

¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas?

Roger Ruiz-Moral^a, Enrique Gavilán-Moral^a, Luis Ángel Pérula de Torres^a e Inmaculada Jaramillo-Martín^b

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Nodo COGRAMA RedIAPP. Facultad de Medicina de Córdoba. Córdoba. España.

^bMedicina de Familia. Hospital San Juan de Dios. Córdoba. España.

Este trabajo ha recibido una ayuda de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (exp. 187/00).

Correspondencia: Dr. R. Ruiz Moral.

Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba. Nodo COGRAMA RedIAPP. Distrito Sanitario Córdoba-Centro. Servicio Andaluz de Salud.

Blanco Soler, 4. 14004 Córdoba. España.

Correo electrónico: roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es

Resumen

Objetivos: Conocer qué expectativas valoran más los pacientes cuando acuden a las consultas de atención primaria y la opinión de los médicos de familia sobre ellas.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo. Se estudiaron 2 muestras: *a)* pacientes seleccionados aleatoriamente de entre los que acudieron a las consultas médicas de 10 centros de salud; antes de entrar a la consulta se pidió a los pacientes que de un listado de 10 expectativas valoraran y priorizaran las más importantes y las menos importantes para esa consulta, y *b)* a una muestra de médicos de familia se les envió el mismo listado de expectativas para que señalaran y priorizaran aquellas que consideraran eran las más importantes para los pacientes cuando acudían a la consulta.

Resultados: Se incluyó a 805 pacientes y 140 médicos. El promedio de expectativas consideradas como importantes por los pacientes para esa consulta fue de 7,7 sobre un total de 10 posibles. Un 99% de los pacientes señalaron 3 o más expectativas. De las 3 expectativas más resaltadas como importantes por médicos y pacientes, éstos coincidieron en 2; la primera fue "ser escuchados". Igualmente, coincidieron con los pacientes en las 2 expectativas menos deseadas: "ser derivados al especialista" y "recibir una prescripción". Los médicos valoraron muy significativamente el deseo de los pacientes de "recibir un diagnóstico" (43%), "consejo" (40%), "derivación" (35%), "prescripción" (25%), "solicitud de una prueba" (17%) y "ser explorados" (15%).

Conclusiones: Para los pacientes, las expectativas relacionadas con aspectos comunicativos son las más importantes. En general, los médicos coinciden en esta valoración; sin embargo, sobrestiman los deseos de los pacientes de recibir ciertos servicios relacionados con la atención, como recetas, derivaciones y pruebas complementarias.

Palabras clave: Expectativa de los pacientes. Atención primaria. Medicina de familia. Comunicación médico-paciente.

Introducción

En el momento actual, se insta a los médicos a asumir un abordaje de los problemas de salud de común acuerdo con los pacientes. Uno de los primeros pasos para establecer una relación de colaboración entre médico y paciente es la necesidad de que el primero identifique las expectativas que tie-

Abstract

Aims: To assess patient expectations at general practitioner (GP) visits, and compare them with what GPs think about them.

Material and method: Cross sectional study of patients attending GPs consultations. Physicians sample from Andalusia. Before the consultation patients were asked to select, from a list of 10 expectations, the most important they had for that particular visit. They were then asked to prioritise them into the 3 most and least important. Doctors received the list of 10 expectations and were asked to select which expectations they considered as the most important for a patient when consulting; doctors had also to prioritise the 3 most and least important expectations.

Results: The study included 805 patients, 140 physicians. Out of the list of ten expectations, patients marked as important for that particular visit an average of 7.7. 797 (99%) patients claimed the important ones for them were three or more, but 207 (30%) were not able to prioritise more than two. When doctors prioritised the most important expectation, within the first three, they coincided with patients in two of them: the first, (listening) and the third (explaining). Similarly, doctors coincided with patients in the two least important expectations: to be referred and to receive a prescription. Out of the list of ten expectations, doctors over-scored significantly the patients wishes for receiving a diagnosis (43%), advice (40%), to be referred (35%), to receive a prescription (25%), a test (17%) and be examined (15%).

Conclusions: General expectations as regards physician-patient communication are more important for patients than other more specific ones. Generally, physicians agree with patients in this assessment, but they over-estimated patient wishes of receiving prescriptions, tests or to be referred.

Key words: Patient expectations. Primary care. Family medicine. Physician-patient communication.

nen los pacientes para la consulta. Para los clínicos, la comprensión y la satisfacción de estas expectativas es una responsabilidad de primer orden y existen evidencias de que ello conlleva un incremento de la satisfacción de los pacientes¹⁻³, pero también la mejora de otros resultados de la consulta⁴⁻⁶. Las expectativas de los pacientes son también importantes para los gestores sanitarios y no sólo por estas mismas razo-

nes, sino porque influyen en la utilización de los servicios sanitarios^{7,8} o porque su cumplimiento es una medida de calidad asistencial⁹. Por otra parte, las investigaciones muestran que las acciones de los médicos están considerablemente influidas por sus percepciones de las preferencias de los pacientes, de manera que su correcta valoración, mediante una exploración específica, puede contribuir poderosamente al éxito del acto clínico, de la relación médico-paciente y, por regla general, a moderar el gasto¹⁰; mientras que lo contrario tiene efectos negativos en cualquiera de estos actos^{4-6,11,12}. Por todo esto, las expectativas son buenas variables –dependientes o independientes– en los estudios de utilización de servicios sanitarios, calidad asistencial, costes y satisfacción, y su investigación puede mejorar el proceso de atención sanitaria.

Sin embargo, para realizar adecuadamente este tipo de investigaciones es preciso tener en cuenta tres limitaciones. La primera hace referencia al propio concepto de expectativa (*expectation*), el cual tiene que ver con lo que el paciente desearía conseguir de esa consulta, y no tanto al concepto probabilístico, sobre lo que piensa que puede suceder (*expectancy*)¹³. Sin embargo, Kravitz¹⁴ distingue también entre el concepto de expectativa, que sólo puede ser medido mediante su comunicación explícita por el paciente (autorreferido), y el de demanda o petición (*request*), que se refiere a lo que el paciente pregunta al clínico (conducta observada, o expectativa explicitada). El segundo problema trata de la variabilidad en la manera de medir las expectativas, lo que puede hacer que los resultados obtenidos sean diferentes; normalmente la medición suele hacerse mediante cuestionarios, ya sea antes o después de la visita o en ambos momentos; éstos pueden ser autoaplicados, entrevistas personales o telefónicas; pueden ser preguntas cerradas o abiertas; pueden enfocarse mediante aproximaciones generales o específicas, etc.^{15,16}. El tercer inconveniente lo constituye la gran variedad de factores que influyen en su aparición y su naturaleza^{1,15}. Las expectativas varían en función del propio paciente, el número o el tipo de problemas de salud, el servicio de salud o del propio médico y su relación con él.

Aunque hay literatura científica sobre este tema en otros ámbitos, especialmente anglosajones, en el nuestro, sin embargo, los estudios son muy escasos aún y la mayoría de ellos han sido realizados centrándose en lo que esperan los pacientes de su sistema sanitario o de las consultas de medicina en general, pero no disponemos de información sobre las expectativas específicas que un paciente tiene cuando acude con un problema de salud concreto.

Por ello, hemos diseñado el presente estudio con los siguientes objetivos: *a)* evaluar cuáles son las expectativas que tienen los pacientes cuando acuden a las consultas de medicina de familia; *b)* conocer cuáles son las expectativas más importantes que creen los médicos tienen los pacientes, y *c)* valorar en qué medida coinciden ambos en sus apreciaciones.

Material y método

Diseño

Estudio observacional descriptivo, realizado con dos muestras diferentes.

Pacientes. Se invitó a participar a los pacientes que acudieron a las consultas de medicina de familia en 10 centros de salud docentes de Córdoba. Se estimó que sería necesario estudiar un total de 784 pacientes, para una proporción esperada del 50% (caso más desfavorable), una precisión del $\pm 3,5\%$, y un error alfa del 5%. Fueron captados 1.301 pacientes, de los que 878 (67%) cumplían los criterios de inclusión. Se incluyó a los pacientes que consultaban por primera vez por síntomas clínicos de reciente comienzo o presentaban problemas crónicos y acudían por un cambio en su proceso o una nueva sintomatología. Fueron excluidos los pacientes cuyo motivo de consulta era puramente administrativo (partes de baja o realización de recetas de largo tratamiento). De los 878 pacientes, 73 (8%) no participaron en el estudio porque el tiempo de espera antes de entrar en la consulta fue tan corto que no permitió la cumplimentación del cuestionario. La tasa de respuesta, por tanto, fue del 92%. El reclutamiento de los pacientes se hizo en la sala de espera mediante muestreo sistemático; a cada uno de los pacientes seleccionados se informaba de los objetivos del estudio y se solicitaba su consentimiento.

Médicos. Se incluyó a 201 médicos pertenecientes a distintos centros de salud docentes de Andalucía, lo que nos permite hacer inferencias con una precisión de $\pm 7\%$ (para una proporción estimada del 50% y un error alfa del 5%). El procedimiento de muestreo usado fue el de conveniencia; 140 médicos entregaron la encuesta (tasa de respuesta del 49,5%). Aunque lo ideal hubiera sido que ambas muestras procedieran del mismo ámbito, ello no fue posible dado que pretendíamos obtener una muestra suficientemente amplia de médicos, y en los centros de salud de donde se obtuvo la muestra de pacientes este número resultaba claramente escaso; por ello se amplió la muestra a otros centros de salud.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Obtención de la información

Pacientes. Dos encuestadores contratados al efecto, y previamente entrenados (profesionales de enfermería), ajenos a los centros de salud, obtuvieron el consentimiento informado de los pacientes y pasaron un primer cuestionario sobre datos sociodemográficos y de filiación, y en el que se recogía la razón principal por la que el paciente acudía ese día a la consulta. A continuación y justo antes de entrar a la consulta, se le entregaba un segundo cuestionario autoaplicable con el que se obtenía la información sobre las expectativas del paciente en relación con esa consulta en concreto. En el cuestionario se planteaban las preguntas desde la perspectiva de lo que el paciente deseaba (expectativa y no demanda) en los siguientes términos: “Respecto a la consulta de hoy con el médico, por favor, señale lo que usted quisiera conseguir”, con un total de 10 ítems o posibles expectativas, de los que los 5 primeros se referían a aspectos más generales de la consulta y los 5 últimos eran más específicos. Todas ellas eran expectativas frecuentes según una revisión de la literatu-

ra sobre el tema¹⁻⁶. Los pacientes debían indicar con una escala ordinal en qué grado estaban de acuerdo con cada ítem (importante, dudoso, no importante). En otra hoja, e inmediatamente después, los pacientes debían priorizar las 3 expectativas que consideraran como las más importantes a lograr para esa consulta, así como las 3 menos importantes. Igualmente, se les pidió que declarasen qué grado de participación deseaban tener en las consultas médicas (prefiere que el médico le dé opciones y le deje decidir, prefiere tomar una decisión compartida con el médico, o prefiere que el médico tome la decisión).

Médicos. Sobre el mismo listado de 10 expectativas se pidió a los médicos que señalaran aquellas que consideraban eran las más importantes para los pacientes cuando acudían a la consulta; igualmente, después se les solicitó que priorizaran las 3 más importantes y las 3 menos importantes, y señalaran el grado de participación que, según su opinión, desearan los pacientes en las consultas.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial, mediante pruebas de contraste de hipótesis para muestras independientes (de la χ^2 , la t de Student, ANOVA), asumiendo una $p < 0,05$ para hipótesis bilaterales (test de dos colas).

Resultados

Pacientes

En total, 805 pacientes aceptaron participar y entregaron la encuesta. La media \pm desviación estándar (DE) de edad fue $44,6 \pm 19,3$ años (intervalo de confianza de la media para el 95% de seguridad, 43,2-45,9 años; límites, 9-89 años). El 67,5% eran mujeres; un 67% tenía un nivel educativo bajo; un 18%, medio, y un 15%, universitario. Los pacientes presentaron una gran variedad de síntomas o razones por las que consultaban, las principales se agruparon en 8 categorías (tabla 1).

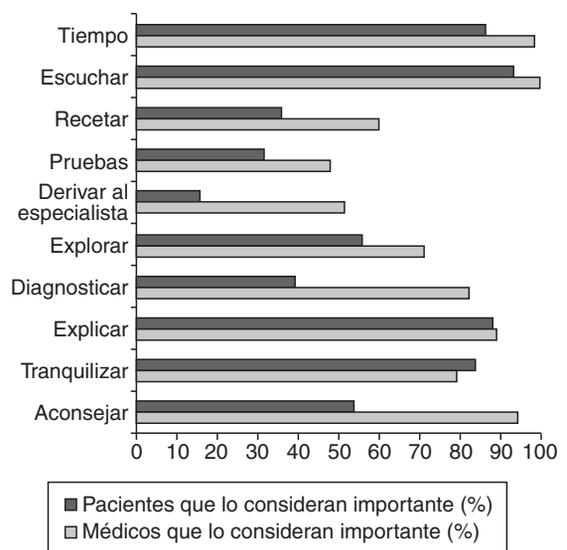
Descripción de las expectativas de los pacientes. Del listado de 10 expectativas posibles, la media del número de las señaladas como importantes para esa consulta por los pacientes fue de 7,7 por paciente (fig. 1); sólo 8 (1%) pacientes contestaron tener como importantes 3 o menos expectativas, 603 (75%) declararon tener como importantes 7 o más expectativas y hasta 164 (20%) señalaron las 10 expectativas expuestas. Sin embargo, cuando los pacientes tuvieron que priorizar las 3 expectativas principales para esa consulta, sólo el 72% priorizó las tres; el 20,3%, dos, y el 7,2%, sólo una expectativa. La tabla 2 muestra el grado de priorización de cada expectativa del listado. “Mostrar interés y escuchar” fue la expectativa priorizada con mayor frecuencia en todas las categorías de síntomas presentados, excepto para síntomas mal definidos, que fue la “derivación”. En segundo lugar se priorizó “obtener infor-

mación”, bien sea como “un diagnóstico” o como “explicaciones sobre el problema y las dudas”. Los pacientes con problemas oculares y de fosas nasales priorizaron en segundo lugar obtener una derivación al especialista. Las expectativas priorizadas como menos importantes fueron ser en-

Tabla 1. Principales síntomas y problemas presentados por los pacientes (n = 805)

Categoría	n (%)
Agudos	293 (36,4)
Probablemente autolimitado (infecciones del tracto respiratorio alto, diarreas, infecciones del tracto urinario)	158 (19,6)
Probablemente no autolimitado (alergias, algunas lesiones dermatológicas, síntomas ginecológicos, epigastralgias, disnea)	135 (16,8)
Dolor como síntoma	221 (27,4)
Osteomuscular	175 (21,7)
No osteomuscular (cefaleas, dolor torácico)	46 (5,7)
Síntomas relacionados con enfermedades crónicas	190 (23,6)
Síntomas no bien definidos (malestar, mareos, “cuestiones personales”)	44 (5,5)
Problemas oculares o nasofaríngeos (dolor de oídos, empeoramiento de la visión, sordera, ojo rojo)	38 (4,7)
Síntomas psicológicos (“nervios”, tristeza, ansiedad, depresión)	19 (2,4)

Figura 1. Importancia de las expectativas señaladas por pacientes y médicos en el listado de 10 expectativas



*Todas las comparaciones, excepto para “explicar” y “tranquilizar”, fueron estadísticamente significativas; $p < 0,05$.

Tabla 2. Grado de importancia concedida a las diferentes expectativas por parte de pacientes y médicos

Expectativa	La más importante		La menos importante	
	Pacientes (%)	Médicos (%)	Pacientes (%)	Médicos (%)
Mostrar interés y escuchar	30,5	40,7	0	2,3
Darme suficiente tiempo	8,1	5,2	1,5	3,1
Ofrecerme apoyo y tranquilizarme	4,4	17,8	12,3	3,1
Darme explicaciones sobre mi problema y mis dudas	11,1	17,8	1,7	3,1
Darme consejo sobre lo que puedo hacer	8,3	0,5	3,0	12,5
Conseguir un diagnóstico	16,3	8,1	4,3	13,3
Hacerme una exploración física	6,5	2,2	12,6	3,1
Derivar al especialista	7,0	3,7	26,6	32,8
Indicarme una prueba	3,6	3,0	15,6	10,9
Hacerme una prescripción	4,3	1,5	22,5	15,6

viados al especialista, obtener una prescripción o una prueba diagnóstica.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo o el estado civil y el tipo de expectativa. Sí hemos hallado que los pacientes mayores de 50 años priorizaron más las expectativas escuchar, explorar o conseguir medicinas que los pacientes menores de 40 años, que priorizaron más recibir consejo, que el médico le explique y tener tiempo suficiente ($p < 0,05$). Los pacientes con una clase social más baja respecto a los de clase más alta priorizaban en mayor medida las siguientes expectativas: que les tranquilicen y les den seguridad ($p = 0,0001$), que los exploren ($p = 0,002$), que los deriven al especialista ($p = 0,0001$) y que les indiquen alguna prueba ($p = 0,002$). Un 60% de los pacientes declararon desear participar en la toma de decisiones de la consulta junto a su médico, de ellos, la mayoría tenían un perfil más joven ($p = 0,001$) y de mayor nivel educativo ($p = 0,001$).

Médicos

De los 140 médicos participantes, el 51% eran varones, con una media \pm DE de edad de $44,7 \pm 4,6$ años y una media de tiempo de ejercicio profesional de $19,6 \pm 17,1$ años, de los cuales en el mismo cupo era de $7,9 \pm 6,0$ años.

Los médicos señalaron como importantes para los pacientes en el listado de 10 expectativas una media de $6 \pm 1,5$ expectativas; sólo 7 (5%) médicos consideraron como importantes 3 o menos expectativas, y 38 (27%), 7 o más. En la figura 1 aparecen las respuestas para cada una de las 10 expectativas contempladas. La tabla 2 muestra la expectativa priorizada por los médicos como más o como menos importante. "Mostrar interés y escuchar" fue la expectativa priorizada con mayor frecuencia. En segundo lugar priorizaron "tranquilizar" al paciente y en tercer lugar "obtener información" mediante explicaciones sobre el problema y las dudas. Las expectativas priorizadas por los médicos como menos importantes para los pacientes fueron: ser derivados al especia-

lista, obtener una prescripción y recibir un diagnóstico. Un 47% ($n = 66$) de los médicos pensaban que los pacientes preferían una toma de decisiones compartida, mientras que sólo el 24% pensaba que era el médico quien debía decidir por él.

Comparación entre las opiniones de los pacientes y las de los médicos

Sobre el listado de las 10 expectativas, los médicos sobrevaloraron significativamente casi todas las expectativas (excepto tranquilizar y explicar). Las mayores diferencias entre ambos estaban en la valoración del deseo de los pacientes de: ser derivados (35 y 6 puntos), recibir una prescripción (25 y 7 puntos) y una prueba (17 y 5 puntos). No hubo congruencia en la valoración que hicieron los médicos con respecto a los pacientes en las dos escalas respecto a "recibir un diagnóstico" y "aconsejar", donde en el listado de 10 expectativas las sobrevaloraron (43 y 40 puntos), pero las infravaloraron al priorizar la menos importante (9 y 10 puntos).

Discusión

Este estudio muestra que los pacientes cuando acuden a las consultas médicas de atención primaria tienen unas expectativas respecto a esa consulta que están relacionadas principalmente con aspectos comunicativos (relación médico-paciente); en general, los médicos coinciden en esta apreciación pero sobrevaloran los deseos de los pacientes de recibir ciertas atenciones específicas como recetas, derivaciones y pruebas complementarias.

Respecto al abordaje usado en el estudio, a pesar de mostrarles a los sujetos un listado para valorar 10 posibles expectativas, la petición de seleccionar sólo las 3 más importantes y a su vez descartar otras 3, creemos que les permitía resaltar las que consideraban auténticamente importantes.

Así, tanto médicos como pacientes escogían como importante un elevado número de expectativas cuando se les mostraba el listado de 10, pero muchos menos podían llegar a priorizar las 3 expectativas. Esto apoyaría la teoría de que el número de expectativas ofrecidas influye en el número de expectativas declaradas^{15,16} y destacaría el valor de las priorizadas sobre el resto.

Aunque hay en nuestro medio algunos estudios que exploran lo que esperan o valoran más los pacientes de sus centros de salud o de las consultas con su médico de familia, éstas se han llevado a cabo mediante encuestas postales¹⁷ o telefónicas¹⁸, o con metodologías cualitativas (grupos focales)^{17,19} y no mediante una exploración realizada a pie de consulta cuando los pacientes acuden por algún motivo. Nuestros resultados muestran que, efectivamente, los pacientes que acuden a las consultas de medicina de familia tienen entre sus principales expectativas sobre todo las especialmente relacionadas con sus deseos de información y de encontrar interés y atención por parte del médico, lo que coincide con lo que otros estudios han revelado^{2,17-19}. Sin embargo, una importante expectativa que tienen los pacientes, indistintamente del tipo de síntoma por el que consulten, es la de recibir un diagnóstico. La importancia de este tipo de expectativa sobre un diagnóstico ha sido también señalada por otros autores^{4,20-22}. Las expectativas específicas, como las de ser examinados por su médico, derivados a otro especialista o que les hagan una prueba o una prescripción, son mucho menores. Esto es consistente con algunas de las evidencias previas que destacan que el tratamiento biomédico es una prioridad menor en medicina general que los deseos de ser escuchados o informados^{2,18,21,23}. Peck et al²³ observaron que las expectativas por servicios médicos técnicos, es decir, sobre pruebas, derivaciones o medicación de los pacientes, son vagas y heterogéneas; a los pacientes les resulta difícil articular aspectos concretos sobre el tipo de prueba, derivación o medicación que desearían. Los pacientes con problemas más concretos (por ejemplo, un trastorno de los sentidos) desean la derivación al especialista correspondiente, esto puede ser debido a la idea que éstos puedan tener de que un médico general no atiende eficientemente este tipo de problemas, quizá muy específicos, y que puedan necesitar aparatos más especializados, mientras sí lo harían con otros considerados más generales (cardiológicos, neumológicos, reumatológicos, digestivos, etc.)¹², particularmente en un sistema de salud como el español en el que el médico de familia tiene un papel de "puerta de entrada" y de acceso al nivel especializado.

En segundo lugar, se ha visto que el número de expectativas que los pacientes declaran varía en función de algunas características sociodemográficas^{15,24}. Nuestro estudio revela que el tipo de expectativa es diferente dependiendo de ciertas características del paciente. Así, los pacientes más jóvenes, al igual que los que tienen mayor nivel educativo o con mayores ingresos económicos, antepusieron expectativas más genéricas, como obtener la información y el consejo adecuados o tener tiempo suficiente en la consulta, lo cual es congruente con el deseo predominante en este tipo de pacientes de participar más en las consultas y en la toma de deci-

siones^{25,26}. En este sentido llama la atención que una mayoría de pacientes declara preferir que las decisiones en la consulta se tomen de forma compartida, y son los más jóvenes y de mayor nivel educativo los que desean una participación más activa. El paciente mayor y de menor nivel socioeconómico parece buscar más que le den seguridad, algo que, en nuestro medio, parece creer conseguir con exploraciones y con derivaciones a otros especialistas. Sin embargo, nuestro estudio no tiene en cuenta la influencia de la personalidad del paciente en los resultados, lo cual representa un factor de confusión a tener en cuenta (por ejemplo, los pacientes que tienden a ser optimistas suelen también catalogar mejor tanto su salud como su comunicación con el médico). Por otra parte, la interpretación de nuestros resultados en lo que se refiere a las diferencias de expectativas entre pacientes debe tomarse con precaución, ya que, por ejemplo, una mayor edad y un menor nivel educativo pueden influir en las expectativas y las percepciones de muchas maneras (exhibiendo mayor pasividad, mayores sesgos de deseabilidad social, menores recursos, etc.).

El tipo de síntoma o problema presentado no parece relacionarse con ninguna expectativa en concreto, aparte de las predominantes sobre el deseo de que el médico muestre interés, escuche y ofrezca información y consejos. Muchos pacientes en las consultas de medicina general se muestran preocupados porque sus síntomas representen un problema serio^{3,27,28}, por lo que no es de extrañar que deseen poder explicarse a un médico interesado y que éste les informe y aconseje adecuadamente sobre sus síntomas como fin primordial. Esto resalta la importancia de desarrollar los aspectos comunicacionales que permitan al médico conocer los modelos explicativos del paciente y sus auténticas necesidades^{12,29}.

Finalmente, respecto a las expectativas que creen los médicos tienen los pacientes llaman la atención dos aspectos. El primero es que en general coinciden con ellos en señalar cuáles son las expectativas más y menos importantes; sin embargo, aun así los médicos tienden a sobrevalorar el deseo de los pacientes de ser derivados, recibir una prescripción o realizar una prueba. Esta sobrestimación puede tener repercusiones importantes. Nosotros⁸, al igual que otros autores, hemos demostrado la influencia de la expectativa del paciente sobre las pruebas o, especialmente, la medicación y la mayor probabilidad de recibirla^{4,27,30-32}, pero también la probabilidad de derivar o prescribir medicación sólo si el médico cree que el paciente la espera^{30,32}. Aunque nuestro estudio no ha explorado el grado de adaptación entre prescribir y la expectativa de recibir una prescripción, el hecho de que el médico sobrevalore este tipo de expectativa hace muy probable que los médicos incrementen inadecuadamente el número de pruebas, derivaciones y, sobre todo, prescripciones. Esto podría mitigarse con una preocupación específica por parte del médico sobre el tipo de expectativa que tiene el paciente para esa consulta, tal vez mediante una pregunta directa. Sin embargo, esto sólo es efectivo si se hace en un marco de una comunicación de calidad con el paciente, lo que seguramente llevará más tiempo de consulta pero que a la larga repercutirá positivamente en mu-

chos resultados del acto clínico^{1,4-6}, entre ellos, el gasto sanitario^{4,8,33}.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, cabe señalar que los médicos participantes eran sólo y exclusivamente médicos internos residentes, es decir, se encontraban en un período de formación especializada, por lo que los resultados obtenidos no se pueden extrapolar a otros grupos de facultativos. Sin embargo, los resultados sí son válidos para este amplio colectivo del que, precisamente por estar en fase de aprendizaje, es especialmente importante conocer su comportamiento para poder mejorarlo, en caso necesario, mediante los programas de formación. Otro problema que encontramos es la pérdida de información de los pacientes que no quisieron participar en el estudio, y de los que no sabemos si tenían diferentes características (sociodemográficas, clínicas, etc.) de las personas que decidieron participar. Esto podría producir un sesgo de selección. Sin embargo, la tasa de participación fue bastante elevada, similar o incluso más alta que la de otros estudios realizados en nuestro medio¹⁷, por lo que pensamos que este sesgo no ha debido de ser importante.

Bibliografía

1. Rao J, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes. A literature review. *Arch Fam Med*. 2000;9:1148-55.
2. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract*. 1995;12:193-201.
3. Marple R, Kroenke K, Lucey CR, Wilder J, Lucas C. Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints. *Arch Intern Med*. 1997;157:1482-8.
4. Jackson J, Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med*. 2001;134:889-97.
5. Bell R, Kravitz R, Thom D, Krupat E, Azari R. Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*. 2002;17:817-24.
6. Kravitz R, Bell R, Azari R, Krupat E, Kelly-Reif S, Thom D. Request fulfillment in office practice: antecedents and relationship to outcomes. *J Gen Intern Med*. 2002;40:38-51.
7. Speedling E, Rose D. Building an effective doctor-patient relationship: from patient satisfaction to patient participation. *Soc Sci Med*. 1985;21:115-20.
8. Ruiz Moral R, Pérula de Torres L, Jaramillo I. The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J Gen Intern Med*. 2007;22:86-91.
9. Safran D, Tarlov A, Rogers W. Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care system. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1994;271:1579-86.
10. Volk R, Cass A, Spann S. A randomized controlled trial of shared decision making for prostate cancer screening. *Arch Fam Med*. 1999;8:333-40.
11. Bell R, Kravitz R, Thom D, Krupat E, Azari R. Unsaid but not forgotten. *Arch Intern Med*. 2001;161:1977-84.
12. Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R, Pérula de Torres L. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Pat Edu Couns*. 2002;48:23-31.
13. Uhlmann R, Inui T, Carter W. Patient request and expectations. Definitions and clinical applications. *Med Care*. 1984;22:681-5.
14. Kravitz R. Measuring patients' expectations and requests. *Ann Intern Med*. 2001;134:881-8.
15. Kravitz R, Callahan E, Azari R, Antonius D, Lewis C. Assessing patients' expectations in ambulatory medical practice. Does measurement approach make difference? *J Gen Intern Med*. 1997;12:67-72.
16. Peck B, Asch D, Goold S, Roter D, Ubel P, McIntyre L, et al. Measuring patient expectations. Does the instrument affect satisfaction or expectations? *Med Care*. 2001;39:100-8.
17. Palacio Lapuente F, Marquet Palomer R, Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Bel Reverter M, Piñol Moreso J. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria*. 2003;31:307-14.
18. Cabré Vila J, Ortega Vila Y, Vila Córcoles A, Guillén López A, Checa Webber E, Farré Guasch J. ¿Qué espera de su médico de familia el paciente cuando acude habitualmente a su consulta? *Aten Primaria*. 1999;24 Supl 2:403-4.
19. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández J. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de salud. *Aten Primaria*. 2005;36:358-66.
20. Sánchez-Menegay C, Hudes E, Cummings S. Patient expectations and satisfaction with medical care for upper respiratory infections. *J Gen Intern Med*. 1992;7:432-4.
21. Sánchez-Menegay C, Stalder H. Do physician take into account patients' expectations? *J Gen Intern Med*. 1994;9:404-6.
22. Jackson J, Kroenke K, Chamberlin J. Effects of physician awareness of symptom-related expectations and mental disorders. *Arch Fam Med*. 1999;8:135-42.
23. Peck B, Ubel P, Roter D, Goold S, Asch D, Jeffreys A, et al. Do unmet expectations for specific test, referrals, and new medications reduce patients' satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2004;19:1080-7.
24. Kravitz R, Cope D, Bhrany V, Leake B. Internal medicine patients' expectations for care during office visit. *J Gen Intern Med*. 1994;9:75-81.
25. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. 1999;49:477-82.
26. McKinstry B. Do patient wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ*. 2000;321:867-71.
27. Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. *Br J Gen Pract*. 1994;44:165-9.

28. Kravitz R, Callahan E, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis C. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med.* 1996;125:730-7.
29. Marvel M, Epstein R, Flowers K, Beckman H. Soliciting the patient's agenda. Have we improved? *JAMA.* 1999;281:283-7.
30. Hamm R, Hicks R, Bemben D. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? *J Fam Pract.* 1996;43:56-62.
31. Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen M. Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of expectations in general practice. *Scand J Prim Health Care.* 1997; 15:118-22.
32. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *BMJ.* 1997;315: 520-3.
33. Macfarlane J, Holmes W, Macfarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ.* 1997;315:1211-4.