

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

Y DÍGAME, ¿QUÉ OPINA DE SU DUE?

Autor principal RAQUEL ALBA MARTIN

CoAutor 1 MARINA DEL MAR ARMENTEROS BERRAL

CoAutor 2 ANA MARIA FERNÁNDEZ CÓRDOBA

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave COMMUNICATION FEEDBACK CHRONIC PATIENTS COMPREHENSION

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Estimados congresistas:

Leemos el título de la comunicación que, con toda ilusión os presento este año, y nos resulta totalmente comprensible, ¿verdad?

Nuestra intención ha sido valorar el nivel sociocultural de los pacientes de un centro de salud (Córdoba) y proponer mediante un estudio descriptivo- observacional de carácter retrospectivo, la evaluación del nivel de comprensión terminológica de los mismos.

Nuestra población de estudio fueron los 240 pacientes de nuestra consulta (35 elegidos al azar mediante muestreo aleatorio simple (muestra) a los que voluntariamente se les realizó dicha pregunta, entre otras).

Los resultados obtenidos. ¡Os animo a seguir leyendo!

SOMOS LO QUE HACEMOS DÍA A DÍA, DE MODO QUE LA EXCELENCIA NO ES UN ACTO SINO UN HÁBITO (ARISTÓTELES

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Desde mi experiencia en atención primaria (C.S. Córdoba), nuestra terminología común desborda en un alto porcentaje a nuestros pacientes ¿os lo habíais planteado alguna vez?

HTA, DM, IMC, patologías que diariamente tratamos en consulta, para muchos de ellos resultan incomprensibles y se nos escapan, aún más actualmente, donde el tiempo es oro y priva la rapidez de actuación.

Algunos de nuestros enfermos se atreven a preguntar, pero la mayoría asienten, vuelven a casa y nuestro propósito educativo se vuelve inútil porque la EPS que podemos presumir dar los profesionales de la salud, es ininteligible al asumir que su nivel sociocultural es similar al nuestro. Como criterios de inclusión seleccionamos aquellos pacientes que accedieron voluntariamente a participar, tras ser elegidos al azar, y mostraron buena disposición para cooperar en el estudio. Excluimos los pacientes con menos de 2 consultas de enfermería anteriores: nuevos usuarios.

JUSTIFICACIÓN: nos basamos en:

1. La Ley 31/ 1995 (PRL) Art.14: derecho de los trabajadores a ser protegidos de riesgos sobre su salud, y en el
2. Modelo de PROMOCIÓN DE LA SALUD (Nora Pender, 1996.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Tras varias consultas programadas, observamos que los pacientes con medio-bajo nivel sociocultural presentaban una peor salud física así como ser menos demandantes en lo que se refiere a necesidades/ problemas de salud.

Aprovechando la consulta de enfermería, los citamos el mismo día para comprobar su nivel de comprensión respecto a determinada terminología que usamos diariamente en consulta con ellos, entregándoles un cuestionario SEMI estructurado de 5 preguntas.

CRONOGRAMA: necesitamos 6 MESES aproximadamente entre la realización del muestreo, citación de sujetos, selección y entrega del cuestionario, análisis de resultados y posterior elaboración del proyecto.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Un tipo de afrontamiento frecuente en consulta es:

EL MÉDICO ME DIO TANTA INFORMACIÓN QUE YO NO ERA CAPAZ DE ASIMILARLA

Consultando bibliografía de publicaciones en varias bases de datos (pubmed, LILACS, cuiden), leímos sobre Educación entre iguales, un modelo de comunicación, que en el aprendizaje consigue grandes logros, APRENDIZAJE entre IGUALES; COOPERAR para aprender, ¡interesante!

Esta línea de trabajo pretende fomentar un aprendizaje por descubrimiento y un pensamiento divergente, fomentando el aprender a aprender, como indicaba Vigotsky (1988). De esta manera, propiciamos la autonomía del paciente, utilizando como eje: enseñar a pensar.

La interacción enfermer@- paciente no debe llevarse a cabo aisladamente sino involucrando a su familia, de tal forma que planteamos el NURSE COUNSELLING CE (Consejo Enfermero) y una metodología basada en esta educación entre iguales: pacientes informados por nosotros serían los futuros AGENTES formadores de los pacientes en que detectaríamos deficiencias en relación a los tecnicismos usados.

Aunque pudimos contar con una alta tasa de participación voluntaria (81,9%), encontramos las siguientes limitaciones:

- Sesgo por influencia (para solventarlo, pasamos los cuestionarios en el mismo día y simultáneamente, a través de todo el equipo sanitario del centro y en diferentes salas)
- Dificultad de establecer causa-efecto (por tratarse de un estudio descriptivo-transversal) y por tanto, de extrapolación de resultados.
- Al tener carácter retrospectivo, que nos facilitó el acceso a la base de datos de los pacientes, pero tuvimos que clasificar nuevamente todas las

participante).

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Se instauró un programa de educación continua similar a la nuestra, que incluía charlas, reuniones y hojas control de incidentes/ dudas/ aclaraciones (semanales) tanto para pacientes como allegados, a fin de establecer puntos problemáticos sobre los que incidir periódicamente,

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Este tipo de intervención debería aplicarse a todos los pacientes que atendemos en consulta dada la importancia de mantener un correcto feedback con cada uno de ellos.

Consideramos un futuro estudio más en profundidad que recopile otro tipo de información (analítico,extrapolación de resultados) sobre nuestros hallazgos.

CONCLUSIÓN:

En Atención Primaria, lo más importante es lograr la conservación de la salud, pero cuando esto no es posible, cobra interés el hecho de que a través de la observación que hacemos diariamente, se puede llegar a prevenir con más eficiencia.

La comunicación con el paciente, da lugar a actitudes y afrontamientos tan diversos que resulta necesario conocer el contexto en el que se encuentra la persona.

Ser empáticos, asertivos, saber escuchar y tener paciencia con nuestros usuarios es una habilidad que seguiremos practicando con nuestra almohada en nuestras horas extra.

Dar respuesta a las preguntas y a la falta de información que los pacientes manifiestan, nos abre a la seguridad en la excelencia de los cuidados, en un momento tan crucial como es la Consulta Programada de Enfermería. (CPE).

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1. KEROUAC S., "EL PENSAMIENTO ENFERMERO". BARCELONA. MASSON.1996
2. GÓMEZ BOSQUE P. "CEREBRO MENTE Y CONDUCTAHUMANA".SALAMANCA. AMARÚS. 1998
3. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA. 6ª Ed. ELSEVIER-MOSBY.2007
4. VIGOTSKY, L. S. (1979). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Grijalbo.
(1991). Obras Escogidas (I). Madrid: Visor-M.E.C.
(1993). Pensamiento y lenguaje. Obras escogidas (II).Madrid: Aprendizaje- Visor. <http://www.monografias.com/trabajos15/lev-vigotsky/lev-vigotsky.shtml>.(diciembre 2010