



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MÉDICO

Adquisición de competencias en la comunicación mediante la implementación del taller "Información escrita a pacientes y profesionales de la salud" en estudiantes de medicina, periodo septiembre 2015 - marzo 2016

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Zumba Nagua, Ana Magaly

DIRECTORA: Bautista Valarezo, María Estefanía, Dra.

LOJA – ECUADOR

2017



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora

María Estefanía Bautista Valarezo

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Adquisición de competencias en la comunicación mediante la implementación del taller "Información escrita a pacientes y profesionales de la salud" en estudiantes de medicina, periodo septiembre 2015 - marzo 2016, realizado por Zumba Nagua Ana Magaly, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2017

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Zumba Nagua Ana Magaly declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Adquisición de competencias en la comunicación mediante la implementación del taller "Información escrita a pacientes y profesionales de la salud" en estudiantes de medicina, periodo septiembre 2015 - marzo 2016, de la Titulación de Médico, siendo María Estefanía Bautista Valarezo, directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

f).....

Autora: Zumba Nagua Ana Magaly

Cédula: 1105884710

DEDICATORIA

El presente trabajo de fin de titulación lo dedico a todas las personas que me han apoyado a lo largo de mis estudios, primordialmente a mis padres y a mis hermanos por todo el apoyo y cariño brindados en todo momento.

AGRADECIMIENTO

A Dios, primeramente por darme fuerza y permitir que llegue a cumplir esta meta tan importante en mi vida.

A las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Médico, y en especial al Dr. Fernando Espinosa Herrera y a la Dra. María Estefanía Bautista Valarezo por su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

A todos los docentes y estudiantes de la titulación de Médico, que de una u otra forma han colaborado en la realización de este proyecto y de manera especial a mis compañeros, amigos y amigas que me han acompañado en este largo camino para alcanzar mi meta.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----|
| CARÁTULA | i |
| APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN | ii |
| DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS..... | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| AGRADECIMIENTO | v |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS..... | vi |
| RESUMEN..... | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1. MARCO TEÓRICO | 5 |
| 2. DISEÑO METODOLÓGICO | 11 |
| 3. RESULTADOS | 17 |
| Tabla N°1. Resultados de la ECOE previa visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 1) | 19 |
| Tabla N°2. Resultados de la ECOE sin previa visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 2)..... | 20 |
| Tabla N°3. Relación entre las calificaciones obtenidas por los estudiantes previa visualización del video y presentación del taller y quienes no recibieron previa revisión. . | 21 |
| Tabla N°4. Resultados de la ECOE posterior a 3 meses de la visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 1)..... | 22 |
| Tabla N°5. Resultados de la ECOE posterior a 3 meses de la visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 2)..... | 23 |

| | |
|--|----|
| Tabla N°6. Relación entre las calificaciones obtenidas en el primer ECOE y el ECOE 2, durante la huella de memoria temprana realizada a los 3 meses posterior a la visualización del video y presentación del taller en ambos grupos. | 24 |
| 4. DISCUSIÓN..... | 25 |
| CONCLUSIONES | 29 |
| RECOMENDACIONES..... | 30 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 31 |
| ANEXOS..... | 34 |
| ANEXO 1. HOJA DE ASIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS | 35 |
| ANEXO 2. GUÍA DIDÁCTICA DEL TALLER | 36 |
| ANEXO 3. EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (EEOE) | 48 |
| ANEXO 4. DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA | 49 |
| ANEXO 5. VIDEO DIDÁCTICO..... | 51 |

RESUMEN

El presente trabajo se realizó con la finalidad de evaluar las competencias en comunicación escrita de los estudiantes de la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja mediante la implementación del taller “Comunicación escrita a pacientes y profesionales de la salud”, y la aplicación de una evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) para evaluar la huella de memoria al final del ciclo académico. Es una investigación de tipo cuantitativo, prospectivo y observacional.

Para el cumplimiento de los objetivos, se elaboró el material necesario para la implementación del taller. Para su desarrollo, se dividió a los participantes en un grupo que observó el video, recibió explicación del taller y la guía didáctica y a continuación se aplicó la ECO y otro grupo directamente evaluado sin previa revisión. Al finalizar el ciclo académico, se aplicó la herramienta de evaluación en ambos grupos, valorando la huella de memoria.

La eficacia del taller se demostró, pues quienes hicieron la práctica del mismo mostraron mejores resultados en la evaluación.

PALABRAS CLAVE: Comunicación escrita, simulación, competencias

ABSTRACT

The present research was performed with the aim to evaluate the competence in written communication of the students of the Universidad Técnica Particular de Loja, through the implementation the workshop "Written for patients and health professionals Communication", and application an objective structured clinical evaluation (OSCE) to evaluate the memory footprint at the end of the academic year. It is a quantitative research, prospective and observational.

To fulfill the objectives, necessary for the implementation of the workshop material was prepared. For its development, participants were divided into a group that watched the video, received explanation of the workshop and tutorial and then the OSCE was applied directly evaluated and another group without prior review. At the end of the academic year, the assessment tool was applied in both groups, valuing the memory footprint.

The effectiveness of the workshop was demonstrated, for those who did practice it showed better results in the evaluation.

KEYWORDS: Written communication, simulation, skills

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de fin de titulación consiste en la implementación de un taller de simulación enfocado en el tema: "La información escrita a pacientes y profesionales de la salud", el mismo que parte de una exhaustiva revisión bibliográfica acerca del tema, seguida por el diseño y redacción de la guía didáctica del taller, la elaboración de un video y el diseño de una evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) para completar así el material didáctico para el taller. Posteriormente y con ayuda de algunos casos de ensayo, se desarrolló el taller dividiendo a los estudiantes en dos grupos, esto con el fin de que el proceso de aprendizaje y evaluación posterior sea adecuado para los mismos. Una vez finalizado el taller, con el primer grupo se procede a evaluar el logro de las competencias mediante la aplicación de la ECO, mientras que el segundo grupo que no recibe el taller es directamente evaluado con la misma ECO, sin previa revisión del tema, esto con el propósito de evaluar si estas destrezas se han adquirido durante el transcurso de la carrera como estudiantes de la titulación de medicina. Finalmente y cumpliendo con la evaluación de la huella de memoria; al concluir el ciclo académico, se aplica una ECO a ambos grupos de estudiantes.

Para la presentación del proyecto, se ha dividido el tema en 4 capítulos. El primero incluye al marco teórico que fundamenta la realización de este proyecto, al ser el marco de referencia conceptual, con el que se delimita el problema planteado y se pretende fundamentar la hipótesis propuesta, la cual se podrá verificar más adelante al interpretar los resultados de estudio. El segundo capítulo detalla el diseño metodológico. Está dividido en temas y subtemas que incluyen: tipo de estudio, universo, muestra, hipótesis, objetivos, operacionalización de variables, métodos e instrumentos de recolección de los datos, procedimiento, plan de tabulación y análisis. En el tercer capítulo se presentan los resultados y su análisis e interpretación, obtenidos mediante el uso de dos programas: IBM SPSS STATISTICS 20 y Microsoft Office Excel 2013, con los que se elaboraron tablas y gráficos estadísticos adecuados. Finalmente el cuarto capítulo o de discusión, provee información recopilada de otros trabajos de autores diferentes que se asemejan, comparándolos con este proyecto para establecer la importancia de la realización del mismo.

Este trabajo contribuye a la formación en habilidades y mejora las destrezas de comunicación escrita y manejo del paciente para los estudiantes de medicina, tomando como muestra a un grupo limitado de estudiantes, puesto que una de las mejores maneras

de ayudar a potenciar estas habilidades es mediante la aplicación de talleres didácticos de simulación a grupos pequeños, con su respectiva evaluación y retroalimentación.

En busca de la respuesta al problema planteado, se han seguido varias pautas al momento de dar cumplimiento con cada objetivo. Para cumplir con el primer objetivo, se implementó el taller de simulación "La información escrita a pacientes y profesionales de la salud", en la forma anteriormente detallada. Para el logro del segundo objetivo, se evaluó la adquisición de las competencias mediante la aplicación individual de la ECOE y finalmente, para cumplir con el tercer objetivo, se evaluó la huella memorística mediante la ECOE aplicada al final del ciclo académico a los estudiantes de ambos grupos. El proyecto contó con facilidades para su realización, pues los gastos de la implementación de cada taller no fueron extensos, gracias a la participación de nuestros propios compañeros para la grabación del video. El mayor egreso económico lo representó la edición del video, sin embargo éste fue relativamente económico. Por otro lado gracias a la tecnología, se pudo enviar las guías digitales a los estudiantes y el lugar en donde se realizó el taller fue en el aula de destrezas de la institución que contaba con el proyector necesario. El principal inconveniente presente, fue la imposibilidad de que asistan todos los estudiantes al taller, pues debido a diversas ocupaciones que presentaban, fueron escasos los alumnos que no pudieron darse cita y colaborar en la implementación del mismo.

En cuanto a la metodología utilizada, éste proyecto es un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo y observacional, en el que se ha utilizado como universo y muestra a los estudiantes que se matriculen en el componente Integrado de Clínica III en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico septiembre 2015 – febrero 2016, teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión, que serán detallados posteriormente con una explicación extendida de la misma.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. La Comunicación escrita entre el paciente y los profesionales de la salud.

Los profesionales de la salud se ven cada vez más preocupados por el incumplimiento de los pacientes respecto a las indicaciones que les son administradas; muchos pacientes simplemente no siguen las instrucciones de sus médicos sin que se especifiquen sus razones. Es indispensable por tanto, que el profesional, recuerde constantemente a su paciente las instrucciones formuladas, como una medida que mejora su cumplimiento., aunque no es menos cierto que, la satisfacción del paciente se relaciona con el cumplimiento del tratamiento, pues si éste no se halla conforme simplemente no lo va a cumplir. (Magnezi, Bergman, & Urowitz, 2015)

Estudios demuestran que la ansiedad del paciente se relaciona con tener que recordar y cumplir el tratamiento de principio a fin. La comprensión del tratamiento médico prescrito, influye en su cumplimiento tal como lo revela un estudio en el que, después de entrevistar a 242 pacientes, se encontró que aproximadamente dos terceras partes de las instrucciones del médico eran incomprensibles, principalmente por la escritura inentendible y la rapidez con la que fueron explicadas. Si los pacientes no comprenden la prescripción, es razonable esperar un bajo cumplimiento de la misma. (Clampitt & Williams, 2011). La información relativa a la terapia con medicamentos debe ser proporcionada de manera clara para que todo el proceso pueda ser totalmente entendido por el paciente y/o su cuidador. (Swiggart, Ghulyan, & Dewey, 2012)

Otro factor que influye negativamente en el cumplimiento del tratamiento se relaciona con que el médico a menudo toma decisiones inapropiadas, prediciendo preferencias y disposiciones del paciente, ciertamente en ciertos casos éstas concuerdan con las que el paciente hace por sí mismo. En primer lugar, el médico toma las decisiones más conservadoras para el paciente, seleccionando un tratamiento médico seguro, y en ocasiones lo hace aunque se presagie con exactitud que el paciente requiere un tratamiento más arriesgado. (García Retamero & Galesic, 2012)

En el caso de los ancianos primordialmente, resulta difícil el completo entendimiento de la prescripción médica aun siendo correcta la explicación brindada por el profesional de la salud. (Zaala, Van der Kaaija, Evenhuisb, & Van den Bemta, 2013). El envejecimiento saludable es un gran desafío para los seres humanos, porque es un periodo donde múltiples enfermedades crónicas no infecciosas se empiezan a desarrollar. Existe un crecimiento cuantitativo en el consumo de drogas (polifarmacia) y, como una consecuencia efectos secundarios negativos se manifiestan. El adulto mayor recibe en promedio entre un 30 a

35% de productos farmacéuticos en comparación con el resto de la población y de todas las recetas escritas. (Lefèvre , Juarez Vieira , Cavalcanti Lefèvre , Cardozo de Castro, & Witt de Pinho , 2010)

Llegar a acuerdo mutuo sobre el tratamiento a administrar, es lo ideal entre el médico y su paciente, tomando en cuenta dos ideas centrales en este tema: 1. El paciente ejemplar, quien acepta lo que le haya prescrito su médico de forma automática con un firme propósito de fidelidad, pues el sujeto atribuye el valor al medicamento como instrumento para la restauración de su salud, que no permite su interrupción. El paciente toma sólo la dosis prescrita, validando lo que se ha recomendado estrictamente por el prescriptor y no toma la dosis de una manera que él posiblemente consideraría más conveniente, ni lo toma sobre la base a su propio conocimiento. Él cree que no seguir las instrucciones podría resultar en un daño mayor y podría incluso conducir a su propia muerte. 2. La segunda idea presenta al paciente en forma de un "tal vez" ya que si tuviese dinero compraría su medicación, de lo contrario no. Demostrando evidentemente que, para el paciente, el tema financiero es un obstáculo para la recuperación, adicional a ello, el paciente depende de la rápida eficacia de los medicamentos para su enfermedad. Los estudios señalan dos razones muy comunes por las cuales las personas alteran su terapia: a. Percepción de que el fármaco es ineficaz y b. Percepción de que los efectos secundarios podrían llegar a ser una molestia en sus vidas. (Polinski, y otros, 2014). Las recetas de medicamentos inapropiados para los pacientes son comunes, por ello la toma de decisiones de los pacientes y el medico puede requerir más discusión de los beneficios y riesgos, así como la discusión de la opinión de los pacientes sobre los medicamentos prescritos y su capacidad para seguir adelante con el tratamiento. (Swiggart, Ghulyan, & Dewey, 2012)

En este sentido el médico requiere tener conocimiento acerca de las bases farmacológicas y todas las implicaciones, que posiblemente el medicamento trae consigo. Las palabras amables y seguras del médico le darán al paciente la seguridad y el confort de modo necesario para el éxito de una terapia, con menos riesgo de interrupción. El médico debe ponerse en el lugar del paciente y ser lo menos sofisticado como sea posible, usando lenguaje que es a la vez accesible y fácil de entender, no solo escrito sino verbal. (Stader, Greicar, Stevens, & Dowdy, 2012)

La FDA y el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) han puesto en marcha campañas de educación para eliminar el uso de abreviaturas médicas ambiguas que son mal interpretadas con frecuencia y dan lugar a errores que resultan en daño al paciente.

Según el Instituto de Medicina (IOM) de las Academias Nacionales, hay más de 7.000 muertes al año debido a los errores de medicación. Los errores pueden ocurrir en cualquier parte del sistema de medicación de uso, de la prescripción a la administración de un fármaco en una variedad de entornos (hospitales, ambulatorios, residencias de ancianos, cuidado en el hogar, etc.) (FDA, 2013)

Es esencial que el médico informe al paciente de todas las posibles complicaciones en el tratamiento y realice la prescripción de forma correcta para lograr un adecuado cumplimiento por parte del paciente. Para el sujeto colectivo, existe una especie de miedo a lo médico y a la terapia con medicamentos. En algunas circunstancias, sólo el temor de tantas reacciones y advertencias relacionadas con la droga es suficiente para desencadenar agravio en la condición. (Fleming, 2014)

Para mejorar la relación profesional-paciente y el beneficio de la terapéutica es importante escuchar al paciente con atención y respeto, mostrándole afecto, antes de la prescripción, evaluando la necesidad real de la medicina, siendo imprescindible revisar periódicamente los sistemas de dosificación e investigar la presencia de una polifarmacia o automedicación en la residencia del paciente. Se debe también observar los factores individuales para garantizar la adherencia y evaluar las interacciones medicamentosas significativas y asegurarse que el paciente ha entendido cuándo y cómo tomar toda su medicación, desarrollando prácticas de acompañamiento fármaco-terapéuticas para evaluar las respuestas a la terapia y los posibles efectos no deseados. Los médicos deben obtener el consentimiento informado, incluyendo una discusión de los posibles riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento, antes de iniciar una sustancia controlada. Acuerdos de tratamiento escritos que incluyen tanto el consentimiento informado y un plan de tratamiento pueden ser un medio útil para la estandarización de este paso a través de los pacientes y prescriptores, sobre los riesgos de las sustancias reguladas, y las estrategias que se utilizarán para monitorear y responder a los riesgos que surgen en el curso del tratamiento. Limitar la dosis y el número de recetas puede ayudar a prevenir el mal uso de medicamentos recetados. Los datos más rigurosos para apoyar estas estrategias se pueden ejemplificar con la prescripción de opioides. Mayores dosis de opioides diarias y un mayor número de recetas por mes se asocian con un mayor riesgo de muerte por sobredosis. (Rochon, 2015)

En el caso de adultos mayores, es necesaria una supervisión de la farmacoterapia por una persona a cargo como un vecino, familiar, amigo, farmacéutico o incluso enfermera. Saber

elegir una forma farmacéutica adecuada: líquido, píldora, pastilla, supositorio o inyección, es demasiado importante, además de suministrar información suficiente sobre el medicamento prescrito. Siempre tratar de elegir medicamentos con una vida media corta y en general utilizar dosis más pequeñas que las de los adultos más jóvenes. (Dauenhauer, Podgorski, & Karuza, 2011). Leer la receta al paciente, dando explicaciones claras es fundamental en todo paciente pero principalmente en adultos mayores, y de preferencia los medicamentos deben estar etiquetados con claridad y colocados en recipientes de fácil apertura. (Costello, y otros, 2014)

De manera similar dentro de los grupos afectados por la falta de adherencia al tratamiento se encuentran aquellos que presentan discapacidad visual (ceguera y baja visión). Esta patología es cada vez mayor, especialmente en personas mayores de 65 años. Debido a estos factores, es importante determinar de qué manera estas personas están leyendo las etiquetas de sus medicamentos recetados. La falta de acceso a la información impresa relacionada con la medicación puede ser una barrera para una persona con discapacidad visual para administrar sus recetas y la información de salud de manera óptima. (McMahon & Curtis, 2011)

Tomando en cuenta la comunicación escrita entre el personal de salud, podemos observar que en la actualidad claramente, ha disminuido la interacción necesaria y fundamental dentro de los diferentes servicios de Salud del país y del mundo. La Fundación Robert Wood Johnson, en los Estados Unidos, habla de la necesidad de alentar a las enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para mejorar la comunicación y el trabajo en equipo. (Baro & Ebhomeya , 2013). La interacción social en el hospital es tremendamente compleja. Una de ellas es la relación entre los profesionales de enfermería y medicina. En algunos servicios no hay tiempo para comunicarse , para intercambiar ideas y opiniones. (González Castro, Moreno Martínez, García Mancipe, & Vélez Ferreira, 2010)

Las habilidades de comunicación en la asistencia médica deben ser tratados y enseñados como cualquier otra competencia o habilidad y debe ser demostrada durante el entrenamiento del estudiante. El uso de la simulación multimedia de casos clínicos y la tecnología asociada puede ayudar a llenar vacíos en la preparación de los estudiantes y dominar las habilidades psicomotoras vitales, así como habilidades de comunicación y el pensamiento crítico. Además, estas técnicas pueden ayudar a las competencias de dirección y normas únicas para la educación profesional de la salud. (Roberts, 2012). Como la prestación de asistencia sanitaria sigue evolucionando alrededor de la noción de un

equipo de proveedores de atención que trabajan juntos para mejorar los resultados del paciente, la educación interprofesional se convierte en un componente crítico de éxito. (Dahm & Yates, 2013)

Las escuelas de medicina actualmente se enfrentan a un cambio en su paradigma de enseñanza. La creciente cantidad de información médica y la investigación hace que sea difícil para la educación estar siempre al día en su plan de estudios. Como los pacientes son cada vez más preocupados de que los estudiantes y los residentes estén "practicando" en ellos, la medicina clínica se está enfocando más en la seguridad del paciente y la calidad de la enseñanza y la educación. Los educadores han enfrentado estos retos mediante la reestructuración de los planes de estudios, el desarrollo de las sesiones de grupos pequeños para aumentar el aprendizaje auto-dirigido y la investigación independiente. La simulación médica se ha propuesto como una técnica para salvar esta brecha educativa. (Okuda , y otros, 2010)

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de estudio:

El presente estudio será de tipo cuantitativo, prospectivo y observacional.

2.1. Universo:

Todos los estudiantes que se matriculen en el componente Integrado de Clínica III en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico septiembre 2015 – febrero 2016

2.2. Muestra:

2.2.1. Tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra es: $n = 50$ estudiantes (aproximadamente).

2.2.2. Tipo de muestreo.

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.2.3. Criterios de inclusión.

Se incluirán a todos los estudiantes masculinos y femeninos matriculados en el componente Integrado de Clínica III en la titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja durante el periodo septiembre 2015 – febrero 2016.

2.2.4. Criterios de exclusión.

Los estudiantes que no completen la totalidad del taller y quienes no se encuentren matriculados en el componente de integrado antes mencionado.

2.3. Hipótesis:

La implementación del taller “Comunicación escrita a pacientes y profesionales de la salud” permite el alcance de las competencias planteadas en los estudiantes de séptimo ciclo de la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja

2.4. Propósito del proyecto:

2.4.1. Objetivo 1:

Implementar el taller de simulación "La información escrita a pacientes y profesionales de la salud"

2.4.2. Objetivo 2:

Evaluar el logro de las competencias en la "información escrita a pacientes y profesionales de la salud" mediante la aplicación del ECOE al final de éste.

2.4.3. Objetivo 3:

Evaluar la huella memorística en las destrezas de la "información escrita a pacientes y profesionales de la salud" mediante la aplicación del ECOE al final del ciclo

2.5. Operacionalización de variables:

| VARIABLE | DEFINICIÓN | INDICADOR | MEDICIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|----------|---------------|----|---------|----|------|----|---------------|-------|------------|-------|--------------|-------|------------|---|
| Taller de simulación | Actividades que imitan la realidad de un entorno clínico. La idea es comprobar el comportamiento de una persona, objeto o sistema en ciertos contextos que, si bien no son idénticos a los reales, ofrecen el mayor parecido posible. (Gaberson & Oermann, Clinical Teaching Strategies in Nursing, 2010) | Guía del taller Video del taller Casos de ensayo | SI/NO | | | | | | | | | | | | | | |
| Competencias en comunicación escrita | La comunicación escrita es aquella en donde el emisor es una persona que produce textos, envía su mensaje a través de un medio escrito y éste mensaje llega a muchos receptores que lo decodifican al leerlo. (Gómez, Moore, & Araos, "Co-docencia | <p>ECOE al final del taller</p> <p>Calificación entre uno y veinte puntos:</p> <table border="1"> <tr> <td>20</td> <td>Sobresaliente</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>Notable</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>Bien</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>Satisfactorio</td> </tr> <tr> <td>14-16</td> <td>Suficiente</td> </tr> <tr> <td>10-13</td> <td>Insuficiente</td> </tr> <tr> <td>0 - 9</td> <td>Deficiente</td> </tr> </table> | 20 | Sobresaliente | 19 | Notable | 18 | Bien | 17 | Satisfactorio | 14-16 | Suficiente | 10-13 | Insuficiente | 0 - 9 | Deficiente | Frecuencia y porcentaje de estudiantes que adquieren la competencia al obtener una calificación mayor a 14 puntos en la ECOE al final del taller. |
| 20 | Sobresaliente | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Notable | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Bien | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Satisfactorio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14-16 | Suficiente | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10-13 | Insuficiente | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 - 9 | Deficiente | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|----|---------------|----|---------|----|------|----|---------------|-------|------------|-------|--------------|-------|------------|--|
| | para el aprendizaje de la entrevista médica”: un apoyo “in situ” para docentes clínicos en la enseñanza de competencias comunicacionales en pre grado, 2012) | NOTA: Existen ítems críticos en la evaluación (todo o nada) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Huella de memoria | Cambio neuronal que permite el almacenamiento de conocimientos a largo plazo (Ballesteros, Habilidades cognitivas básicas: Formación y deterioro, 2014) | <p>ECOE al final del ciclo académico.</p> <p>Calificación entre uno y veinte puntos:</p> <table border="1"> <tr> <td>20</td> <td>Sobresaliente</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>Notable</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>Bien</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>Satisfactorio</td> </tr> <tr> <td>14-16</td> <td>Suficiente</td> </tr> <tr> <td>10-13</td> <td>Insuficiente</td> </tr> <tr> <td>0 - 9</td> <td>Deficiente</td> </tr> </table> <p>NOTA: Existen ítems críticos en la evaluación (todo o nada)</p> | 20 | Sobresaliente | 19 | Notable | 18 | Bien | 17 | Satisfactorio | 14-16 | Suficiente | 10-13 | Insuficiente | 0 - 9 | Deficiente | Frecuencia y porcentaje de estudiantes que demuestran competencia en entrevista médica al obtener una calificación mayor a 14 puntos en la ECOE al final del ciclo académico |
| 20 | Sobresaliente | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Notable | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Bien | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Satisfactorio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14-16 | Suficiente | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10-13 | Insuficiente | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 - 9 | Deficiente | | | | | | | | | | | | | | | | |

2.6. Métodos:

La observación será el método que permita un registro visual de lo que ocurra en la situación real en la que nos encontremos.

2.7. Instrumentos:

Para la recolección de datos se utilizará una evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE), la misma que será aplicada a todos los estudiantes que participen del taller, al finalizarlo y, posteriormente, se volverá a aplicar al final del ciclo para determinar la huella de memoria.

2.8. Procedimiento:

2.8.1. Elaboración del proyecto del trabajo de fin de titulación:

Para la adecuada ejecución del presente trabajo de investigación, se inició con la revisión bibliográfica del tema, en donde se incluyeron libros, revistas digitales y publicaciones en internet, y posterior a ello se seleccionó la información más novedosa y apropiada según el tema y la fecha de publicación. Luego de ello se procedió a realizar la redacción y la presentación del proyecto, que tras algunas correcciones fue aprobado

2.8.2. Elaboración del material didáctico:

Para continuar con el proyecto, se procedió con el diseño y redacción del material didáctico en base a la bibliografía revisada, posteriormente se realizó la elaboración de un video didáctico, el mismo que se grabó en el dispensario médico de la universidad, con la colaboración del docente a cargo del proyecto hasta ese momento y estudiantes de la titulación, gracias a la asistencia de la titulación de comunicación social, se pudo contar con profesionales que intervinieron durante grabación y posterior a ello, se realizó la edición del video con la cooperación adicional de un estudiante de la titulación de medicina

2.8.3. Desarrollo del taller y recolección de datos:

Para la ejecución del taller se diseñaron casos de ensayo para aplicarlos durante la práctica, utilizando recursos bibliográficos actualizados en el tema. El taller se realizó en el laboratorio de destrezas de la Universidad Técnica Particular de Loja, en una sola sesión de dos horas, en donde inicialmente se dividió a los estudiantes en dos grupos al azar, con la finalidad de que el proceso de evaluación posterior sea adecuado. Al primer grupo se le proyectó el video, junto con la explicación pertinente del mismo, y se dieron breves indicaciones de la guía del taller, se les envió en ese momento las guías didácticas digitales y se procedió a entregar el material para el desarrollo del taller y se les expuso los casos seleccionados para permitirles una correcta práctica de los tópicos planificados en relación a las competencias escritas (ejercicio de casos). Finalizando este taller se procedió a evaluar el logro de las competencias mediante la aplicación de la ECOE. Mientras tanto el segundo grupo que no recibe el taller es directamente evaluado mediante la aplicación de la ECOE gracias a la colaboración de estudiantes de la titulación previamente instruidos para ello, sin embargo se realiza esto sin previa revisión del tema, con el propósito de evaluar si estas destrezas se han adquirido durante el transcurso de la carrera como estudiantes de la titulación de

medicina, al contrario del grupo anterior el taller les fue dado al finalizar la evaluación para que se pudiera identificar los errores cometidos.

Se realizó una sola sesión de 120 minutos de duración por cada grupo, y se organizó el taller de la siguiente manera: 5 minutos para la introducción al taller, 15 minutos para proyección del video, 40 minutos para práctica, simulación y preguntas, al final del taller se asignaron 60 minutos para la evaluación, según la metodología aplicada en cada grupo. Se contó con 5 evaluadores y 5 pacientes simulados, a razón de 10 minutos por estudiante. Cabe destacar que para la realización del taller se solicitó la colaboración voluntaria de los estudiantes, solicitándoles verbalmente su consentimiento para la realización de esta actividad como parte del trabajo de fin de titulación.

2.8.4. Evaluación de huella de memoria:

Finalmente y cumpliendo con la evaluación de la huella de memoria; al concluir el ciclo académico, se aplicó la herramienta de evaluación adicional para cada estudiante, en esta ocasión sin presentación del taller, pues se buscó evaluar la permanencia de los conocimientos que fueron adquiridos anteriormente. A continuación se llevó a cabo la organización y tabulación de resultados con los datos obtenidos en ambas ocasiones.

2.9. Plan de tabulación y análisis:

La base de datos se la realizó a partir de los datos obtenidos de los ECOEs aplicados, posteriormente estos, fueron transferidos al programa Microsoft Office Excel 2013 para ser tabulados y al programa IBM SPSS STATISTICS 20, de esta forma las variables categóricas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes simples, además de la obtención de la media. La asociación de los ECOEs de los grupos planteados se evaluó mediante correlación de muestras relacionadas usando la prueba T de Student según el caso, con una significancia bilateral $<0,05$. Para la realización de tablas y gráficos se empleó el programa Microsoft Office Excel 2013.

3. RESULTADOS

3.1. Resultado 1: Implementación del taller de simulación "La información escrita a pacientes y profesionales de la salud" en la Titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Se consiguió la elaboración del material necesario para la implementación del taller "La información escrita a pacientes y profesionales de la salud" en la Titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja, gracias a la bibliografía revisada y a la colaboración del Dr. Fernando Espinosa Herrera, se elaboró el video didáctico, la guía práctica, así como la evaluación clínica objetiva estructurada, basada en ambos, para la implementación del mismo. El desarrollo del taller se llevó a cabo con los estudiantes matriculados en el componente Integrado de Clínica III en la titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico Septiembre 2015 – Febrero 2016, el día lunes 7 de diciembre de 2015, dividiendo a los participantes en dos grupos, para poder aplicar la metodología acordada, con una duración aproximada de una hora por taller. La guía didáctica les fue proporcionada el mismo momento del taller únicamente en primera instancia a los participantes del primer grupo, mientras se dictaba la charla y el video.

Al iniciar la presentación del taller, se dio una breve bienvenida agradeciendo la participación de los asistentes, posterior a ello se continuó con indicaciones generales y se procedió a dividir a los participantes, explicando la metodología a emplear, durante 10 minutos; a continuación se hizo la proyección del Video didáctico "Comunicación escrita a pacientes y profesionales de la Salud" durante 15 minutos, se continuó con la revisión paso a paso de la guía didáctica y se llevó a cabo la práctica del taller con casos clínicos de ensayo. Finalmente se evaluaron los conocimientos mediante la ECOE durante 35 minutos, tomando en cuenta únicamente el primer grupo. Mientras tanto al segundo grupo inicialmente le fue aplicada directamente la ECOE, con el objetivo de evaluar conocimientos que se debieron haber obtenido a lo largo de la carrera, y posterior a ello se les presentó el video didáctico así como la guía, en donde pudieron notar los errores cometidos.

3.2. Resultado 2: Evaluación del logro de las competencias en la "información escrita a pacientes y profesionales de la salud" mediante la aplicación del ECOE al final del taller.

Tabla N°1. Resultados de la ECOE previa visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 1)

| Indicador | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------|---------|------------|------------|----------------------|
| Sobresaliente | 20 | 10 | 47,6 | 47,6 |
| Notable | 19 | 4 | 19,0 | 66,7 |
| Bien | 18 | 2 | 9,5 | 76,2 |
| Satisfactorio | 17 | 3 | 14,3 | 90,5 |
| Suficiente | 14 a 16 | 2 | 9,5 | 100,0 |
| Total | | 21 | 100,0 | |

Fuente: ECOE
Elaboración: Autora



Figura N° 1. Resultados de la ECOE previa visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 1)

Fuente: ECOE
Elaboración: Autora

Interpretación: La tabla N°1 y figura N° 1 hacen referencia a las calificaciones obtenidas por el Grupo 1 de estudiantes quienes recibieron previamente la visualización del video y explicación de la guía didáctica del taller, en la ECOE aplicada al final del mismo. En estas podemos observar que el mayor porcentaje, 47,6% de los estudiantes obtuvieron la máxima calificación con resultado “sobresaliente”, mientras que el menor porcentaje 9,5% fue obtenido con calificación “bien” y el mismo porcentaje lo obtuvieron también con una puntuación “suficiente”. En tanto que el 19% de los estudiantes obtuvieron una valoración “notable” y el 14,3% “satisfactoria”.

Tabla N°2. Resultados de la ECOE sin previa visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 2)

| Indicador | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------|---------|------------|------------|----------------------|
| Notable | 19 | 3 | 15 | 15 |
| Bien | 18 | 4 | 20 | 35 |
| Satisfactorio | 17 | 2 | 10 | 45 |
| Suficiente | 14 a 16 | 2 | 10 | 55 |
| Insuficiente | 13 a 15 | 9 | 45 | 100 |
| Total | | 20 | 100 | |

Fuente: ECOE
Elaboración: Autora

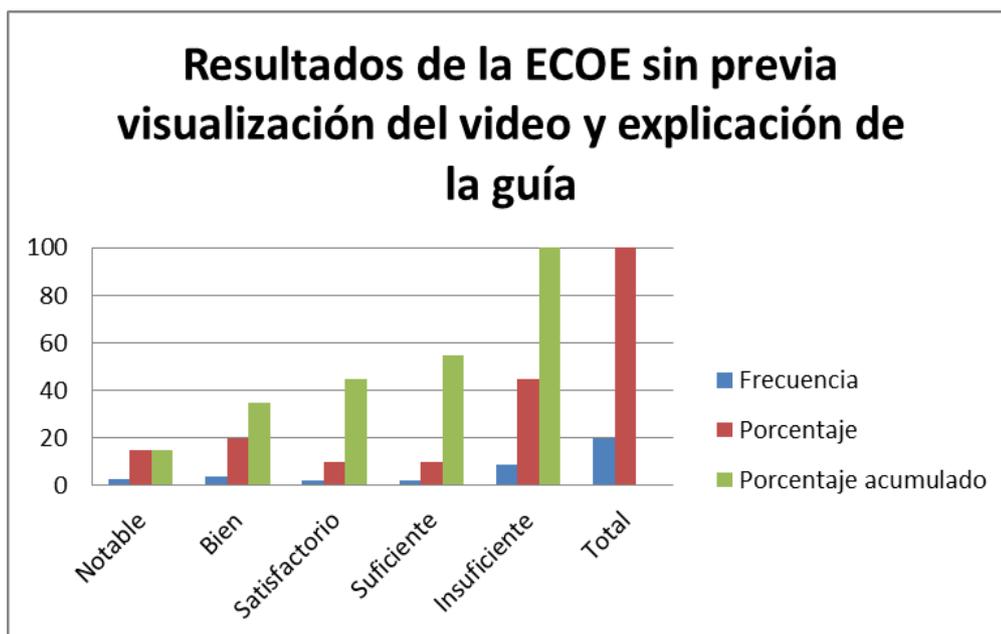


Figura N° 2. Resultados de la ECOE sin previa visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 2)

Fuente: ECOE
Elaboración: Autora

Estudiantes aprobados y reprobados en la ECOE sin previa visualización del video y explicación de la guía

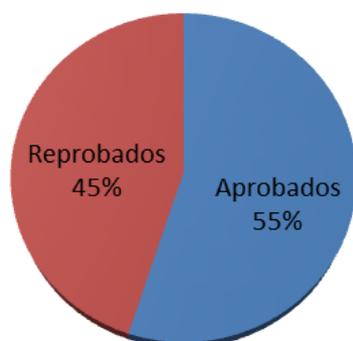


Figura N° 3. Estudiantes aprobados y reprobados en la ECOE sin previa visualización del video y explicación de la guía.

Fuente: ECOE

Elaboración: Autora

Interpretación: La tabla N°2 y figura N°2 al contrario de las anteriores, hacen referencia a las puntuaciones obtenidas SIN previa visualización del video y explicación de la guía, es decir al Grupo 2 de estudiantes en donde el mayor porcentaje, 45%, obtienen una calificación “insuficiente”; mientras que en menor porcentaje, 10% de los estudiantes, lo obtienen con puntuaciones equivalente a “satisfactorio” y “suficiente”. En tanto que el 15% de ellos obtienen una calificación “notable” y 20%, “bien”. Finalmente la figura N°3 nos muestra que alrededor del 55% de los participantes de este grupo (GRUPO 2) aprobaron la ECOE y que el 45% de ellos lo reprobaron.

Tabla N°3. Relación entre las calificaciones obtenidas por los estudiantes previa visualización del video y presentación del taller y quienes no recibieron previa revisión.

| Estadísticos de muestras relacionadas | | | |
|---------------------------------------|-------|----|------------------------|
| Indicador | Media | N | Error típ. de la media |
| GRUPO 1 | 18,60 | 20 | ,400 |
| GRUPO 2 | 15,50 | 20 | ,574 |

| Correlaciones de muestras relacionadas | | |
|--|----|-------------|
| Indicador | N | Correlación |
| GRUPO 1 Y GRUPO 2 | 20 | -,023 |

| Prueba de muestras relacionadas | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------|---|----------|-------|----|------------------|
| Indicador | Diferencias relacionadas | | | | t | gl | Sig. (bilateral) |
| | Media | Desviación típ. | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | | | | |
| | | | Inferior | Superior | | | |
| GRUPO 1 Y GRUPO 2 | 3,100 | 3,161 | 1,621 | 4,579 | 4,386 | 19 | ,000 |

Fuente: ECOE
Elaboración: Autora

Interpretación: La tabla N°3 muestra que los estudiantes que recibieron el video y la guía didáctica adquieren mejor destreza que quienes no los recibieron, en el GRUPO 1 que representa a los estudiantes que recibieron el video y la guía con su respectiva explicación, se obtiene una media de calificación de 18,60 que corresponde cualitativamente a "bien" y los estudiantes que no recibieron previa explicación detallada del tema, es decir el GRUPO 2, obtuvieron una media de puntuación de 15,50 correspondiente a suficiente. La relación es estadísticamente significativa al 95% de confianza (significancia bilateral <0,05).

3.3. Resultado 3: Evaluación de la huella memorística en las destrezas de la "información escrita a pacientes y profesionales de la salud" mediante la aplicación del ECOE al final del ciclo.

Tabla N°4. Resultados de la ECOE posterior a 3 meses de la visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 1)

| Indicador | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------|----|------------|------------|----------------------|
| Sobresaliente | 20 | 10 | 47,6 | 47,6 |
| Notable | 19 | 5 | 23,8 | 71,4 |
| Bien | 18 | 4 | 19,0 | 90,5 |
| Satisfactorio | 17 | 2 | 9,5 | 100,0 |
| Total | | 21 | 100,0 | |

Fuente: ECOE
Elaboración: Autora

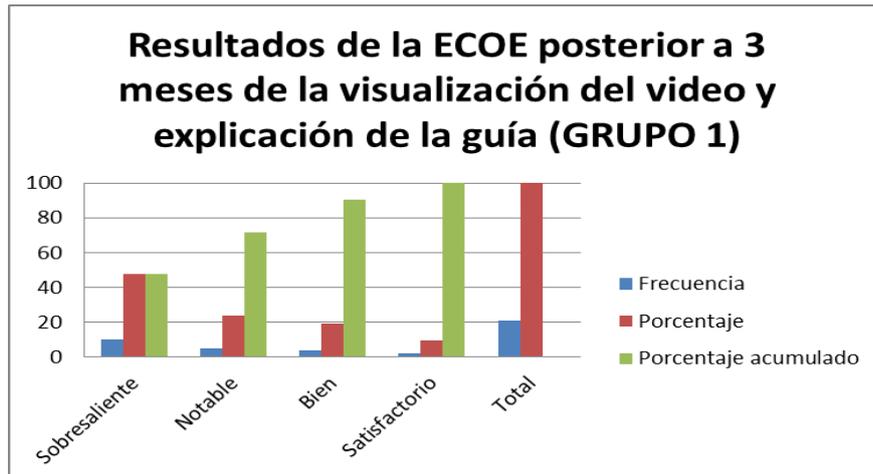


Figura N° 4. Resultados de la ECOE posterior a 3 meses de la visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 1)

Fuente: ECOE

Elaboración: Autora

Interpretación: La tabla N°4 y figura N°4 hacen referencia a las calificaciones obtenidas por los estudiantes en la huella de memoria temprana realizada a los 3 meses posterior a haber recibido el video y la guía didáctica, tomando en cuenta únicamente el primer grupo. En estas se puede observar que el 47,6% de los estudiantes, obtuvieron una calificación cualitativamente “sobresaliente”, el 23,8% de ellos “notable”, el 19% “bien” y el 9,5% de los estudiantes obtuvieron una calificación correspondiente a “satisfactorio”

Tabla N°5. Resultados de la ECOE posterior a 3 meses de la visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 2)

| Indicador | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------|----|------------|------------|----------------------|
| Sobresaliente | 20 | 4 | 20 | 20 |
| Notable | 19 | 11 | 55 | 75 |
| Bien | 18 | 5 | 25 | 100 |
| Total | | 20 | 100 | |

Fuente: ECOE

Elaboración: Autora

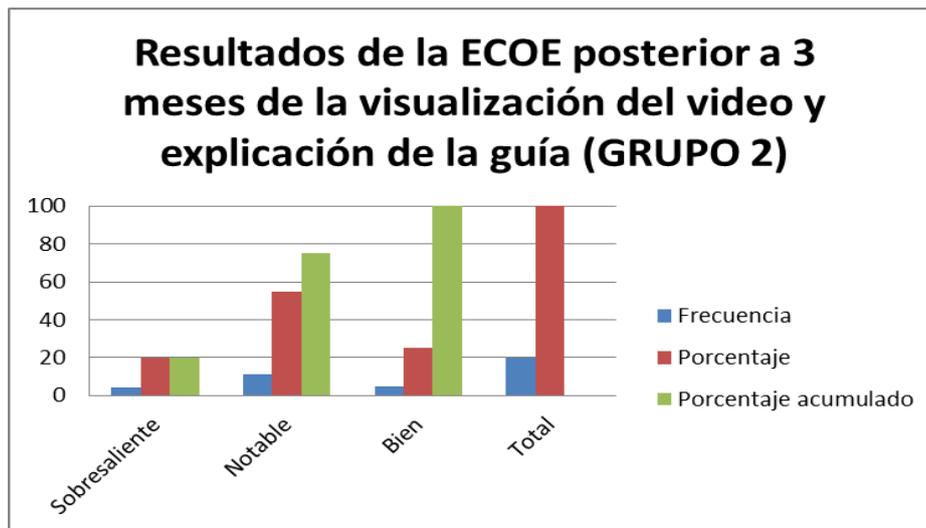


Figura N°5. Resultados de la ECOE posterior a 3 meses de visualización del video y explicación de la guía (GRUPO 2)

Fuente: ECOE

Elaboración: Autora

Interpretación: La tabla N°5 y la figura N°5 hacen referencia a las puntuaciones obtenidas en la huella de memoria temprana realizada a los 3 meses posterior a haber recibido el video y la guía didáctica en este caso tomando en cuenta el segundo grupo de estudiantes. En estas se puede observar que el mayor porcentaje que es el 55%, lo obtuvieron los estudiantes con calificaciones correspondientes a “notable”, mientras que el 25% de los estudiantes obtuvieron valoraciones cualitativamente correspondientes a “bien” y el 20% de ellos obtuvieron una calificación correspondiente a “sobresaliente”.

Tabla N°6. Relación entre las calificaciones obtenidas en el primer ECOE y el ECOE 2, durante la huella de memoria temprana realizada a los 3 meses posterior a la visualización del video y presentación del taller en ambos grupos.

| Estadísticos de muestras relacionadas | | | |
|---------------------------------------|-------|----|------------------------|
| Indicador | Media | N | Error típ. de la media |
| ECOE 1 | 17,12 | 41 | ,421 |
| ECOE 2 | 19,02 | 41 | ,137 |

Fuente: ECOE

Elaboración: Autora

Interpretación: La tabla N°6, hace referencia a la relación entre la media de la primera ECOE de la totalidad de participantes, cuyo resultado es 17,12, y la media de la segunda ECOE realizada 3 meses luego, de 19,02; demostrando como la huella de memoria fue adquirida en los dos grupos posterior a la capacitación conjunta que recibieron.

4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la elaboración del presente trabajo han sido satisfactorios, se ha logrado implementar con éxito un taller que mejora las habilidades de comunicación escrita a pacientes y profesionales de la salud para estudiantes de la Titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja. Según el artículo “Percepción de formación en entrevista, relación y comunicación médico paciente”, el proceso de acreditación de las escuelas de medicina exige que los cursos que integra el currículo de estudios sean elaborados en base de competencias, es decir que, además de conocimientos, considere habilidades, destrezas y actitudes necesarias para el ejercicio profesional. (Sogi, Zavala, Oliveros, & Salcedo, 2007). Tomando en cuenta el artículo “La simulación clínica como herramienta pedagógica”; se señala que en la simulación clínica interaccionan conocimientos, habilidades y factores humanos con el fin de proporcionar un método de aprendizaje y entrenamiento efectivo para lograr que el alumnado desarrolle un conjunto de destrezas que posibiliten alcanzar modos de actuación superiores, ofreciendo la oportunidad de realizar una práctica análoga a la que desarrollará en la realidad asistencial. (Juguera Rodríguez, Díaz Agea, Pérez Lapuente, Leal Costa, Rojo Rojo, & Echevarría Pérez , 2014)

Se ha implementado con éxito el taller “Comunicación escrita a pacientes y profesionales de la salud”, el mismo que tiene la característica principal de utilizar simulación y una herramienta de evaluación como la ECOE para evaluar objetivamente la adquisición de competencias en comunicación escrita. En cuanto al costo-efectividad de este taller, se debe hacer hincapié en los aspectos económicos y de viabilidad. Gran parte de estos costos se pueden reducir al emplearse el apoyo de estudiantes, como ayudantes de cátedra, documentación digital y supervisión de un docente con conocimiento y experiencia en esta metodología de enseñanza, como se ha podido comprobar se asegura la adquisición de competencias, posterior a una buena metodología de enseñanza.

En torno al tema de la comunicación escrita, el artículo publicado en la revista médica chilena, “Validación de instrumentos para medir errores de medicación “, se manifiesta que los errores en las recetas médicas son fallas en el proceso de escritura de éstas, que dan lugar a una instrucción errónea acerca de una o más de las “características normales” de una receta, entendiéndose por esto a la identidad del paciente, identidad de la droga, formulación, dosis, vía, tiempo, frecuencia y duración de la administración. (Alvarado, Ossa, & Bustos, 2014). Aunque no existen muchos estudios relacionados específicamente con el tema de este proyecto, existen varios que hacen hincapié en los múltiples errores que conlleva una mala relación médico paciente verbal y no verbal, y por ende mala adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, tal es el caso del estudio de corte transversal

realizado en el Hospital de Nueva Imperial de Chile, el cual no cuenta aún con un sistema de documentos médicos electrónicos por lo que los facultativos deben realizar en forma manuscrita sus prescripciones, en donde se definió ciertos tipos de errores: 1) No determinar identificación del paciente, concentración del medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis diaria, duración del tratamiento o cantidad total correcta del medicamento, cuando existe ausencia de los datos del paciente, estén ilegibles o incompletos, 2) prescripción repetida de un medicamento (igual forma farmacéutica y concentración), 3) uso de abreviaturas, símbolos o siglas en la prescripción de medicamentos, 4) enmendaduras en las indicaciones de los medicamentos, 5) ausencia de identificación del médico, letra ilegible o datos incompletos, y 6) ausencia de firma del médico. (Alvarado, Ossa, & Bustos, 2014). Observando los mismos parámetros de evaluación considerados en este proyecto, se concluye que el desarrollo de técnicas y herramientas que permitan detectar este tipo de errores permiten un mejor uso de la información en beneficio de una adecuada gestión en el uso seguro de los medicamentos.

El material didáctico elaborado para el taller "Comunicación escrita a pacientes y profesionales de la salud", así como los pacientes simulados y una ECOE bien diseñados y basados en las competencias que se desean alcanzar, fueron un pilar fundamental para el proceso de enseñanza-aprendizaje de habilidades. Los resultados obtenidos en otros estudios similares, como el realizado en la Universidad Católica San Antonio de Murcia, España que titula "Simulación clínica como herramienta pedagógica", muestran que la satisfacción del alumnado en relación a la puesta en práctica del conocimiento adquirido en la teoría y que se escenifica en la simulación es positivo algunos estudios avalan la metodología aplicada, como por ejemplo, el uso de pacientes simulados y mediante la simulación se ha demostrado cómo ésta, unida a la enseñanza basada en la resolución de problemas mediante evaluaciones clínicas objetivas y estructuradas (ECOE), permite mayor objetividad, control y satisfacción del docente y el estudiante, así también se han manifestado argumentos por numerosos docentes, en el sentido de que trabajar por competencias hace que el alumno se responsabilice de su formación y no sea un mero espectador. (Juguera Rodríguez, Díaz Agea, Pérez Lapuente, Leal Costa, Rojo Rojo, & Echevarría Pérez, 2014). En otro estudio, similar denominado, "Necesidad de adaptar los procesos de comunicación en salud a la Sociedad Red, nuevas formas relacionales entre profesional sanitario y paciente", se señala que, la comunicación terapéutica y la relación de ayuda entre profesionales sanitarios y pacientes amplía sus posibilidades gracias a las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación), especialmente con el empleo de medios

e instrumentos tecnológicos que permiten una mejora sin precedentes en el acceso a información sanitaria, interacción social y relaciones entre profesionales sanitarios y pacientes, pacientes en relación con su dolencia, pacientes con otros pacientes, así como las relaciones entre los profesionales. (Torres Valdés & Santa Soriano, 2013)

En cuanto al análisis de los resultados de la ECOE al final del taller, podemos observar que del primer grupo de alumnos que recibieron el taller, todos aprobaron el mismo, sin embargo quienes fueron directamente evaluados sin previa revisión del tema, alrededor del 55% aprobaron la ECOE, y el 45% reprobaron. Sin embargo todos los estudiantes aprobaron el segundo ECOE, tres meses posteriores a la capacitación conjunta que recibieron finalmente todos los estudiantes, ello nos indica, independientemente de los resultados iniciales, que la metodología empleada permite que los estudiantes almacenen la información y demuestren las competencias a mediano plazo.

Finalmente, se hace hincapié en que la comunicación es una necesidad humana básica y, por tanto, determinante en la atención al paciente, y los profesionales de la salud, pues la dimensión no verbal de comunicación implica todas las manifestaciones de comportamiento no expresadas en palabras, cuyo significado está relacionado con el contexto en el que se producen. Respecto a ello, el artículo titulado “La comunicación no verbal como factor iatrogénico” menciona que las señales no verbales pueden ser utilizadas para complementar, sustituir o contradecir la comunicación verbal y también para mostrar los sentimientos. La imprudencia del profesional relacionada con la percepción inadecuada o mal uso de la comunicación no verbal en la interacción con el paciente puede caracterizar un suceso iatrogénico, ya que trae consecuencias psicológicas para el paciente, que influyen en el compromiso terapéutico del mismo. (Trovo de Araújo, Paes da Silva, & Puggina, 2009)

Teniendo en cuenta limitaciones de esta investigación, se menciona la presencia de una pequeña muestra, seleccionada por conveniencia, que, a pesar de su tamaño, es significativa para demostrar el impacto que ejercen estos talleres de simulación, que podrían ser punto de partida para investigaciones posteriores en adquisición de competencias de comunicación verbal y no verbal para todas las titulaciones de la Universidad.

CONCLUSIONES

Se ha conseguido elaborar el material adecuado para la implementación del taller “Comunicación escrita a pacientes y profesionales de la salud” en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, así como la puesta en práctica del mismo, con una favorable aceptación y colaboración por parte de los estudiantes, y relativamente a un costo bastante económico debido a la metodología empleada en el mismo.

Se ha logrado evaluar la adquisición de las competencias en la “comunicación escrita a pacientes y profesionales de la salud” mediante la aplicación de la ECOE al final del taller, en donde se pudo observar que los estudiantes que recibieron previamente el tema propuesto, adquieren mejor las destrezas, con una media de 18,60, en comparación con una media de 15, 50 para el grupo que no recibe una revisión preliminar. Demostrando efectividad en la metodología de enseñanza por simulación y la utilidad de una ECOE bien diseñada.

Se ha podido comprobar que los conocimientos y habilidades adquiridos se han mantenido en el tiempo, mediante la evaluación de la huella de memoria de las competencias en “Comunicación escrita a pacientes y profesionales de la salud”; pues posterior a la primera ECOE aplicada, se obtuvo una media de 17,12 (independientemente de que sea Grupo 1 o 2), y tres meses al evaluar la huella de memoria, una media de 19,02, aprobando en su totalidad, en comparación al grupo que inicialmente no recibió la orientación adecuada del taller en donde únicamente el 55% aprobaron el mismo, ello nos brinda una buena idea sobre la efectividad de la metodología de enseñanza-aprendizaje de competencias en comunicación.

RECOMENDACIONES

Se recomienda mantener el taller de comunicación para estudiantes de cuarto año de la Titulación de Medicina en la Universidad Técnica Particular de Loja, como parte fundamental de su formación integral, pues se ha demostrado la utilidad como fortalecimiento de las competencias que para su nivel académico deben adquirir.

Se recomienda continuar con la metodología de simulación aplicada a pequeños grupos, ya que nos permite observar y evaluar la conducta del estudiante creando un ambiente más cercano al real, utilizando como complemento, herramientas de evaluación como las ECOEs, y de igual manera la valoración de una huella de memoria, de preferencia en un lapso prolongado de tiempo, en donde se pueda observar o no la prevalencia de conocimientos adquiridos en diferentes momentos,

Continuar con el diseño y aplicación de novedosos talleres afines al tema, que permitan la adquisición, desarrollo y permanencia de competencias en comunicación médico paciente, principalmente aplicado a la titulación de Medicina y si es posible ofertar así, estos talleres como parte de la malla académica, todo esto con la finalidad de complementar la formación de profesionales con calidad y calidez humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado, C., Ossa, X., & Bustos, L. (2014). *Revista Médica de Chile*. Obtenido de Adaptación y validación de instrumentos para medir errores en las recetas médicas y en el proceso de preparación de medicamentos en farmacia de pacientes ambulatorios.
2. Ballesteros, S. (2014). *Habilidades cognitivas básicas: Formación y deterioro*. Madrid: UNED Ediciones.
3. Baro, E. E., & Ebhomeya, L. (2013). Information Needs and Seeking Behaviours of Nurses: A Survey of Two Hospitals in Bayelsa State, Nigeria. *Health Education*, 113 (3), 183-195.
4. Cefalu, W., Bakris, G., Blonde, L., Groot, M., & Henry, R. (2015). Standards of Medical Care in Diabetes - 2015. *the Journal of Clinical and Applied research an education. Diabetes Care*, 38 (1), 5-92.
5. Clappitt, P. G., & Williams, M. L. (Mayo de 2011). Physician - Patient Communication and Patient Compliance: A Theoretical Orientation. Filadelfia, Pensilvania.
6. Costello, E., Corcoran, M., Barnett, J. S., Birkmeier, M., Cohn, R., Ozgur, E., y otros. (Noviembre de 2014). *Information and Communication Technology to Facilitate Learning for Students in the Health Professions: Current Uses, Gaps, and Future Directions*, 18, 18.
7. Dahm, M. R., & Yates, L. (2013). English for the Workplace: Doing PatientCentred. *TESL CANADA JOURNAL/REVUE TESL DU CANADA*, 30, 21-44.
8. Dauenhauer, J. A., Podgorski, C. A., & Karuza, J. (2011). Prescribing Exercise for Older Adults: A Needs Assessment Comparing Primary Care Physicians, Nurse Practitioners, and Physician Assistants. *Gerontology & Geriatrics Education*, 26 (3), 81-99.
9. FDA. (2013). *FDA U S Food and Drug Administration*. Obtenido de <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/medicationerrors>

10. Fleming, J. E. (2014). A Future for Adult Educators in Patient Education. *Adult Learning* , 25 (4), 166-168.
11. Gaberson, K., & Oermann, M. (2010). *Clinical Teaching Strategies in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
12. García Retamero, R., & Galesic, M. (2012). Journal of Experimental Psychology: Applied. 18, 38-51.
13. Gómez, G., Moore, P., & Araos, E. (2012). “Co-docencia para el aprendizaje de la entrevista médica”: un apoyo “in situ” para docentes clínicos en la enseñanza de competencias comunicacionales en pre grado. *Revista Médica de Chile* , 396-403.
14. González Castro, L., Moreno Martínez, I., García Mancipe, M., & Vélez Ferreira, M. (Abril de 2010). *Med UNAB*. Obtenido de La relación entre profesionales de enfermería y medicina: Una posible explicación de los resultados.
15. Juguera Rodríguez, L., Díaz Agea, J., Pérez Lapuente, M., Leal Costa, C., Rojo Rojo, A., & Echevarría Pérez, P. (Enero de 2014). *Enfermería Global. Revista Electrónica de Enfermería*. Obtenido de La simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado de Enfermería en la UCAM.
16. Lefèvre, F., Juarez Vieira, J., Cavalcanti Lefèvre, A. M., Cardozo de Castro, L. L., & Witt de Pinho, A. (2010). The Relationship between Health Professionals and the Elderly Patient Facing Drug Prescription: A Qualitative Approach. *The Qualitative Report - Nova Southeastern University* . , 9 (4), 706-731.
17. Magnezi, R., Bergman, L., & Urowitz, S. (2015). Would Your Patient Prefer to Be Considered Your Friend? Patient Preferences in Physician Relationships. *Health Education & Behavior* , 42 (2), 210-219.
18. McMahon, J. M., & Curtis, A. (2011). Methods of Reading Information on Labels of Prescription Medications by Persons Who Are Visually Impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness* , 103 (5), 303-308.
19. Okuda, Y., Bryson, E. O., DeMaria, S., Jacobson, L., Quiñones, J., Shen, B., y otros. (2010). La utilidad de la simulación en la educación médica: ¿Cuál es la evidencia? *Monte Sinaí Journal of Medicine: A Journal of Translacional y Medicina Personalizada* , 76, 330-343.

20. Polinski, J. M., Kesselheim, A. S., Frolkis, J. P., Wescott, P., Allen-Coleman, C., & Fischer, M. A. (2014). A Matter of Trust: Patient Barriers to Primary Medication Adherence. *Health Education Research* , 29 (5), 755-763.
21. Roberts, A. (2012). Beyond the Lecture: Interactive Strategies in the Health Profession Education Curriculum . *Journal of Career and Technical Education* , 27, 48-55.
22. Rochon, P. (Junio de 2015). *UpToDate*. Obtenido de <http://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults>
23. Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M., & Salcedo, C. (2007). *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Obtenido de Percepción de formación en entrevista, relación y comunicación medico paciente. Encuesta en médicos graduados.
24. Stader, D. L., Greicar, M. B., Stevens, D. W., & Dowdy, R. (2012). Drugs, Strip Searches, and Educator Liability: Implications of "Safford v. Redding". *Clearing House: A Journal of Educational Strategies, Issues and Ideas* , 88 (3), 109-113.
25. Swiggart, W. H., Ghulyan, M. V., & Dewey, C. M. (2012). Using Standardized Patients in Continuing Medical Education Courses on Proper Prescribing of Controlled Substances. *Substance Abuse* , 33 (2), 182-185.
26. Torres Valdés, R., & Santa Soriano, A. (2013). *Historia y Comunicación Social*. Obtenido de Necesidad de adaptar los procesos de comunicación en salud a la Sociedad Red. Nuevas formas relacionales entre profesional sanitario y paciente.: http://dx.doi.org/10.5209/rev_HICS.2013.v18.44277
27. Trovo de Araújo, M., Paes da Silva, M., & Puggina, A. (2009). *Rev Esc Enferm USP*. Obtenido de A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico: www.ee.usp.br/reeusp/
28. Zaala, R. J., Van der Kaaija, A., Evenhuisb, H., & Van den Bemta, P. (2013). Prescription errors in older individuals with an intellectual disability: Prevalence and risk factors in the Healthy Ageing and Intellectual Disability Study. *Research in Developmental Disabilities* , 34, 1656–1662.

ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE ASIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS

Loja, 15 de diciembre de 2015

Dr. Víctor Hugo Vaca Merino

COORDINADOR DE LA TITULACIÓN DE MEDICINA

18/12/2015

Se asigna en reemplazo a la Dra.
Estefanía Bautista como directora
del TFT.

De mis consideraciones:



Yo, ANA MAGALY ZUMBA NAGUA, con número de CI: 1105884710, estudiante de noveno ciclo paralelo B solicito muy comedidamente, se me asigne nuevamente un docente como Director y tutor de tesis, debido a una renuncia inesperada del Dr. Fernando Espinosa Herrera, quien hasta este entonces ocupaba dichos cargos, esto con la finalidad de que haya continuidad en mi trabajo de fin de titulación, y de esta manera no tenga retrasos académicos por este motivo.

Si se me permite sugerir un docente para director y tutor, podría ser el Dr. Pablo Aldáz o el Dr. Xavier Astudillo, respectivamente, ya que ellos están inmersos en este tipo de trabajos de investigación y conocen la metodología a aplicarse.

Quedo a la espera de su pronta respuesta y agradezco desde ya la atención a mi solicitud.



Ana Magaly Zumba Nagua

17/12/2015
OK. Vto Bueno
Dra. Patricia Gonzalez
por favor designar el
reemplazo



ANEXO 2. GUÍA DIDÁCTICA DEL TALLER

GUÍA DIDÁCTICA PARA EL TALLER DE INFORMACIÓN ESCRITA A PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Autor: *ZUMBA NAGUA, Ana Magaly

Revisor: **ESPINOSA-HERRERA, Fernando Vladimir

**Estudiante de la Titulación de Médico de la UTPL*

***Docente Investigador a tiempo completo en el Departamento de Ciencias de la Salud de la UTPL*

Noviembre 2015

ÍNDICE

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR<ol style="list-style-type: none">1.1. Genéricas de la UTPL1.2. Específicas de la titulación1.3. Específicas del componente académico2. CRONOGRAMA DEL TALLER3. REQUISITOS PREVIOS PARA EL TALLER4. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS5. CONTENIDO DEL TALLER<ol style="list-style-type: none">5.1. Información escrita a pacientes5.2. Información escrita entre profesionales de la salud5.3. Estructura de los documentos médicos entre profesionales de la salud y pacientes.<ol style="list-style-type: none">5.3.1. Primera etapa: Centrada en la estructura de la receta para el paciente.5.3.2. Segunda etapa: Centrada en indicaciones médicas intrahospitalarias.6. ANEXOS7. BIBLIOGRAFÍA |
|---|

1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

1.1. Genéricas de la UTPL:

| | |
|-------------------|--|
| CG-UTPL 02 | Comunicación oral y escrita |
| CG-UTPL 03 | Orientación a la innovación y a la investigación |
| CG-UTPL 04 | Pensamiento crítico y reflexivo |
| CG-UTPL 05 | Trabajo en equipo |
| CG-UTPL 06 | Comunicación en Inglés |
| CG-UTPL 07 | Compromiso e Implicación social |
| CG-UTPL 08 | Compromiso ético |

| | |
|-------------------|---|
| CG-UTPL 09 | Organización y planificación del tiempo |
|-------------------|---|

1.2. Específicas de la titulación (seleccionadas para el Componente):

| | |
|----------------------|--|
| CE-TM_UTPL 01 | Promover la salud y el bienestar de la persona y prevenir la enfermedad. |
| CE-TM_UTPL 02 | Planificar la identificación, búsqueda, análisis, síntesis, generación y aplicación crítica del conocimiento actualizado y de alto nivel. |
| CE-TM_UTPL 04 | Establecer una comunicación integral y altamente efectiva con el paciente, su entorno, comunidad científica y con la población general en el ámbito de la salud. |

1.3. Específicas del componente académico:

| | |
|---------------------|--|
| CECA-UTPL 01 | Ejecutar el taller "información escrita a pacientes y profesionales de la salud" |
| CECA-UTPL 02 | Manejar la información escrita entre el médico sus pacientes y otros profesionales de la salud, adecuada, clara y altamente profesional. |

2. CRONOGRAMA DEL TALLER

| | |
|--------------------|--|
| FECHA: | 07 de diciembre de 2015 → ECOE al final del taller 01 de febrero de 2016 → ECOE para huella de memoria |
| DURACIÓN: | 2 horas Taller + ECOE 1 hora para ECOE huella de memoria |
| GRUPO: | Estudiantes que se matriculen en el componente Integrado de Clínica III en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico septiembre 2015 – febrero 2016 |
| HORARIO: | Taller + ECOE: 07 de diciembre de 2015 (09:00-11:00h) ECOE huella de memoria: 01 de febrero 2016 (09:00-10:00h) |
| MATERIAL: | Entrega de guía didáctica previo a la realización del taller. |
| EVALUACIÓN: | Mediante ECOE, evaluación individual de 10 minutos por estudiante. |

| ACTIVIDADES DEL TALLER | DURACIÓN |
|--|-----------------|
| Bienvenida e indicaciones generales | 5 min |
| Proyección del video " información escrita a pacientes y profesionales de la salud" | 15 min |
| Práctica guiada mediante hojas impresas con los documentos médicos a evaluar. | 40 min |
| Evaluación mediante ECOE (10 estudiantes por cada evaluador, 5 evaluadores y 10 minutos por cada estudiante) | 60 min |
| TOTAL DE TIEMPO DEL TALLER | 120 min |

| EVALUACIÓN DE HUELLA DE MEMORIA | DURACIÓN |
|--|-----------------|
| Evaluación mediante ECOE (10 estudiantes por cada evaluador, 5 evaluadores y 10 minutos por cada estudiante) | 60 min |
| TOTAL DE TIEMPO | 60 min |

3. REQUISITOS PREVIOS PARA EL TALLER

- 3.1. Estudiantes que se matriculen en el componente Integrado de Clínica III en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico septiembre 2015 – febrero 2016
- 3.2. Conocimientos previos de Farmacología.
- 3.3. Revisión de la guía didáctica del taller “Información escrita a pacientes y profesionales de la salud”
- 3.4. Revisión de la bibliografía recomendada en la Guía Didáctica.
- 3.5. Cada estudiante debe acudir al taller con esferográficos y EVITAR LLEVAR CORRECTOR.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

| | |
|------------------------------------|--|
| Comunicación escrita | “La comunicación escrita es aquella en donde el emisor es una persona que produce textos, envía su mensaje a través de un medio escrito y éste mensaje llega a muchos receptores que lo decodifican al leerlo” (Gómez, Moore, & Araos) |
| Documentos médico - legales | Todas aquellas actuaciones escritas que utiliza el medico en sus actuaciones profesionales, con las autoridades, organismos, instituciones o cualquier persona. Son de uso exclusivo de los médicos. (Morales, 2014) |
| KARDEX | Es un método conciso para organizar y registrar datos acerca de un paciente y facilita el acceso inmediato a la información de todos los profesionales de la salud intervinientes. Se trata de una ficha individual o tarjeta por paciente para archivar en un fichero o tarjetero, que se puede doblar fácilmente y se guarda para el control de enfermería. (Bustamante, 2011) |

5. CONTENIDO DEL TALLER

5.1. Información escrita a pacientes

Los profesionales de la salud se ven cada vez más preocupados por el incumplimiento de los pacientes tomando en cuenta las indicaciones que les son administradas. Muchos pacientes simplemente no siguen las instrucciones de sus médicos, por razones que no especifican. Es indispensable el recordar constante por parte de los médicos, de las instrucciones a sus pacientes debido a su gran efecto en el nivel de cumplimiento de los mismos. (Magnezi, Urowitz, & Bergman, 2015)

La información relativa a la terapia con medicamentos debe ser proporcionada de manera clara para que todo el proceso pueda ser totalmente entendido por el paciente y/o su cuidador. Las recetas de medicamentos inapropiados para los pacientes son comunes, por ello la toma de decisiones de los pacientes y el médico puede requerir más discusión de los beneficios y riesgos, así como la opinión

de los pacientes sobre los medicamentos prescritos y su capacidad para seguir adelante con el tratamiento. (Swiggart, Ghulyan, & Dewey, 2012)

5.2. Información escrita entre profesionales de la salud

Teniendo en cuenta la complejidad de la terapia farmacológica y sus implicaciones, tanto en el proceso de toma de decisiones como en la administración de la terapia con medicamentos, se conforma una serie interdisciplinaria de colaboración entre médicos, farmacéuticos, pacientes, y una variedad de otros profesionales de la salud.

Aunque en muchas ocasiones resulta difícil una comunicación persona – persona entre los médicos y el resto de profesionales de la salud, debido a que cada quien como profesional mismo, tiene sus ocupaciones dentro del hospital, es verdaderamente importante que al momento de prescribir indicaciones intrahospitalarias, se cumpla con normas de correcta redacción y ortografía, siendo el incumplimiento de esto, el error más grande dentro de un hospital, tomando en cuenta lo que se prescribió para el paciente versus lo que otro, ajeno a esta indicación por parte de su compañero de trabajo, entiende. De igual manera al llevar un informe correcto de la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería, es esencial durante la estancia hospitalaria del paciente, y mantenerlo ordenadamente con buena ortografía es una costumbre que aun en la actualidad no se ha logrado, principalmente en los registros hospitalarios de países subdesarrollados. (Baro & Ebhomeya, 2013)

5.3. Estructura de los documentos médicos entre profesionales de la salud y pacientes.

Las habilidades de comunicación en la asistencia médica deben ser tratadas y enseñadas como cualquier otra competencia y debe ser demostrada durante el entrenamiento del estudiante, es por ello que se propone esta guía de simulación para la correcta elaboración de estos documentos. Con la finalidad de llevar a cabo el taller usted debe tomar en cuenta los siguientes pasos durante el entrenamiento, y debe seguirlos en su totalidad. Al finalizar el taller se procederá a la evaluación del mismo mediante el desenvolvimiento de cada estudiante según los siguientes parámetros:

5.3.1. Primera etapa: Centrada en la estructura de la receta para el paciente.

- a) Elaborar la receta en sectores correctos, registrando “todos” los datos pertinentes del encabezado de la misma:
 - Nombre del médico.
 - Nombre y edad del paciente
 - Fecha
 - Número de historia clínica o de identificación del paciente.
- b) Escribir el nombre de la molécula (y solamente en casos pertinentes el nombre comercial con una ®)
- c) Registrar los datos de la presentación y concentración del medicamento (miligramos, tableta, jarabe, etc.)
- d) Registrar “todos” los datos de la prescripción:
 - Dosis.

- Vía de administración.
 - Número de días de la administración.
 - Tratamiento completo.
- e) Detallar adicionalmente y de manera completa las indicaciones no farmacológicas.
- f) Finalizar con la firma y sello (o equivalente) + número de registro (o cédula de identidad).

TOMAR EN CUENTA SIEMPRE LOS CASOS ESPECIALES (ILETRADOS O ADULTOS MAYORES)

- Utilizar dibujos adicionalmente para explicar todos los detalles de la prescripción

RECORDAR SIEMPRE: Escribir con letra legible y sin faltas de ortografía.

5.3.2.Segunda etapa: Centrada en indicaciones médicas intrahospitalarias

Para realizar de manera correcta las indicaciones del tratamiento del paciente que se encuentra hospitalizado, se debe considerar los siguientes pasos:

- a) Registrar todos los datos del encabezado completamente:
- Establecimiento
 - Nombre del paciente.
 - Sexo
 - Número de hoja
 - Número de historia clínica o de identificación del paciente.
 - Fecha y hora
- b) Registrar “todos” los datos de la prescripción:
- Nombre del medicamento
 - Dosis
 - Vía de administración.
 - Horarios
 - Número de días.
 - Verificar que el tratamiento este completo.
- c) FINALIZAR con Firma y sello (o equivalente) del médico + número de registro (cédula de identidad).
- d) **IMPORTANTE:** No utilizar siglas, ni tampoco realizar manchones, NO utilizar tinta correctora, caso contrario y si es necesario repetir el documento.

Para realizar la evaluación registro llevado por el personal de enfermería (KARDEX) es conveniente tener en cuenta las siguientes pautas adicionales:

- a) Apuntar los datos del encabezado completamente (como ya se indicó en secciones anteriores).
- b) Diagnóstico médico principal.
- e) Registrar mes y día de la administración de los medicamentos.
- f) Registrar los fármacos de manera completa en el sector correcto.
- g) Registrar las iniciales de su nombre luego de la administración del fármaco y también la hora de administración del mismo.
- h) **IMPORTANTE:**
- Siempre verificar previamente la existencia del medicamento que ha prescrito el médico tratante, y en el caso de que no se encuentre disponible, reportar inmediatamente en novedades.
 - Indicar las medidas tomadas por enfermería, no ordenadas por el médico, para satisfacer las necesidades del paciente (ingesta, posición, medidas de seguridad, medidas para la comodidad, etc.).
 - Antecedentes de alergia y precauciones de seguridad en los cuidados del paciente.
- i) Finalmente evitar manchones o uso de tinta correctora, debido a que como todo documento médico legal, debe ser **IMPECABLE**.

| ESTABLECIMIENTO | NOMBRE | APELLIDO | Sexo (F-M) | N° DE HOJA | N° DE HISTORIA CLÍNICA |
|-----------------|--------|----------|------------|------------|------------------------|
| HGIAL | N. | N. | F | 01 | 509860 |

REGISTRAR EN ROJO LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS (ENFERMERÍA)

| 1 EVOLUCIÓN | | |
|---------------------|-------|--|
| FECHA (DÍA/MES/AÑO) | HORA | NOTAS DE EVOLUCIÓN (FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA DE EVOLUCIÓN) |
| 04/12/15 | 07:00 | <p>EVOLUCIÓN:</p> <p>Días de hospitalización: 1</p> <p>Edad: 20</p> <p>Diagnóstico: Pancreatitis Aguda</p> <p>Subjetivo: Paciente al momento diaforética, no refiere ninguna molestia, se mantiene en nada por vía oral, realiza micción espontáneamente, no realiza deposición desde hace 2 días.</p> <p>Objetivo: Tensión arterial: 110/60. Frecuencia cardíaca: 70. Frecuencia respiratoria: 19. Saturación de oxígeno: 96%. Temperatura: 36,8 °C. Balance hídrico: 1000</p> <p>Paciente, somnolienta, diaforética, ojos conjuntivas rosadas, mucosas orales húmedas. Tórax: cardiopulmonar normal. Abdomen; tenso, depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos, doloroso a la palpación a nivel de epigastrio. Extremidades: tono y fuerza muscular, conservada</p> <p>Análisis: Paciente ingresa con dolor abdominal, durante la noche ha realizado picos febriles, al momento diaforética, no refiere ninguna molestia</p> <p>Plan: Pendiente eco de abdomen superior Control de signos vitales (curva de temperatura) Continuar con nada por vía oral Controlar el dolor</p> |

| 2 PRESCRIPCIONES | | FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCIÓN |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERÍA Y OTRO PERSONAL) | ADMINISTRAR FARMACOS INSUMOS | |
| <p>1. Pancreatitis Aguda</p> <p>2. Ingreso a Gastroenterología</p> <p>C: Cuidados de enfermería</p> <p>A: Reposo relativo</p> <p>V: Control de signos vitales cada 4 horas, graficar curva de temperatura y tensión arterial</p> <p>A: No conocidos</p> <p>N: Control de ingesta y excreción</p> <p>D: Nada por vía oral</p> <p>I: Hidratación con Solución Salina al 0,9% 1000cc. + Soletrol Na. 10ml y Soletrol K 10cc + Gluconato de calcio 20cc intravenosa</p> <p>M: Omeprazol 40mg Intravenoso cada día, Ciprofloxacino 20mg Intravenoso cada 12 horas, Metronidazol 500mg intravenoso cada 8 horas, Tramadol 50mg + metoclopramida 20 mg Intravenoso diluido cada 8 horas.</p> <p>E: Tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso.</p> <p>L: Control de biometría hemática, PCR, VSE, Electrolitos, amilasa y lipasa</p> <p>C: Novedades</p> <p>O: -----</p> | | |

| | | | | | |
|-----------------|--------|----------|------------|------------|------------------------|
| ESTABLECIMIENTO | NOMBRE | APELLIDO | Sexo (F-M) | N° DE HOJA | N° DE HISTORIA CLÍNICA |
| HGIAL | N. | N. | F | 01 | 509860 |

MEDICAMENTOS

INICALES DEL RESPONSABLE FUN = SUMILLA

IN =

| PRESENTACIÓN, VÍA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA | DÍA Y MES | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|----|-----|----------|----|-----|------|----|-----|------|----|-----|------|----|-----|
| | 06/ 12/15 | | | 07/12/15 | | | | | | | | | | | |
| | HORA | IN | FUN | HORA | IN | FUN | HORA | IN | FUN | HORA | IN | FUN | HORA | IN | FUN |
| 1 Solución salina al 0,9% 1000cc. + 10cc Soletrol Sodio + 10CC Soletrol Potasio + Gluconato de Calcio 20 cc Intravenoso | 08:00 | MC | LIC | | | | | | | | | | | | |
| 2 Omeprazol 40mg intravenoso cada día | 12:00 | MC | LIC | | | | | | | | | | | | |
| 3 Ciprofloxacino 20 mg Intravenoso cada 12 horas | 20:00 | MC | LIC | 08:00 | | | | | | | | | | | |
| 4 Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas | 08:00 | MC | LIC | 08:00 | | | | | | | | | | | |
| | 16:00 | AC | LIC | | | | | | | | | | | | |
| | 24:00 | DS | LIC | | | | | | | | | | | | |
| 5 Tramadol 50 mg + metoclopramida 20 mg Intravenoso diluido cada 8 horas | 14:00 | AC | LIC | 06:00 | | | | | | | | | | | |
| | 22:00 | DS | LIC | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |



Dra. Pepita Pineda
MÉDICO GENERAL
Registro: XXXXXXX
0990123459 – 2 610-438

Fecha: Loja, ____ de ____ de 201_

Nombre: N. N.

Edad: 22 años

Rp.

- *Paracetamol* 1 gramo (ANALGAN) Tabletas # 30 (treinta)
- *Naproxeno sódico* 550 mg. (APRONAX) Tabletas # 15 (quince)
- *Sumatriptán* 100mg. (IMIGRAM) Tabletas # 10 (diez)

Firma y sello:



Dra. Pepita Pineda
MÉDICO GENERAL
Registro: XXXXXXX
0990123459 – 2 610-438

Fecha: Loja, ____ de ____ de 201_

Nombre: N. N.

Edad: 22 años

Rp.

- *Paracetamol* 1 g. tomar una tableta cada 8 horas.
- *Naproxeno sódico* 550 mg, tomar una tableta si posterior a una hora luego de la ingesta de Paracetamol, no cesa el dolor.
- *Sumatriptan* 100 mg tomar únicamente si el dolor es persistente y no responde a la administración de paracetamol y naproxeno sódico.
- No ingesta de alimentos grasos, embutidos, exceso de sal, azúcar o bebidas gaseosas.
- Evitar actividades desencadenantes del dolor y evitar exposición intensa al sol.

ABREVIATURAS APROBADAS SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

| | |
|--------------------------|--|
| A/C | Asistido - controlado |
| BID | dos veces al día |
| CIE 10 | Clasificación internacional de Enfermedades 10ma edición |
| CPAP | Presión positiva continua de la vía aérea |
| D – E | Día Estancia |
| DX | Diagnóstico |
| DISH | Dispositivo intravenoso sin heparina |
| ECO | Ecografía |
| EEG | Electroencefalograma |
| ECG | Ecocardiograma |
| EKG | Electrocardiograma |
| H | Horas |
| HS | Hora Sueño |
| IF | Intervenciones Farmacéuticas |
| IM | Intramuscular |
| IV | Intravenosa |
| L | Litros |
| Min | Minutos |
| NE | Nutrición Enteral |
| HPH | Nutrición Parenteral Hipercalórica |
| NPT | Nutrición Parenteral Total |
| OT | Vía Ótica |
| PaO₂ | Presión arterial de oxígeno |
| Pa Co₂ | Presión arterial de dióxido de carbono |
| PEEP | Presión positiva al final de la espiración |
| PIP | Presión inspiratoria pico |
| PRN | Por Razones Necesarias |
| QUID | Cuatro veces al día |
| RAM | Reacciones Adversas a Medicamentos |
| SC | Subcutánea |
| SIMV | Ventilación espontanea mandatoria |
| SL | Sublingual |
| SNG | Sonda naso- gástrica |
| Stat | del latín statum que significa inmediatamente |
| TID | Tres veces al día |
| VO | Vía oral |
| VOft | Vía oftálmica |
| VR | Vía rectal |
| VT | Vía tópica |
| VVag | Vía vaginal |

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Baro, E., & Ebhomeya, L. (2013). Information Needs and Seeking Behaviours of Nurses: A Survey of Two Hospitals in Bayelsa State, Nigeria. *Health Education, 113*(3), 183-195.
2. Bustamante, K. (Abril de 2011). *Google Groups*. Obtenido de Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales: <https://groups.google.com/forum/#!topic/eccpn/QoNaSJSZxhw>
3. CONASA. (Agosto de 2017). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de Consejo Nacional de Salud. Comisión de Reforma de la Historia Clínica: http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/hcu/historia_clinica.pdf
4. Gómez, G., Moore, P., & Araos, E. (3 de 2012). "Co-docencia para el aprendizaje de la entrevista médica": un apoyo "in situ" para docentes clínicos en la enseñanza de competencias comunicacionales en pre grado. *Revista Médica de Chile, 393* - 403.
5. Magnezi, R., Urowitz, S., & Bergman, L. (Abril de 2015). Would Your Patient Prefer to Be Considered Your Friend? Patient Preferences in Physician Relationships. *Health Education & Behavior, 42*(2), 210-219.
6. Morales, B. (Junio de 2014). Obtenido de Documentos medico - legales: http://www.cedhnl.org.mx/SECCIONES/salud_mental/protocolo_de_estambul/documentos_medico_legales_dr_benito_morales.pdf
7. Swiggart, W., Ghulyan, M., & Dewey, C. (2012). Using Standardized Patients in Continuing Medical Education Courses on Proper Prescribing of Controlled Substances. *Substance Abuse, 33*(2), 182-185.

**ANEXO 3. EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (ECOE)
TALLER DE COMUNICACIÓN ESCRITA A PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD**

Nombre del estudiante:

Fecha:

| Competencia adquirida a evaluar | Lo hace | No lo hace |
|---|---------|------------|
| RECETA PARA PACIENTES LETRADOS | | |
| 1. Elabora la receta en sectores correctos, registra “todos” los datos pertinentes: nombre del médico y del paciente, fecha, número de historia clínica o de identificación del paciente. | | |
| 2. Escribe con letra legible (REPROBACIÓN DE TODO EL ECOE) | | |
| 3. Escribe sin faltas de ortografía | | |
| 4. Escribe el nombre de la molécula (y solamente en casos pertinentes el nombre comercial con una ®), de manera clara en la indicación | | |
| 5. Registra “todos” los datos de la presentación del medicamento (p.ej.: miligramos, tableta, jarabe, etc.) | | |
| 6. Registra “todos” los datos de la prescripción: dosis, vía de administración, número de días, tratamiento completo. | | |
| 7. Detalla de manera completa las indicaciones no farmacológicas. | | |
| 8. Firma y sello (o equivalente) + número de registro (cédula de identidad). REPRUEBA. | | |
| RECETA PARA PACIENTES ILETRADOS | | |
| 9. Utiliza dibujos adicionalmente para explicar todos los detalles de la prescripción | | |
| INDICACIONES MÉDICAS EN HOSPITALIZACIÓN | | |
| 10. No utiliza siglas (REPRUEBA TODO EL ECOE) | | |
| 11. Registra “todos” los datos de la prescripción: dosis, vía de administración, número de días, tratamiento completo, horarios, etc. | | |
| 12. Registra todos los datos completamente: nombre del médico y del paciente, fecha, número de historia clínica o de identificación del paciente. | | |
| 13. Firma y sello (o equivalente) + número de registro (cédula de identidad). REPRUEBA | | |
| 14. No realiza manchones ni utiliza tinta correctora (REPRUEBA) | | |
| REGISTRO DE ENFERMERÍA (KARDEX) | | |
| 15. Datos completos del paciente y quien escribe | | |
| 16. Registra los fármacos de manera completa en el sector correcto | | |
| 17. Registra las iniciales de su nombre luego de la administración del fármaco | | |
| 18. No realiza manchones ni utiliza tinta correctora (REPRUEBA) | | |
| 19. No registra el fármaco que no hay y lo reporta en novedades | | |
| 20. El documento es “impecable” | | |

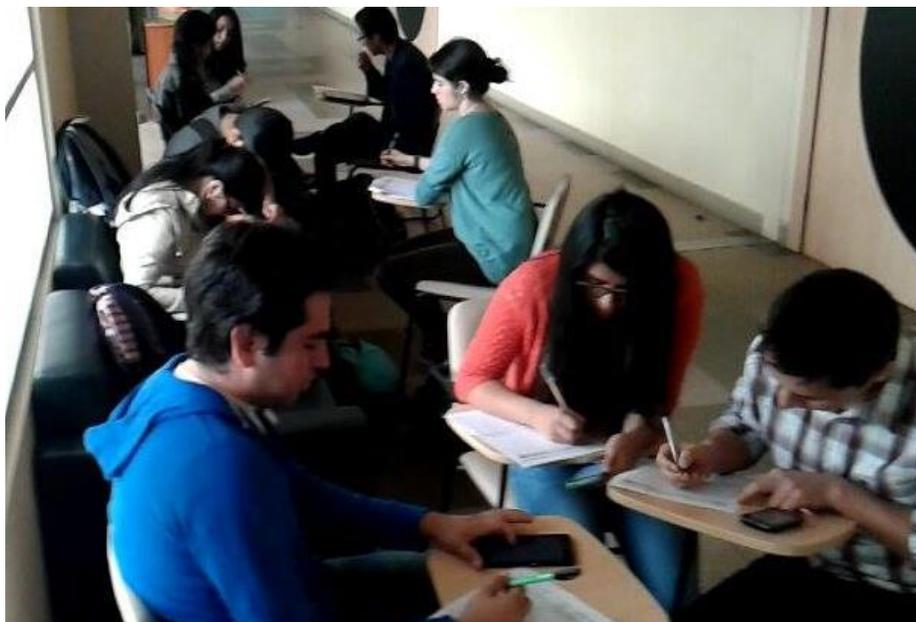
Nombre del evaluador:

Firma:

ANEXO 4. DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA



Fotografía N°1. Proyección de video didáctico en taller “Comunicación escrita a pacientes y profesionales de la salud” (GRUPO 1)
Fuente: Autora



Fotografía N°2. Estudiantes realizando la práctica del taller
Fuente: Autora



Fotografía N°3. Evaluación de estudiantes luego del taller
Fuente: Autora



Fotografía N°3. Evaluación de estudiantes para huella de memoria
Fuente: Autora

ANEXO 5. VIDEO DIDÁCTICO

<https://www.youtube.com/watch?v=vbjtv4dApjU&feature=youtu.be>