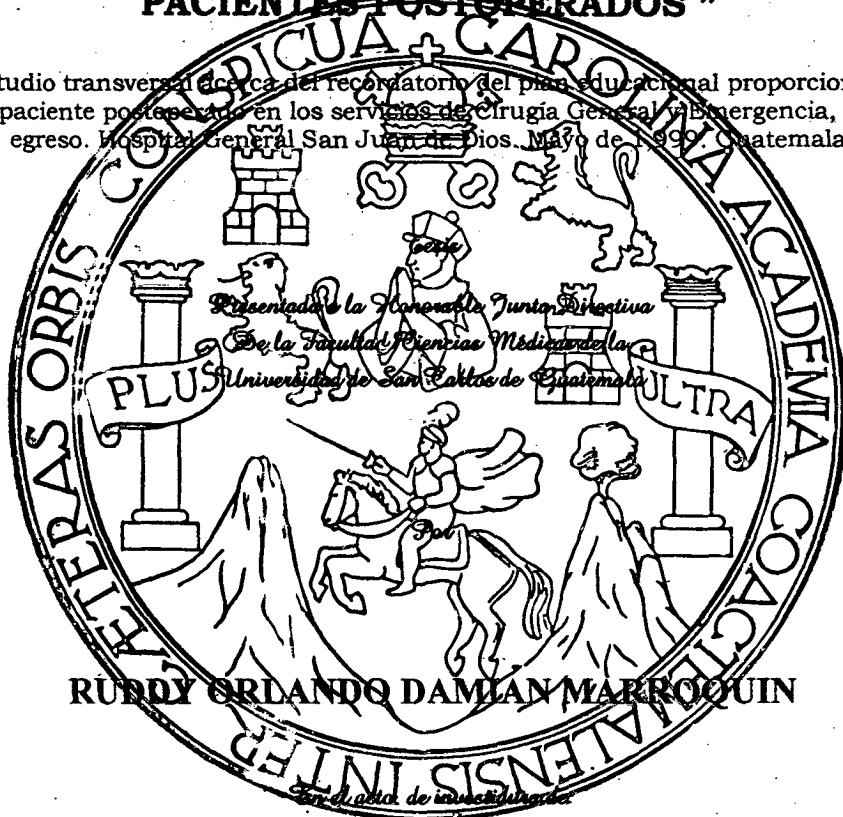


Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

**" EVALUACION DE PLAN EDUCACIONAL EN
PACIENTES POSTOPERADOS "**

Estudio transversal acerca del recordatorio del plan educacional proporcionado al paciente postoperatorio en los servicios de Cirugía General y Emergencia, a su egreso. Hospital General San Juan de Dios. Mayo de 1999. Guatemala.



Médico y Cirujano

Guatemala, Septiembre de 1999

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

D4
05
T0000

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El (la) MAESTRO E.P.U.: RUDDY ORLANDO DAMIAN MARROQUIN

Carnet universitario No. 55-10755

Ha presentado para el **EXAMEN GENERAL PUBLICO** previo a optar al
título de Médico (a) y Cirujano (a), el trabajo de tesis titulado:

**EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL EN PACIENTES
POSTOPERARIOS.**

Trabajo asesorado por: DR. SERGIO RAON

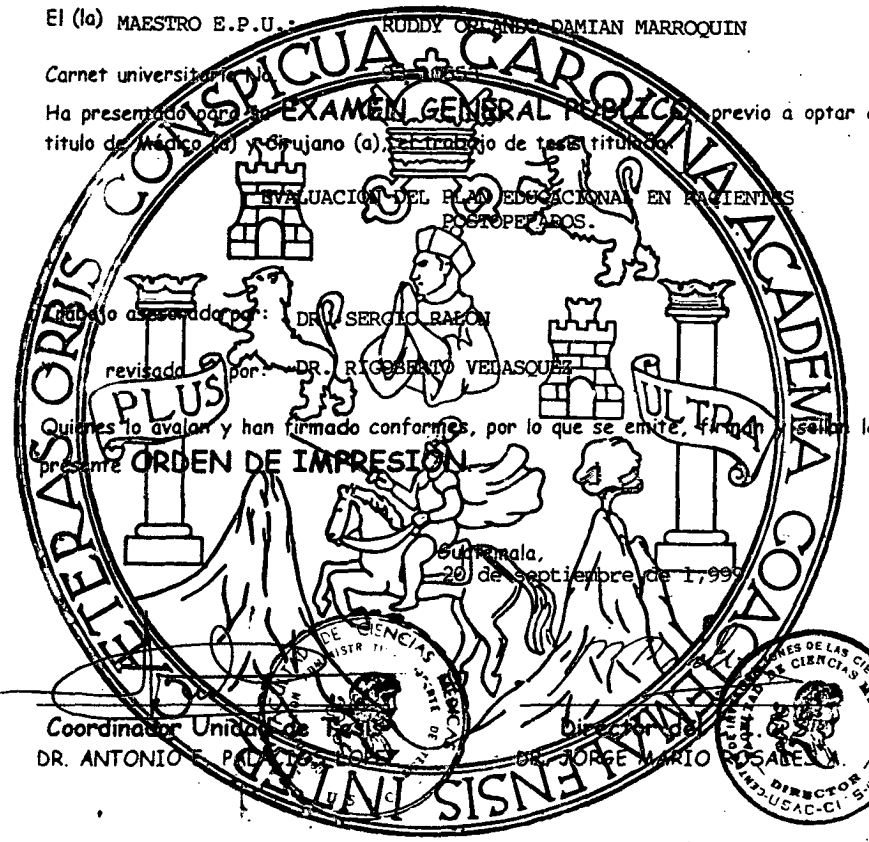
revisado por: DR. RICARDO VELASQUEZ

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la
presente **ORDEN DE IMPRESION**

Guatemala,
20 de septiembre de 1998

Coordinador Unidad de Tesis
DR. ANTONIO PALACIOS

Director de Tesis
DR. JORGE MARIO GABELA



IMPRIMASE:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Romeo A. Vásquez Vásquez

Dr. Romeo A. Vásquez Vásquez

DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ Decano

DECANO 1998 - 2002



Guatemala, Septiembre de 1999.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Señores:
Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
USAC.

Se les informa que El (la)
RUDDY ORLANDO DAMIAN MARROQUIN

Carnet No.: 9310653 ha presentado El Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

" EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL EN PACIENTES POSTOPERADOS "

Del cual autor, asesor (es) y revisor nos hacemos responsables por El contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del estudiante

Firma de Asesor

Nombre completo y sello profesional

Dr. Sergio L. Robles
MEDICO Y D.M. S.M.P.
Carnet No. 1450

Dr. Rigoberto Velásquez Paz

Firma del Revisor

Nombre completo y sello profesional

Registro Personal 960630



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Aprobación de Informe Final
Correlativo No. 081/99

Guatemala,
20 de septiembre de 1,999

Estimado (a) estudiante
RUDDY ORLANDO DAMIAN MARROQUIN

Carnet No. 93-10653
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos

Hago de su conocimiento que **EL INFORME FINAL DE TESIS**
titulado:

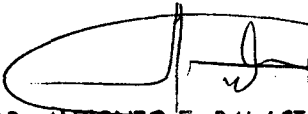
EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL EN PACIENTES
POSTOPERADOS.


Ha sido **REVISADO**, al establecer que cumple con los requisitos, se
APRUEBA. Se autoriza realizar los trámites correspondientes para continuar el
trámite de graduación.

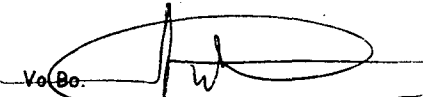
Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ
DOCENTE UNIDAD DE TESIS




Vol. Do.
Coordinador Unidad de Tesis
DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ

INDICE

Página:

Tema:

1	Introducción.....	I.-
3	Definición del problema.....	II.-
5	Justificación.....	III.-
7	Propósito.....	IV.-
7	Objetivos.....	V.-
9	Revisión bibliográfica.....	VI.-
22	Material y métodos.....	VII.-
27	Presentación de resultados.....	VIII.-
45	Análisis y discusión de resultados.....	IX.-
51	Conclusiones.....	X.-
52	Recomendaciones.....	XI.-
54	Resumen.....	XII.-
56	Bibliografía.....	XIII.-
59	Anexos.....	XIV.-

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

I. INTRODUCCION

*La verdad es dura como un diamante
y delicada como una flor. Gandhi.*

“El verdadero trabajo de un medico no es el que realiza en los centros de salud ni en las clínicas publicas ni en los quirófanos ni en los laboratorios ni junto a las camas de los hospitales. Todo ello forma parte de la medicina, pero el verdadero ejercicio de la profesión tiene lugar cuando, en la intimidad de una sala de consulta o en la habitación del paciente, la persona enferma o que cree estarlo pide consejo a un médico de su confianza. En eso consiste la consulta al médico y todas las demás cosas del ejercicio de la Medicina se derivan de esa función.” (3)

Este estudio tiene como propósito informar a las autoridades de la institución y al personal médico, la eficiencia en la comunicación en la relación médico – paciente, a través de la evaluación del plan educacional proporcionado al paciente postoperado y la conformidad de éste ante la misma.

Se abarcó diferentes aspectos que se deben de tomar en cuenta al brindar el plan educacional, los cuales son:

- A. Relacionado con la enfermedad: Nombre de la enfermedad, área afectada, como es, causa o posibles causas, e intervención quirúrgica.
- B. Relacionado al tratamiento farmacológico: Nombre del medicamento, dosificación, horario de administración, duración del tratamiento, vía de administración y efectos secundarios.

C. Relacionado al tratamiento no farmacológico: Dieta, actividad, tiempo de mejoría (pronóstico), medidas de prevención y cita control.

Se investigó acerca de la conformidad del paciente con la relación médico – paciente evaluando la cantidad de información, tiempo dedicado, lenguaje utilizado y trato proporcionado.

Los datos obtenidos en este estudio demuestran que el plan educacional no se está brindando de una forma adecuada por las personas encargadas según el Normativo del Departamento de Cirugía, ya que un elevado porcentaje de pacientes no recibe información completa y necesaria sobre su enfermedad, una baja proporción de pacientes recibe información por los médicos sobre el tratamiento farmacológico y se da en forma superficial el tratamiento no farmacológico. Los pacientes que si recibieron información, un alto porcentaje lo entendió y lo recordaba.

Es importante tomar conciencia que el plan educacional es el elemento que el médico utiliza para educar y tratar de modificar la conducta de sus pacientes para el beneficio de este último. Por lo que espero que los resultados de éste estudio sean de beneficio para el paciente, al evidenciar de una forma objetiva los defectos que hay en la comunicación del médico para con el paciente y que así puedan modificarse estos, para mejorar la atención que se brinda en los servicios de cirugía y emergencia del Hospital General San Juan de Dios.

Ruddy O. Damián.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La relación medico - paciente se desarrolla a través de una adecuada comunicación, (8,11,1) lo cual implica que factores individuales de este binomio deben tomarse en cuenta. Las limitaciones del medico son: la falta de tiempo para realizar la actividad clínica, la alta demanda de sus quehaceres cotidianos, el diferente lenguaje técnico que inconscientemente le impide la expresión sencilla con sus pacientes y la falta de experiencia del medico en el arte de educar. (22)

Por la contraparte de este componente se encuentra el paciente con sus propias características y limitaciones. Entre las cuales pueden existir: las barreras lingüísticas, étnicas, culturales, reducido nivel escolar (considerando el alto índice de analfabetismo de Guatemala agregando que la mayoría que han recibido educación escolar no ha concluido el nivel primario), factores económicos y el mismo compromiso psicoemocional derivado de su proceso patológico. (1,13,18)

Por lo que el clínico por su parte, debe de tener conocimiento en las características de su paciente, para poder tener la habilidad de adecuar su lenguaje y el contenido de su mensaje, logrando así el fin último del plan educacional el cual es provocar en el paciente una reacción dirigida a la comprensión y cumplimiento del plan terapéutico prescrito.(18,12,10)

Diversos estudios realizados alrededor del mundo enfatizan que en la relación medico – paciente, el clínico debe de tener además de un conocimiento científico bien fundamentado, la experiencia clínica para entablar una adecuada comunicación. (12,13,10)

Sin embargo, según el normativo del personal medico del Departamento de Cirugia del Hospital General San Juan de Dios, delega la responsabilidad de educar tanto al paciente como a los familiares: al medico Residente de Segundo año, en su ausencia, al medico interno (Estudiante del último año de pregrado) y responsabiliza directamente, al estudiante de pregrado que rota por dicho departamento (Medico Externo). (2) Es así como definimos que la delegación de esta responsabilidad esta asignada a las personas de menor experiencia clínica y en la etapa de apropiación y consolidación del conocimiento científico.

Surge entonces la interrogante. ¿Será adecuado el plan educacional al paciente postoperado?

III. JUSTIFICACION

Con las nuevas políticas de salud, se busca mejorar la calidad de atención prestada en los diferentes niveles de atención, se ha enfatizado los programas de educación en salud en búsqueda de la medicina preventiva. (14) Es necesario recordar que en el ámbito hospitalario también debe cumplirse la educación en salud, mediante el plan educacional impartido a los pacientes y familiares.

Es necesario que el galeno adecue su lenguaje y el contenido del mensaje educativo a un nivel comprensible para el paciente. Ya que la efectividad del tratamiento está íntimamente ligada a la motivación y confianza que el médico despierta en el paciente, a través de la comunicación o plan educacional. (5)

En estudios anteriores en el país, se ha evidenciado que el plan educacional en servicios como lo son: clínicas familiares del programa medicina familiar de la universidad de San Carlos de Guatemala (1988 y 1992), el plan educacional cuando se impartió, fue deficiente. (20, 9) Tanto en conocimiento del paciente sobre su enfermedad, tratamiento recibido y pronóstico de recuperación, siendo los responsables de esta actividad médicos docentes universitarios. La comunicación, que se establece en la relación médico - paciente dentro de los servicios hospitalarios fue evaluada en 1988, en el departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, evidenciando la deficiencia de la comunicación lograda por parte del médico con sus pacientes. (16)

Se justifica esta investigación, al tener como objetivo la evaluación del plan educacional proporcionado al paciente postoperado en el Hospital General "San Juan de Dios", y que al evidenciar las faltas cometidas en éste, puedan convertirse en un proceso de retroalimentación para mejorar así la labor medica y docente que forma al galeno de vanguardia. Además, de no delegar en el estudiante una labor propia del medico que ejerce profesionalmente y que es obligatoriamente parte de su actividad. Mejorar la calidad medico asistencial en el beneficio del paciente.

IV. PROPOSITO

El propósito de este estudio es informar a las autoridades de la institución y al personal médico, la eficiencia en la comunicación en la relación medico – paciente, a través de la evaluación del plan educacional proporcionado al paciente postoperado, además de definir quien la brinda y quien debe brindarla, en el Departamento de Cirugía y Emergencia del Hospital San Juan de Dios.

V. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Determinar si los pacientes postoperados al egresar, tiene claridad en el plan educacional proporcionado en los diferentes servicios de Cirugía y Emergencia del Hospital General San Juan de Dios.

Determinar si, quién de acuerdo al normativo del personal medico del Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, fue el responsable de cumplir con esta actividad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar quien se encargo de proporcionar el plan educacional al paciente a su egreso.
2. Determinar la proporción de pacientes que tienen claridad en:
 - a. La información proporcionada acerca de su enfermedad.
 - a.1 Nombre de la enfermedad.

- a.2 Area del organismo afectada.
- a.3 Causa o posible causa de la enfermedad.
- a.4 Intervención Quirúrgica realizada.
- b. La información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico.
 - b.1 Nombre del Medicamento.
 - b.2 Dosificación.
 - b.3 Vía de administración.
 - b.4 Horario de administración.
 - b.5 Duración del tratamiento.
 - b.6 Efectos secundarios.
- c. La información proporciona sobre tratamiento no farmacológico.
 - c.1 Dieta.
 - c.2 Actividad.
 - c.3 Tiempo de mejoría. (pronostico de la enfermedad)
 - c.4 Cita a control.
- 3. Determinar la proporción de pacientes postoperados satisfechos con la relación medico – paciente en los aspectos:
 - a. Información recibida.
 - b. Tiempo que se les dedico para éste.
 - c. Lenguaje Utilizado.
 - d. Trato proporcionado.
- 4. Relacionar si la edad, sexo y escolaridad de los pacientes, son determinantes en la comprensión del plan educacional en el paciente postoperado.

VI. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. DEFINICIONES

En la práctica de la medicina, se combina la ciencia y el arte. La medicina en su aspecto artístico es, precisamente, la combinación del conocimiento médico, intuición y buen criterio. Siendo, necesario un sólido conocimiento científico. (10) Por lo que la practica de la medicina es mucho más que la aplicación de principios científicos a una aberración biológica en particular. Su enfoque es el paciente y su objetivo continuo es el bienestar de este. (5)

PACIENTE: ¿Cómo podríamos definir al paciente?

En términos simples se le puede describir como el ser humano que tiene necesidad de auxilio, que buscan alivio a su dolor y a la incertidumbre. (5)

MEDICO: Se puede definir así, al profesional que ha adquirido los conocimientos de la ciencia de la medicina, al igual que mantiene sus atributos personales y humanísticos. Vertiendo estas cualidades en beneficio de sus pacientes. Tomando un compromiso a largo plazo para la atención de estos. (5)

B. LA RELACION MEDICO PACIENTE:

¿Qué esperan los pacientes de sus médicos?

Existen ciertas esperanzas y expectativas. "Sorprendentemente, son pocas las personas que parecen preocuparse por la competencia profesional de

los médicos. Lo que les preocupa es que sean capaces de comprender al paciente como persona y de aconsejarle bien.” (3) Los pacientes desean ser escuchados, comprendidos y que sus temores e inquietudes puedan expresarse con plenitud. Quieren que sus médicos se interesen en ellos como individuos que buscan alivio al dolor; esperan la capacidad profesional que incorpore lo mejor de la ciencia y tecnología médica; esperan que se les mantenga informados mientras reciben un servicio profesional competente. (5) El médico debe escuchar y comunicarse con el paciente. Según los editores de la Medicina Interna de Harrison: “Del médico se espera tacto, simpatía y comprensión, porque el paciente no sólo es un conjunto de síntomas, signos, funciones alteradas, órganos dañados y emociones trastornadas. Es un ser humano temerosos y esperanzado que busca alivio, ayuda, y confianza.” (10)

Todas las expectativas y necesidades del paciente, y la reacción del médico ante las mismas, constituye una dinámica dialéctica conocida con el término de: Relación médico-paciente. (20) La relación médico-paciente es una forma de relación interpersonal compleja, que se desarrolla predominantemente en el plano afectivo de la personalidad, con la característica de ser una relación entre un sujeto que solicita ayuda porque sufre de desórdenes de salud – el enfermo – y otro que dispone la autoridad, conocimiento y habilidades para prestarla – el médico – (21).

Dentro de la práctica diaria de atención al paciente por parte del personal médico, un aspecto fundamental para establecer una relación médico-paciente, es la comunicación entre ambos. (8,11) Por consiguiente, la calidad

de este proceso reviste gran importancia, pues básicamente es uno de los apoyos que sustentarán la conducta del paciente (6).

En la relación médico-paciente las diferencias sociales y hábitos, deben de ser ajustados en una forma pertinente, para que la comunicación no resulte defectuosa. (1) Se han realizado algunas investigaciones en Estados Unidos de Norte América en donde estudiaron los diferentes factores que influyen en la relación médico-paciente. Uno de ellos fue realizado en el Hospital de Pediatría de los Angeles, California, por Vida Francis, y encontraron que los patrones culturales y las creencias de los pacientes acerca de las enfermedades, afectan esta relación. Se encontró que por parte del médico, los factores que afectaban esta relación son: el lenguaje que utilizaba, su comunicación verbal y no verbal, su cordialidad y el grado de interés que prestaba hacia sus pacientes (20).

Uno de los factores que afectan negativamente la relación médico-paciente es cuando los doctores no hablan el mismo lenguaje de los pacientes o viceversa. Esto ha sido confirmado en estudios en los cuales muchos profesionales estuvieron de acuerdo que la mayoría de las veces utilizaban en la comunicación un lenguaje que era comparable con una peculiar y técnica jergonza (22).

Cuales son los derechos del paciente en la relación médico – paciente:

Es necesario recordar que la salud, entendida como un estado total de bienestar físico, psíquico y social, es una exigencia consagrada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. (7)

Toda persona que concurra a un consultorio o a un hospital público o privado debe saber que existen varios principios y leyes que la amparan a la hora de exigir una atención digna, segura y responsable. Idoneidad, seguridad y diligencia, son los requisitos legales de cualquier acto médico. (17)

Cuando el paciente está enfermo, puede sentirse física y emocionalmente tan vulnerable que tiende a seguir las indicaciones del médico sin cuestionarlas. Según los editores de la Medicina Interna de Cecil “Cuando los pacientes solicitan atención médica, confían sus vidas a sus médicos. (5)

El medico se compromete a ejercer con idoneidad, prudencia y diligencia toda la actividad técnica tendiente a restablecer el bienestar del paciente. (17)

Por lo tanto es requisito básico que el médico considere a su paciente como una persona, dotada al igual que él de inteligencia, derecho de libertad, dignidad, privacidad; y no como una objeto de conocimiento y manipulación terapéutica (6).

C. COMUNICACIÓN

La palabra comunicación viene del Latín *communis*, común. Al comunicarnos pretendemos establecer algo común con alguien; tratamos de compartir información, alguna idea o actitud (20). La esencia de la comunicación consiste en que el emisor y el receptor estén sintonizados en torno a un mensaje en particular.

En la comunicación se requiere de por lo menos tres elementos:

1. La fuente .
2. El mensaje
3. El destino.

La fuente puede ser un individuo o una organización. El mensaje se presenta como: tinta impresa en un papel, ondas de sonido, movimiento de la mano o cualquier otra señal capaz de ser interpretada significativamente. El destino puede ser un individuo que escucha, lee, oye, etc.

En el proceso de la comunicación, primero la fuente codifica su mensaje, o sea, que toma la información o sentimientos que desea compartir y lo dispone de tal forma que puede ser transmitida. Una vez codificado y enviado el mensaje se vuelve independiente del emisor. Esto se debe a que para completar el acto de la comunicación se tiene que decodificar el mensaje. Por lo que existe una buena razón para que el emisor se pregunte si el receptor está sintonizando con él. Cuando nos damos cuenta que todos los pasos deben realizarse con eficacia relativamente alta si se pretende que la comunicación

tenga éxito, el hecho cotidiano de explicar algo a un extraño parece un pequeño milagro (20).

La fuente trata de codificar el mensaje de tal forma que sea fácil para el destinatario sintonizar y decodificarlo. Hay algunas condiciones que se deben cumplir si se pretende que el mensaje obtenga la respuesta deseada:

- Se debe diseñar y transmitir de tal forma que se logre la atención del destinatario.
- Emplear signos que hagan referencia a experiencias comunes de la fuente y el destinatario de tal forma que se haga transmitir el significado.
- Evocar necesidades de personalidad en el destinatario y a la vez sugerir algunas formas de satisfacer esas necesidades.

Se puede observar según estos requisitos, porqué el comunicador investiga tanto como pueda acerca del destinatario para saber cuál es la clase de lenguaje que debe utilizar-se para hacerse entender, las actitudes y valores a los que debe apelar para ser eficaz. (20)

El médico debe conocer los patrones culturales de la comunidad en la que ejerce su profesión y los estratos sociales para poder adaptar su conducta y su lenguaje al paciente que atiende. (18,12) Roger Shuy enfatiza: "Médicos, como otros profesionales, están frecuentemente inconscientes del rol tan importante que juega el lenguaje en su diario encuentro con los pacientes." (22) El lenguaje es un instrumento muy importante para comunicación, sin embargo la mayor parte de los que reciben nuestros esfuerzos educativos, solo han tenido una reducida educación escolar, si es que tienen alguna. Por lo tanto, debemos utilizar un lenguaje sencillo y comprensible para ellos. Esto se dice fácilmente, pero es sumamente difícil

para el médico, quien está acostumbrado a empaquetar la descripción de los diagnósticos y tratamientos en palabras técnicas y difíciles de entender. Es necesario ensayar mucho para aprender a hablar con un lenguaje simple (20). Los médicos deben de ser capaces de comprender las percepciones de la enfermedad en sus pacientes y deben de ser capaces de informar a los pacientes en forma clara y sencilla sobre los hallazgos obtenidos, diagnóstico y tratamiento; no es sorprendente que una comunicación efectiva esté asociada con gran satisfacción por parte del paciente (21).

La comunicación no verbal es tan bien importante, ya que las expresiones y detalles como: tono de voz, apariencia personal (rasgos físicos, forma de vestir, etc.), la forma de conducirnos (expresiones como gestos, posturas, movimientos, miradas y expresiones faciales). Pueden ser importantes en el proceso de la comunicación. Esta puede en cierto momento crear incertidumbre y desconfianza en la comunicación medico - paciente influyendo en la respuesta del paciente. Como ejemplo lo que escribe el poeta ingles W.H.Auden

**"Dadme un médico regordete como una perdiz,
de piernas cortas y ancho trasero,
un endomorfo de suaves manos
que nunca pida cosas absurdas
como que deje todos mis vicios,
ni ante un ataque se ponga grave,
y con un brillo en la mirada
sepa anunciarme mi partida." (3)**

Es obvio que se describe la importancia de la comunicación. Además, en su escritura describe las características humanas que desea en su médico, las expresiones y detalles de la comunicación no verbal (Preocupación sincera, ternura, humanitario). Lo que le evidencia que la medicina sea algo más que la mera aplicación de la ciencia médica a la condición humana.

D. EDUCACION EN SALUD

“El título de “doctor” procede de la palabra latina “Docere” que significa enseñar y, por tanto, el médico debe compartir su información y conocimiento con las demás personas y estar dispuesto a transmitir lo que sabe a colegas, estudiantes de medicina y profesionales de ramas afines.” (10) La palabra doctor viene del griego profesor, por lo tanto, cada médico es profesor de su paciente. (16)

La educación se basa en la comunicación. La educación para la salud es un factor de suma importancia cuando se pretende mejorar el nivel de vida y de salud de una población (9). La Organización para la Salud (OPS) establece que “la educación para la salud debe de articular todos los recursos de la salud en una zona determinada de manera que se utilicen en forma más efectiva y puedan adaptarse a la realidad local, sobre todo debe establecer y fomentar una relación de responsabilidad mutua con la población a la que sirve.” (15) La educación tiene por objeto modificar o reafirmar la conducta humana en beneficio de la salud del individuo y de la colectividad. (20)

Para realizar la educación en salud en forma satisfactoria requiere no solo de vocación sino de adiestramiento, supervisión y práctica. Todo programa de formación de recursos humanos para la salud, requiere de personal adiestrado para la ejecución de actividades de educación sanitaria, sin embargo es sumamente difícil encontrar escuelas de medicina que preparen a los médicos para utilizar eficazmente los métodos de educación para la salud. (20)

La educación para la salud es una tarea difícil y, como ya se mencionó, puede verse afectada por muchos fenómenos. Un proceso que intenta establecer un nexo comunicativo puede tener los siguientes resultados, mutuamente excluyentes:

1. La gente escucha, pero no entiende;
2. La gente escucha, y cree erróneamente haber entendido;
3. La gente escucha, entiende, pero no se convence;
4. La gente escucha, entiende y se convence.

Para lograr una buena comunicación con los pacientes, es importante escuchar, ya que así entenderemos porqué nuestro paciente se comporta de una determinada manera. (3) Uno de los objetivos más importantes de la educación para la salud, es lograr que las personas se autoresponsabilicen de su autocuidado (9). Para que esto sea posible, el médico tiene el deber de informar al paciente sobre el diagnóstico de su enfermedad, los pasos del tratamiento y medidas generales de apoyo y prevención; por su parte, el paciente tiene derecho de estar informado y no debe de vacilar en preguntar si tiene dudas. No se trata sólo de darle la información necesaria, sino de darla bien y asegurarse que el paciente la ha comprendido (20). Debemos tener

siempre en cuenta que para la educación del paciente en cuestión de salud, lo más importante es la relación que el médico logre con el paciente y la reacción que logre obtener a través de ésta (6).

Con las nuevas políticas de salud, se busca mejorar la calidad de atención prestada en los diferentes niveles de atención, se ha enfatizado los programas de educación en salud en búsqueda de la medicina preventiva. (14) Las políticas y planes nacionales de salud, estipulan: “Este nuevo contexto de paz, obliga a una profunda modernización institucional del Estado para mejorar sustancialmente su nivel de eficiencia y capacidad de gestión”, “los fondos económicos deben de destinarse a programas y proyectos de educación, salud preventiva”, y mejorar así la calidad de Vida. (14) En las políticas de salud 1996 – 2000, que incorporan las reformas y los compromisos de paz, aparecen como objetivos: Reordenamiento, integración y modernización del sector Salud; aumento de las coberturas y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios básicos de salud; y Mejoramiento de la gestión hospitalaria. (14)

En el ámbito hospitalario también debe de proporcionarse la educación en salud, ésta se ve desarrollada en el plan educacional.

E. PLAN EDUCACIONAL

La formulación, contenido y entrega de un plan educacional integral, debe considerar diversas perspectivas que afectan al paciente. En este sentido se han señalado los siguientes aspectos: El problema y el paciente; El problema y la familia; El problema y la colectividad; Tratamiento y recuperación y Curación –pronóstico – prevención. (6)

Se ha sabido desde hace mucho tiempo que la educación de los pacientes es importante en el tratamiento de los mismos, pero que a veces no se efectúa y casi nunca se registra. La estructura del registro médico hace obligatorio según el sistema de registro clínico orientada por problemas o método de Weed, (20) que el plan educacional del paciente se ejecute y que lo ejecutado se anote.

Se ha evidenciado en Guatemala, que no son adecuados: el respeto, consideración al paciente, que la calidad y cantidad de información que se proporciona con respecto a su enfermedad y su tratamiento es deficiente. Por ejemplo: en 1992 se realizó un estudio en las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que evidencia que en un 30 % los pacientes no están recibiendo información sobre su enfermedad, un 32% no recibió información sobre el tratamiento farmacológico, un 65% no recibió ninguna información sobre medidas de prevención, y 69% no recibieron información sobre dieta, pronóstico de la enfermedad, y cita control. (20) Otro estudio realizado en 1988, enfocado sobre el recordatorio del tratamiento farmacológico en los pacientes que consultaron a las clínicas familiares, encontrando que este es deficiente, ya

que el 61% de los pacientes no conocían el nombre del medicamento, al 30% de éstos no se los habían dicho, y el resto lo habían olvidado. Al 100% de los pacientes no se les explicó sobre los efectos colaterales de los fármacos prescritos (9).

Para evaluar la calidad de la comunicación establecida en su práctica, muchos médicos se basan más en sus propios juicios que en los cambios favorables efectuados en sus pacientes. Lógicamente el gremio, está convencido erróneamente de que el paciente ha entendido sus explicaciones. (6) En realidad la mayoría de los pacientes no reciben toda la información que se les debiera ofrecer. Entre los que la reciben, pocos la comprenden o la recuerdan lo suficiente como para ponerla en práctica.

En resumen, es derecho del paciente tener acceso a información adecuada sobre su diagnóstico, tratamiento y medidas de apoyo. El grado de comprensión de la información que poseen los pacientes sobre estos aspectos, influye en la conducta que presentan frente a su enfermedad y a las alternativas del proceso terapéutico. En si, se le debe informar al paciente todo aquello que se considera útil para tranquilizarlo y para favorecer su cooperación en el tratamiento. A parte de asegurar que la calidad y la cantidad de la información proporcionada, sea óptima, se debe luchar para que el paciente comprenda tal información. El médico debe recordar que el hombre no solo es capaz de una acción refleja, sino también de reflexión: y que por un lado se le puede condicionar, pero por otro es más conveniente y con resultados más permanentes hacerlo razonar.

Según Sir James Spence la función primordial de la medicina es:

“El verdadero trabajo de un medico no es el que realiza en los centros de salud ni en las clínicas publicas ni en los quirófanos ni en los laboratorios ni junto a las camas de los hospitales. Todo ello forma parte de la medicina, pero el verdadero ejercicio de la profesión tiene lugar cuando, en la intimidad de una sala de consulta o en la habitación del paciente, la persona enferma o que cree estarlo pide consejo a un médico de su confianza. En eso consiste la consulta al médico y todas las demás cosas del ejercicio de la Medicina se derivan de esa función.” (3)

VII. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal y descriptivo.

2. SELECCIÓN DEL SUJETO DE ESTUDIO

Serán sujetos de estudio los pacientes a quienes se les realizo una intervención quirúrgica, que se encuentren hospitalizados en los servicios de Cirugía General de adultos y en el servicio de operados de emergencia de adultos. En el momento de su egreso.

3. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestra no probabilística de tipo incidental. Para el presente estudio, se trabajara con todos los pacientes a quienes se les realizo una intervención quirúrgica, que se encuentren hospitalizados en los servicios de Cirugía General de Adultos y en el servicio de Operados de Emergencia de Adultos, en el momento de su egreso. Durante el mes de mayo de 1999.

4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE SUJETOS DE ESTUDIO:

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Todo paciente a quien se le realizo un procedimiento quirúrgico y se le dé egreso.
2. Familiar acompañante del paciente en caso este no pueda por cualquier motivo no pueda expresarse por él mismo.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Paciente que por cualquier razón no desee colaborar con el estudio.
2. Pacientes con quien no se pueda establecer una comunicación y no este un familiar acompañándole.
3. Pacientes que tengan egreso y que no fueron intervenidos quirúrgicamente.

5. BOLETA DE RECOLECCION DE INFORMACION

Se estructura una boleta única (encuesta dialogada) conteniendo los reactivos para evaluar la claridad que tiene del plan educacional de los pacientes postoperados a su egreso. Siendo validada antes de ser aplicada en el total de la población a estudio. (ver anexos)

6. OPERATIVIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
1. Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Se tomara la fecha de nacimiento y la edad referida por el paciente.	Numérica	Años
2. Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.	Se asignara el mismo según sea el sexo del paciente.	Nominal	M= masculino F= femenino
3. Escolaridad	Grado o nivel académico adquirido bajo estudios tutoriales realizados.	Se tomará el último grado de escolaridad referido por el paciente.	Nominal	Ninguno, primaria, secundaria, nivel medio y universitario.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
4. Encargado de proporcionar el plan educativo al paciente.	Medico o personal paramédico encargado de proporcionar la información de su enfermedad y tratamiento quirúrgico al paciente.	Se determinara a través de un dialogo con el paciente quien fue el encargado de informarle de su enfermedad y cirugía realizada.	Nominal	Residente, interno, externo, enfermería y otro.
5. Claridad en la Información sobre su enfermedad.	Claridad que tiene el paciente sobre la información proporcionada de su enfermedad, área afectada, causa de la misma y cirugía realizada.	Se determinara a través de preguntas sobre la claridad que tiene el paciente de su enfermedad y cirugía efectuada, comparando con el registro clínico.	Nominal	Si= si recibió información , si recuerda, si coincide. No= No recibió información , no recuerda, no coincide
6. Claridad en la Información del tratamiento farmacológico.	Claridad que tiene el paciente con relación a: el nombre del medicamento, dosificación, vía y horario de administración, duración y efectos secundarios.	Se determinara a través de preguntas directas y verificación en el registro clínico la claridad que tiene el paciente del tratamiento farmacológico.	Nominal	Si= si recibió información , si recuerda, si coincide. No= No recibió información , no recuerda, no coincide

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
7. Claridad de la información del tratamiento no farmacológico.	Claridad que tiene el paciente de la dieta alimenticia, actividad física, tiempo de mejoría y como obtener su cita control-	Se determinara por medio de diferentes ítems y correlacionando con los registros clínicos la claridad que tiene de la información del tratamiento no farmacológico.	Nominal	Si= si recibió información , si recuerda, si coincide. No= No recibió información , no recuerda, no coincide
8. Satisfacción del paciente con la relación medico-paciente.	Satisfacción del paciente con los aspectos de información recibida, tiempo dedicado, lenguaje usado y trato proporcionado durante la relación medico - paciente.	Determinar la satisfacción del paciente a través de preguntas directas sobre la relación medico - paciente, en forma cualitativa.	Ordinal	Mucho, Regular y nada; b)Suficiente , regular, nada; c) Bueno, regular y malo; y d)Sencillo ó complicado.

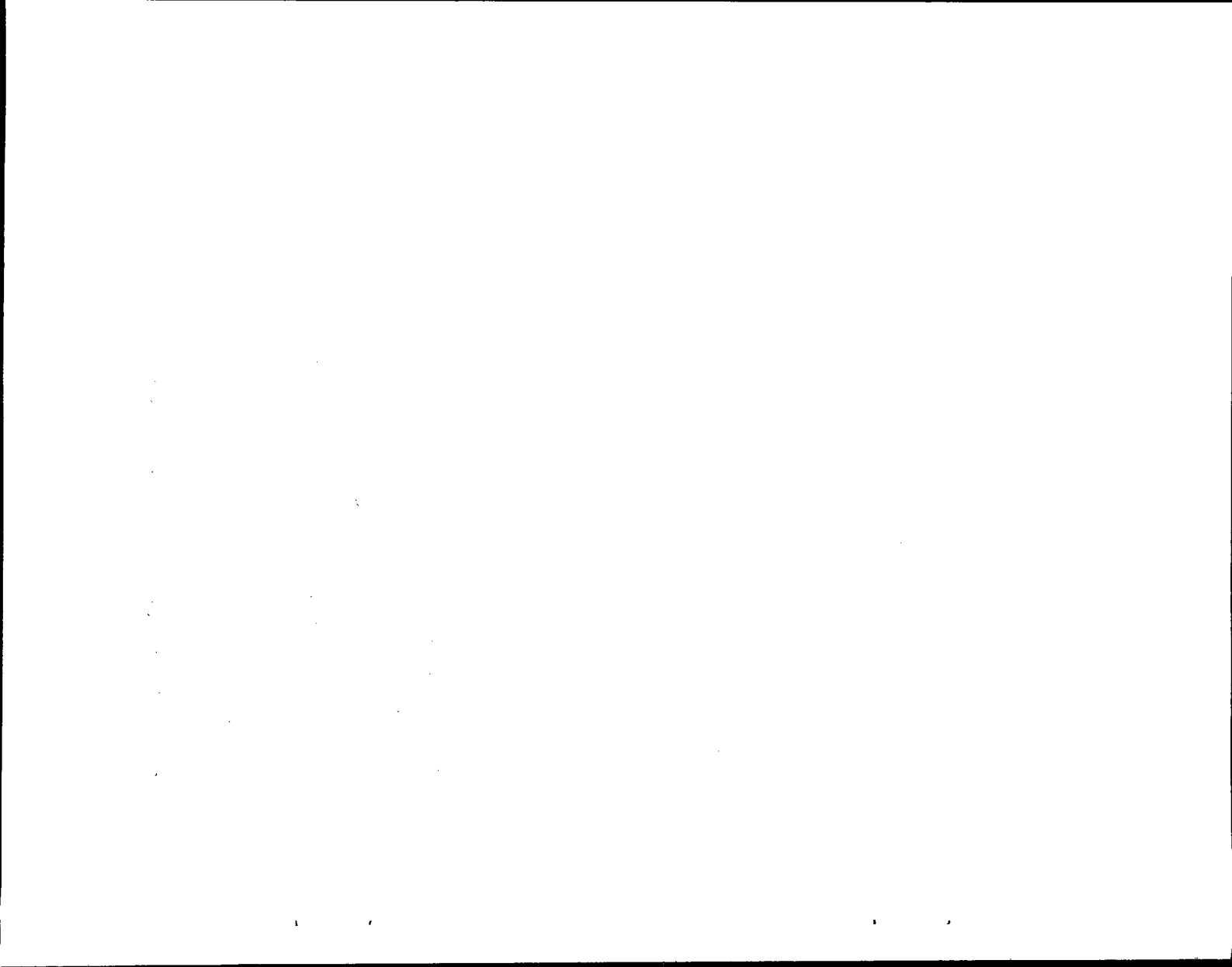
B. RECURSOS:

1. MATERIALES FISICOS:

- Boletas de Encuesta.
- Registros Médicos (expediente clínico)
- Instalaciones de los diferentes servicios de cirugía.
- Computadora.
- Hojas de Papel y lápices.

2. HUMANOS:

- Pacientes postoperados hospitalizados, a su egreso.

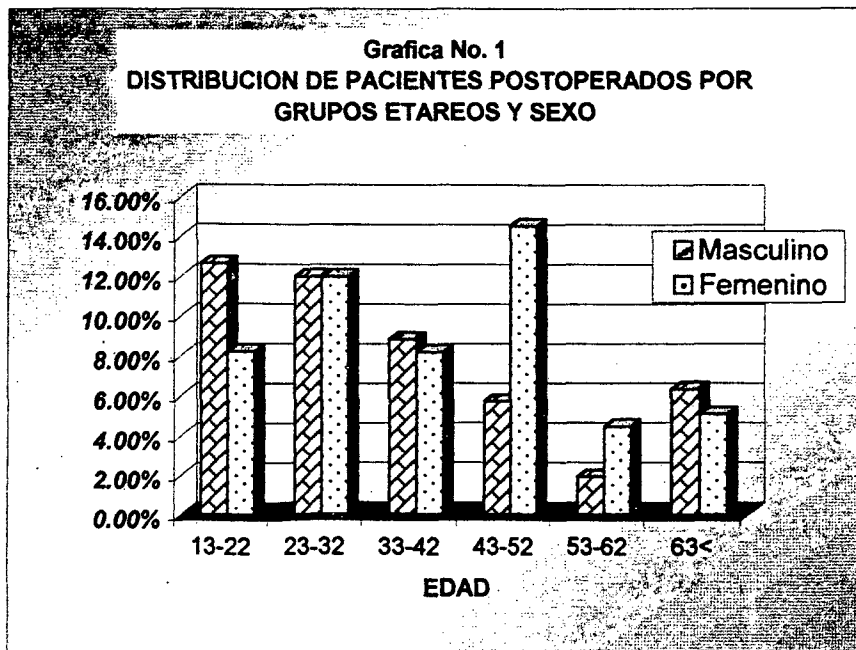


VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

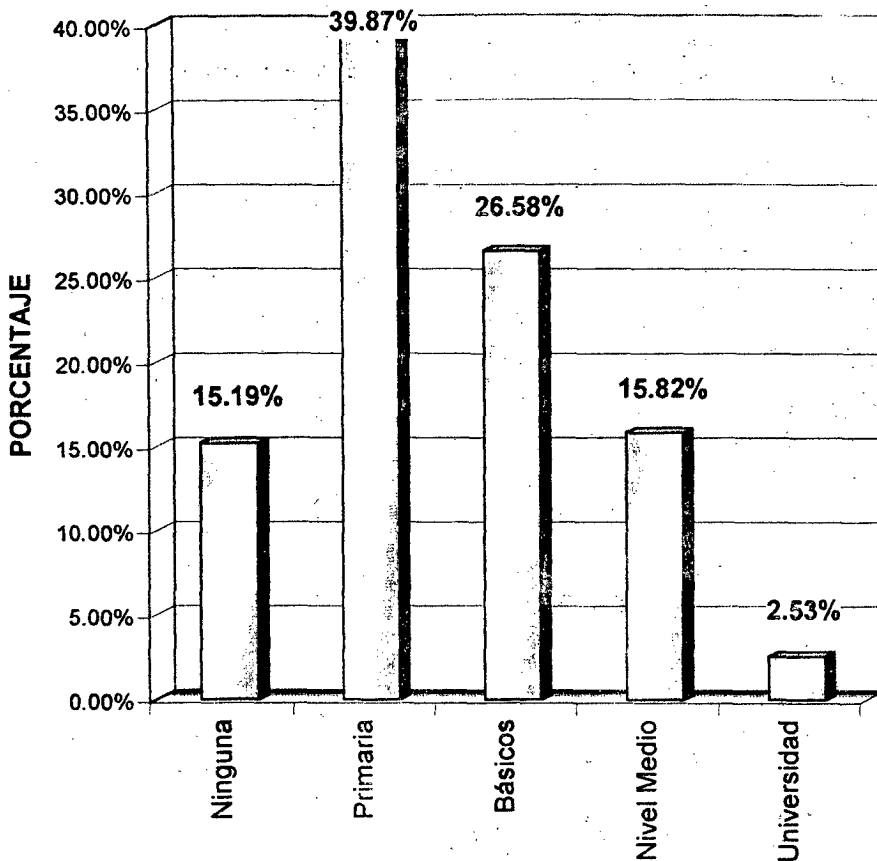
Cuadro No. 1
DISTRIBUCION DE PACIENTES POSTOPERADOS
POR GRUPOS ETAREOS Y SEXO

EDAD	SEXO				Total	Porcentaje
	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje		
13-22	20	12.66%	13	8.23%	33	20.89%
23-32	19	12.03%	19	12.03%	38	24.05%
33-42	14	8.86%	13	8.23%	27	17.09%
43-52	9	5.70%	23	14.56%	32	20.25%
53-62	3	1.90%	7	4.43%	10	6.33%
63<	10	6.33%	8	5.06%	18	11.39%
TOTALES	75	47.47%	83	52.53%	158	100.00%

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en el Departamento de Cirugía y Emergencia Hosp. Gral. San Juan de Dios. Mayo 1999.

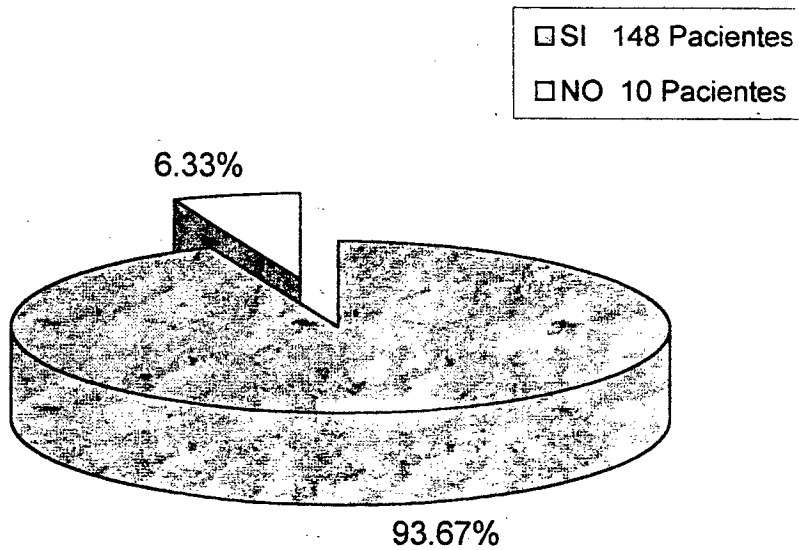


Grafica No. 2
**DISTRIBUCION DE PACIENTES POSTOPERADOS
SEGUN ESCOLARIDAD**



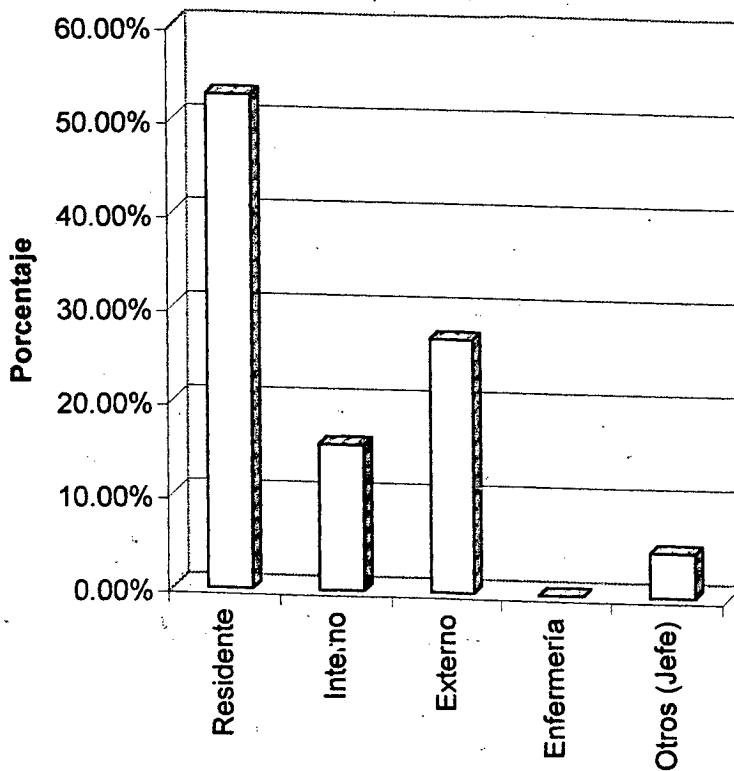
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Hospital general
Depto. De Cirugía y Emergencia. Mayo 1999.

Grafico No. 3
DISTRIBUCION DE PACIENTES POSTOPERADOS
QUE RECIBIERON INFORMACION SOBRE SU
ENFERMEDAD



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Hospital General Depto. De Cirugía y Emergencia. Mayo 1999.

Grafica No.4
ENCARGADO DE INFORMAR AL
PACIENTE POSTOPERADO SOBRE SU
ENFERMEDAD



Fuente: Datos obtenidos por encuesta realizada en Hospital General Depto. De Cirugía y Emergencia. Mayo 1999.

Nota: Se hace la aclaración de que estos datos fueron obtenidos a través de una encuesta dialogada, para tratar de minimizar el sesgo de que los pacientes no distinguen la diferencia entre los médicos, estudiantes y enfermería. Aunque no se descarta la existencia de éste.

Cuadro No. 2

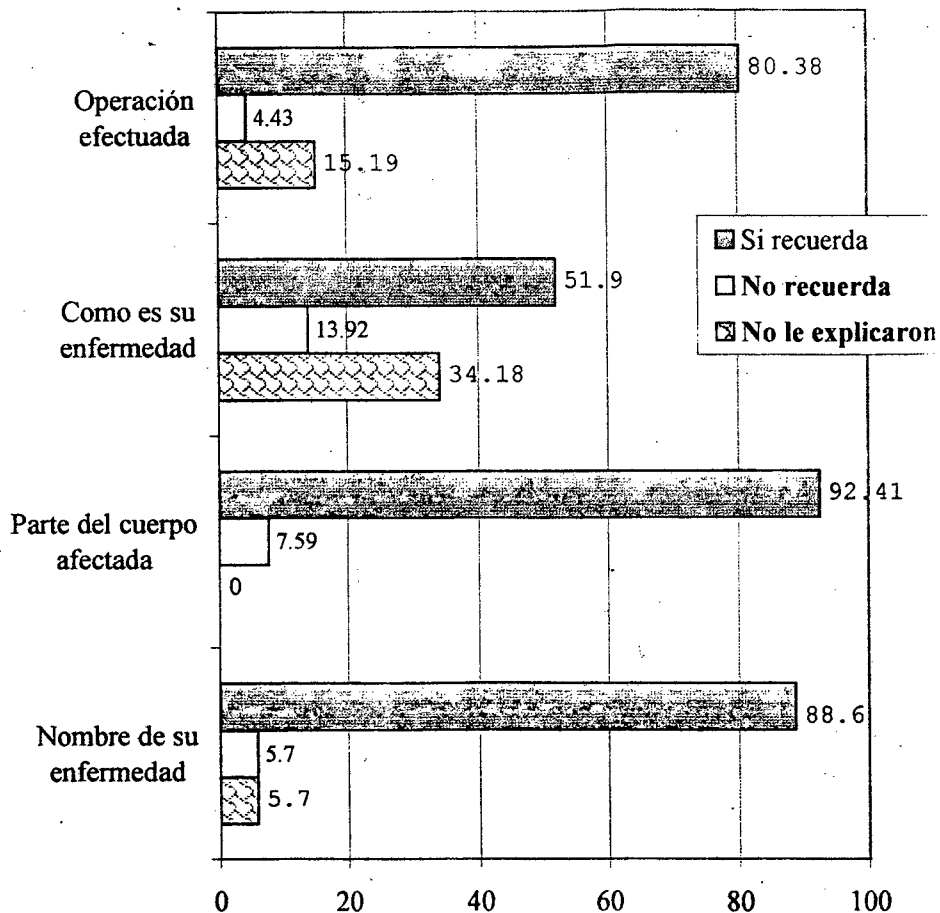
**DISTRIBUCION DE PACIENTES POSTOPERADOS
QUE RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE
SU DIAGNOSTICO Y OPERACIÓN REALIZADA**

**Departamento de Cirugía General y Emergencia
Hospital General San Juan de Dios
mayo 1999.**

Información recibida sobre:	No le explicaron		Recuerda				T O N T O A L	Coincide con registro clínico				T O N T O A L
			NO		SI			NO		SI		
	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%	
Nombre de su enfermedad	9	5.7	9	5.7	140	88.6	158	3	2.1	137	97.9	140
Parte del cuerpo afectada	0	0	12	7.59	146	92.4	158	0	0	146	100	146
Como es su enfermedad	54	34.2	22	13.9	82	51.9	158	1	1.2	81	98.8	82
Operacion efectuada	24	15.2	7	4.43	127	80.4	158	4	3.2	123	96.9	127
Causa de su enfermedad	97	61.4	19	12	42	26.6	158					

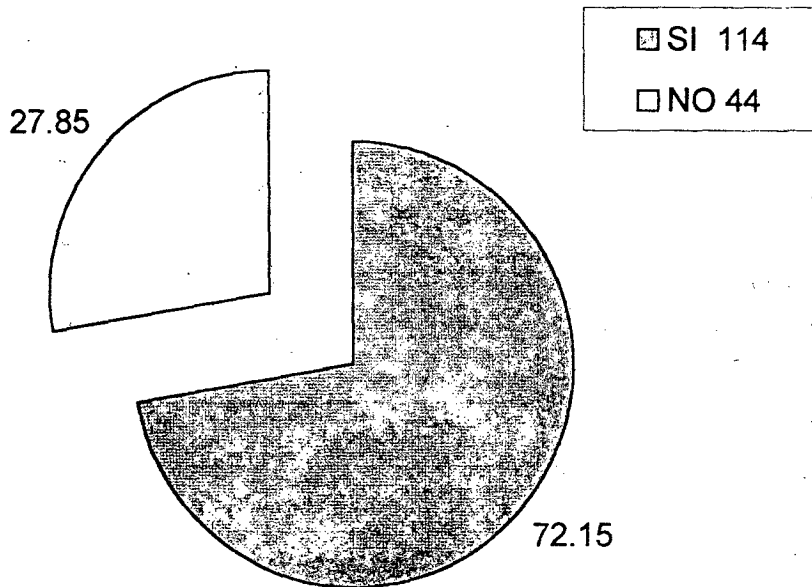
Fuente: Datos obtenidos de encuesta.

Grafica No. 5
PACIENTES POSTOPERADOS QUE RECIBIERON
INFORMACION SOBRE SU DIAGNOSTICO Y
OPERACION REALIZADA



fuente: Datos obtenidos de encuesta. Mayo 1999.

Grafica No. 6
PROPORCION DE PACIENTES POSTOPERADOS
QUE A SU EGRESO SE LES RECETO ALGUN
MEDICAMENTO.



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Hospital General, Depto. De Cirugía y Emergencia. Mayo 1999.

Cuadro No. 3
**DISTRIBUCION DE PACIENTES POSTOPERADOS
 QUE A SU EGRESO RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE
 EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO RECETADO**

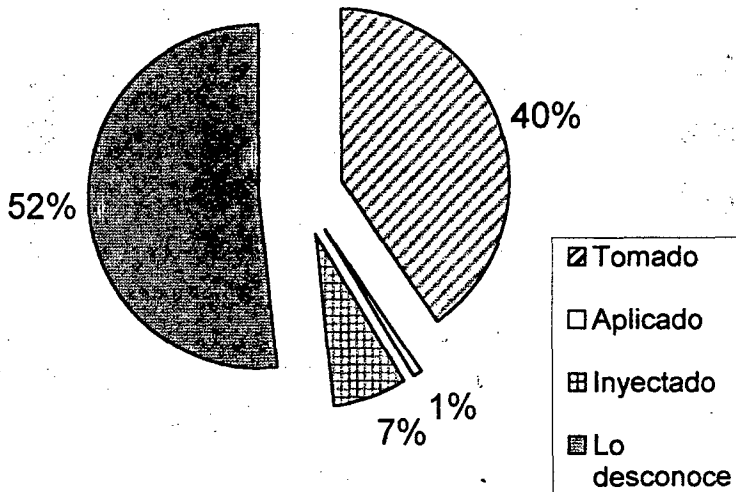
Departamento de Cirugía General y Emergencia
 Hospital General San Juan de Dios
 mayo 1999.

Información recibida sobre:	No le explicaron		Recuerda				T O N T O A L	Coincide con registro clínico				T O N T O A L
			NO		SI			NO		SI		
	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%	
Nombre medicamento	76	66.7	12	10.5	26	22.8	114	0	0	26	100	26
Cantidad que debe de usar	79	69.3	3	2.63	32	28.1	114	0	0	32	100	32
Horario de uso (cada cuanto)	78	68.4	2	1.76	34	29.8	114	3	8.8	31	91.2	34
Por cuantos días debe usarlo	82	71.9	3	2.63	29	25.4	114	1	3.5	28	96.6	29

Fuente: Datos obtenidos por encuesta.

Grafica No. 7
PROPORCION DE PACIENTES POSTOPERADOS
QUE RECUERDAN LA VIA DE ADMINISTRACION DEL
MEDICAMENTO RECETADO

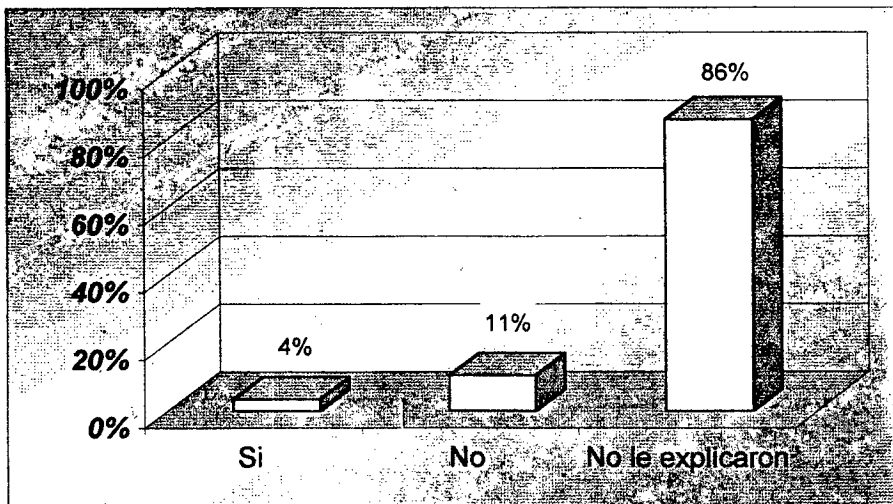
Departamento de Cirugía General y Emergencia
Hospital General San Juan de Dios
mayo 1999.



Fuente: Datos obtenidos de encuesta.

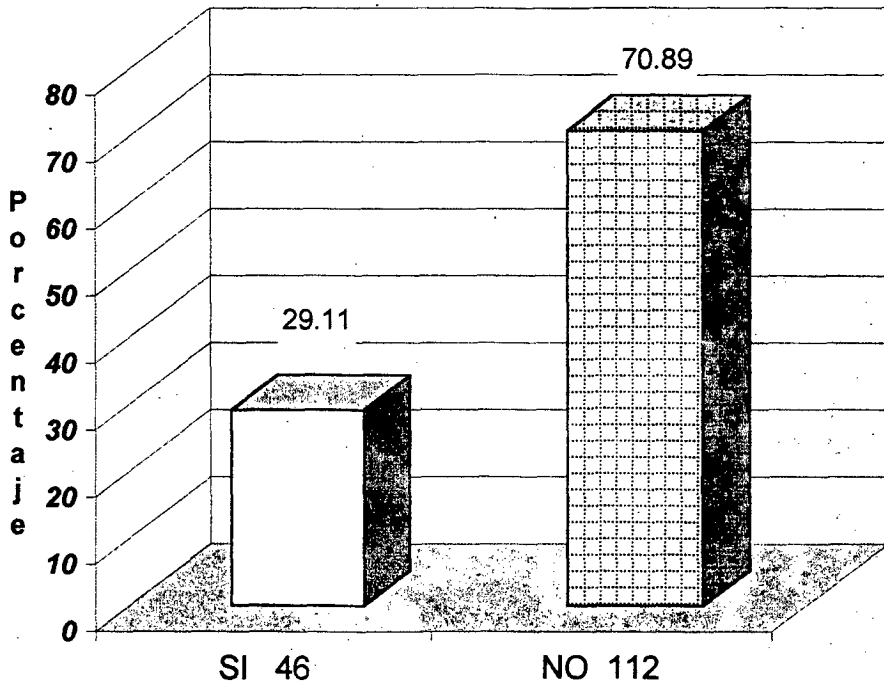
Grafica No. 8
**PROPORCION DE PACIENTES POSTOPERADOS
QUE RECUERDAN LOS EFECTOS SECUNDARIOS
DEL MEDICAMENTO RECETADO**

Departamento de Cirugía General y Emergencia
Hospital General San Juan de Dios
mayo 1999.



Fuente: Datos obtenidos de encuesta.

Grafica No. 9
PROPORCION DE PACIENTES QUE
RECIBIERON MEDIDAS DE PREVENCION O
APOYO



Fuente: Datos obtenidos por encuesta realizada en Hospital General, Depto. De Cirugía y Emergencia. Mayo 1999.

Cuadro No. 4
**DISTRIBUCION DE PACIENTES POSTOPERADOS
 QUE A SU EGRESO RECIBIERON INFORMACIÓN
 SOBRE TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO**

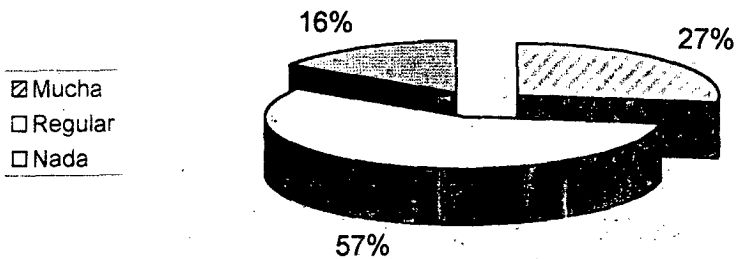
Departamento de Cirugía General y Emergencia
 Hospital General San Juan de Dios
 mayo 1999.

Información recibida sobre:	No le explicaron		Recuerda				TOTAL	
			NO		SI			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
En cuanto tiempo espera el medico que mejore	107	67.72	14	8.86	37	23.42	158	100
Tipo de dieta que debe de tomar	56	35.44	7	4.43	95	60.13	158	100
Tipo de actividad que debe de realizar	67	42.4	2	1.27	89	56.33	158	100
Próxima cita para control	35	22.15	1	0.63	122	77.22	158	100
Le indicaron como obtener su cita en la consulta externa			142	89.87	16	10.13	158	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta.

Grafica No.10
**EVALUACION DE LA CONFORMIDAD DE LOS PACIENTES
EN LA RELACION MEDICO - PACIENTE
AL RESPECTO DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA**

Departamento de Cirugía General y Emergencia
Hospital General San Juan de Dios
mayo 1999.

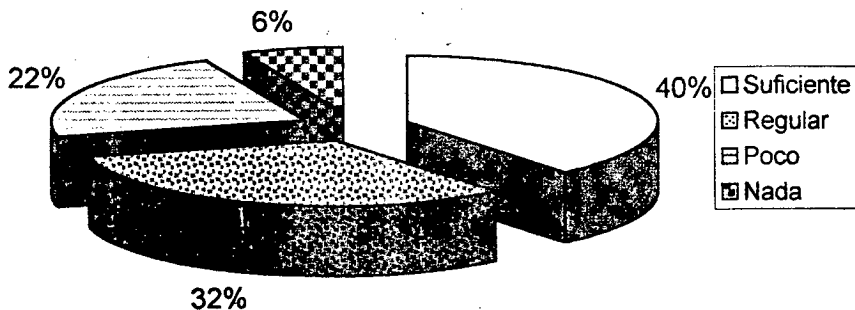


Fuente: Datos obtenidos de encuesta.

Grafica No.11

EVALUACION DE LA CONFORMIDAD DEL PACIENTE AL RESPECTO DEL TIEMPO QUE LE DEDICARON PARA DARLE LA INFORMACIÓN

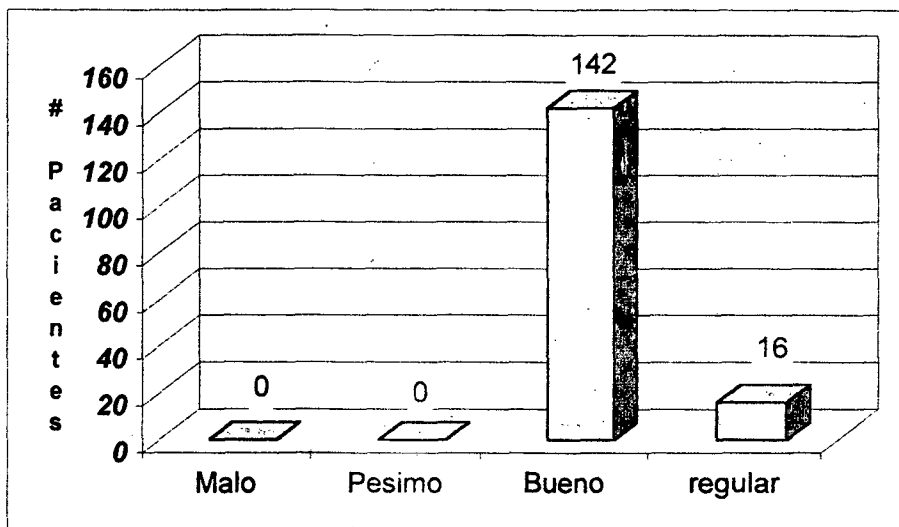
Departamento de Cirugía General y Emergencia
Hospital General San Juan de Dios
mayo 1999.



Fuente: Datos obtenidos de encuesta.

Grafica No.12
**EVALUACION DE LA CONFORMIDAD DEL PACIENTE
CON RESPECTO AL TRATO RECIBIDO**

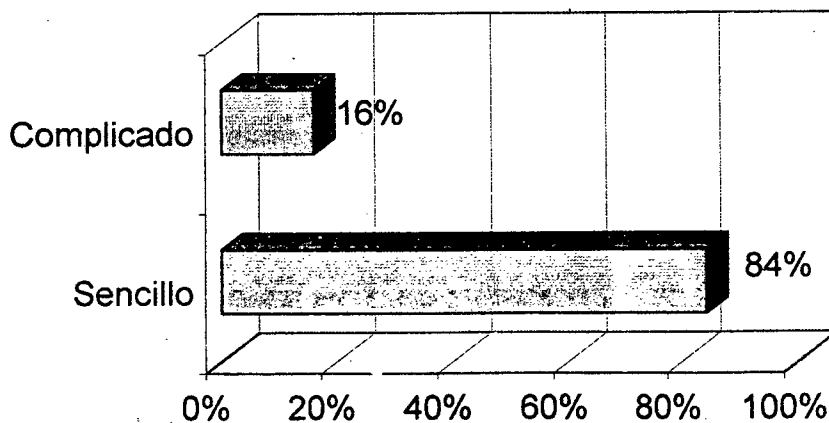
Departamento de Cirugía General y Emergencia
Hospital General San Juan de Dios
mayo 1999.



Fuente: Datos obtenidos de encuesta.

Grafica No.13
**EVALUACION DE LA CONFORMIDAD DEL PACIENTE
RESPECTO DEL LENGUAJE UTILIZADO
POR EL MEDICO AL BRINDARLE INFORMACIÓN**

Departamento de Cirugía General y Emergencia
Hospital General San Juan de Dios
mayo 1999.



Fuente: Datos obtenidos de encuesta.

IX. ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se efectuó un estudio descriptivo en 158 pacientes postoperados, hospitalizados en los servicios de cirugía general y operados de emergencia del Hospital General San Juan de Dios, a quienes se entrevistó a su egreso. Durante mayo del presente año.

La mayor proporción de pacientes es el grupo de adolescentes y adultos jóvenes, en menor número las personas de la tercera edad, lo cual se explica basándose en que la pirámide de distribución poblacional de Guatemala es de base ancha, por lo tanto la población de mayor edad disminuye también en estos servicios. No se encontró una significativa diferencia en general y en relación con el sexo. Observamos una elevación del porcentaje de adolescentes del sexo masculino quienes se encontraban en su mayoría hospitalizados por procedimientos de emergencia como heridas por arma de fuego o blanca y por apendicitis aguda.

En relación con la escolaridad que sustentaban los pacientes, se encontró que un elevado porcentaje poseía un escaso o nulo nivel escolar, fue una minoría las personas con un nivel medio o que cuentan con una carrera universitaria. Posiblemente se debe a que los hospitales nacionales cubren a personas de escasos recursos y la situación económica se relaciona en forma directa con la escolaridad, ya que las personas que han cursado y concluido una carrera universitaria o de nivel medio pueden acceder a servicios privados.

Por lo tanto, el médico debe esmerarse aun más invirtiendo tiempo para adecuar de una forma clara y con un lenguaje sencillo la información que les brinda a los pacientes, para que estos puedan apropiarse de ésta.

El porcentaje de pacientes que a su egreso aun no se les había brindado ninguna información sobre su diagnóstico y cirugía practicada, es bajo. Considero que el resultado anterior no es aceptable, pues el paciente que ha estado hospitalizado por un período de tiempo y que se considera que esta en condiciones de continuar su recuperación en casa, aun no se le pueda explicar su enfermedad y el porque de la intervención que se le práctico; al igual de los cuidados y tratamiento que debe de seguir en casa. Pareciera que los pacientes carecieron de un médico.

El responsable de informar al paciente en un mayor porcentaje fue el médico residente seguido de los estudiantes de medicina y solo el 4.73% recibió el plan educacional por el Cirujano jefe de unidad o servicio. Por lo anterior observamos que el más indicado para brindar la información al paciente - plan educacional - es quien menos interviene en dicha actividad, de modo que es comprobado por estudios en otros países, quien debe de ser el responsable de educar a los pacientes es el médico de mayor experiencia clínica como conocimiento científico. (10,12,13) La responsabilidad ha sido delegada al médico residente quien a su vez delega la misma a los estudiantes de medicina, quienes deberían de estar involucrados únicamente como espectadores del mismo o darlo en forma supervisada - forma tutelar - para corregir el mismo si fuera necesario.

Era de esperar que la delegación de esta responsabilidad a los estudiantes quienes no están preparados para brindar un adecuado plan educacional diera resultados negativos; e inclusive el médico residente de quien se esperaría que dicha labor fuera adecuada, es también deficiente, debido a que éste no se toma el tiempo necesario para educar adecuadamente a sus pacientes.

Quienes son los responsables según el normativo del departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios desarrollan una labor deficiente en este aspecto.

DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD E INTERVENCION QUIRURGICA

En relación con la información sobre diagnóstico y operación realizada. (Ver cuadro No. 2) Un alto índice de pacientes si conocía el nombre de su enfermedad, al igual que la parte de su cuerpo afectada. Un bajo porcentaje recibió información y recordaba sobre como era su enfermedad y la causa de la misma. Aunque pareciera no ser cierto, hubo personas que fueron intervenidas quirúrgicamente, desconocían el nombre de la operación y en que consistía la misma y a su egreso aún desconoce él porque de la intervención. A pesar de haber firmado una hoja de descargo, únicamente en la búsqueda de alivio a su dolor. El indicador de un 80.32% no es aceptable para un servicio de cirugía y debería de ser el 100% ya que los pacientes entrevistados, están en pleno uso de sus facultades.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La proporción de pacientes a quienes se les recetó un tratamiento farmacológico al momento de su egreso fue elevada, dentro de los cuales se incluyo analgésicos no esteroideos y antibióticos. De los pacientes que recibieron algún tratamiento farmacológico. (Ver cuadro No. 3) El porcentaje de pacientes que no se le explico sobre los medicamento, fue

elevado. Mas de la mitad del total de pacientes desconocía la vía de administración. Tan solo el 4% conocía y recordaba los efectos secundarios de los medicamentos, siendo un elevado índice quienes no se les explico.

Esto refleja la falta de dedicación por parte del personal médico de cirugía, en informar a los pacientes sobre los medicamentos, uso apropiado y efectos secundarios. Es necesario concientizar a los cirujanos en el hecho de que la cirugía no es solo la habilidad de operar, si no es el equilibrio de ésta con el manejo postoperatorio, tanto como la información y tratamiento de los pacientes, por lo que no es aceptable solo recetar sin educar al paciente sobre la necesidad y el uso correcto de los medicamentos. Es penoso que el procedimiento rutinario que se lleva a cabo en los servicios de cirugía sea elaborar las recetas y que el personal de enfermería sea el responsable de la entrega e indicación de las mismas. Por experiencia personal, a muchos pacientes, el médico solo les indica. . . “Allí le deje una su receta”, “le voy a recetar algo para el dolor”, y “le deje unas sus pastillitas”.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

El tratamiento no farmacológico es importante y debe de incluirse en todo plan educacional. (Ver cuadro No. 4) La proporción de pacientes que recibieron medidas de prevención o apoyo fue en muy bajo porcentaje. - Se tomó como parámetros de medidas de apoyo la información dada sobre cuidados de la herida operatoria y signos de infección de la misma, por los cuales se debe consultar antes de su cita control -. Esta información es deficiente, porque no sé esta indicando al paciente sobre el pronóstico, importante para la tranquilidad de este. Al igual que, la actividad a realizar y las medidas de prevención para evitar algunas complicaciones en el periodo

postoperatorio (Ejemplo: infecciones de herida operatoria, hernias incisionales, etc.). Es necesario especificar la dieta, ya que aunque sea dieta libre o no restringida, algunos pacientes por aspectos culturales, evitan el consumir grasas y alimentos ricos en proteínas (Ej. Carne, leche, etc.), elementos indispensables para la cicatrización y estructuración de nuevos tejidos, lo cual intervienen en una pronta recuperación.

EVALUACION RELACION MEDICO PACIENTE

Se evaluó a través de 4 preguntas sencillas la conformidad de los pacientes ante la relación médico – paciente. Los pacientes expresaron su conformidad respecto a la información recibida, como mucha y regular en su mayoría. En relación con el tiempo dedicado consideraron, que fue suficiente y regular en un alto porcentaje. Según el trato, una gran proporción de pacientes lo considero bueno y regular; clasificaron el lenguaje utilizado como sencillo.

Se afirma que las personas están conformes con el trato, el lenguaje utilizado por el médico, tiempo dedicado y la información recibida. A pesar que no se les está brindando un plan educacional, ya que este en todos sus aspectos es deficiente, los pacientes expresan su conformidad, ya que consideran la acción médica como loable. Según comentarios recibidos durante el trabajo de campo, tales como “mucho hacen con atendernos”, “no podemos exigir más”, “yo les agradezco por a verme aliviado”; las personas se tornan agradecidas y no se atreven a juzgar mal la labor médica.

Se ha hablado de salud para todos en el año 2000, estando a solo un año del nuevo milenio aún no se tiene conciencia de la importancia que tiene el educar a los pacientes, se continua como a principios de siglo únicamente practicando la medicina paliativa. Desde hace años se viene insistiendo en las políticas de salud sobre implementar la medicina preventiva, creando nuevas instancias y tratando de descentralizar los recursos y servicios, creando políticas como el SIAS (Sistema Integrado de Atención en Salud) y tratando de ampliar la cobertura y mejorar la gestión hospitalaria. Los médicos en formación no presentan la conciencia para iniciar el cambio ya que cada uno es responsable de que estas se pongan en marcha, permitiendo así que se llegue a una modernización y una mejor calidad de vida.

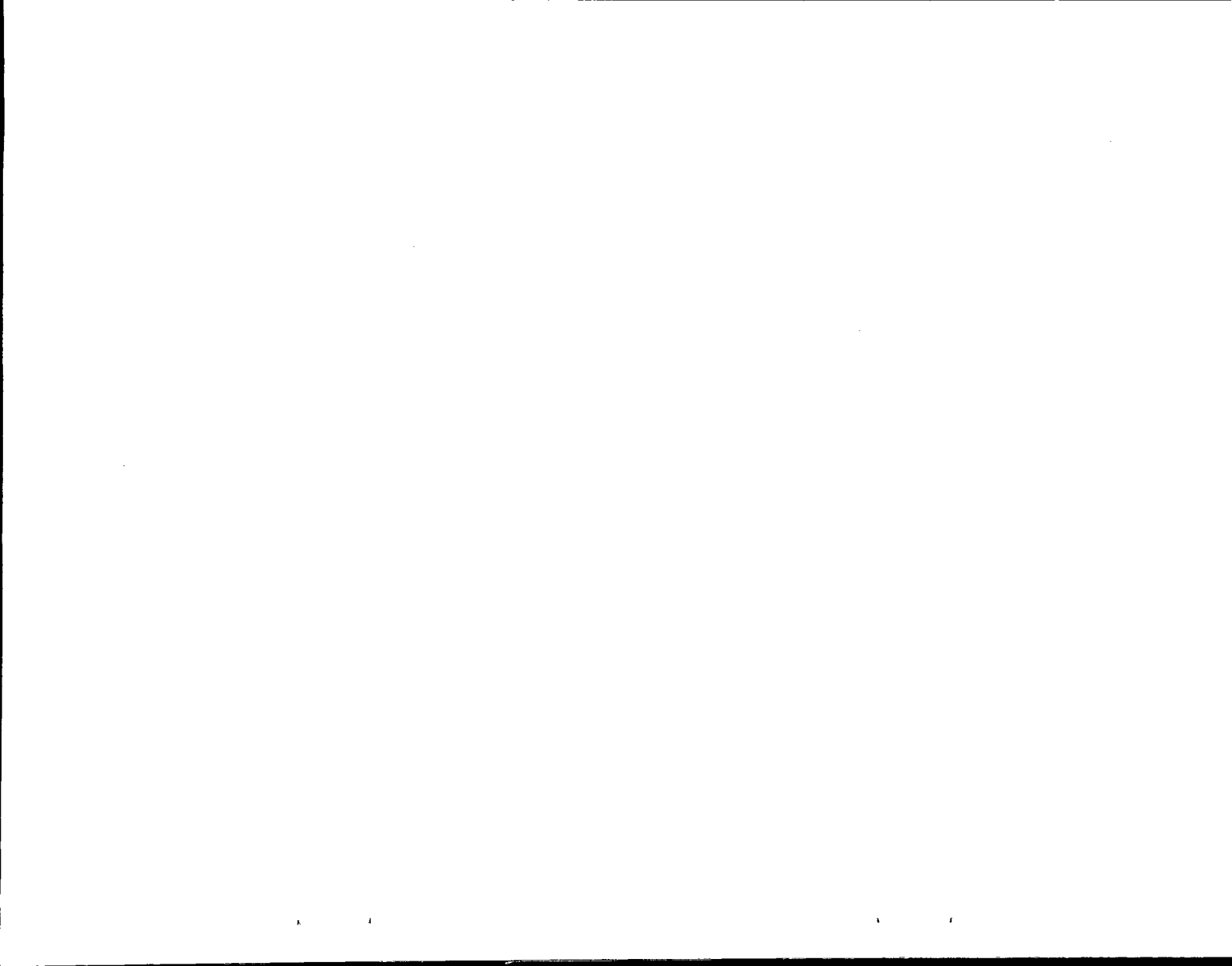
X. CONCLUSIONES

1. Se deduce que en los diferentes aspectos del plan educacional el paciente no ha recibido la información necesaria a su egreso. La edad de los pacientes y el escaso nivel escolar que se presenta en la población estudiada, no afectó la comprensión del plan educacional.
2. El plan educacional descuida aspectos como el tratamiento farmacológico, medidas de prevención y de forma superficial lo relacionado a la enfermedad; al no invertir el tiempo necesario para informar adecuadamente a los pacientes.
3. Los pacientes a su egreso manifiestan estar conformes con el trato, la información, el tipo de lenguaje usado y el tiempo dedicado por el médico. A pesar de que el plan educacional no es completo en el 100%, ninguno manifestó inconformidad y por el contrario evidenció agradecimiento.

XI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que se realicen modificaciones a los artículos del Normativo del Personal del Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, con respecto al practicante externo e interno en su responsabilidad frente al plan educacional, aclarando que este debe de participar en la educación de los pacientes como observador, cuando el médico Residente o Cirujano jefe de unidad o servicio lo realicen. Que puedan tomar parte activa únicamente cuando estén bajo supervisión directa de alguno de los médicos cirujanos - forma tutelar - para realizar las correcciones o aclaraciones necesarias por el bien de los pacientes. Propiciando así, un cambio de actitud del futuro médico y que este adquiera experiencia para educar a sus pacientes.
2. Se recomienda a las Autoridades de la Facultad de Medicina, en especial en las áreas de práctica, poner más énfasis en la importancia y estructuración del plan educacional. Fundamentando así el conocimiento básico, para que éste en el futuro de su práctica clínica y hospitalaria, aproveche la experiencia de los médicos especialistas en sus diferentes áreas. Además de formarle conciencia sobre lo indispensable que el plan educacional es para la medicina preventiva, y por ende para la salud de los guatemaltecos.
3. Se recomienda a las autoridades de los departamentos tanto de Cirugía General como de Emergencia del Hospital General San Juan de Dios la elaboración y uso, de métodos y materiales audiovisuales (videos,

panfletos, grabaciones, trifoliales, etc.) como recurso para brindar información a los pacientes sobre medidas y cuidados generales (motivos por los cuales se debe consultar antes de su cita control, actividades físicas que debe evitar, efectos secundarios de los medicamentos en una forma general por los que pueda consultar al médico, hacer conciencia en los pacientes sobre la importancia en la toma de los medicamentos, ¿Cómo y dónde obtener su cita control?, etc.) que se deben de tener en cuenta en pacientes postoperados. Con el fin de mejorar la atención a los pacientes, y evitar que las múltiples ocupaciones del personal médico continúen produciendo desinformación en los mismos.



XII. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los servicios de Cirugía General y Operados de Emergencia del Hospital General San Juan de Dios. Entrevistando a 158 pacientes postoperados a su egreso, con el objetivo de determinar la claridad del plan educacional proporcionado.

Se investigó la satisfacción de los pacientes con la relación médico-paciente, en los aspectos de cantidad de información, tiempo dedicado, trato y lenguaje usado por el médico al brindarle el plan educacional. Este se dividió en 3 parámetros: Enfermedad y tratamiento quirúrgico, tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico (Medidas de prevención, pronóstico, dieta, actividad y cita control).

Los resultados obtenidos indican que los pacientes al egreso llevan consigo información importante pero superficial debido a que no se profundiza en la explicación de su enfermedad, un bajo porcentaje recibe información sobre el tratamiento farmacológico, inclusive se les brinda poca información en cuanto a dieta, actividad, pronóstico, medidas de prevención y cita control.

Los pacientes que reciben información, recuerdan con exactitud la misma en sus diferentes aspectos. Estos se encuentran conformes con la relación médico - paciente.

Se recomienda a las autoridades hospitalarias, modificar el Normativo en los artículos en donde se responsabiliza a estudiantes de medicina de la educación de los pacientes. Asimismo a las autoridades de la Facultad de Medicina, en especial a docentes de Semiología tercer año, enfatizar sobre la estructuración e importancia del plan educacional al estudiante. Se recomienda sistematizar con métodos audiovisuales la información general dada a los pacientes.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Baeza-H, Bueno-G. (Marzo1997). "Características generales de la relación medico – paciente." Revista Medica Chile. Vol. 125 No. (3) Pp 346-50.
2. Barillas N., Alfredo. MD. Manual Administrativo del Personal Medico del Departamento de Cirugía. Guatemala, septiembre de 1997. Pp 40
3. Boland, Michael. (Mesa Redonda) ¿Qué esperan los pacientes de sus médicos?. Foro mundial de la salud. Vol. 16. 1995. Notas e informes de la OMS.
4. Bueso Lara, Jaime Alberto. MD. Unidad de documentos "Etapas para elaborar una encuesta". Generalidades sobre investigación. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1996. Pp 17.
5. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20ª edición en español. Editorial interamericana. Volumen I. México – 1996. Pp 1-8.
6. Cortés Bendfelt, Thelma Patricia. Impacto del plan educacional impartido al egreso de la unidad de Rehidratación oral del Hospital General San Juan de Dios. Estudio prospectivo realizado en 286 madres de pacientes ingresados en la unidad de TRO. Tesis (Medico – cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp 58. septiembre 1991.
7. Declaración universal de Derechos Humanos. Ley de la comisión de los derechos humanos del congreso de la República y del procurador de los derechos humanos. Decretos 54-86 y 32-87 del Congreso de la República de Guatemala. Pp 28.
8. Fernández Collado, Carlos. La Comunicación Humana. Wilbur Schramm. Como funciona la comunicación. México Editorial Mcgraw Hill. 1986. Pp 1-16.

9. García Gabril, José Angel. Evaluación del plan educacional en el tratamiento ambulatorio. Tesis (Medico – Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Pp 86 noviembre 1988.
10. Harrison. Principios de Medicina Interna. 13ª edición en español. México. Editorial Interamericana McGraw Hill. Vol. I. 1996. Pp 1-10
11. Inui - TS. (Febrero 14 1998). [Estableciendo la relación medico – paciente: ciencia, arte o competencia?]. “Establishing the doctor – patient relationships: science, art or competence?”. Suiza. Medical - Wochenschr. Vol. 128 No. (7) Pp 225-30
12. McLeod, ME. (Mayo 1998). [Relación medico – paciente: Perspectivas, necesidades y comunicación]. “Doctor – patient relationship: perspectives, needs and communication.” Revista American – Journal - Gastroenterol. Vol. 93 No. (5) Pp 676-80.
13. Newman J. (Enero - Febrero 1998). [El arte de la Comunicación]. “The art of communication.” Revista Radiol - Technol. Vol. 69 No. (3) Pp 231-46, 249.
14. OMS. La Salud en las Américas. “La Respuesta del Sistema de Salud, Políticas y planes nacionales de salud”. Vol. II. 1998. Pp. 289.
15. OPS. 1991. “Estudio básico del sector salud”. Guatemala. (Publicación científica y técnica OPS. No. 4). Pp 117.
16. Paz Díaz, Byron Guillermo. Evaluación del Plan educacional del paciente atendido en el Hospital Roosevelt. Estudio prospectivo y evaluativo de la eficacia del plan educacional del paciente hospitalizado en el departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt. Tesis (Médico – Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Julio 1988. Pp 62.
17. “Relación medico – paciente.” Tomado La Voz del Interior (Córdoba- Argentina) suplemento Salud, miércoles 23 de agosto de 1995.

18. Rothschild, Sk. (Julio 1998). [Producto del intercambio cultural en medicina primaria]. "Cross-cultural issues in primary care medicine." Revista Diseases Mon. Vol. 44 No. (7) Pp 293-319.
19. Schmelkes, Corina. Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación (tesis). México. Editorial Harla S. A. 1988. Pp 212
20. Solorzano Valdizon, Gloria Xiomara. Plan Educativo en pacientes tratados ambulatoriamente. Estudio transversal acerca del recordatorio del plan educativo proporcionado a 150 pacientes en las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante 1992. Guatemala. Tesis (Medico – Cirujano). Septiembre de 1992. Pp56
21. Soto Solís, Erick Roberto. Relación médico – paciente en el paciente pediátrico. Estudio descriptivo de 100 pacientes sobre el conocimiento que tienen los padres acerca de la enfermedad de sus hijos hospitalizados en el área de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. Tesis (Medico – Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Julio 1988. Pp 74
22. Shuy, Roger. [La entrevista médica. Problemas en la comunicación en el cuidado de la salud para mujeres]. "The Medical Interview. Problems in communication health care for Women." Pp. 365-86. (Documento)

XIV. ANEXOS

ANEXO No. 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 UNIDAD DE TESIS

“EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL EN PACIENTES
 POSTOPERADOS”

Responsable: **Ruddy Orlando Damián Marroquín.**

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES:

1. Edad: _____ años.
2. Sexo M _____ F _____
3. Escolaridad: Ninguna _____
 Primaria _____ Básicos _____
 Nivel Medio _____ Universidad _____

EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL:

- | | | |
|--|-------------|----|
| 4. Recibió información sobre su enfermedad? | Si | No |
| a) Quién fue el encargado de darle la información? | Residente | |
| | Interno | |
| | Externo | |
| | Enfermería | |
| | Otros _____ | |
| 5. Recibió información sobre que parte de su cuerpo esta enferma? | Si | No |
| a) Coincide con el diagnostico, el lugar de afección. | Si | No |
| 6. Recibió información sobre medidas de prevención o medidas de apoyo? | Si | No |
| 7. Si recuerda cuál es el nombre de su enfermedad? | Si | No |
| No se lo dijeron _____ | | |
| a) Coincide con el Diagnostico consignado en el registro medico. | Si | No |
| 8. Sabe cómo es su enfermedad? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| a) Esta de acorde la explicación de su enfermedad con el Diagnostico? | Si | No |
| 9. Recuerda la causa de su enfermedad? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| 10. Recuerda que operación se le efectuó? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| a) Coincide con la Operación realizada según registro medico. | Si | No |
| 11. Le dio el médico algún Tratamiento para su enfermedad? | Si | No |
| 12. Recuerda el nombre del medicamento o remedio? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| a) Coincide con lo recetado al egreso. | Si | No |
| 13. Se acuerda la cantidad de medicamento que debe usar cada vez que le toque? | | |
| Si _____ No _____ | | |
| No se lo explicaron _____ | | |

- | | | |
|--|-----------|----|
| a) Coincide con lo recetado al egreso. | Si | No |
| 14. Recuerda cada cuantas horas debe de usar el medicamento? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| a) Coincide con lo recetado. | Si | No |
| 15. Se acuerda por cuantos días debe de usar el medicamento? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| a) Coincide con lo recetado. | Si | No |
| 16. Recuerda cómo debe de usar el medicamento? | Tomado | |
| | aplicado | |
| | Inyectado | |
| 17. Recuerda las molestias que le puede causar el medicamento? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| 18. Recuerda usted en cuánto tiempo espera el médico que usted mejore? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| 19. Se acuerda el tipo de dieta (alimentos) que debe tomar? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| 20. Se acuerda el tipo de actividad que debe de realizar? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| 21. Se acuerda cuándo es su cita de Control? | Si | No |
| No se lo explicaron _____ | | |
| 22. Le indicaron cómo sacar su cita en la consulta externa? | Si | No |

EVALUACION DE LA CONFORMIDAD DE LA RELACION MEDICO – PACIENTE

23. Considera usted que le dieron _____ información sobre su enfermedad.
- a) Mucha b) regular c) nada
24. Cuando le explicaron de su enfermedad, le dedicaron _____ tiempo para hacerlo.
- a) Suficiente b) Regular c) Poco d) Nada
25. Considera usted que le proporcionaron _____ trato en el hospital los médicos.
- a) Bueno b) Regular c) Malo d) Pésimo
26. Cuando le explicaron su enfermedad, utilizaron un lenguaje: _____
- a) Complicado b) Sencillo

ANEXO II

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS

"EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL EN PACIENTES POSTOPERADOS"

Responsable: Ruddy Orlando Damián Marroquín.

LISTA DE MEDICAMENTOS Y EFECTOS SECUNDARIOS MAS FRECUENTES

Nombre del Medicamento	Efectos Secundarios
Penicilina Procaínica	Anafilaxia en el 10%, (rash, prurito, urticaria),
Ampicilina - Amoxicilina	Transtornos gastrointestinales, rash cutáneo y
Metronidazol	Sabor metálico en la boca, náusea, dispepsia y
Eritromicina (Macrólidos)	Alteración de la función Hepática con ictericia o sin
Aminoglicosidos	Ototoxicidad y nefrotoxicidad, erupciones cutáneas,
Ciprofloxacina (Quinolonas)	Rash y prurito, transtornos gastrointestinales,
Clindamicina	colitis pseudomembranosa, náusea, anorexia,
Trimetoprin Sulfametoxazol	Rash, eritema, urticaria, náuseas, vómitos, anorexia,
Cloranfenicol	Aplasia medular, Sx. Gris, intolerancia
Tetraciclinas	Irritación gástrica, úlcera esofágica, diarrea
Cefalosporinas (1a, 2a y 3a generación)	Rash, eritema, urticaria (1-3%, si hay antecedentes
Diclofenac - Ibuprofén (AINES)	GI: Dispepsia, úlcera gástrica, duodenal,

Fuente: Datos obtenidos de Goodman y Gilman "Las bases Farmacológicas de la terapéutica".

ANEXO III

"EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL EN PACIENTES POSTOPERADOS"

Responsable: Ruddy Orlando Damián Marroquín.

BOLETA DE TABULACION DE DATOS

1. EDAD	(En años)	Total	Porcentaje
13-17			
18-22			
23-27			
28-32			
33-37			
38-42			
43-47			
48-52			
53-57			
58-62			
63-67			
68-72			
72<			
2. SEXO		TOTALES	
MASCULINO			
FEMENINO			
3. ESCOLARIDAD		TOTALES	
Ninguna			
Primaria			
Básicos			
Nivel Medio			
Universidad			
		TOTALES	
4. Recibió información sobre su enfermedad?		Total	Porcentaje
SI			
NO			
		TOTALES	
a) Quién fue el encargado de darle la información?		Total	Porcentaje
Residente			
Interno			
Externo			
Enfermería			
Otros (Jefe)			
		TOTALES	
5. Recibió información sobre que parte de su cuerpo esta enferma?			%
Si			
No			
		TOTALES	

a) Coincide con el diagnostico, el lugar de afección.		Total	Porcentaje
SI			
NO			
TOTALES			

6. Recibió información sobre medidad de prevención o medidas de apoyo?

		Total	Porcentaje
SI			
NO			
TOTALES			

7. Si recuerda cuál es el nombre de su enfermedad?

		Total	Porcentaje
SI			
NO			
No se lo explicaron			
TOTALES			

a) Coincide con el Diagnostico consignado en registro medico.

Si			
No			
TOTALES			

8. Sabe como es su enfermedad?

		Total	Porcentaje
SI			
NO			
No se lo explicaron			
TOTALES			

a) Esta de acorde la explicación con el Diagnostico?

		Total	Porcentaje
Si			
No			
TOTALES			

9. Recuerda la causa de su enfermedad?

		Total	Porcentaje
SI			
NO			
No se lo explicaron			
TOTALES			

10. Recuerda que operación se le efectuó?

		Total	Porcentaje
SI			
NO			
No se lo explicaron			
TOTALES			

a) Coincide con la operación realizada según registro medico.

SI			
NO			
TOTALES			

11. Le dio el médico algún tratamiento para su enfermedad? Total Porcentaje

SI			
NO			
TOTALES			

12. Recuerda el nombre del medicamento o remedio? Total Porcentaje

SI			
NO			
No se lo explicaron			
TOTALES			

a) Coincide con lo recetado al egreso. Total Porcentaje

SI			
NO			
TOTALES			

13. Recuerda la cantidad de medicamento que debe usar cada vez que le toque?

SI			
NO			
No se lo explicaron			

a) Coincide con lo recetado al egreso. TOTALES

SI			
NO			
TOTALES			

14. Recuerda cada cuantas horas debe de usar el medicamento?

SI			
NO			
No se lo explicaron			

a) Coincide con lo recetado al egreso. TOTALES

SI			
NO			
TOTALES			

15. Se acuerda por cuantos días debe de usar el medicamento?

SI			
NO			
No se lo explicaron			

a) Coincide con lo recetado al egreso. TOTALES

SI			
NO			
TOTALES			

16. Recuerda como debe de usar el medicamento?		Total	Porcentaje
Tomado			
Aplicado			
Injectado			
TOTALES			

17. Recuerda las molestias que le puede causar el medicamento?		Total	Porcentaje
SI			
NO			
No se lo explicaron			
TOTALES			

18. Recuerda usted en cuánto tiempo espera el médico que usted mejore?		Total	Porcentaje
SI			
NO			
No se lo explicaron			
TOTALES			

19. Se acuerda el tipo de dieta (alimentos) que debe tomar?		Total	Porcentaje
SI			
NO			
No se lo explicaron			
TOTALES			

20. Se acuerda el tipo de actividad que debe de realizar?		Total	Porcentaje
SI			
NO			
No se lo explicaron			
TOTALES			

21. Se acuerda cuándo es su cita de control?		Total	Porcentaje
SI			
NO			
No se lo explicaron			
TOTALES			

22. Le indicaron cómo sacar su cita en la consulta externa?		Total	Porcentaje
SI			
NO			
TOTALES			

EVALUACION DE LA CONFORMIDAD DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

23. Considera usted que le dieron _____ información sobre su enfermedad.		Total	Porcentaje
Mucha			
Regular			
Nada			
TOTALES			

24. Cuando le explicaron de su enfermedad, le dedicaron _____ tiempo para ha

Suficiente			
Regular			
Poco			
Nada			
TOTALES			

25. Considera usted que le proporcionaron _____ trato en el hospital los médi

Bueno			
Regular			
Malo			
Pésimo			
TOTALES			

26. Cuando le explicaron su enfermedad, utilizaron un lenguaje _____

Sencillo			
Complicado			
TOTALES			