

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**EVALUACIÓN DEL PLAN EDUCACIONAL
PROPORCIONADO EN CONSULTA EXTERNA**

**Hospital Nacional de Amatitlán, Consulta Externa
Departamento de Guatemala
junio - julio de 2004**



ELMER ARIEL ROSARIO NÚÑEZ

INDICE

	Contenido:	Página:
1)	Resumen	2
2)	Definición y análisis del problema	3
3)	Justificación	7
4)	Objetivos	10
5)	Revisión bibliográfica	12
6)	Diseño del estudio	20
7)	Presentación de resultados	23
8)	Análisis, discusión e interpretación de resultados	54
9)	Conclusiones	60
10)	Recomendaciones	61
11)	Referencias bibliográficas	62
12)	Anexos	63

1) RESUMEN

Estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo fué evaluar el plan educacional proporcionado a 687 pacientes que asistieron a consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán.

Los datos se obtubieron de una encuesta realizada a los pacientes que egresaban de la clínica de consulta externa. La evaluación del plan educacional se dividió en 4 aspectos: 1) Información proporcionada acerca de la enfermedad 2) Información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico 3) Información proporcionada acerca del tratamiento no farmacológico 4) Medidas de prevención recomendadas por el médico. Además se evaluó la satisfacción de los pacientes respecto a la relación médico-paciente.

Los resultados obtenidos indican que si se está proporcionando plan educacional al paciente que asiste a consulta externa, pero tiene deficiencias en los siguientes aspectos; ¿en que consiste la enfermedad del paciente?, ¿cuál es la causa o posible causa de la enfermedad?, nombre del medicamento recetado, duración del tratamiento y efectos secundarios del mismo, ¿cuál es la dieta alimenticia y actividad física que el paciente debe tener?, medidas de prevención recomendadas por el médico. Respecto a satisfacción en la relación médico-paciente, se obtuvo satisfacción del paciente en los aspectos de la información brindada acerca de la enfermedad, el tipo de lenguaje utilizado por el médico, sin embargo no estaban satisfechos con el tiempo que los médicos dedicaron para proporcionar plan educacional así también con el tiempo que le permitieron para plantear sus dudas y el tiempo que el médico dedico para aclararlas.

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social aumentar el presupuesto asignado al área hospitalaria para incrementar el personal médico en el servicio de consulta externa y así cubrir la alta demanda solicitada, brindando un mayor tiempo de atención al paciente con lo cuál se fortalecerá la empatía entre el médico y el paciente asegurando de esta manera un adecuado plan educacional y un exitoso plan terapéutico. A las áreas de clínicas, semiología y ambulatorio de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC fortalecer el conocimiento de los estudiantes sobre el Plan Educacional, para que en un futuro la medicina curativa quede atrás y se practique la medicina preventiva y a las autoridades del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán velar para que se proporcione adecuadamente el plan educacional al paciente que asiste a consulta externa.

2) DEFINICIÓN Y ANALISIS DEL PROBLEMA

2.1) ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Desde hace varias décadas atrás se ha visto que la educación en salud por parte del médico ha presentado muchas deficiencias, es por ello que existen estudios realizados en Guatemala que demuestran que el plan educacional que se les brinda a los pacientes es incompleto y algunas veces no existe.

En 1988 se realizó un estudio en las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala, el cuál tenía el objetivo de evaluar el Plan Educacional que el médico estudiante de clínicas familiares proporcionaba al paciente, encontrando que éste es deficiente, ya que el 61% de los pacientes no conocían el nombre del medicamento, al 30% de éstos no se les había dicho, y el resto lo había olvidado. Al 100% no se les explicó sobre los efectos colaterales de los fármacos prescritos (7)

En 1992 se realizó otro estudio en las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala, el cuál tenía el objetivo de determinar la proporción de pacientes que recuerdan el plan educacional proporcionado (en esta ocasión el plan educacional que los pacientes recibieron fue dada por los docentes). El estudio evidenció que en un 30% los pacientes no recibieron información sobre su enfermedad, un 32% no recibió información sobre el tratamiento farmacológico, un 65% no recibió información sobre medidas de prevención, y 69% no recibieron información sobre dieta, pronóstico de la enfermedad y cita control. (7, 13)

En 1988 se realizó un estudio en el Hospital Roosevelt el cual tenía como objetivo establecer el grado de comprensión de la enfermedad por parte del paciente que egresaba del departamento de Medicina Interna. El estudio reveló que el 47% de los pacientes desconocía de su enfermedad, el 57% desconocía del tratamiento farmacológico, el 66% desconocía acerca del tratamiento no farmacológico y el 74% desconocía del pronóstico de su enfermedad, acerca de la pregunta: el médico lo escuchó?, el 90% de los pacientes respondieron que poco. (8)

En el año 2002 en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán se elaboró un plan de acción en el cuál se realizaron 100 entrevistas a usuarios que demandan atención en la consulta externa, dentro de las preguntas, figuraba:

¿Le brindaron información sobre su problema o enfermedad?

La respuesta a ésta pregunta fue: El 32% respondió que sí recibieron información sobre su problema y el 68% respondió que NO recibieron información (ni de médico, ni de enfermera), sólo le indicaron que pidiera cita.

Además se llevó a cabo un análisis de flujo de usuarios en la consulta externa. Se tomó una muestra de 100 pacientes. El resultado fue: El tiempo promedio que un paciente permanece en consulta externa fue de 3.55 horas, del cual el tiempo promedio de atención brindado por parte del médico fue de 8.24 minutos (se aclara que este valor se debe a que en consulta externa se realiza procedimientos menores, que le lleva al médico un tiempo de 10 a 15 minutos, ya que existen valores de atención por parte del médico de hasta 3 minutos).
(10)

2.2) DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La educación en salud por parte del médico ha presentado desde hace varias décadas muchas deficiencias y el Plan Educacional no se está proporcionando adecuadamente, o simplemente no se está dando.

Las deficiencias que se han detectado en el plan educacional que se le proporciona al paciente según los estudios realizados en Guatemala incluyen alguno de los cuatro aspectos que forman el Plan Educacional:

1) Información proporcionada acerca de su enfermedad

- 1.1) Nombre de la enfermedad
- 1.2) En que consiste la enfermedad
- 1.3) Causa o posible causa de la enfermedad
- 1.4) Curación de la enfermedad

2) Información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico

- 2.1) Nombre del medicamento
- 2.2) Dosificación
- 2.3) Vía de administración
- 2.4) Horario de administración
- 2.5) Duración del tratamiento
- 2.6) Efectos secundarios

3) Información proporcionada acerca del tratamiento no farmacológico

- 3.1) Dieta alimenticia
- 3.2) Actividad
- 3.3) Tiempo de mejoría
- 3.4) Cita de control

4) Medidas de prevención recomendadas por el médico

Si no se brinda un adecuado plan educacional al paciente que egresa de consulta externa, existe la gran posibilidad de que el paciente vuelva a enfermar, debido a que no se le explicó como se llama su enfermedad, en que consiste, cuál es la causa, si hay curación o no, que tratamiento debe de tener, nombre del medicamento, dosis, vía de administración, duración del tratamiento, efectos secundarios del tratamiento, dieta alimenticia, actividad física, tiempo de mejoría.

Los servicios asistenciales, en especial los de atención primaria, son los principales ámbitos donde se desarrollan las actividades de educación sanitaria, siendo los responsables de su aplicación los médicos y el personal de enfermería (6, 4), es por ello que la relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción. (16)

“El verdadero trabajo de un médico no es el que realiza en los centros de salud, ni en las clínicas públicas, ni en los quirófanos, ni en los laboratorios, ni junto a la cama 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 confianza. En eso consiste la consulta al médico y todas las demás cosas del ejercicio de la Medicina se derivan de esa función” (4)

Por ello, la relación médico-paciente se entiende por aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.(9)

El médico y el paciente viven en la relación médico-paciente una experiencia nueva, positiva o negativa que queda en su memoria. La gran interrogante ética para el médico, es si cumplió su rol de ayudar técnica y humanamente al paciente; y para el paciente, si el médico llenó o no las expectativas que en él habría puesto. Si esta relación medico-paciente ha sido positiva se afianza el rol curativo del médico y la confianza del enfermo en su capacidad profesional. Si ha sido negativa se produce una gran ruptura que aleja al paciente del médico. En ambas situaciones los resultados de la relación medico-paciente difunden al medio social, afianzando el prestigio profesional y humano del médico o debilitándolo. (15)

En el diagrama de flujo No.1 se ilustra las causas que originan o pueden originar un inadecuado plan educacional proporcionado por el médico, o simplemente la falta de plan educacional proporcionado, así como también el impacto que tiene sobre el paciente, la familia, la institución, y la sociedad.

2.3) DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio se realizó con pacientes que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán, ya que es aquí en donde la educación en salud debería de proporcionarse ampliamente, ya que con ello se estaría cumpliendo con la promoción de la medicina preventiva que ha estado impulsando incansablemente la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud pública y Asistencia Social

2.4) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el análisis de flujo de usuarios que se realizó en la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán en el año 2002. El tiempo promedio que un paciente permanece en consulta externa fue de 3.55 horas, del cual el tiempo promedio de atención al paciente brindado por parte del médico fue de 8.24 minutos (este valor se debe a que en consulta externa se realiza procedimientos menores, que le lleva al médico un tiempo de 10 a 15 minutos, ya que existen valores de atención al paciente por parte del médico de hasta 3 minutos). (10)

Debido a que es difícil que el médico en poco tiempo puedan brindar plan educacional al paciente, surge la interrogante:

¿ Se dará Plan Educacional?

y si se dá

¿ Será adecuado el Plan Educacional que recibe el paciente en la Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán ?

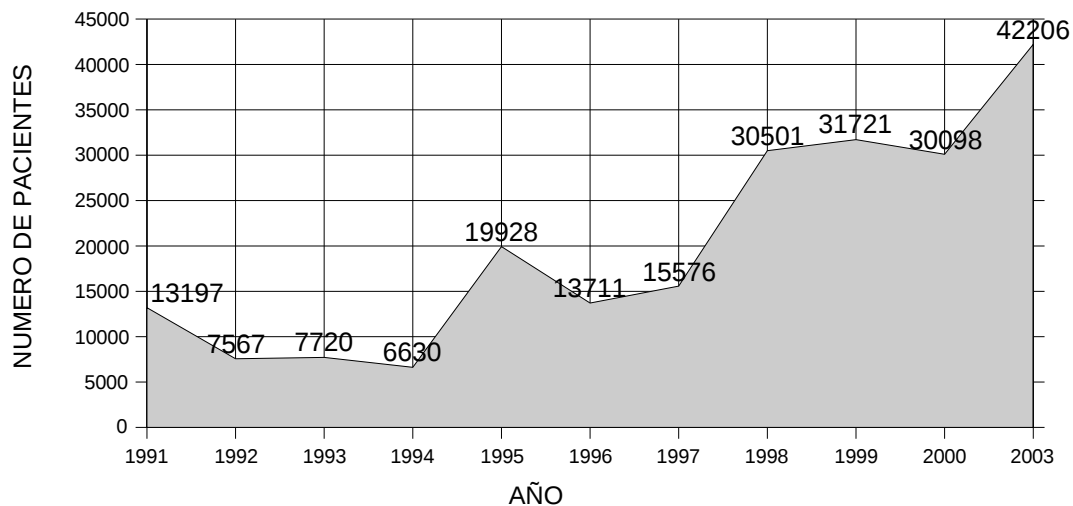
3) JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

3.1) MAGNITUD

La cantidad de pacientes atendidos anualmente en el área de consulta externa y emergencia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán (para el año 2,003 fue de 42,206 pacientes) es sólo superada por el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt. (10)

La producción en la Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán en los últimos 13 años ha estado incrementándose de 13,197 pacientes en el año de 1,991 a 42,206 pacientes para el año 2,003, ésto a pesar de que existen subregistros por diferentes circunstancias (11). La historia de la producción anual de la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán se muestra a través de la siguiente gráfica

PRODUCCIÓN ANUAL DE LA CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLÁN



Fuente: Santos de Pivaral, Sonia Elizabeth. Documento Procesos del Hospital Nacional de Amatitlán. Unidad de Gestión del Usuario. Julio año 2,002.

3.2) TRASCENDENCIA

El Ministerio de Salud Pública debe desarrollar una función muy importante dentro de sus actividades, brindando un eficiente y efectivo servicio a la sociedad guatemalteca. Esto hace necesario la búsqueda de aspectos innovadores que permitan mejorar y establecer el desarrollo institucional. (11)

Para fortalecer la calidad de atención de los usuarios, es sumamente importante elaborar los procesos y/ o investigaciones que intervengan con la atención del mismo. (11)

La misión de la Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán desde el año 2,002 es prestar todos los servicios con que cuenta actualmente a toda la población en general., con criterios de SOLIDARIDAD, COMPETITIVIDAD, EQUIDAD, IGUALDAD Y CALIDAD, bajo la dirección del Hospital y con Rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (10)

Dentro de los objetivos que están trabajando desde el año 2,002 es; mejorar la calidad de atención de los servicios de consulta externa mediante eficiencia y eficacia, promover la participación del nivel preventivo, brindar mejor orientación a los pacientes en relación a su estado de salud. (10)

Por lo tanto se justifica el presente estudio, ya que el inadecuado plan educacional proporcionado al paciente origina en él inseguridad, desconfianza, temor, angustia, incumplimiento del tratamiento y todo ello provoca un impacto biológico, social y económico en el paciente que en última instancia retrasa la recuperación de la salud. (Ver diagrama de flujo No.1)

3.3) VULNERABILIDAD

Al tener el presente estudio el objetivo La evaluación del Plan Educacional proporcionado al paciente en la Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán, se podrá evidenciar si existen deficiencias en éste, o simplemente no se proporciona plan educacional.

La solución al problema de un inadecuado plan educacional proporcionado al paciente en consulta externa, debe darse de una manera integral, los resultados que se obtengan del presente estudio servirán a la dirección médica del Hospital para presentarlos en su momento debido al ministerio de salud pública y asistencia asocial para solicitar un aumento en el presupuesto destinado al área hospitalaria, con ello poder aumentar el número de médicos que atienden la consulta externa, así disminuirá el número de pacientes atendidos por un médico

y con ésto se brindará un mayor tiempo de atención al paciente y por lo tanto se proporcionará un plan educacional adecuado.

Al haber mayor número de médicos que atiendan la consulta externa la alta demanda de servicio médico solicitado en consulta externa no será una factor que influya en un inadecuado plan educacional proporcionado al paciente o falta del mismo.

Así mismo al haber mayor número de médicos atendiendo la consulta externa existirá el tiempo necesario para poder tener un buena relación médico paciente y con ello una buena empatía, ésto promoverá un adecuado plan educacional proporcionado al paciente y cumplimiento del plan terapéutico.

Además los resultados obtenidos servirán para realizar un proceso de retroalimentación para mejorar así la labor médica, y con esto la calidad de atención al paciente, además de que no existe un estudio en esta institución que haya evaluado este objetivo.

Además de lo anterior se realizará una guía del adecuado plan educacional que se debe otorgar a todo paciente. Dicha guía será sugerida a la directora del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán para que pueda colocarse en cada clínica de la consulta externa, ésto con el propósito de servir de recordatorio de como debe de darse un buen plan educacional y que no quede descubierto ningún aspecto del mismo.

4) OBJETIVOS

4.1) GENERAL:

Evaluar el plan educacional proporcionado al paciente en la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán

4.2) ESPECÍFICOS:

4.2.1) Identificar si se proporciona el plan educacional al paciente en consulta externa

4.2.2) Enumerar aspectos del plan educacional recibidos por el paciente en consulta externa:

4.2.2.1) Información proporcionada acerca de la enfermedad:

- 4.2.2.1.1) Nombre de la enfermedad
- 4.2.2.1.2) En que consiste la enfermedad
- 4.2.2.1.3) Causa o posible causa de la enfermedad
- 4.2.2.1.4) Curación de la enfermedad

4.2.2.2) Información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico:

- 4.2.2.2.1) Nombre del medicamento
- 4.2.2.2.2) Dosificación
- 4.2.2.2.3) Vía de administración
- 4.2.2.2.4) Horario de administración
- 4.2.2.2.5) Duración del tratamiento
- 4.2.2.2.6) Efectos secundarios

4.2.2.3) Información proporcionada acerca del tratamiento no farmacológico:

- 4.2.2.3.1) Dieta alimenticia
- 4.2.2.3.2) Actividad física
- 4.2.2.3.3) Tiempo de mejoría
- 4.2.2.3.4) Cita de control

4.2.2.4) Medidas de prevención recomendadas por el médico

4.2.3) Cuantificar la proporción de pacientes satisfechos con la relación medico-paciente en los aspectos:

4.2.3.1) Tiempo dedicado al plan educacional

4.2.3.2) La información brindada por el médico

4.2.3.3) El tipo de lenguaje utilizado por el médico

4.2.3.4) El trato proporcionado por el médico

4.2.3.5) Tiempo dedicado para realizar preguntas y aclarar dudas

5) REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

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 (artículo 25). (5, 4)

Es por ello que los seres humanos que no gozan de salud buscan el cobijo que les brinda los servicios de salud.

Los servicios asistenciales, en especial los de atención primaria, son los principales ámbitos donde se desarrollan las actividades de educación sanitaria, siendo los responsables de su aplicación los médicos y el personal de enfermería (6, 4), es por ello que la relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción. (16)

Cuando los pacientes solicitan atención médica, confían sus vidas a sus médicos. El médico debe de ganarse tal confianza sin reservas. El paciente debe sentir que sus médicos se preocupan por el como persona, no sólo como enfermo. (3)

Con palabras de Kollar : "Se espera que el médico se ocupe no sólo del organismo enfermo, sino, así mismo, del estado del organismo entero, del hombre en su totalidad, porque se encuentra de hecho frente a una persona no ante un órgano aislado, ni ante algo abstracto". (12)

Puesto que la enfermedad supone una necesidad, un sufrimiento, que implica al propio cuerpo, a la intimidad de la propia persona. De aquí que el instrumento más adecuado para la relación, sea la comunicación verbal y no verbal y el vínculo más apropiado la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro, de sintonizar con sus vivencias. (12)

La ética médica clásica se basó en el principio de que la enfermedad no sólo altera el equilibrio somático o corporal del hombre, sino también el psíquico y moral. El dolor transforma de tal modo la capacidad de juicio del ser humano, (decía ya Aristóteles), que le impide tomar decisiones prudentes. Por eso, la virtud primaria y casi única del enfermo había de ser la "obediencia". La relación médico-paciente era por naturaleza asimétrica, vertical, ya que la función del médico consistía en mandar y la del enfermo en obedecer. El estereotipo clásico de buen enfermo ha sido siempre el de un ser pasivo, que no pregunta ni protesta, y que establece con su médico relaciones muy parecidas a las de un niño pequeño con su padre. De ahí que la actitud médica clásica fuera "paternalista". (6)

En la relación médico-paciente el médico asumía el papel de padre autoritario, que busca el mayor bien del paciente pero sin contar con su voluntad. Así se explica que a lo largo de la historia de la medicina sea posible encontrar una enorme profusión de códigos éticos de los médicos, pero ninguno de los enfermos. Éstos han surgido hace escasamente 20 años. Sólo a principios de la década de los setenta comenzó a interpretarse la relación sanitario-paciente

como un proceso de negociación entre personas adultas, ambas autónomas y responsables. Con ello se intentó soslayar el proceso de infantilización al que se vio sometido el paciente en el modelo clásico. Las relaciones sanitarias, se dice ahora, serán tanto más maduras cuanto más adultas, y para esto último es preciso que el enfermo deje de ser considerado como un menor de edad. Es muy probable que los actos medico-sanitarios sean hoy mejores que los de cualquier otra época de la historia de la medicina, no sólo desde el punto de vista técnico, sino también desde el punto de vista moral. Desde los tiempos de la antigüedad romana se viene definiendo al médico como *vir bonus medendi peritus*, es decir, hombre bueno, perito en el arte de curar. (6)

Candib opina que una interacción aislada entre paciente y médico es muy diferente a una relación. Una interacción se caracteriza por un intercambio observable de comportamientos, mientras que una relación se caracteriza por cualidades más subjetivas, como el cuidado, la preocupación, el respeto y la compasión. (16)

Sobre aprender cómo demostrar compasión, Kahlil Gibran nos enseña: “No dais sino muy poco al dar de vuestras posesiones. Dad de vosotros mismos, y en verdad, daréis”. El dar de si mismo, con facilidad, con gracia y con significados es, para la mayoría de las personas, una habilidad adquirida. (3)

Por tanto, por relación médico-paciente se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. (9)

La relación médico-paciente, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico, como siempre; o un poco más si cabe, dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación, por la utilización hipertrófica de las medidas técnicas. (9)

La relación no es exclusiva con el paciente, sino que también en mayor o menor grado con la familia del enfermo, sus parientes o amigos. La familia adquiere en ocasiones especial relevancia como es el caso de la pediatría o el paciente comprometido de conciencia.

Muchas de las insatisfacciones y críticas a la profesión médica, así como juicios legales por negligencia médica, se deben a una relación médico-paciente insatisfactoria más que a eventuales insuficiencias técnicas del médico.

La relación interpersonal, implica encuentro entre dos personas, dotadas ambas de inteligencia, libertad, intimidad y una historia personal única e irrepetible. En consecuencia dos seres dignos de consideración y respeto mutuo. En la relación medico-paciente una primera obligación no sólo profesional sino que ética del médico, es poseer los conocimientos, habilidades y destrezas propias de su profesión, y mantenerlas vigentes a través del estudio y reflexión crítica de la experiencia que ha acumulado a través de los años.

Para el éxito de una relación medico-paciente además de los conocimientos y habilidades del médico son también importante una disposición amable y de

ayuda al paciente, basado en el respeto que se merece por su condición de persona (independiente de su situación económica o social, creencia religiosa o política).

El médico debe ser prudente en lo que dice y controlar sus expresiones faciales y corporales, evitar el asombro o alarma ante síntomas o situaciones del relato, o hallazgos del examen físico. No reprochar, ni escandalizarse por confidencias del enfermo. (15)

Szasz y Hollender, teniendo en cuenta el grado de actividad y participación de médico y paciente en la interacción, describen tres niveles o modalidades de relación médico-paciente. (Ver tabla 1)

Tabla No.1

NIVEL	MEDICO	PACIENTE	RELACIÓN-PROTOTIPO
1	Actividad	Pasividad	Madre-lactante
2	Dirección	Cooperación	Padre-niño
3	Participación mutua y recíproca		Adulto-adulto

El nivel 1, o de "actividad del médico y pasividad del enfermo", es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por sí mismo: situaciones de urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de conciencia, estados de agitación o delirio agudo, etc. En estos casos, el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. El prototipo de este nivel de relación sería el que se establece entre una madre y su recién nacido: relación madre-lactante.

El nivel 2 o de "dirección del médico y cooperación del enfermo", es el tipo de relación que tiende a darse en las enfermedades agudas, infecciosas, traumáticas, etc., en las que el paciente es capaz de cooperar y contribuir en el propio tratamiento. El médico dirige, como experto, la intervención, adopta una actitud directiva, y el paciente colabora contestando a sus preguntas, dando su opinión, y realizando lo que se le pide. El prototipo de relación de nivel 2 sería el que se establece entre un progenitor y su hijo no adulto: relación padre-niño.

El nivel 3 o de "participación mutua y recíproca del médico y del paciente", es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones post operatorias o pos traumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, muy frecuentes en el mundo médico actual, en que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento, el prototipo de relación que establecen es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto. (9)

TIPOS DE RELACIÓN MEDICO-PACIENTE SEGÚN EL GRADO DE PERSONALIZACION

Von Gebattel describe las fases por las que pasa la relación médico-enfermo según el distinto grado de relación interpersonal que adquiere la misma durante el acto médico. (Ver tabla 2)

Tabla 2

FASE	PACIENTE	MEDICO
1. De llamada	"le necesito como experto"	"Es un hombre que sufre..."
2. De objetivación	"El debe saber..."	"Es un caso..."
3. De personalización	"El me comprende"	"Es mi enfermo"

Así, en una primera fase de llamada, el paciente acude al médico solicitando remedio para sus dolencias y el médico responde acudiendo a satisfacer las necesidades del enfermo. La relación entre un hombre experto y un hombre que sufre es todavía, desde el punto de vista interpersonal, anónima.

En una segunda fase de objetivación, el interés del médico se centra en el examen "científico" del proceso patológico, por lo que las relaciones personales pasan a un segundo plano, relacionándose con el paciente más como "un objeto de estudio" que como una persona.

Finalmente, en la fase denominada de personalización, realizado ya el diagnóstico y establecido el plan terapéutico, es cuando el médico se relaciona, por fin, no sólo con un hombre que sufre o un "caso", sino con una persona enferma determinada, que es ya "su" enfermo. (9)

Durante la última generación, la relación entre pacientes y médicos ha adoptado un tono más igualitario. La mayor parte de decisiones clínicas en la actualidad se toman mediante un proceso de toma de decisiones compartida en la cual los médicos proporcionan información y orientación que permite a los pacientes adultos y competentes tomar sus propias decisiones con base en sus preferencias personales, valores y metas. En general, aceptan las recomendaciones de su médico porque ambos comparten la misma meta, mejorar el estado de salud del paciente. (3)

El médico y el paciente viven en la relación médico-paciente una experiencia nueva, positiva o negativa que queda en su memoria. La gran interrogante ética para el médico, es si cumplió su rol de ayudar técnica y humanamente al paciente; y para el paciente, si el médico satisface o no las expectativas que en él ha puesto. Si esta relación médico-paciente ha sido positiva se afianza el rol curativo del médico y la confianza del enfermo en su capacidad profesional. Si ha sido negativa se produce una gran ruptura que aleja al paciente del médico. En ambas situaciones los resultados de la relación médico-paciente difunden al medio social, afianzando el prestigio profesional y humano del médico o debilitándolo. (15)

Cuando las percepciones del médico y las barreras entorpecen su capacidad para cuidar de verdad por el bien del paciente, entonces la relación entra en un compromiso. Sin embargo, con frecuencia los médicos tienen pocos recursos, capacidades u oportunidades para poder reflexionar sobre las dificultades que se encuentra en el cuidado a los pacientes (16)

Como los colores en la papeleta de un artista, los datos clínicos carecen de forma y de sentido. El clínico no sólo ha de reunir datos mediante entrevistas y exámenes, también ha de analizarlos , identificar los problemas del paciente, valorar la respuesta a la enfermedad y, junto con el enfermo, formular un plan para tratar de resolver la situación. (2)

Es por ello que el Doctor Lawrence Weed desarrolló un método, al que denominó METODO DE WEED, con el cuál de manera clara y ordenada, facilita la labor médica del clínico, no sólo EN LO PRACTICO, sino al dejar plasmado de manera escrita, lo que acontece en el abordaje de sus pacientes, lo cual ayuda a sus colegas en el MANEJO INTEGRAL de los pacientes. (N, 4)

El sistema o método creado por L. Weed está estructurada de la siguiente manera: (14, 1)

1) REGISTRO CLINICO

* Datos básicos

- Interrogatorio
- Examen físico

* Lista de problemas

- Activos
- Pasivos

* Desarrollo de problemas

* Plan inicial para cada problema

- Plan Diagnóstico
- Plan Terapéutico
- Plan Educacional

* Seguimiento de cada problema

2) AUDITORIA

3) INTERVENCIÓN

PLAN EDUCACIONAL

El plan educacional dentro del Método de Weed comprende: 1) La educación del paciente relacionada con el control y seguimiento de la enfermedad que padece, 2) Medidas preventivas tanto para él, su familia y la comunidad donde se desenvuelve, 3) Apoyo y ayuda en el tratamiento, 4) Prevenir posibles complicaciones, secuelas y riesgo de contagio (14). Es importante educar al paciente para lograr su colaboración en el tratamiento y recuperación. En presencia de enfermedades infecto-contagiosas, es preciso involucrar a la familia y en ocasiones a la comunidad. (1)

Es esencial explicarles a los pacientes ambulatorios sobre la prescripción de medicamentos: las características del medicamento, su propósito, el esquema posológico, efectos terapéuticos y cuanto tiempo lo tomarán, en términos sencillos (15, 3), así como sus indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos. (15)

Es útil pedir al paciente que lleve todos los medicamentos en cada visita de vigilancia, esto para llevar un control de adaptabilidad al medicamento por parte del paciente. (3)

En resumen, al ordenar los aspectos que se incluyen en el plan educacional surge la siguiente sugerencia de guía de plan educacional:

1) Información proporcionada acerca de su enfermedad

- 1.1) Nombre de la enfermedad
- 1.2) En que consiste la enfermedad
- 1.3) Causa o posible causa de la enfermedad
- 1.4) Curación de la enfermedad

2) Información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico

- 2.1) Nombre del medicamento
- 2.2) Dosificación
- 2.3) Vía de administración
- 2.4) Horario de administración
- 2.5) Duración del tratamiento
- 2. 6) Efectos secundarios

3) Información proporcionada acerca del tratamiento no farmacológico

- 3.1) Dieta alimenticia
- 3.2) Actividad física
- 3.3) Tiempo de mejoría
- 3.4) Cita de control

4) Medidas de prevención recomendadas por el médico

El primer acto de tratamiento es el acto de dar la mano al paciente. La separación entre diagnóstico y tratamiento es artificial, ya que en la práctica ambos procesos están estrechamente relacionados. (15)

Tratar a un paciente es algo que no consiste únicamente en diagnosticar una enfermedad y prescribir para ella una terapia medicamentosa preestablecida. El tratamiento correcto de un enfermo implica que el médico ha comprendido los efectos globales de una afección sobre la persona enferma, tanto los físicos como los psíquicos, económicos y sociales, y que no sólo se percata de dichos efectos sino que es sensible a ellos. Tal enfoque clínico del problema del paciente requiere una capacidad de comunicación eficaz tanto con él como con su familia y su entorno social. (6)

El único modo de desarrollar correctamente la actividad terapéutica es combinar el tratamiento medicamentoso, dietético y físico con el debido apoyo psicológico derivado de la profunda comprensión humana que debería impregnar todo el ejercicio de la medicina, desembocando, en suma, en una terapia integral.

Además con excesiva frecuencia, al establecer el tratamiento el médico se limita a la prescripción medicamentosa, olvidándose de otros apartados terapéuticos de importancia, cabe señalar el tratamiento dietético, ya que sin necesidad de convertirse en especialista en dietética, el médico general debe tener experiencia en prescribir dietas para las situaciones más habituales en su práctica. (6)

Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer un diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico. (9)

El definir parte del plan como “educativo” tiene una connotación equivoca - que el proceso de comunicación es unidireccional-, no debe de serlo. El paciente debe participar en el establecimiento del plan. La “educación” adecuada depende de la que el paciente ya conoce y de lo que desea conocer. (2)

El conocimiento del médico nunca puede ser propiedad privada y está obligado a aplicarlo, compartirlo y extenderlo, siempre en beneficio del enfermo. (12)

Los pacientes acuden cada vez mas a los médicos no para el diagnóstico sino para el tratamiento de trastornos en curso. Es necesario recordar dos principios generales sobre el tratamiento. Primero, el médico debe tratar paciente y enfermedad. En cada entrevista clínica, el médico debe esforzarse por asegurar que el paciente se sienta mejor con sólo verlo. (3)

Para la evaluación de la calidad de la relación medico - paciente las afirmaciones de Street y otros de que la experiencia del paciente puede proporcionar una medida más útil, que los esquemas codificados basados en el observador; también es congruente con la afirmación de Cassell de que el objetivo de la medicina es tratar el sufrimiento como lo perciben los pacientes. La distinción que observó Candib entre médicos que simulan interesarse por los pacientes y los que verdaderamente lo están en la perspectiva del paciente es de gran relevancia en este punto. (16)

Por lo tanto para tener una buena calidad de la relación médico-paciente (en donde se ve incluido el plan educacional), el médico puede tener una actuación moral añadida denominada «supererogatoria». Concepto que deriva del latín y significa «pagar más que lo requerido». En otras palabras, significa ir más allá del deber. La parábola del Buen Samaritano es un ejemplo de comportamiento supererogatorio. Esta forma de actuar no es obligatoria, al contrario voluntaria, y junto con la excelencia componen una ética de máximos. (12)

Por ello la excelencia debe prevalecer en el hacer profesional del médico. La palabra «excelencia» tiene raíces griegas (areté) y latinas (virtud), y ambos términos tienen el mismo significado: capacidad de hacer algo bien (virtud del agente) y con perfección (resultado bueno de la acción), como el mejor. (12)

El American Board of Internal Medicine promulgó hace poco una definición de “profesionalismo”:

Definición:

Profesionalismo comprende los atributos y conductas que sirven para mantener el interés del paciente por encima de nuestro propio interés.

- Un compromiso con las normas más altas de la excelencia en la práctica de la medicina y en la generación y divulgación de conocimiento
- Un compromiso con las actitudes y conductas que sustentan los intereses y el bienestar de los pacientes
- Un compromiso para responder a las necesidades de salud de la sociedad.

El profesionalismo aspira al altruismo, la responsabilidad, la excelencia, el deber, el servicio, el honor, la integridad y el respeto a los demás. (3)

La palabra profesión (pro-fesio) significa promesa de servicio desinteresado, compromiso moral «a priori», autoridad moral, ética de máximos (excelencia), vocación y, aceptación de normas específicas. (12)

Es por ello que ser profesional e interesarse por el bienestar del prójimo es una habilidad adquirida. Los pacientes desean ser escuchados y comprendidos. Quieren que sus médicos se interesen por ellos como individuos que buscan alivio al dolor y a la incertidumbre. Quieren sentir que pueden compartir con sus médicos, sin riesgo, sus pensamientos más profundos y sus confidencias más sensibles. En suma, desean valorarlo como un amigo en quien confían. También esperan que se les mantenga informados mientras reciben un servicio profesional competente. (3)

6) DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1) TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de corte transversal

6.2) UNIDAD DE ANÁLISIS:

Pacientes que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán del 1ro. de Junio al 15 de Julio del año 2,004.

6.3) POBLACIÓN Y MUESTRA:

687 pacientes mayores de 12 años hombres y mujeres que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán del 1ro. de Junio al 15 de Julio del año 2004. El valor de la muestra se obtuvo por medio de la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N (z)^2 p q}{d^2 (N - 1) + (z)^2 p q}$$

En donde:

n: Tamaño de la muestra

N: Población total = 42,206 pacientes atendidos en la consulta externa durante el año 2,003
(valor de referencia)

z: confiabilidad = 2.58 → 99% confiabilidad

p: Probabilidad de ocurrencia del fenómeno = 0.5

q: Probabilidad de no ocurrencia del fenómeno = 0.5

d: proporción de error = 0.05

$$n = \frac{42\,206 (2.58)^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 (42,206 - 1) + (2.58)^2 * 0.5 * 0.5} = \frac{70,235.0046}{107.1766} = 655.3202$$

$$n = 655.3202 \approx 655 + 5 \% = 687$$

6.5) ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

Con el apoyo de los médicos asesor y revisor se presentó el protocolo de tesis al Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud (CICS) de la Universidad de San Carlos de Guatemala el cual fue revisado y cuando dicho protocolo de tesis fue aprobado, se inició el trabajo de campo en la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán.

Se asistió todos los días de lunes a viernes y al momento de egresar el paciente de la clínica en donde lo atendió el médico, se le informó acerca del estudio que se estaba realizando y a 687 pacientes que estuvieron de acuerdo en formar parte del estudio se les realizó una serie de preguntas que estaban contenidas en la boleta de recolección de datos. (Ver anexo 1)

Una vez recolectada la información se procedió a tabular los datos en cuadros de distribución de frecuencia y a realizar gráficas de barras simples y circulares y posteriormente se analizó los 4 aspectos que se incluyen dentro del plan educacional, así como la satisfacción de los pacientes en la relación médico-paciente.

Se elaboró el informe final y se presentó a médicos asesor y revisor, para posteriormente presentarlo al CICS, Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

6.6) ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación no afectó la integridad física, ni emocional de los pacientes, tampoco el desempeño realizado por el personal médico del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán, lo que se realizó fue evaluar el plan educacional que el paciente recibe en la consulta externa, así como la satisfacción la relación médico-paciente. Los resultados que se obtuvieron servirán para un proceso de retroalimentación para mejorar la labor médica y promover acciones factibles para mejorarlo.

6.7) ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El alcance de la presente investigación es la utilización de los resultados por parte de la dirección general del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán, para promover en el personal médico y de enfermería el dar un adecuado plan educacional al paciente que acude a consulta externa, con lo cual se obtendrá una mejor recuperación del estado de salud del paciente.

La limitación que se encontró en este estudio fue muy poca, la cual constituyó la falta de colaboración por parte del paciente.

6.8) RECURSOS

Fuente de información:

- Libros de texto
- Publicaciones medicas recientes
- Tesis relacionadas al tema
- Informes del Departamento de Estadística del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán y de la Unidad de Gestión del Usuario
- Artículos publicados por Internet

Recursos humanos:

- Director del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
- Personal de enfermería en consulta externa
- Pacientes que asistieron a la consulta externa
- Unidad de Gestión del Usuario, Hospital Nacional de Amatlán

Recursos físicos:

- 687 boletas de recolección de datos
- Servicio de Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán

Recursos económicos:

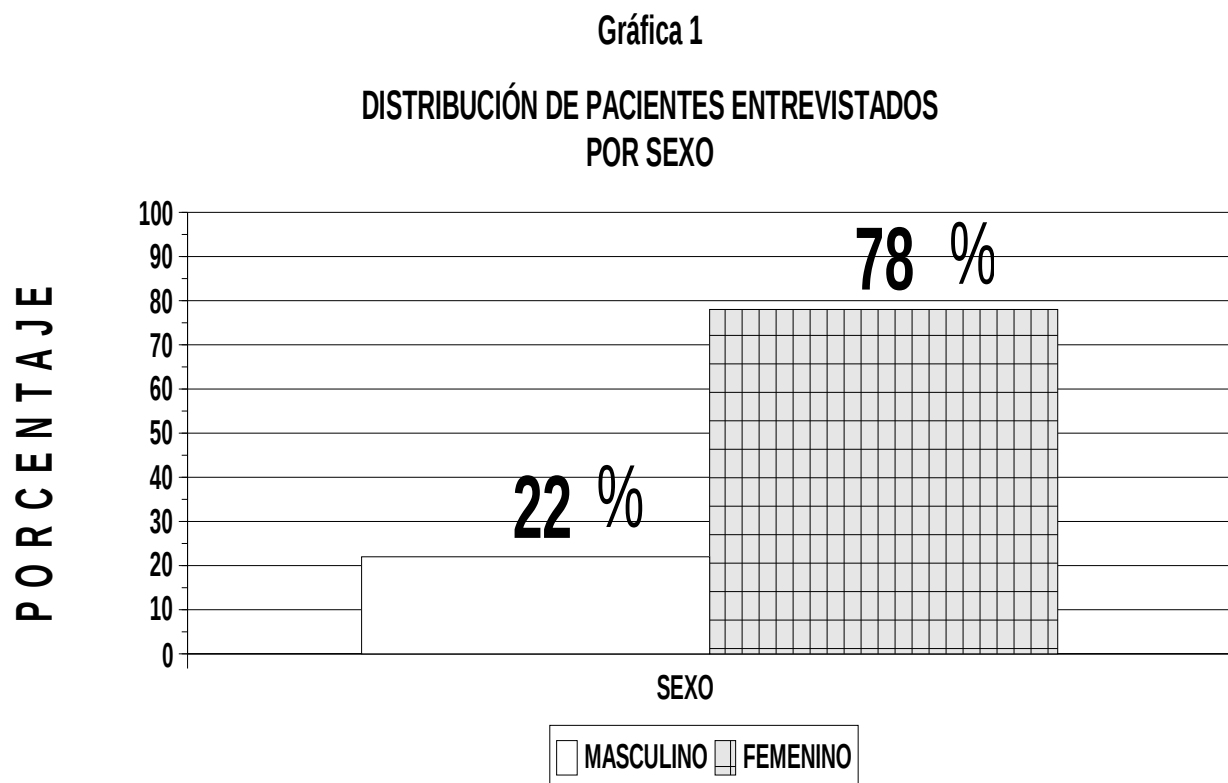
- Transporte
- Útiles de oficina
- Computadora e impresiones
- Fotocopias
- Internet
- Impresión de tesis

7) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 1
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	%
FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
151	22	536	78	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

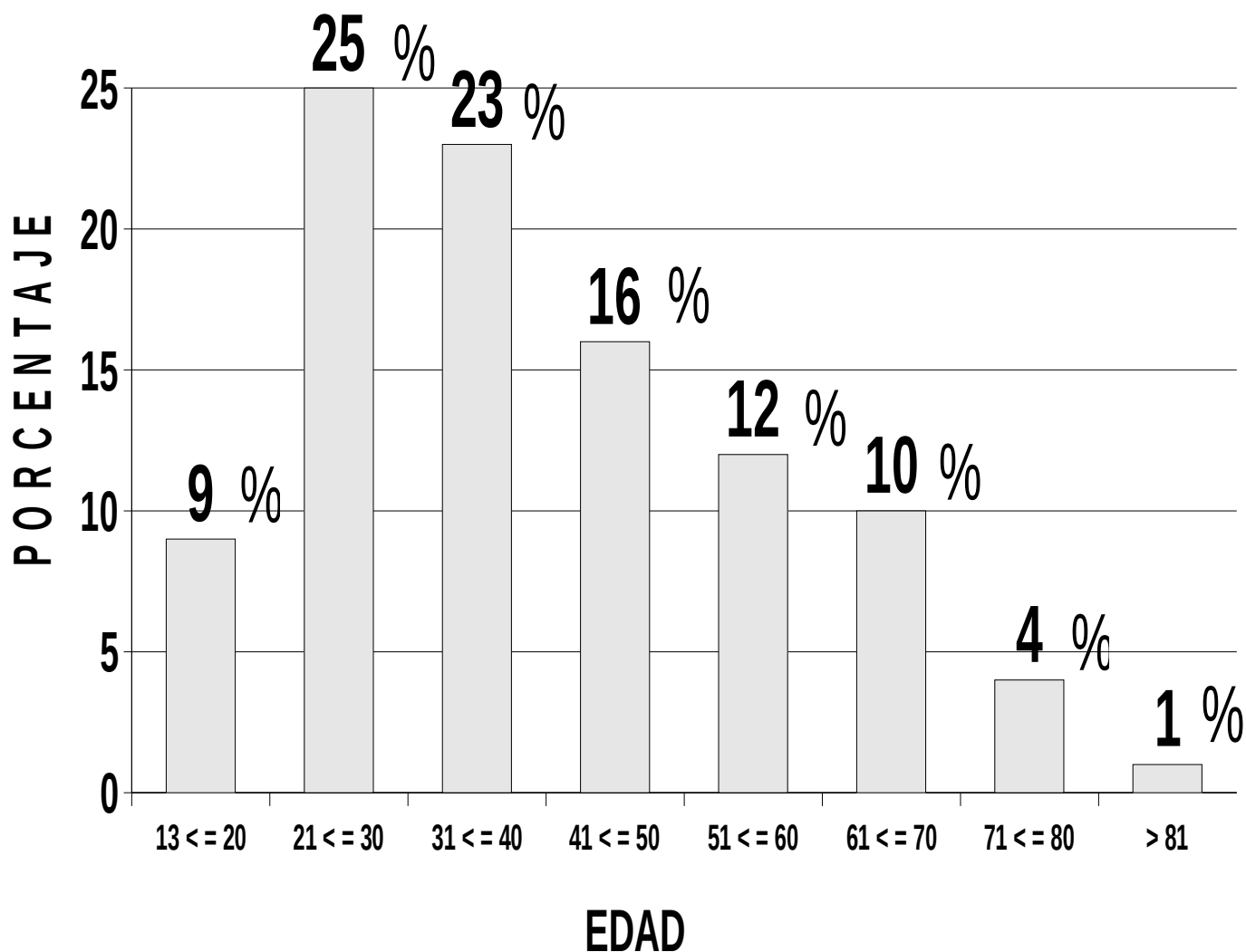
Cuadro 2
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
POR GRUPO ETAREO

EDAD	FRECUENCIA	%
13 <= 20	65	9
21 <= 30	169	25
31 <= 40	158	23
41 <= 50	108	16
51 <= 60	86	12
61 <= 70	69	10
71 <= 80	26	4
> 81	6	1
TOTAL	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS POR GRUPO ETAREO



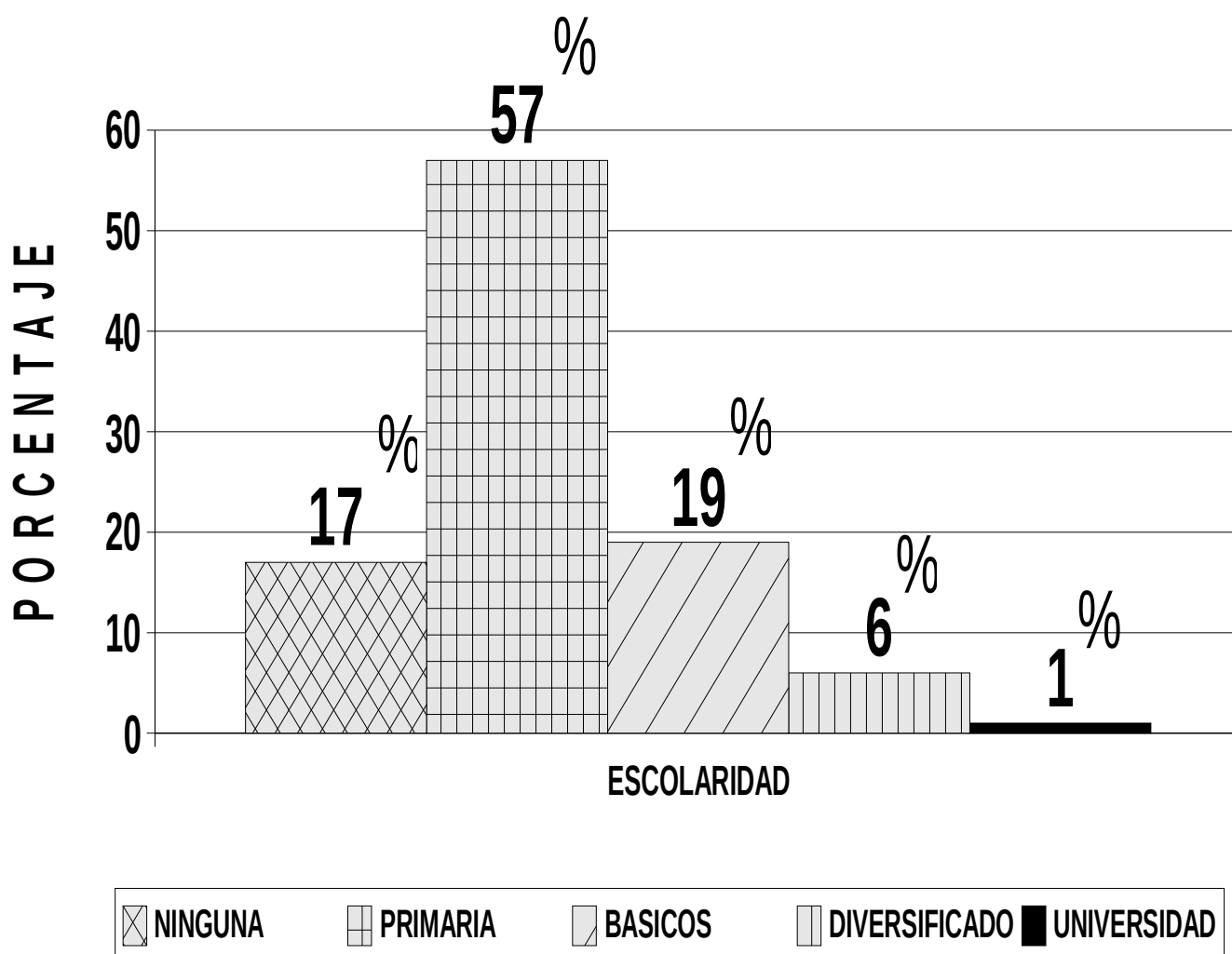
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán Junio – Julio del año 2004

Cuadro 3
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
SEGÚN ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
NINGUNA	119	17
PRIMARIA	394	57
BÁSICOS	133	19
DIVERSIFICADO	37	6
UNIVERSIDAD	4	1
TOTAL	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 3
DISTRIBUCION DE PACIENTES ENTREVISTADOS
SEGÚN ESCOLARIDAD



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
 Junio – Julio del año 2004

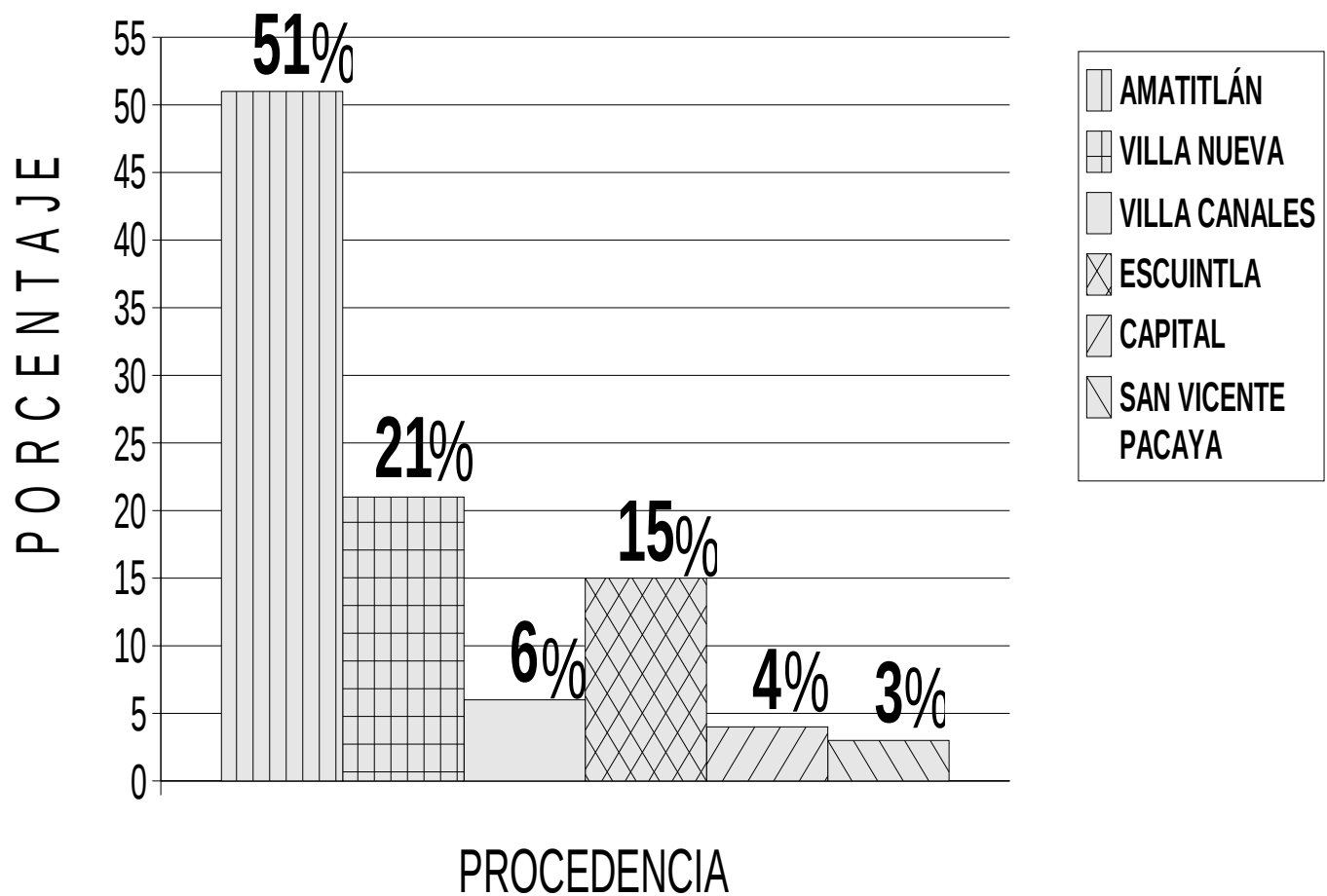
Cuadro 4
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
SEGÚN PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
AMATITLÁN	352	51
VILLA NUEVA	140	21
VILLA CANALES	41	6
ESCUINTLA	103	15
CIUDAD CAPITAL	28	4
SAN VICENTE PACAYA	23	3
TOTAL	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 4

PROCENCIA DE PACIENTES ENTREVISTADOS SEGÚN PROCEDENCIA



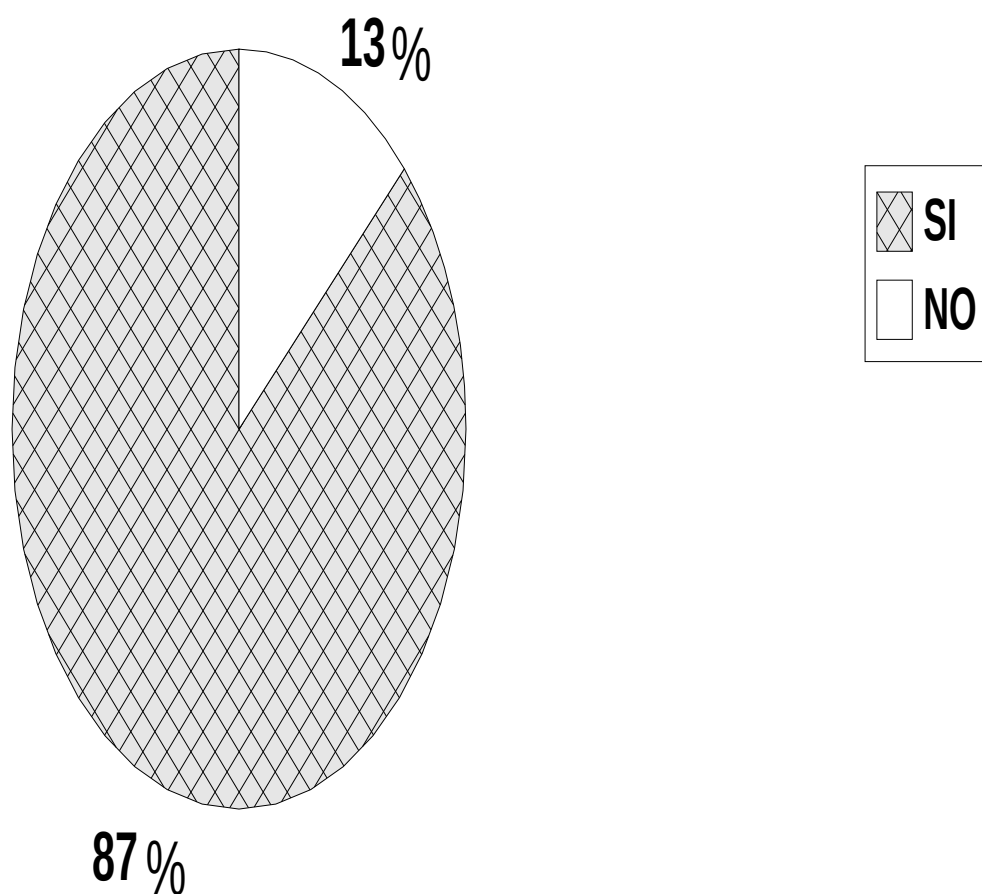
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 5
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON INFORMACION ACERCA DE SU ENFERMEDAD

	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
RECIBÍÓ INFORMACIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD	596	87	91	13	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 5
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON INFORMACIÓN ACERCA DE SU ENFERMEDAD



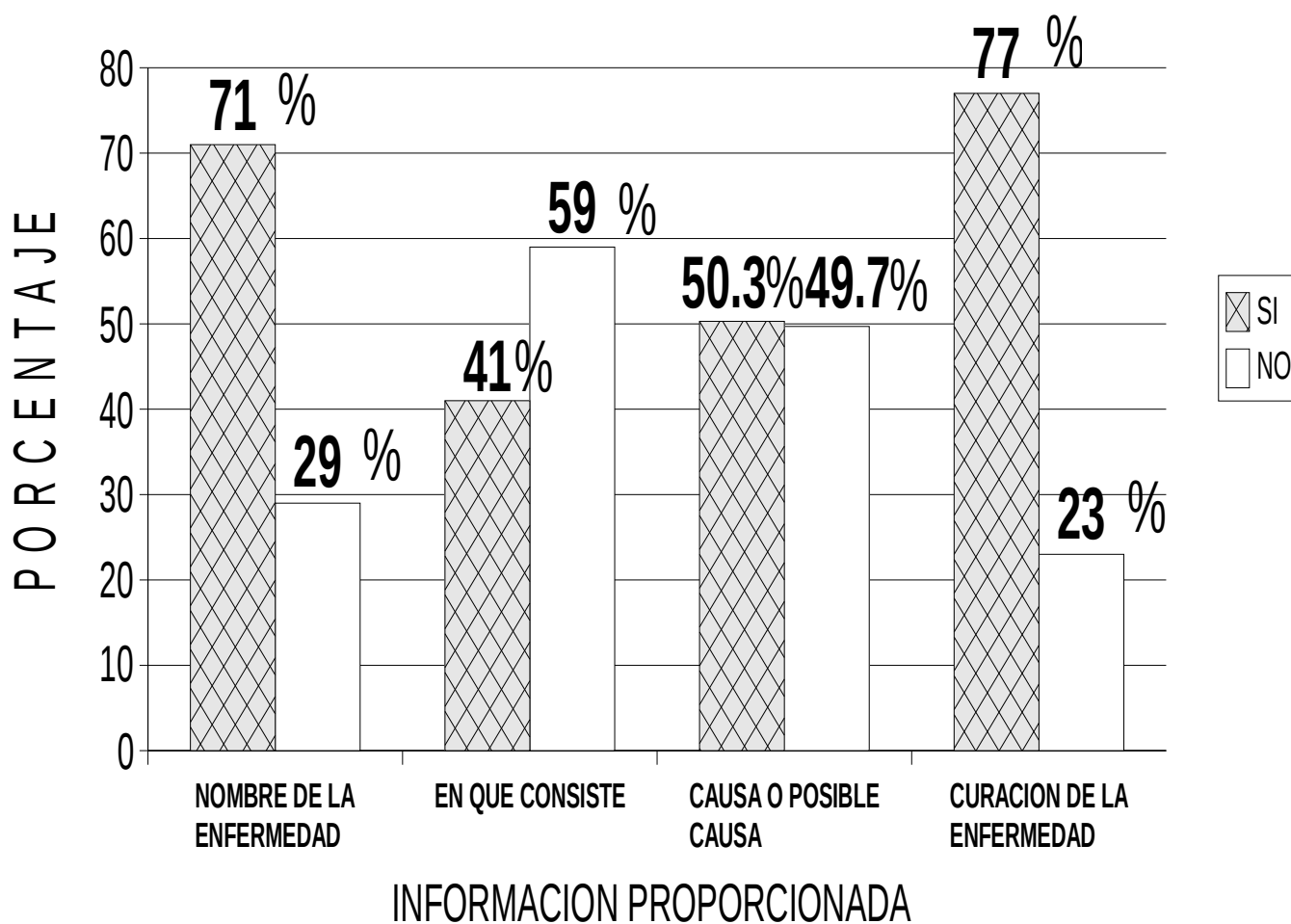
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 6
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON LOS ASPECTOS QUE ABARCA LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU ENFERMEDAD

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DE SU ENFERMEDAD	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
Nombre de la Enfermedad	423	71	173	29	596	100
En que consiste	245	41	351	59	596	100
Causa o posible causa	300	50.3	296	49.7	596	100
Curación de la enfermedad	459	77	137	23	596	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 6 **DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS QUE RECIBIERON LOS ASPECTOS QUE ABARCA LA INFORMACIÓN ACERCA DE LA ENFERMEDAD**



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
 Junio – Julio del año 2004

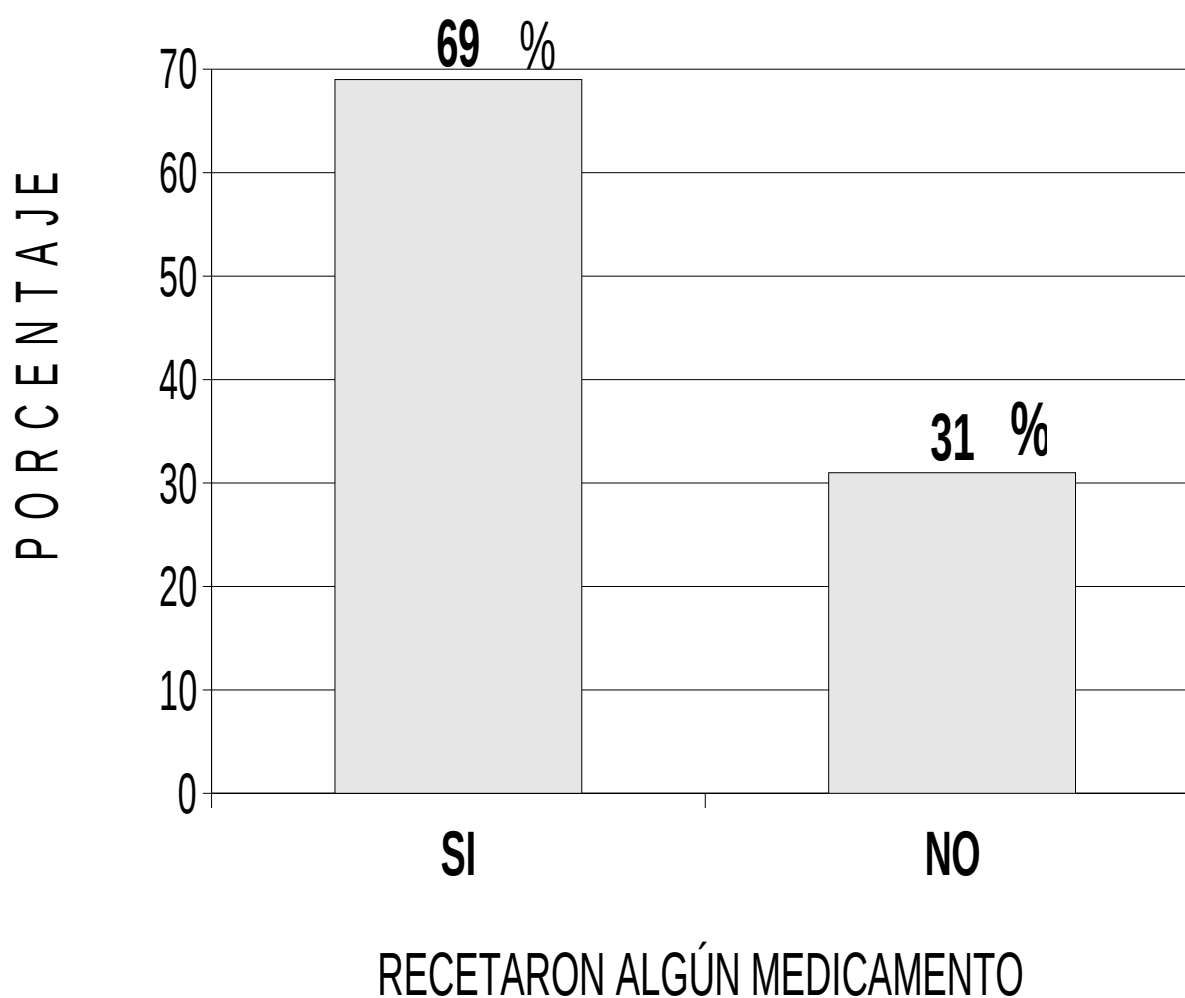
Cuadro 7
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
A QUIENES LES RECETARON ALGÚN MEDICAMENTO

	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
LE RECETARON ALGUN MEDICAMENTO PARA SU ENFERMEDAD	475	69	212	31	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 7

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
A QUIENES LES RECETARON ALGÚN MEDICAMENTO**



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

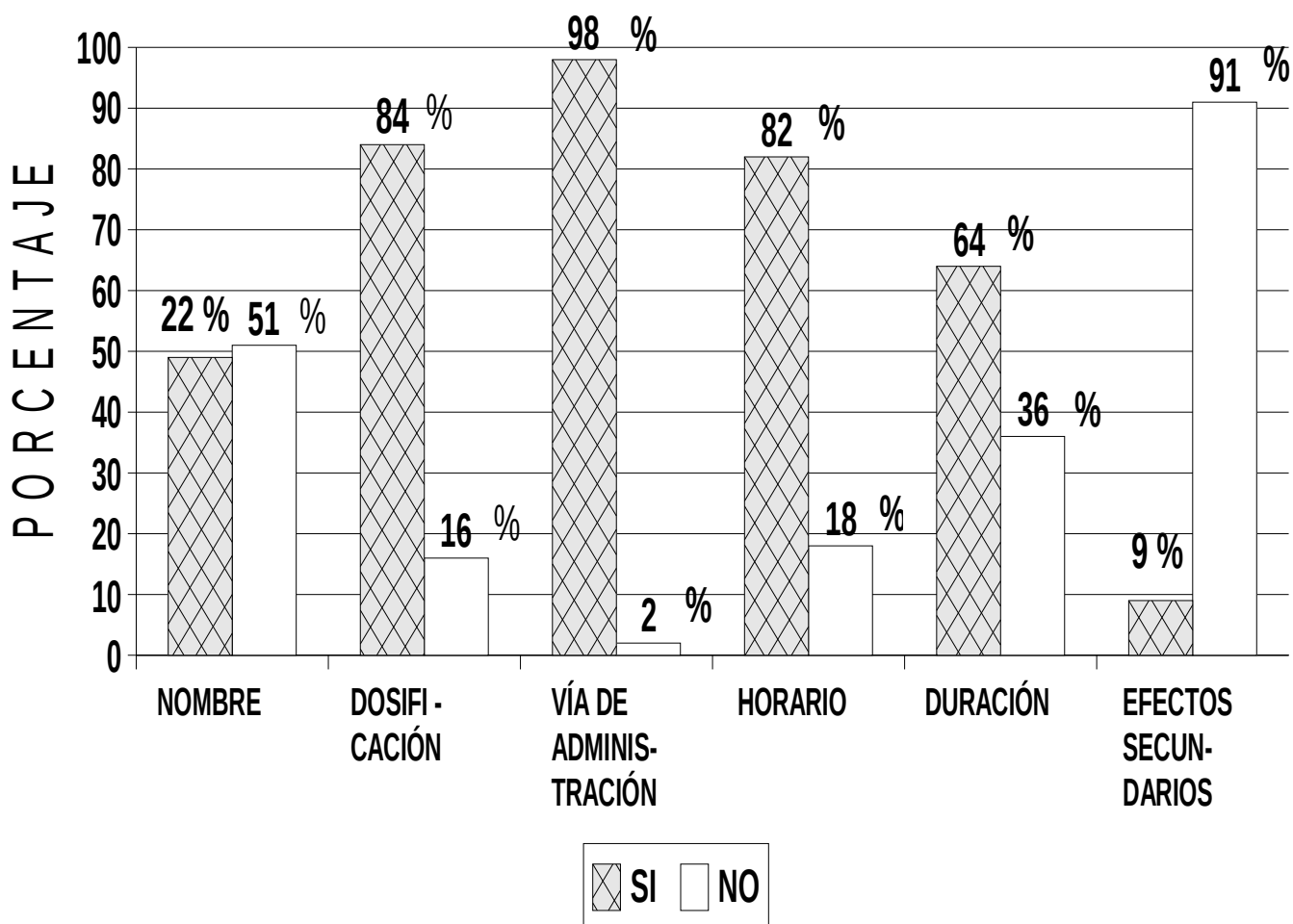
Cuadro 8
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON LOS ASPECTOS QUE ABARCA LA INFORMACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
Nombre del medicamento	231	49	244	51	475	100
Dosificación	397	84	78	16	475	100
Vía de administración	465	98	10	2	475	100
Horario de administración	388	82	87	18	475	100
Duración del tratamiento	305	64	170	36	475	100
Efectos secundarios	42	9	433	91	475	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 8

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON LOS ASPECTOS QUE ABARCA LA INFORMACIÓN
ACERCA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

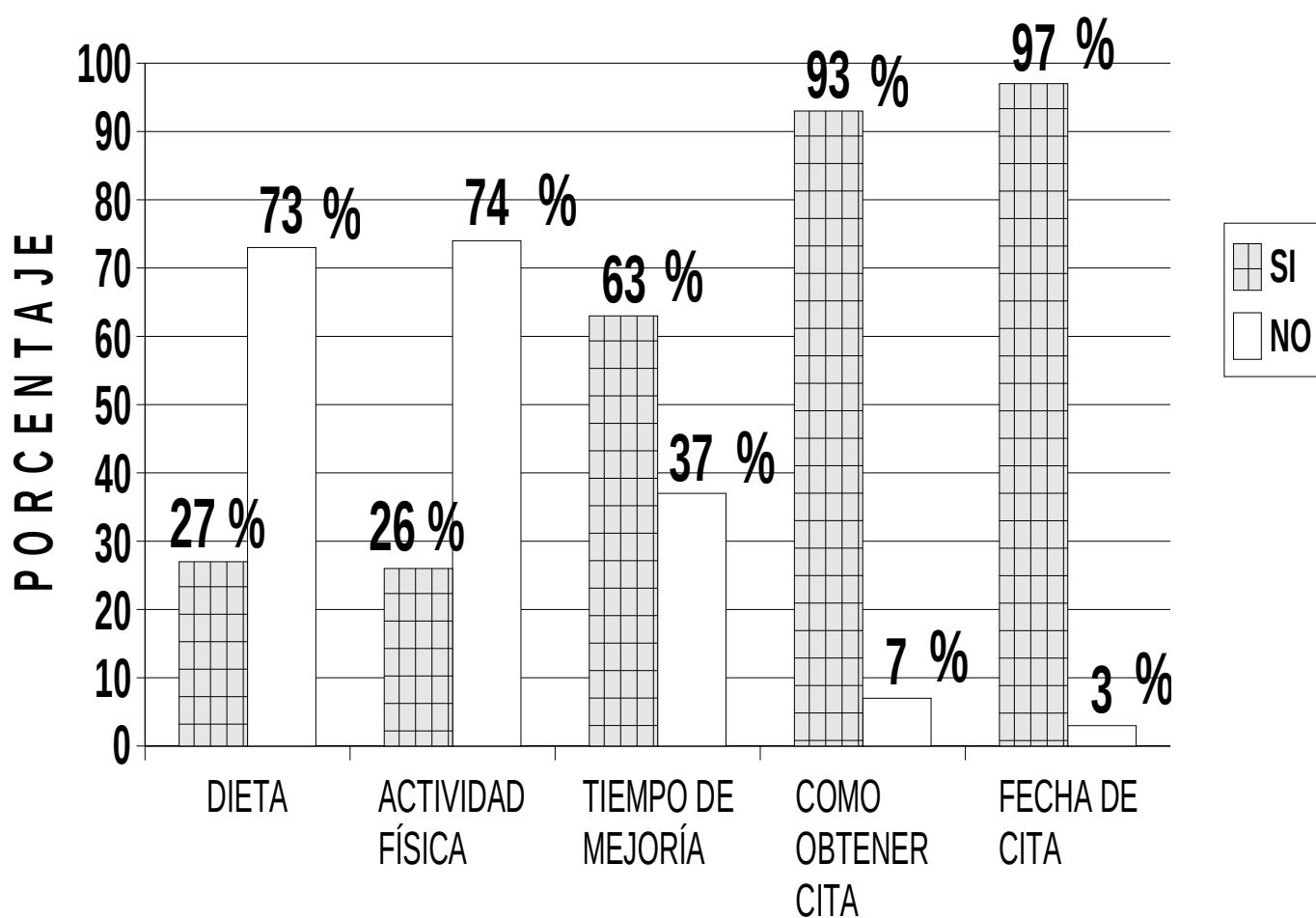
Cuadro 9
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON INFORMACION ACERCA DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	PORCENTAJE	%		
Dieta alimenticia	184	27	503	73	687	100
Actividad física	180	26	507	74	687	100
Tiempo de mejoría	431	63	256	37	687	100
Como obtener cita para control	642	93	45	7	687	100
Fecha de cita para control	665	97	22	3	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 9

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS QUE RECIBIERON INFORMACION ACERCA DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

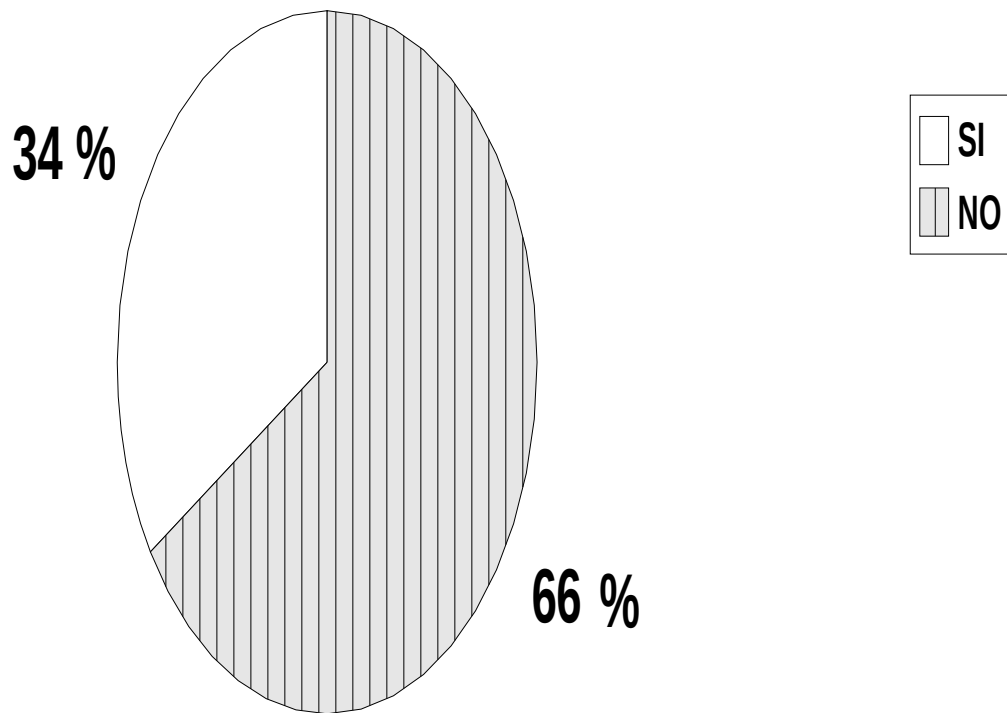
Cuadro 10
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON INFORMACION ACERCA DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN

	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN	234	34	453	66	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 10

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON INFORMACION
ACERCA DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN**



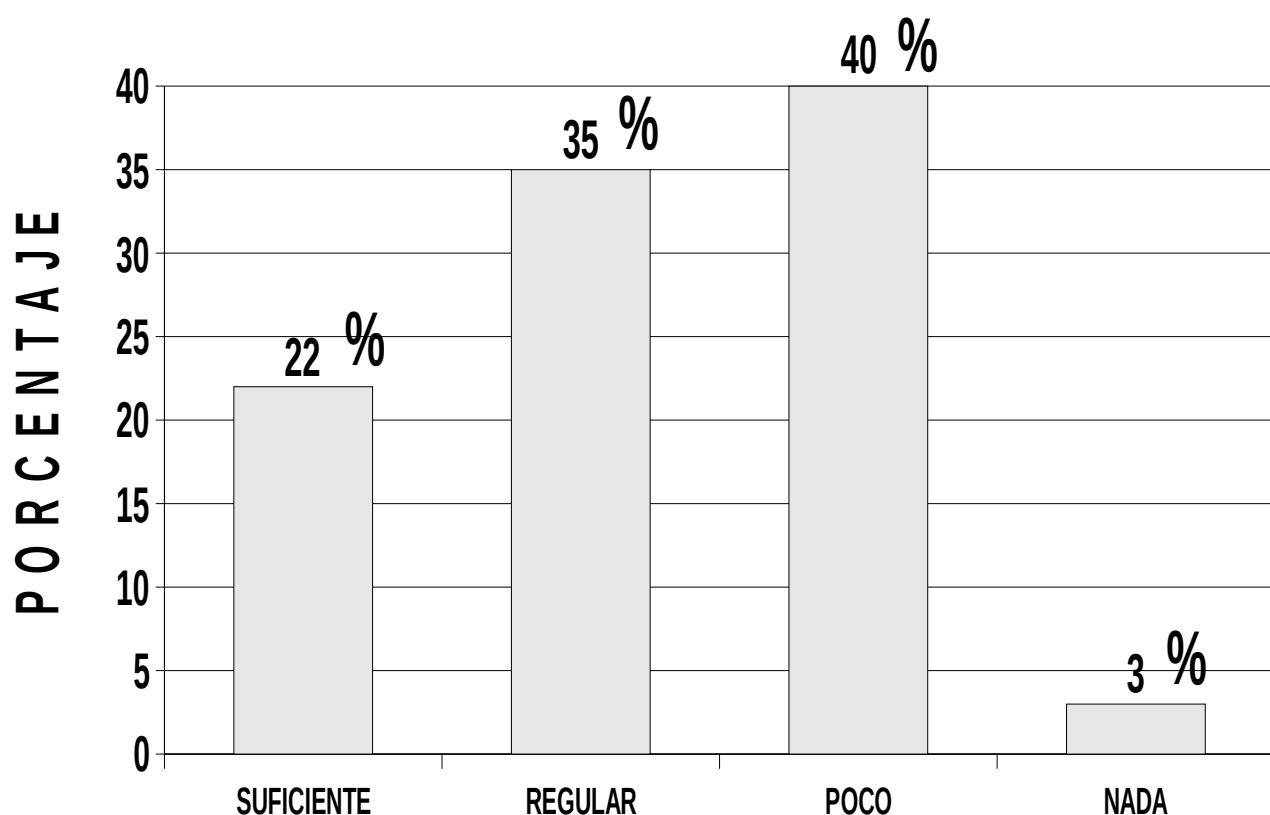
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 11
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIEMPO QUE LOS MÉDICOS DEDICARON
PARA BRINDAR EL PLAN EDUCACIONAL

	SUFICIENTE		REGULAR		POCO		NADA		TOTAL	%
	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%		
TIEMPO DEDICADO AL PLAN EDUCACIONAL	151	22	243	35	273	40	20	3	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 11
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIEMPO QUE LOS MÉDICOS DEDICARON
PARA BRINDAR EL PLAN EDUCACIONAL



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

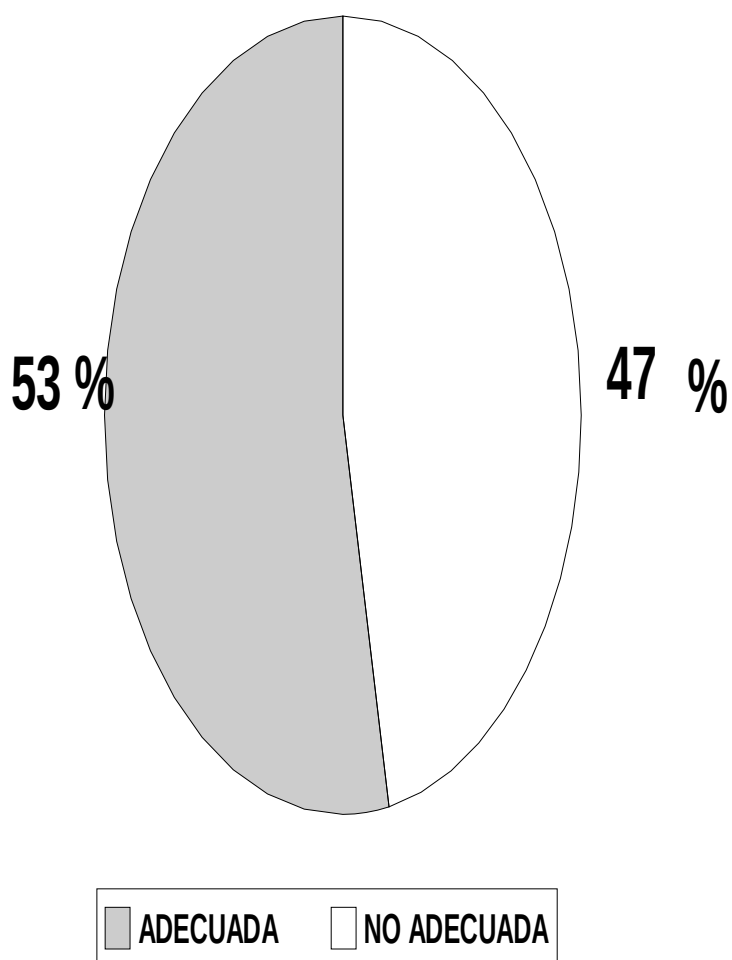
Cuadro No. 12
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO A LA ADECUADA INFORMACIÓN BRINDADA ACERCA DE SU ENFERMEDAD

	ADECUADA		NO ADECUADA		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
INFORMACIÓN BRINDADA	362	53	325	47	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 12

**EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO A LA ADECUADA INFORMACIÓN BRINDADA
ACERCA DE SU ENFERMEDAD**



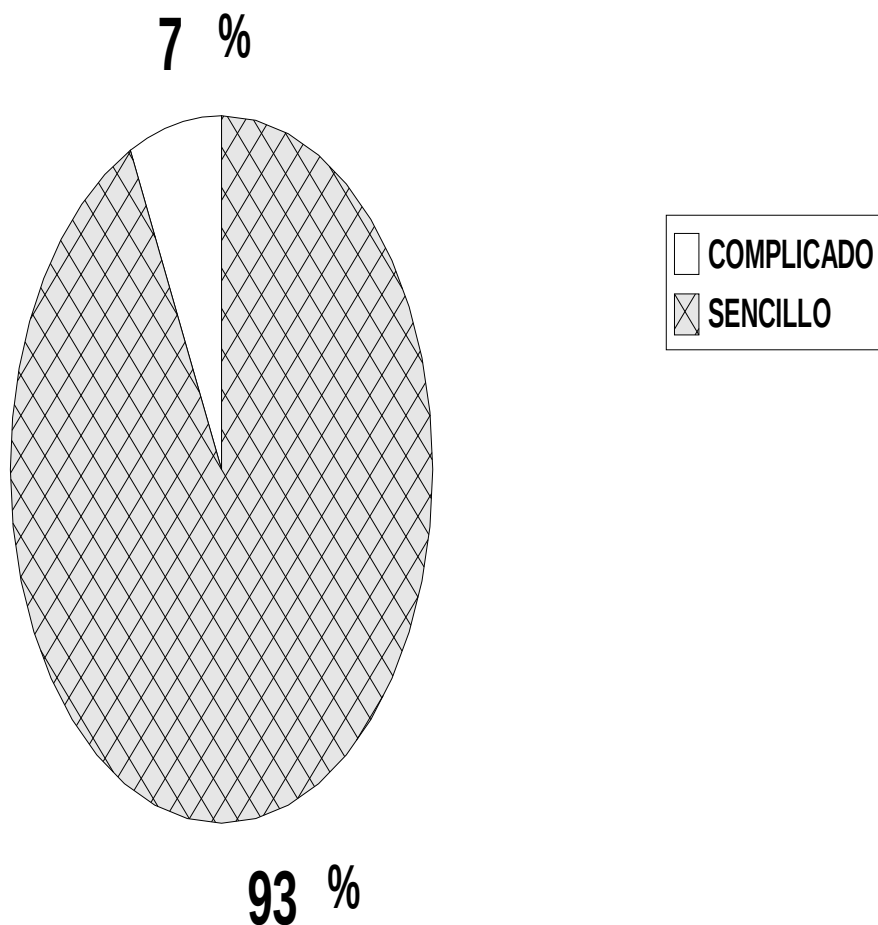
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro No. 13
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIPO DE LENGUAJE UTILIZADO POR EL MÉDICO AL BRINDARLE INFORMACIÓN

	COMPLICADO		SENCILLO		TOTAL	PORCENTAJE
	VALOR REAL	PORCENTAJE	VALOR REAL	PORCENTAJE		
TIPO DE LENGUAJE UTILIZADO	50	7 %	637	93 %	687	100 %

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 13
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIPO DE LENGUAJE UTILIZADO
POR EL MÉDICO AL BRINDARLE INFORMACIÓN



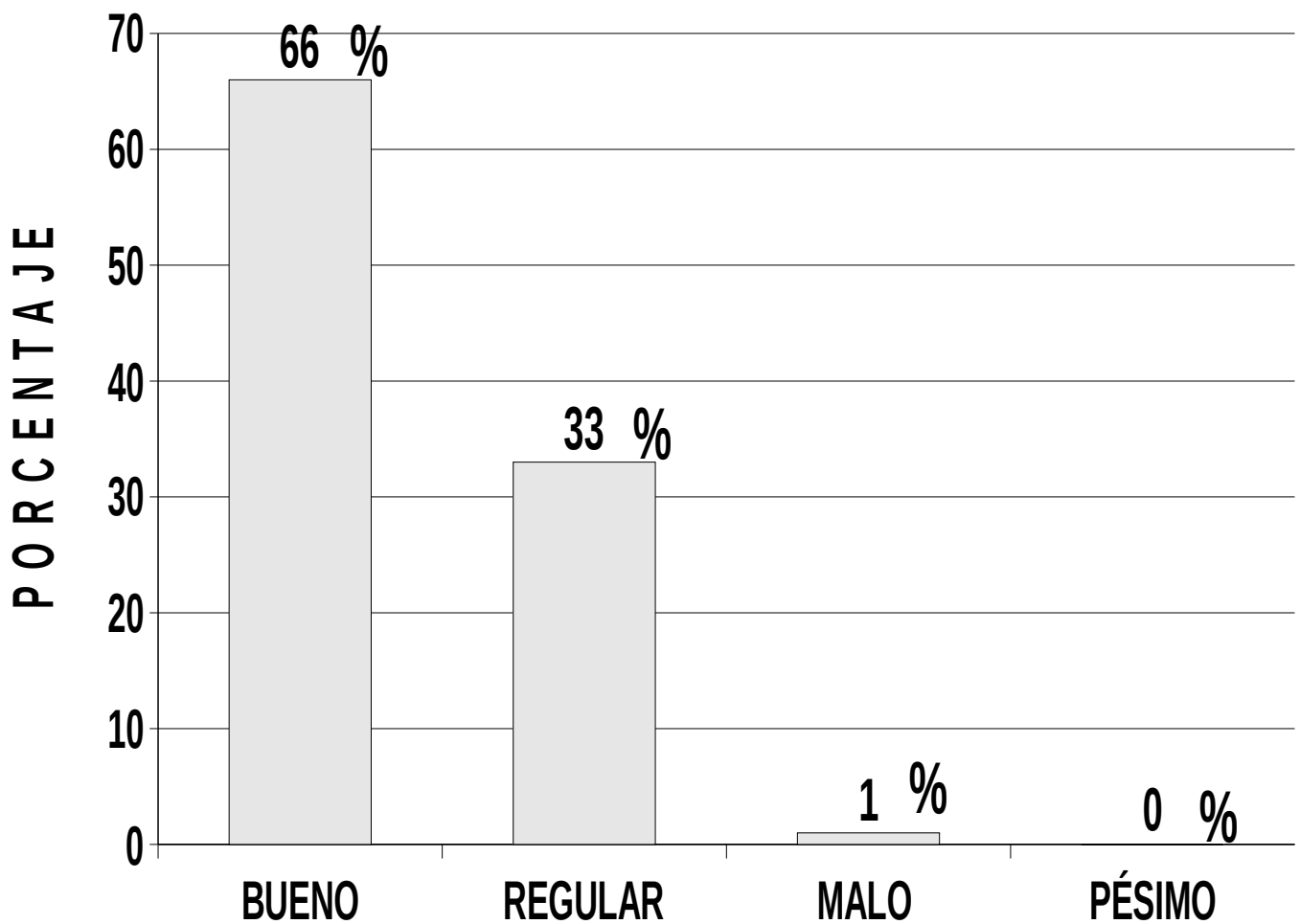
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 14
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TRATO BRINDADO POR EL MÉDICO

	BUENO		REGULAR		MALO		PESIMO		TOTAL	%
	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%		
TRATO PROPORCIONADO POR EL MÉDICO	450	66	227	33	10	1	0	0	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 14
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TRATO BRINDADO POR EL MÉDICO



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

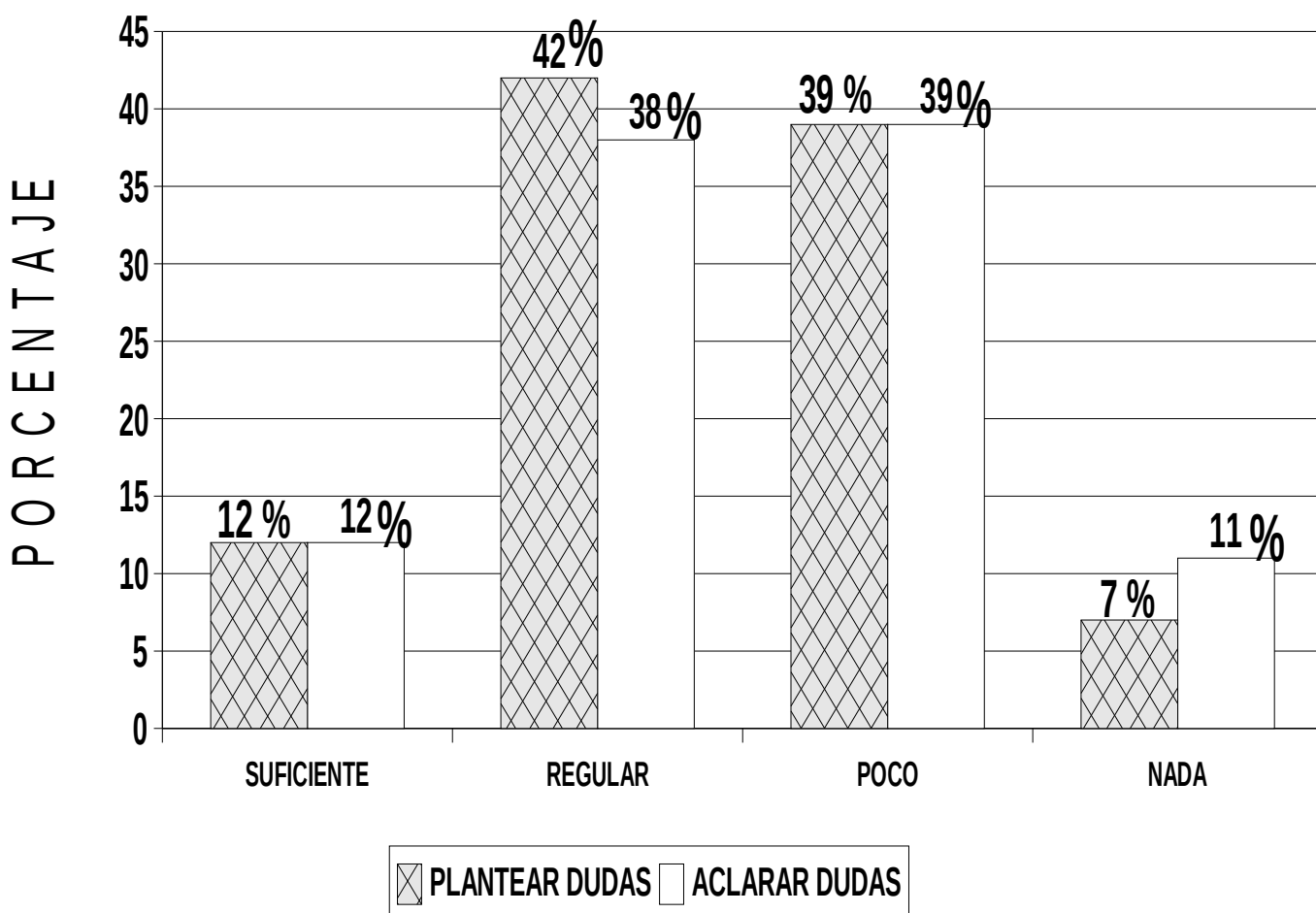
Cuadro 15
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIEMPO QUE LE PERMITIERON PARA PLANTEAR SUS DUDAS Y
EL TIEMPO QUE EL MÉDICO DEDICÓ PARA ACLARARLAS

	SUFICIENTE		REGULAR		POCO		NADA		TOTAL	%
	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%		
TIEMPO DEDICADO PARA REALIZAR PREGUNTAS	81	12	287	42	267	39	52	7	687	100
TIEMPO DEDICADO PARA ACLARAR DUDAS	81	12	262	38	266	39	78	11	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 15

**EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIEMPO QUE LE PERMITIERON PARA PLANTEAR
SUS DUDAS Y EL TIEMPO QUE EL MÉDICO DEDICÓ PARA ACLARARLAS**



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

8) ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que evaluó el plan educacional proporcionado a 687 pacientes que asistieron a consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán, a quienes se entrevistó a su egreso. Dicho estudio se realizó del 1ro. de Junio al 15 de Julio del presente año.

La mayor proporción de pacientes por sexo fué el femenino. Esto puede ser debido a que probablemente la mujer es quién vigila más por la salud de la familia y es quién permanece más tiempo con ella, por el contrario el hombre debido a que debe de proveer el sustento a su hogar se encuentra trabajando y la mayoría de veces únicamente asiste a los servicios de salud cuando es él quien está enfermo.

La distribución de pacientes por grupo de edad muestra que la mayor proporción se encuentra en el grupo de jóvenes y adultos , en menor número las personas de la tercera edad. Esto se puede explicar basándose en que la pirámide de distribución poblacional de Guatemala es de base ancha, por lo tanto la población de mayor edad también disminuye en los servicios hospitalarios.

En relación con la escolaridad de los pacientes entrevistados, se encontró que un poco más de la mitad de los pacientes entrevistados posee una escolaridad de nivel primario, y sólo un pequeño porcentaje una escolaridad a nivel medio o que ha cursado y/o concluido una carrera universitaria, sin embargo existe un porcentaje considerable de personas analfabetas.

Estos resultados posiblemente se deben a que en los Hospitales Nacionales la gran mayoría de veces sólo acuden personas de escasos recursos económicos y que la situación económica va de la mano con la escolaridad, debido a que las personas que han cursado y / o concluido un nivel medio de escolaridad o carrera universitaria tienen mas facilidad de acceder a servicios médicos privados, y además tienen menos factores de riesgo que los lleven a enfermar.

Para el éxito de una buena relación medico-paciente además de los conocimientos y habilidades del médico son también importante una disposición amable y de ayuda al paciente, basado en el respeto que se merece por su condición de persona (independiente de su situación económica o social, creencia religiosa o política) (15). Por lo anterior el médico debe dar el plan educacional de una forma clara y con un lenguaje sencillo para que el paciente pueda apropiárselo y por tanto el plan terapéutico tenga éxito.

La mayor proporción de pacientes entrevistados fueron de Amatitlán, más sin embargo los lugares de más afluencia del Hospital de Amatitlán que sobresalieron fueron Villa Nueva y Escuintla (ver cuadro 4 y gráfica 4), en el caso de Villa Nueva se debe a que es el Hospital mas cercano del área y de más fácil acceso, respecto a Escuintla, la gran mayoría de pacientes se quejaban del servicio que se brindaba en el Hospital de Escuintla y además mencionaban que le tenían mucha fe al Hospital de Amatitlán, por lo que no les importaba viajar.

Respecto a la información proporcionada acerca de la enfermedad la mayor proporción de pacientes si recibieron información, sin embargo existe cierto porcentaje que no recibió información alguna acerca de su enfermedad (ver cuadro 5 y gráfica 5). Es preciso mencionar que de los pacientes que no recibieron ninguna información, el mayor porcentaje de pacientes no tenía un diagnóstico certero y los médicos les habían solicitado estudios de laboratorio y/o gabinete, y se les informó que al tener los resultados les darían una información adecuada.

Si tomamos en cuenta que la mayor proporción de pacientes recibieron información acerca de su enfermedad, se está cumpliendo con profesionalismo el deber médico. Además es importante mencionar que El American Board of Internal Medicine promulgó hace poco una definición de “profesionalismo”

Definición:

Profesionalismo comprende los atributos y conductas que sirven para mantener el interés del paciente por encima de nuestro propio interés.

- Un compromiso con las normas más altas de la excelencia en la práctica de la medicina y en la generación y divulgación de conocimiento
- Un compromiso con las actitudes y conductas que sustentan los intereses y el bienestar de los pacientes
- Un compromiso para responder a las necesidades de salud de la sociedad.

El profesionalismo por tanto aspira al altruismo, la responsabilidad, la excelencia, el deber, el servicio, el honor, la integridad y el respeto a los demás. (3)

Por lo tanto sí se esta cumpliendo en un gran porcentaje con profesionalismo el derecho que el paciente tiene de informarse acerca de su enfermedad.

Pero es importante mencionar que hay aspectos que abarca la información acerca de la enfermedad que no se están proporcionando, dentro de ellos un buen número de pacientes no conocen en que consiste su enfermedad y cuál es la causa o posible causa. Esto puede deberse a que la alta demanda de servicio médico solicitado en consulta externa y la poca cantidad de médicos para atenderla originen un menor tiempo de atención brindado al paciente, lo cuál produce una falta de empatía entre el médico y el paciente y de como resultado un inadecuado plan educacional acerca de la enfermedad provocando en el paciente inseguridad, desconfianza, temor, angustia, con lo cuál va a existir un incumplimiento del plan terapéutico. (ver diagrama de flujo No.1)

Acerca de la información proporcionada del tratamiento farmacológico la proporción de pacientes a quienes se les recetó algún medicamento para su enfermedad fue elevada. (ver cuadro 7 y gráfica 7)

Con lo cuál es de esperarse que la información acerca del tratamiento farmacológico sea adecuadamente proporcionada por parte del médico. Sin embargo hay aspectos que abarca la información acerca del tratamiento farmacológico que no se están proporcionando.

Es esencial explicarles a los pacientes ambulatorios sobre la prescripción de medicamentos: las características del medicamento, su propósito, el esquema posológico, efectos terapéuticos y cuanto tiempo lo tomarán, en términos sencillos, así como sus indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos. Es útil pedir al paciente que lleve todos los medicamentos en cada visita de vigilancia, esto para llevar un control de adaptabilidad al medicamento por parte del paciente. (15, 3)

Más de la mitad del total de los pacientes desconoce el nombre del medicamento que le recetaron, un porcentaje considerable de pacientes no sabían por cuanto tiempo debían tomar el medicamento y un porcentaje muy elevado desconocía totalmente los efectos secundarios que en algún momento podrían ocasionarle los medicamentos recetados. La dosificación, la vía de administración y el horario de administración del medicamento fueron 3 de los 6 aspectos que sí se estaba proporcionando la información.

Es importante saber que el primer acto de tratamiento es el acto de dar la mano al paciente. La separación entre diagnóstico y tratamiento es artificial, ya que en la práctica ambos procesos están estrechamente relacionados. (15)

Tratar a un paciente es algo que no consiste únicamente en diagnosticar una enfermedad y prescribir para ella una terapia medicamentosa preestablecida. El tratamiento correcto de un enfermo implica que el médico ha comprendido los efectos globales de una afección sobre la persona enferma, tanto los físicos como los psíquicos, económicos y sociales, y que no sólo se percata de dichos efectos sino que es sensible a ellos. Tal enfoque clínico del problema del paciente requiere una capacidad de comunicación eficaz tanto con él como con su familia y su entorno social. (6)

El tratamiento farmacológico no es sólo dar una receta y expresar al paciente “aquí le voy a dar una receta”, “le voy a recetar algo para el dolor”, “le voy a dejar unas pastillas”. Es lamentable que no se este educando correctamente al paciente sobre la necesidad y el uso correcto de los medicamentos, así como de sus efectos adversos.

Es importante comentar que muchos pacientes mencionaban que el médico sólo le daba la receta y le decía si el medicamento era tomado o inyectado, y cada cuanto debía administrárselo, además los pacientes enseñaban la receta que el médico les había dado y se podía observar que la letra era bastante ilegible. Por tanto sin un grado de escolaridad adecuado, una letra ilegible de la receta y un inadecuado plan educacional acerca del tratamiento farmacológico, el plan terapéutico fracasaría.

El único modo de desarrollar correctamente la actividad terapéutica es combinar el tratamiento medicamentoso, dietético y físico con el debido apoyo psicológico derivado de la profunda comprensión humana que debería impregnar todo el ejercicio de la medicina, desembocando, en suma, en una terapia integral.

Además con excesiva frecuencia, al establecer el tratamiento el médico se limita a la prescripción medicamentosa, olvidándose de otros apartados terapéuticos de importancia, cabe señalar el tratamiento dietético, ya que sin necesidad de convertirse en especialista en dietética, el médico general debe tener experiencia en prescribir dietas para las situaciones más habituales en su práctica. (6)

De los aspectos que abarca el Tratamiento no Farmacológico la mayor proporción de pacientes no recibió ninguna información acerca de la dieta alimenticia y la actividad física que debía tener o no tener para su pronta recuperación, y ésto dependiendo de la patología del paciente podría influir de manera importante en la no recuperación satisfactoria de la salud, con lo cuál el plan terapéutico fracasaría

Acerca del tiempo de mejoría, de cuando será la fecha de su cita control y de como obtener la cita para control de la enfermedad, la mayor proporción de pacientes si recibió información por parte del médico.

De la información proporcionada por el médico acerca de medidas de prevención más de la mitad del total de pacientes no recibieron ninguna información.

A nivel de los sistemas de salud se ha estado promoviendo hace ya varios años la Medicina Preventiva, pero pareciera que según los resultados obtenidos aún se esta estancado en la Medicina Curativa, lo cual representa más costo económico a los servicios de salud

Los servicios asistenciales, en especial los de atención primaria, son los principales ámbitos donde se desarrollan las actividades de educación sanitaria, siendo los responsables de su aplicación los médicos y el personal de enfermería (6, 4), es por ello que la relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción. (16)

Puesto que la enfermedad supone una necesidad, un sufrimiento, que implica al propio cuerpo, a la intimidad de la propia persona. De aquí que el instrumento más adecuado para la relación, sea la comunicación verbal y no verbal y el vínculo más apropiado la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro, de sintonizar con sus vivencias. (12)

Muchas de las críticas a la profesión médica, así como juicios legales por negligencia médica, se deben a una relación médico-paciente insatisfactoria más que a eventuales insuficiencias técnicas del médico.

Por lo tanto para tener una buena calidad de la relación médico-paciente (en donde se ve incluido el plan educacional), el médico puede tener una actuación moral añadida denominada «supererogatoria». Concepto que deriva del latín y significa «pagar más que lo requerido». En otras palabras, significa ir más allá del deber.

Los resultados de la satisfacción del paciente demuestran que un porcentaje considerable de pacientes respecto al tiempo que el médico les dedicó para brindarle plan educacional varía principalmente entre poco y regular tiempo y un pequeño porcentaje refiere que el tiempo fue el suficiente.

En esto influye nuevamente la alta demanda de servicio médico solicitado en consulta externa y la poca cantidad de médicos para atenderla, lo cual origina un menor tiempo de atención brindado al paciente, y con esto se produce una falta de empatía entre el médico y el paciente y se da como resultado un inadecuado plan educacional.

Acerca de la satisfacción del paciente respecto a la información de la enfermedad brindada por el médico, un porcentaje importante respondió que no fue adecuada. Esto se puede deber a que hay aspectos dentro de la información de la enfermedad o del tratamiento farmacológico o no farmacológico que no se están proporcionando y que probablemente exista una falta de empatía en la relación médico-paciente.

Respecto al tipo de lenguaje utilizado por el médico al brindar la información, la mayor proporción de pacientes está satisfecho ya que los aspectos del plan educacional que les han explicado han sido con palabras sencillas y comprensibles, sólo un pequeño porcentaje respondió que el tipo de lenguaje fue complicado.

La mayor proporción de pacientes está satisfecho con el trato proporcionado por el médico, ya que según ellos el trato ha sido bueno y regular, es por ello que hay pacientes que vienen al Hospital de Amatlán de lugares retirados, ya que en otras ocasiones los han tratado bien y se han recuperado de sus enfermedades.

En relación con la evaluación de la satisfacción del paciente respecto al tiempo que le permitieron para plantear sus dudas y el tiempo que el médico dedico para aclararlas los resultados varían entre regular y poco tiempo, y fue muy bajo el porcentaje de pacientes que refirieron que el tiempo fue el suficiente.

Ante lo anterior es importante mencionar que según la literatura la relación médico-paciente era por naturaleza asimétrica, vertical, ya que la función del médico consistía en mandar y la del enfermo en obedecer. El estereotipo clásico de buen enfermo ha sido siempre el de un ser pasivo, que no pregunta ni protesta, y que establece con su médico relaciones muy parecidas a las de un niño pequeño con su padre. De ahí que la actitud médica clásica fuera "paternalista". (6)

Ahora bien lo que se pretende es "participación mutua y recíproca del médico y del paciente", ya que esta es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones post operatorias o pos traumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, muy frecuentes en el mundo médico actual, en que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento, el prototipo de relación que establece es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto. (9)

El médico y el paciente viven en la relación médico-paciente una experiencia nueva, positiva o negativa que queda en su memoria. La gran interrogante ética para el médico, es si cumplió su rol de ayudar técnica y humanamente al paciente; y para el paciente, si el médico satisface o no las expectativas que en él ha puesto. Si esta relación medico-paciente ha sido positiva se afianza el rol curativo del médico y la confianza del enfermo en su capacidad profesional. Si ha sido negativa se produce una gran ruptura que aleja al paciente del médico. En ambas situaciones los resultados de la relación medico-paciente difunden al medio social, afianzando el prestigio profesional y humano del médico o debilitándolo. (15)

Es por ello que ser profesional e interesarse por el bienestar del prójimo es una habilidad adquirida. Los pacientes desean ser escuchados y comprendidos. Quieren que sus médicos se interesen por ellos como individuos que buscan alivio al dolor y a la incertidumbre. Quieren sentir que pueden compartir con sus médicos, sin riesgo, sus pensamientos mas profundos y sus confidencias mas sensibles. En suma, desean valorarlo como un amigo en quien confían. También esperan que se les mantenga informados mientras reciben un servicio profesional competente. (3)

9) CONCLUSIONES

- 1) El plan educacional proporcionando al paciente en la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán tiene deficiencias en los siguientes aspectos (debido a un porcentaje bajo en su información): En que consiste la enfermedad del paciente, cuál es la causa o posible causa de la enfermedad, nombre del medicamento recetado, duración del tratamiento y efectos secundarios del mismo, cuál es la dieta alimenticia y actividad física que el paciente debe tener, medidas de prevención recomendadas por el médico.
- 2) En el Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán si se está proporcionando en gran porcentaje plan educacional al paciente que asiste a consulta externa, a pesar de las deficiencias en algunos aspectos del plan educacional.
- 3) El 87% de pacientes recibieron información por el médico acerca de su enfermedad, de dicha información el nombre de la enfermedad y la curación de la misma fueron los aspectos que más se proporcionaron.
- 4) Al 69% de los pacientes se les recetaron algún medicamento para su enfermedad y la información proporcionada por el médico acerca del tratamiento farmacológico a éstos pacientes fue principalmente: la dosificación, vía de administración y horario de administración.
- 5) De los aspectos que abarca la información acerca del tratamiento no farmacológico los pacientes sólo recibieron información acerca del tiempo de mejoría y de cuando será la fecha de su cita control y de como obtener la cita para control de la enfermedad.
- 6) Acerca de las medidas de prevención recomendadas por el médico únicamente el 34 % recibió información al respecto.
- 7) Respecto a la proporción de pacientes satisfechos con la relación médico-paciente, un 53% estaba satisfecho con la información brindada acerca de su enfermedad, un 93% estaba satisfecho con el tipo de lenguaje utilizado por el médico, y entre un 66 a 99% del total de pacientes estaban satisfechos con el trato proporcionado por el médico.
- 8) De la evaluación de la relación médico-paciente, los pacientes no estaban satisfechos con el tiempo que los médicos dedicaron para proporcionar plan educacional así también como con el tiempo que le permitieron para plantear sus dudas y el tiempo que el médico dedico para aclararlas.

10) RECOMENDACIONES

- 1) Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social aumentar el presupuesto asignado al área hospitalaria para incrementar el personal médico en el servicio de consulta externa y así cubrir la alta demanda servicio médico solicitado, brindando un mayor tiempo de atención al paciente con lo cuál se fortalecerá la empatía entre el médico y el paciente asegurando de esta manera un adecuado plan educacional y un exitoso plan terapéutico.

- 2) A las autoridades del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán velar para que se proporcione adecuadamente el plan educacional al paciente que asiste a consulta externa.

- 3) A la dirección del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán colocar en cada clínica de la consulta externa la “Guía del Adecuado Plan Educacional” propuesta en esta investigación, con el propósito de servir de recordatorio de como debe de proporcionarse un adecuado plan educacional y que no quede descubierto ningún aspecto del mismo. (Ver anexo 2)

- 4) A las áreas de clínicas, semiología y ambulatorio de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC fortalecer el conocimiento de los estudiantes sobre el plan educacional, para que en un futuro la medicina curativa quede atrás y se practique la medicina preventiva

12) ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Centro de investigaciones de las ciencias de la salud - Unidad de Tesis
Fase III
Responsable: Elmer Ariel Rosario Nuñez

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (uso exclusivo del investigador)

Fecha: ____ / ____ / ____ Especialidad: _____

DATOS GENERALES:

1. Edad: ____ años / Fecha de Nacimiento: ____
2. Sexo: M ____ F ____
3. Escolaridad: _____ Ninguna
____ Primaria ____ Básico
____ Diversificado ____ Universidad
4. Dirección: _____
5. Teléfono: _____

EVALUACIÓN DEL PLAN EDUCACIONAL

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DE SU ENFERMEDAD

- | | |
|---|-----------|
| 6. Recibió información sobre su enfermedad? | SI__ NO__ |
| 7. Le dijeron el nombre de la enfermedad que tiene? | SI__ NO__ |
| 8. Recibió información en que consiste su enfermedad? | SI__ NO__ |
| 9. Le explicaron cuál es la causa de su enfermedad? | SI__ NO__ |
| 10. Le informaron acerca de la curación de su enfermedad? | SI__ NO__ |

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- | | |
|--|-----------|
| 11. Le recetaron algún medicamento para su enfermedad? | SI__ NO__ |
| 12. Le dijeron el Nombre del Medicamento a usar? | SI__ NO__ |
| 13. Le explicaron la cantidad de medicamento que debe usar? | SI__ NO__ |
| 14. Le explicaron cómo debe usar el medicamento? Tomado
Inyectado
Aplicado | SI__ NO__ |

- | | |
|--|-------------|
| 15. Le explicaron cada cuántas horas debe usar el medicamento? | SI___ NO___ |
| 16. Le explicaron por cuántos días debe usar el medicamento? | SI___ NO___ |
| 17. Le informaron los efectos secundarios que le puede causar el medicamento ? | SI___ NO___ |

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- | | |
|---|-------------|
| 18. Le informaron si debe tener algún tipo de dieta? | SI___ NO___ |
| 19. Le explicaron si debe realizar o no algún tipo de actividad física? | SI___ NO___ |
| 20. Le informó el médico en cuánto tiempo espera que usted mejore? | SI___ NO___ |
| 21. Le indicaron como sacar su cita en la consulta externa? | SI___ NO___ |
| 22. Le informaron cuándo es su cita control? | SI___ NO___ |

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- | | |
|--|-------------|
| 23. Le informaron de las medidas de prevención que debe tener? | SI___ NO___ |
|--|-------------|

SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

24. Al momento de explicarle su enfermedad, le dedicaron _____ tiempo
 A) Suficiente B) Regular C) poco D) Nada
25. Considera usted que le brindaron _____ información sobre su enfermedad
 A) Adecuada B) No adecuada
26. Cuando le explicaron acerca de su enfermedad, utilizaron un lenguaje _____
 A) Complicado B) Sencillo
27. Considera usted que le brindaron _____ trato los médicos en la consulta externa
 A) Bueno B) Regular C) Malo D) Pésimo
28. Durante la consulta le dedicaron _____ tiempo para realizar preguntas
 A) Suficiente B) Regular C) poco D) Nada
29. Durante la consulta le dedicaron _____ tiempo para aclarar dudas
 A) Suficiente B) Regular C) poco D) Nada

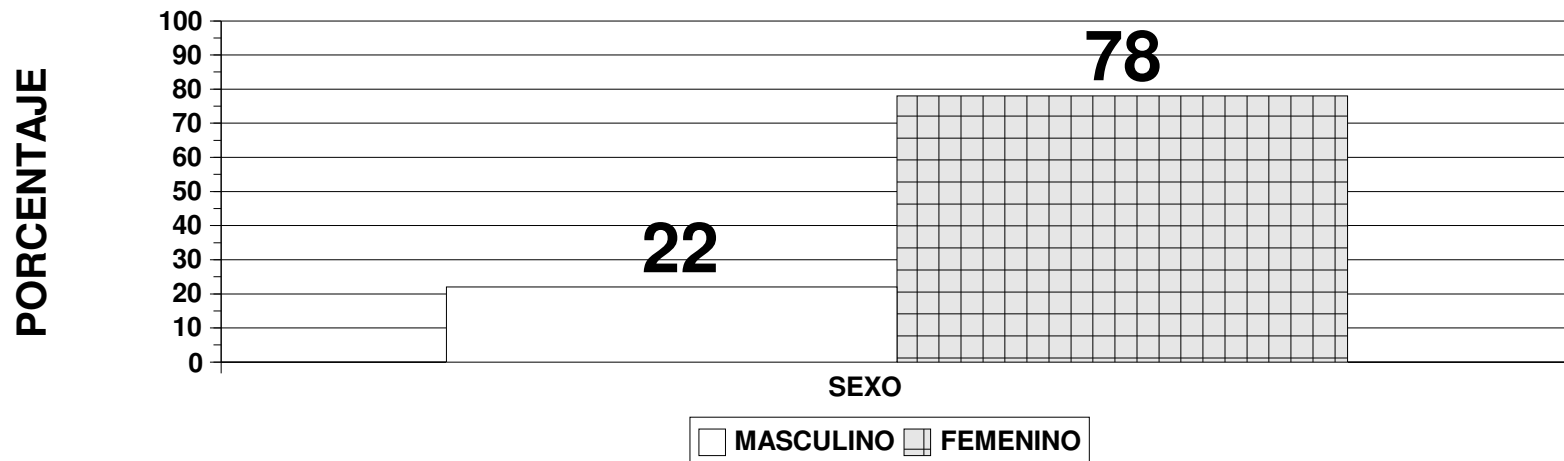
7) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 1
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	%
FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
151	22	536	78	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 1
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
POR SEXO



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán

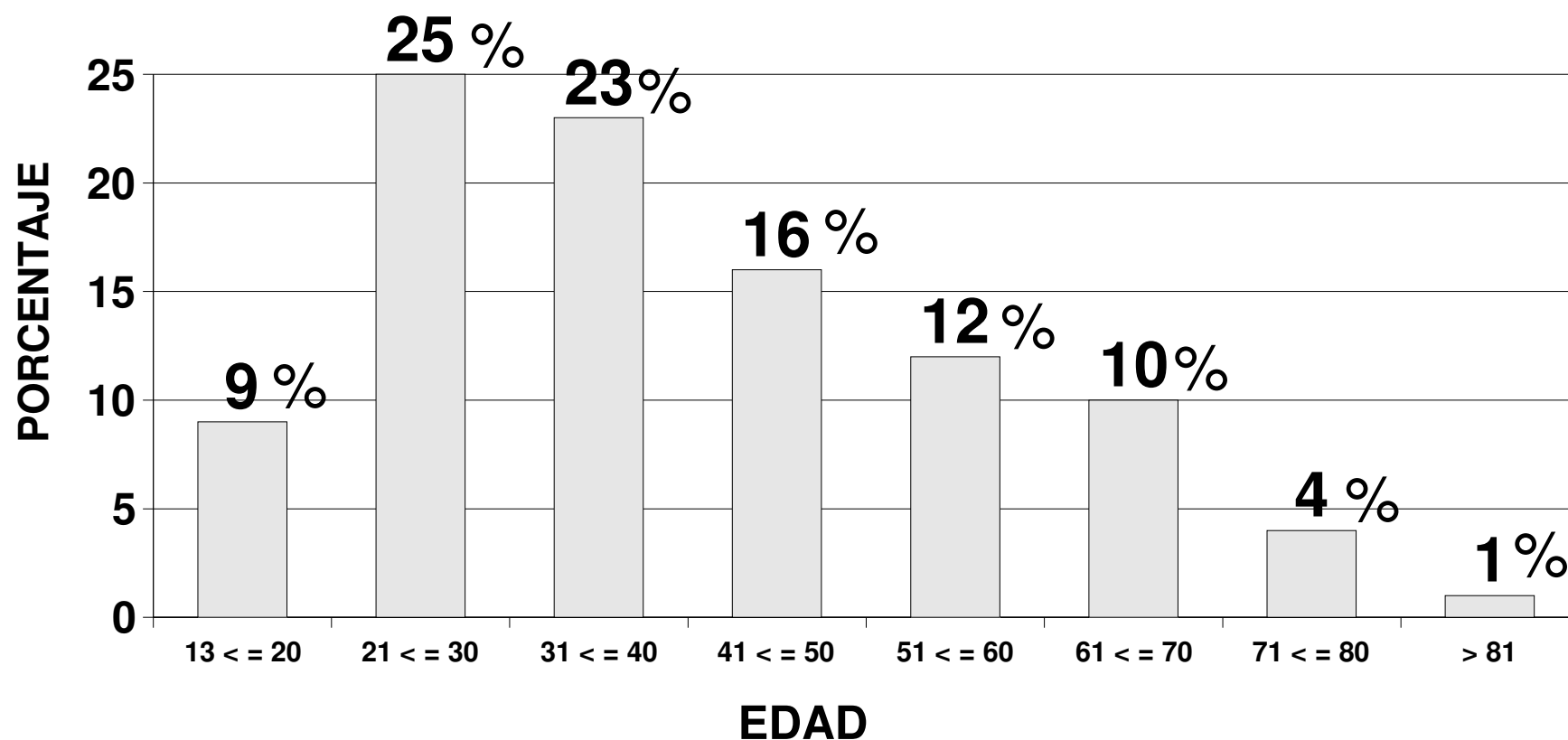
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 2
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
POR GRUPO ETAREO

EDAD	FRECUENCIA	%
13 < = 20	65	9
21 < = 30	169	25
31 < = 40	158	23
41 < = 50	108	16
51 < = 60	86	12
61 < = 70	69	10
71 < = 80	26	4
> 81	6	1
TOTAL	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 2
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
POR GRUPO ETAREO



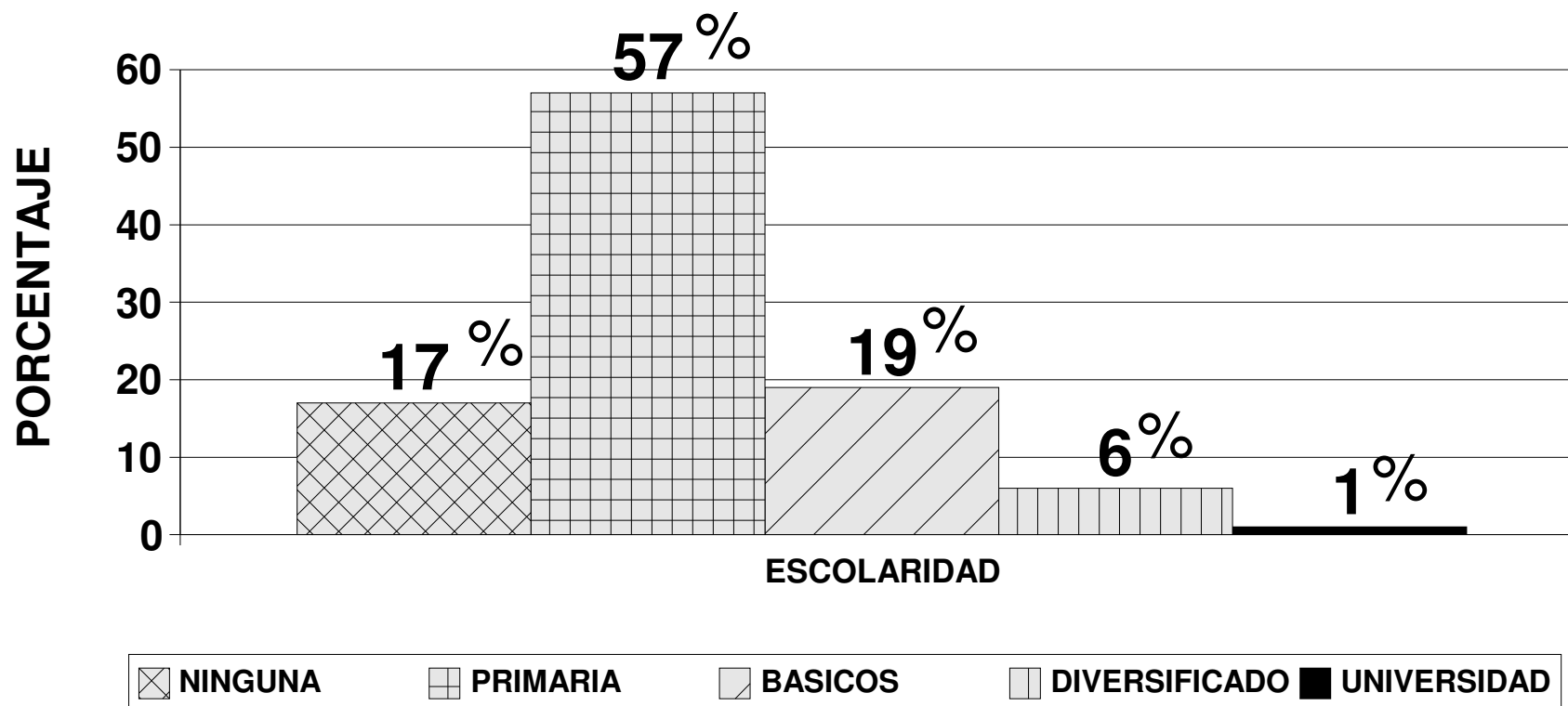
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 3
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
SEGÚN ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
NINGUNA	119	17
PRIMARIA	394	57
BÁSICOS	133	19
DIVERSIFICADO	37	6
UNIVERSIDAD	4	1
TOTAL	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 3
DISTRIBUCION DE PACIENTES ENTREVISTADOS
SEGÚN ESCOLARIDAD



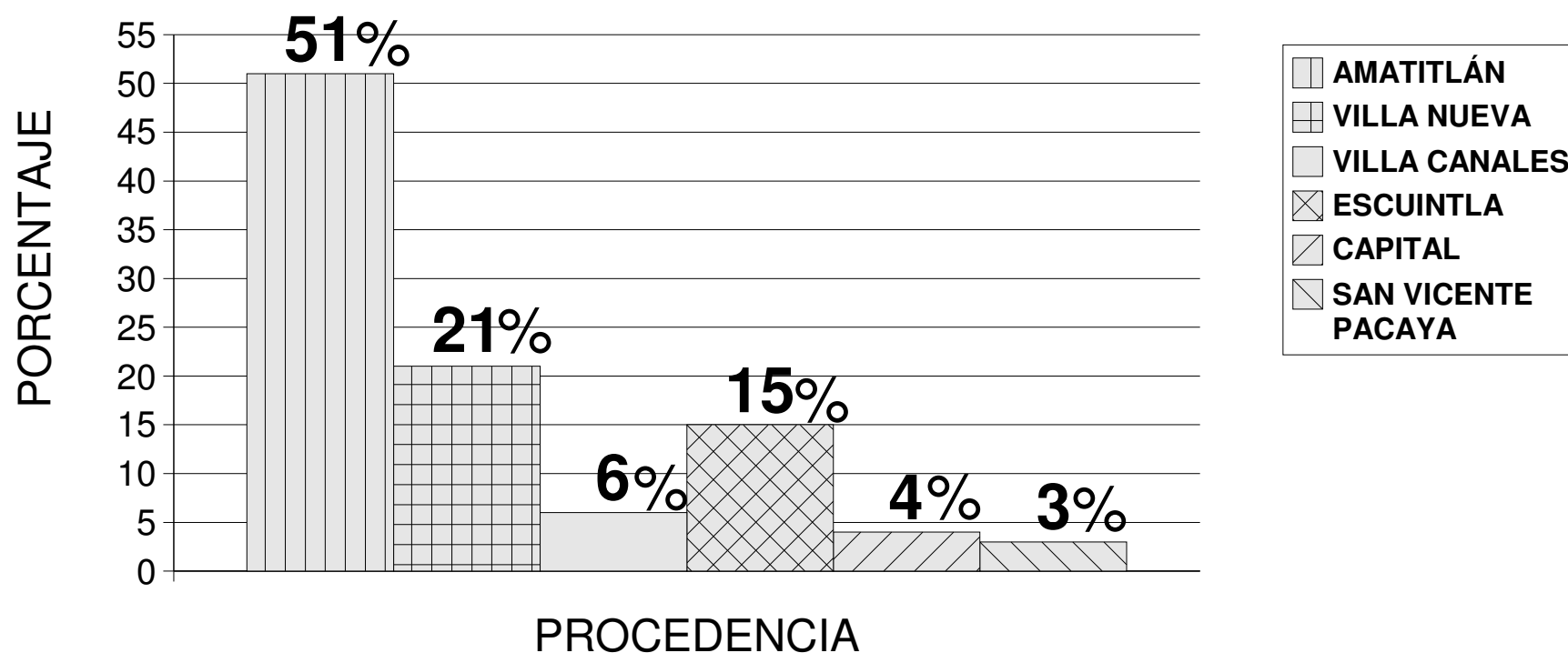
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
 Junio – Julio del año 2004

Cuadro 4
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
SEGÚN PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
AMATITLÁN	352	51
VILLA NUEVA	140	21
VILLA CANALES	41	6
ESCUINTLA	103	15
CIUDAD CAPITAL	28	4
SAN VICENTE PACAYA	23	3
TOTAL	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 4
PROCENCIA DE PACIENTES ENTREVISTADOS
SEGÚN PROCEDENCIA



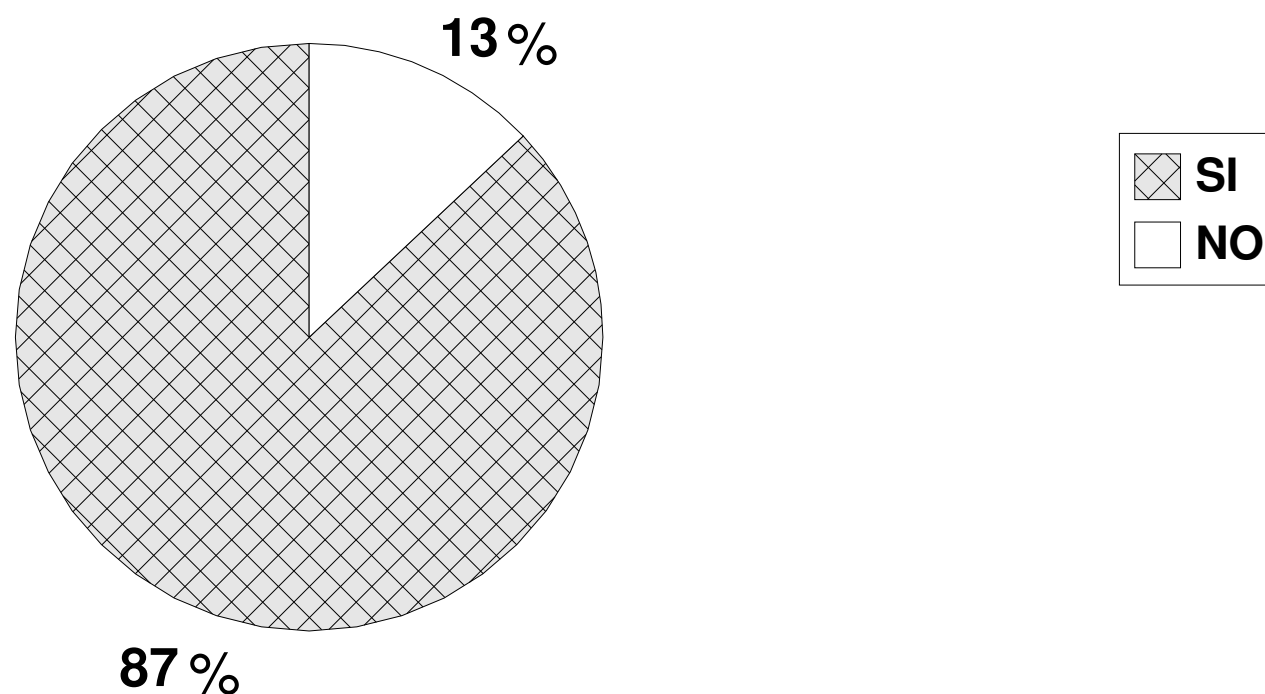
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán
 Junio – Julio del año 2004

Cuadro 5
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON INFORMACION ACERCA DE SU ENFERMEDAD

	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD	596	87	91	13	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 5
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON INFORMACIÓN ACERCA DE SU ENFERMEDAD



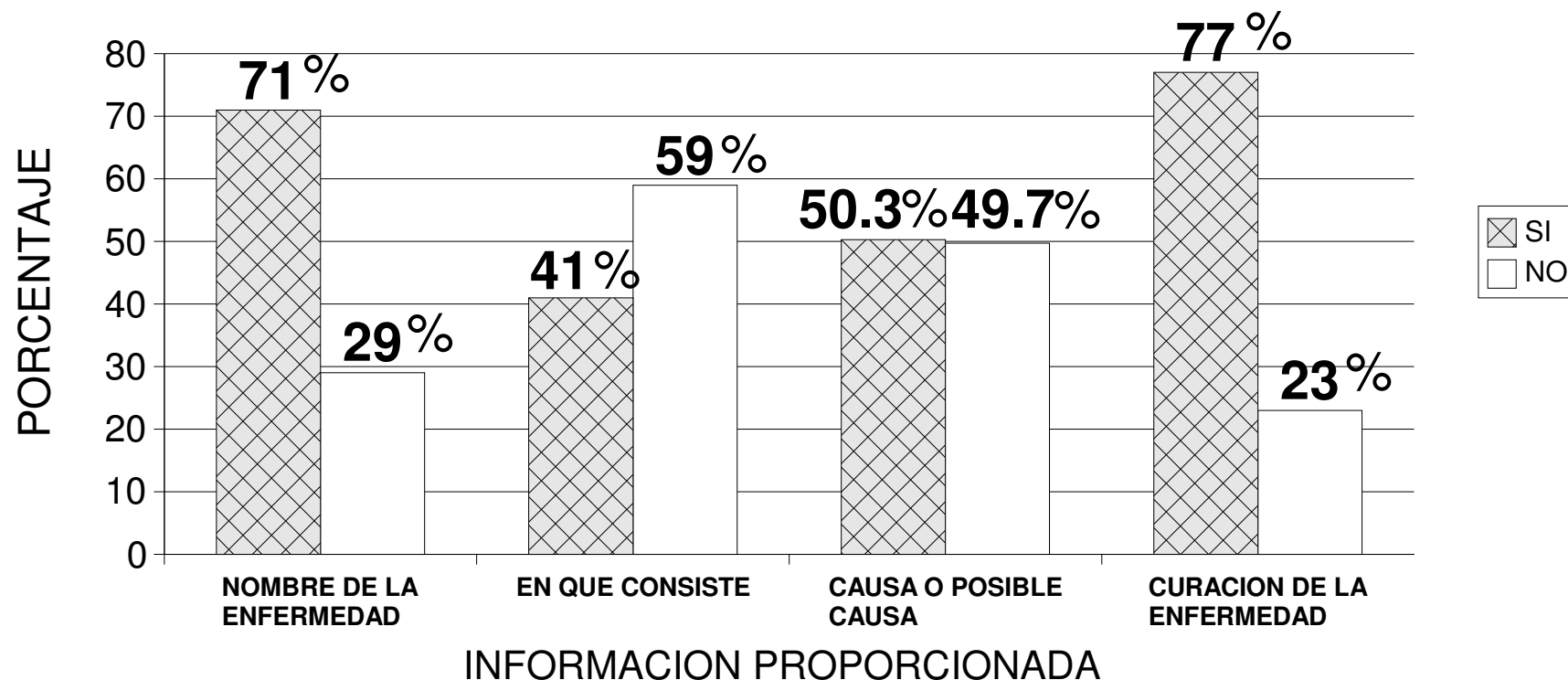
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 6
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON LOS ASPECTOS QUE ABARCA LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU ENFERMEDAD

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DE SU ENFERMEDAD	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
Nombre de la Enfermedad	423	71	173	29	596	100
En que consiste	245	41	351	59	596	100
Causa o posible causa	300	50.3	296	49.7	596	100
Curación de la enfermedad	459	77	137	23	596	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 6
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON LOS ASPECTOS QUE ABARCA
LA INFORMACIÓN ACERCA DE LA ENFERMEDAD



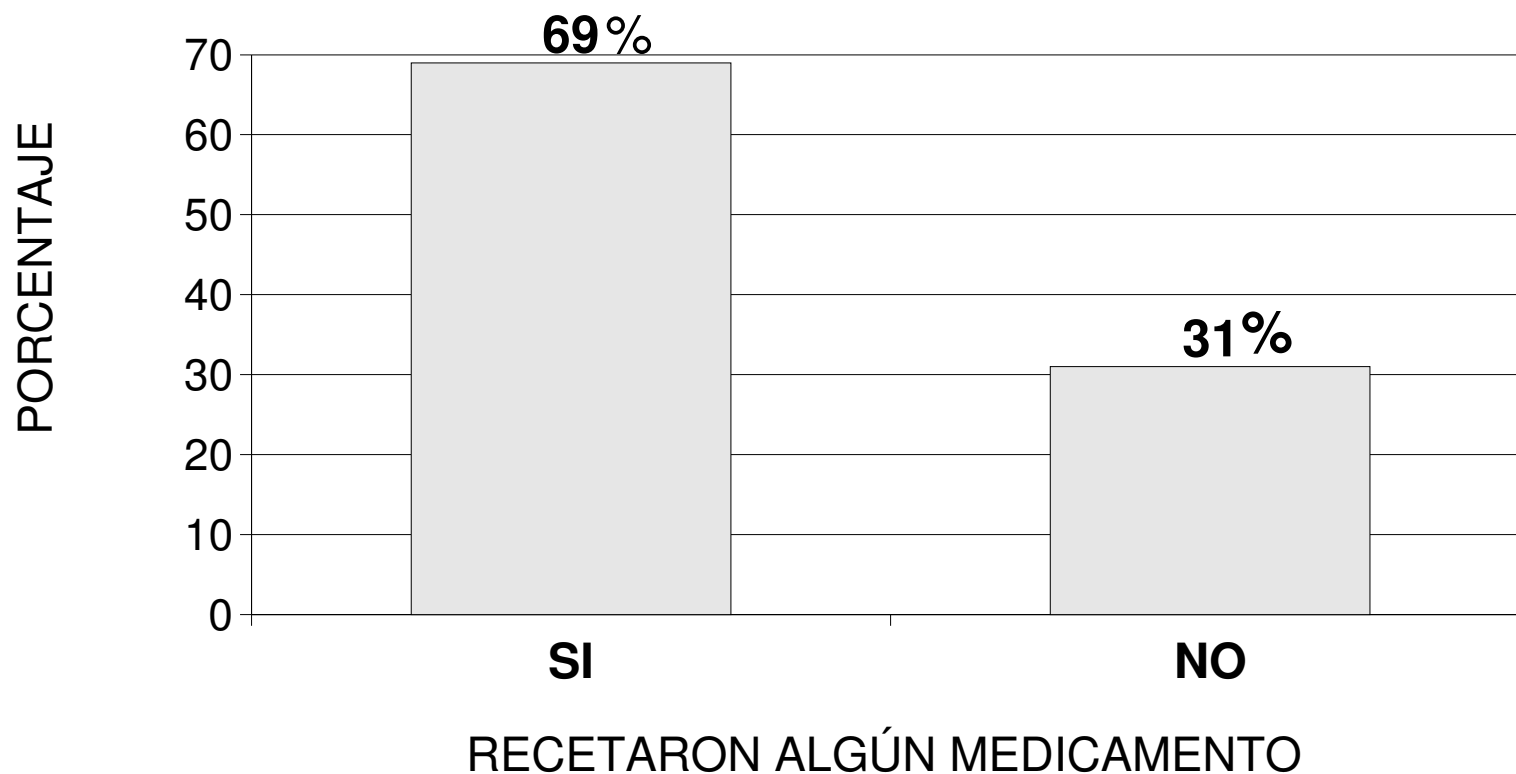
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
 Junio – Julio del año 2004

Cuadro 7
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
A QUIENES LES RECETARON ALGÚN MEDICAMENTO

	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
LE RECETARON ALGUN MEDICAMENTO PARA SU ENFERMEDAD	475	69	212	31	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 7
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
A QUIENES LES RECETARON ALGÚN MEDICAMENTO



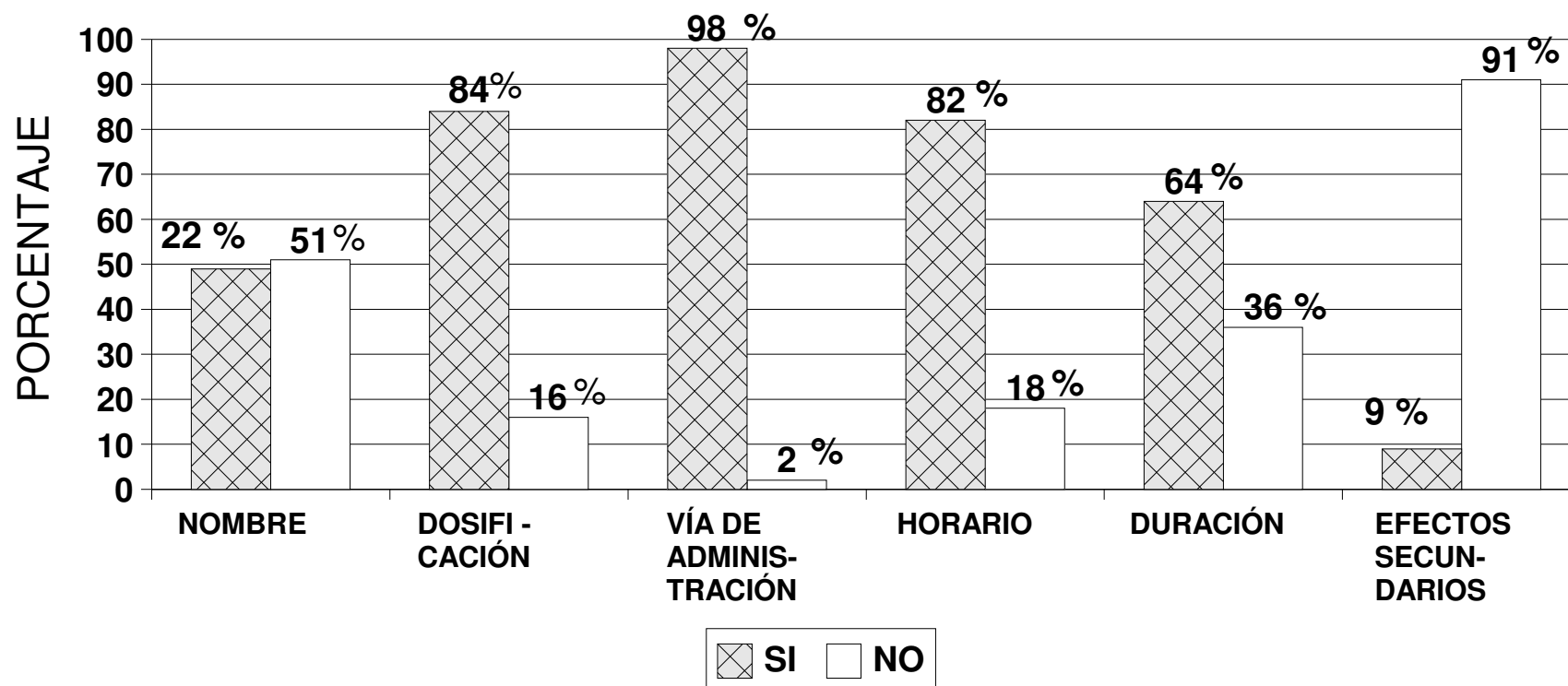
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 8
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON LOS ASPECTOS QUE ABARCA LA INFORMACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
Nombre del medicamento	231	49	244	51	475	100
Dosificación	397	84	78	16	475	100
Vía de administración	465	98	10	2	475	100
Horario de administración	388	82	87	18	475	100
Duración del tratamiento	305	64	170	36	475	100
Efectos secundarios	42	9	433	91	475	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 8
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON LOS ASPECTOS QUE ABARCA LA INFORMACIÓN
ACERCA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán

Junio – Julio del año 2004

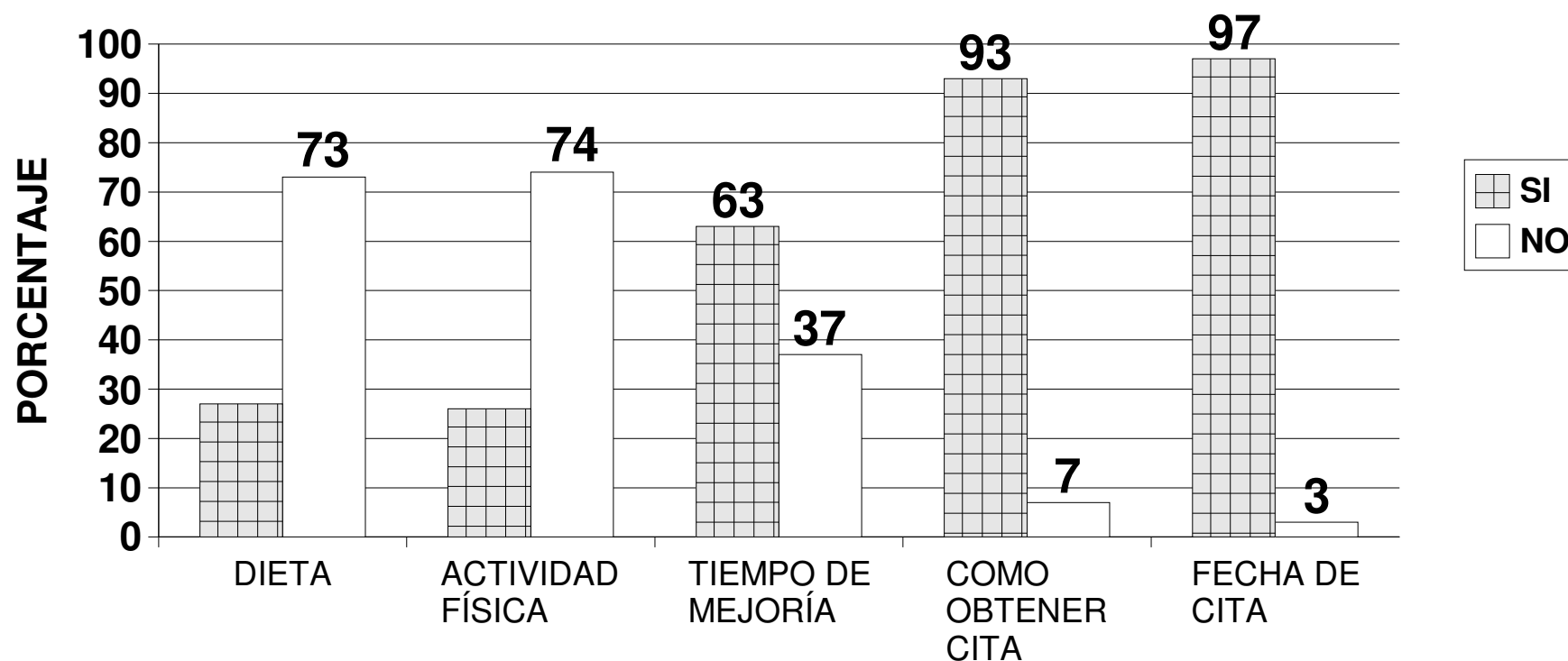
Cuadro 9
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON INFORMACION ACERCA DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	PORCENTAJE	%		
Dieta alimenticia	184	27	503	73	687	100
Actividad física	180	26	507	74	687	100
Tiempo de mejoría	431	63	256	37	687	100
Como obtener cita para control	642	93	45	7	687	100
Fecha de cita para control	665	97	22	3	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 9

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS QUE RECIBIERON INFORMACION ACERCA DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán

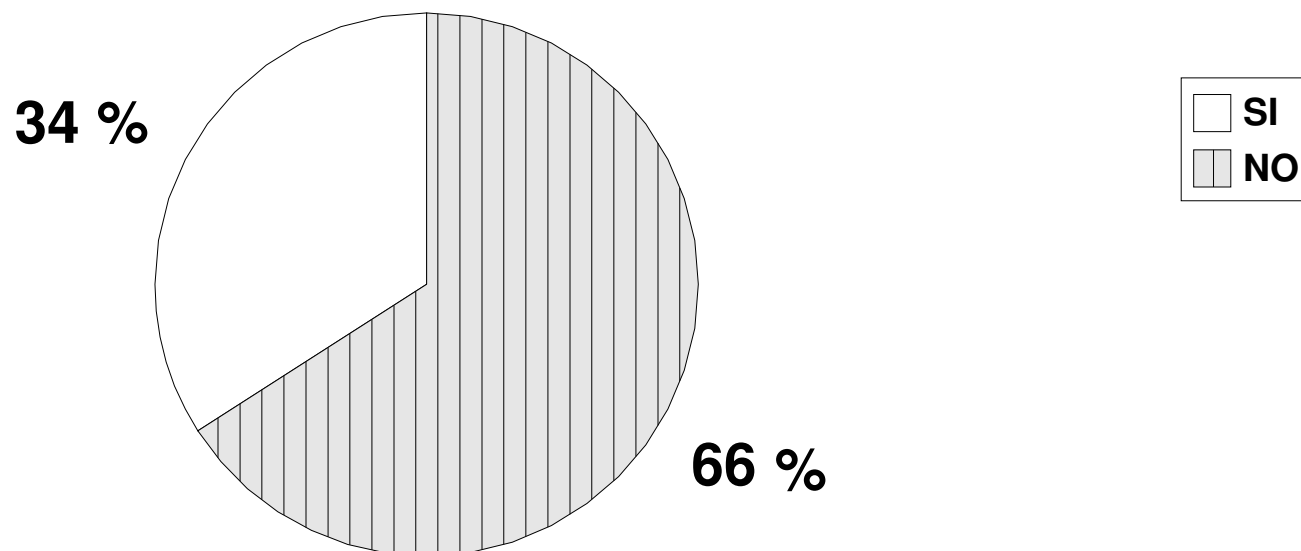
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 10
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON INFORMACION ACERCA DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN

	SI		NO		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN	234	34	453	66	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 10
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS
QUE RECIBIERON INFORMACION
ACERCA DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN



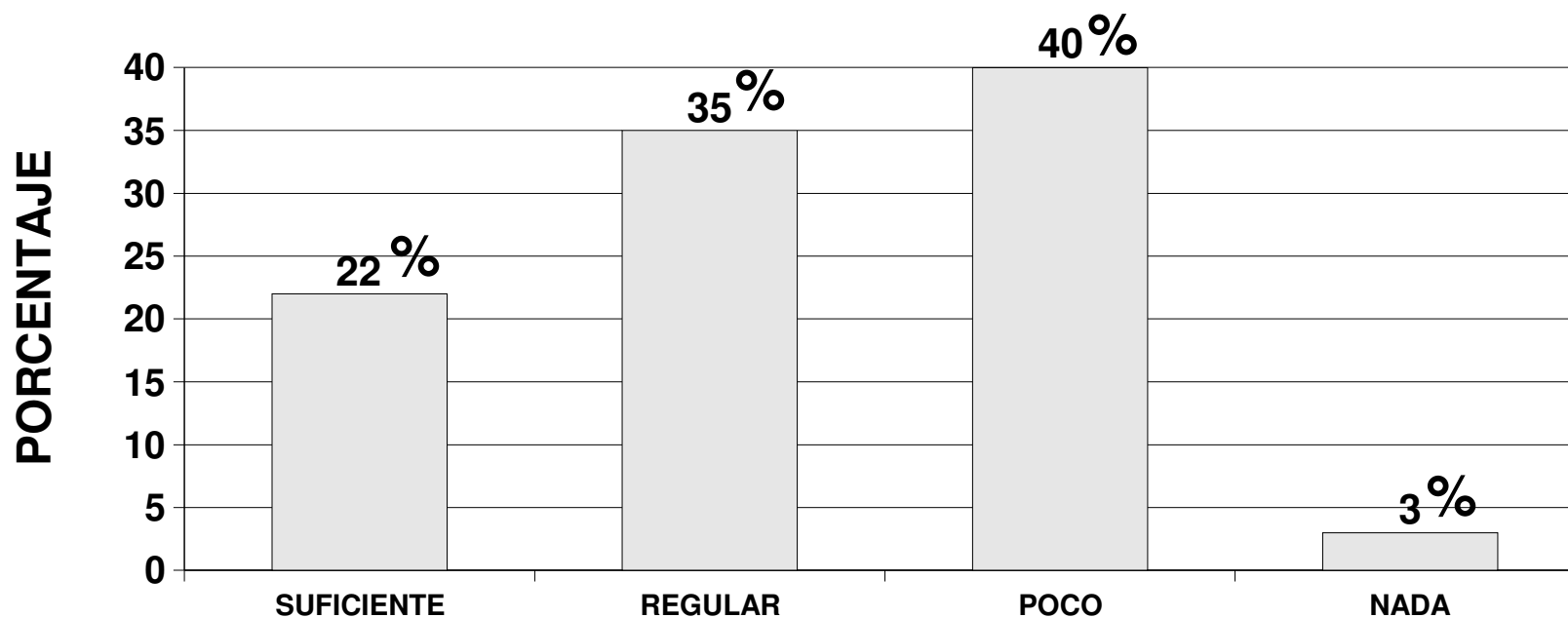
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 11
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIEMPO QUE LOS MÉDICOS DEDICARON
PARA BRINDAR EL PLAN EDUCACIONAL

	SUFICIENTE		REGULAR		POCO		NADA		TOTAL	%
	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%		
TIEMPO DEDICADO AL PLAN EDUCACIONAL	151	22	243	35	273	40	20	3	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 11
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIEMPO QUE LOS MÉDICOS DEDICARON
PARA BRINDAR EL PLAN EDUCACIONAL



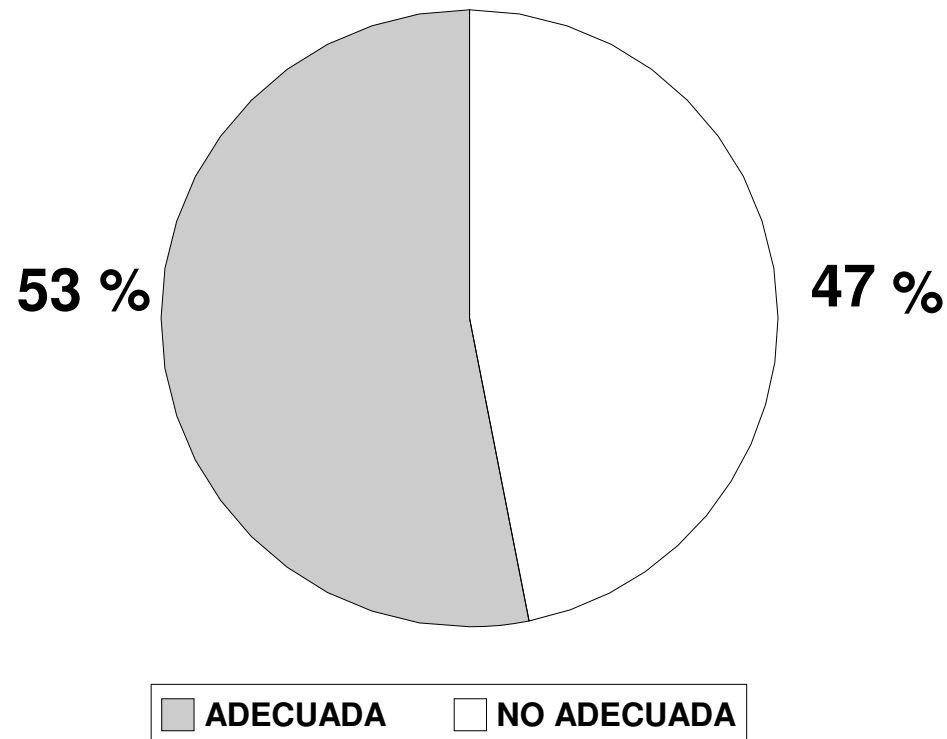
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro No. 12
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO A LA ADECUADA INFORMACIÓN BRINDADA ACERCA DE SU ENFERMEDAD

	ADECUADA		NO ADECUADA		TOTAL	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
INFORMACIÓN BRINDADA	362	53	325	47	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 12
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO A LA ADECUADA INFORMACIÓN BRINDADA
ACERCA DE SU ENFERMEDAD



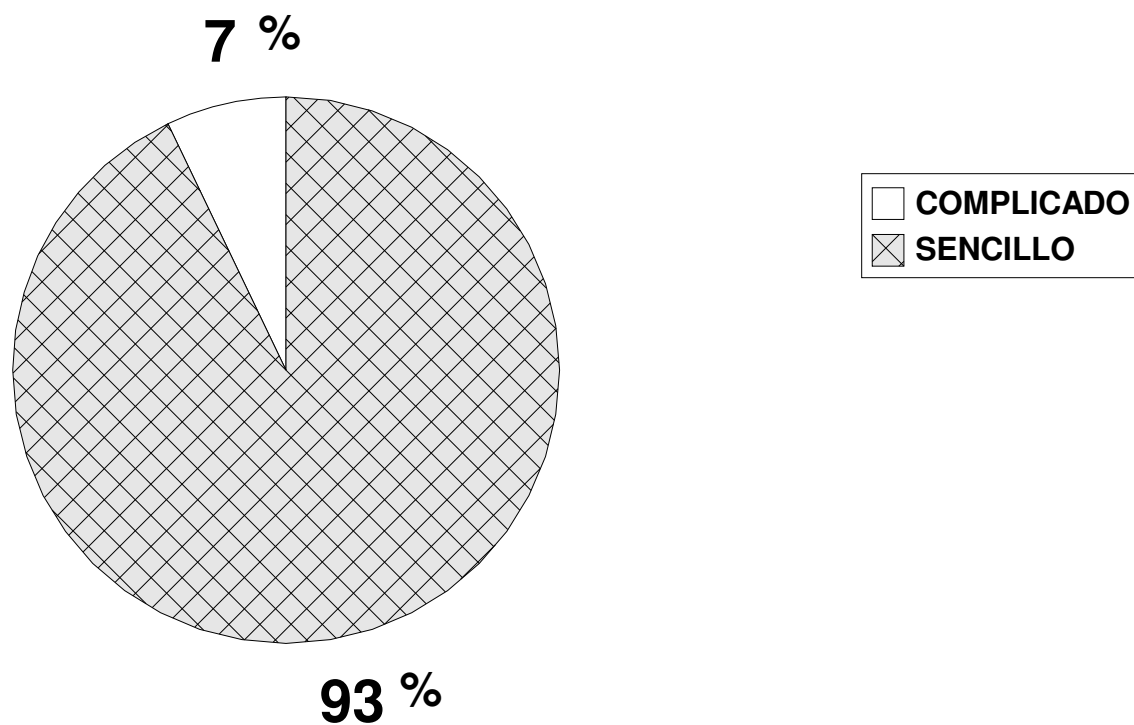
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro No. 13
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIPO DE LENGUAJE UTILIZADO POR EL MÉDICO AL BRINDARLE INFORMACIÓN

	COMPLICADO		SENCILLO		TOTAL	PORCENTAJE
	VALOR REAL	PORCENTAJE	VALOR REAL	PORCENTAJE		
TIPO DE LENGUAJE UTILIZADO	50	7 %	637	93 %	687	100 %

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 13
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIPO DE LENGUAJE UTILIZADO
POR EL MÉDICO AL BRINDARLE INFORMACIÓN



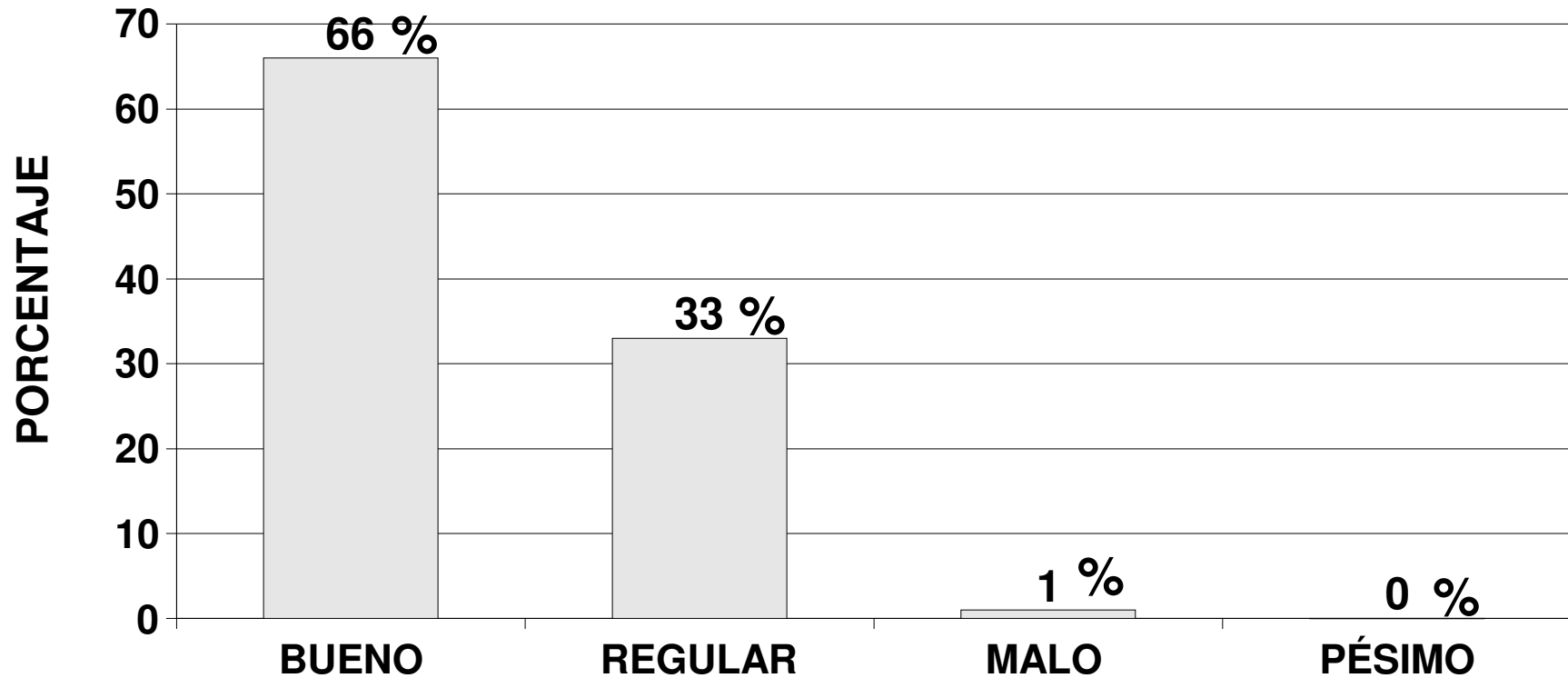
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 14
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TRATO BRINDADO POR EL MÉDICO

	BUENO		REGULAR		MALO		PESIMO		TOTAL	%
	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%		
TRATO PROPORCIONADO POR EL MÉDICO	450	66	227	33	10	1	0	0	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 14
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TRATO BRINDADO POR EL MÉDICO



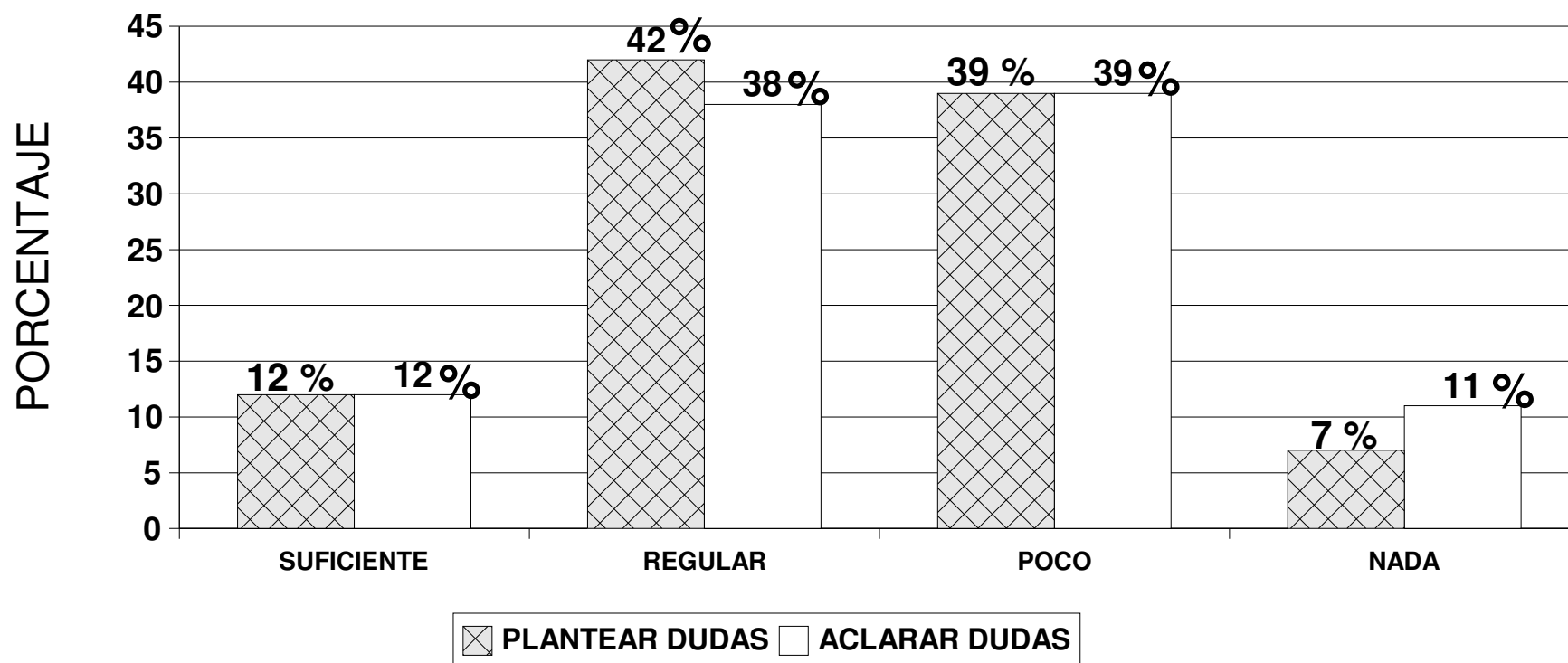
Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
Junio – Julio del año 2004

Cuadro 15
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIEMPO QUE LE PERMITIERON PARA PLANTEAR SUS DUDAS Y
EL TIEMPO QUE EL MÉDICO DEDICÓ PARA ACLARARLAS

	SUFICIENTE		REGULAR		POCO		NADA		TOTAL	%
	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%		
TIEMPO DEDICADO PARA REALIZAR PREGUNTAS	81	12	287	42	267	39	52	7	687	100
TIEMPO DEDICADO PARA ACLARAR DUDAS	81	12	262	38	266	39	78	11	687	100

Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán
Junio – Julio del año 2004

Gráfica 15
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
RESPECTO AL TIEMPO QUE LE PERMITIERON PARA PLANTEAR
SUS DUDAS Y EL TIEMPO QUE EL MÉDICO DEDICÓ PARA ACLARARLAS



Fuente: Datos obtenidos de encuesta realizada en Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán
 Junio – Julio del año 2004

INDICE

Contenido:	Página:
1) Resumen	2
2) Definición y análisis del problema	3
3) Justificación	7
4) Objetivos	10
5) Revisión bibliográfica	12
6) Diseño del estudio	20
7) Presentación de resultados	23
8) Análisis, discusión e interpretación de resultados	24
9) Conclusiones	31
10) Recomendaciones	32
11) Referencias bibliográficas	33

1) RESUMEN

Estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo fué evaluar el plan educacional proporcionado a 687 pacientes que asistieron a consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán.

Los datos se obtuvieron de una encuesta realizada a los pacientes que egresaban de la clínica de consulta externa. La evaluación del plan educacional se dividió en 4 aspectos: 1) Información proporcionada acerca de la enfermedad 2) Información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico 3) Información proporcionada acerca del tratamiento no farmacológico 4) Medidas de prevención recomendadas por el médico. Además se evaluó la satisfacción de los pacientes respecto a la relación médico-paciente.

Los resultados obtenidos indican que si se está proporcionando plan educacional al paciente que asiste a consulta externa, pero tiene deficiencias en los siguientes aspectos; ¿en que consiste la enfermedad del paciente?, ¿cuál es la causa o posible causa de la enfermedad?, nombre del medicamento recetado, duración del tratamiento y efectos secundarios del mismo, ¿cuál es la dieta alimenticia y actividad física que el paciente debe tener?, medidas de prevención recomendadas por el médico. Respecto a satisfacción en la relación médico-paciente, se obtuvo satisfacción del paciente en los aspectos de la información brindada acerca de la enfermedad, el tipo de lenguaje utilizado por el médico, sin embargo no estaban satisfechos con el tiempo que los médicos dedicaron para proporcionar plan educacional así también con el tiempo que le permitieron para plantear sus dudas y el tiempo que el médico dedico para aclararlas.

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social aumentar el presupuesto asignado al área hospitalaria para incrementar el personal médico en el servicio de consulta externa y así cubrir la alta demanda solicitada, brindando un mayor tiempo de atención al paciente con lo cuál se fortalecerá la

empatía entre el médico y el paciente asegurando de esta manera un adecuado plan educacional y un exitoso plan terapéutico. A las áreas de clínicas, semiología y ambulatorio de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC fortalecer el conocimiento de los estudiantes sobre el Plan Educacional, para que en un futuro la medicina curativa quede atrás y se practique la medicina preventiva y a las autoridades del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán velar para que se proporcione adecuadamente el plan educacional al paciente que asiste a consulta externa.

2) DEFINICIÓN Y ANALISIS DEL PROBLEMA

2.1) ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Desde hace varias décadas atrás se ha visto que la educación en salud por parte del médico ha presentado muchas deficiencias, es por ello que existen estudios realizados en Guatemala que demuestran que el plan educacional que se les brinda a los pacientes es incompleto y algunas veces no existe.

En 1988 se realizó un estudio en las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala, el cuál tenía el objetivo de evaluar el Plan Educacional que el médico estudiante de clínicas familiares proporcionaba al paciente, encontrando que éste es deficiente, ya que el 61% de los pacientes no conocían el nombre del medicamento, al 30% de éstos no se les había dicho, y el resto lo había olvidado. Al 100% no se les explicó sobre los efectos colaterales de los fármacos prescritos (7)

En 1992 se realizó otro estudio en las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala, el cuál tenía el objetivo de determinar la proporción de pacientes que recuerdan el plan educacional proporcionado (en esta ocasión el plan educacional que los pacientes recibieron fue dada por los docentes). El estudio evidenció que en un 30% los pacientes no recibieron información sobre su enfermedad, un 32% no recibió información sobre el tratamiento farmacológico, un 65% no recibió información sobre medidas de prevención, y 69% no recibieron información sobre dieta, pronóstico de la enfermedad y cita control. (7, 13)

En 1988 se realizó un estudio en el Hospital Roosevelt el cual tenía como objetivo establecer el grado de comprensión de la enfermedad por parte del paciente que egresaba del departamento de Medicina Interna. El estudio reveló que el 47% de los pacientes desconocía de su enfermedad, el 57% desconocía

del tratamiento farmacológico, el 66% desconocía acerca del tratamiento no farmacológico y el 74% desconocía del pronóstico de su enfermedad, acerca de la pregunta: el médico lo escuchó?, el 90% de los pacientes respondieron que poco. (8)

En el año 2,002 en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán se elaboró un plan de acción en el cuál se realizaron 100 entrevistas a usuarios que demandan atención en la consulta externa, dentro de las preguntas, figuraba:

¿Le brindaron información sobre su problema o enfermedad?

La respuesta a ésta pregunta fue: El 32% respondió que sí recibieron información sobre su problema y el 68% respondió que NO recibieron información (ni de médico, ni de enfermera), sólo le indicaron que pidiera cita.

Además se llevó a cabo un análisis de flujo de usuarios en la consulta externa. Se tomó una muestra de 100 pacientes. El resultado fue: El tiempo promedio que un paciente permanece en consulta externa fue de 3.55 horas, del cual el tiempo promedio de atención brindado por parte del médico fue de 8.24 minutos (se aclara que este valor se debe a que en consulta externa se realiza procedimientos menores, que le lleva al médico un tiempo de 10 a 15 minutos, ya que existen valores de atención por parte del médico de hasta 3 minutos). (10)

2.2) DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La educación en salud por parte del médico ha presentado desde hace varias décadas muchas deficiencias y el Plan Educacional no se está proporcionando adecuadamente, o simplemente no se está dando.

Las deficiencias que se han detectado en el plan educacional que se le proporciona al paciente según los estudios realizados en Guatemala incluyen alguno de los cuatro aspectos que forman el Plan Educacional:

1) Información proporcionada acerca de su enfermedad

- 1.1) Nombre de la enfermedad
- 1.2) En que consiste la enfermedad
- 1.3) Causa o posible causa de la enfermedad
- 1.4) Curación de la enfermedad

2) Información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico

- 2.1) Nombre del medicamento
- 2.2) Dosificación
- 2.3) Vía de administración
- 2.4) Horario de administración
- 2.5) Duración del tratamiento
- 2.6) Efectos secundarios

3) Información proporcionada acerca del tratamiento no farmacológico

- 3.1) Dieta alimenticia
- 3.2) Actividad
- 3.3) Tiempo de mejoría
- 3.4) Cita de control

4) Medidas de prevención recomendadas por el médico

Si no se brinda un adecuado plan educacional al paciente que egresa de consulta externa, existe la gran posibilidad de que el paciente vuelva a enfermar, debido a que no se le explicó como se llama su enfermedad, en que consiste, cuál es la causa, si hay curación o no, que tratamiento debe de tener, nombre del medicamento, dosis, vía de administración, duración del tratamiento, efectos secundarios del tratamiento, dieta alimenticia, actividad física, tiempo de mejoría.

Los servicios asistenciales, en especial los de atención primaria, son los principales ámbitos donde se desarrollan las actividades de educación sanitaria, siendo los responsables de su aplicación los médicos y el personal de enfermería (6, 4), es por ello que la relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción. (16)

“El verdadero trabajo de un médico no es el que realiza en los centros de salud, ni en las clínicas públicas, ni en los quirófanos, ni en los laboratorios, ni junto a la cama 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 confianza. En eso consiste la consulta al médico y todas las demás cosas del ejercicio de la Medicina se derivan de esa función” (4)

Por ello, la relación médico-paciente se entiende por aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.(9)

El médico y el paciente viven en la relación médico-paciente una experiencia nueva, positiva o negativa que queda en su memoria. La gran interrogante ética para el médico, es si cumplió su rol de ayudar técnica y humanamente al paciente; y para el paciente, si el médico llenó o no las expectativas que en él habría puesto. Si esta relación medico-paciente ha sido positiva se afianza el rol curativo del médico y la confianza del enfermo en su capacidad profesional. Si ha sido negativa se produce una gran ruptura que aleja al paciente del médico. En ambas situaciones los resultados de la relación medico-paciente difunden al medio social, afianzando el prestigio profesional y humano del médico o debilitándolo. (15)

En el diagrama de flujo No.1 se ilustra las causas que originan o pueden originar un inadecuado plan educacional proporcionado por el médico, o

simplemente la falta de plan educacional proporcionado, así como también el impacto que tiene sobre el paciente, la familia, la institución, y la sociedad.

2.3) DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio se realizó con pacientes que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán, ya que es aquí en donde la educación en salud debería de proporcionarse ampliamente, ya que con ello se estaría cumpliendo con la promoción de la medicina preventiva que ha estado impulsando incansablemente la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud pública y Asistencia Social

2.4) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el análisis de flujo de usuarios que se realizó en la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán en el año 2002. El tiempo promedio que un paciente permanece en consulta externa fue de 3.55 horas, del cual el tiempo promedio de atención al paciente brindado por parte del médico fue de 8.24 minutos (este valor se debe a que en consulta externa se realiza procedimientos menores, que le lleva al médico un tiempo de 10 a 15 minutos, ya que existen valores de atención al paciente por parte del médico de hasta 3 minutos). (10)

Debido a que es difícil que el médico en poco tiempo puedan brindar plan educacional al paciente, surge la interrogante:

¿ Se dará Plan Educacional?

y si se dá

¿ Será adecuado el Plan Educacional que recibe el paciente en la Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán ?

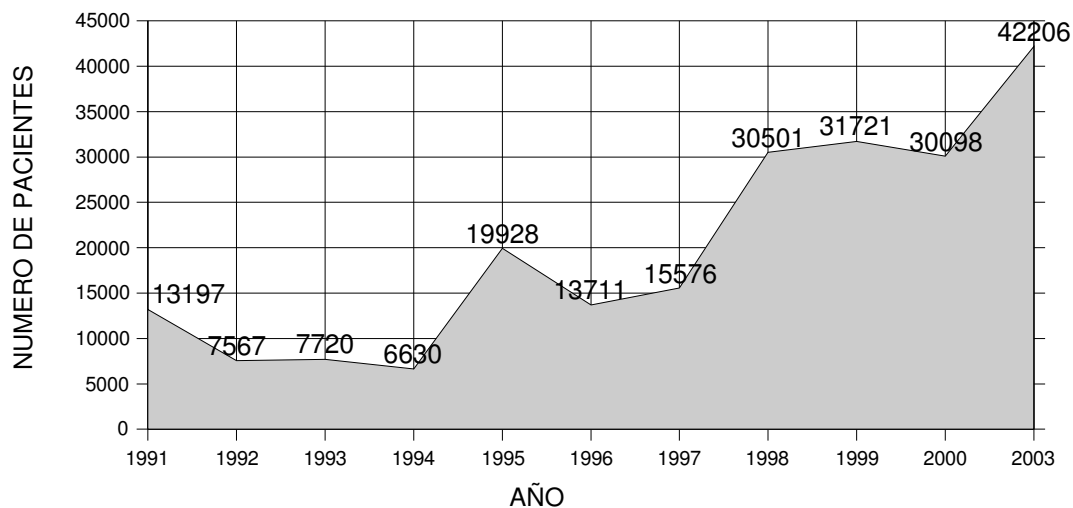
3) JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

3.1) MAGNITUD

La cantidad de pacientes atendidos anualmente en el área de consulta externa y emergencia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán (para el año 2,003 fue de 42,206 pacientes) es sólo superada por el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt. (10)

La producción en la Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán en los últimos 13 años ha estado incrementándose de 13,197 pacientes en el año de 1,991 a 42,206 pacientes para el año 2,003, ésto a pesar de que existen subregistros por diferentes circunstancias (11). La historia de la producción anual de la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán se muestra a través de la siguiente gráfica

PRODUCCIÓN ANUAL DE LA CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE AMATITLÁN



Fuente: Santos de Pivaral, Sonia Elizabeth. Documento Procesos del Hospital Nacional de Amatitlán. Unidad de Gestión del Usuario. Julio año 2,002.

3.2) TRASCENDENCIA

El Ministerio de Salud Pública debe desarrollar una función muy importante dentro de sus actividades, brindando un eficiente y efectivo servicio a la sociedad guatemalteca. Esto hace necesario la búsqueda de aspectos innovadores que permitan mejorar y establecer el desarrollo institucional. (11)

Para fortalecer la calidad de atención de los usuarios, es sumamente importante elaborar los procesos y/ o investigaciones que intervengan con la atención del mismo. (11)

La misión de la Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán desde el año 2,002 es prestar todos los servicios con que cuenta actualmente a toda la población en general., con criterios de SOLIDARIDAD, COMPETITIVIDAD, EQUIDAD, IGUALDAD Y CALIDAD, bajo la dirección del Hospital y con Rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (10)

Dentro de los objetivos que están trabajando desde el año 2,002 es; mejorar la calidad de atención de los servicios de consulta externa mediante eficiencia y eficacia, promover la participación del nivel preventivo, brindar mejor orientación a los pacientes en relación a su estado de salud. (10)

Por lo tanto se justifica el presente estudio, ya que el inadecuado plan educacional proporcionado al paciente origina en él inseguridad, desconfianza, temor, angustia, incumplimiento del tratamiento y todo ello provoca un impacto

biológico, social y económico en el paciente que en última instancia retrasa la recuperación de la salud. (Ver diagrama de flujo No.1)

3.3) VULNERABILIDAD

Al tener el presente estudio el objetivo La evaluación del Plan Educativo proporcionado al paciente en la Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán, se podrá evidenciar si existen deficiencias en éste, o simplemente no se proporciona plan educativo.

La solución al problema de un inadecuado plan educativo proporcionado al paciente en consulta externa, debe darse de una manera integral, los resultados que se obtengan del presente estudio servirán a la dirección médica del Hospital para presentarlos en su momento debido al ministerio de salud pública y asistencia social para solicitar un aumento en el presupuesto destinado al área hospitalaria, con ello poder aumentar el número de médicos que atienden la consulta externa, así disminuirá el número de pacientes atendidos por un médico y con esto se brindará un mayor tiempo de atención al paciente y por lo tanto se proporcionará un plan educativo adecuado.

Al haber mayor número de médicos que atiendan la consulta externa la alta demanda de servicio médico solicitado en consulta externa no será un factor que influya en un inadecuado plan educativo proporcionado al paciente o falta del mismo.

Así mismo al haber mayor número de médicos atendiendo la consulta externa existirá el tiempo necesario para poder tener una buena relación médico paciente y con ello una buena empatía, esto promoverá un adecuado plan educativo proporcionado al paciente y cumplimiento del plan terapéutico.

Además los resultados obtenidos servirán para realizar un proceso de retroalimentación para mejorar así la labor médica, y con esto la calidad de atención al paciente, además de que no existe un estudio en esta institución que haya evaluado este objetivo.

Además de lo anterior se realizará una guía del adecuado plan educativo que se debe otorgar a todo paciente. Dicha guía será sugerida a la directora del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán para que pueda colocarse en cada clínica de la consulta externa, esto con el propósito de servir de recordatorio de como debe darse un buen plan educativo y que no quede descubierto ningún aspecto del mismo.

4) OBJETIVOS

4.1) GENERAL:

Evaluar el plan educacional proporcionado al paciente en la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán

4.2) ESPECÍFICOS:

4.2.1) Identificar si se proporciona el plan educacional al paciente en consulta externa

4.2.2) Enumerar aspectos del plan educacional recibidos por el paciente en consulta externa:

4.2.2.1) Información proporcionada acerca de la enfermedad:

4.2.2.1.1) Nombre de la enfermedad

4.2.2.1.2) En que consiste la enfermedad

- 4.2.2.1.3) Causa o posible causa de la enfermedad
- 4.2.2.1.4) Curación de la enfermedad

4.2.2.2) Información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico:

- 4.2.2.2.1) Nombre del medicamento
- 4.2.2.2.2) Dosificación
- 4.2.2.2.3) Vía de administración
- 4.2.2.2.4) Horario de administración
- 4.2.2.2.5) Duración del tratamiento
- 4.2.2.2.6) Efectos secundarios

4.2.2.3) Información proporcionada acerca del tratamiento no farmacológico:

- 4.2.2.3.1) Dieta alimenticia
- 4.2.2.3.2) Actividad física
- 4.2.2.3.3) Tiempo de mejoría
- 4.2.2.3.4) Cita de control

4.2.2.4) Medidas de prevención recomendadas por el médico

4.2.3) Cuantificar la proporción de pacientes satisfechos con la relación medico-paciente en los aspectos:

- 4.2.3.1) Tiempo dedicado al plan educacional
- 4.2.3.2) La información brindada por el médico
- 4.2.3.3) El tipo de lenguaje utilizado por el médico
- 4.2.3.4) El trato proporcionado por el médico
- 4.2.3.5) Tiempo dedicado para realizar preguntas y aclarar dudas

5) REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

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 (artículo 25). (5, 4)

Es por ello que los seres humanos que no gozan de salud buscan el cobijo que les brinda los servicios de salud.

Los servicios asistenciales, en especial los de atención primaria, son los principales ámbitos donde se desarrollan las actividades de educación sanitaria, siendo los responsables de su aplicación los médicos y el personal de enfermería (6, 4), es por ello que la relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción. (16)

Cuando los pacientes solicitan atención médica, confían sus vidas a sus médicos. El médico debe de ganarse tal confianza sin reservas. El paciente debe sentir que sus médicos se preocupan por él como persona, no sólo como enfermo. (3)

Con palabras de Kollar : "Se espera que el médico se ocupe no sólo del organismo enfermo, sino, así mismo, del estado del organismo entero, del hombre en su totalidad, porque se encuentra de hecho frente a una persona no ante un órgano aislado, ni ante algo abstracto". (12)

Puesto que la enfermedad supone una necesidad, un sufrimiento, que implica al propio cuerpo, a la intimidad de la propia persona. De aquí que el instrumento más adecuado para la relación, sea la comunicación verbal y no verbal y el vínculo más apropiado la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro, de sintonizar con sus vivencias. (12)

La ética médica clásica se basó en el principio de que la enfermedad no sólo altera el equilibrio somático o corporal del hombre, sino también el psíquico y moral. El dolor transforma de tal modo la capacidad de juicio del ser humano, (decía ya Aristóteles), que le impide tomar decisiones prudentes. Por eso, la virtud primaria y casi única del enfermo había de ser la "obediencia". La relación médico-paciente era por naturaleza asimétrica, vertical, ya que la función del médico consistía en mandar y la del enfermo en obedecer. El estereotipo clásico de buen enfermo ha sido siempre el de un ser pasivo, que no pregunta ni protesta, y que establece con su médico relaciones muy parecidas a las de un niño pequeño con su padre. De ahí que la actitud médica clásica fuera "paternalista". (6)

En la relación médico-paciente el médico asumía el papel de padre autoritario, que busca el mayor bien del paciente pero sin contar con su voluntad. Así se explica que a lo largo de la historia de la medicina sea posible encontrar una enorme profusión de códigos éticos de los médicos, pero ninguno de los enfermos. Éstos han surgido hace escasamente 20 años. Sólo a principios de la década de los setenta comenzó a interpretarse la relación sanitario-paciente como un proceso de negociación entre personas adultas, ambas autónomas y responsables. Con ello se intentó soslayar el proceso de infantilización al que se vio sometido el paciente en el modelo clásico. Las relaciones sanitarias, se dice ahora, serán tanto más maduras cuanto más adultas, y para esto último es preciso que el enfermo deje de ser considerado como un menor de edad. Es muy probable que los actos medico-sanitarios sean hoy mejores que los de cualquier otra época de la historia de la medicina, no sólo desde el punto de vista técnico, sino también desde el punto de vista moral. Desde los tiempos de la antigüedad romana se viene definiendo al médico como *vir bonus medendi peritus*, es decir, hombre bueno, perito en el arte de curar. (6)

Candib opina que una interacción aislada entre paciente y médico es muy diferente a una relación. Una interacción se caracteriza por un intercambio observable de comportamientos, mientras que una relación se caracteriza por cualidades más subjetivas, como el cuidado, la preocupación, el respeto y la compasión. (16)

Sobre aprender cómo demostrar compasión, Kahlil Gibran nos enseña: "No dais sino muy poco al dar de vuestras posesiones. Dad de vosotros mismos, y en verdad, daréis". El dar de si mismo, con facilidad, con gracia y con significados es, para la mayoría de las personas, una habilidad adquirida. (3)

Por tanto, por relación médico-paciente se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. (9)

La relación médico-paciente, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la

formación integral del médico, como siempre; o un poco más si cabe, dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación, por la utilización hipertrófica de las medidas técnicas. (9)

La relación no es exclusiva con el paciente, sino que también en mayor o menor grado con la familia del enfermo, sus parientes o amigos. La familia adquiere en ocasiones especial relevancia como es el caso de la pediatría o el paciente comprometido de conciencia.

Muchas de las insatisfacciones y críticas a la profesión médica, así como juicios legales por negligencia médica, se deben a una relación médico-paciente insatisfactoria más que a eventuales insuficiencias técnicas del médico.

La relación interpersonal, implica encuentro entre dos personas, dotadas ambas de inteligencia, libertad, intimidad y una historia personal única e irrepetible. En consecuencia dos seres dignos de consideración y respeto mutuo. En la relación medico-paciente una primera obligación no sólo profesional sino que ética del médico, es poseer los conocimientos, habilidades y destrezas propias de su profesión, y mantenerlas vigentes a través del estudio y reflexión crítica de la experiencia que ha acumulado a través de los años.

Para el éxito de una relación medico-paciente además de los conocimientos y habilidades del médico son también importante una disposición amable y de ayuda al paciente, basado en el respeto que se merece por su condición de persona (independiente de su situación económica o social, creencia religiosa o política).

El médico debe ser prudente en lo que dice y controlar sus expresiones faciales y corporales, evitar el asombro o alarma ante síntomas o situaciones del relato, o hallazgos del examen físico. No reprochar, ni escandalizarse por confidencias del enfermo. (15)

Szasz y Hollender, teniendo en cuenta el grado de actividad y participación de médico y paciente en la interacción, describen tres niveles o modalidades de relación médico-paciente. (Ver tabla 1)

Tabla No.1

NIVEL	MEDICO	PACIENTE	RELACIÓN-PROTOTIPO
1	Actividad	Pasividad	Madre-lactante
2	Dirección	Cooperación	Padre-niño
3	Participación mutua y recíproca		Adulto-adulto

El nivel 1, o de "actividad del médico y pasividad del enfermo", es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por si mismo: situaciones de urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de conciencia, estados de agitación o delirio agudo, etc. En estos casos, el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad del

tratamiento. El prototipo de este nivel de relación sería el que se establece entre una madre y su recién nacido: relación madre-lactante.

El nivel 2 o de "dirección del médico y cooperación del enfermo", es el tipo de relación que tiende a darse en las enfermedades agudas, infecciosas, traumáticas, etc., en las que el paciente es capaz de cooperar y contribuir en el propio tratamiento. El médico dirige, como experto, la intervención, adopta una actitud directiva, y el paciente colabora contestando a sus preguntas, dando su opinión, y realizando lo que se le pide. El prototipo de relación de nivel 2 sería el que se establece entre un progenitor y su hijo no adulto: relación padre-niño.

El nivel 3 o de "participación mutua y recíproca del médico y del paciente", es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones post operatorias o pos traumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, muy frecuentes en el mundo médico actual, en que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento, el prototipo de relación que establecen es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto. (9)

TIPOS DE RELACIÓN MEDICO-PACIENTE SEGÚN EL GRADO DE PERSONALIZACION

Von Gebattel describe las fases por las que pasa la relación médico-enfermo según el distinto grado de relación interpersonal que adquiere la misma durante el acto médico. (Ver tabla 2)

Tabla 2

FASE	PACIENTE	MEDICO
1. De llamada	"le necesito como experto"	"Es un hombre que sufre..."
2. De objetivación	"El debe saber..."	"Es un caso..."
3. De personalización	"El me comprende"	"Es mi enfermo"

Así, en una primera fase de llamada, el paciente acude al médico solicitando remedio para sus dolencias y el médico responde acudiendo a satisfacer las necesidades del enfermo. La relación entre un hombre experto y un hombre que sufre es todavía, desde el punto de vista interpersonal, anónima.

En una segunda fase de objetivación, el interés del médico se centra en el examen "científico" del proceso patológico, por lo que las relaciones personales pasan a un segundo plano, relacionándose con el paciente más como "un objeto de estudio" que como una persona.

Finalmente, en la fase denominada de personalización, realizado ya el diagnóstico y establecido el plan terapéutico, es cuando el médico se relaciona, por fin, no sólo con un hombre que sufre o un "caso", sino con una persona enferma determinada, que es ya "su" enfermo. (9)

Durante la última generación, la relación entre pacientes y médicos ha adoptado un tono más igualitario. La mayor parte de decisiones clínicas en la actualidad se toman mediante un proceso de toma de decisiones compartida en la cual los médicos proporcionan información y orientación que permite a los pacientes adultos y competentes tomar sus propias decisiones con base en sus preferencias personales, valores y metas. En general, aceptan las recomendaciones de su médico porque ambos comparten la misma meta, mejorar el estado de salud del paciente. (3)

El médico y el paciente viven en la relación médico-paciente una experiencia nueva, positiva o negativa que queda en su memoria. La gran interrogante ética para el médico, es si cumplió su rol de ayudar técnica y humanamente al paciente; y para el paciente, si el médico satisface o no las expectativas que en él ha puesto. Si esta relación médico-paciente ha sido positiva se afianza el rol curativo del médico y la confianza del enfermo en su capacidad profesional. Si ha sido negativa se produce una gran ruptura que aleja al paciente del médico. En ambas situaciones los resultados de la relación médico-paciente difunden al medio social, afianzando el prestigio profesional y humano del médico o debilitándolo. (15)

Cuando las percepciones del médico y las barreras entorpecen su capacidad para cuidar de verdad por el bien del paciente, entonces la relación entra en un compromiso. Sin embargo, con frecuencia los médicos tienen pocos recursos, capacidades u oportunidades para poder reflexionar sobre las dificultades que se encuentra en el cuidado a los pacientes (16)

Como los colores en la papeleta de un artista, los datos clínicos carecen de forma y de sentido. El clínico no sólo ha de reunir datos mediante entrevistas y exámenes, también ha de analizarlos, identificar los problemas del paciente, valorar la respuesta a la enfermedad y, junto con el enfermo, formular un plan para tratar de resolver la situación. (2)

Es por ello que el Doctor Lawrence Weed desarrolló un método, al que denominó METODO DE WEED, con el cuál de manera clara y ordenada, facilita la labor médica del clínico, no sólo EN LO PRACTICO, sino al dejar plasmado de manera escrita, lo que acontece en el abordaje de sus pacientes, lo cual ayuda a sus colegas en el MANEJO INTEGRAL de los pacientes. (N, 4)

El sistema o método creado por L. Weed está estructurada de la siguiente manera: (14, 1)

1) REGISTRO CLINICO

* Datos básicos

- Interrogatorio
- Examen físico

- * Lista de problemas
 - Activos
 - Pasivos
- * Desarrollo de problemas
- * Plan inicial para cada problema
 - Plan Diagnóstico
 - Plan Terapéutico
 - Plan Educacional
- * Seguimiento de cada problema

2) AUDITORIA

3) INTERVENCIÓN

PLAN EDUCACIONAL

El plan educacional dentro del Método de Weed comprende: 1) La educación del paciente relacionada con el control y seguimiento de la enfermedad que padece, 2) Medidas preventivas tanto para él, su familia y la comunidad donde se desenvuelve, 3) Apoyo y ayuda en el tratamiento, 4) Prevenir posibles complicaciones, secuelas y riesgo de contagio (14). Es importante educar al paciente para lograr su colaboración en el tratamiento y recuperación. En presencia de enfermedades infecto-contagiosas, es preciso involucrar a la familia y en ocasiones a la comunidad. (1)

Es esencial explicarles a los pacientes ambulatorios sobre la prescripción de medicamentos: las características del medicamento, su propósito, el esquema posológico, efectos terapéuticos y cuanto tiempo lo tomarán, en términos sencillos (15, 3), así como sus indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos. (15)

Es útil pedir al paciente que lleve todos los medicamentos en cada visita de vigilancia, esto para llevar un control de adaptabilidad al medicamento por parte del paciente. (3)

En resumen, al ordenar los aspectos que se incluyen en el plan educacional surge la siguiente sugerencia de guía de plan educacional:

1) Información proporcionada acerca de su enfermedad

- 1.1) Nombre de la enfermedad
- 1.2) En que consiste la enfermedad
- 1.3) Causa o posible causa de la enfermedad
- 1.4) Curación de la enfermedad

2) Información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico

- 2.1) Nombre del medicamento
- 2.2) Dosificación
- 2.3) Vía de administración
- 2.4) Horario de administración
- 2.5) Duración del tratamiento
- 2.6) Efectos secundarios

3) Información proporcionada acerca del tratamiento no farmacológico

- 3.1) Dieta alimenticia
- 3.2) Actividad física
- 3.3) Tiempo de mejoría
- 3.4) Cita de control

4) Medidas de prevención recomendadas por el médico

El primer acto de tratamiento es el acto de dar la mano al paciente. La separación entre diagnóstico y tratamiento es artificial, ya que en la práctica ambos procesos están estrechamente relacionados. (15)

Tratar a un paciente es algo que no consiste únicamente en diagnosticar una enfermedad y prescribir para ella una terapia medicamentosa preestablecida. El tratamiento correcto de un enfermo implica que el médico ha comprendido los efectos globales de una afección sobre la persona enferma, tanto los físicos como los psíquicos, económicos y sociales, y que no sólo se percata de dichos efectos sino que es sensible a ellos. Tal enfoque clínico del problema del paciente requiere una capacidad de comunicación eficaz tanto con él como con su familia y su entorno social. (6)

El único modo de desarrollar correctamente la actividad terapéutica es combinar el tratamiento medicamentoso, dietético y físico con el debido apoyo psicológico derivado de la profunda comprensión humana que debería impregnar todo el ejercicio de la medicina, desembocando, en suma, en una terapia integral.

Además con excesiva frecuencia, al establecer el tratamiento el médico se limita a la prescripción medicamentosa, olvidándose de otros apartados terapéuticos de importancia, cabe señalar el tratamiento dietético, ya que sin necesidad de convertirse en especialista en dietética, el médico general debe tener experiencia en prescribir dietas para las situaciones más habituales en su práctica. (6)

Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer un diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico. (9)

El definir parte del plan como “educativo” tiene una connotación equivoca - que el proceso de comunicación es unidireccional-, no debe de serlo. El paciente debe participar en el establecimiento del plan. La “educación” adecuada depende de la que el paciente ya conoce y de lo que desea conocer. (2)
El conocimiento del médico nunca puede ser propiedad privada y está obligado a aplicarlo, compartirlo y extenderlo, siempre en beneficio del enfermo. (12)

Los pacientes acuden cada vez mas a los médicos no para el diagnóstico sino para el tratamiento de trastornos en curso. Es necesario recordar dos principios generales sobre el tratamiento. Primero, el médico debe tratar paciente y enfermedad. En cada entrevista clínica, el médico debe esforzarse por asegurar que el paciente se sienta mejor con sólo verlo. (3)

Para la evaluación de la calidad de la relación medico - paciente las afirmaciones de Street y otros de que la experiencia del paciente puede proporcionar una medida más útil, que los esquemas codificados basados en el observador; también es congruente con la afirmación de Cassell de que el objetivo de la medicina es tratar el sufrimiento como lo perciben los pacientes. La distinción que observó Candib entre médicos que simulan interesarse por los pacientes y los que verdaderamente lo están en la perspectiva del paciente es de gran relevancia en este punto. (16)

Por lo tanto para tener una buena calidad de la relación médico-paciente (en donde se ve incluido el plan educacional), el médico puede tener una actuación moral añadida denominada «supererogatoria». Concepto que deriva del latín y significa «pagar más que lo requerido». En otras palabras, significa ir más allá del deber. La parábola del Buen Samaritano es un ejemplo de comportamiento supererogatorio. Esta forma de actuar no es obligatoria, al contrario voluntaria, y junto con la excelencia componen una ética de máximos. (12)

Por ello la excelencia debe prevalecer en el hacer profesional del médico. La palabra «excelencia» tiene raíces griegas (areté) y latinas (virtud), y ambos términos tienen el mismo significado: capacidad de hacer algo bien (virtud del agente) y con perfección (resultado bueno de la acción), como el mejor. (12)

El American Board of Internal Medicine promulgó hace poco una definición de “profesionalismo”:

Definición:

Profesionalismo comprende los atributos y conductas que sirven para mantener el interés del paciente por encima de nuestro propio interés.

- Un compromiso con las normas más altas de la excelencia en la práctica de la medicina y en la generación y divulgación de conocimiento
- Un compromiso con las actitudes y conductas que sustentan los intereses y el bienestar de los pacientes

- Un compromiso para responder a las necesidades de salud de la sociedad.

El profesionalismo aspira al altruismo, la responsabilidad, la excelencia, el deber, el servicio, el honor, la integridad y el respeto a los demás. (3)

La palabra profesión (pro-fesio) significa promesa de servicio desinteresado, compromiso moral «a priori», autoridad moral, ética de máximos (excelencia), vocación y, aceptación de normas específicas. (12)

Es por ello que ser profesional e interesarse por el bienestar del prójimo es una habilidad adquirida. Los pacientes desean ser escuchados y comprendidos. Quieren que sus médicos se interesen por ellos como individuos que buscan alivio al dolor y a la incertidumbre. Quieren sentir que pueden compartir con sus médicos, sin riesgo, sus pensamientos más profundos y sus confidencias más sensibles. En suma, desean valorarlo como un amigo en quien confían. También esperan que se les mantenga informados mientras reciben un servicio profesional competente. (3)

6) DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1) TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de corte transversal

6.2) UNIDAD DE ANÁLISIS:

Pacientes que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán del 1ro. de Junio al 15 de Julio del año 2,004.

6.3) POBLACIÓN Y MUESTRA:

687 pacientes mayores de 12 años hombres y mujeres que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán del 1ro. de Junio al 15 de Julio del año 2004. El valor de la muestra se obtuvo por medio de la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N (z)^2 p q}{d^2 (N - 1) + (z)^2 p q}$$

En donde:

n: Tamaño de la muestra

N: Población total = 42,206 pacientes atendidos en la consulta externa durante el año 2,003
(valor de referencia)

z: confiabilidad = 2.58 → 99% confiabilidad

p: Probabilidad de ocurrencia del fenómeno = 0.5

q: Probabilidad de no ocurrencia del fenómeno = 0.5

d: proporción de error = 0.05

$$n = \frac{42\,206 (2.58)^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 (42,206 - 1) + (2.58)^2 * 0.5 * 0.5} = \frac{70,235.0046}{107.1766} = 655.3202$$

$$n = 655.3202 \approx 655 + 5 \% = 687$$

6.5) ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

Con el apoyo de los médicos asesor y revisor se presentó el protocolo de tesis al Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud (CICS) de la Universidad de San Carlos de Guatemala el cual fue revisado y cuando dicho protocolo de tesis fue aprobado, se inició el trabajo de campo en la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán.

Se asistió todos los días de lunes a viernes y al momento de egresar el paciente de la clínica en donde lo atendió el médico, se le informó acerca del estudio que se estaba realizando y a 687 pacientes que estuvieron de acuerdo en formar parte del estudio se les realizó una serie de preguntas que estaban contenidas en la boleta de recolección de datos. (Ver anexo 1)

Una vez recolectada la información se procedió a tabular los datos en cuadros de distribución de frecuencia y a realizar gráficas de barras simples y circulares y posteriormente se analizó los 4 aspectos que se incluyen dentro del plan educacional, así como la satisfacción de los pacientes en la relación médico-paciente.

Se elaboró el informe final y se presentó a médicos asesor y revisor, para posteriormente presentarlo al CICS, Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

6.6) ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación no afectó la integridad física, ni emocional de los pacientes, tampoco el desempeño realizado por el personal médico del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán, lo que se realizó fue evaluar el plan educacional que el paciente recibe en la consulta externa, así como la satisfacción la relación médico-paciente. Los resultados que se obtuvieron servirán para un proceso de retroalimentación para mejorar la labor médica y promover acciones factibles para mejorarlo.

6.7) ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El alcance de la presente investigación es la utilización de los resultados por parte de la dirección general del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán, para promover en el personal médico y de enfermería el dar un adecuado plan educacional al paciente que acude a consulta externa, con lo cuál se obtendrá una mejor recuperación del estado de salud del paciente. La limitación que se encontró en este estudio fue muy poca, la cual constituyó la falta de colaboración por parte del paciente.

6.8) RECURSOS

Fuente de información:

- Libros de texto
- Publicaciones medicas recientes
- Tesis relacionadas al tema
- Informes del Departamento de Estadística del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán y de la Unidad de Gestión del Usuario
- Artículos publicados por Internet

Recursos humanos:

- Director del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán
- Personal de enfermería en consulta externa
- Pacientes que asistieron a la consulta externa
- Unidad de Gestión del Usuario, Hospital Nacional de Amatitlán

Recursos físicos:

- 687 boletas de recolección de datos

- Servicio de Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán

Recursos económicos:

- Transporte
- Útiles de oficina
- Computadora e impresiones
- Fotocopias
- Internet
- Impresión de tesis

7) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8) ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que evaluó el plan educacional proporcionado a 687 pacientes que asistieron a consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatitlán, a quienes se entrevistó a su egreso. Dicho estudio se realizó del 1ro. de Junio al 15 de Julio del presente año.

La mayor proporción de pacientes por sexo fué el femenino. Esto puede ser debido a que probablemente la mujer es quién vigila más por la salud de la familia y es quién permanece más tiempo con ella, por el contrario el hombre debido a que debe de proveer el sustento a su hogar se encuentra trabajando y la mayoría de veces únicamente asiste a los servicios de salud cuando es él quien está enfermo.

La distribución de pacientes por grupo de edad muestra que la mayor proporción se encuentra en el grupo de jóvenes y adultos , en menor número las personas de la tercera edad. Esto se puede explicar basándose en que la pirámide de distribución poblacional de Guatemala es de base ancha, por lo tanto la población de mayor edad también disminuye en los servicios hospitalarios.

En relación con la escolaridad de los pacientes entrevistados, se encontró que un poco más de la mitad de los pacientes entrevistados posee una escolaridad de nivel primario, y sólo un pequeño porcentaje una escolaridad a nivel medio o

que ha cursado y/o concluido una carrera universitaria, sin embargo existe un porcentaje considerable de personas analfabetas.

Estos resultados posiblemente se deben a que en los Hospitales Nacionales la gran mayoría de veces sólo acuden personas de escasos recursos económicos y que la situación económica va de la mano con la escolaridad, debido a que las personas que han cursado y / o concluido un nivel medio de escolaridad o carrera universitaria tienen mas facilidad de acceder a servicios médicos privados, y además tienen menos factores de riesgo que los lleven a enfermar.

Para el éxito de una buena relación medico-paciente además de los conocimientos y habilidades del médico son también importante una disposición amable y de ayuda al paciente, basado en el respeto que se merece por su condición de persona (independiente de su situación económica o social, creencia religiosa o política) (15). Por lo anterior el médico debe dar el plan educacional de una forma clara y con un lenguaje sencillo para que el paciente pueda apropiárselo y por tanto el plan terapéutico tenga éxito.

La mayor proporción de pacientes entrevistados fueron de Amatlán, más sin embargo los lugares de más afluencia del Hospital de Amatlán que sobresalieron fueron Villa Nueva y Escuintla (ver cuadro 4 y gráfica 4), en el caso de Villa Nueva se debe a que es el Hospital mas cercano del área y de más fácil acceso, respecto a Escuintla, la gran mayoría de pacientes se quejaban del servicio que se brindaba en el Hospital de Escuintla y además mencionaban que le tenían mucha fe al Hospital de Amatlán, por lo que no les importaba viajar. Respecto a la información proporcionada acerca de la enfermedad la mayor proporción de pacientes si recibieron información, sin embargo existe cierto porcentaje que no recibió información alguna acerca de su enfermedad (ver cuadro 5 y gráfica 5). Es preciso mencionar que de los pacientes que no recibieron ninguna información, el mayor porcentaje de pacientes no tenía un diagnóstico certero y los médicos les habían solicitado estudios de laboratorio y/o gabinete, y se les informó que al tener los resultados les darían una información adecuada.

Si tomamos en cuenta que la mayor proporción de pacientes recibieron información acerca de su enfermedad, se está cumpliendo con profesionalismo el deber médico. Además es importante mencionar que El American Board of Internal Medicine promulgó hace poco una definición de “profesionalismo”

Definición:

Profesionalismo comprende los atributos y conductas que sirven para mantener el interés del paciente por encima de nuestro propio interés.

- Un compromiso con las normas más altas de la excelencia en la práctica de la medicina y en la generación y divulgación de conocimiento

- Un compromiso con las actitudes y conductas que sustentan los intereses y el bienestar de los pacientes
- Un compromiso para responder a las necesidades de salud de la sociedad.

El profesionalismo por tanto aspira al altruismo, la responsabilidad, la excelencia, el deber, el servicio, el honor, la integridad y el respeto a los demás. (3)

Por lo tanto sí se esta cumpliendo en un gran porcentaje con profesionalismo el derecho que el paciente tiene de informarse acerca de su enfermedad.

Pero es importante mencionar que hay aspectos que abarca la información acerca de la enfermedad que no se están proporcionando, dentro de ellos un buen número de pacientes no conocen en que consiste su enfermedad y cuál es la causa o posible causa. Esto puede deberse a que la alta demanda de servicio médico solicitado en consulta externa y la poca cantidad de médicos para atenderla originen un menor tiempo de atención brindado al paciente, lo cuál produce una falta de empatía entre el médico y el paciente y de como resultado un inadecuado plan educacional acerca de la enfermedad provocando en el paciente inseguridad, desconfianza, temor, angustia, con lo cuál va a existir un incumplimiento del plan terapéutico. (ver diagrama de flujo No.1)

Acerca de la información proporcionada del tratamiento farmacológico la proporción de pacientes a quienes se les recetó algún medicamento para su enfermedad fue elevada. (ver cuadro 7 y gráfica 7)

Con lo cuál es de esperarse que la información acerca del tratamiento farmacológico sea adecuadamente proporcionada por parte del médico. Sin embargo hay aspectos que abarca la información acerca del tratamiento farmacológico que no se están proporcionando.

Es esencial explicarles a los pacientes ambulatorios sobre la prescripción de medicamentos: las características del medicamento, su propósito, el esquema posológico, efectos terapéuticos y cuanto tiempo lo tomarán, en términos sencillos, así como sus indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos. Es útil pedir al paciente que lleve todos los medicamentos en cada visita de vigilancia, esto para llevar un control de adaptabilidad al medicamento por parte del paciente. (15, 3)

Más de la mitad del total de los pacientes desconoce el nombre del medicamento que le recetaron, un porcentaje considerable de pacientes no sabían por cuanto tiempo debían tomar el medicamento y un porcentaje muy elevado desconocía totalmente los efectos secundarios que en algún momento podrían ocasionarle los medicamentos recetados. La dosificación, la vía de administración y el horario de administración del medicamento fueron 3 de los 6 aspectos que sí se estaba proporcionando la información.

Es importante saber que el primer acto de tratamiento es el acto de dar la mano al paciente. La separación entre diagnóstico y tratamiento es artificial, ya que en la práctica ambos procesos están estrechamente relacionados. (15)

Tratar a un paciente es algo que no consiste únicamente en diagnosticar una enfermedad y prescribir para ella una terapia medicamentosa preestablecida. El tratamiento correcto de un enfermo implica que el médico ha comprendido los efectos globales de una afección sobre la persona enferma, tanto los físicos como los psíquicos, económicos y sociales, y que no sólo se percata de dichos efectos sino que es sensible a ellos. Tal enfoque clínico del problema del paciente requiere una capacidad de comunicación eficaz tanto con él como con su familia y su entorno social. (6)

El tratamiento farmacológico no es sólo dar una receta y expresar al paciente “aquí le voy a dar una receta”, “le voy a recetar algo para el dolor”, “le voy a dejar unas pastillas”. Es lamentable que no se este educando correctamente al paciente sobre la necesidad y el uso correcto de los medicamentos, así como de sus efectos adversos.

Es importante comentar que muchos pacientes mencionaban que el médico sólo le daba la receta y le decía si el medicamento era tomado o inyectado, y cada cuanto debía administrárselo, además los pacientes enseñaban la receta que el médico les había dado y se podía observar que la letra era bastante ilegible. Por tanto sin un grado de escolaridad adecuado, una letra ilegible de la receta y un inadecuado plan educacional acerca del tratamiento farmacológico, el plan terapéutico fracasaría.

El único modo de desarrollar correctamente la actividad terapéutica es combinar el tratamiento medicamentoso, dietético y físico con el debido apoyo psicológico derivado de la profunda comprensión humana que debería impregnar todo el ejercicio de la medicina, desembocando, en suma, en una terapia integral.

Además con excesiva frecuencia, al establecer el tratamiento el médico se limita a la prescripción medicamentosa, olvidándose de otros apartados terapéuticos de importancia, cabe señalar el tratamiento dietético, ya que sin necesidad de convertirse en especialista en dietética, el médico general debe tener experiencia en prescribir dietas para las situaciones más habituales en su práctica. (6)

De los aspectos que abarca el Tratamiento no Farmacológico la mayor proporción de pacientes no recibió ninguna información acerca de la dieta alimenticia y la actividad física que debía tener o no tener para su pronta recuperación, y ésto dependiendo de la patología del paciente podría influir de manera importante en la no recuperación satisfactoria de la salud, con lo cuál el plan terapéutico fracasaría

Acerca del tiempo de mejoría, de cuando será la fecha de su cita control y de como obtener la cita para control de la enfermedad, la mayor proporción de pacientes si recibió información por parte del médico.

De la información proporcionada por el médico acerca de medidas de prevención más de la mitad del total de pacientes no recibieron ninguna información.

A nivel de los sistemas de salud se ha estado promoviendo hace ya varios años la Medicina Preventiva, pero pareciera que según los resultados obtenidos aún se esta estancado en la Medicina Curativa, lo cual representa más costo económico a los servicios de salud

Los servicios asistenciales, en especial los de atención primaria, son los principales ámbitos donde se desarrollan las actividades de educación sanitaria, siendo los responsables de su aplicación los médicos y el personal de enfermería (6, 4), es por ello que la relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción. (16)

Puesto que la enfermedad supone una necesidad, un sufrimiento, que implica al propio cuerpo, a la intimidad de la propia persona. De aquí que el instrumento más adecuado para la relación, sea la comunicación verbal y no verbal y el vínculo más apropiado la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro, de sintonizar con sus vivencias. (12)

Muchas de las críticas a la profesión médica, así como juicios legales por negligencia médica, se deben a una relación médico-paciente insatisfactoria más que a eventuales insuficiencias técnicas del médico.

Por lo tanto para tener una buena calidad de la relación médico-paciente (en donde se ve incluido el plan educacional), el médico puede tener una actuación moral añadida denominada «supererogatoria». Concepto que deriva del latín y significa «pagar más que lo requerido». En otras palabras, significa ir más allá del deber.

Los resultados de la satisfacción del paciente demuestran que un porcentaje considerable de pacientes respecto al tiempo que el médico les dedicó para brindarle plan educacional varía principalmente entre poco y regular tiempo y un pequeño porcentaje refiere que el tiempo fue el suficiente.

En esto influye nuevamente la alta demanda de servicio médico solicitado en consulta externa y la poca cantidad de médicos para atenderla, lo cual origina un menor tiempo de atención brindado al paciente, y con esto se produce una falta de empatía entre el médico y el paciente y se da como resultado un inadecuado plan educacional.

Acerca de la satisfacción del paciente respecto a la información de la enfermedad brindada por el médico, un porcentaje importante respondió que no fue adecuada. Esto se puede deber a que hay aspectos dentro de la información de la enfermedad o del tratamiento farmacológico o no farmacológico que no se están proporcionando y que probablemente exista una falta de empatía en la relación médico-paciente.

Respecto al tipo de lenguaje utilizado por el médico al brindar la información, la mayor proporción de pacientes está satisfecho ya que los aspectos del plan

educacional que les han explicado han sido con palabras sencillas y comprensibles, sólo un pequeño porcentaje respondió que el tipo de lenguaje fue complicado.

La mayor proporción de pacientes está satisfecho con el trato proporcionado por el médico, ya que según ellos el trato ha sido bueno y regular, es por ello que hay pacientes que vienen al Hospital de Amatitlán de lugares retirados, ya que en otras ocasiones los han tratado bien y se han recuperado de sus enfermedades.

En relación con la evaluación de la satisfacción del paciente respecto al tiempo que le permitieron para plantear sus dudas y el tiempo que el médico dedico para aclararlas los resultados varían entre regular y poco tiempo, y fue muy bajo el porcentaje de pacientes que refirieron que el tiempo fue el suficiente.

Ante lo anterior es importante mencionar que según la literatura la relación médico-paciente era por naturaleza asimétrica, vertical, ya que la función del médico consistía en mandar y la del enfermo en obedecer. El estereotipo clásico de buen enfermo ha sido siempre el de un ser pasivo, que no pregunta ni protesta, y que establece con su médico relaciones muy parecidas a las de un niño pequeño con su padre. De ahí que la actitud médica clásica fuera "paternalista". (6)

Ahora bien lo que se pretende es "participación mutua y recíproca del médico y del paciente", ya que esta es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones post operatorias o pos traumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, muy frecuentes en el mundo médico actual, en que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento, el prototipo de relación que establece es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto. (9)

El médico y el paciente viven en la relación médico-paciente una experiencia nueva, positiva o negativa que queda en su memoria. La gran interrogante ética para el médico, es si cumplió su rol de ayudar técnica y humanamente al paciente; y para el paciente, si el médico satisface o no las expectativas que en él ha puesto. Si esta relación medico-paciente ha sido positiva se afianza el rol curativo del médico y la confianza del enfermo en su capacidad profesional. Si ha sido negativa se produce una gran ruptura que aleja al paciente del médico. En ambas situaciones los resultados de la relación medico-paciente difunden al medio social, afianzando el prestigio profesional y humano del médico o debilitándolo. (15)

Es por ello que ser profesional e interesarse por el bienestar del prójimo es una habilidad adquirida. Los pacientes desean ser escuchados y comprendidos. Quieren que sus médicos se interesen por ellos como individuos que buscan alivio al dolor y a la incertidumbre. Quieren sentir que pueden compartir con sus médicos, sin riesgo, sus pensamientos mas profundos y sus confidencias mas

sensibles. En suma, desean valorarlo como un amigo en quien confían. También esperan que se les mantenga informados mientras reciben un servicio profesional competente. (3)

9) CONCLUSIONES

- 1) El plan educacional proporcionando al paciente en la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán tiene deficiencias en los siguientes aspectos (debido a un porcentaje bajo en su información): En que consiste la enfermedad del paciente, cuál es la causa o posible causa de la enfermedad, nombre del medicamento recetado, duración del tratamiento y efectos secundarios del mismo, cuál es la dieta alimenticia y actividad física que el paciente debe tener, medidas de prevención recomendadas por el médico.
- 2) En el Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán si se está proporcionando en gran porcentaje plan educacional al paciente que asiste a consulta externa, a pesar de las deficiencias en algunos aspectos del plan educacional.
- 3) El 87% de pacientes recibieron información por el médico acerca de su enfermedad, de dicha información el nombre de la enfermedad y la curación de la misma fueron los aspectos que más se proporcionaron.
- 4) Al 69% de los pacientes se les recetaron algún medicamento para su enfermedad y la información proporcionada por el médico acerca del tratamiento

farmacológico a éstos pacientes fue principalmente: la dosificación, vía de administración y horario de administración.

5) De los aspectos que abarca la información acerca del tratamiento no farmacológico los pacientes sólo recibieron información acerca del tiempo de mejoría y de cuando será la fecha de su cita control y de como obtener la cita para control de la enfermedad.

6) Acerca de las medidas de prevención recomendadas por el médico únicamente el 34 % recibió información al respecto.

7) Respecto a la proporción de pacientes satisfechos con la relación médico-paciente, un 53% estaba satisfecho con la información brindada acerca de su enfermedad, un 93% estaba satisfecho con el tipo de lenguaje utilizado por el médico, y entre un 66 a 99% del total de pacientes estaban satisfechos con el trato proporcionado por el médico.

8) De la evaluación de la relación médico-paciente, los pacientes no estaban satisfechos con el tiempo que los médicos dedicaron para proporcionar plan educacional así también como con el tiempo que le permitieron para plantear sus dudas y el tiempo que el médico dedico para aclararlas.

10) RECOMENDACIONES

1) Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social aumentar el presupuesto asignado al área hospitalaria para incrementar el personal médico en el servicio de consulta externa y así cubrir la alta demanda servicio médico solicitado, brindando un mayor tiempo de atención al paciente con lo cuál se fortalecerá la empatía entre el médico y el paciente asegurando de esta manera un adecuado plan educacional y un exitoso plan terapéutico.

2) A las autoridades del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán velar para que se proporcione adecuadamente el plan educacional al paciente que asiste a consulta externa.

3) A la dirección del Hospital Nacional San Juan de Dios de Amatlán colocar en cada clínica de la consulta externa la “Guía del Adecuado Plan Educacional” propuesta en esta investigación, con el propósito de servir de recordatorio de como debe de proporcionarse un adecuado plan educacional y que no quede

descubierto ningún aspecto del mismo. (Ver anexo 2)

4) A las áreas de clínicas, semiología y ambulatorio de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC fortalecer el conocimiento de los estudiantes sobre el plan educacional, para que en un futuro la medicina curativa quede atrás y se practique la medicina preventiva

12) ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Centro de investigaciones de las ciencias de la salud - Unidad de Tesis
Fase III
Responsable: Elmer Ariel Rosario Nuñez

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (uso exclusivo del investigador)

Fecha: ____ / ____ / ____ Especialidad: _____

DATOS GENERALES:

1. Edad: ____ años / Fecha de Nacimiento: ____
2. Sexo: M ____ F ____
3. Escolaridad: _____ Ninguna
____ Primaria ____ Básico
____ Diversificado ____ Universidad
4. Dirección: _____
5. Teléfono: _____

EVALUACIÓN DEL PLAN EDUCACIONAL

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DE SU ENFERMEDAD

6. Recibió información sobre su enfermedad?	SI__ NO__
7. Le dijeron el nombre de la enfermedad que tiene?	SI__ NO__
8. Recibió información en que consiste su enfermedad?	SI__ NO__
9. Le explicaron cuál es la causa de su enfermedad?	SI__ NO__
10. Le informaron acerca de la curación de su enfermedad? NO__	SI__

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

11. Le recetaron algún medicamento para su enfermedad?	SI__ NO__
12. Le dijeron el Nombre del Medicamento a usar?	SI__ NO__
13. Le explicaron la cantidad de medicamento que debe usar? NO__	SI__
14. Le explicaron cómo debe usar el medicamento? Tomado NO__ Inyectado Aplicado	SI__
15. Le explicaron cada cuántas horas debe usar el medicamento? NO__	SI__
16. Le explicaron por cuántos días debe usar el medicamento? NO__	SI__
17. Le informaron los efectos secundarios que le puede causar el medicamento ?	SI__ NO__

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

18. Le informaron si debe tener algún tipo de dieta?	SI__ NO__
19. Le explicaron si debe realizar o no algún tipo de actividad física? NO__	SI__
20. Le informó el médico en cuánto tiempo espera que usted mejore? NO__	SI__
21. Le indicaron como sacar su cita en la consulta externa? NO__	SI__

22. Le informaron cuándo es su cita control? SI___ NO___

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ACERCA DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN

23. Le informaron de las medidas de prevención que debe tener? SI___ NO___

SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

24. Al momento de explicarle su enfermedad, le dedicaron _____ tiempo
A) Suficiente B) Regular C) poco D) Nada

25. Considera usted que le brindaron _____ información sobre su enfermedad
A) Adecuada B) No adecuada

26. Cuando le explicaron acerca de su enfermedad, utilizaron un lenguaje _____
A) Complicado B) Sencillo

27. Considera usted que le brindaron _____ trato los médicos en la consulta externa
A) Bueno B) Regular C) Malo D) Pésimo

28. Durante la consulta le dedicaron _____ tiempo para realizar preguntas
A) Suficiente B) Regular C) poco D) Nada

29. Durante la consulta le dedicaron _____ tiempo para aclarar dudas
A) Suficiente B) Regular C) poco D) Nada