

El efecto Fausto: sobre la legibilidad y comprensión de los informes clínicos de alta hospitalaria

Nicasio Marín-Gámez^a, María de los Ángeles López-Salido^b, Antonia Belén Márquez-García, José Antonio Trujillo-Pérez^a, Francisco Jódar-Morente^a y Mónica Rodríguez-Galdeano^c

^aServicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. España.

^bBibliotecaria experta en documentación sanitaria. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España.

^cServicio de Medicina Interna. Hospital Regional de Albacete. Albacete. España.

RESUMEN

Una insuficiente comprensión del informe clínico de alta puede tener consecuencias relevantes. La dificultad de lectura es una barrera de comunicación que se ha relacionado, entre otros, con un aumento de los costes asistenciales y un escaso cumplimiento terapéutico. Desconocemos el grado de dificultad en la lectura de los informes clínicos de alta hospitalaria en nuestro país. Se plantea este estudio con el objetivo de demostrar que la dificultad de lectura de los informes de alta es mayor que la deseada según un estándar recomendado y que la legibilidad de comprensión, probablemente, se asocia con la modalidad de redacción empleada. Se han revisado 166 informes de alta de un servicio de medicina que se clasificaron en 2 subgrupos según el estilo de redacción: *a*) descriptivo —caracterizado por un continuo y exhaustivo detalle de datos técnicos—, y *b*) narrativo —que se erige sobre expresiones a priori más sencillas y menos cuantitativas—. Se determinó la complejidad de lectura mediante el índice de Flesch y el recuento de «palabras blindadas». El índice de Flesch medio de todos los informes fue de 53 puntos (muy por debajo del nivel de legibilidad recomendado), y la diferencia fue más evidente en el subgrupo descriptivo que en el narrativo. Los informes descriptivos contenían más palabras blindadas que los narrativos. Se concluye que la legibilidad de los informes de alta excede la capacidad de lectura de la mayoría de los pacientes. El estilo narrativo es más comprensible que el descriptivo.

Palabras clave

Informe de alta hospitalaria. Legibilidad. Lenguaje médico.

Faustus' effect: on the readability and understanding of hospital discharge reports

ABSTRACT

Inadequate comprehension of the discharge report can have serious repercussions. Reading difficulty hampers communication and has been related to increased healthcare costs and poor therapeutic compliance, among other factors. The readability of hospital discharge reports in Spain is unknown. The aim of the present study was to demonstrate that the readability of discharge reports is lower than recommended standards and that readability is probably associated with the writing style used. We reviewed 166 discharge reports from an internal medicine department. The discharge reports were classified in 2 subgroups according to the writing style used: *a*) descriptive (characterised by continuous and exhaustive details of technical data), and *b*) narrative (based on expressions that were a priori simpler and less quantitative). Readability was determined through the Flesch Index and a count of technical terms that patients would find unfamiliar (including abbreviations). The mean Flesch Index score for all the discharge reports was 53 points, which was much lower than the recommended readability level. This difference was more evident in the descriptive than in the narrative subgroup. Descriptive reports contained more technical terms than did narrative reports. In conclusion, the reading difficulty of the discharge reports exceeds the reading level of most patients. Narrative style is more easily understood than descriptive style.

Key words

Hospital discharge report. Readability. Medical language.

Un resumen de esta investigación fue presentado en el Congreso Mundial de Bioética de octubre de 2004, Cuenca. España.

Correspondencia: Dr. N. Marín-Gámez.
Servicio de Medicina Interna.
Complejo Hospitalario de Jaén.
Avda. Ejército Español, s/n. 23005 Jaén. España.
Correo electrónico: nicasio07@telefonica.net

Recibido el 29-08-05; aceptado el 15-05-06.

INTRODUCCIÓN

La adecuada comunicación entre clínicos y pacientes es una condición previa a la efectividad de cualquier intervención médica sobre pacientes reales. El soporte fundamental —aunque no único— es escrito o documental. Uno de los documentos esenciales es el informe de alta entregado al paciente tras la finalización de la asistencia hospitalaria, un informe con una composición mínima que esté regulada por ley¹.

Aunque la tasa de alfabetización de adultos en España es, según un informe sobre desarrollo humano de 2003, del 97,7%, sigue siendo inferior en determinadas comunidades autónomas, y en Jaén alcanza valores del 25%, con escasas diferencias por provincias y sexo, pero significativamente mayores en las edades geriátricas.

En todo caso, y hasta donde hemos podido investigar, no disponemos de una tasa validada equivalente de legibilidad en materia sanitaria o médica (lo que podríamos llamar «alfabetización en salud»), a pesar de que se han establecido recomendaciones internacionales al respecto. Es un hecho demostrado que el índice de alfabetización en salud es sensiblemente inferior al de alfabetización general²⁻⁴. Y es probable que en la realidad clínica cotidiana la capacidad de comprensión de un texto médico por la población general sea limitada y esté sobrestimada por los médicos.

Esta limitación supone una barrera adicional, cultural y social, entre médico y paciente. Las consecuencias son variadas e importantes. La incomprensión o baja legibilidad en salud es un factor independiente y determinante en los costes asistenciales, estancias medias, aplicabilidad de los planes de tratamiento, cumplimiento terapéutico, frecuentación de servicios de urgencias y mayor uso de los recursos hospitalarios especializados^{4,5}. Además, la errónea lectura de un informe clínico relevante puede tener consecuencias legales —litigios, singularmente—⁶.

Finalmente, hay un fondo bioético clave e ineludible: en clínica médica sólo es lícito lo que es consentido, pero no puede ser consentido lo que, con antelación, no haya sido comprendido.

El objetivo de esta investigación ha sido contrastar 2 hipótesis:

1. La dificultad media de legibilidad de los informes de alta destinados a los pacientes que emitimos en la clínica diaria y real es mayor que la de un patrón internacional de facilidad de lectura recomendable.

2. La legibilidad podría estar determinada en gran manera por la modalidad de redacción empleada («estilo narrativo» o «estilo descriptivo»).

PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio clínico no experimental, tipo investigación clínica evaluativa, que analizó una muestra aleatoria constituida por 166 informes clínicos de alta hospitalaria (la muestra representó el 7% de los informes emitidos por un equipo médico en un año), seleccionados mediante un criterio sistemático sobre una tabla convencional de números aleatorios. Los informes fueron redactados por diferentes facultativos de un mismo servicio de medicina perteneciente a un centro hospitalario público andaluz.

Aunque el «objeto de investigación» fue el informe y no el enfermo (tampoco lo fue el médico autor del informe, habiéndose acordado, de hecho, que ambas identificaciones fueran enmascaradas y anónimas), se remitió notificación al comité de investigación y ensayos clínicos del centro, dado que consideramos el informe de alta, a fin de cuentas, como un documento de contenido sensible referente a personas y sus condiciones médicas, y sujeto, por tanto, a la debida privacidad y a legislación propia.

Los informes fueron clasificados en 2 subgrupos según el estilo de redacción empleado: a) descriptivo o tradicional, una variedad predominante en nuestro medio que incluye habitualmente un exhaustivo detalle de cuantos datos técnicos se disponga respecto al paciente: ya sean anamnésticos, exploratorios, biopatológicos, de imagen o electrofisiológicos, y b) analítico-narrativo^{7,8}, una modalidad que integra esos datos técnicos en expresiones breves, sintéticas y cualitativas, tipo «fallo renal», «fallo cardíaco», «fallo respiratorio», etc., con gradación variable relacionada con el pronóstico (leve, medio o grave). Esta variante narrativa contiene, además, tanto una competencia como las habilidades capaces de absorber, reconocer, interpretar y trasladar a un informe el proceso asistencial, de modo que pueda ser leído y relatado como un registro con significado no propiamente orgánico o estrictamente biomédico, sino también humano. Implica un lenguaje que integre las dimensiones técnica y personal.

Todos los documentos se expresaron en formato Word (.doc) al objeto de efectuar el estudio de estadística de legibilidad que incorpora el sistema Microsoft 2000 de procesado de textos en la aplicación llamada «Herramientas», una vez finalizada la corrección gramatical y ortográfica.

El nivel de complejidad de lectura se determinó mediante la asignación de 2 criterios: el primero (habitualmente el más utilizado internacionalmente y recomendado en diversos ámbitos, especialmente en salud) fue la escala Flesch (basada en 2 variables: «longitud de palabra» y «longitud de frase u oración»), corregida para el idioma español, según el ajuste bien conocido de Fernández-Huerta (1959), dado que el inglés es un idioma «más económico», y el español más proclive al empleo de frases y palabras largas; y, segundo, el cómputo de lo que denominamos «palabras blindadas» (términos técnicos, incluso breves, como: AST, ALT, sodio o Na, potasio o K, proteína «prion» en LCR, FE de VI, difusión de CO, ECG, FEV₁, creatinina, infiltrado radiológico, pH, TC, RM, ECO y demás, pero incomprensibles para el no médico, esto es: palabras crípticas).

El ajuste del índice de Flesch, según la fórmula clásica de Fernández-Huertas (legibilidad: 206,84-0.60P-1.02F; siendo P el promedio de longitud de palabra y F el promedio de longitud de frase por cada bloque equivalente

TABLA 1. Distribución global de las estadísticas de legibilidad. Variable relacionada con la complejidad o dificultad del lenguaje de los informes clínicos (índice Flesch-Huerta o corregido)

Media índice Flesch corregido (total)	53,8
Media índice Flesch corregido (descriptivo)	54,9*
Media índice Flesch corregido (narrativo)	84,5*

*Test de Student comparativo, $p < 0,001$.

TABLA 2. Datos agrupados según estilo de redacción para palabras blindadas y distribución global de estadísticas de legibilidad

Palabras blindadas estilo narrativo	25,51* \pm 11,12
Palabras blindadas estilo descriptivo	72,26* \pm 31,19
Palabras por informe	294,30 \pm 163,23
Oraciones por informe	24,27 \pm 10,5
Párrafos por informe	17,08 \pm 6,77

*Test de Student comparativo para 2 medias, $p < 0,001$.

Datos expresados en media aritmética \pm desviación estándar.

de 100 palabras), se configuró en la aplicación Excel para obtener los datos de legibilidad/documento.

Se asumió que las variables cuantitativas («índice de Flesch ajustado» y «cómputo de palabras blindadas»), caracterizadas por las correspondientes medidas de tendencia central y de dispersión, media y desviación estándar (DE), seguían una distribución normal, y se sometieron a un contraste de hipótesis mediante el test de la *t* de Student, con error alfa máximo del 5%, y poder (error beta) del 90% para el tamaño muestral obtenido, en caso de que existieran diferencias estadísticamente significativas.

RESULTADOS

La complejidad de los informes clínicos de estilo convencional descriptivo es sensiblemente superior a la de los informes de estilo narrativo (tabla 1). A menor índice de Flesch mayor complejidad del texto y, por tanto, menor legibilidad. En los informes médicos de estilo descriptivo el índice de Flesch, que indica la legibilidad de los informes, es de 54,9, menor que el nivel recomendado. Recordemos que para que un texto sea comprensible para un estudiante de 1.º de ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria) el índice de Flesch tiene que ser superior a 60-70. (No existe una tasa equivalente validada de legibilidad de informes médicos.)

La complejidad de los informes clínicos en estilo convencional descriptivo es también sensiblemente superior a la del estilo narrativo, debido a la mayor proporción en aquél de «palabras blindadas» (tabla 2).

DISCUSIÓN

No es sorprendente que el nivel promedio de legibilidad-comprensión de los informes médicos de alta sea elevado. Es un hecho conocido que los documentos sanitarios, en general, están redactados de un modo tal que exceden la capacidad de lectura de la mayoría de los pacientes^{3,4,9}. Con este estudio confirmamos este hecho, y sugerimos que la dificultad puede residir en la modalidad de estilo de redacción, lo que hemos dado en llamar «el cómputo de palabras blindadas», es decir: la intensidad

de la jerga científico-médica. Una diferencia de casi 50 puntos sobre términos «crípticos» entre el estilo narrativo y el tradicional descriptivo no parece que sea atribuible al azar ($p < 0,001$) o a un sesgo de selección, aunque éste es un factor que puede influir de algún modo en nuestra muestra, dado que el grupo de trabajo estaba motivado e interesado en hacer más comprensible, de un modo general, los informes de alta. De hecho, el índice Flesch medio de todos los informes quizá sea más «legible» que el de la mayoría de los documentos médicos, y está sólo 13 puntos por debajo del estándar, y se aproxima, por tanto, al rango diana o nivel de dificultad recomendado (60-70), que corresponde al de un estudiante de 1.º o 2.º de ESO, de una edad entre 12 y 13 años.

Naturalmente, existen otras modalidades de comunicación: verbal, gráfica, audiovisual, multimedia, que influirán progresivamente en cómo transmitimos información clínica a los pacientes, pero es improbable a medio plazo que desplacen al informe escrito tradicional de alta. También es claro que el lenguaje médico es algo más que información, puede ser terapéutica¹⁰.

Por otra parte, si consideramos el informe de alta como un medio y un soporte de comunicación entre médico y paciente, es necesario que tengamos en cuenta que los receptores de ese documento (los pacientes, o sus cuidadores en casos de deterioro cognitivo significativo) no están obligados a conocer la jerga técnica. Esto es especialmente importante en los pacientes geriátricos, dado que algunos, singularmente, y en España los nacidos antes de 1930, aún padecen los efectos de una política de alfabetización, digamos, histórica y escasa, muy por debajo de las alcanzadas por las generaciones posteriores. Aunque, naturalmente, que los informes sean más o menos incomprensibles no implica, necesariamente, que sean incomprensidos. La cortesía del sabio es la claridad, y el lenguaje oscuro no es más profundo, es, simplemente, oscuro. Se necesita más investigación clínica sobre el mejor modo de mejorar la comunicación con pacientes que tienen bajo nivel de «alfabetización en salud» (legibilidad). Aún más difícil es lo que podríamos denominar «numerabilidad», es decir, la enorme dificultad observada para entender razonablemente el pensamiento probabilístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 41/2002 de 14 de noviembre «Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado (B.O.E.), n.º 274, de 15-11-2002.
2. Idoate VM. La comprensibilidad del consentimiento informado. An Sis San Navarra. 2000;23:109-13. Disponible en: www.cfnavarra.es/salud/anales/
3. Ávila de Tomás JF, Veiga Paulet JA. Legibilidad de la información sanitaria dada a los usuarios. Rev Soc Madr Med Fam y Comun. 2002;4:43-5.
4. Blanco Pérez A, Gutiérrez Couto U. Legibilidad de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:321-31.
5. Paasche Orlow MK, Taylor HA, Brancati FL. Readability standards for informed-consent form as compared with actual readability. N Engl J Med. 2003;348:721-6.
6. Fadden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press; 1986.
7. Charon R. Narrative and Medicine. N Engl J Med. 2004;350:862-4.
8. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editores. Health Literacy: a prescription to end confusion. Washington: National Academics Press; 2004.
9. Health Literacy. Report of the Council on Scientific Affairs. JAMA. 1999;281:522.
10. García Palacios J. El lenguaje médico, algo más que información. Panace@. 2004;16:135-40.