



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Análisis de la comunicación médico paciente: ¿transmitimos y reciben lo esencial?

M. Ballesteros-García^{a,*}, M. Sánchez-Tiemblo^a, P. Fernández-Cano^a,
J.J. Criado-Álvarez^b y A. García-Testal^c

^aMedicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente Medicina de Familia y Comunitaria, Gerencia de Atención Primaria, Talavera de la Reina, Toledo, España

^bGerencia de Atención Primaria, Talavera de la Reina, Toledo, España

^cMedicina Familiar y Comunitaria, Nefrología, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España

Recibido el 8 de abril de 2010; aceptado el 17 de mayo de 2010

Disponible en Internet el 24 de septiembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Relaciones
médico-paciente;
Comprensión;
Información;
Comunicación

KEYWORDS

Physician-Patient
relations;
Comprehension;

Resumen

Objetivo: Conocer la información percibida por el paciente tras consulta hospitalaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo de tipo transversal.

Emplazamiento: Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Participantes: Pacientes mayores de 14 años remitidos a consultas externas del hospital de referencia. Se seleccionaron 96 pacientes, colaboraron 87 (90,6%). Se comprobó la coincidencia entre la información percibida por el paciente, obtenida a través de encuesta telefónica, con respecto a la registrada en la historia clínica por el médico.

Resultados: Creían conocer el motivo de consulta 80 (94%) pacientes. No recordaban cambios de tratamiento 4 (5%) pacientes, ni consejo sobre hábitos de vida 2 (2%). Contrastando con historia clínica había 89% de coincidencia. No había diferencias significativas ($p > 0,05$) con edad, audición, número de visitas, tiempo, ni especialidades.

Conclusión: La mayoría de pacientes comprendió el mensaje transmitido por el médico, aunque convendría optimizar la comunicación para alcanzar el 100% de comprensión.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Doctor-patient communication: do we transmit and receive what is essential?

Abstract

Objective: To determine the information received by the patient after a hospital consultation.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maiobg@hotmail.com (M. Ballesteros-García).

Information; Communication

Material and methods: A descriptive cross-sectional study.

Location: Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Spain).

Participants: Patients over 14 years referred to hospital outpatient clinics. We selected 96 patients, of which 87 (90.6%) took part.

Measurements: Checking the agreement between the information received by the patient, obtained via telephone survey, and that in the history by the physician.

Results: A total of 80 (94%) patients thought they knew the reason for visit. Four (5%) patients did not remember changes in treatment, and 2 (2%) forgot advice on changes in lifestyle. In contrast to clinical history there was 89% agreement. There were no significant differences ($P > 0.05$) with age, hearing problems, number of visits, time allocations, or specialties.

Conclusion: Most patients understood the message conveyed by the physician, although the communication must be optimised to achieve 100% comprehension.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La comunicación, según la Real Academia Española (RAE) de la Lengua, es la transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor, también se define como hacer saber a alguien algo. Para que se considere con éxito, el receptor ha de recibir e interpretar correctamente la información. En una consulta médica, tanto el profesional como el paciente ejercen de emisor y receptor, y es esencial para el abordaje de la posible patología, que la comunicación entre ambos sea correcta. Por ello, entre las competencias más relevantes de un profesional de la salud, se encuentra una adecuada capacidad de comunicación, que influirá en la satisfacción de profesionales y pacientes, el cumplimiento terapéutico, la prevención de conflictos, la mejora de los resultados clínicos y la eficiencia de los servicios sanitarios¹⁻⁵.

Mientras tecnologías sofisticadas pueden ser utilizadas con fines médicos de diagnóstico y tratamiento, la comunicación interpersonal es el principal instrumento mediante el cual el médico y el paciente realizan el intercambio de información^{6,7}.

Por tanto, parece que la correcta comunicación médico paciente es fundamental para el éxito de dicha relación. Cuando el paciente es remitido a consulta de otra especialidad, la comunicación puede verse afectada, y conllevar pérdida de información. Surge entonces la pregunta de si la comunicación médicopaciente en las consultas externas de nuestro centro es realmente efectiva, es decir, si el paciente comprende los puntos fundamentales del mensaje: cuál era el motivo de la visita y qué recomendaciones le aconsejaron para intentar resolver su problema.

Material y métodos

Diseño: estudio descriptivo de tipo transversal. La población diana fueron los pacientes del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo, España) que acudieron a las consultas externas del Hospital Nuestra Señora del Prado, hospital público y de referencia del área. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 14 años, que tuvieran teléfono y acudieran a las consultas externas de las especialidades médicas de Neumología, Digestivo o Nefrología, y medicoquirúrgicas

de Traumatología, Dermatología o Cirugía General. Se trató de elegir especialidades que representasen al resto y se buscó las que no poseían una consulta o unidad específica que originase diferencias o sesgos. Se excluyeron los pacientes que no cumplieran los criterios de inclusión.

Se estimó que diariamente se realizaban alrededor de 1.000 consultas externas, de las que el 80% (800) cumplían los criterios del estudio (tamaño poblacional). El cálculo de tamaño muestral se realizó con el programa *Epidat Versión 3*. Al desconocer la prevalencia de los conocimientos que tienen los pacientes, se tomó el 50 por ciento con una precisión del 10 por ciento, por lo que con un nivel de confianza del 95 por ciento, se obtuvo un tamaño muestral de 86 pacientes. Se supuso una tasa de no respuesta del 15 por ciento, por lo que el tamaño muestral se incrementó en 12 pacientes. El total estimado para la muestra fue de 96 pacientes, por lo tanto 16 pacientes por especialidad tomados de manera consecutiva, ya que al tratarse de consultas sucesivas no se supuso un orden de colocación especial. El muestreo fue aleatorio, simple y de carácter consecutivo, y se tomaron los datos de los pacientes de los listados que ofrece el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

Se inició el estudio en junio de 2009. Se incluyeron todos los pacientes que estaban citados. Los días siguientes a la consulta, 3 médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (Mfyc) (previamente formados y conocedores del estudio) llamaron telefónicamente al paciente. Cada entrevistador se encargó de dos especialidades (una médica y otra medicoquirúrgica). Se solicitó el consentimiento a los entrevistados para contestar el cuestionario de forma voluntaria. En el caso de pacientes con dificultades para responder, esta solicitud se dirigía a los tutores o cuidadores. Se hicieron hasta 5 intentos de llamada telefónica en diferentes horarios. El cuestionario fue un instrumento creado por el grupo de investigadores «ad hoc» para el fin del estudio, que fue consensuado y pilotado previamente con 10 pacientes (Anexo 1). En la creación del cuestionario se contó con la participación de personal experto en comunicación y habilidades sociales. Para comprobar la fiabilidad de la información tomada de los pacientes, tutores o cuidadores, se comparó con la recogida en la historia clínica, entendiéndose por «acuerdo» cuando la información aportada por el entrevistado coincide con la reflejada por el médico en dicha historia clínica.

Análisis estadístico: El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico *SPSS 15*. En el análisis univariante para las variables cualitativas se estudiaron sus frecuencias y proporciones, si la variable era cuantitativa se hizo la media, moda, mediana, desviación estándar, además de estudiar la normalidad mediante el histograma de frecuencias y los test de Kolmogorov. En el análisis bivalente se estableció un nivel de confianza del 5%, por lo que los intervalos de confianza se establecieron con un 95%. En el caso de análisis de variables independientes se empleó el ANOVA para estudiar la relación entre una variable continua normal (edad de los pacientes) y una variable nominal o el estudio de *n* grupos independientes; si la variable desenlace fuera dicotómica se utilizaría la *t* de Student. Para comparar variables nominales y dicotómica se empleó el test del Ji Cuadrado.

Cuestiones éticas y legales: Se tuvo en cuenta la libertad del paciente, tutor o cuidador de contestar o no al cuestionario respondiendo al principio de autonomía (Ley 41/2002 sobre autonomía del paciente). Para la realización del estudio se ha contado con el informe favorable de la Comisión de Docencia, Comisión de Investigación y del Comité Ético Asistencial del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Se ha pedido el permiso de la Dirección Médica, jefes de servicio o secciones de las diferentes especialidades. No se informó a los médicos responsables de la consulta del día de entrevista para minimizar los sesgos.

Resultados

Se estudió un total de 96 pacientes, de los que colaboraron 87 (90,6%), lo que supuso una tasa de no respuesta de 9,4%, inferior a la esperada. Se tuvo en cuenta si contestaba el enfermo o un familiar siendo el resultado de 62 (71,3%) enfermos que contestaron frente a 25 (28,7%), que contestaron sus familiares. Los pacientes fueron 40 hombres (46%) y 47 mujeres (54%). La media de edad fue de 56,9 años, en un rango de 14 a 91 años. Se tuvo en cuenta el nivel de estudios de los encuestados, del total, 50 (78%) no tenían estudios, 12 (19%) poseían estudios básicos y 2 (3%) tenían estudios medios y/o superiores. Entre los participantes padecían problemas de audición 42 (49%) frente a 43 (51%) que no los tenían. En cuanto a los servicios encuestados, en 51 (58,6%) pacientes fueron atendidos en servicios quirúrgicos y 36 (41,4%) en los servicios médicos.

Tabla 1 Pacientes visitados por especialidad

	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	19	21,8
Dermatología	14	16,1
Traumatología	18	20,7
Digestivo	11	12,6
Nefrología	15	17,2
Neumología	10	11,5
Total	87	100,0

En la [tabla 1](#) podemos ver la atención de los pacientes con respecto al total de servicios que participaron en el estudio.

Se tuvo en cuenta el tiempo, en días, transcurrido desde la consulta hasta la realización de la encuesta (de 1 a 10 días) siendo la media de 4 a 8 días y mediana 5. En cuanto al número de visitas de ese paciente a ese mismo servicio en el último año la mediana fue de 2 visitas al año, siendo el rango entre 1 y 5 visitas al año. Con respecto al tiempo que se tenía por paciente en la consulta la media fue de 10 min por consulta, variando de 1 a 30 min.

En cuanto a si conocían el motivo por el que habían sido derivados al especialista, 80 (94%) pacientes si lo conocían frente a 5 (6%) que no lo conocían. Los pacientes reconocían que les habían modificado o puesto nuevo tratamiento en 27 (32%) casos, y 54 (63%) no habían tenido modificación alguna de tratamiento, 4 (5%) no lo recordaban. Se determinó si recibieron consejos de hábitos de vida saludable, 38 (45%) dijeron que si los habían recibido, frente a 45 (53%) que decían no haberlos recibido y 2 (2%) no recordaban. El consejo médico se realizaba con más frecuencia, aunque sin significación estadística, en pacientes de menor edad (media: 52 años) frente a los que no lo recibieron (61 años; $p > 0,05$).

Contrastando la historia clínica con las respuestas obtenidas en la encuesta se evaluó el número de aciertos, el 89% coincidía lo referido por el paciente con lo reflejado por el médico en la historia clínica del mismo, mientras en el 11% no era similar.

No existieron diferencias significativas entre edad y acierto ($p > 0,05$), aunque los que fallaban tenían una media de 17 años más. Tampoco hubo diferencias entre aquellos con o sin problemas de audición frente a acierto, ni entre los diferentes niveles de estudios del paciente ($p > 0,05$). Los días que había entre la consulta y la realización de la encuesta, el número de visitas en el último año o el tiempo del que disponía cada consulta no parecen influir en el grado de acierto ($p > 0,05$). Tampoco se encontraron diferencias entre los diferentes servicios ($p > 0,05$), como los datos se muestran en la [tabla 2](#). Había diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el tiempo para la consulta entre las especialidades medicoquirúrgicas y las médicas, siendo inferior en las quirúrgicas, así como en la media de edad del paciente, superior en las consultas médicas; a pesar de ello no había diferencias significativas entre los aciertos de los pacientes visitados en ambas ($p > 0,05$) ([tabla 3](#)).

Tabla 2 Confirmación del mensaje por el paciente respecto a la historia clínica

	Aciertos		Total
	Sí	No	
Cirugía	16	2	18
Dermatología	12	1	13
Traumatología	13	2	15
Digestivo	7	1	8
Nefrología	14	1	15
Neumología	4	1	5
Total	66	8	74

Tabla 3 Tiempo asignado por visita

	N	Media
Tiempo (min)		
Esp. quirúrgicas	51	6,86
Esp. médicas	36	14,58
Edad (años)		
Esp. quirúrgicas	50	51,34
Esp. médicas	34	65,26

Discusión

Los resultados del estudio reflejaron que la mayoría de los pacientes había comprendido el mensaje tal como lo quería transmitir el médico (89%), aunque es considerable que más del 10% de los pacientes no entendieron correctamente la información. Parece relevante que el 6% de los pacientes no conocían el motivo por el que habían acudido a dicha consulta y el 5% no recordaba si le habían cambiado el tratamiento.

Conviene destacar que los entrevistados que fallaban eran de media 17 años mayores aunque no se apreciaron diferencias significativas por edad ($p > 0,05$). Quizá convenga insistir en aumentar la sensibilidad del profesional en transmitir de forma más accesible la información a los pacientes de más edad.

Los problemas de audición o la carencia de estudios académicos del paciente no empeoraron la comprensión de la información, por lo que es probable que médico y paciente estuvieran realizando un esfuerzo exitoso por adaptarse a dichas carencias.

En contra de lo que cabría esperar, las diferencias de tiempo dedicado a la consulta no modificaron la comprensión correcta del mensaje, lo que podría indicar que en nuestro centro los tiempos estaban correctamente adaptados al problema a tratar en cada tipo de especialidad.

En estudios previos se ha registrado la importancia del trato y de la calidad de la información aportadas por el profesional en la satisfacción del usuario^{3,4,8,9}. En el trabajo de 2008 de Concepción et al, los pacientes definieron la humanidad del profesional como aquel que les escucha, informa y entiende sus dolencias⁸; esta descripción integraría la comunicación adecuada en lo que los pacientes perciben como humanidad del médico, y que creen necesaria para una relación medicopaciente satisfactoria.

Nuestros resultados, aunque con diferente metodología, son comparables a los descritos en 2006 por Pérez-Cárceles et al, con un registro en el que solo el 23% de los médicos informaba siempre al paciente sobre el diagnóstico inicial y ascendía al 93% si casi siempre, el 7% sobre el pronóstico, y hasta el 64% sobre el tratamiento⁵. Y sin embargo también es preocupante que más del 10% de nuestros pacientes no estaban correctamente informados.

Diversos expertos e instituciones, tanto internacionales como en nuestro país, subrayan la importancia y costoeficiencia del consejo médico, en el caso del tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, falta de ejercicio físico y factores dietéticos¹⁰⁻¹². La mitad de los pacientes del presente estudio no eran conscientes de haber recibido consejo sobre sus hábitos de vida. Seguramente muchos de

ellos eran candidatos a recibirlo, por lo que cabría una reflexión de mejora en este sentido. En general, este se practica menos con el paciente más joven y menos frecuentador, menos curioso y peor informado^{8,10,11}, en quienes probablemente sean más necesarias y efectivas las medidas de prevención primaria. Sin embargo, en nuestro medio fueron las personas más jóvenes las aconsejadas con mayor frecuencia.

Entre las limitaciones del estudio conviene destacar que la población diana pudiese constituir un impedimento a la extrapolabilidad general de los resultados dado el predominio rural en el área estudiada; se han tomado 3 especialidades médicas y 3 quirúrgicas como representantes del resto pero los resultados podrían variar si el estudio se hiciese con todas las especialidades posibles.

Además, la información que se le había transmitido previamente por su médico de atención primaria no fue medida y no sabemos en que proporción influiría en la comprensión de lo transmitido en atención especializada.

Los médicos dudaban de su capacidad educativa. Algunas causas de esta creencia pudieron ser la escasa formación pregraduada sobre el tema, el exceso de trabajo, la masificación de las consultas y la actividad negativa de algunos pacientes hacia la educación sanitaria¹⁰. Estudiantes de medicina y residentes a menudo han tratado de aprender comunicación, ya sea de su experiencia personal o de la observación de sus maestros; mientras tutores y otros docentes clínicos no solían distinguir entre la participación en el cuidado del paciente y la enseñanza de resolución de problemas¹³.

La percepción acerca de la formación actual en comunicación asistencial encaja en los términos «escasa» y «autodidacta». Se ha afirmado un escaso reconocimiento entre los profesionales de la necesidad de este tipo de formación, lo que repercute en su participación en estas actividades¹. Nuestro estudio ha presentado unos buenos resultados globales de comunicación de información básica medicopaciente, pero también algunas carencias a resolver como objetivo futuro. Las más relevantes fueron disminuir el número de pacientes que no ha captado la información esencial de su visita y aumentar la emisión y percepción de consejo sobre hábitos de vida como prevención primaria. Para ello sería conveniente sensibilizar al médico acerca de la necesidad en seguir mejorando su capacidad comunicativa.

Conclusiones

El estudio mostró una proporción de pacientes desinformados muy a tener en cuenta (10%), ya que el elevado número de consultas diarias generaba un número absoluto, en nuestra opinión, excesivamente elevado. Consideramos conveniente disminuir este porcentaje a la cifra más próxima a cero posible.

Se ha comprobado que los pacientes desinformados poseen una media de edad superior, por lo que convendría insistir en aumentar la sensibilidad del profesional en transmitir de forma más accesible la información a los pacientes de más edad.

Respecto a los tiempos dedicados a consulta por paciente, los problemas de audición y el nivel académico, el estudio no mostró diferencias en cuanto a la comprensión de la información, lo que hace pensar que se está avanzando en el sentido correcto en estos apartados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Pilar Moreno Santiago, Jefa de Sección de Salud Mental (Dirección General de Atención Sanitaria, SESCOAM), por la supervisión y aportación intelectual al manuscrito.

Anexo 1. Encuesta valoración comunicación médico-paciente

FECHA DE LA ENCUESTA:

SERVICIO HOSPITAL:

FECHA CONSULTA:

N.º VISITAS EN EL ÚLTIMO AÑO: _____

TIEMPO ASIGNADO PARA CADA PACIENTE: _____

SEXO: VARÓN _____ MUJER _____

EDAD: _____

_____ ■

DESEA COLABORAR: SÍ _____ AUSENTE: _____ NO DESEA: _____

CONTESTA EL PACIENTE: NO (MOTIVO): _____

SÍ: _____

CONTESTA ACOMPAÑANTE CONSULTA:

ESTUDIOS:

Ninguno Primarios Secundarios Superiores

NACIONALIDAD:

Español: _____

Extranjero: Hispano No hispano
Habla/entiende español: SÍ NO
Necesita traductor: SÍ NO

NACIONALIDAD DEL MÉDICO:

Español: _____

Extranjero: Hispano No hispano
Habla/entiende español: SÍ NO

PROBLEMAS DE AUDICIÓN: SÍ NO

¿CONOCE EL NOMBRE DEL DOCTOR QUE LE HA ATENDIDO?

SÍ NO NO RECUERDA

¿CONOCE EL MOTIVO POR LA QUE LE HAN ENVIADO A ESTE ESPECIALISTA ?

SÍ NO NO RECUERDA

¿ LE CAMBIARON O MANDARON ALGÚN TRATAMIENTO EN LA CONSULTA ?

SÍ NO NO RECUERDA

¿ LE DIERON EN LA CONSULTA CONSEJOS SOBRE HÁBITOS SALUDABLES (DIETA, EJERCICIO, ALCOHOL, TABACO...)?

SÍ NO NO RECUERDA

Bibliografía

1. Sánchez F, Sánchez FJ, López Y. Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Rev Calid Asist.* 2008;23:199–204.
2. Plantinga L, Boulware LE, Coresh J, Stevens LA, Miller III ER, Saran R, et al. Patient Awareness of Chronic Kidney Disease. Trends and Predictors. *Arch Intern Med.* 2008;168:2268–75.
3. Nebot C, Baqués T, Crespo A, Valverde I, Canela-Soler J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Aten Primaria.* 2005;35:290–4.
4. Mira Mira JJ, Rodríguez-Marín RP, Ybarra J, Pérez-Jover J, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y en atención primaria. *Rev Calid Asist.* 2002;17:273–83.
5. Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez-Barranco JE, Osuna-Carrillo de Albornoz E, Luna-Maldonado A. Derecho de información de los pacientes: Influencia de las características socioprofesionales en at. primaria. *Aten Primaria.* 2006;37:69–77.
6. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40:903–18.
7. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Fam Med.* 2002;34:353–61.
8. Concepción T, Rodríguez O, Illada L, Santos MI. Percepción y expectativas del paciente mayor en la atención especializada. *Rev Calid Asist.* 2008;23:17–20.
9. Mas Garriga X, Solé Dalfó M, Licerán Sanandrés M, Riera Cervera D. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? *Aten Primaria* 2006;38:192–9.
10. Baena JM, Atance RM, Escribá JM, Conesa A, Rivera D, Flores-Cebriá RM. Percepción del consejo médico: ¿en todos los casos y a todos los pacientes por igual? *Gac Sanit.* 1999;13:46–52.
11. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Physician counseling about exercise. *JAMA.* 1999;282:1583–8.
12. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA.* 1989;261:75–9.
13. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci.* 2002;29(2 Suppl):S23–9.