual.

Los profesionales sanitarios, en muchas ocasiones, tienden a subestimar los deseos de los pacientes de ser informados y de compartir las decisiones.

La comunicación, transmitiendo la verdad con unas expectativas realistas, puede mejorar la implicación de los pacientes en los cuidados, y sobre todo reducir el malestar psicológico.

## DEBATE ÉTICO

Si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta una época relativamente reciente cuando se abordó

---

de un modo sistemático y formal, incluyendo las particularidades del contexto social donde se desarrolle<sup>2</sup>.

El juramento hipocrático (460 a. C.), que ha pasado a la posteridad como encarnación del humanismo y del *ethos* médico, hace mención no solo a recoger síntomas y signos, sino incluso, y sin omitir los fracasos, a comunicarse largamente con los pacientes.

Sin embargo, en el juramento de Iniciación de Caraka (India 1 a. C.) la primera virtud es la obediencia del discípulo y del paciente, y se prohíbe la comunicación del médico con los inculpados o marginados de la sociedad.

En el juramento de Aspa (siglo VI, literatura médica hebrea) se pone de manifiesto una depurada ética de la relación médico-paciente, donde se conjugan las virtudes del humanismo con la fe y la esperanza religiosas.

La plegaria de Maimónides (médico judío del año 1135) subraya el *ethos* hipocrático de la filantropía y la necesidad de comunicación interhumana en la práctica médica. Proclama que un paciente es ante todo un ser humano y no un simple caso.

En la modernidad, la necesidad del respeto a la dignidad humana en la práctica médica, y especialmente en el ejercicio de la comunicación entre el médico y el paciente, se refrenda en todos los juramentos, los cuales continúan exhibiendo de alguna forma la impronta hipocrática en su función de modelo y fuente para la actuación médica.

Frente a un paciente, el médico debe tener al menos una actuación ética mínima que contemple los siguientes pasos:

**1. La comunicación de la verdad:** que establece un vínculo de sinceridad en la relación médico-enfermo y da base firme para que, conociendo su enfermedad, el paciente participe en la toma de decisiones sobre su diagnóstico y tratamiento.

Por tanto, la verdad debe ser comunicada de forma gradual, respetando la receptividad del paciente según sus niveles de inteligencia y conocimientos para que pueda ser tolerada tanto mental como emocionalmente.

**2. El consentimiento informado:** explicado de forma clara y sencilla, debe contener la información de todo lo concerniente tanto a la enfermedad como al tratamiento, de manera que sea comprensible y acorde con el lenguaje, las costumbres y la cultura del paciente. La información que ha de darse debe proporcionar conocimiento sobre **los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia.**

No hay dudas de que el paciente firma el consentimiento informado libre y voluntariamente, pero, así como es frecuente que se nos pregunte "¿me va a operar usted?", más raro es que nos interpielen sobre cuántas cirugías como la suya hemos realizado personalmente o si nuestra propia estadística coincide con los datos publicados.

Es decir, el paciente no solo debe conocer los aspectos de la propia técnica, sino en buena ley también sobre el urólogo que la va a realizar<sup>3</sup>.

La información ha de ser particularizada al escenario concreto del paciente.

El paciente tiene el derecho de que se le comuniquen su diagnóstico y pronóstico, pero también puede optar por no recibir esa información, y es él el que debe elegir.

En caso de que el paciente decida recibir toda la información, esta ha de ser adaptada a sus características cognitivas e intelectuales.

**3. La segunda opinión:** se trata de un concepto surgido en los últimos años. Es un derecho del paciente, y con esta segunda opinión se debe intentar resolver todas las dudas del mismo y darle la seguridad para que sea él el que adopte una posición activa en la toma de decisiones.

La información debe darse en primer lugar al propio paciente y en segundo, y si este no es menor y nos autoriza, a sus familiares o en su defecto a las personas que estén vinculadas directamente con el paciente.

Todas las personas deberían ser tratadas como entes libres y autónomos; solo si las personas tienen su capacidad disminuida deberían ser objeto de protección.

A diferencia de situaciones anteriores en el tiempo en las que el médico establecía una relación vertical y paternalista asumiendo toda la responsabilidad, la condición de contar con dicho consentimiento hace que la relación urólogo-paciente sea de carácter horizontal, en condiciones de simetría moral, de igual a igual, entre dos personas que están del mismo modo interesadas en esa situación médica<sup>4</sup>.

## PAUTAS DE REFLEXIÓN

**En la relación médico-enfermo** existen expectativas y limitaciones. El paciente puede esperar del médico un diagnóstico, recuperar la salud, sentirse libre de enfermedad, ser reconocido como enfermo o buscar una invalidez o una compensación económica.

La **historia clínica**, base del acto médico, se inicia con el interrogatorio, que probablemente sea la parte más difícil del **arte médico**.

Aunque la tendencia natural del especialista sea hacer la historia puramente urológica (¿cuántas veces orina por la noche? ¿cómo es el chorro de la orina? ¿ha orinado sangre?, etc.), **limitaciones del médico** como pueden ser la **prisa** o la **indiferencia**, escudadas en la falta de tiempo, no nos pueden hacer olvidar otros datos fundamentales sobre la propia historia médica del paciente y también sobre su situación personal, familiar y social ante la enfermedad. **Tratamos enfermos, no enfermedades.**

Prestar atención, no mostrar prisa y mirar al paciente a la cara, dirigirse también a los acompañantes, etc., constituyen verdaderas reglas de oro de la comunicación (Tabla I).

Especialmente cuidadosos hemos de ser los urólogos en la anamnesis y la exploración física, evitando realizar maniobras que causen molestias o

TABLA I. ESCUCHA			
CON EL CUERPO	CON LA PALABRA	CON LA ACTITUD	CON LA ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mirar a los ojos</li> <li>✓ Cercanía</li> <li>✓ Cara de atención</li> <li>✓ Postura</li> <li>✓ Afirmación de la cabeza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Asentimientos</li> <li>✓ Parafrasear</li> <li>✓ Eco</li> <li>✓ Tono adecuado</li> <li>✓ Preguntas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No interrumpir</li> <li>✓ Actitud comprensiva</li> <li>✓ No juzgar</li> <li>✓ No dar órdenes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ESCUCHA LO QUE TU PACIENTE DICE Y LO QUE TE QUIERE DECIR</li> </ul>

dolores innecesarios y respetando claramente el pudor, sin crear situaciones embarazosas para el sujeto.

Es importante dejar hablar, saber escuchar y hábilmente encauzar, **no interpretar**, pero lograr que el paciente exprese sus molestias, sus sentimientos y sus interpretaciones acerca de sus males atendiendo también a sus principios éticos y morales.

La comunicación verbal es la más utilizada, pero, sobre todo en situaciones de estrés, tiende a ser la de menor efectividad: "Las palabras se las lleva el viento".

Debe estar en consonancia con el lenguaje no verbal: la postura, la distancia, los gestos, etc., ya que **el comportamiento no verbal puede repetir, contradecir, sustituir, complementar, acentuar o regular el comportamiento verbal** (Tabla II).

Sabemos que en situaciones de estrés el impacto de un mensaje corresponde porcentualmente a (Figura 1):

- Contacto visual y comunicación corporal: 55%.
- Tono de voz: 38%.
- Contenido de las palabras: 7%.

En la comunicación verbal puede haber barreras que distorsionen el mensaje:

- Barreras mecánicas o naturales: ruido ambiental, interrupciones, distancia inadecuada, etc.
- Barreras gnoseológicas: relativas al conocimiento (incultura, ignorancia).
- Barreras socio-psicológicas: relativas a ideas que el sujeto puede tener como válidas y bien fundamentadas y que pueden bloquear las nuevas informaciones que se le dan, sobre todo si son opuestas a las ante-

TABLA II. IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL		
	Datos retenidos después de tres horas	Datos retenidos después de tres días
A. Solo oral	70%	10%
B. Solo visual	72%	20%
C. Oral y visual conjuntamente	85%	65%



FIGURA 1. Análisis porcentual de la comunicación verbal.

riores (por ejemplo, ante un cáncer de próstata hormonorresistente la pregunta “¿le van a quitar la inyección que antes le bajó el antígeno prostático específico?, pero ¿eso no era para toda la vida?”).

En la comunicación médico-paciente puede haber una **iatrogenia psicológica**:

- Con el uso inadecuado de un lenguaje excesivamente técnico que impide que el sujeto entienda correctamente el significado del mensaje y lo interprete erróneamente.
- O al hacer disertaciones puramente académicas sobre hallazgos en el examen físico o en pruebas complementarias que no tienen nada que ver con el propio paciente (explicando a los estudiantes o residentes las complicaciones de no poner una nefrostomía o la evolución de la hormonorresistencia del cáncer de próstata).
- O con el uso de términos socialmente rechazados (cáncer, sífilis, etc.).
- También con el mal uso del lenguaje corporal, con miradas a compañeros en el pase de visita o a los familiares que provoquen la suspicacia del paciente y el temor de este a no saber toda la verdad, a que se le estén ocultando malas noticias.
- Especial reflexión hay que hacer sobre los comentarios que en una consulta, en un pasillo o en un ascensor hacemos sobre pacientes que no están presentes (¡Vaya enorme tumor!, ¡si se arranca otra vez la nefrostomía que se la va a poner...!).
- No siempre los hacemos en un lugar exclusivo para el personal, y las informaciones pueden llegar a los pacientes o familiares por cauces inadecuados.
- Aparte de contravenir la Ley de protección de datos, se pueden crear situaciones de conflicto que se podrían haber evitado solo con la prudencia de nuestros comentarios.

---

Son errores evitables:

- No dedicar el tiempo necesario a la comunicación con el paciente.
- No crear el clima adecuado para la comunicación, con un exceso de interrupciones, falta de intimidad, uso inapropiado del teléfono, etc.
- Emplear términos incomprensibles para el paciente, con especial atención a las personas de más edad o de menor nivel cultural o al inmigrante.
- No fomentar el respeto y la confianza mutuos. No atender a los valores personales de cada uno.
- No escuchar.
- No contemplar el momento psicológico.
- El exceso de burocratización, la falta de humanización.
- No reconocer al paciente y sus familiares como la principal fuente de información.
- No identificar las necesidades del paciente (a veces es solo una ambulancia o un justificante para el trabajo).
- No buscar alternativas de solución o corrección de los problemas importantes para el paciente.
- No cumplir los reglamentos o normas internas de la institución.

## COMUNICACIONES ESPECIALES

Se requiere una comunicación especial cuando se presenta una situación en la que hemos de **comunicar errores médicos o fracasos terapéuticos**.

En un intento de transmitir seguridad y confianza a nuestros pacientes, solemos hacer mayor énfasis en los logros de las nuevas tecnologías, las ventajas de las incisiones mínimas, la disminución de la estancia hospitalaria, etc., que en las posibles complicaciones.

Quizás nos falte transmitir a la población que no somos infalibles y que en ocasiones se producen errores (dosis inadecuadas, cirugía sobre un órgano sano, mal uso de la tecnología, etc.).

Siempre hemos de tratar que nuestros conflictos humanos y personales queden fuera del centro de trabajo e impedir que se desplacen sobre los que vienen a buscar nuestra ayuda.

El urólogo, en su práctica diaria, puede pasar por situaciones de estrés, *burn out*, adicciones, denuncias por mala práctica, agresiones, etc., por excesiva presión asistencial o situaciones de precariedad en el trabajo.

Uno de los problemas éticos en la práctica médica que más preocupa a los facultativos es tener que informar de una posible mala praxis de un compañero<sup>5</sup>. Pero cuando los errores ocurren, debemos admitir la culpa ajena y la propia.

TABLA III. DAR MALAS NOTICIAS EN SEIS PASOS

1	Buscar el contexto y el entorno físico adecuado
2	Descubrir qué sabe el paciente
3	Descubrir qué quiere saber
4	Informar con más detalle (dar información en pequeñas dosis)
5	Aceptar y facilitar las expresiones emocionales
6	Planificar, seguir y facilitar el apoyo

El dilema ético se presenta cuando el error es ajeno y en realidad no va a perjudicar al paciente; en este caso, ¿lo deberíamos comunicar? Ante un posible primer impulso de huida, lo correcto es asumir la realidad e implicarse en sus posibles soluciones.

**Hay más quejas de los silencios** (nadie nos comunica nada, no sabemos qué ha pasado, qué ha fracasado) que a veces del propio error diagnóstico o del fracaso terapéutico.

**Si la comunicación es dolorosa, la incomunicación lo es mucho más**

Toda persona enferma tiene derecho a estar informada sobre su estado de salud. Siempre hay que valorar a cada paciente y su situación en particular para considerar si está en condiciones personales de recibir o no la verdad.

Comunicar la verdad sobre el error médico, sobre el fracaso terapéutico o sobre la gravedad de la enfermedad y las expectativas de vida no siempre va a ser lo mejor para el paciente en un momento determinado (Tabla III).

La comunicación en estos casos debe ser adecuada, teniendo en cuenta el concepto de “verdad progresiva y soportable” siempre que sea el propio paciente el que defina su nivel de soportabilidad.

**En el caso de menores o adolescentes**, en los que la toma de decisiones puede derivar en problemas en la edad adulta, por ejemplo en el caso de varicoceles, testes hipermóviles, hipospadias leves, etc., hemos de estar seguros de que los padres han recibido y comprendido bien toda la información para una correcta toma de decisiones.

Especial debe ser la información en **el caso del donante vivo para trasplante renal**.

Tanto en adultos como en niños aceptaremos la extracción como una buena práctica clínica, identificando los principios y valores que permitan justificar la excepción en el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia.

Si el donante dispone de la información sobre el tipo de procedimiento, sus riesgos y sus consecuencias y los asume, si está capacitado para decidir y lo hace de manera voluntaria y libre de coacciones, en definitiva, si se cumple el procedimiento del consentimiento de acuerdo con el princi-

pio de autonomía tal como se define en el informe Belmont, no habría ninguna objeción a su realización.

Pero hemos de estar atentos a que el donante verdaderamente tome su decisión sin manipulaciones ni coacciones, porque todos sabemos la implicación emocional de estas decisiones cuando el donante es un familiar, "¿Cómo no le vas a dar un riñón a tu sobrino?".

## CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

### Sobre el paciente

Diversas investigaciones sugieren que una comunicación eficaz influye en la salud de los pacientes sobre aspectos como el estado emocional, la resolución de síntomas, el estado funcional y el dolor.

El nivel cultural del paciente determina muchas veces la comunicación. A veces, es más fácil simplificar los términos de un procedimiento a un paciente con bajo perfil cultural que atender a pacientes que se han informado en Internet de su patología y llegan con un listado de dudas que, si sabemos leer entre líneas, dejan traslucir una alta tasa de ansiedad.

La mayoría de las veces lo que el paciente quiere no es saber tanto la cifra límite de la ratio del antígeno prostático específico (PSA) o el número de espermatozoides mínimo para poder tener un hijo, sino saber que se encuentra con un profesional que conoce de su tema y de su caso y que le sabe transmitir la seguridad y confianza que a él mismo le falta.

Hacer siempre uso de la empatía y la veracidad en la comunicación es una actitud recomendable.

Siempre que el paciente exprese una emoción de manera explícita y directa ("estoy asustado", "no sé si voy a poder con esto", etc.) tenemos

**Si se respeta la autonomía del donante y el cirujano actúa sin intención maleficente, la donación es moralmente aceptable y exime de manera excepcional del deber de beneficencia de todo acto médico.**





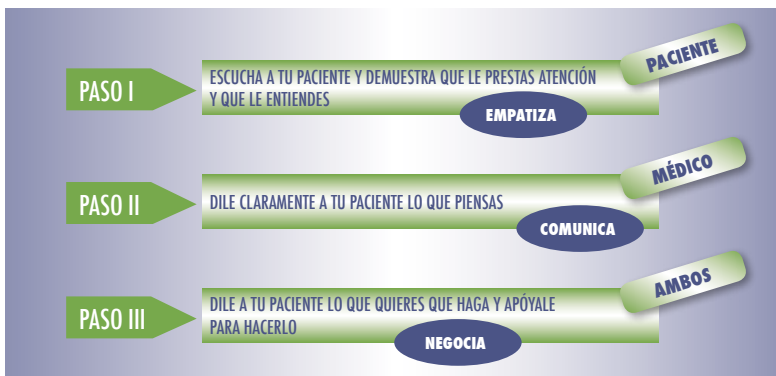


FIGURA 2. Asertividad.

una **oportunidad empática** ante la que el urólogo puede, o bien responder empáticamente (“me hago cargo”, “me imagino que debe ser duro para usted”, etc.), o abortar y dejar pasar la oportunidad de empatizar (“vamos a pedir una TAC”, etc.).

Hay un grupo de personas, asintomáticos en el momento de la consulta, que son aquellos individuos sensibilizados por las campañas de prevención de la salud en los que la comunicación urólogo-paciente es fundamental, tanto para generar la confianza de quien puede tenerla (“por su PSA total, densidad y ratio y tacto rectal le puedo decir casi con seguridad que usted ahora mismo no tiene un cáncer de próstata”), como la inquietud en los demás.

En estas ocasiones hay que establecer una **comunicación asertiva** (Figura 2), es decir, directa, honesta y apropiada en la que se llegue a establecer una búsqueda de acuerdos y negociación de compromisos por ambas partes; así, habrá casos de personas que quieran hacerse una determinación del PSA mensual y quien no se quiera repetir la biopsia aunque los indicadores la recomienden.

El interés lucrativo de estos protocolos debe quedar siempre fuera de toda duda.

La buena comunicación urólogo-paciente es la clave.

Cuando no hay suficiente evidencia sobre un tema, como en el caso de nuevas tecnologías, nuevos fármacos, ensayos clínicos, etc., hay que tener bien claro de qué se debe informar, cuánta información se debe transmitir, sin soslayar incluso los riesgos, de forma que el paciente pueda ejercer su capacidad de decidir de forma real.

Es algo propio de la investigación científica ir descubriendo la verdad de forma progresiva.

El problema viene cuando los resultados se interpretan de forma sesgada o se ofrecen resultados como si fueran concluyentes cuando solo son parciales.

## Sobre los familiares

El concepto de familia puede ser todo lo amplio o reducido que queramos<sup>6</sup>. Parece apropiado afirmar que la familia es “un grupo de personas relacionadas biológica, emocional y/o legalmente que viven en el mismo hogar”. Hoy, con la evolución de las comunicaciones, no está claro que deban vivir en el mismo hogar para ser consideradas como familia.

Si bien aceptamos que el paciente debe ser el primer sujeto de la información, no es menos cierto que en la actual Urología, con las altas precoces y las técnicas de cirugía mínimamente invasiva, implicamos a los familiares en el cuidado del paciente, por lo que la correcta transmisión de información es fundamental en el desarrollo del proceso.

El equipo de salud en su conjunto (desde la admisión hasta el alta y el posterior seguimiento telefónico o en consultas) tiene que desarrollar una labor cohesionada, donde el paciente y sus familiares no denoten fallas o deficiencias en ninguno de los eslabones<sup>7</sup>.

La elaboración de guías paso a paso, claras y sencillas, puede ser un método de comunicación eficaz para el paciente y sus familiares.

La información sobre la enfermedad que se proporciona a la familia debe estar adaptada a los deseos del propio enfermo, ha de ser clara y concisa, y se debe ceñir a las preguntas que los familiares realicen.

En ocasiones, ante las malas noticias los familiares pretenden “proteger” al paciente y piden al médico que no le informe de la situación. Es importante dejar claro que el urólogo no va a mentir al enfermo, aunque se puede pactar proporcionarle información escueta y circunscrita a las preguntas concretas que realice el paciente.

Las preferencias de los pacientes relacionadas con la información que quieren recibir y las decisiones terapéuticas pueden variar con el tiempo. Se recomienda informar al equipo médico de las decisiones adoptadas en cada momento de la evolución del proceso y registrarlas en la historia clínica para ser coherentes en el futuro, con lo que se disminuye mucho la ansiedad del paciente si no es atendido por su médico habitual.

## Sobre el equipo de trabajo

El ambiente de trabajo influye sin duda en las relaciones entre colegas. La estructura directiva, la misión y objetivos de las organizaciones y sus integrantes, la disponibilidad de recursos, los conflictos de intereses de diferentes departamentos o áreas, el carácter de los reglamentos, el liderazgo y los estilos de dirección determinan el ambiente laboral.

El enfoque multidisciplinar de los pacientes puede difuminar un enfoque integral del mismo, así como



FIGURA 3. Guía de acogida.

provocar roces entre los profesionales, indefinición de responsabilidades, etc., con lo que se deterioran el ambiente laboral y la atención al paciente.

Cuando hay una alta carga de trabajo en patologías que presentan un curso clínico predecible y requieren la cooperación de varios profesionales, la utilización de las **vías clínicas consensuadas** entre todos los profesionales responsables del paciente puede ser una **excelente forma de comunicación** entre los médicos, el personal de enfermería y los pacientes, y su uso puede minimizar los errores en la transmisión de información.

La vía clínica es una herramienta de gestión que coordina las actividades del día a día, consiguiendo una optimización de la secuencia de actos médicos<sup>8</sup> (Figura 3 y Tabla IV).

### La vía clínica no reemplaza el juicio clínico del profesional

Las vías clínicas pueden tener desviaciones que permiten, tras su análisis por el equipo, la adecuación a nuevas circunstancias.

En las vías clínicas queda especificada la coordinación de los diferentes profesionales al definir las actividades del día a día en la atención al paciente y quién es el responsable de realizar cada actividad.

Lo que no se debe olvidar nunca es que los problemas, aunque sean laborales y estén o no relacionados con la atención al paciente, se deben discutir a solas, alejados de la presencia de los pacientes y familiares.

A través de las vías clínicas, el paciente y sus familiares conocen detalladamente la secuencia de procedimientos que se van a realizar desde el principio al final del proceso, con lo que disminuye la sensación de ansiedad e incertidumbre que conlleva una hospitalización (Figura 4).



FIGURA 4. Representación de una vía clínica.

---

Se acompañan de unas encuestas de satisfacción del paciente que bien analizadas son una excelente herramienta para el control de la calidad de todo el equipo.

Uno de los aspectos más investigados actualmente en cualquier organización sanitaria se refiere a la **satisfacción** de consumidores (internos y externos), y cuando se trata de **comunicación** adquiere extrema importancia, hasta llegar incluso a constituirse en un **indicador de calidad** del servicio prestado, es decir, un estándar o medidor de la calidad del servicio de salud prestado.

### Sobre la comunicación científica

Por un lado, la normal necesidad de transmitir los conocimientos y avances de los urólogos en una especialidad muy dinámica, y por otro lado la necesidad de los demás profesionales de acudir a las fuentes para aprender, hace que la producción de literatura científica en Urología sea muy abundante, tanto en comunicaciones presentadas en congresos nacionales e internacionales como en revistas especializadas.

La comunicación de los hallazgos científicos debería hacerse bajo las premisas de:

- Humildad, que lleva al investigador a comprender los límites de sus hallazgos.
- Sinceridad, que exige que el investigador sea fiel a la propia idea, sin distorsiones ni engaños.
- Objetividad, que hace que el investigador prescinda de todo ingrediente subjetivo y muestre la realidad tal cual es.











Desde su constitución, la Asociación Española de Urología establece en sus estatutos la necesidad de contar con un órgano propio de difusión de sus actividades científicas y sociales<sup>9</sup>. En una editorial de *Actas Urológicas Españolas*, actual órgano de difusión de la Asociación Española de Urología, se incide en que, además de implementar su lectura y su factor de impacto, **debe presidir la rectitud de la publicación biomédica** que obliga a considerar distintas **obligaciones éticas** cuyos fundamentos, aunque clásicos, han variado en sus últimos años y hacen referencia al tratamiento de las citas bibliográficas que obligan a directores y revisores<sup>10</sup> al análisis de los criterios de originalidad y publicación redundante y finalmente a los derechos de propiedad intelectual<sup>11</sup>.

### La publicidad profesional

Puede definirse la publicidad como el proceso de comunicación que, a través de diferentes medios, facilita la información necesaria para que los consumidores y usuarios lleguen a conocer un producto, servicio o idea, con objeto de que puedan elegir óptimamente y, a la vez, influir en su aceptación y compra estimulando la demanda<sup>12</sup>.

En este sentido, la publicidad es legítima en los medios de comunicación y está regulada por la Ley general de publicidad (1988).

**TABLA IV. INFORMACIÓN PARA EL ENFERMO/FAMILIAR**

<b>DÍA ATENCIÓN</b>	<b>Día 1 Ingreso</b>	<b>Día 2 Cirugía. Reanim. Planta</b>
<p><b>Atención y cuidados</b></p>	<p>Se le entrega el equipo de acogida y se le pone la pulsera de identificación.                      Le hacen la valoración de enfermería.                      Le toman la temperatura y la tensión arterial e inicia la preparación prequirúrgica.</p> 	<p>Ira a quirófano, después permanecerá en observación en Reanimación.                      Tendrá un gota a gota, una sonda por la nariz y sonda urinaria.</p> 
<p><b>Medicación</b></p>	<p>Se le pregunta sobre los medicamentos que toma.                      Se le administra la medicación de la preparación del colon.</p> 	<p>Se le administra medicación por vía intravenosa y subcutánea.                      Se le pondrá en el dedo un dispositivo para control.</p> 
<p><b>Actividad</b></p>	<p>Estará limitada por la ingesta de líquidos y medicación y por el enema de limpieza.                      Recibirá formación sobre ejercicios respiratorios y movilidad de las piernas.                      Por la tarde-noche: ducha.</p> 	<p>Reposo en cama. El equipo sanitario le tomará las constantes vitales, pulso, tensión arterial, temperatura y medirá el dolor.</p> 
<p><b>Comida</b></p>	<p>No puede comer ni beber a partir de la cena.</p> 	<p>Estará en ayunas y con sonda en la nariz.                      La alimentación será intravenosa.</p> 
<p><b>Información</b></p>	<p>Se le explica el horario de visitas y el esquema de su estancia en el hospital.                      Se comprueba el consentimiento informado.</p> 	<p>Se informa a los familiares y al paciente sobre la intervención y la evolución.</p> 

Esta es la evolución más habitual. En cualquier caso, su atención será adaptada agradable posible. Ante cualquier duda o contratiempo,

# INTERVENIDO DE CISTECTOMÍA. SERVICIO DE UROLOGÍA

Días 3, 4, 5 y 6 Planta	Días 7, 8, 9, 10 y 11 Planta	Día 12 Alta
<p>Recibirá la atención y cuidados de los profesionales del Servicio de Urología. Aseo en cama al principio, después se le ayudará en el aseo personal.</p> 	<p>Recibirá la atención y cuidados de los profesionales del Servicio de Urología. Se empieza adiestramiento en el autocuidado. Gradualmente conseguirá cuidar su ostomía, al principio con ayuda, después solo.</p> 	<p>Recibirá el informe provisional de alta y las recomendaciones. Recogida de encuesta de satisfacción.</p> 
<p>Continuará con el tratamiento intravenoso y subcutáneo.</p> 	<p>Día 7. Se inicia el paso a tratamiento oral, si tolera líquidos. Se le retira la sonda por la nariz.</p> 	<p>Si previamente tomaba medicamentos, continuar con ellos.</p> 
<p>Reposo en cama. Ha de mover las piernas. Se puede sentar e iniciar deambulación. Realizar ejercicios respiratorios.</p> 	<p>Progresar en deambulación. Ducha. Ejercicios respiratorios y de piernas.</p> 	<p>Actividad habitual.</p> 
<p>Continuará en ayunas y con sonda en la nariz. La alimentación será por el gota a gota.</p> 	<p>Se inicia la tolerancia oral con líquidos y se inicia dieta y toma de medicación habitual.</p> 	<p>Alimentación blanda.</p> 
<p>Se informa de la evolución a los familiares y al paciente.</p> 	<p>Se le entrega información sobre la ostomía. Se empieza adiestramiento en el cuidado de la ostomía.</p> 	<p>Se informa al paciente del progreso en el autocuidado. Cuidados al alta. Citas para Revisión.</p> 

a su caso particular. Deseamos que su estancia en el Hospital sea lo más no dude en consultar a los profesionales. **Marzo 2005**

Conviene recordar que dicha publicidad profesional debe ser meramente informativa y **nunca promocional**.

Tanto la investigación científica como los recursos que ella proporciona demandan en su aplicación el buen criterio y que la ética preceda a la técnica.

**Nos corresponde a los urólogos no solo adaptarnos a los cambios, sino liderar las investigaciones para poder discriminar lo realmente útil de lo que solo lo es en apariencia y decidir qué es lo mejor para nuestros pacientes a través de pautas consensuadas<sup>13</sup>**

Las nuevas vías de comunicación, con el correcto uso de las **redes sociales**, son una herramienta fundamental en donde los urólogos debemos estar presentes sin lugar a dudas, pues es un hecho contrastado que el uso es imparable por parte de pacientes, profesionales y la sociedad en general.

En el caso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el concepto de información o publicidad veraz debe venir definido por la práctica debidamente validada.

La publicidad es un instrumento de poder que proyecta sobre los sujetos susceptibles, aquellos que reciben el mensaje, un discurso repetitivo que provoca unos efectos planificados y coercitivos para el individuo que pueden condicionar la libertad de elección y de decisión.

En una nota publicada en Actas de 1994 la Junta directiva de la Asociación Española de Urología se adhirió al manifiesto de la Organización Mundial de la Salud del 23 de julio de 1993, en el que se vela porque la salud de los ciudadanos pueda sufrir influencias negativas como resultado de una publicidad ambigua e incierta y en algunas ocasiones incluso falsa y mendaz.

Con esta nota, la Junta directiva de la Asociación Española de Urología quiere ser la garante moral de que la ética de sus miembros en materia de publicidad sea la que marcan las normas deontológicas.

## RECOMENDACIONES

- La atmósfera de la entrevista debe ser privada, sin ruidos externos que la afecten; se deben evitar las interrupciones y garantizar la intimidad del encuentro<sup>14</sup>.
- El lenguaje verbal y escrito debe ser congruente y adecuado a cada situación.
- El consentimiento informado es parte integrante de la atención médica prestada.

- La información dada en él debe incluir los riesgos conocidos, los beneficios esperables, las alternativas de tratamiento disponibles y sus costes respectivos, así como la identificación del personal médico que participará directamente en el cuidado del paciente.
- Una vez informado el paciente, debemos descubrir los miedos y angustias del paciente más allá de lo que este nos comunica. Y estos miedos también deben tenerse en cuenta en el proceso de toma de decisiones.
- Se deben utilizar vías clínicas para personal y pacientes<sup>13,14</sup> con objeto de minimizar los errores en la transmisión de información.
- En los procesos complejos, una guía escrita paso a paso del procedimiento suele ser una excelente herramienta de comunicación que minimiza las dudas, evita ansiedad al conocer de antemano lo que va a pasar y favorece el cumplimiento por parte de pacientes y familiares.
- Los controles de calidad de la información obtenidos de los cuestionarios de satisfacción de los pacientes son el colofón para valorar si la comunicación entre urólogo y paciente ha sido la deseada para ambas partes.
- Las comunicaciones a congresos, las publicaciones en revistas científicas y la publicidad, tanto en ámbitos científicos como de difusión general, han de estar sujetas a normas deontológicas legalmente protegidas. Valores como la honestidad, la sinceridad y la objetividad deben presidir la investigación y la comunicación científica.
- Por último, como casi todo en la vida, el arte de la comunicación se puede aprender y perfeccionar día a día.
- La formación en habilidades de comunicación del personal sanitario resulta un deber ético<sup>15</sup> (Figura 5).
- Es deseable (¿y exigible?) que cada uno realice el autodiagnóstico de su capacidad de escucha y de empatizar con pacientes, familiares, compañeros y participar, si así es preciso, en cursos de formación con metodologías didácticas validadas, con reglas fundamentales para mejorar la escucha activa y eficaz, que serán la base de una buena comunicación.

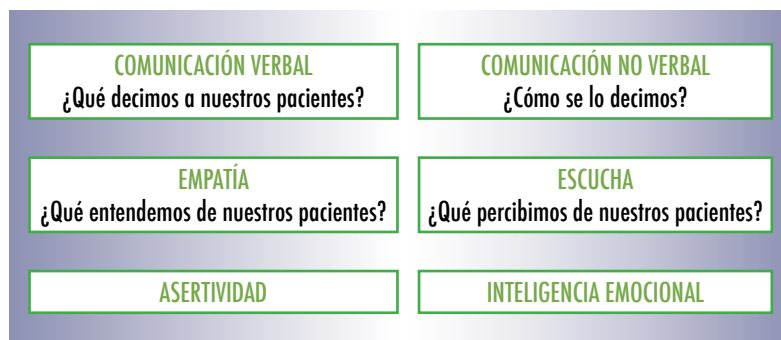


FIGURA 5. Competencias diferenciadoras.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Vázquez AM, Vázquez Valero M. Valoración de la producción científica de los profesionales sanitarios: una propuesta. SEMERGEN. 2006; 32: 68-72.
2. De Dios Lorente JA, Jiménez Arias ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. MEDISAN. 2009; 13 (1).
3. Jara Rascón J. Interrogantes éticos en el aprendizaje de la cirugía. Calidad y Riesgo. 2008; 1: 7.
4. Allegro L. El problema ético del médico. Rev Arg Urol. 2005; 70: 1-2.
5. Bosch-Barrera J. Dilemas éticos en la práctica médica en 2010: Reflexiones en torno a una encuesta a más de 10.000 facultativos. Cuad Bioét. 2011; XXII: 113-8.
6. Vergeles-Blanca JM. En la enfermedad crónica ¿la familia ayuda? Actualización en Medicina de Familia AMF. 2013; 9: 495-500.
7. Rodríguez Collar TL. Particularidades de la relación médico-paciente en la cirugía de mínimo acceso en Urología. Rev Cubana Invest Biomed. 2005; 24: 32-8.
8. Núñez Mora C, Chamorro Ramos L, Rendón Sánchez D, Ríos González E, Pastor Arquero T, Aguilera Bazán A, et al. Vía clínica para la RTU de neoformaciones vesicales. Análisis de los 2 primeros años de implantación. Arch Esp Urol. 2001; 54: 777-86.
9. Pérez Albacete M. La actividad científica de la Asociación Española de Urología recogida en las publicaciones periódicas. Actas Urol Esp. 2006; 30: 243-53.
10. Ruiz Cerdá JL. La tarea del revisor de artículos para Actas Urológicas Españolas. Actas Urol Esp. 2006; 30: 555.
11. Carballido JA. Gratitud y desafíos (Nuevos retos). Actas Urol Esp. 2000; 24: 444-5.
12. García Hernández I, Gálvez Toro A. La publicidad en revistas de enfermería españolas. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades. 2002; 11: 80-6.
13. Signori HA. Futuro de la Urología. Rev Arg Urol. 1998; 63: 1.
14. Almarales Pupo B. Barreras que afectan la comunicación médico-paciente. Hospital "Lucía Íñiguez Landín". Correo Científico Médico de Holguín. 2003; 7 (2).
15. Montaner Abasolo MC, Soler Company E. La relación con el paciente desde la perspectiva personalista. Saber comunicar, un imperativo ético. Cuad Bioét. 2013; XXIII (3).

