

PARA TÍTULOS DE ESPECIALISTAS (CUARTO NIVEL)  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **NORMA GEOVANNA BERMEO GRANDA**, CC: **1716900277**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“FALLAS EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE COMO DESENCADENANTES DE LOS ERRORES QUE COMETEN EN LA AUTOADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS (> 3 FÁRMACOS), CON ENFERMEDAD CRÓNICA, SUS FAMILIARES O CUIDADORES, EN EL HOSPITAL PADRE JOSE CAROLLO “UN CANTO A LA VIDA” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERIODO FEBRERO 2014 – MARZO 2014”** previa a la obtención del título profesional de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**, en la Facultad de **Medicina**:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 15 de Agosto del 2014

Norma Geovanna Bermeo Granda

CC: 1716900277

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**FALLAS EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE COMO  
DESENCADENANTES DE LOS ERRORES QUE COMETEN EN LA  
AUTOADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS LOS PACIENTES  
MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS (> 3 FÁRMACOS), CON  
ENFERMEDAD CRÓNICA, SUS FAMILIARES O CUIDADORES, EN EL  
HOSPITAL PADRE JOSE CAROLLO “UN CANTO A LA VIDA” DE LA  
CIUDAD DE QUITO, EN EL PERIODO FEBRERO 2014 – MARZO 2014**

**Disertación previa a la obtención del Título de Especialista en Medicina  
Familiar y Comunitaria**

**Autora: Md. Norma Geovanna Bermeo Granda**

**Director: Dr. Edgar León**

**Directora metodológica: Dra. Rosa Goyes**

**Quito, 15 de Agosto del 2014**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios y a mi madre por constituir mis guías y apoyo.

Al Dr Edgar León y la Dra Rosa Goyes mis directores de tesis, por su ayuda en la  
elaboración del presente trabajo de investigación

Gracias a todos por su apoyo incondicional.

## TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
CAPITULO I. El problema	
1.1 Planteamiento del Problema.....	7
1.2 Formulación del Problema.....	9
1.3 Hipótesis.....	9
1.4 Objetivos de la investigación	
1.4.1 Objetivo General.....	10
1.4.2 Objetivos Específicos.....	10
1.5 Justificación.....	11
CAPITULO II. Revisión Bibliográfica	
2.1 Antecedentes.....	12
2.2 Fundamentación teórica	
2.2.1 Comunicación.....	14
2.2.1.1 Elementos de la comunicación.....	14
2.2.1.2 La importancia de comunicar bien.....	16
2.2.1.3 Cómo dar la información de manera estructurada.....	17
2.2.1.4 La forma de informar.....	19

2.2.1.5 Tiempo de la consulta.....	19
2.2.1.6 Enseñanza de técnicas de consulta médica “rápida”.....	21
2.2.1.7 Consecuencias de una comunicación médico paciente deficiente..	22
2.2.1.8 Cómo mejorar la comunicación con los pacientes adultos mayores.....	22
<b>2.2.2 Polifarmacia en el adulto mayor.....</b>	<b>27</b>
2.2.3 Errores de medicación.....	29
2.2.3.1 Tipos de errores de medicación.....	31
2.2.3.2 Causas de errores de medicación.....	33
2.2.3.3 Adherencia terapéutica.....	36
2.2.3.4 Cómo prevenir errores relacionados con la auto administración de medicamentos.....	39
<b>CAPITULO III. Métodos</b>	
3.1 Diseño de investigación.....	41
3.2 Tipo de la investigación.....	41
3.3 Método de investigación.....	42
3.4 Población y muestra	
3.4.1 Población.....	43
3.4.2 Muestra.....	43
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	

3.5.1 Criterios de inclusión.....	44
3.5.2 Criterios de exclusión.....	44
3.6 Operacionalización de variables.....	45
3.7 Técnicas e instrumentos para la recolección de información.....	47
3.8 Técnicas para el tratamiento de la información.....	48
CAPÍTULO IV. Resultados	
4.1 Cuestionario de pacientes y/o familiares o cuidadores.....	49
4.2 Entrevistas a los médicos.....	63
4.3 Observación de la consulta médica.....	65
CAPITULO V. Discusión.....	
CAPÍTULO VI. Conclusiones y Recomendaciones	
6.1 Conclusiones.....	73
6.2 Recomendaciones.....	74
Bibliografía.....	76
Anexos.....	82

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Tipos de errores de medicación.....	31
Cuadro 2: Causas de los errores de medicación.....	33
Cuadro 3: Factores contribuyentes asociados a los sistemas de trabajo.....	35
Cuadro 4: Matriz de Operacionalización de variables.....	45
Cuadro 5: Matriz de técnicas e instrumentos de la investigación.....	47
Cuadro 6: Persona que administra la medicación.....	51
Cuadro 7: Tipos de errores de medicación detectados.....	52
Cuadro 8: Error en el número de días de toma de medicamentos.....	54
Cuadro 9: Medicación actual de los pacientes encuestados.....	56
Cuadro 10: Quién cubre el costo de los medicamentos.....	61
Cuadro 11: Resumen de valores de OR y de Cola de P de la relación error de medicación y comunicación medico paciente.....	62
Cuadro 12: Entrevista a los médicos.....	63
Cuadro 13: Características de la consulta médica.....	65

## LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1: El proceso de la comunicación.....	15
Gráfico 2: Ejemplo de un resumen de la consulta para un paciente anciano...	26
Gráfico 3: Fases del proceso de de-prescripción de medicamentos.....	28
Gráfico 4: Distribución porcentual del Nivel de instrucción de los participantes.....	50
Gráfico 5: Distribución porcentual de la organización de los medicamentos..	51
Gráfico 6: Distribución porcentual del olvido en la toma de los medicamentos.....	53
Gráfico 7: Distribución porcentual de la Confusión entre medicamentos.....	53
Gráfico 8: Distribución porcentual del error en la hora de toma de la medicación.....	54
Gráfico 9: Distribución porcentual de la toma de dosis extra de la medicación prescrita.....	55
Gráfico 10: Distribución porcentual del olvido de las indicaciones médicas.....	55
Gráfico 11: Distribución porcentual de las actividades del médico durante la consulta.....	58
Gráfico 12: Distribución porcentual del uso de términos médicos durante la consulta.....	59
Gráfico 13: Distribución porcentual de la Calificación del tiempo de la consulta.....	59

Gráfico 14: Distribución porcentual de la Explicación de la receta médica con uso necesario del tiempo y empleo de lenguaje claro y sencillo..... 60

Gráfico 15: Distribución porcentual de la Satisfacción con la consulta médica..... 60

## LISTA DE ANEXOS

Cuestionario de Pacientes, familiares o cuidadores.....	82
Consentimiento informado para cuestionario de Pacientes, familiares o cuidadores.....	87
Consentimiento informado para observación de la consulta para Pacientes, familiares o cuidadores.....	88
Consentimiento informado de observación de la consulta para médicos.....	89
Guion de entrevista para médicos.....	90
Guion para la observación de la consulta médica.....	91
Entrevista 1.....	92
Entrevista 2.....	95
Entrevista 3.....	97
Entrevista 4.....	99
Entrevista 5.....	101

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**FALLAS EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE COMO  
DESENCADENANTES DE LOS ERRORES QUE COMETEN EN LA  
AUTOADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS LOS PACIENTES  
MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS (> 3 FÁRMACOS), CON  
ENFERMEDAD CRÓNICA, SUS FAMILIARES O CUIDADORES, EN EL  
HOSPITAL PADRE JOSE CAROLLO “UN CANTO A LA VIDA” DE LA  
CIUDAD DE QUITO, EN EL PERIODO FEBRERO 2014 –MARZO 2014**

**Autor: Norma Bermeo, Md  
Director: Dr. Edgar León  
Director metodológico Dra. Rosa Goyes  
Fecha: Agosto 2014**

**RESUMEN**

El presente estudio tuvo como propósito fundamental identificar la relación entre los errores en la autoadministración de medicamentos con las fallas en la comunicación médico paciente en el Hospital Un Canto a la Vida (HUCV). Con la finalidad de lograr el propósito planteado se buscó caracterizar los errores en la autoadministración de medicamentos en los pacientes adultos mayores del Hospital Un Canto a la Vida y, lograr una perspectiva diagnóstica. Sobre la base de dicha información se identificó su relación con los procesos de comunicación médico paciente para en próximas investigaciones generar herramientas a través de las cuales se solucione dicho problema. La metodología empleada se apoyó en los lineamientos de la investigación cuali-cuantitativa, con una doble estrategia metodológica que incluyó una investigación de campo y documental-bibliográfica. Según la perspectiva cuantitativa, se aplicó una encuesta a una muestra de 82 pacientes adultos mayores atendidos en Consulta Externa del hospital mencionado. Desde la perspectiva cualitativa se aplicó la técnica de entrevista a 5 médicos responsables de la atención de Cardiología, Medicina Interna y Medicina Familiar del HUCV. La investigación reveló una ingesta promedio de 4,7 fármacos por paciente, y se identificaron cinco tipos de errores en la autoadministración de los medicamentos, el olvidar de tomarlos, confundir las pastillas, confundir la hora de la toma, olvidar cuántos días debía tomar los fármacos y, tomar dosis extras de los mismos, los tres primeros guardan relación con la comunicación médico paciente, y de éstos únicamente el olvido en la toma de los medicamentos es estadísticamente significativo.

**Descriptores:** comunicación médico paciente, autoadministración.

**CATHOLIC UNIVERSITY OF ECUADOR  
FACULTY OF MEDICINE  
SPECIALIZATION IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE**

**FAILURE PATIENT MEDICAL COMMUNICATION AS TRIGGERS OF  
ERRORS COMMITTED IN THE SELF-MEDICATION PATIENTS OVER 65  
YEARS WITH POLYPHARMACY (> 3 DRUGS), AND WITH CHRONIC  
ILLNESS OR YOUR FAMILY CAREGIVERS IN THE PADRE JOSE  
CAROLLO "UN CANTO A LA VIDA" HOSPITAL AT QUITO CITY, IN THE  
PERIOD FEBRUARY 2014 - MARCH 2014**

**Author: Norma Bermeo, Md  
Director: Dr. Edgar León  
Methodological Director Dr. Rosa Goyes  
Date: August 2014**

**ABSTRACT**

This study's main purpose was to identify the relationship between the errors in self-medication with physician communication failure patient in the Hospital Un Canto a la Vida (HUCV). In order to achieve the stated purpose sought to characterize the errors in the self-administration of drugs in elderly patients Hospital Un Canto a la Vida and achieve a diagnostic perspective. Based on this information your relationship with doctor patient communication processes in future research to generate tools through which this problem is solved is identified. The methodology was based on the guidelines of a qualitative and quantitative, research with a double strategy that included field research and documentary literature. According to the quantitative perspective, a survey of a sample of 82 elderly patients attending outpatient hospital, to be applied. From the qualitative perspective technique interview 5 doctors responsible for the care of Cardiology, Internal Medicine and Family Medicine HUCV applied. The investigation revealed an average intake of 4.7 drugs per patient, and five types of errors were identified in the self-administration of medication, forgetting to take them, confuse pills confused when shooting, forget how many days should take drugs and take extra doses of the same, the first three relate to the doctor patient communication, and of these only forgetfulness in taking drugs is statistically significant.

**Descriptors:** doctor patient communication, self-administration.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el ejercicio de la medicina en el Ecuador está experimentando una marcada transición, debido a la nueva Ley de Responsabilidad y Mala Práctica Médica.

Toma entonces especial relevancia la comunicación que emplea el personal de salud sobre todo el médico a la hora de abordar su quehacer diario, para que sea capaz de satisfacer las necesidades de los pacientes, proporcionando de forma clara y directa la información pertinente.

Implica por tanto la necesidad de un cambio de la relación médico - paciente caracterizada por la imposición, en la cual el profesional sanitario es el dominante. Esto exige nuevas competencias sociales, profesionales y personales de parte del médico para poder afrontar los cambios necesarios que conduzcan a una atención de calidad.

Como menciona Charles (2000), “los médicos y los pacientes hablan entre sí con diferentes voces, la voz de la medicina se caracteriza por la terminología médica, las descripciones objetivas de síntomas físicos, y la clasificación de estos dentro de un reduccionista modelo biomédico. La voz de los pacientes, por otra parte, se caracteriza por un discurso no técnico sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en el contexto de las relaciones sociales y el mundo cotidiano del paciente. Como

consecuencia de ello, los pacientes pueden sentir que su voz se anula, silenciados, o despojados de significado personal y contexto social”.

En la actualidad, la importancia de la participación de los pacientes en la asistencia sanitaria está siendo reconocida por el profesional de salud, ya que tanto médicos como pacientes se enfrentan durante la consulta médica a situaciones en que deben tomar decisiones relacionadas con la elección de uno u otro procedimiento diagnóstico o terapéutico; y es precisamente en estas situaciones en las que el éxito de un tratamiento depende de la comprensión y la valoración que el paciente haga de las diferentes opciones y su participación en el proceso de toma de decisiones relacionadas con su salud<sup>1</sup>.

El aprendizaje de la comunicación médico - paciente no debe ser abandonado a la intuición y a la capacidad empática de la personalidad del médico, mismas que son adquiridas como resultado de una experiencia cargada de aciertos y frustraciones, sino que por el contrario este aprendizaje debe ser dirigido y guiado durante la preparación universitaria de los galenos.

Debe destacarse que esta relación verbal médico - paciente no se enseña ni se evalúa en los currículos de medicina del pregrado o postgrado, situación que debe

---

<sup>1</sup> RUIZ, A. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012

corregirse ya que la comunicación entre el facultativo y el paciente se relaciona mucho con la calidad del desempeño de las instituciones sanitarias<sup>2</sup>.

La buena comunicación del personal sanitario con el paciente define una parte fundamental de la calidad asistencial. Lo ideal es que el paciente reciba más de lo que esperaba, y tanto el lenguaje verbal como el gestual deben satisfacer esa necesidad del paciente.<sup>3</sup>

Los errores en medicina pueden ser provocados por desconocimiento, negligencia, fallas en la organización, por falta de recursos, así como por fallas en la comunicación; y precisamente una mala comunicación entre el médico y el paciente o su familia puede desembocar con frecuencia en demandas judiciales; como menciona Agrest (2006), la mala comunicación es un error con daño psicológico que puede considerarse como un error provocado por negligencia

En tal sentido esta investigación permitió identificar los errores comunicacionales entre los pacientes y los médicos que tienen potenciales consecuencias adversas para la toma de medicamentos, posibilidad que hay que tomar en cuenta por ejemplo para futuras investigaciones en relación a potenciales demandas judiciales por insatisfacción.

---

<sup>2</sup> AGREST, A. (2006). "latrogenia verbal y gestual". Disponible en: [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar). CIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

En este contexto, el proyecto de investigación se estructuró en seis capítulos:

El capítulo I relacionado con el planteamiento del problema, la formulación de objetivos y justificación.

El capítulo II incluye los antecedentes y la fundamentación teórica en la cual se analiza y estudia el problema en consideración.

En el capítulo III se encuentra el marco metodológico, con el diseño de la investigación, población y muestra, los procedimientos e instrumentos para la recolección de los datos.

El capítulo IV engloba los resultados obtenidos de la investigación.

El capítulo V y VI delimita la discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones respectivamente.

Por último, se presentan las referencias y anexos que dan respaldo a la investigación.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Históricamente se ha considerado al médico como una suerte de Dios, incapaz de cometer errores, concepción gracias a la cual la medicina vive perfeccionándose apoyada en el uso cotidiano de recursos diagnósticos y terapéuticos cada vez más sofisticados, dejando de lado la concepción de que la información y la comunicación y no solamente la tecnología juegan un papel importantísimo para una mejor asistencia de la actividad médica en beneficio del paciente.

Gérvas (2009) considera que una comunicación amable, empática, respetuosa y serena con el paciente tiene impacto positivo en su salud, siendo las consultas más efectivas, logrando mejores resultados y derivando en un estilo de práctica con relaciones entre el médico y paciente más fluidas; sin embargo, pese a conocer la importancia de aplicar una comunicación eficaz en la entrevista con el paciente, a la hora de afrontar una consulta agobiante, con pacientes impacientes, el médico se remite a recortar el tiempo de la entrevista, limitándose únicamente a lo biológico, restándole efectividad a la consulta, lo que desemboca en pacientes insatisfechos, degradando de esta forma el acto médico.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> GÉRVAS, J. (2009). Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. Aten Primaria. España

Por tanto como afirma Gómez (2006), si la comunicación entre el médico y el paciente es deficiente, la posibilidad de conflictos será elevada, sobre todo cuando prima la medicina defensiva caracterizada por la desconfianza entre médicos y pacientes. En este sentido, se ha demostrado en distintos análisis de demandas por mala praxis que, en la mayoría de los casos, no responden a un mal desempeño técnico profesional sino a una falla en el proceso comunicacional durante la relación médico paciente no satisfecha.

Existe por tanto la necesidad de una revisión del sistema de educación en el área de la Salud por parte de la Universidad que asuma el compromiso de generar no solamente una educación superior tecnificada, sino también una educación médica humanista, integral, basada en una comunicación eficaz, base de interrelaciones eficientes entre el equipo de salud, y sobre todo entre el galeno, el paciente y su familia, dejando atrás los antiguos esquemas, e incidiendo de esta forma en el mejoramiento no solo de la calidad de la atención brindada por el personal médico que egresa de las universidades sino también en la formación de individuos capaces de resolver los problemas que demanda la comunidad.

El presente proyecto de investigación tuvo como finalidad identificar aquellas deficiencias en la comunicación médico paciente que llevan al cometimiento de errores involuntarios en autoadministración de medicamentos. Se realizó en el Hospital Padre José Carollo “Un canto a la vida” y contó con la participación de los pacientes crónicos

polimedicados, sus familiares o cuidadores que asistieron a la Consulta Externa de la Institución mencionada.

Se realizó una revisión bibliográfica relacionada con las características de la comunicación médico paciente, sobre los errores de medicación, y la relación que existe entre estos dos aspectos de los pacientes, familiares o cuidadores en la autoadministración de medicamentos.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los errores que existen en la autoadministración de medicamentos en los pacientes mayores de 65 años polimedicados (> 3 fármacos), con enfermedad crónica, en sus familiares o cuidadores; y cuál es su relación con las fallas en la comunicación médico paciente, en el Hospital Padre José Carollo “Un Canto a la Vida” de la ciudad de Quito, en el periodo Febrero 2014 – Marzo 2014?

## **1.3 HIPÓTESIS**

Las fallas en la comunicación médico paciente desencadenan errores en la autoadministración de medicamentos en los pacientes mayores de 65 años polimedicados (> 3 fármacos), con enfermedad crónica, en sus familiares o cuidadores.

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar si los errores en la autoadministración de medicamentos en los pacientes mayores de 65 años polimedicados (> 3 fármacos), con enfermedad crónica, sus familiares o cuidadores, en el Hospital Padre José Carollo “Un Canto a la Vida” de la ciudad de Quito, en el periodo Febrero 2014 – Marzo 2014, tiene relación con la comunicación médico paciente.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir los procesos de autoadministración de la medicación aplicados por los pacientes mayores de 65 años, sus familiares o cuidadores.
2. Categorizar los errores de los pacientes en la administración de medicamentos.
3. Identificar los errores comunicacionales, entre los pacientes y los médicos que tienen potenciales consecuencias adversas para la toma de medicamentos.
4. Caracterizar el consumo promedio de fármacos por paciente.
5. Determinar los grupos de fármacos más frecuentemente prescritos en los pacientes.

## **1.5 JUSTIFICACIÓN**

Es necesaria y pertinente la descripción de los errores de los pacientes, familiares o cuidadores en la auto-administración de medicamentos y su relación con las fallas en la comunicación médico paciente, reconociendo cómo éstas influyen en una adecuada adherencia terapéutica, con miras a conseguir una atención de calidad.

En la actualidad, los cambios que afectan en materia penal a los médicos ecuatorianos configuran un nuevo contexto, la necesidad imparable de formar profesionales para tiempos de cambio, con su continua y permanente actualización exige de igual forma el fortalecimiento de la comunicación con el paciente.

En este contexto se consideró oportuno el presente proyecto de investigación toda vez que los resultados permitirán reorientar los procesos de comunicación médico paciente al momento sobre todo de prescribir medicamentos, recalcando en este punto, la importancia de su enseñanza y aprendizaje en los programas de formación médica de pregrado así como de postgrado.

## **CAPÍTULO II**

### **REVISION BIBLIOGRÁFICA**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

El poco acceso a la información sobre los trabajos realizados en el país acerca de comunicación médico paciente y errores de auto administración de medicamentos, disminuye la amplitud en el marco de referencia para el presente trabajo, de todas maneras se pueden contar con dos trabajos representativos que a continuación se describen.

Dentro de las distintas ponencias que se encuentran en el país acerca de la Comunicación médico – paciente en la educación, encontramos el trabajo de Vanessa Aquino y Gabriela Pozo en la Ciudad de Quito, en el año 2010, exponen en su trabajo “Relación médico-paciente y su influencia en la salud psicológica de los pacientes”<sup>4</sup> la importancia que tiene la empatía que se establezca entre médico-paciente, la misma que asegurará la continuidad y éxito del tratamiento. Este trabajo contiene: concepto, clases, efectos de la relación médico - paciente, etc. También incluye resultados porcentuales de una encuesta aplicada a pacientes para la valoración de la relación entre los mismos y los facultativos de una institución de Salud, concluyendo que la empatía que se establezca entre médico-paciente es fundamental para asegurar la continuidad y éxito del tratamiento, recalcando además la importancia del entorno familiar del paciente.

---

<sup>4</sup> AQUINO, V; POZO, G. (2010). Relación médico-paciente y su influencia en la salud psicológica de los pacientes. Trabajo de Grado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito – Ecuador.

De igual manera en el trabajo de la Lic. Marina Rodríguez y el Dr. Felman Galarza en el 2011 “Comunicación médico – paciente y la satisfacción de los usuarios que asisten al servicio de hospitalización en el Hospital Darío Machuca Palacios, La Troncal, 2011”<sup>5</sup>, se recalca que la deficiente comunicación médico – paciente es motivo de insatisfacción de los usuarios que asisten a las instituciones de salud públicas o privadas, sobre todo en las instituciones públicas. En este sentido, dicho estudio constituye un aporte al debate de este tema en el Ecuador. La investigación analiza específicamente el grado de satisfacción de los usuarios de un Hospital público relacionada con el proceso de comunicación médico – paciente, recalcando que tras la encuesta realizada a los mismos verifican una falta de retroalimentación en este proceso comunicacional, con quejas sobre recetas con letra ilegible, deficiencia en las recomendaciones higiénico dietéticas, además incluyen en su estudio el déficit de información de los galenos sobre el proceso de comunicación y tipo de información que se debe entregar al usuario.

En la medida que atendamos los aspectos relacionados con el proceso de comunicación entre pacientes y profesionales médicos, así como la satisfacción de los usuarios y sus familias, seremos capaces de construir una alternativa más cercana que una simple informatización de recetas médicas. A decir de los autores la relación médico-paciente es una relación interpersonal que permite al enfermo satisfacer su deseo

---

<sup>5</sup> RODRÍGUEZ, M; GALARZA, F. (2011). Comunicación médico – paciente y la satisfacción de los usuarios que asisten al servicio de hospitalización en el Hospital Darío Machuca Palacios, La Troncal, 2011. Tesis de Grado. Universidad Técnica de Babahoyo. Babahoyo - Ecuador

y necesidad de salud, y al médico cumplir con una de sus funciones sociales más importantes, en este sentido y recogiendo lo anteriormente dicho, es hora de profundizar y evaluar lo que hasta el momento se hace por simple intuición.

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.2.1 COMUNICACIÓN**

Es bien sabido que la comunicación como elemento básico de la interacción humana, es un proceso interactivo de intercambio de ideas, sentimientos, etc., a través del cual ponemos en común un conocimiento.

#### **2.2.1.1 ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN**

La comunicación como bien lo describe Malagón (2001) es un proceso complejo, en el que están involucrados varios elementos como:

1. **El emisor:** es la persona o entidad donde tiene origen el mensaje.
2. **El transmisor:** sea éste animado o inanimado, es a través del cual se envía el mensaje.
3. **El receptor o destinatario:** es quien recibe el mensaje y a su vez es quien retroalimenta.

Es así como a través de la interacción de estos elementos, se consigue un proceso recíproco, ya que no es unidireccional, sin embargo, también se describen espacios o “interfases” entre el emisor y el transmisor, así como entre el transmisor y el receptor,

interfases que corresponden a sitios de riesgo para la entrada de “ruido”, llamado así todo factor que puede interferir con el mensaje.

Malagón (2001) describe además varios tipos de ruidos en la comunicación:

1. **Ruidos de semántica:** se originan en el lenguaje, suceden cuando los participantes del proceso de comunicación no hablan el mismo lenguaje, como ejemplo están las diferencias regionales en el significado de frases o palabras del mismo idioma.
2. **Ruidos de influencia:** se originan en las actitudes, ideas e informaciones previas que tenga cada uno de los participantes, por ejemplo los enfrentamientos regionales.
3. **Ruidos de técnica:** se deben a defectos en los medios usados para la transmisión de la información o en los sentidos de quien la recibe.

Gráfico 1: El proceso de la comunicación



Fuente: Malagón (2001)

### **2.2.1.2 LA IMPORTANCIA DE COMUNICAR BIEN**

Sin duda alguna el proceso de comunicación es un aspecto muy importante en todos los ámbitos, mucho más en el sanitario.

Estudios han demostrado que la falta de una comunicación efectiva es una de las causas de quejas más frecuentes que se reciben en los centros de atención médica.

El informe Kalamazoo II citado por Sogi (2006) vincula la comunicación efectiva a:

- a. Una mayor satisfacción del médico y el paciente
- b. Adherencia a los planes de tratamiento
- c. Decisiones médicas más adecuadas
- d. Mejores resultados de salud
- e. Disminución en la incidencia de demandas por mala práctica contra médicos de atención primaria
- f. Información y educación del público

Existen estudios que demuestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos puede conducir a la mejora incluso de resultados fisiológicos en los pacientes, tales estudios elevan la comunicación efectiva a un nivel procedimental, lo que nos permite hablar de la comunicación eficiente como una opción terapéutica<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> MOORE, P. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. Rev Med Chile

Entre otros beneficios de una comunicación efectiva según Kurtz citado por Moore (2010), están:

- Asegura una socialización (interacción) en vez de una transmisión directa
- Reduce la incertidumbre innecesaria
- Requiere una planificación de propósitos que determinen cómo lograr los objetivos
- Es dinámica
- Cada avance en la comunicación se convierte en nuevo contexto para posteriores interacciones (modelo helicoidal)

### **2.2.1.3 CÓMO DAR LA INFORMACIÓN DE MANERA ESTRUCTURADA**

Debrouwere (2008) describe tres objetivos para informar al paciente:

- 1) Ampliar el conocimiento del paciente influyendo en sus pensamientos (componente cognitivo).
- 2) “Convencer” al paciente respecto de su problema de salud y posible plan terapéutico, influyendo de esta manera tanto en sus conocimientos como en sus sentimientos, actitudes y valores sobre los cuales se basan su opinión (componente afectivo).
- 3) Lograr el cumplimiento del plan terapéutico acordado, al dar información sobre los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (componente conductual).

El mismo autor considera además tres etapas a la hora de comunicar un plan terapéutico al paciente:

- 1) “Sintonizar” para verificar qué es lo que el paciente piensa y siente respecto al diagnóstico: se trata de escuchar bien al paciente para poder informarlo bien, es el momento de sintonizar la noticia con las expectativas del paciente, construyendo conocimiento sobre el conocimiento previo que él trae, ya que éste puede bloquearse cuando la información no se conecta con su conocimiento, en este sentido es recomendable usar términos comunes para facilitar la comprensión del paciente y así evitar malentendidos; no se puede dejar de lado la carga emocional que puede llevar una noticia al ser comunicada, por lo tanto lo aconsejable en este punto es dejar fluir las emociones antes de comunicar una noticia.
- 2) Dar “la noticia en sí” : En este momento se recomienda decir lo más importante primero, enfatizando las ideas importantes empleando palabras sencillas, con frases específicas en lugar de frases generales, además volviendo a mencionar los puntos principales; de esta forma se facilitará la comprensión del paciente y disminuir el riesgo de olvidos.
- 3) “Controlar” si realmente entendió todo y resumir para verificar si el plan propuesto va en contra de los pensamientos, sentimientos, valores y actitudes del paciente y si está dispuesto o no a seguir el consejo terapéutico, en esta etapa se le da al paciente la oportunidad para hacer preguntas y completar y/o aclarar la información.

#### **2.2.1.4 LA FORMA DE INFORMAR**

La forma como se proporciona la información mediante la comunicación verbal como para verbal es muy importante ya que ésta constituirá una ayuda o una dificultad a la hora de transmitir el mensaje.

Las recomendaciones en este sentido son hablar de manera fluida, y natural, ya que una persona que titubea mantiene con mucha más dificultad la atención; una articulación clara es indispensable, así como la entonación para poner énfasis en ciertos aspectos.

La comunicación para-verbal no puede dejarse de lado, ya que el paciente se siente mucho más relacionado con el emisor que emplea mímica viva. De igual forma no se debe olvidar el uso de material visual por parte del médico, apoyado en dibujos sobre papel o usar incluso el propio cuerpo para dar explicaciones al paciente, de esta forma éste recordará de forma más fácil la información.

#### **2.2.1.5 TIEMPO DE LA CONSULTA**

Dar información clara y suficiente no implica “perder el tiempo” sino aportar a la calidad de atención al paciente, aumentando además el cumplimiento del tratamiento negociado.

Sin embargo, existen algunos obstáculos y el más importante es la presión del tiempo, a este respecto existe diversidad de opiniones entre los países sobre cuál es la duración óptima de la consulta médica ambulatoria.

Según Outomuro (2013) estudios a nivel de Iberoamérica revelan consultas de 15 minutos como en el caso de Argentina, 10 minutos en El Salvador, 12 minutos en el Perú, y 10 minutos en España; un caso muy interesante es el de Rusia, en donde el tiempo reglamentado para la consulta es de 10 minutos, tiempo que debe distribuirse de la siguiente manera: “1 minuto para saludar y despedir al paciente, 3 minutos para la anamnesis, 2 minutos para el examen físico, 2 minutos para la prescripción y 2 minutos para formalidades administrativas”; sin embargo los mismos concluyen que la cantidad de tiempo adecuada para una consulta ambulatoria debe oscilar entre 18 y 20 min. En Alemania un estudio demostró que las consultas médicas de un mínimo de 30 minutos sobre todo en pacientes crónicos, tienen como beneficios un mayor tiempo para dar las indicaciones, una mejor relación médico-paciente, así como incremento en el cumplimiento de los planes terapéuticos; además reveló que la disminución en el tiempo de la consulta conduce a una mala prescripción terapéutica e incrementa el riesgo de mala práctica médica.

En el caso de nuestro país no existe una reglamentación sobre el tiempo asignado para la consulta médica y tampoco se han realizado estudios al respecto; sin embargo de acuerdo al Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud del Ecuador

(2012), una consulta inicial puede variar desde los 10 minutos hasta los 60 minutos de acuerdo al grado de complejidad de la decisión médica que se debe tomar; mientras que en lo que respecta a una consulta subsecuente el tiempo varía desde 5 minutos hasta los 40 minutos de igual forma de acuerdo al grado de complejidad de la decisión médica que requiere el paciente.

#### **2.2.1.6 ENSEÑANZA DE TÉCNICAS DE CONSULTA MÉDICA**

##### **“RÁPIDA”**

La declaración de consenso (Toronto Consensus Statement) publicada por el British Medical Journal, en 1991, dice: “La comunicación médico paciente efectiva es una función clínica esencial que no puede ser delegada”, por lo tanto es pertinente y necesaria su enseñanza en los programas médicos de pregrado y de postgrado.

Debido a la exigencia de consultas ambulatorias rápidas, y con el objetivo de no reducir la calidad de la atención del paciente, sería oportuna la enseñanza de técnicas de atención rápida. Por ejemplo para mejorar la eficiencia en pocos minutos Stewart (2007) recomienda comprobar en la agenda si hay pacientes que pueden requerir más tiempo y ayuda a causa de la edad, discapacidad, personalidad o por barreras del idioma; además recomienda verificar si hay pacientes crónicos cuya atención se pueda anticipar. Finalmente el autor concluye que con estas técnicas se podría limitar la consulta a siete minutos o menos manteniendo aún la consulta enfocada.

### **2.2.1.7 CONSECUENCIAS DE UNA COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE DEFICIENTE**

Debrouwere (2008) recalca que muchos de los pacientes no entienden lo que el médico les explicó, además de que no recuerdan la información proporcionada durante la consulta médica.

A este respecto y como consecuencia de una incorrecta comunicación verbal o escrita por parte del galeno puede desembocar en problemas de interpretación de las prescripciones médicas, y de esta forma converger en errores de medicación, motivo de la realización del presente trabajo investigativo.

### **2.2.1.8 CÓMO MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES**

Según Thomas (2006), la proyección de personas mayores de 65 años en los EEUU para el año 2030 será de 71 millones (un aumento de más de 200 % desde el año 2000), por ende incrementará la demanda de servicios médicos.

En el caso del adulto mayor la amplia gama de experiencias de vida y sus antecedentes culturales influyen en su "percepción de la enfermedad y la voluntad de adherirse al régimen terapéutico", además la comunicación puede verse obstaculizada por el normal proceso de envejecimiento, por ejemplo por la pérdida sensorial, reducción de la memoria, procesamiento más lento de la información, disminución del

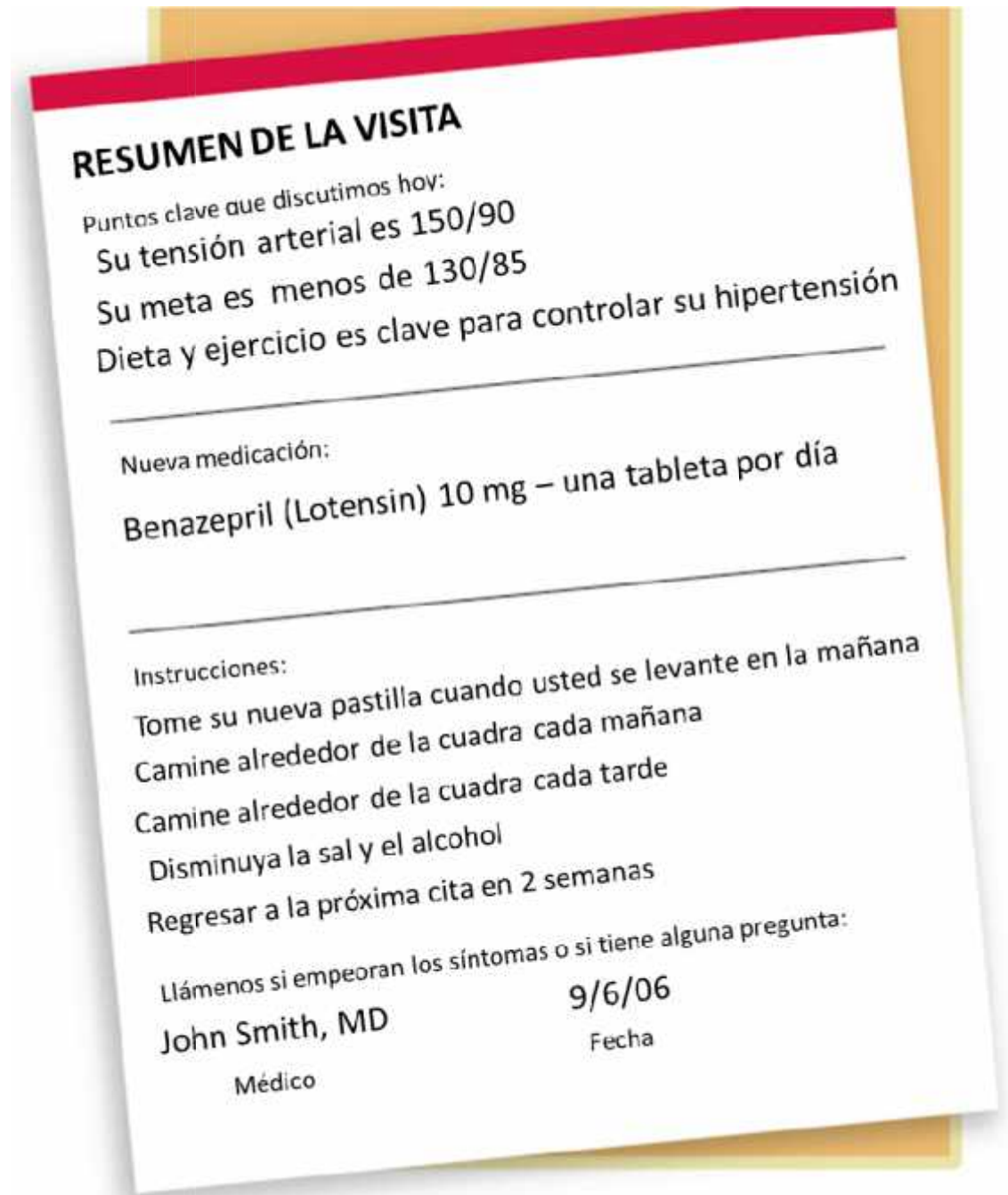
poder e influencia sobre su propia vida, la jubilación, y separación de la familia y amigos. Por lo tanto el autor nos propone consejos para mejorar la comunicación con los pacientes ancianos.

1. Darle tiempo extra a los pacientes de mayor edad ya que los estudios demuestran que los pacientes de más edad reciben menos información de los médicos que los pacientes más jóvenes.
2. Evitar distracciones: investigadores recomiendan que si el médico da a sus pacientes toda su atención en los primeros 60 segundos, “crea la impresión de que les dedicó una cantidad significativa de tiempo”.
3. Sentarse frente a frente: Algunos pacientes de mayor edad por la pérdida de visión y audición, la lectura de los labios puede ser crucial para recibir la información correctamente, incrementando de esta forma el cumplimiento terapéutico.
4. Mantener el contacto visual: El contacto visual es una de las formas más directas y poderosas de la comunicación no verbal, le dice al paciente que está interesado en él y que puede confiar en usted.
5. Escuchar sin interrumpir al paciente: Muchos de los problemas asociados con el incumplimiento se pueden reducir simplemente al tomarse el tiempo para escuchar lo que el paciente tiene que decir.
6. Hablar despacio, con claridad y en voz alta: La velocidad a la que una persona mayor aprende es a menudo más lenta que la de una persona más joven.

7. Utilizar palabras cortas y frases sencillas. es una de las mejores maneras para asegurarse de que sus pacientes sigan las instrucciones. No usar términos técnicos y no asumir que los pacientes comprenderán incluso la terminología médica básica.
8. Hablar de un tema a la vez, ya que la sobrecarga de información puede confundir a los pacientes.
9. Simplificar y escribir las instrucciones: proporcionar una hoja de información que resuma los más puntos importantes de la visita y explicar lo que el paciente tiene que hacer después de que él se va del consultorio.
10. Usar gráficos, modelos y fotos para ilustrar los mensajes.
11. Resumir frecuentemente los puntos más relevantes: pedir al paciente que repita las instrucciones, si después de escuchar al paciente se concluye que él no entendió las instrucciones se deberá reformular el mensaje de una forma más corta y sencilla.
12. Dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas.
13. Programar a los pacientes de mayor edad al principio de la agenda, ya que los pacientes mayores a menudo se cansan conforme pasa el día.
14. Saludar cuando el paciente llega a la consulta: Este es un paso importante para que los pacientes mayores se sientan cómodos e importantes.
15. Sentarlos en una zona tranquila y cómoda: en su área de espera el asiento debe ser firme, de altura estándar y con apoyabrazos para que sea más fácil para las personas mayores moverse de forma independiente.

16. Hacer las cosas fáciles de leer: Una buena iluminación ayudará al paciente a leer el material impreso, ver las expresiones faciales y leer los labios. Usar letra grande, fácil de leer.
17. Esté preparado para ayudar físicamente a los pacientes mayores a moverse.
18. Si usted se retrasa con otro paciente, hágale saber a los pacientes mayores cuánto tiempo podrían esperar hasta que llegue su turno de ser atendidos, de esta forma les hará saber que los tienen presentes.
19. Mantener al paciente relajado y concentrado. Esto es clave para la obtención de información confiable del paciente. Tocar ligeramente el hombro, el brazo o la mano del paciente ayudarán a relajarle y aumentar su nivel de confianza. Y por último llamar al paciente por su nombre.
20. Finalmente despedirse y dar las gracias por la visita.

Gráfico 2: Traducción de un resumen de la consulta para un paciente anciano



Fuente: Thomas, R; et al. (2006)

### **2.2.2 POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR**

Según Gavilán, et al (2012) la polifarmacia se puede definir en términos cuantitativos, es decir el uso de más de un número determinado de fármacos, respecto al mismo hay autores que hablan de tres fármacos mientras otros hablan de 5 fármacos; otra forma de definir a la polifarmacia es en términos cualitativos, como es la utilización de fármacos inadecuados o clínicamente no indicados; en cualquier caso está demostrado que a mayor número de fármacos prescritos, fuesen estos apropiados o no, mayor es la posibilidad de que aparezcan efectos adversos muchos de ellos prevenibles.

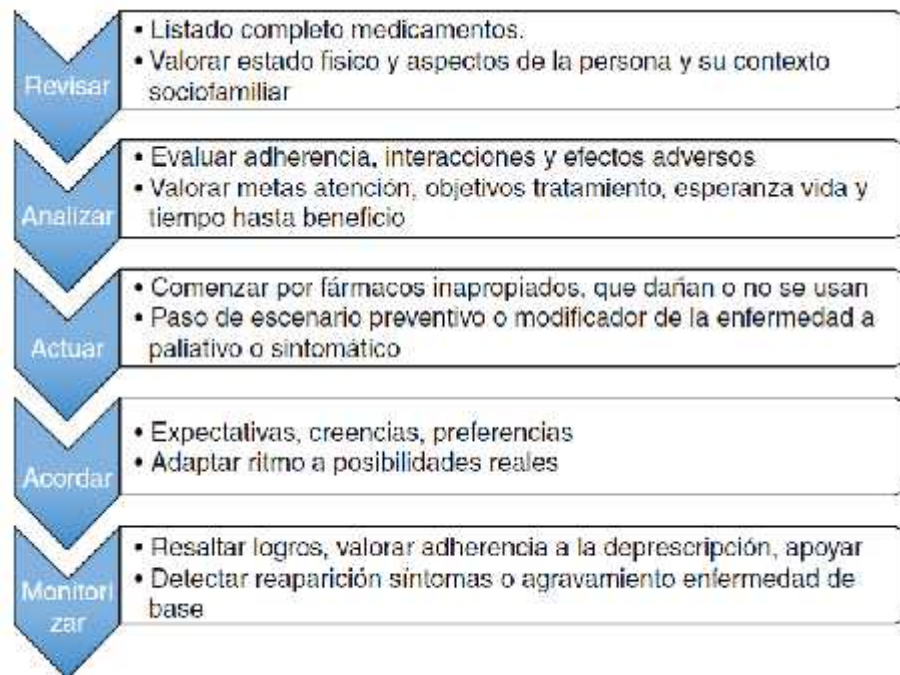
El incremento en la expectativa de vida de la población no solo en nuestro país sino a nivel mundial, trae consigo el consecuente aumento de la pluripatología y la poli medicación, la misma que tiene como consecuencias el incremento de la morbimortalidad, la disminución en la adherencia terapéutica, efectos adversos a los medicamentos, interacciones medicamentosas, riesgo de caídas, disminución de la funcionalidad e incremento en los costos tanto para el paciente y su familia como para el sistema sanitario.

El mismo Autor describe además que existen factores que predisponen a los adultos mayores en especial a los mayores de 75 años a la polifarmacia, como por ejemplo, tener 3 o más enfermedades crónicas, tener una pobre auto percepción de la salud y deficiente adaptación a la enfermedad, tener una situación económica deficiente, un nivel educativo bajo, la soledad, una situación de dependencia, vivir en zonas rurales,

ser atendidos por diferentes prescriptores que además no reconozcan el problema que implica la polimedicación; pero como solución a este problema plantea la de prescripción (Gráfico 3).

Por su parte Molina et al (2012) demuestra que aproximadamente 2 de cada 3 ancianos experimentan alguna dificultad para seguir el tratamiento prescrito, y que además la revisión sistemática de la medicación efectuada por el médico, se asocia con la mejora de la adherencia por parte del paciente.

Gráfico 3: Fases del proceso de de-prescripción de medicamentos.



Adaptado de Hardy et al

### **2.2.3 ERRORES DE MEDICACIÓN**

Antes de iniciar este apartado es importante conocer algunas definiciones, las mismas que a continuación se describen:

Respecto al error médico, Alvarado (2009) lo define como “cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, ..... en el que no existe mala fe, ni necesariamente se pone de manifiesto una impericia, imprudencia o negligencia que implique responsabilidad moral y legal”.

Recordando que en la atención médica están involucrados galenos y pacientes, definamos también qué es un error de medicación, en este caso la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) establece que los errores de medicación son “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor, incidentes que pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización”.

Como bien lo describe Mira (2012), muchos son los estudios enfocados en la responsabilidad del médico, sin embargo sabemos que la responsabilidad de la

administración de la medicación una vez que el paciente está en su domicilio, reside en los pacientes; y es precisamente este aspecto uno de los más importantes a la hora de hablar de una adecuada adherencia terapéutica; en este contexto, hay que considerar que los pacientes también cometen errores por acción u omisión, mismos que pueden conducir a eventos adversos. Se espera por tanto, que si mejora la información que proporciona el médico, se reducirán los riesgos para la seguridad de los pacientes a través de la disminución de sus errores con la medicación.

Hasta el 2010 según el INEC, de los 14'483.499 de habitantes en el Ecuador, 940.905 eran mayores de 65 años, es decir el 6,5% de la población nacional, de los cuales, aproximadamente el 70% de todas las muertes de los adultos mayores son causadas por enfermedades crónicas<sup>7</sup>.

Tomando en cuenta esta realidad de los adultos mayores, en general se evidencia una susceptibilidad a la polifarmacia, haciéndolos proclives a sufrir numerosos errores relacionados con los medicamentos<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> MIES. (s/a). Agenda de igualdad para Adultos mayores 2012 – 2013. Segunda edición. Quito-Ecuador.

<sup>8</sup> FERNÁNDEZ, L. (2006). Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedcados. FARMACIA HOSPITALARIA. Vol. 30. N.º 5,

En vista del riesgo de polifarmacia en los ancianos, la OMS recalca que más del 50% de los medicamentos que se prescriben, dispensan o venden, se lo hace de forma inapropiada.<sup>9</sup>

### **2.2.3.1 TIPOS DE ERRORES DE MEDICACIÓN**

Existen algunas clasificaciones realizadas por organismos internacionales para categorizar los errores de medicación, con el objetivo siempre de denunciarlos para posteriormente prevenirlos, sin embargo, para efectos de esta investigación hemos decidido usar la adaptación española de la clasificación del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) ya que es la versión más actualizada.

Cuadro 1. Tipos de errores de medicación.

<b>Adaptación española de la clasificación del NCCMERP</b>
1. Medicamento erróneo
1.1. Selección inapropiada del medicamento
1.1.1. Medicamento no indicado/apropiado para el diagnóstico que se pretende tratar
1.1.2. Historia previa de alergia o efecto adverso similar con el mismo medicamento o con otros similares
1.1.3. Medicamento contraindicado
1.1.4. Medicamento inapropiado para el paciente por su edad, situación clínica o patología subyacente

<sup>9</sup> OMS. (2010). Medicamentos: uso racional de los medicamentos. Disponible en la página web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/>

<p>1.1.5. Duplicidad terapéutica</p> <p>1.2. Medicamento innecesario</p> <p>1.3. Transcripción/dispensación/administración de un medicamento diferente al prescrito</p>
<p>2. Omisión de dosis o de medicamento</p> <p>2.1. Falta de prescripción de un medicamento necesario</p> <p>2.2. Omisión en la transcripción</p> <p>2.3. Omisión en la dispensación</p> <p>2.4. Omisión en la administración</p>
<p>3. Dosis incorrecta</p> <p>3.1. Dosis mayor de la correcta</p> <p>3.2. Dosis menor de la correcta</p> <p>3.3. Dosis extra</p>
<p>4. Frecuencia de administración errónea</p>
<p>5. Forma farmacéutica errónea</p>
<p>6. Error de preparación, manipulación y/o acondicionamiento</p>
<p>7. Técnica de administración incorrecta</p>
<p>8. Vía de administración errónea</p>
<p>9. Velocidad de administración errónea</p>
<p>10. Hora de administración incorrecta</p>
<p>11. Paciente equivocado</p>
<p>12. Duración del tratamiento incorrecta</p> <p>12.1. Duración mayor de la correcta</p> <p>12.2. Duración menor de la correcta</p>
<p>13. Monitorización insuficiente del tratamiento</p> <p>13.1. Falta de revisión clínica</p> <p>13.2. Falta de controles analíticos</p> <p>13.3. Interacción medicamento-medicamento</p> <p>13.4. Interacción medicamento-alimento</p>

14. Medicamento deteriorado
15. Falta de cumplimiento por el paciente
16. Otros

Fuente: Errores de medicación. Concepto y evolución<sup>10</sup>

### 2.2.3.2 CAUSAS DE ERRORES DE MEDICACIÓN

La adaptación de la clasificación del NCCMERP realizada por el Instituto para el uso seguro de los medicamentos - España (ISMP) considera 6 causas (Cuadro 2) de Errores de medicación; en ella también se enumeran una serie de factores asociados a los sistemas de trabajo que pueden contribuir a que se produzcan errores de medicación..

Cuadro 2: Causas de los errores de medicación

<b>Adaptación española de la clasificación del NCCMERP</b>
1. Problemas de interpretación de las prescripciones
1.1 Comunicación verbal incorrecta/ incompleta/ ambigua
1.2 Comunicación escrita incorrecta/ incompleta/ ambigua
1.3 Interpretación incorrecta de la prescripción médica
2. Confusión en el nombre/ apellidos de los pacientes
3. Confusión en los nombres de los medicamentos
3.1 Similitud fonética
3.2 Similitud ortográfica
4. Problemas en el etiquetado/ envasado/ diseño
4.1 Forma de dosificación (comprimido/cápsula): apariencia similar a la de otros productos en color, forma o tamaño

<sup>10</sup> GIMÉNEZ, J; HERRERA, J. (2004). Errores de medicación. Concepto y evolución. Atención Farmacéutica. España

<p>4.2 Acondicionamiento primario: información incompleta, apariencia que induzca a error, etc.</p> <p>4.3 Embalaje exterior: información incompleta, apariencia que induzca a error.</p> <p>4.4 Prospecto incompleto o que induzca a error</p> <p>4.5 Ficha técnica incompleta o que induzca a error</p> <p>4.6 Material informativo o publicitario incompleto o que induzca a error.</p>
<p>5. Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración</p> <p>5.1 Equipo/ material defectuoso</p> <p>5.2 Fallos en la selección del equipo/ dispositivo necesario para la administración del medicamento</p> <p>5.3 Error en la selección del equipo/ dispositivo necesario para la administración del medicamento</p> <p>5.4 Fallos del sistema/ bomba de infusión</p> <p>5.5 Error en el dispositivo de dosificación</p> <p>5.6 Otros</p>
<p>6. Factores humanos</p> <p>6.1 Falta de conocimiento/ formación sobre el medicamento</p> <p>6.2 Falta de conocimiento/ formación sobre el paciente</p> <p>6.3 Lapsus/ despiste</p> <p>6.4 Falta de cumplimiento de las normas/ procedimientos de trabajo establecidos</p> <p>6.5 Errores de manejo del ordenador</p> <p>6.6 Almacenamiento incorrecto de los medicamentos</p> <p>6.7 Error en el cálculo de dosis o velocidad de infusión</p> <p>6.8 Preparación incorrecta del medicamento</p> <p>6.9 Estrés, sobrecarga de trabajo</p> <p>6.10 Cansancio, falta de sueño</p> <p>6.11 Situación intimidatoria</p> <p>6.12 Complacencia/ temor a conflictos</p>

### 6.13 Otros

Fuente: Errores de medicación. Concepto y evolución<sup>11</sup>

Sin embargo es importante conocer además los factores asociados independientes del paciente que desembocan en errores de medicación, los mismos que se citan en la siguiente tabla.

Cuadro 3: Factores contribuyentes asociados a los sistemas de trabajo

<b>Adaptación española de la clasificación del NCCMERP</b>
1. Falta de normatización del procedimiento 1.1 Falta de protocolos/ directrices actualizados de práctica asistencial 1.2 Falta de protocolos de seguridad del uso de los medicamentos
2. Sistemas de comunicación/ información deficientes 2.1 Falta de prescripción electrónica 2.2 Falta de información sobre los pacientes 2.3 Falta de sistemas de comunicación efectivos entre los profesionales
3. Rotura de stock/ desabastecimiento
4. Sistemas de preparación/ dispensación de medicamentos deficientes 4.1 Falta de sistema de distribución en dosis unitarias 4.2 Falta de unidad centralizada de mezclas intravenosas
5. Personal 5.1 Falta de disponibilidad de profesionales sanitarios 5.2 Personal insuficiente 5.3 Asignación de personal sin experiencia, personal rotativo

<sup>11</sup> GIMÉNEZ, J; HERRERA, J. (2004). Errores de medicación. Concepto y evolución. Atención Farmacéutica. España

5.4 Insuficiente capacitación
6. Falta de información a los pacientes sobre los medicamentos
7. Falta de programas de asistencia para pacientes ambulatorios sobre todo geriátricos
8. Situación de emergencia
9. Factores ambientales
9.1 Iluminación
9.2 Ruido
9.3 Interrupciones o distracciones frecuentes
10. Inercia del sistema
11. Otros

Fuente: Errores de medicación. Concepto y evolución<sup>12</sup>

### **2.2.3.3 ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

La OMS ha descrito que aproximadamente el 50% de los pacientes no toma la medicación correctamente, teniendo como consecuencia efectos nocivos para el paciente, además de un desperdicio de recursos<sup>13</sup>. Aquí radica la importancia de lograr la adherencia del paciente al plan terapéutico, adherencia que implica una participación activa y voluntaria del paciente en el plan terapéutico negociado, reflejando de esta forma una relación médico-paciente horizontal y no jerárquica.

<sup>12</sup> GIMÉNEZ, J; HERRERA, J. (2004). Errores de medicación. Concepto y evolución. Atención Farmacéutica. España

<sup>13</sup> OMS. (2010). Medicamentos: uso racional de los medicamentos. Disponible en la página web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/>

Debrouwere (2008) menciona que el porcentaje de “no adherencia” oscila entre el 20 y 80 %, sobre todo en pacientes con problemas crónicos, por lo tanto motivar al paciente para su adherencia al tratamiento es fundamental, y para esto Borrell i Carrió (2004) define algunas estrategias:

- Detectar o sospechar deficiencias o errores en el cumplimiento terapéutico
- Apoyar la buena predisposición del paciente
- Ser realista y priorizar los objetivos terapéuticos: un paso después de otro
- Apoyarse en los profesionales de enfermería
- Simplificar al máximo los regímenes terapéuticos
- Aplicar técnicas de motivación intrínsecas y extrínsecas

El galeno casi siempre tiende a identificar subjetivamente a los pacientes “que no cumplen con el tratamiento”, asumiendo que los pacientes mal cumplidores siempre son los ancianos y las personas de baja condición socioeconómica, sin embargo según los estudios acotados por Borrell i Carrió (2004) concluyen que incluso pacientes bien informados, independientemente de la edad o condición socioeconómica tienden a incumplir los tratamientos.

Para mejorar el cumplimiento y personalizar las posologías el mismo autor nos propone algunas técnicas:

1. Método de las cajas: en donde se usan 3 cajas, una con un dibujo de un despertador o de un gallo, en donde irá la medicación que debe tomar en la

mañana; la segunda caja irá con el dibujo de un sol, en esta caja irá la medicación que deberá tomar al medio día, y finalmente en la tercera caja va el dibujo de una luna, en dicha caja irá la mediación que deberá tomar en la noche.

2. Método de los dibujos: aquí se pegan en las cajas de las medicinas los dibujos de un gallo, un sol, o una luna para recordar a qué hora del día va a tomar la medicación.
3. Sistema de dosificación individualizada (blíster): consiste en un blíster similar a una hoja tamaño A4, en donde cada hornacina tiene la medicación que debe tomar por la mañana, mediodía y en la noche.

Además de los métodos descritos, existen otros como realizar llamadas telefónicas periódicas de refuerzo; visitas de seguimiento, nombrar a un familiar como el “supervisor”.

Para evaluar la adherencia al tratamiento Debrouwere (2008) propone dos métodos:

1. El médico puede evaluar el resultado del tratamiento. Sin embargo, un buen resultado no siempre indica que el paciente haya aplicado al pie de la letra el plan acordado sino que su mejoría es consecuencia de otra intervención o circunstancia.

2. A su vez el médico puede basarse en lo que el paciente le cuenta que es lo que ha aplicado del plan propuesto. Aunque muchos pacientes sobreestiman su propia adherencia al tratamiento, existe al parecer una concordancia entre lo que cuentan y lo que han hecho. En el último caso se pueden formular preguntas claras como: ¿Cuáles pastillas ha tomado?, ¿Cómo las ha tomado?, ¿Cuándo las ha tomado?, ¿Cómo le fue con aquello? y ¿Hubo dificultades respecto al tratamiento?

De todas formas, hay que recordar que solamente cuando el paciente entiende, y está de acuerdo, se logrará el cumplimiento del plan terapéutico, disminuyendo de esta forma posibles errores.

#### **2.2.3.4 CÓMO PREVENIR ERRORES RELACIONADOS CON LA AUTO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

A este respecto Rusell (2007) recomienda actualizar en cada visita la lista de medicamentos que usa el paciente, incluido los medicamentos de venta libre, medicamentos a base de hierbas, suplementos y vitaminas, además de otras estrategias como:

- Considerar al paciente como un miembro más del equipo a la hora de compartir la información ya que la comunicación es fundamental para la seguridad de medicamentos.

- Mejorar la escritura, ya que la letra ilegible conduce a errores en la interpretación de las prescripciones.
- Evitar el uso de abreviaturas a la hora de prescribir los medicamentos, ya que éstos pueden ser fácilmente malinterpretados.
- Usar recetas electrónicas para eliminar la posibilidad de letra ilegible.
- Dar las indicaciones escritas en lugar de verbales, para facilitar la relectura de las mismas en caso de que el paciente pudiera olvidarlas.
- Los pacientes deben recibir tanto oral como escrita las instrucciones sobre el uso de sus medicamentos, y se les debe pedir que repitan la información para demostrar su comprensión completa.
- Se debe preguntar a los pacientes sobre su capacidad para pagar el medicamento, ya que de no poder hacerlo puede desembocar en el incumplimiento del tratamiento, mismo que constituye una causa de errores de medicación como es la omisión.
- Hablar abiertamente sobre los errores que se han producido, considerando siempre que los errores son oportunidades para la educación y no para el castigo.
- Finalmente vale la pena hablar con el paciente de los posibles efectos adversos de los fármacos, para evitar que los suspendan en caso de sufrir efectos leves por ejemplo.

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODOS**

#### **3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño de la investigación según Arias (1999) es la estrategia adoptada por el investigador para responder al problema. En el caso del presente trabajo de investigación, en función de los objetivos planteados, se sustentó en una doble estrategia cualitativa - cuantitativa, que incluyó una Investigación Documental e Investigación de Campo, a través de la aplicación de un cuestionario.

La metodología cualitativa se enfoca en el proceso y significado de la relación del campo de las ciencias sociales con el entorno, son de índole interpretativa (Ramírez, s/a); mientras que la metodología cuantitativa se plantea como preposiciones matemáticas, que denotan relaciones funcionales entre variables e instrumentos estructurados para la recolección de información. (Ramírez, s/a).

#### **3.2 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN**

Según Campos (citado por Pineda, 2008), el tipo de investigación es el “marco estratégico que le da coherencia y secuencia a todas las actividades que se emprenden para buscar respuesta al problema y objetivos planteados”, dentro de las diversas clasificaciones respecto al tipo de investigación Manterola (2009) propone definir al estudio como observacional si el investigador se mantiene al margen del desarrollo de

los acontecimientos o experimental si decide intervenir en él, la siguiente clasificación según el período y secuencia del estudio divide a los estudios en transversales, si la medición es única, y longitudinales si lo hace a lo largo de un período de tiempo, y finalmente de acuerdo al objetivo del estudio están los descriptivos cuyo objetivo es la descripción de variables en un grupo de sujetos por un periodo de tiempo, sin incluir grupos de control; y los estudios analíticos destinados a analizar comparativamente grupos de sujetos. Para efecto de este trabajo, se trató de una investigación observacional, descriptiva, transversal y cuantitativa.

### **3.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Este trabajo se apoyó en la lógica inductiva y deductiva que caracterizan a la investigación científica actual, constituyendo el método científico, ya que según manifiesta Ávila (2006) el método científico es de naturaleza inductiva-deductiva; porque la inducción por si sola puede producir datos e información aislada, además de que, muchos problemas no son susceptibles de resolución solo por medios inductivos, por lo tanto se requiere de la integración de la inducción con la deducción.

Desde la perspectiva cuantitativa y en función de los objetivos de esta investigación, se aplicó un instrumento de escala sumativa, conocida como de tipo Likert. Según Fernández (s/a) la escala Likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera

ordenación de los individuos en la característica que se mide. Mientras que desde la perspectiva cualitativa se aplicó como instrumento una entrevista.

Finalmente, con esta información se realizó una integración de lo cualitativo y lo cuantitativo, es decir, una triangulación de métodos, técnicas e instrumentos.

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1 POBLACIÓN**

La población se la define según Supo (2010) como el conjunto de todos los casos o grupo de unidades (sujetos u objetos de estudio) con alguna característica común. Para el presente estudio fueron los pacientes, familiares y cuidadores, que asistieron al Área de Consulta Externa del Hospital Padre José Carollo “Un Canto a la Vida”, durante el período Febrero 2014 – Marzo 2014.

#### **3.4.2 MUESTRA**

La muestra según Hernández (1991) es en esencia, un subgrupo de la población. Para efectos de la presente investigación y tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para los participantes, el tamaño de la población se vio limitada a aproximadamente 100 pacientes, por lo que en este caso se trabajó sobre el total de la población sin cálculo de muestra, tomando en consideración que del total fueron 82 pacientes quienes aceptaron participar del estudio.

### **3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los pacientes fueron incluidos en el estudio si:

- Tenían 65 años
- Eran ambulatorios
- Tenían al menos una enfermedad crónica en tratamiento
- Tomaban 3 fármacos
- Eran atendidos en Consulta Externa de Medicina Familiar, Medicina Interna, y Cardiología del HUCV.

#### **3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Los pacientes fueron excluidos del estudio si:

- Eran menores de 65 años
- Acudían solos a la cita médica a pesar de presentar ceguera, trastornos de personalidad.
- No tenían antecedente de al menos una enfermedad crónica
- Se encontraban hospitalizados.

### 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro 4: Matriz de Operacionalización de variables del estudio cuantitativo

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE	FORMAS DE PREGUNTA
Fallas en la comunicación médico paciente	Errores comunicacionales	Tiempo dedicado a la explicación de las indicaciones	Minutos	Observación de la consulta  Cuestionario	Al terminar la consulta médica el médico le explicó la receta que le enviaba?
		Lenguaje claro			Considera que el médico utilizó muchos “términos médicos” que quizá Ud no comprendió?  ¿Se quedó con ganas de preguntar al médico algo que no entendió bien sobre las indicaciones?
		Características de las recetas	Letra legible Explicación de los medicamentos	Revisión de la receta	
Errores en la autoadministración de medicamentos	Procesos de administración de la medicación	Autoadministrada	(1) usted mismo (2) un familiar (3) persona que le cuida (no es familiar)	Cuestionario	¿Quién le administra la medicación?
		Administrada por familiares/cuidadores	1) usted mismo (2) un familiar (3) persona que le cuida (no es familiar)	Cuestionario	¿Quién le administra la medicación?
		Organización de la medicación	Cajas Pastillero Otro .....	Cuestionario	¿Cómo organiza sus medicamentos?

	Errores de los pacientes en la administración de medicamentos	Medicamento erróneo	(1) Nunca (2) Ocasionalmente (3) Casi siempre (4) Siempre	Cuestionario	Ha confundido alguna vez las pastillas?
		Omisión de dosis o de medicamento	(1) Nunca (2) Ocasionalmente (3) Casi siempre (4) Siempre	Cuestionario	¿Ha olvidado de tomar los medicamentos?  Ha olvidado, una vez en casa, la explicación sobre las indicaciones que el médico le dio durante la consulta.
		Frecuencia de administración errónea	(1) Nunca (2) Ocasionalmente (3) Casi siempre (4) Siempre	Cuestionario	¿Ha confundido el horario de administración de la medicación?
		Duración del tratamiento incorrecta	(1) Nunca (2) Ocasionalmente (3) Casi siempre (4) Siempre	Cuestionario	Ha olvidado cuántos días debía tomar los medicamentos?
		Hora de administración incorrecta	(1) Nunca (2) Ocasionalmente (3) Casi siempre (4) Siempre	Cuestionario	¿Se confundió con la hora en la que debía tomar la medicación?
		Dosis incorrecta (dosis extra)	(1) Nunca (2) Ocasionalmente (3) Casi siempre (4) Siempre	Cuestionario	Tomó dosis extra de la medicación prescrita?

Fuente: El autor

### 3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Con el objeto de dar respuesta a los objetivos de investigación, se diseñaron instrumentos que permitieron recoger la información para tal efecto, se aplicó una encuesta tipo cuantitativa dirigida a los pacientes, sus familiares o cuidadores, quienes acuden al Área de Consulta Externa del HUCV, con preguntas diseñadas con escala tipo Likert; estos instrumentos fueron diseñados con elementos que permitieron caracterizar la situación actual, respecto a la comunicación médico paciente, así como los errores en la autoadministración de medicamentos en el Hospital “Un Canto a la Vida”.

Cuadro 5: Matriz de técnicas e instrumentos de la investigación

<b>Técnicas</b>	<b>Instrumento de recolección de datos</b>	<b>Instrumento de Registro</b>
<b>Entrevista</b>	Guía de entrevista	Grabadora, papel, lápiz (formato)
<b>Encuestas</b>	Cuestionario	Papel y lápiz (formato)
<b>Observación de consulta médica</b>	Guía de observación	Filmadora, papel, lápiz

Fuente: El Autor

### **3.8 TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Después de finalizar la etapa de recolección de información y de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación, desde la perspectiva cuantitativa; se tabularon los datos, se codificaron y analizaron dichos resultados de forma lógica y reflexiva, apoyados en el software Epi-info y SPSS.

Desde la perspectiva cualitativa los datos recogidos de las entrevistas a los médicos y la observación de la consulta médica se resumieron en categorías con el fin de poder realizar comparaciones de la información obtenida basados en un diseño fenomenológico en el cual según Hernández (2006) “las entrevistas se dirigen a temas sobre experiencias cotidianas y el investigador intenta aprehender la experiencia de los participantes”.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1 CUESTIONARIO DE PACIENTES Y/O FAMILIARES O CUIDADORES**

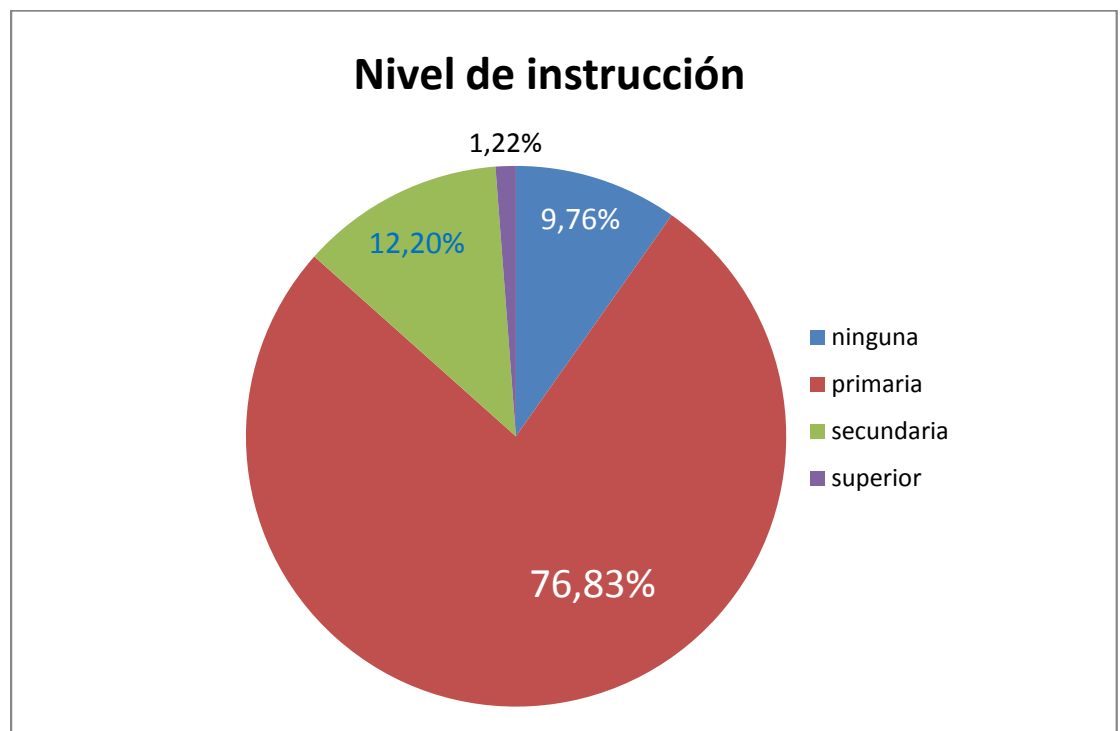
Los resultados producto de la aplicación del cuestionario a los pacientes y/o familiares o cuidadores seleccionados, se presentan a continuación en cuadros estadísticos y gráficos.

Durante los meses de octubre y noviembre del 2013 se realizó un estudio piloto con el objeto de determinar cuál era el número de pacientes quienes cumplían los criterios de inclusión, para de esta forma calcular la muestra. En los meses mencionados, acudieron un total de 1000 pacientes a la consulta externa de las especialidades de Cardiología, Medicina Interna y Medicina Familiar, de los cuales el 10% (100 pacientes) cumplieron los criterios de inclusión.

Del total de nuestra población objetivo, 82 pacientes aceptaron participar del estudio, el cual se realizó en el Área de Consulta Externa del HUCV en los servicios de Cardiología, Medicina Interna o Medicina Familiar durante los meses de febrero a marzo del 2014.

La media de edad fue 73 años (rango: 65 a 96 años), 26,83% del sexo masculino, y 73,17% del sexo femenino; de los cuales 9,8% sin instrucción formal, 76,8% con nivel de instrucción primaria, 12,2% secundaria, y 1,2% con instrucción superior (Gráfico 4).

Gráfico 4: Distribución porcentual del Nivel de instrucción de los participantes



Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

En cuanto a los patrones de administración de los medicamentos, se identificó un 70,7% de adultos mayores que se autoadministran la medicación, frente a un 29,3% de pacientes que reciben la ayuda de un familiar (Cuadro 6)

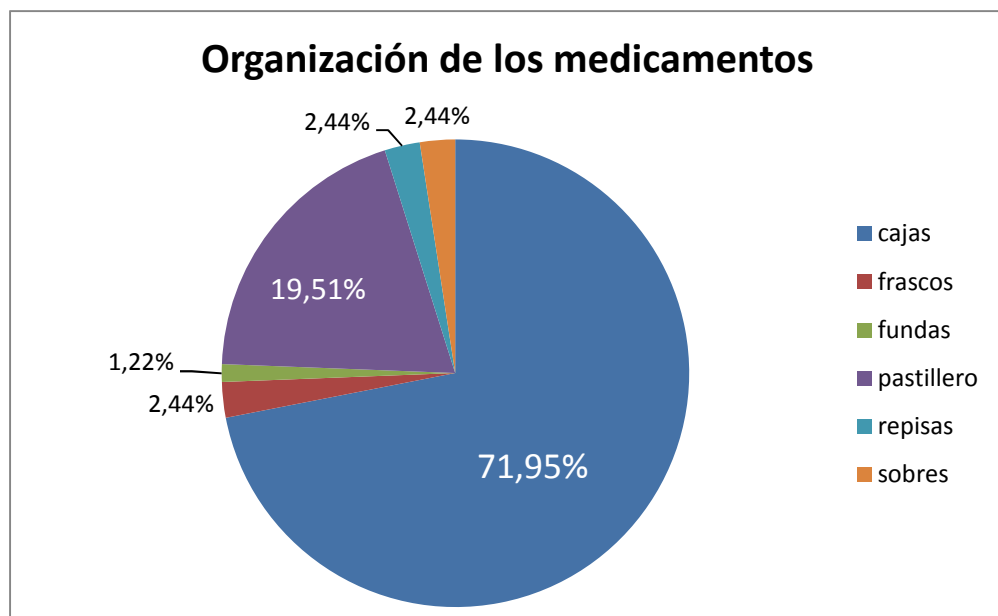
Cuadro 6: Persona que administra la medicación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Paciente	58	70,7	70,7	70,7
Un familiar	24	29,3	29,3	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

De los adultos mayores que se autoadministran la medicación tienden a almacenar la misma en cajas en el 71,95% de los casos, 19,59% usa pastilleros, y el resto de pacientes los almacenan en frascos, fundas, sobres o en una repisa.

Gráfico 5: Distribución porcentual de la organización de los medicamentos



Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

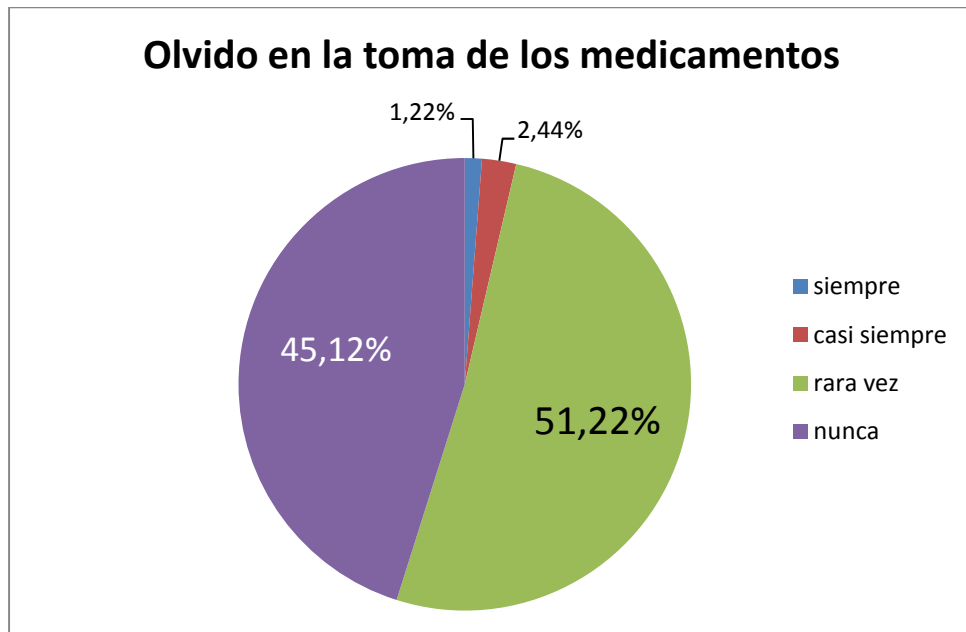
En el Cuadro7 se exponen los tipos de errores identificados y su frecuencia, dentro de éstos, los errores más frecuentes fueron: olvidar de tomar medicamentos, confusión entre las pastillas, confusión en la hora de la toma de medicamentos, olvidar el número de días que debían tomar los medicamentos, y tomar dosis extras de la medicación.

Cuadro 7: Tipos de errores de medicación detectados

<b>Tipo de error</b>	<b>Número de pacientes (n)</b>	<b>(%)</b>
Olvidar de tomar medicamentos	45	54,88
Confusión entre las pastillas	6	7,32
Confusión en la hora de la toma de medicamentos	45	54,88
Olvidar el número de días que debían tomar los medicamentos	6	7,32
Tomar dosis extras de la medicación	5	6,1

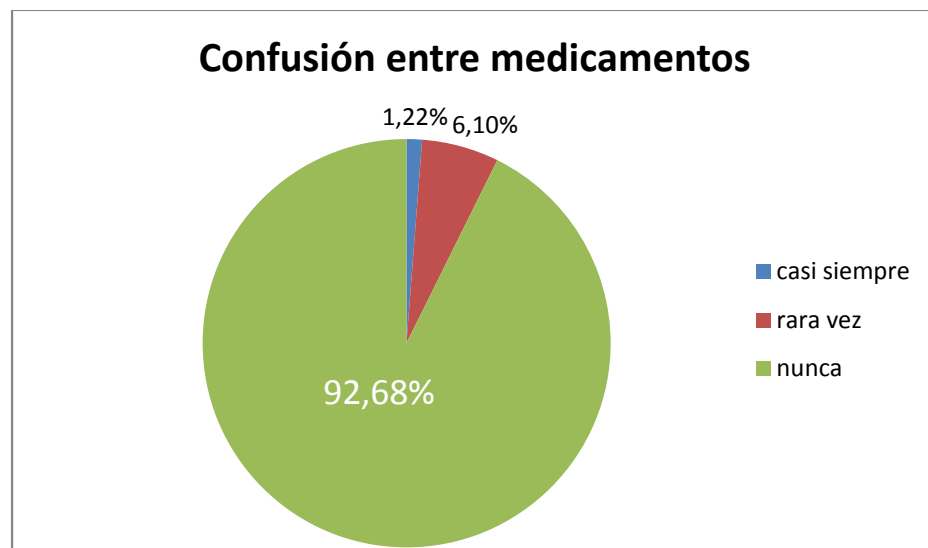
Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

Gráfico 6: Distribución porcentual del olvido en la toma de los medicamentos



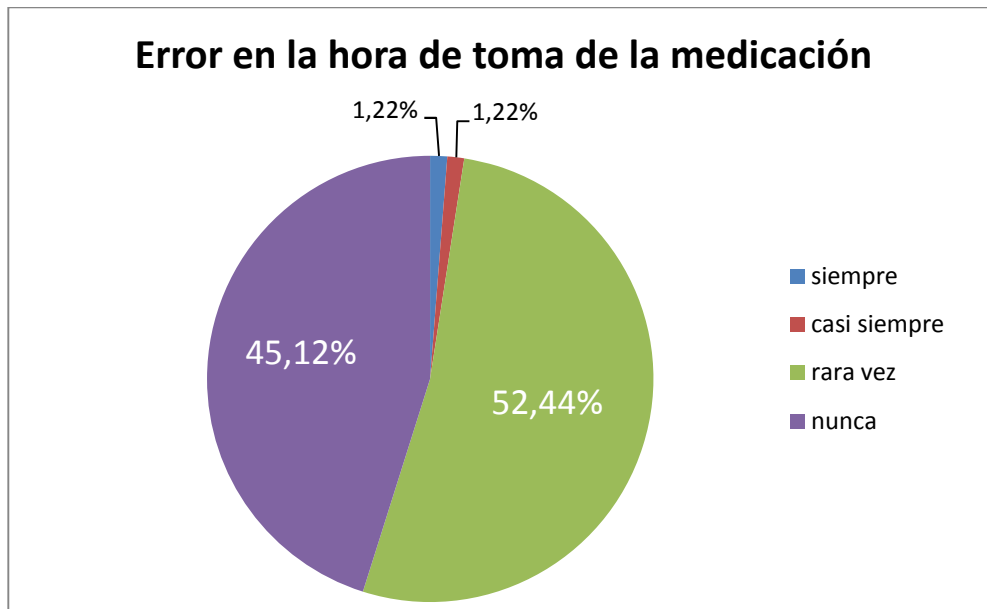
Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

Gráfico 7: Distribución porcentual de la Confusión entre medicamentos



Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

Gráfico 8: Distribución porcentual del error en la hora de toma de la medicación



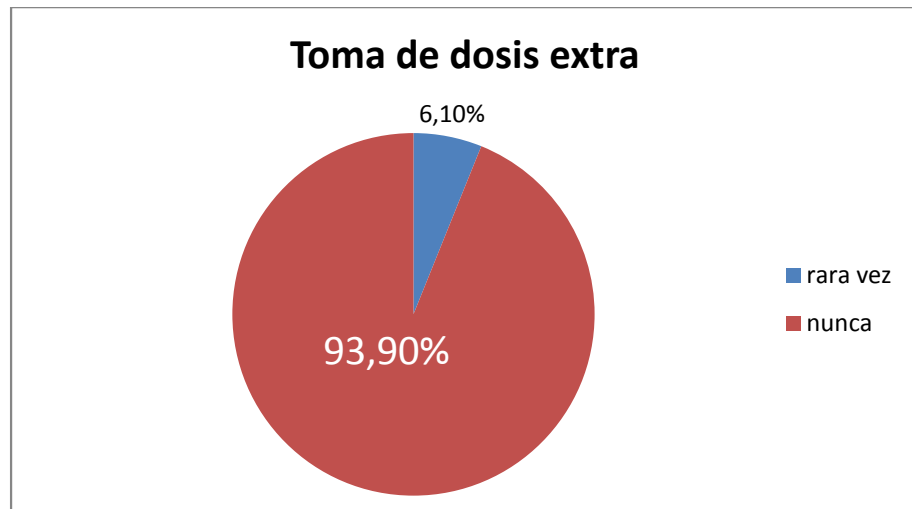
Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

Cuadro 8: Error en el número de días de toma de medicamentos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Casi siempre	1	1,2	1,2	1,2
Nunca	76	92,7	92,7	93,9
Rara vez	5	6,1	6,1	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

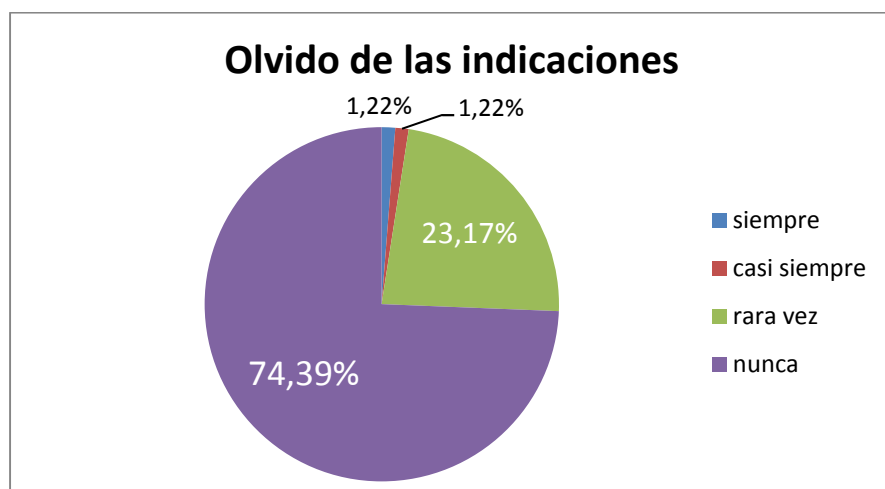
Gráfico 9: Distribución porcentual de la toma de dosis extra de la medicación prescrita



Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

Algo más que llama la atención es el gran porcentaje de olvido de las indicaciones de los pacientes.

Gráfico 10: Distribución porcentual del olvido de las indicaciones médicas



Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

El consumo promedio de fármacos por paciente fue de 4,7 por paciente, de los cuales los cinco grupos farmacológicos más frecuentemente prescritos fueron los Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (ARA II), en el 16% de los casos; seguido de los Antiagregantes plaquetarios con el 13,1% de las prescripciones, los Diuréticos tiazídicos con el 10,5% de las prescripciones; los Beta bloqueadores con el 7,4% y los Calcio antagonistas en el 5,9%.

Cuadro 9: Medicación actual de los pacientes encuestados

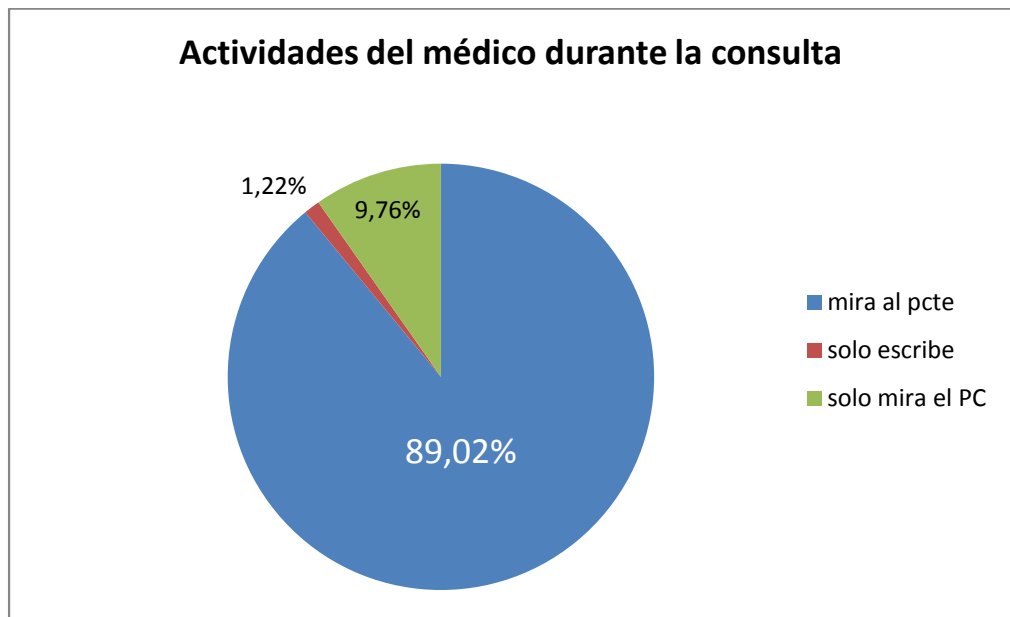
<b>Grupo farmacológico</b>	<b>No de prescripciones</b>	<b>Grupo farmacológico</b>	<b>No de prescripciones</b>
IECAs	15	Bloqueadores H2	1
ARA II	63	IBPs (Omeprazol)	11
Calcio antagonistas (HTA)	23	Antiparasitarios	2
Ahorradores de K	3	Antibióticos	13
Diuréticos tiazídicos	41	Hipnóticos-sedantes	2
Diuréticos de Asa	4	Multivitaminas	8
Biguanidas (ADO) (Metformina)	1	Suplementos alimentarios	1
DPP-4 (ADO)	1	Complejo B	4
Sulfonilureas (ADO)	4	Vitamina C	2
Ca antagonistas (anti arrítmicos)	5	Productos naturales	2

Amiodarona	4	Tto várices	9
Beta bloqueadores	29	Hipotiroidismo	5
Anti anginosos	5	Vasodilatadores cerebrales	4
Digoxina	5	Tto osteoporosis	5
ASA	51	Próstata	4
Clopidogrel	6	Glaucoma	3
Anticoagulantes	3	Tto vértigo	4
Estatinas	8	Uricosúricos	1
Fibratos	4	Anti parkinsonianos	2
AINEs	2	Antidepresivos	3
COX 2	2	Antitusígenos	3
Opioides	2	Enf vascular periférica	1
Paracetamol	3	Corticoides tópicos	2
Antiespasmódicos	4	Antimicóticos	1
Antiácidos	5	Productos dermatológicos	2
Estrógenos tópicos	1		
<b>TOTAL</b>	<b>389</b>		

Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

Dentro de los errores comunicacionales está el hecho de que los médicos tienden durante la consulta a mirar el computador perdiendo el contacto visual con el paciente, o en su defecto se dedican a la escritura de documentos (Gráfico 11), además de que no usan recursos gráficos para la explicación de la receta, y el uso de términos médicos (Gráfico 12), hechos que si bien no representan la mayoría de los casos, los mismos pueden afectar tanto la relación médico paciente con potenciales efectos negativos sobre la toma de medicamentos

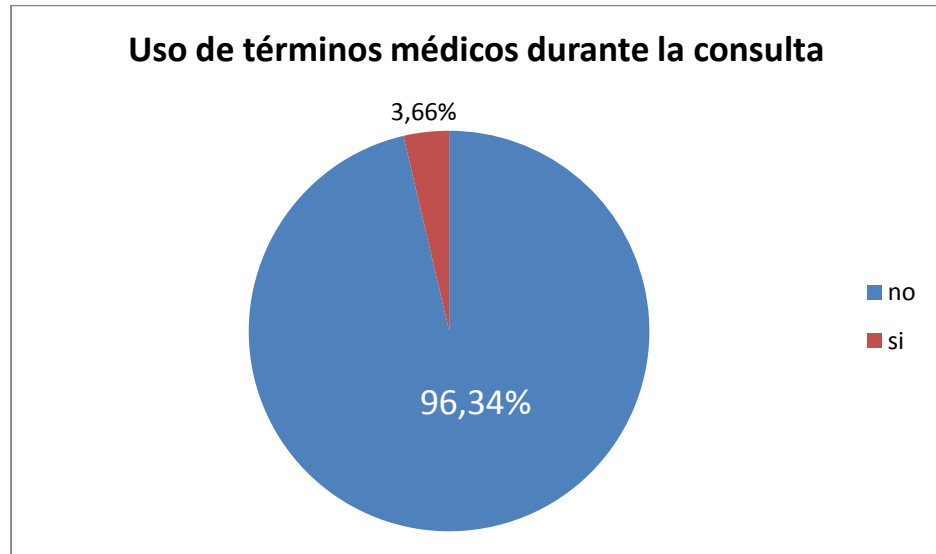
Gráfico 11: Distribución porcentual de las actividades del médico durante la consulta



Fuente: Encuesta a los pacientes

Elaborado por: Norma Bermeo

Gráfico 12: Distribución porcentual del uso de términos médicos durante la consulta



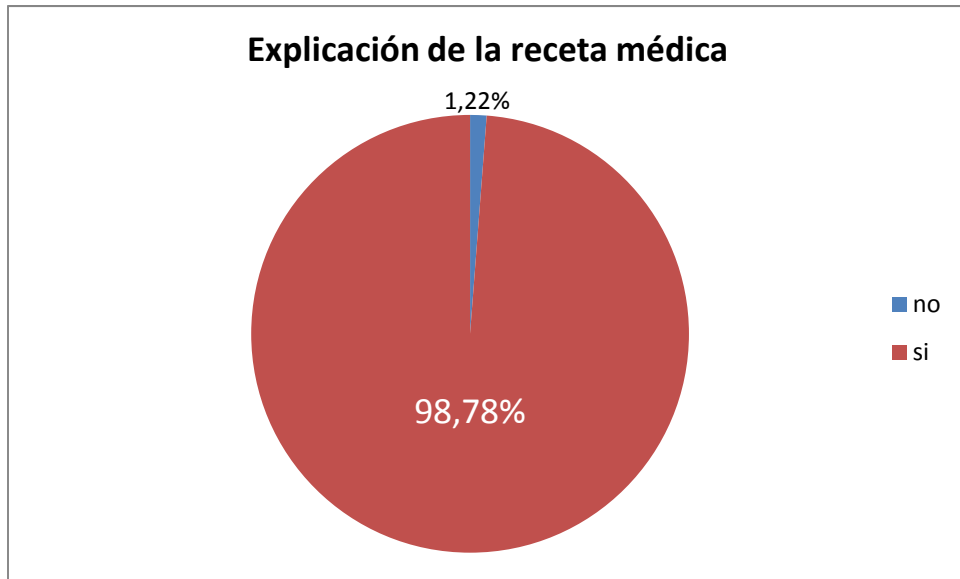
Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

Gráfico 13: Distribución porcentual de la calificación del tiempo de la consulta



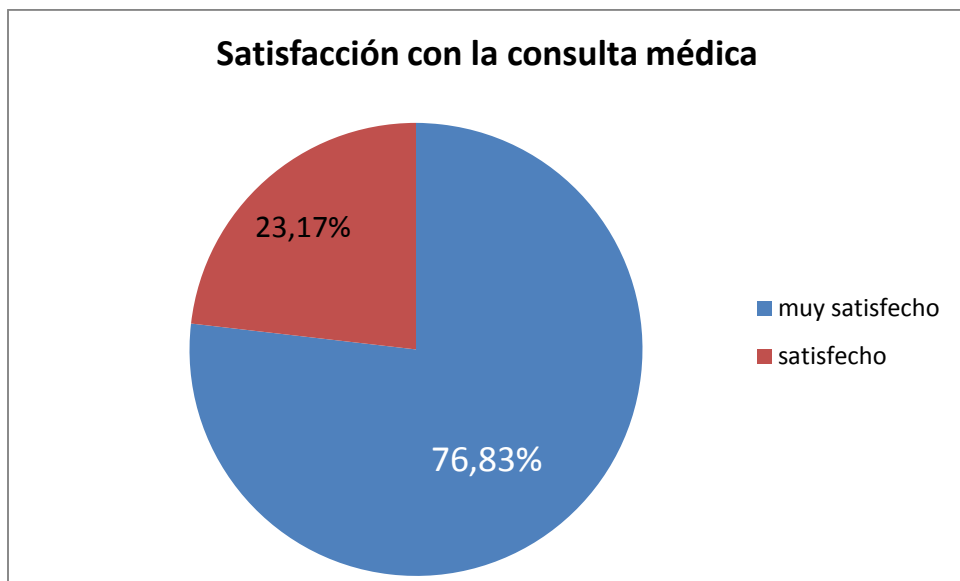
Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

Gráfico 14: Distribución porcentual de la explicación de la receta médica con uso necesario del tiempo y empleo de lenguaje claro y sencillo



Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

Gráfico 15: Distribución porcentual de la Satisfacción con la consulta médica



Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

Cuadro 10: Quién cubre el costo de los medicamentos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Ayuda de familiares	1	1,2	1,2	1,2
Recursos propios	80	97,6	97,6	98,8
Sub-centro de salud del MSP	1	1,2	1,2	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los pacientes  
Elaborado por: Norma Bermeo

De los cinco errores de medicación identificados en los pacientes que participaron en el estudio, el olvidar de tomarlos tiene relación estadísticamente significativa con el nivel de instrucción, así como con el hecho de que el médico solo se dedique a escribir y mirar el computador durante la consulta, y además tiene relación no significativa con el olvido de las indicaciones por parte del paciente; en cuanto al resto de errores identificados como confundir las pastillas, confundir la hora de la toma de la medicación, el olvido de la duración del tratamiento y el tomar dosis extras de los fármacos si bien guardan relación con el nivel de instrucción, con que el médico solo escriba o mire el PC, el uso de términos médicos en la consulta y que el paciente olvide las indicaciones, esta relación no es estadísticamente significativa de acuerdo con los valores del chi cuadrado que se muestran en el Cuadro 11, resultados que en gran parte pueden deberse al tamaño de la muestra.

Cuadro 11: Resumen de valores de OR y de Cola de P de la relación error de medicación y comunicación medico paciente

<b>Error identificado</b>		Ha olvidado de tomar medicamentos	Ha confundido o las pastillas	Ha confundido o la hora de la toma de medicamentos	Ha olvidado cuántos días debía tomar los medicamentos	Tomó dosis extras de la medicación
<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>OR</b>	1.02	indefinido	<b>1.55</b>	0.12	0.60
	<b>X<sup>2</sup></b>	0.0006	1.003	0.46	7.46	0.19
<b>Tiempo de consulta</b>	<b>OR</b>	0.22	indefinido	0.59	0.28	0.03
	<b>X<sup>2</sup></b>	2.11	0.51	0.36	1.26	21.79
<b>Actividades del médico</b>	<b>OR</b>	1.03	<b>4.93</b>	0.62	<b>1.70</b>	0.00
	<b>X<sup>2</sup></b>	0.0019	3.31	0.44	0.21	0.66
<b>Se quedó con dudas</b>	<b>OR</b>	0	0	0	0	0
	<b>X<sup>2</sup></b>	0	0	0	0	0
<b>Términos médicos</b>	<b>OR</b>	indefinido	0	<b>1.67</b>	<b>7.4</b>	<b>9.38</b>
	<b>X<sup>2</sup></b>	2.56	0.24	0.17	3.11	4.03
<b>Explicación de la receta</b>	<b>OR</b>	indefinido	indefinido	indefinido	indefinido	indefinido
	<b>X<sup>2</sup></b>	1.23	0.07	1.23	0.07	0.07
<b>Olvido de indicaciones</b>	<b>OR</b>	<b>1.94</b>	1.50	1.13	1.50	0.71
	<b>X<sup>2</sup></b>	1.58	0.20	0.59	0.20	0.09

Fuente: Cuestionario de los pacientes  
Elaborado: Norma Bermeo

## 4.2 ENTREVISTAS A LOS MÉDICOS

A continuación se presenta la información obtenida producto de la entrevista aplicada a los 5 médicos seleccionados a través de un muestreo teórico o deliberado basado en las necesidades de información, dichos galenos eran responsables de la atención a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. La información fue procesada mediante la técnica de análisis de contenido.

Cuadro 12: Entrevista a los médicos

<i>Médico</i>	<i>En su experiencia cuáles son los errores en la administración de medicamentos más frecuente en los pacientes</i>	<i>Qué estrategias usa usted para que el paciente cumpla las indicaciones</i>	<i>En su opinión cómo se podría mejorar la autoadministración de medicamentos</i>
1	No toman todos los fármacos	“Le explicas bien al paciente la patología que tiene de base, luego le prescribes la medicación que debe recibir, explicarle los riesgos que puede tener a futuro si no toma la medicación”	que las combinaciones de fármacos sean más económicas, los pacientes de edad deben venir acompañados porque los viejitos no entienden bien, a la gente de bajo nivel cultural no les importa

2	Se olvidan los medicamentos, no toman los medicamentos, toman a horas que no deberían tomar, olvidan las indicaciones	“Les escribo en la caja de los medicamentos, les mando la receta bien especificada, reviso las notas de los médicos anteriores para ver si no estoy mandando los mismos medicamentos, les doy mi número telefónico cuando veo que van a necesitar algo”	Explicarles adecuadamente, mandarles escrito en la receta con letra legible, monitorear la toma de los medicamentos en las visitas subsecuentes, enviar notas a los familiares para que vengan
3	Confusión del tipo de medicamento, separación del medicamento	Trato de explicar claramente la medicación , separo las recetas por patología, le indico cómo debe tomar, le indico el color de las pastillas	Dándoles una explicación clara del cómo y por qué debe tomar cada pastilla, en la receta debe ir claramente la medicación, explicar el color de la tableta, cómo debe tomarla, y especificar para qué es cada tableta
4	Incumplimiento del horario de la medicación	Hay que recabar la importancia que tienen los medicamentos a su horario respectivo	En pacientes que viven solos debe haber una persona que esté a cargo de la administración de los medicamentos
5	No compran los medicamentos, no retiran la receta al salir de la consulta	Mucha comunicación, decirles directamente como deben hacer las cosas, hacer la receta detalladamente	Si es una persona mayor que no viva sola, que tenga una persona que le ayude o que un trabajador social le pueda al menos supervisar que el

		haciendo el esfuerzo por escribir mejor	paciente se tome los medicamentos o que vaya al hospital a tomarlos
--	--	---	---

Fuente: Entrevistas a los médicos

Elaborado: Norma Bermeo

### 4.3 OBSERVACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA

Únicamente se realizó la observación de la consulta médica de 3 médicos (un cardiólogo, un médico internista y un médico familiar), ya que los demás se negaron. La observación se centró en los siguientes puntos, con el objeto de contrastar con las respuestas de los pacientes encuestados.

Cuadro 13: Características de la consulta médica

	<b>Médico 1 (n:5)</b>	<b>Médico 2 (n:4)</b>	<b>Médico 3 (n:6)</b>
Promedio de duración total de la consulta	14:04 min	13:22 min	08:21 min
Tiempo dedicado al saludo y despedida, así como a la anamnesis y examen físico	Saludo: 0,4 seg Anamnesis: 07:16 min Ex físico: 02:15 min Despedida: 00:24 min	Saludo: 2 seg Anamnesis: 06:36 min Ex físico: 03:06 min Despedida: 00:6 min	Saludo: 3 seg Anamnesis: 06:25 min Ex físico: 00:16 min Despedida: 00:26 min
Tiempo dedicado a la explicación de las	03:16 min	03:55 min	01:58 min

indicaciones			
Tiempo dedicado a la escritura de la HCL y otros documentos administrativos	Escribe y habla al mismo tiempo	Escribe mientras habla y después de que la pcte sale de la consulta	Escribe mientras habla
Características de la relación médico paciente? (existe empatía o no)	Empático en el 60% de las consultas, pierde progresivamente el contacto visual con los pacientes. Usa términos médicos en el 60% de las consultas	Empática, no usa términos médicos	Empático
Le explica o no la receta y cómo lo hace	Habla en voz alta mientras escribe la receta, sin levantar la cabeza	Le lee y explica sobre la receta escrita al pcte, hace contacto visual	En el 35% de consultas explica sobre la receta escrita, y en el 65% restante lee la receta mientras la escribe, dibuja para explicar, organiza la medicación del pcte
Características de las recetas escritas (letra legible, cómo se explica la forma de tomar los	Letra poco legible, especifica la hora de la toma de cada medicamento	Letra legible, especifica la hora de la toma de cada medicamento	Letra poco legible, no especifica la hora de la toma de cada medicamento

medicamentos)			
---------------	--	--	--

Fuente: Observación de la consulta médica

Elaborado: Norma Bermeo

Finalmente y de acuerdo a lo observado en la consulta médica podemos contrastar que a pesar de que los pacientes estén de acuerdo con la explicación de la receta médica, esta explicación de la receta se limita a la lectura de la misma mientras el médico la escribe, además de lo expuesto recalcamos los siguientes aspectos como el hecho de que los médicos dedican mucho tiempo a escribir la historia clínica y permanecen mucho tiempo mirando el computador, no usan recursos gráficos para explicar la receta a los pacientes, usan términos médicos, pierden el contacto visual en la conversación con el paciente y finalmente las recetas entregadas a los adultos mayores tiene una letra ilegible

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

Está ampliamente demostrado que una relación efectiva entre el paciente y el médico puede afectar los resultados de salud, sin embargo son pocos los estudios que ponen de manifiesto la relación entre los errores de medicación en adultos mayores y la comunicación médico paciente. Precisamente una de las revisiones, la de Mira y Navarro (2012) reporta que un 19,3% de adultos mayores que olvidan o confunden la medicación, además de un 14% de pacientes olvidan con frecuencia las indicaciones del médico; resultados que contrastan mucho con los que obtuvimos en nuestra investigación en la que encontramos un 25,61% de olvido. Otro punto muy importante reportado por Mira y Navarro (2012) es un 11% de pacientes que olvidan tomar la medicación y 6% que confunden los comprimidos, resultados que difieren de los nuestros; ya que como resultado de nuestra investigación encontramos que el 54,88% de pacientes olvidan tomar los medicamentos y otro 54,88% confunden la hora a la que deben tomarlos.

Una valoración negativa de la información recibida por parte del médico, la sensación de quedarse con dudas sobre el tratamiento y la falta de confianza en su médico, se asociaron en el estudio de Mira y Navarro (2012) a la frecuencia con que se informaron complicaciones en el curso del tratamiento, hecho contradictorio al nuestro en el que se identificaron errores en la autoadministración de los medicamentos, a pesar

de que el 100% de los pacientes manifestaron estar satisfechos con la atención y la información recibida por el médico.

Es importante tener en cuenta el potencial de estos errores en la población constituida principalmente por adultos mayores, con problemas de visión, con pluripatología, con polifarmacia y quienes además son quienes se auto administran su medicación; como fue el caso del 75,95% de nuestros pacientes, frente al 28,05% en que son sus familiares quien les administran los fármacos.

El presente estudio desvela el alto porcentaje de adultos mayores polimedicados que olvidan las indicaciones que les da el médico, pero los mismos manifiestan que cuando sucede esto ellos recurren a la receta recibida, pero tomando en cuenta que las recetas son escritas con letra poco legible este es un factor que potencialmente lleva al paciente a cometer errores a la hora de tomar sus medicamentos. Además de olvidar las indicaciones este estudio ha identificado que los pacientes adultos mayores olvidan tomar sus medicamentos, y cuando los toman confunden la hora a la que deben tomarlos.

Recordemos que cuando el valor calculado del Chi-cuadrado es menor que el 0.05 se rechaza la hipótesis nula, con lo cual podemos concluir que sí existe una relación entre el olvido en la toma de los medicamentos y la comunicación médico paciente deficiente en el caso del olvido de los medicamentos; y si el valor calculado es mayor

que 0.05 no se rechaza la hipótesis nula aceptando en este caso  $q$  que no existe ninguna relación entre las variables, como es el caso del resto de cómo el error en la hora de la toma de los medicamentos, ingesta de dosis extras, olvido de la duración del tratamiento, y la confusión entre las pastillas y el olvido de la duración del tratamiento.

Sagall (2006) afirma que la adhesión del paciente puede depender del hecho de que éstos puedan o no comprar sus medicamentos, pregunta que pocos médicos se la realizan a sus pacientes. En nuestro estudio encontramos que el 62.2% de los adultos mayores estudiados compran los medicamentos con recursos propios siempre que cuenten con ellos, ya que de no contar con el dinero suficiente no los adquieren, hecho que sin duda predispone al paciente a cometer errores, por ejemplo con la duración del tratamiento que en este caso lo acortaría. Por otra parte, el 35.4% lo hace con ayuda de sus familiares, el 1.2% obtiene los medicamentos de dispensarios dependientes del Ministerio de Salud Pública y otro 1.2% acude a trabajo social para adquirir los medicamentos.

Existen algunas limitaciones en el presente estudio. Una de las principales es el tamaño de la muestra, ya que los hallazgos no son posibles de generalizar para otros hospitales. Se hace por tanto necesario que se realicen estudios más amplios que comprometan a una mayor cantidad de pacientes. Por otro lado, hacen falta investigaciones que incluyan el seguimiento de los pacientes a corto y mediano plazo, para verificar la verdadera tasa de errores en la autoadministración de su medicación.

El estudio es susceptible de sesgo en la observación de la consulta médica, tomando en cuenta que la habituación según Pérez (1995) supone una disminución en la respuesta a un estímulo que se repite, a su vez Kort (2006) manifiesta que la habituación a corto plazo se caracteriza por una disminución de la respuesta ante una situación de prueba y su duración puede ser desde segundos hasta minutos y horas; “es característica de la habituación que mientras más rápida es la estimulación, más pronta es la habituación, y mientras más débil es el estímulo, más rápida es la habituación”. En este sentido no varían los resultados puesto que a medida que avanzaban las consultas los médicos tendían a habituarse y de cierta forma olvidar que estaban siendo observados.

En relación a la duración de las consultas médica sean éstas primera consulta o subsecuente; el médico familiar en promedio fue quien tardó menos tiempo (8,21 min) y el cardiólogo quien tardó más tiempo (14:04 min), tiempo que concuerda con el tiempo empleado para dar las indicaciones que fue 3,16 min en el caso del cardiólogo, 3,55 min por el médico internista y 1,58 min en el médico familiar. Sin embargo la forma cómo lo hacen difiere entre los facultativos ya que en el caso del cardiólogo éste habla en voz alta mientras escribe la receta, sin levantar la cabeza, el médico internista por su parte lee la receta escrita mientras hace contacto visual con el paciente y finalmente el médico familiar en el 35% de consultas explica sobre la receta escrita, y en el 65% restante lee la receta mientras la escribe, y además dibuja para explicarla y organiza la medicación del paciente. En conclusión la mayor duración de la consulta médica no se relaciona con la explicación de la misma ya que mientras observamos la consulta se vieron muchos

espacios muertos de tiempo, tiempo que se dedicó a hablar por teléfono, a atender consultas de otros pacientes o salir de la consulta por motivos que desconocemos. Finalmente es bien sabido y lo hemos descrito en la revisión bibliográfica de este trabajo de investigación, que es muy importante entregar al paciente una receta bien especificada y sobre todo con letra legible, característica que si bien la tuvo el médico internista al separar las recetas por patología no lo hacía con letra legible, caso contrario sucedió con el médico familiar el mismo que si redactó la receta con letra legible.

Para concluir, si bien los médicos identifican los errores que cometen los pacientes a la hora de autoadministración, durante la observación de la consulta médica ninguno de ellos lo verificó o realizó una retroalimentación tanto de las indicaciones médicas como de la forma en que se los ingerían, situación que de una otra forma contribuye a que se perpetúen dichos errores, y al mismo tiempo contribuye al apareamiento de efectos adversos que serían potencialmente prevenibles.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1 CONCLUSIONES**

- Los pacientes olvidan y además confunden fácilmente su medicación, hecho que se relaciona tanto con un nivel de instrucción bajo como con el hecho de que el médico no tenga un contacto visual con el paciente, de los cuales un nivel de instrucción bajo predispone a cometer más errores por parte de los adultos mayores a la hora de administrarse los medicamentos, recordando que el 25,61% de ellos olvida las indicaciones y recurre a la receta médica en su mayoría escrita con letra ilegible.
- Además de olvidar las indicaciones médicas, este estudio ha identificado que los pacientes adultos mayores olvidan tomar sus medicamentos y, cuando los toman confunden la hora a la que deben tomarlos
- Los médicos no identifican los errores de autoadministración de medicamentos que cometen sus pacientes, evitando de esta forma que se corrijan los mismos y se mejore la adherencia terapéutica.
- Se identificó además que no existe un trabajo en equipo por parte de los médicos responsables de la atención de los adultos mayores, ya que en varias ocasiones se identificó duplicación de medicación cuando ésta era prescrita por más de un

facultativo, hecho que además contribuye a efectos adversos y confusión entre los fármacos en los pacientes.

- La atención primaria a través de los médicos familiares puede ser el área donde mejor se puede afrontar la neutralización de los riesgos asociados a los errores de medicación de los pacientes.
- Si bien no fue un objetivo de esta investigación, también se identificaron errores de medicación en los médicos, como la prescripción de fármacos innecesarios, el desconocimiento y/o la falta de aplicación de los criterios STOPP/START o los de Beers para la prescripción de medicamentos en adultos mayores.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- Es necesario evitar la prescripción de medicación innecesaria, evitar la duplicidad de las prescripciones, así como el uso de términos médicos durante la comunicación entre el médico y el paciente.
- Es imprescindible que se realice un seguimiento estricto que inicie con una retroalimentación permanente por parte del médico sobre la medicación que viene tomando el paciente y de nuevos medicamentos que pueda estar ingiriendo prescrita o no, sobre todo en pacientes pluripatológicos.

- Debe hacerse hincapié en la importancia de la explicación de la receta médica y en general de las indicaciones médicas para evitar errores de medicación y mejorar la adherencia del paciente.
- En esta investigación 25,61% de los pacientes olvida las indicaciones médicas, por lo tanto es imprescindible que el médico detalle con letra legible en la receta la forma en la que debe tomar el paciente los medicamentos, la hora y la duración exacta del tratamiento.
- Siempre que sea posible se debe el médico debería incluir los posibles efectos adversos que puede experimentar con la medicación prescrita para que se lo comunique en la próxima consulta por ejemplo.
- Se recomienda hacer públicos los resultados de este estudio al personal médico de la institución de tal forma que se concientice en la importancia de los errores de medicación sobre todo en los adultos mayores, de esta forma se disminuyen efectos adversos, ingresos hospitalarios a consecuencia de los mismos y costos.
- Se recomienda además la creación de un servicio de pos consulta en la que se verifique la comprensión de las indicaciones dadas por el médico y además se dé respuesta a las inquietudes de los pacientes respecto a las mismas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Agrest, A. (2006). “Iatrogenia verbal y gestual”. Disponible en: [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar). CIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

Alvarado, A. (2009). Errores médicos. Acta Médica Costarricense

Aquino, V; Pozo, G. (2010). Relación médico-paciente y su influencia en la salud psicológica de los pacientes. Trabajo de Grado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito – Ecuador.

Arias, F. (1999). El Proyecto de Investigación: Guía para su elaboración. 3ra. Edición. Caracas: Episteme.

Ávila, H. (2006). Introducción a la metodología de la investigación. México.

Borrell i Carrió, F. (2004). Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. 2da Edición. SemFYC. Barcelona – España

Charles, C. (2000). How to improve communication between doctors and patients. BMJ Volumen 320 6.

Debrouwere, I. (2008). La Comunicación Médico-Paciente en la Consulta Médica. Primera edición. Quito - Ecuador.

Fernández, I. (s/a). Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Centro De Investigación Y Asistencia Técnica – Barcelona. España.

Fernández, L. (2006). Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. Farmacia Hospitalaria. Vol. 30. N.º 5.

Gavilán, E; Villafaina, A. (2012). Ancianos frágiles polimedicados: ¿ es la deprescripción de medicamentos la salida?. Revista Española de Geriátría y Gerontología

Gérvas, J. (2009). Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. Aten Primaria. España

Giménez, J; Herrera, J. (2004). Errores de medicación. Concepto y evolución. Atención Farmacéutica. España

Gómez, M (2006). La comunicación humana en la relación médico paciente. Editorial de la Revista Bioética disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/revista52.htm>

Kort, F. (2006). Psicoterapia conductual y cognitiva. Primera edición. Editorial CEC, SA. Caracas – Venezuela

Hernández, R. (1991). Metodología de la investigación. Primera Edición. Editorial MacGraw-Hill. Colombia

Hernández R. (2006). Metodología de la investigación. 4ta Edición. Editorial MacGraw-Hill. México

Manterola, C. (2009). Estudios Observacional. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en Investigación Clínica. Rev. Med. Clin. Condes

Malagón, G. (2001). Garantía de calidad en salud. Primera Edición. Editorial Médica Panamericana. Colombia

MIES. (s/a). Agenda de igualdad para Adultos mayores 2012 – 2013. Segunda edición. Quito-Ecuador.

Mira, J; Navarro, I; Guilabert, M; Aranaz, J. (2012). Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. Rev Panam Salud Pública.

Molina, T. (2012). Revisión de la medicación en ancianos polimedcados. Universidad de Girona, Girona – España

Moore, P. (2010). La comunicación médico – paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. Revista Médica de Chile

MSP Ecuador. (2012). Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. Quito – Ecuador

OMS. (2010). Medicamentos: uso racional de los medicamentos. Disponible en la página web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/>

Outomuro, D. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev Med Chile

Pérez, M. (1995). Psicobiología II. Primera Edición. Edicions de la Universitat de Barcelona

Pineda, E; Alvarado, E. (2008). Metodología de la Investigación. 3ra Edición. OPS

Ramírez, A. (s/a). Metodología de la Investigación Científica. Colombia.

Rodríguez, M; Galarza, F. (2011). Comunicación médico – paciente y la satisfacción de los usuarios que asisten al servicio de hospitalización en el Hospital Darío Machuca Palacios, La Troncal, 2011. Tesis de Grado. Universidad Técnica de Babahoyo. Babahoyo – Ecuador

Rodríguez, M. (2008). Relación médico-paciente. Editorial Ciencias Médicas. La Habana – Cuba

Rusell, H; et al. (2007). Simple Strategies to Avoid Medication Errors. Family Practice Management

Ruiz, A. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012

Sagall, R. (2006). Can your patients afford the medications you prescribe?. Family Practice Management

Sogui, C. (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. Anales Facultad de Medicina. Lima – Perú

Stewart, E; Johnson, B. (2007). Huddles: Improve office efficiency in mere minutes.

Family Practice Management

Supo, J. (2010). Apuntes de Estadística. Sociedad Peruana de Bioestadística e

Investigación en Salud. Arequipa – Perú.

Terán, G. (2006). El Proyecto de Investigación: Cómo elaborar. Ediciones del

Departamento de Investigación y Doctrina ESMIL. Segunda Edición. Quito –

Ecuador.

Thomas, R; et al. (2006). Improving Communication With Older Patients. Family

Practice Management.



## ANEXOS

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria**

### **Cuestionario de Pacientes, familiares o cuidadores**

---

El presente cuestionario tiene el carácter de anónimo y tiene como objetivo conocer su opinión sobre aspectos relacionados con la autoadministración de medicamentos y su relación con la comunicación médico paciente.

Los datos que usted nos proporcione serán manejados con precisión y confidencialidad y servirán únicamente para efectos de investigación.

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y encierre en un círculo la alternativa que considere apropiada.

Le agradecemos su colaboración.

---

#### **I. INFORMACIÓN GENERAL**

- a. Fecha:.....
  - b. Sexo: Masculino:..... Femenino:.....
  - c. Edad:.....
  - d. Nivel de instrucción:.....
- 

#### **II. PREGUNTAS**

En relación con la última vez que acudió a consulta con su médico:

1. ¿Tiene la sensación de que el médico lo escuchó con suficiente interés y que tuvo en cuenta lo que usted le dijo?

SI ..... NO ..... NO SABE.....

2. Durante la consulta, Ud considera que el médico....

Solo miraba el computador	Solo escribía	Se sentó junto a Ud y la miraba mientras hablaban

3. Considera que el médico utilizó muchos “términos médicos” que no comprendió?

SI ..... NO .....

4. En general, ¿cuál fue su satisfacción con la atención recibida por el médico?

Poco satisfecha	Medianamente satisfecha	Satisfecha	Muy satisfecha

5. ¿En cuanto al tiempo que demoró la consulta, cómo le pareció?

.....

6. ¿Qué medicación toma actualmente, y sabe para qué problema de salud es?

.....

.....

7. ¿Al terminar la consulta el médico se tomó el tiempo necesario para explicarle la receta que le enviaba, con un lenguaje claro y sencillo?

SI ..... NO .....

8. ¿Después de salir de la consulta, se quedó con ganas de preguntar al médico algo que no entendió bien sobre las indicaciones?

SI ..... NO .....

9. ¿Ha olvidado, alguna vez las indicaciones que el médico le dio durante la consulta, y en ese caso cómo lo resolvió?

Nunca	Ocasionalmente (rara vez)	Casi siempre	Siempre

Cómo lo resolvió.....

10. ¿Usó el médico dibujos, folletos o algún otro recurso para explicarle las indicaciones?

SI ..... NO .....

11. ¿Cómo organiza sus medicamentos?

En cajas..... Pastillero..... otro.....

12. ¿Se ha olvidado de tomar en alguna ocasión los medicamentos?

Nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
-------	----------------	--------------	---------

	(rara vez)		

13. ¿Ha confundido alguna vez las pastillas?

Nunca	Ocasionalmente (rara vez)	Casi siempre	Siempre

14. Quién le administra su medicación?

Usted mismo	Un familiar	Otro que no es su familiar

15. ¿Se confundió con la hora en la que debía tomar la medicación?

Nunca	Ocasionalmente (rara vez)	Casi siempre	Siempre

16. Ha olvidado cuántos días debía tomar los medicamentos?

Nunca	Ocasionalmente (rara vez)	Casi siempre	Siempre

17. Tomó dosis extra de la medicación prescrita?

Nunca	Ocasionalmente (rara vez)	Casi siempre	Siempre

18. ¿Cómo cubre el costo de los medicamentos?

Recursos propios	Recursos de familiares	Acude a trabajo social	Otro (describa cuál)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria**

Investigador: Norma Bermeo, MD

Fecha: .....

**Consentimiento informado para cuestionario de Pacientes, familiares o cuidadores**

El presente cuestionario tiene el carácter de anónimo y tiene por objeto conocer su opinión sobre aspectos relacionados con la autoadministración de medicamentos y su relación con la comunicación entre el médico y los pacientes. Los datos que usted nos proporcione serán manejados con precisión y confidencialidad y servirán únicamente para efectos de la investigación; recuerde que Ud. no tiene por qué participar de esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea tratado en este hospital. Finalmente si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, de ser así puede contactar a la Dra. Norma Bermeo, e-mail: [sisa518@hotmail.com](mailto:sisa518@hotmail.com)/ cel.: 0999492541.

**Declaraciones y firmas:**

Yo,....., declaro libremente que he recibido una explicación satisfactoria sobre el cuestionario, así como su finalidad, de igual forma declaro que he quedado satisfecho con la información recibida, la ha comprendido, y se me he respondido a todas mis dudas y comprendo que mi decisión a participar del presente cuestionario es voluntaria; por lo tanto doy mi consentimiento para participar del mismo.

.....

Firma del paciente.

.....

Firma del investigador.

.....

Familiar o cuidador del paciente  
(motivo.....)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria**

Investigador: Norma Bermeo, MD

Fecha: .....

**Consentimiento informado para observación de la consulta para Pacientes,  
familiares o cuidadores**

---

La filmación de la consulta tiene el carácter de anónima y tiene por objeto conocer las características de la comunicación entre el médico y los pacientes. Los datos obtenidos de la filmación serán manejados con precisión y confidencialidad y servirán únicamente para efectos de la investigación; recuerde que Ud. no tiene por qué participar de esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea tratado en este hospital. Finalmente si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, de ser así puede contactar a la Dra. Norma Bermeo, e-mail: [sisa518@hotmail.com](mailto:sisa518@hotmail.com)/ cel.: 0999492541.

**Declaraciones y firmas:**

Yo,....., declaro libremente que he recibido una explicación satisfactoria sobre la filmación de la consulta médica, así como su finalidad, de igual forma declaro que he quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido, y se me ha respondido a todas mis dudas y comprendo que mi decisión a participar de la filmación es voluntaria; por lo tanto doy mi consentimiento para participar de la misma.

.....

Firma del paciente.

.....

Firma del investigador.

.....

Familiar o cuidador del paciente

(motivo.....)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria**

Investigador: Norma Bermeo, MD

Fecha: .....

**Consentimiento informado de observación de la consulta para Médicos**

---

La filmación de la consulta tiene el carácter de anónima y tiene por objeto conocer las características de la comunicación entre el médico y los pacientes. Los datos obtenidos de la filmación serán manejados con precisión y confidencialidad y servirán únicamente para efectos de la investigación; recuerde que Ud. no tiene por qué participar de esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma en su práctica médica en este hospital. Finalmente si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, de ser así puede contactar a la Dra. Norma Bermeo, e-mail: [sisa518@hotmail.com](mailto:sisa518@hotmail.com)/ cel.: 0999492541.

**Declaraciones y firmas:**

Yo,....., declaro libremente que he recibido una explicación satisfactoria sobre la filmación de la consulta médica, así como su finalidad, de igual forma declaro que he quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido, y se me ha respondido a todas mis dudas y comprendo que mi decisión a participar de la filmación es voluntaria; por lo tanto doy mi consentimiento para participar de la misma.

.....

Firma del médico.

.....

Firma del investigador.



# PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria

#### Guion de entrevista para médicos

La estructura de la entrevista, responde a cuatro momentos:

1. Información general:
  - Identificación del entrevistador
  - Propósito de la entrevista
  - Identificación del entrevistado
  
2. En su experiencia cuáles son los errores en la administración de medicamentos más frecuentes en los pacientes?  
.....
  
3. Qué estrategias usa Ud. para que el paciente cumpla las indicaciones  
.....
  
4. En su opinión cómo se podría mejorar la autoadministración de medicamentos?  
.....



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Guion para la observación de la consulta médica**

*La observación se centrará en los siguientes puntos:*

1. Cronometraje de la consulta médica:
  - Duración total de la consulta
  - Tiempo dedicado al saludo y despedida, a la anamnesis y examen físico, a la explicación de las indicaciones, a la escritura de la HCL y otros documentos administrativos
  
2. Características de la relación médico paciente? (empatía)  
.....
  
3. Características de la comunicación relacionada con los medicamentos prescritos?  
(le explica o no, cómo lo hace, que instrumentos usa para hacerlo)  
.....
  
4. Revisar las características de las recetas escritas y electrónicas (letra legible, cómo se explica la forma de tomar los medicamentos)  
.....

## ENTREVISTA 1

### 1. INFORMACIÓN GENERAL:

**Entrevistador:** Norma Bermeo, MD

**Entrevistado:** Dr. Luis Jumbo

Médico Cardiólogo HUCV

**Propósito de la entrevista:** identificar el grado de conocimiento que tienen los médicos sobre los errores en la autoadministración de medicamentos y cuál es la forma en que abordan los mismos.

### 2. En su experiencia cuáles son los errores en la administración de medicamentos más frecuentes en los pacientes?

El error más grave de la administración de los medicamentos es el administrar muchos fármacos, a veces vos administras muchos fármacos y el paciente no te toma todos los fármacos, yo creo que es el punto clave, por eso por ejemplo ese es el punto, el prescribir muchos fármacos, por eso es la ventaja que tienen las combinaciones de pastillas es lo mejor, pero la desventaja que tiene eso es el costo, ahí viene un segundo error de administración por ejemplo que puedes cometer vos como médico, viene un paciente pobre y vos le administras una combinación de fármacos no la compra por el costo, de acuerdo. Tu le administras muchos fármacos y el paciente no te toma mucho.

### **3. Qué estrategias usa ud para que el paciente cumpla las indicaciones**

Primero le explicas bien al paciente la patología que tiene de base, creo que eso es clave para poderle decir sabe que, que el paciente cumpla como tu le haces ver, tu primero le diagnosticas bien al enfermo, le explicas de su enfermedad y luego le prescribes la medicación que debe recibir, por ejemplo viene una arritmia y si tu le dices no, no tiene nada, tiene una FA, no le haces ni un Eco, ni un Holter ni nada de eso, aquí el paciente te ve lo que tu le analizas al enfermo, por mi especialidad vos tienes que evaluar bien a un enfermo, depende de la evaluación clínica completa que yo le haga, establecer bien el diagnóstico, explicarle la patología que él tiene y los riesgos que puede tener a futuro, por ejemplo le explicas si usted no toma la medicación, tiene una FA, tiene riesgo de que le de una embolia, si tu le explicas bien el paciente va a entender y va a comprar la pastilla así sea cara, pero si tu le dices al paciente tiene FA, pero el riesgo de embolia es muy poquito entonces no te para mucha bola, pero si tu le dices, Sr verá usted tiene riesgo de que le de una embolia, de que quede paralizado de por vida, entonces él te entiende bien, yo creo que eso es, que el médico le explique bien la patología de base que tiene y que complicaciones de riesgo de morbimortalidad puede tener en el futuro, ese es el punto.

**4. En su opinión cómo se podría mejorar la autoadministración de medicamentos?**

Para evitar errores lo que tiene que haber es que las combinaciones de fármacos sean más económicas, yo creo que es el punto clave, que pueda haber combinaciones de fármacos un poco más económicas, porque si yo le explico bien al paciente y le mando una pastilla, él puede tomar dos pastillitas al día entonces si lo va a tomar, y si hay las medicaciones que él pueda comprar que seas más económicas, el problema es que la combinación de fármacos es media costosa, entonces algunos pacientes que no la pueden tomar, y sobre todo es que siempre los pacientes de edad deben venir acompañados, porque el problema es que a veces vienen viejitos solitos y no entienden bien, yo creo que ese es otro punto, de que va a la casa, no te entiende bien y el familiar ni siquiera entiende bien, entonces si vienen solos no les puedes dar una buena explicación, por eso yo en pacientes que vienen les digo sabe que venga la familia, la próxima vez viene con la familia, también depende del lugar donde trabajas, aquí por ejemplo hay mucha gente de bajo nivel cultural, entonces no les importa.

## ENTREVISTA 2

### 1. INFORMACIÓN GENERAL:

**Entrevistador:** Norma Bermeo, MD

**Entrevistado:** Dra. Karina Tipantuña

Médica Familiar HUCV

**Propósito de la entrevista:** identificar el grado de conocimiento que tienen los médicos sobre los errores en la autoadministración de medicamentos y cuál es la forma en que abordan los mismos.

### 2. En su experiencia cuáles son los errores en la administración de medicamentos más frecuentes en los pacientes?

Se olvidan los medicamentos, a veces cuando tienen seguimiento por varios especialistas no se dan cuenta que son medicamentos que tienen el mismo efecto o son los mismos, se olvidan la medicación y sobre todo los adultos mayores a veces y he visto frecuentemente que viven solos o viven con alguien que no les pueden ayudar a que ellos puedan tomar adecuadamente, no toman, se olvidan, toman a horas que no deberían tomar y se olvidan también las indicaciones, y hay pacientes también que no saben leer ni escribir, me ha tocado bastantes pacientes que también hay errores en eso porque no hay quien les guíe.

**3. Qué estrategias usa ud para que el paciente cumpla las indicaciones**

Les escribo en la caja de los medicamentos, les mando la receta bien especificada, reviso también las notas de los médicos anteriores para ver si no hay alguna interacción con esos medicamentos o no estoy mandando los mismos y si les doy mi número telefónico cuando veo que van a necesitar algo.

**4. En su opinión cómo se podría mejorar la autoadministración de medicamentos?**

Explicarles adecuadamente, creo que eso es lo fundamental, entonces explicarles bien, mandarles escrito en la receta con una letra legible y de manera explícita todo lo que tienen que tomar, monitorear la toma de los medicamentos en las visitas subsecuentes y yo les se mandar a veces notas a los familiares para que cuando es imposible que ellos puedan tomar vengan con alguien y poderles explicar.

## ENTREVISTA 3

### 1. INFORMACIÓN GENERAL:

**Entrevistador:** Norma Bermeo, MD

**Entrevistado:** Dr. Gonzalo Aguirre

Médico Internista HUCV

**Propósito de la entrevista:** identificar el grado de conocimiento que tienen los médicos sobre los errores en la autoadministración de medicamentos y cuál es la forma en que abordan los mismos.

### 2. En su experiencia cuáles son los errores en la administración de medicamentos más frecuentes en los pacientes?

La una es la confusión del tipo de medicamento, 2) es la separación del medicamento, 3) es la plurimedicación o sea la polifarmacia, es lo que he visto.

### 3. Qué estrategias usa ud para que el paciente cumpla las indicaciones

Trato de explicar claramente la medicación, separo las recetas por patología, es decir si es hipertensión le digo esto es para, le escribo en la receta “para la presión alta”, le escribo “presión alta”, prescribo la receta, le indico cómo debe tomar, incluso si es posible y se le indico el color, eso es lo que le hago.

**4. En su opinión cómo se podría mejorar la autoadministración de medicamentos?**

Justamente dándoles lo que le decía, una explicación clara del cómo y por qué debe tomar cada pastilla, es decir en la receta debe ir claramente la medicación, incluso si es posible explicar el color de la tableta, cómo debe tomarla, y en la receta ir claramente especificado para qué es cada tableta, así no se confunde el paciente, es lo que he visto, se confunde mucho menos así, en la receta le pongo hipertensión, le escribo por ejemplo losartán 1 tableta a las 8 de la mañana, entonces le digo esta tabletita dice aquí para la presión, entonces solo tiene que leer le digo es para la presión y no se va a confundir, si tengo que darle otra por ejemplo para la tiroides le doy en otra receta, le pongo “tiroides” y le pongo levotiroxina y tomar unita en ayunas, así y le digo esta es más chiquita (señalando a la indicación de levotiroxina) y esta es más grande (señalando a la indicación del losartán) no puede perderse señora.

## ENTREVISTA 4

### 1. INFORMACIÓN GENERAL:

**Entrevistador:** Norma Bermeo, MD

**Entrevistado:** Dr. Jaime Benítez

Médico Cardiólogo HUCV

**Propósito de la entrevista:** identificar el grado de conocimiento que tienen los médicos sobre los errores en la autoadministración de medicamentos y cuál es la forma en que abordan los mismos.

### 2. En su experiencia cuáles son los errores en la administración de medicamentos más frecuentes en los pacientes?

El error mas es la que no cumplen las horas de la prescripción médica, el horario de la medicación, porque cada medicación tiene su actividad en horas, esa sería la primera, el incumplimiento del horario de la medicación que ha prescrito el médico, esa es la más importante y la más frecuente que hacen los pacientes, esa es la respuesta.

### 3. Qué estrategias usa ud para que el paciente cumpla las indicaciones

La estrategia primero en la consulta hay que recabar la importancia que tienen los medicamentos en lo que va a ser la curación de la enfermedad de ellos, que se van a poner mejor cuando toman la medicación respectiva a su horario

respectivo, esa es la indicación más importante y que por favor cumpla la medicación porque de otro modo la patología no se ve favorecida, esa es la recomendación que doy y que continúen siempre la medicación todos los días hasta un próximo control y que no abandonen la medicación.

**4. En su opinión cómo se podría mejorar la autoadministración de medicamentos?**

Eso es un poco difícil porque hay pacientes que viven solos, se podría mejorar que haya una persona que esté a cargo de la administración de los medicamentos porque a veces el paciente está olvidado en su casa mismo y no hay quien le diga ve tienes que tomar esta medicación, te toca esto este rato tómate. El paciente ya pasado los 70 años olvida las cosas, y no está pendiente de su medicación, a veces se le recuerda póngale en el horario del reloj pero no, no eso no es suficiente, debe haber alguien de la familia que esté al lado de ellos para que cumplan la medicación, esa es la recomendación.

## ENTREVISTA 5

### 1. INFORMACIÓN GENERAL:

**Entrevistador:** Norma Bermeo, MD

**Entrevistado:** Dr. Michael Larrondo

Médico Familiar Cubano HUCV

**Propósito de la entrevista:** identificar el grado de conocimiento que tienen los médicos sobre los errores en la autoadministración de medicamentos y cuál es la forma en que abordan los mismos.

### 2. En su experiencia cuáles son los errores en la administración de medicamentos más frecuentes en los pacientes?

Principalmente no compran los medicamentos, y se hacen los exámenes primero y después toman los medicamentos aunque uno les diga lo contrario, eso es lo que más veo.

### 3. Qué estrategias usa Ud. para que el paciente cumpla las indicaciones

Mucha comunicación, hablar mucho con ellos, decirles directamente como deben hacer las cosas y una cosa importante es que por ejemplo eso ha pasado mucho, acá la receta es computarizada, yo últimamente la estoy haciendo a mano, manual porque muchos se van y no entienden o le explicamos detalladamente lo que tienen que hacer y sobre todo los viejitos se van y después dicen no, no tomé

nada porque no sabía qué tomar y le preguntamos si pasó por farmacia y no pasó, entonces eso es lo que más en sí está mermando la cuestión, y en cuanto a la estrategia ahora cambiamos, la hacemos manual, detalladamente, hacemos el esfuerzo por escribir mejor.

**4. En su opinión cómo se podría mejorar la autoadministración de medicamentos?**

Bueno en este caso si es una persona mayor que no viva sola, que tenga alguien que le pueda ayudar o sino algún trabajador social o alguien que le pueda al menos supervisar que el paciente se tome los medicamentos o que venga inmediatamente acá a tomar o en el caso de que sean personas muy mayores o que tengan alguien que vaya a su domicilio.