

ARTÍCULO ORIGINAL

CALIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA BRINDADA A LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL CATEGORÍA II-2 EN LIMA, PERÚ

Dr. Efraín Cehua Álvarez¹, Dr. Juan P. Matzumura Kasano², Dr. Hujo Gutiérrez Crespo³,
Luisa A. Zamudio Eslava⁴.

RESUMEN

El problema de comunicación entre médico y paciente parece agravarse por la falta de interrelación con las personas y el desarrollo limitado de sus competencias en la comunicación. Objetivo: Evaluar la calidad de la información médica brindada a las pacientes atendidas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital Categoría II-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Para el estudio de la población se aplicó una muestra no probabilística por conveniencia conformada por 387 pacientes; fueron incluidas a todas las pacientes atendidas por el Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia. Se utilizó un instrumento auto administrado, conformado por 20 preguntas y dividido en 6 dimensiones, con respuestas mediante una escala de Likert, con un índice de confiabilidad de 0,84. Se establecieron puntuaciones finales mediante una escala de estatinos, cuyos valores finales se determinaron por nivel bueno, regular y bajo.

RESULTADOS

La dimensión información sobre plan de control y seguimiento fue la más afectada, correspondiendo un 72.60% (281) al nivel regular, 19.37% (75) al nivel bajo y 8% (31) al nivel bueno. El 55.81% (216) calificaron con un nivel regular la calidad de la información brindada a las pacientes, 22.22% (86) con nivel bajo y solo el 21.97% (85) con un nivel bueno.

CONCLUSIÓN

La calidad de la información médica brindada a la paciente en el presente estudio es de nivel regular.

PALABRAS CLAVE

Acceso a la información, comunicación, emergencia, hospital. Medical information quality provided to the patients treated in the Emergency Service of Gynecology and Obstetrics of a Hospital Category II-2 in Lima, Peru

ABSTRACT

The problem of communication between doctor and patient seems to be aggravated due to the lack of interrelation with people and the limited development of their communication skills.

OBJECTIVE

Evaluation of the quality of medical information provided to patients treated by the Gynecology and Obstetrics Service of a hospital Category II-2.

MATERIALS AND METHODS

A cross-sectional, observational, descriptive study was performed for the study of the population; a non-probabilistic for convenience sample was used with 387 patients, during this process were included all the patients treated by the Emergency Service of Gynecology and Obstetrics. Here was used a self-administered instrument composed of 20 questions and divided by 6 dimensions, with responses using a Likert scale and with a reliability index of 0.84. The final score was split in three levels: good, regular and low.

RESULTS

The dimension of information on control and monitoring plan was the most affected; with results of 72.60% (281) regular

¹ Médico cirujano. Auditor médico, docente y coordinador académico administrativo de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista.

² Ginecólogo Obstetra MEDICINA MATERNO- FETAL. Hospital Municipal Boliviano Holandés

³ Obstetra. Magíster en Docencia e Investigación en Salud. Coordinador Académico de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Profesor de posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

⁴ Enfermera. Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Magíster en Docencia e Investigación en Salud.

level, 19.37% (75) low level and 8% (31) good level. On the other hand, 55.81% (216) rated the quality of the information provided to patients at a regular level, 22.22% (86) with a low level and only 21.97% (85) with a good level.

CONCLUSION

The quality of the medical information provided to the patient in the current study reveals a regular level.

KEY WORDS

Access to information, communication, emergencies, hospital.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera que las cifras de mortalidad materna siguen siendo elevadas y que cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Siendo las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, las hemorragias graves, en su mayoría tras el parto; las infecciones; la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia) y; los abortos^{1,2}. Según estudios realizados, no se puede predecir con certeza cuáles serán las mujeres que experimentarán complicaciones obstétricas, por tanto, se debe asegurar que una intervención eficaz e inversión en maternidad sin riesgo, no solo reduciría la muerte materna, sino que también contribuiría a mejorar la salud, la calidad de vida y la equidad para las mujeres^{3,4}.

Dentro del contexto de la atención en la especialidad de ginecología y obstetricia, la Organización Mundial de la Salud señala que un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población. Para hacerlo, requiere de personal, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones; así como de orientación y dirección. Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible, es por ello que este merece ser evaluado desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares⁵.

La consulta centrada en el paciente precisa de profesionales con información actualizada, competencias científico técnicas, habilidades comunicativas y tiempo suficiente para dialogar con la paciente, conocer sus necesidades de información (expresadas con palabras o latentes) y sus preferencias. Así, la relación con una paciente que dispone de información personalizada, comprometida con su salud y el cuidado de su enfermedad, independientemente de su grado de participación en las decisiones, que considera sus preferencias y valores, puede mejorar los resultados y la seguridad de la atención sanitaria².

Las necesidades de información tienen carácter individual e intersubjetivo. Las necesidades sobre salud y enfermedad

de los usuarios de servicios de salud, se establecen en función de sus percepciones y expectativas, dando como resultado la integración de la información que poseen, por sus conocimientos y experiencia previa, con aquella que se transmite desde la administración hasta los profesionales⁶.

El problema de comunicación entre médico y paciente se acentúa cuando no hay familiares acompañantes. Es importante distinguir las diferencias tanto generacionales como culturales, a fin de asegurar la ayuda y participación de la familia, evitando así malos entendidos y fracasos terapéuticos⁷. En cuanto al otro elemento que dificulta la comunicación, es decir, la falta de habilidad del médico, cabe mencionar que se trata de una competencia que engloba a un conjunto de habilidades y procedimientos, así como a la interrelación de estos con la personalidad y autoestima del propio médico; es una destreza presencial y de experiencia personal que se va adquiriendo con los años y con el ensayo y error⁸.

Por otra parte, algunos investigadores sostienen que existen dos tipos fundamentales de fallos en la transmisión de información, el producido por la omisión de contenidos, donde la información crítica no es comunicada al haber un aporte inadecuado de información en la solicitud; y fallos en el proceso de comunicación por letra ilegible, inclusión de información irrelevante y, escaso o muchas veces nulo contacto verbal entre médicos⁹. La comunicación directa entre el solicitante y el médico especialista es esencial, pero el sistema actual de información y comunicación médica la dificulta¹⁰.

El médico informa, a través de un proceso filtrado y dosificado, la información científica que cree necesaria para el paciente. En la actualidad, el paciente requiere del médico mayor atención, mejoría en la comunicación, tiempo suficiente durante la entrevista y sin demasiado tiempo de espera para ser atendido. Sin embargo, con frecuencia estos requerimientos no se logran^{11,12}.

OBJETIVO

Evaluar la calidad de la información médica brindada a las pacientes atendidas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital Categoría II-2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, la población estuvo constituida por todas las pacientes que fueron atendidas en el Servicio de Emergencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Vitarte, durante el periodo comprendido entre julio a diciembre del año 2016, mediante una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 387 pacientes. Fueron incluidas aquellas pacientes que aceptaron participar del estudio y con

capacidad leer y escribir, fueron excluidas pacientes que no deseaban participar y aquellas pacientes que ingresaron en estado inconsciente o grave.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento elaborado por los investigadores, tomando como referencia las investigaciones realizadas por Zamora Chávez y Silva Junior^{13,14}. El instrumento es de aplicación auto administrada, contiene 20 preguntas con respuestas mediante una puntuación tipo Escala de Likert, con valores entre 0 a 4 puntos. El instrumento está conformado por seis dimensiones, información sobre estado de salud (cuatro preguntas), información sobre complicaciones médicas asociadas al tratamiento (cuatro preguntas), información sobre el tratamiento (cuatro preguntas), información sobre los exámenes y procedimientos (cuatro preguntas), información sobre condición de alta (dos preguntas) e información sobre el plan de control y seguimiento (dos preguntas). Asimismo, el instrumento fue sometido a una validez de contenido mediante el juicio de seis expertos, cuyo índice de Kappa correspondió a 0,71 y con un índice de confiabilidad según alfa de Cronbach de 0,84.

Las puntuaciones por cada dimensión y las puntuaciones finales, se determinaron mediante una escala de estatinos (Véase la Tabla 1).

El procesamiento de datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 20.0 en español, el análisis estadístico descriptivo mediante cuadros con distribución absoluta y relativa de las variables cualitativas y mediante las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas (media \pm desviación estándar). Se solicitó la autorización por parte de la unidad de capacitación e investigación del hospital. Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado de todas las pacientes y el respeto de todos los principios éticos.

Tabla 1. Distribución de puntuaciones de la calidad de información por dimensiones.

Dimensiones	Niveles		
	Bajo	Regular	Alto
Información sobre el estado general del paciente	0 - 5	6 - 9	10 - 16
Información sobre complicaciones médicas asociadas al tratamiento	0 - 5	6 - 9	10 - 16
Información sobre el tratamiento	0 - 5	6 - 9	10 - 16
Información sobre los exámenes y procedimientos	0 - 5	6 - 9	10 - 16
Información sobre condición de alta	0 - 2	3 - 5	6 - 8
Información sobre plan de control y seguimiento	0 - 2	3 - 5	6 - 8
Puntuación total	0 - 33	34 - 40	41 - 80

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Luego de revisar y analizar los resultados del presente estudio, 232 participantes (60%), correspondieron a edades entre los 20 a 39 años, 97 (25,0%) a pacientes menores de 18 años y 58 (15%) a pacientes con una edad \geq 40 años. La edad mínima correspondió a 17 y la máxima a 44 años, siendo la edad promedio 28,7, con una desviación estándar de 2,7. Con relación al estado civil, 202 (52,19%) manifestaron ser casadas, 122 (31,52%) convivientes y 63 (16,29%) solteras. Asimismo, 92 (23,77%) manifestaron tener estudios superiores, 212 (54,78%) estudios secundarios completos, 54 (13,95%) estudios de primaria y 29 (7,5%) sin grado de instrucción. El 76% tenía como domicilio distritos cercanos al hospital. Tabla 2. Resultados de la calidad de información brindada a las pacientes atendidas por el Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia.

Entre los resultados más destacados del presente estudio correspondientes a la dimensión información sobre el estado de salud, predominan las respuestas de ámbito negativo, se puede observar que 47,30% (182) calificó como mala la explicación sobre la causa de su enfermedad por parte del médico y 46,51% (108) calificó de la misma manera la explicación recibida sobre el proceso de recuperación de la enfermedad; solamente el 24,03% (93) calificó como buena la misma pregunta. Asimismo, los resultados correspondientes a la dimensión información sobre las complicaciones médicas asociadas al tratamiento, 48,58% (188) calificó como mala la explicación brindada por el médico sobre las complicaciones que puede tener en caso de no cuidar la salud del paciente y 47,80% (185) calificó de la misma manera las explicaciones brindadas por el médico sobre los cuidados que debe tener el paciente para no tener problemas de salud.

En la dimensión información sobre el tratamiento, 48,94% (189) calificó como mala la explicación del médico a la paciente sobre el tratamiento que debe de tener para recuperar su salud y 29,97% (116) calificó como regular la explicación brindada por el médico sobre la alimentación que debe tener la paciente para recuperar su salud. Por otra parte, en la dimensión información sobre los exámenes y procedimientos, 51,68% (200) calificó como mala la explicación brindada por el médico sobre la urgencia de recibir un medicamento o un procedimiento con la aprobación de la paciente; 48,06% (186) calificó de la misma forma la explicación del médico respecto a los riesgos y beneficios de los exámenes invasivos que requiere la paciente para aclarar su diagnóstico; finalmente, 29,72% (115) calificó como regular la explicación del médico sobre la realización de algunos exámenes en lugar externo no vinculado al hospital.

Dimensión	Indicadores	Muy Mal		Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Información sobre el estado de salud	¿Cómo califica la explicación del médico sobre la causa de su enfermedad?	0	0,	182	47,03	104	26,87	81	20,93	20	5,17	387	100
	¿Para Ud. el médico le hizo comprender que enfermedad tiene?	0	0	173	44,70	106	27,39	91	23,51	17	4,39	387	100
	¿El médico le hizo entender los resultados de los análisis?	0	0	173	44,70	109	28,17	90	23,26	15	3,88	387	100
	¿Cómo fue la explicación del médico sobre la recuperación de la enfermedad que Ud. tiene?	0	0	180	46,51	103	26,61	93	24,03	11	2,84	387	100
Información sobre complicaciones médicas y asociadas al tratamiento	¿Cómo califica la explicación del médico sobre las complicaciones que puede tener si no se cuida de su enfermedad?	0	0	188	48,58	101	26,10	81	20,93	17	4,39	387	100
	¿Cómo fue para Ud. la explicación del médico sobre las complicaciones que puede tener con algunas o todas sus medicinas?	0	0	156	40,31	115	29,72	91	23,51	25	6,46	387	100
	¿Para Ud. como fue la explicación del médico sobre lo que le pasaría si no se opera o no toma sus medicamentos?	0	0	159	41,09	122	31,52	83	21,45	23	5,94	387	100
	La explicación del médico sobre los cuidados que debe tener para no tener más problemas de salud fue:	0	0	185	47,80	103	26,61	87	22,48	12	3,10	387	100
Información sobre el tratamiento	¿Cómo califica la explicación del médico sobre el tratamiento que debe hacer para que recupere su salud?	0	0	189	48,84	99	25,58	81	20,93	18	4,65	387	100
	Para Ud. ¿Cómo fue la explicación del médico sobre la dosis y los horarios para tomar sus medicamentos?	0	0	166	42,89	110	28,42	89	23,00	22	5,68	387	100
	Para Ud. la explicación del médico sobre la alimentación sana que debería seguir fue:	0	0	169	43,67	116	29,97	81	20,93	21	5,43	387	100
	Cómo considera que fueron las explicaciones del médico sobre la actividad física, hábito de fumar, consumo de alcohol y otros cuidados de su salud.	0	0	184	47,55	103	26,61	88	22,74	12	3,10	387	100
Información sobre los exámenes y procedimientos	Para Ud. ¿cómo fue la explicación del médico sobre la urgencia de recibir un medicamento o un procedimiento que requiere su aprobación?	0	0	200	51,68	97	25,06	74	19,12	16	4,13	387	100
	¿El médico le hizo entender los resultados de los exámenes o de los procedimientos realizados?	0	0	172	44,44	111	28,68	79	20,41	25	6,46	387	100
	¿Cómo fue para Ud. la explicación del médico de que algunos exámenes se deben hacer en otro lugar?	0	0	166	42,89	115	29,72	88	22,74	18	4,65	387	100
	¿Comprendió la explicación del médico sobre los riesgos y beneficios de los exámenes invasivos que requiere para aclarar el diagnóstico de la enfermedad?	0	0	186	48,06	110	28,42	83	21,45	8	2,07	387	100
Información sobre condición de alta	¿Comprendió al médico las razones del alta?	0	0	195	50,39	96	24,81	80	20,67	16	4,13	387	100
	¿Le pareció completa la información que le ha dado el médico cuando le dio el alta del hospital?	0	0	158	40,83	117	30,23	87	22,48	25	6,46	387	100
Información sobre plan de control y seguimiento	¿Para Ud. la información que le dio el médico sobre los medicamentos y cuidados que debe seguir fue?	0	0	163	42,12	121	31,27	80	20,67	23	5,94	387	100
	¿Comprendió al médico cómo va hacer para el control cuando salga del hospital?	0	0	187	48,32	101	26,10	86	22,22	13	3,36	387	100

Fuente: Elaboración propia.

Del mismo modo, en la dimensión información sobre la condición de alta, 50,39% (195) calificó como malas las explicaciones de las razones del alta y 30,23% (117) calificó como regular el hecho de recibir una información completa al momento del alta de la paciente. Finalmente, los resultados correspondientes a la dimensión información sobre el plan de control y seguimiento, 48,32% (187) calificó como mala la explicación del médico sobre sus aspectos de control al salir de alta del hospital y 31,27% (121) calificó como regular la información brindada sobre los medicamentos prescritos al paciente y los cuidados que debería tener. (Véase la Tabla 2).

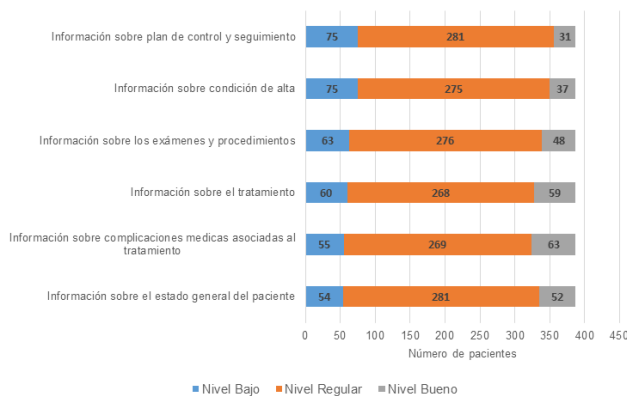


Figura 1. Resultados de la información médica por dimensiones, brindada a las pacientes atendidas por el Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia.
Fuente: Elaboración propia.

El procesamiento de resultados por dimensiones permite observar que en la dimensión información sobre el plan de control y seguimiento, el nivel regular correspondió a 72,60% (281), 19,37% (75) al nivel bajo y 8,00% (31) al nivel alto. En la dimensión información sobre la condición de alta, el nivel regular correspondió a 71,05% (275), 19,39% (75) al nivel bajo y 9,56% (37) al nivel bueno. Por otra parte, en la dimensión sobre información sobre exámenes y procedimientos, 71,31% (276) correspondió al nivel regular, 16,29% (63) al nivel bajo y 12,40% (48) al nivel bueno; mientras que, en la dimensión información sobre el tratamiento, el nivel regular correspondió a 69,25% (268), 15,51% (60) al nivel bajo y 15,24% (59) al nivel bueno.

Asimismo, en la dimensión información sobre complicaciones médicas asociadas al tratamiento, 69,50% (269) correspondió al nivel regular, 16,27% (63) al nivel bueno y 14,23% (55) al nivel bajo. Finalmente, en la dimensión información sobre el estado general del paciente, 72,60% (281) correspondió al nivel regular, 13,97% (54) al nivel bajo y 13,43% (52) al nivel bueno. (Véase la Figura 1).

El procesamiento de los resultados mediante las puntuaciones finales, permite observar que el 55,81% (216) calificaron la información brindada a las pacientes en el presente estudio

con nivel regular, 22,22% (86) con nivel bajo y solo 21,97% (85) calificó con nivel bueno (Véase la Figura 2).

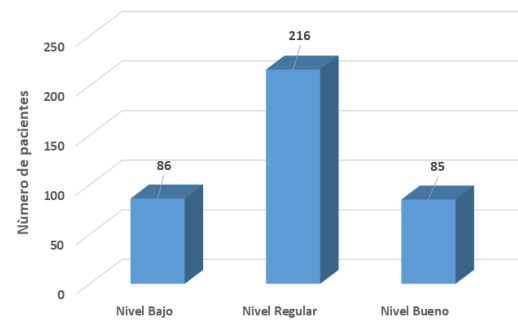


Figura 2. Resultados de la puntuación final de calidad de la información médica brindada a las pacientes atendidas por el Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

La comunicación entre el médico y el paciente y sus familiares debe ser oportuna, precisa y necesaria, permitiendo proporcionar un contexto para la toma de decisiones durante su proceso de atención. Asimismo, la comunicación verbal mediante un lenguaje estructurado y estandarizado, permite atender las necesidades actuales y futuras del paciente que no se incluyen en sus evaluaciones clínicas y que pueden contribuir con la adherencia al tratamiento y con su recuperación^{15,16}.

Durante la realización del presente estudio, los resultados más destacados correspondientes a la dimensión información sobre el estado de salud, tienen como predominio las respuestas de ámbito negativo. Se puede observar que 47,3% (182) calificó como mala la explicación sobre la causa de su enfermedad por parte del médico y 46,5% (108) calificó de la misma manera la explicación recibida sobre el proceso de su recuperación; datos que guardan relación con el estudio realizado por García-García y colaboradores, donde se concluye que el 58,8% de los pacientes manifestaron su insatisfacción con respecto a la información que se les proporcionó en la sala de espera y un 27,5% no recuerda haber recibido información por parte del personal¹⁷.

En algunos casos, los pacientes evidencian temor para solicitar una explicación o información al médico sobre su estado de salud, pero valoran que su atención debe contar con los cuidados necesarios y minimizar los errores que causen cierto daño al paciente; asimismo, se destaca la importancia de fomentar una actitud proactiva en la comunicación como pieza fundamental para crear un clima de confianza. Se valora también la información sobre complicaciones que puede presentar una paciente en caso de no tomar medidas que permitan preservar su salud, así como acerca de los cuidados que debe tener la paciente¹⁸.

Un estudio realizado por Saez de la Fuente y colaboradores con pacientes que han recibido múltiples medicaciones al mismo tiempo, permitió observar que 80% de los pacientes no fue informado sobre la indicación de adicionar un medicamento para su tratamiento y que la decisión fue tomada por el médico especialista, principalmente para tratar una patología previa¹⁹. En nuestro estudio, los resultados que corresponden a la dimensión información sobre el tratamiento, respecto a la explicación del médico, presentó una mala calificación en casi el 50% de las pacientes entrevistadas. Esto parece obedecer al constante hacinamiento y demanda de los servicios de emergencia en los hospitales a cargo del Estado. Sin embargo, los hospitales deberían prestar mayor atención al proceso de diagnóstico y tratamiento y, para ello, se debe brindar información útil a los pacientes de manera oportuna con el objetivo de obtener una satisfacción del paciente, como los describen investigaciones realizadas en hospitales de la República Popular China²⁰.

Por otra parte, respecto a la información sobre los exámenes y procedimientos, 51,68% calificó como mala la explicación brindada por el médico sobre la urgencia de recibir un medicamento o un procedimiento con la aprobación de la paciente y 48,06% calificó de la misma forma la explicación del médico respecto a los riesgos y beneficios de los exámenes invasivos que requiere la paciente para aclarar su diagnóstico. Las actividades destinadas a informar al paciente sobre las pruebas realizadas y el tiempo utilizado, presentan resultados deficitarios, a pesar de ser realizadas en países de Europa¹⁷. La información sobre la condición de alta que se brinda al paciente sigue siendo una de las actividades de vital importancia, así como las explicaciones sobre las razones del alta. En el presente estudio, las explicaciones fueron calificadas como malas en casi el 50% de los casos. Estos resultados no concuerdan con los hallazgos descritos por García - García, donde la mayoría de los pacientes calificaron como buena y muy buena la información y comunicación sobre su condición al abandonar el hospital^{17,20}.

Los resultados más relevantes correspondieron a la dimensión información sobre el plan de control y seguimiento, donde el nivel bueno correspondió a 8%. Por ello es de suma importancia informar a las pacientes, mediante un lenguaje sencillo, sobre el estado del paciente y su evolución esperada, teniendo como objetivo prevenir reclamos y solicitudes de medicación, que generalmente convergen en el manejo de información errada, lo cual genera expectativas y creencias irracionales en relación a la recuperación de las pacientes²¹.

Las limitaciones en el presente estudio son propias de cualquier hospital a cargo del Estado; todos ellos funcionan en algunos casos al límite de su capacidad, es decir, con una alta demanda de pacientes con poco personal y una limitada infraestructura para poder cubrir la atención demandada.

CONCLUSIONES

En el presente estudio predomina el nivel regular en las respuestas, con mayor énfasis en las dimensiones información sobre el estado general del paciente e información sobre el plan de control y seguimiento. La dimensión más afectada con el nivel bajo corresponde a información sobre la condición del alta, mientras que la mayor puntuación obtenida, que corresponde a nivel bueno, se presentó en la dimensión información sobre el tratamiento. Así, la calidad de la información médica brindada a la paciente en el presente estudio es de nivel regular.

Agradecimientos

Al personal médico y asistencial del hospital y el señor Dante Antonioli por su colaboración.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Granger BB, Sandelowski M, Tahshjain H, Swedberg K, Ekman I. A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. *J Cardiovasc Nurs*. 2009 Jul-Aug; 24(4): 308-15. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181a4be30.
2. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorski A et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12; 12: CD003267. doi: 10.1002/14651858.CD003267.pub2.
3. Mazza MM, Vallejo CM, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2012 Dic; 72(4): 233-48.
4. Rodríguez-Angulo E, Palma-Solís M, Zapata-Vázquez R. Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender? *Ginecol Obstet Mex*. 2014 Oct; 82(10): 647-658.
5. Soremekun OA, Takayesu JK, Bohan SJ. Framework for analyzing wait times and other factors that impact patient satisfaction in the emergency department. *J Emerg Med*. 2011 Dec; 41(6): 686-92. doi: 10.1016/j.jemermed.2011.01.018.
6. Bernad-Vallés M, Maderuelo-Fernández JA, Moreno-González P. Necesidades de información sobre salud y enfermedad de usuarios de servicios sanitarios de atención primaria de Salamanca. *Aten Primaria*. 2016 Jan; 48(1): 15-24. doi: 10.1016/j.aprim.2015.01.011.
7. García-Vera EM, Robles-Rodríguez A, Villegas-Bernabé ML, Figueroa-García J, Mota-Cumpean AE. La comunicación médico paciente: ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar? *Aten Fam*. 2016 Abr-Jun; 23(2): 63-6. doi: 10.1016/j.af.2016.03.007.
8. Moore P, Gómez G, Kurt S. Comunicación médico-

- paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Aten Primaria*. 2012 Jun; 44(6): 358-65. doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.008.
9. Kalkman CJ. Handover in the perioperative care process. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2010 Dec; 23(6): 749-753. doi: 10.1097/ACO.0b013e3283405ac8.
 10. Montero-Ruiz E, Rebollar-Merino A, Melgar-Molero V, Barbero-Allende JM, Culebras-López A, López-Álvarez J. Problemas en la transmisión de información durante el proceso de la interconsulta médica hospitalaria. *Rev Calid Asist*. 2014 Ene-Feb; 29(1): 3-9. doi: 10.1016/j.cali.2013.04.004.
 11. Nanjid K, Ochir C, Nyamjav S, Mendsaikhan P. Assessment of changes in health care needs. *World Hosp Health Serv*. 2014; 50(1): 27-30.
 12. Canyon DV. Crisis management teams in health organisations. *J Bus Contin Emer Plan*. 2012 Spring; 5(4) :365-72.
 13. Zamora-Chávez SC. Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. *Horiz Med*. 2016 Ene-Mar; 16(1): 38-47.
 14. Silva-Junior GB, Díaz ER. Avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no Nordeste do Brasil e a judicialização da saúde. *R. Dir. Sanit*. 2016, jul-out; 17(2): 13-29. doi: 10.11606/issn.2316-9044.v17i2p13-29.
 15. Putnam K. Guideline for patient information management. *AORN Journal*. 2016 May; 103(5): 7-9. doi: 10.1016/S0001-2092(16)30112-0.
 16. Cofreces P, Ofman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud (Madrid)*. 2014; 4: 19-34.
 17. García-García A, Arévalo-Velasco A, García-Iglesias MA, Sánchez-Barba M, Delgado-Vicente MA, Bajo-Bajo A et al. Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión. *Rev Calid Asist*. 2015 Jul-Ago; 30(4); 203-9. doi: 10.1016/j.cali.2015.04.005.
 18. Martín-Delgado MC, Fernández-Maillo M, Anglés i Coll R, Palencia-Herrejón E, Catalán-Ibars RM, Díaz-Alersi-Rosety R et al. Información de eventos adversos a pacientes y familiares. *Trauma Fund MAPFRE*. 2013; 24(4): 239-248.
 19. Sáez-de-la-Fuente J, Granja-Berná V, Lechuga-Vázquez P, B. Otero-Perpiña B, Herreros-de-Tejada-López-Coterilla A, Medina-Asensio J. Eficacia de la información al alta en la adherencia del paciente polimedicado. *Farm Hosp*. 2011 May-Jun; 35(3): 128-134. doi: 10.1016/j.farma.2010.06.005.
 20. Liang C, Gu D, Tao F, Jain HK, Zhao Y, Ding B. Influence of mechanism of patient-accessible hospital information system implementation on doctor-patient relationships: A service fairness perspective. *Inf. Manage*. 2017 Jan; 54(1): 57-72. doi: 10.1016/j.im.2016.03.010
 21. Rojas P. Protocolo: Información a la familia de pacientes operados del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. Santiago de Chile: 2014.