

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**“ACEPTACIÓN Y CONFORT DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS FRENTE AL
MODELO DE EDUCACIÓN MÉDICA “BEDSIDE TEACHING”.
HOSPITAL VOZANDES QUITO AGOSTO DE 2016”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTOR:

JUAN CARLOS PACHECO SÁNCHEZ

DIRECTOR:

**DR. MILTON RICARDO GROSS ALBORNOZ
DOCENTE PUCE**

QUITO, 2016

A mis padres y hermana por todo el apoyo y amor incondicional.

A todas aquellas personas que me han ayudado a tener una visión de lo que debe ser la medicina y la actitud que un médico debe tener con sus pacientes y la sociedad.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por todos los sacrificios y apoyo brindado.

A aquellos que ya no están por ser las bases en mi formación.

A mis amigos por ser sin duda esos grandes compañeros en esta aventura.

A mis profesores por ser los mentores en mi formación humana y profesional.

Al Hospital Vozandes Quito por ser ese segundo hogar en mi formación.

TABLAS DE CONTENIDO

Contenido

1	RESUMEN	6
2	MARCO TEORICO.....	7
3	JUSTIFICACIÓN	12
4	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	13
4.1	Objetivo General:	13
4.2	Objetivos Específicos:.....	13
5	METODOLOGÍA	14
5.1	Criterios de Inclusión:	14
5.2	Criterios de Exclusión:	14
5.3	Operacionalización de las variables del estudio:.....	15
5.4	Población y muestra:	19
5.5	Cálculo de la muestra a estudiar:.....	19
5.6	Tipo de estudio:.....	20
5.7	Procedimientos de recolección de información:	20
6	LIMITACIONES Y SESGOS	20
7	ANÁLISIS DE DATOS:.....	21
7.1	ANÁLISIS UNIVARIADO	21
7.1.1	EDAD (Cuadro 1):.....	21
7.1.2	SEXO (Cuadro 2):.....	21
7.1.3	GRUPO ETNICO (Cuadro 3):.....	21
7.1.4	RELIGIÓN (Cuadro 4):	22
7.1.5	NIVEL DE INSTRUCCIÓN (Cuadro 5):.....	22
7.1.6	ESTADO CIVIL (Cuadro 6):.....	22
7.1.7	CARACTERISTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN (Cuadro 7):	23
7.1.8	CONOCIMIENTO DE SER HOSPITAL DOCENTE (Cuadro 8):	23
7.1.9	ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 9):	23
7.1.10	CONFORT CON EL MODELO (Cuadro 10):.....	24
7.2	TABLA DE ANÁLISIS BIVARIADO ACEPTACIÓN	24
7.2.1	EDAD VS. ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 11):.....	24
7.2.2	SEXO VS. ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 12):.....	25
7.2.3	RELIGIÓN VS. ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 13):	25
7.2.4	NIVEL DE INSTRUCCIÓN VS. ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 14):.....	26
7.2.5	ESTADO CIVIL VS. ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 15):.....	26

7.2.6	CARACTERISTICAS DE HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA VS. CIRUGIA (Cuadro 16):	27
7.2.7	CARACTERISTICASDE HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGÍA VS. UROLOGÍA (Cuadro 17)	27
7.2.8	CARACTERISTICAS DE HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA VS. GINECOLOGÍA + UROLOGÍA NIVELES DE ACEPTACIÓN (Cuadro 18)	28
7.2.9	CARACTERLISTICAS DE HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA VS. GINECOLOGÍA + UROLOGÍA NIVELES DE ACEPTACIÓN (Cuadro 19).....	28
7.2.10	CONOCIMIENTO DE HOSPITAL COMO LUGAR DOCENTE VS ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 20):.....	29
7.3	TABLAS DE ANÁLISIS BIVARIADO CONFORT	29
7.3.1	EDAD VS. CONFORT (Cuadro 21):	29
7.3.2	SEXO VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 22):	30
7.3.3	RELIGIÓN VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 23):	30
7.3.4	NIVEL DE INSTRUCCIÓN VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 24):.....	31
7.3.5	ESTADO CIVIL VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 25):	31
7.3.6	CARACTERISTICAS DE HOSPITALIZACIÓN VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 26):	32
7.3.7	CARACTERISTICAS DE HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA VS. GINECOLOGÍA + UROLOGÍA NIVELES DE CONFORT (Cuadro 27).....	32
7.3.8	CARACTERISTICAS DE HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA VS. GINECOLOGÍA + UROLOGÍA NIVELES DE CONFORT (Cuadro 28).....	33
7.3.9	CONOCIMIENTO DE HOSPITAL COMO LUGAR DOCENTE VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 29):.....	33
7.4	Síntesis de variables relacionadas con la aceptación al modelo BST (Tabla 1):	34
7.5	Síntesis de variables relacionadas con el confort al modelo BST (Tabla 2):.....	34
8	DISCUSIÓN	35
9	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
10	ANEXOS	38
10.1	Consentimiento informado	38
10.2	Encuesta y entrevista	39
10.3	ENTREVISTA.....	43
10.4	Entrevista # 1 Patricio paciente de medicina interna.....	43
10.5	Entrevista #2 Sara paciente de medicina interna	44
11	BIBLIOGRAFÍA:	45

1 RESUMEN

“Bedside teaching” es la enseñanza cerca a la cama del paciente; es un modelo tradicional de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de pregrado y postgrado, en las facultades y escuelas de medicina.

El presente estudio tiene como objetivo conocer las variables que influyen en la aceptación y confort en los pacientes hospitalizados, respecto al modelo de educación médica “Bedside teaching” **Objetivo:** Conocer las variables que determinan la aceptación y el confort de los pacientes hospitalizados en los servicios de clínica y cirugía en el hospital Vozandes Quito frente al modelo de educación médica “Bedside teaching” mediante un estudio descriptivo transversal, utilizando un método mixto de recolección de información; encuesta y entrevista semiestructurada. **Resultados:** El estudio se realizó con una muestra conformada por 81 pacientes divididos en mayores de 28 años y menores de 28 años de los cuales 56 pacientes fueron mayores de 28 años (69,14%), y 25 pacientes fueron menores de 28 años (30,86%). Contó con la participación de 38 hombres (46,91%) 43 mujeres (53,09%), el 100% de los pacientes entrevistados se identificó como mestizo en grupo étnico, según su religión 60 pacientes afirmaron ser católicos (74,07 %), mientras que en el grupo de otras religiones fueron 21 (35,93%), por nivel de instrucción 8 afirmaron tener educación primaria (9,88%), 23 pacientes con educación secundaria(28,40%), 50 pacientes con educación superior (61,73%). Según su tipo de hospitalización 42 se encontraron en medicina interna (51,85%), 24 de cirugía general(29,63%), 8 de ginecología (9,88%) y 7 de urología(8,64%). Se obtuvo que la aceptación al modelo Bedside teaching incluyó a 57 pacientes (70,37%) mientras que 24 pacientes no aceptó el modelo (29,63%) y de acuerdo con las preguntas de confort se obtuvo que 54 pacientes se sintieron cómodos con el modelo (66,67%), mientras que 27 sintieron discomfort al modelo (33,33%). Existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo que conocía el carácter docente del hospital (OR = 6.5) comparado con el grupo que no conocía esta característica del hospital. Dicha asociación es estadísticamente significativa (IC = 2,20 – 19,13) a un valor de P= 0,0002.

Conclusiones: Los modelos de educación médica deben ser basados sobre actitudes de respeto a los derechos del paciente, considerando las variables que pueden influir sobre los momentos docentes y que afectan a la aceptación y confort. Se evidenció en nuestro estudio que existen variables que influyen en la aceptación y el confort al modelo Bedside teaching tales como: la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el tipo de hospitalización y el conocimiento de los pacientes respecto a encontrarse en un hospital docente, cuando se realiza esta práctica educativa. Se debe tener consideración sobre dicha asociación al momento de ejecutar el modelo con el objetivo de generar un ambiente propicio y no faltar a los derechos del paciente. De la misma forma a lo largo del estudio se evidenció la importancia que tienen los estudiantes para los pacientes, ya que estos sirven como nexo para plantear un dialogo más comprensible frente a los tratantes a cargo de su patología, así como satisfacer explicaciones que calma la necesidad por información sobre su condición y evolución.

2 MARCO TEORICO

La educación médica tiene como objetivo principal conseguir la mejor formación posible de los profesionales de las ciencias de salud, muy especialmente de los médicos, para lo que se desarrollan metodologías más apropiadas a partir de la evidencia más contrastada que se disponga al momento¹.

Cuando se habla de modelos de enseñanza-aprendizaje en la educación médica, se espera que exista un sistema que mejore o estimule el aprendizaje de los estudiantes, tomando en cuenta los conceptos de integralidad de la medicina.

En las teorías sociales de la enseñanza, Wenger² comenta la importancia de “la práctica en las comunidades” siendo el aprendizaje algo social y no aislado. Este escenario promueve que el estudiante se relacione con: las formas, los contextos y las situaciones a enfrentar en el ámbito profesional, teniendo como principio abarcar la integralidad de la salud. Pierre Bourdieu³ en sus teorías del aprendizaje, comenta que la construcción de un individuo se basa en la relación social y transmisión de experiencias “La teoría más resueltamente objetivista debe integrar la representación que los agentes se hacen del mundo social y, más precisamente, su contribución de la visión de ese mundo y, por lo tanto, a la construcción de ese mundo.”

“Bedside teaching” o aprendizaje junto a la cama del paciente, está definido como: un modelo de educación médica integrador de conocimientos, destrezas y valores, en el que el alumno y el tutor analizan la situación del paciente en sus dimensiones biológicas y psicosociales. Como resultado de esta interacción médico paciente, el estudiante aprehende un conjunto de competencias clínicas y de profesionalismo médico como: el desarrollo de la historia clínica, la correcta realización de un examen físico, el razonamiento clínico, la toma de decisiones, la comunicación y acercamiento al paciente.

¹ J.L Palés Argullos (2011). Principios de la educación médica. Desde el grado hasta el desarrollo. Evolución de la educación médica. Pg. 3

² Lave J, Wenger E. (1991). Situated learning: Legitimate peripheral participation. New York: Cambridge University Press.

³ Bourdieu, Pierre. (1989), Prólogo: Estructuras sociales y estructuras mentales en: Bourdieu, Pierre. La nobleza de Estado. Grandes Ecoles y espíritu de cuerpo, Paris: Minuit, s/n.

Sin embargo existen variables que pueden influir de forma positiva o negativa en este modelo de enseñanza-aprendizaje, como son: la predisposición del tutor, la predisposición del estudiante, y la aceptación por parte del paciente para participar en este modelo siendo dependientes de las variables: género, condición socioeconómica, cultura, religión entre otras.

Nair et al.⁴ en su estudio actitudes de educación médica en estudiantes de pregrado en Australia muestra la importancia del “Bedside teaching”, evidenciando que el 100 % de estudiantes (externos, internos, y residentes) perciben que el “Bedside teaching” es la forma más eficiente de aprehender competencias médicas y es el escenario donde se estructura en la práctica el “habitus médico”(El concepto de “habitus” hace referencia a la constitución de un estilo de práctica que le identifica como miembro del colectivo médico. El hábitus representa la vinculación entre las estructuras sociales y las prácticas de los agentes⁵).

El objetivo comúnmente referido del “Bedside teaching” es el hallar evidencias físicas de una patología, y el acercamiento a las áreas difíciles de la entrevista como: la investigación de aspectos de la salud mental, el manejo de emociones (la ira, el miedo, etc.), así como el desarrollo de competencias para el asesoramiento y el apoyo al paciente, condición indispensable en el profesionalismo y el humanismo⁶.

La importancia de un modelo integral de enseñanza-aprendizaje que fomente prácticas de diálogo y desarrollo de habilidades y estrategias a los futuros médicos en las relaciones con sus pacientes es necesario, sin embargo existen factores que afectan el desarrollo adecuado del “Bedside teaching”. Según D. Michael Elnicki (2011)⁷ en su artículo el valor del “Bedside teaching” menciona que existen 4 factores que influyen en este modelo de enseñanza-aprendizaje como: el tipo de curriculum (según el modelo académico de la universidad, curriculum por contenidos), tutores (no capacitados en la aplicación del modelo y su tiempo de disposición)⁸, el nivel de compromiso de los estudiantes y el confort del paciente.

⁴ Nair BR, Coughlan JL, Hensley MJ.(1997)Student and patient perspectives on bedside teaching.Med Educ; 31: 341-6

⁵ Julieta Capdevielle. (2011), EL CONCEPTO DE HABITUS: “CON BOURDIEU Y CONTRA BOURDIEU” Revista Andaluza de Ciencias Sociales pg 35

⁶ Kroenke K, Omori DM, Landry FJ, Lucey CR. Bedside teaching. South Med J (1997); 90: 1069-74.

⁷ D. Michael Elnicki (2011) RESEARCH BASIC TO MEDICAL EDUCATION The Value of Bedside Rounds: A Multicenter Qualitative Study Department of Medicine, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania, USA 327

⁸ Ahamed AM. (2010) Bedside teaching the Cinderella status. Options for promotions. Saudi Med. J 2010; 31: 739-46

Ramani S et al. (2008)⁹ corrobora la existencia de obstáculos y evidencia que al momento de realizar este modelo de enseñanza-aprendizaje, existen factores adicionales que alteran la práctica como: el límite de tiempo, los desafíos relacionados con el paciente, la estancia hospitalaria corta, el tipo de hospitalización clínico o quirúrgico, la no autorización del paciente en participar en este modelo, el tipo de procedimiento a realizar, las características de la personalidad del paciente, la etnia, la religión, la patología a tratar, la falta de la participación de los estudiantes, así como un entorno incómodo para la enseñanza clínica y las actitudes de profesionalismo.

Coleman et al.¹⁰ encontraron que los motivos detrás de los sentimientos positivos de aceptación de la mayoría de pacientes sobre la participación en el modelo “Bedside teaching” eran el altruismo (el paciente siente que proporciona un servicio a la comunidad siendo parte de la enseñanza y retribuyendo a la sociedad), el beneficio personal (ganar conocimiento en base a su patología) y el compañerismo (el paciente se siente parte del equipo de trabajo). Sin embargo, los niveles de aceptación y confort de pacientes en cuanto a la presencia de estudiantes fueron distintos dependiendo de los servicios hospitalarios donde se desarrollaba el modelo. Por ejemplo, los pacientes varones del servicio de Urología relataron niveles más altos de confort cuando los procedimientos eran realizados por estudiantes masculinos, mientras las pacientes mujeres del servicio de Obstetricia/Ginecología mostraron niveles más altos de comodidad cuando los procedimientos eran realizados por estudiantes femeninas¹¹.

En un estudio realizado en Londres y Newcastle¹², la mayoría de pacientes informaron estar satisfechos con la presencia de estudiantes de medicina durante sus consultas de dolor de garganta, infección de las vías respiratorias o problemas emocionales; sin embargo, la mayoría rechazó su presencia cuando requirieron el examen físico o en casos cuando el tópico era un problema de índole sexual.

⁹ Ramani S, Leinster S. AMEE Guide no. 34 (2008): teaching in the clinical environment. *Med Teach* (2008); 30: 347-64. ⁵Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ* 2003; 326: 591-4

¹⁰ Coleman K, Murray E. Patients' (2002) views and feelings on the community-based teaching of undergraduate medical students: a qualitative study. *Fam Pract* 2002; 19: 183-8.

¹¹ Passaperuma K, Higgins J, Power S, Taylor T (2008). Do patients' comfort levels and attitudes regarding medical student involvement vary across specialties? *Med Teach* 2008; 30: 48-54. ⁶ O'Flynn N, Rymer J. Women's attitudes to the sex of medical students in a gynaecology clinic: cross sectional survey. *Br Med J* 2002; 325: 683-4

¹² O'Flynn N, Spencer J, Jones R. (1997) Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. *Br Med J* 1997; 315: 1142.

En un estudio realizado por Fiona Cooke¹³, et al., se demostró que la gran mayoría (97 %) de los pacientes tenían una actitud positiva o neutra acerca de la presencia de estudiantes de medicina durante la visita, y sólo cuatro de 278 pacientes se negaron a verlos. Más de la mitad de los pacientes expresaron su aceptación a la presencia de estudiante al momento de la consulta, siendo esta actitud de mayor aceptación con pacientes que ya habían tenido consultas anteriores con la presencia de estudiantes.

En el contexto del país, donde la población es multicultural y multiétnica, es importante conocer el confort y la aceptación que tienen estos grupos diversos al momento de incluirlos como actores de cualquier modelo de enseñanza-aprendizaje, particularmente en el campo de la formación médica. El respeto a los derechos del paciente es fundamental a la hora de escoger un modelo de enseñanza-aprendizaje.

El estudiante debe conocer técnicas apropiadas de acercamiento al paciente. En los años de estudio nos aproximamos al paciente a partir del segundo año en los llamados APS-IDIS comunitario (La atención primaria en salud ofrece al estudiante un espacio de primer contacto con la comunidad, familia y persona, para que relacione los conocimientos adquiridos en las unidades académicas con el quehacer de la atención médica e incorpore habilidades interpersonales, compromiso ético y respeto por la diversidad cultural), sin embargo al no considerar al paciente como un sujeto de derechos, lo convertimos en un objeto utilitario para nuestros propósitos académicos.

Para concretar cualquier interacción médico-paciente, ya sea entre individuos de similar o diferente nivel social y cultural, es necesario tener presente los aspectos que sustentan todo proceso de comunicación.

Byrne¹⁴, en su artículo sobre paradigmas de la comunicación, enfatiza cómo las personas se sienten más atraídas a comunicarse con individuos que son percibidos como similares en aspectos físicos,

¹³ Cooke F, Galasko G, Ramrakha V, Richards D, Rose A, Watkins J. (1996) Medical students in general practice, How do patients feel? Br J Gen Pract 1996; 46: 362

¹⁴ Byrne, D. E. (1971). The attraction paradigm. New York,: Academic Press.

actitudinales o cognoscitivos¹⁵. Acorde a esta posición Lee & Gudykunst¹⁶. (2001), en su estudio exploratorio sobre atracción interétnica, retomaron tres factores interpersonales de atracción:

1. “Similitud percibida en el estilo comunicativo”, que refiere a que una serie de habilidades similares en las formas comunicativas y supone una mayor gratificación durante una interacción;
2. “Soporte al auto-concepto” menciona que los individuos tienden a comunicarse con personas que mantienen y refuerzan su propio auto-concepto o identidad en un gesto de aceptación.
3. “Reducción de la incertidumbre”, cuya propuesta predice que mientras menor sea la incertidumbre sobre el interlocutor, la falta de información sobre el mismo, mayor será la disponibilidad a comunicarse con él.

Además de estos tres factores interpersonales se consideran tres factores intergrupales: “Identidades étnicas y culturales”, que refiere a la conciencia de los individuos de pertenecer a un grupo étnico específico, la carga social y emocional que conlleva y la relación de esta identidad con una cultura general.

Como resultante de la falta de consideración de estos elementos durante la interacción de los participantes en el modelo “Bedside teaching”, se puede identificar un conflicto de intereses entre el modelo de educación médica y el rol del paciente en este modelo, ya que no es considerado como un sujeto de derechos y si como un objeto de aprendizaje.

¹⁵ Richardson, R. M., & Smith, S. (2007). The influence of high/low-context culture and power distance on choice of communication media: Students' media choice to communicate with Professors in Japan and America. *International Journal of Intercultural Relations*, 31, 479-501.

¹⁶ Lee, C., & Gudykunst, W.B. (2001). Attraction in initial interethnic interactions. *International Journal of Intercultural Relations*, 25, pp. 373

3 JUSTIFICACIÓN

Existe un conflicto entre el modelo de educación médica “Bedside teaching” y el respeto a los derechos del paciente, al no tener consideración de la aceptación y confort en las prácticas realizadas a nivel hospitalario, con la justificación de ser hospitales docentes. Es importante que los planificadores tengan en consideración cuáles son los factores que incomodan al paciente de tal modo que el modelo de enseñanza-aprendizaje sea sobre el respeto a un sujeto de derechos y así desarrollar mejor los conceptos de integralidad en la medicina. Se pretende que este estudio aporte elementos para la planificación de estrategias de educación médica considerando los derechos del paciente.

4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Existe un desconocimiento de las variables que influyen en el modelo de educación médica Bedside teaching, que al no ser consideradas se toma a los pacientes como un objeto para el aprendizaje y no como un sujeto de derechos.

4.1 *Objetivo General:*

- Conocer las variables que influyen en los niveles de aceptación y confort de los pacientes hospitalizados en los servicios de clínica y cirugía en el hospital Vozandes quito frente al modelo de educación médica “bedside teaching”

4.2 *Objetivos Específicos:*

- Identificar el conjunto de variables relacionadas con los niveles de confort y aceptación del modelo de enseñanza aprendizaje “bedside teaching” de los pacientes hospitalizados en los servicios de clínica y cirugía del hospital Vozandes quito.
 - Variables de identificación
 - Edad
 - Sexo
 - Grupo étnico
 - Religión
 - Instrucción
 - Estado Civil
 - Información sobre las características de la hospitalización
 - Conocimiento de ser hospital docente
 - Variables de aceptación y confort
 - Participación en el modelo “Bedside teaching”
 - Acceso del estudiante a información personal de la HCL del paciente.
 - Realización del examen físico por parte del estudiante.
 - Sexo del estudiante que participa en el modelo
 - Presencia del estudiante en la explicación diagnóstica
 - Procedimientos realizados por estudiantes (toma de muestras sanguíneas, colocación de sonda vesical, suturas)
 - Presencia del estudiante en la sala de operaciones (activa / pasivo)

5 METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal con propósito comparativo de las variables aceptación y confort del modelo “Bedside teaching” en los pacientes hospitalizados en los servicios de clínica (Medicina Interna) y cirugía (Urología, Ginecología, Cirugía general), en el hospital Vozandes Quito en el mes de Agosto de 2016.

La muestra se seleccionó de una forma aleatoria sistemática en los pacientes con más de 1 día de hospitalización en dichos servicios saltando 1 paciente cada ingreso del día.

Mediante la utilización de un método mixto de recolección de información; encuesta y entrevista semiestructurada, se analizó los datos utilizando análisis univariado que mide la distribución de frecuencias y un análisis bivariado que explora la relación entre las variables dependiente e independiente.

5.1 **Criterios de Inclusión:**

Pacientes con más de 1 día de hospitalización en el Hospital Vozandes Quito en las áreas clínico (medicina interna) y quirúrgicas (cirugía general abdominal, cirugía urológica, cirugía ginecológica), hombres y mujeres entre edades de 18 a 75 años, que puedan responder libremente las encuestas, y acepten ser parte del estudio.

5.2 **Criterios de Exclusión:**

Pacientes con incapacidad de expresarse de forma verbal y escrita, así como pacientes que no deseen ser parte del estudio.

5.3 Operacionalización de las variables del estudio:

	VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA UTILIZADA
I	Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la fecha	Media, moda, Desviación estándar	Años Mayores 28 años Menores 28 años
I	Sexo	Cualitativa	Condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer,	Porcentaje	Hombre/Mujer
I	Religión	Cualitativa	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento propias de un determinado grupo	Porcentaje	Católica Otras
I	Grupo étnico	Cualitativa	Grupos humanos cuyas caracteres diferenciales se perpetúan por herencia	Porcentaje	Indígena/Mestiza/Afro ecuatoriana/ Blanca
I	Instrucción	Cualitativa	Nivel de educación que tiene una persona	Porcentaje	Ninguna/Básica/Medio/Superior
I	Estado civil	Cualitativa	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Porcentaje	Soltero/Unión Libre/Casado/Divorciado
I	Información sobre las características de la hospitalización	Cualitativa	Razón por la cual se encuentra en el hospital	Porcentaje	Clínico/Cirugía

I	Hospital como lugar docente	Cualitativa	Conocimiento por parte del paciente de ser hospitalizado en hospital docente	Porcentaje	Si/No
A	Aceptación modelo bedside teaching	Cualitativa	Recibimiento voluntario del paciente a ser parte del modelo de enseñanza médica	Porcentaje	Si/No
A	Sexo del estudiante que participa en el modelo	Cualitativa	Preferencia del paciente por sexo del estudiante	Porcentaje	Hombre/Mujer
A	Acceso del estudiante a la información de la historia clínica	Cualitativa	Aceptación del paciente a que el estudiante acceda a información su información de la historia clínica	Porcentaje	Si/No
A	Realización del Examen físico por parte del estudiante	Cualitativa	Aceptación a que el estudiante realice el examen físico	Porcentaje	Si/No
A	Presencia del estudiante en explicación diagnóstica	Cualitativa	Aceptación que el estudiante esté presente en el diagnóstico	Porcentaje	Si/No
A	Toma de muestras sanguíneas por parte del estudiante	Cualitativa	Aceptación a que el estudiante realice el procedimiento de toma de muestra	Porcentaje	Si/No
A	Procedimientos de curaciones sean realizados por parte del estudiante	Cualitativa	Aceptación del paciente a que el estudiante realice el procedimiento de curación	Porcentaje	Si/No

A	Colocación de sonda vesical realizada parte del estudiante	Cualitativa	Aceptación del paciente a que el estudiante realice el procedimiento de colocación de sonda vesical	Porcentaje Tendencia	Si / No
---	--	-------------	---	-------------------------	---------

A	Presencia de estudiante en sala de operaciones (activa / pasiva)	Cualitativa	Recibimiento voluntario del paciente a que el estudiante este en sala de operaciones	Porcentaje	Activo/Pasivo
C	Confort modelo bedside teaching	Cualitativa	Confort del paciente a ser usado como medio de estudio	Porcentaje	Si/No
C	Sexo del estudiante que participa en el modelo	Cualitativa	Confort del paciente frente al sexo del estudiante que participa en el modelo	Porcentaje	Hombre/Mujer
C	Acceso del estudiante a la información de la historia clínica	Cualitativa	Confort del paciente en compartir su información personal	Porcentaje	Si/No
C	Realización del Examen físico por parte del estudiante	Cualitativa	Confort del paciente a que el estudiante realice el examen físico	Porcentaje	Si/No
C	Presencia del estudiante en explicación diagnóstica	Cualitativa	Confort del paciente que el estudiante este en el diagnóstico	Porcentaje	Si/No
C	Toma de muestras sanguíneas por parte del estudiante	Cualitativa	Confort del paciente a que el estudiante realice el procedimiento de toma de muestra	Porcentaje	Si/No

C	Procedimientos de curaciones sean realizados por parte del estudiante	Cualitativa	Confort del paciente a que el estudiante realice el procedimiento de curación	Porcentaje	Si/No
C	Colocación de sonda vesical realizada parte del estudiante	Cualitativa	Confort del paciente a que el estudiante realice el procedimiento de colocación de sonda vesical	Porcentaje	Si/No
C	Presencia de estudiante en sala de operaciones (activa / pasiva)	Cualitativa	Confort del paciente a que el estudiante este en sala de operaciones	Porcentaje	Activo/Pasivo

5.4 Población y muestra:

Pacientes del Hospital Vozandes Quito hospitalizados en las áreas clínicas y quirúrgicas seleccionadas entre rangos de edad de 18 y 75 años con más de 1 día de hospitalización seleccionados de una forma aleatoria sistemática saltando 1 paciente cada ingreso del día.

5.5 Cálculo de la muestra a estudiar:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{e^2}$$

Población: desconocida

Prevalencia = 75%

Error de muestreo = 10 %

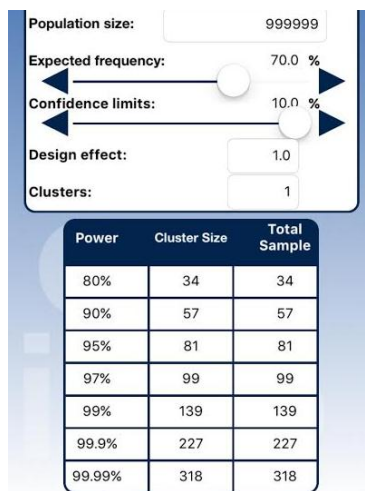
Límites de confianza = 95%

Efecto de diseño = 1

Conglomerado = 1

Poder = 95%

n = 81



Selección de pacientes por especialidades a estudiar

Clínica	Cirugía	Cirugía	Cirugía
Medicina Interna 41	Urología 8	Ginecología 8	C. General 24

5.6 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo transversal con propósito comparativo de las variables aceptación y confort en los pacientes hospitalizados en los servicios de clínica (Medicina Interna) y cirugía (Urología, Ginecología, Cirugía general) al modelo Bedside teaching.

5.7 Procedimientos de recolección de información:

Utilización de un método mixto de recolección de información; encuesta y entrevista semiestructurada.

6 LIMITACIONES Y SESGOS

El estudio encontró limitación al ser realizado en un hospital privado, ya que no se obtuvo diversidad en grupos étnicos, religiosos, nivel de instrucción, del mismo modo al ser un hospital privado y con un modelo Bedside teaching más restringido al número de estudiantes presentes, no se pudo evidenciar que existan factores adicionales que puedan afectar a la actitud de aceptación o a la sensación confort frente al modelo, que como comentaron los entrevistados se da más en los hospitales públicos, esto en la posible relación al número de estudiantes y ambientes menos privados de hospitalización que poseen dichos centros, de igual modo se debe considerar que es posible que la sensación de confort y aceptación cambie de acuerdo al tiempo de hospitalización de los pacientes, se debe considerar que a mayor tiempo de hospitalización su confort puede ir decayendo.

7 ANÁLISIS DE DATOS:

RESULTADOS:

7.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

7.1.1 EDAD (Cuadro 1):

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Mayores de 28 años	56	69,14%
Menores de 28 años	25	30,86%
Total	81	100%

La muestra se conformó por 81 pacientes divididos en mayores de 28 años y menores de 28 años de los cuales 56 pacientes fueron mayores de 28 años (69,14%), y 25 pacientes fueron menores de 28 años (30,86%).

7.1.2 SEXO (Cuadro 2):

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	38	46,61%
Mujeres	43	53,09%
Total	81	100%

La muestra contó con la participación de 38 hombres (46,91%) 43 mujeres (53,09%)

7.1.3 GRUPO ETNICO (Cuadro 3):

Grupo Étnico	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	81	100,00%
Total	81	100%

El 100% de los pacientes entrevistados se identificó como mestizo en grupo étnico

7.1.4 RELIGIÓN (Cuadro 4):

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	60	74,07%
Otras	21	25,93%
Total	81	100%

Se dividió la muestra en dos grupos, según la religión que profesan los pacientes y siendo en el país la religión católica la de mayor cantidad de adeptos se optó por formar grupos entre católicos y otras religiones, de los cuales 60 pacientes afirmaron ser católicos (74,07 %), mientras que en el grupo de otras religiones fueron 21 (35,93%).

7.1.5 NIVEL DE INSTRUCCIÓN (Cuadro 5):

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	8	4,36%
Secundaria	23	28,40%
Superior	50	61,73%
Total	81	100%

Se designó grupos según el nivel de instrucción de los pacientes, de los cuales 8 afirmaron tener educación primaria (9,88%), 23 pacientes con educación secundaria(28,40%), 50 pacientes con educación superior (61,73%).

7.1.6 ESTADO CIVIL (Cuadro 6):

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	28	34,57%
Casado	36	44,44%
Unión libre	4	4,94%
Divorciado	9	11%
Viudo	4	4,94%
Total	81	100%

Se identificó pacientes según el estado civil, de los cuales 28 pacientes fueron solteros (34,57%), 36 pacientes fueron casados (44,44%), 4 pacientes en unión libre (4,94%), 9 pacientes divorciados (11,11%), 4 pacientes viudos (4,94%).

7.1.7 CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN (Cuadro 7):

Características de Hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
Medicina Interna	42	51,85%
Cirugía	24	26,63%
Urología	8	9,88%
Ginecología	7	8,64%
Total	81	100%

Según el tipo de hospitalización por el que se encontraban, de los cuales se obtuvo 42 pacientes de medicina interna (51,85%), 24 de cirugía general(29,63%), 8 de ginecología (9,88%) y 7 de urología (8,64%).

7.1.8 CONOCIMIENTO DE SER HOSPITAL DOCENTE (Cuadro 8):

Conocimiento de ser hospital docente	Frecuencia	Porcentaje
Si tenía conocimiento	45	55,56%
No tenía conocimiento	36	44,44%
Total	81	100%

Según el conocimiento de ser hospitalizados en un lugar donde se práctica docencia médica, 45 de ellos sabía que era un hospital docente que representa (55,56%) mientras que 36 pacientes no conocía esta cualidad que representa (44,44%).

7.1.9 ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 9):

Existe aceptación al modelo	Frecuencia	Porcentaje
Si existe aceptación al modelo	57	70,37%
No existe aceptación al modelo	24	29,63%
Total	81	100%

La aceptación al modelo Bedside teaching incluyó a 57 pacientes (70,37%) mientras que 24 pacientes no aceptó el modelo (29,63%).

7.1.10 CONFORT CON EL MODELO (Cuadro 10):

Existe confort al modelo	Frecuencia	Porcentaje
Si existe confort al modelo	54	66,67%
No existe confort al modelo	27	33,33%
Total	81	100%

De acuerdo con las preguntas de confort se obtuvo que 54 pacientes se sienten cómodos con el modelo (66,67%), mientras que 27 se sintieron con disconfort con respecto al modelo (33,33%).

7.2 TABLA DE ANÁLISIS BIVARIADO ACEPTACIÓN

7.2.1 EDAD VS. ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 11):

Variable	Si	No	Total
Mayores de 28	38	18	56
Menores de 28	19	6	25
Total	57	24	81

OR	0,66
IC	0,22 – 1,96
P	0,22

Existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de mayor de 28 años (OR = 0,66), con respecto del grupo menor a 28 años que no es estadísticamente significativa (IC = 0,22 – 1,96); con un valor P= 0,22.

7.2.2 SEXO VS. ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 12):

Variable	Si	No	Total
Hombres	28	10	38
Mujeres	29	14	43
Total	57	24	81

OR	1,35
IC	0,51 - 3,54
P	0,27

Existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de sexo masculino (OR = 1,16), con respecto del sexo femenino que no es estadísticamente significativa (IC = 0,45 – 2,96); con un valor P= 0,38.

7.2.3 RELIGIÓN VS. ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 13):

Variable	Si	No	Total
Católicos	40	20	60
Otras	17	4	21
Total	57	24	81

OR	0,47
IC	0,13 - 1,58
P	0,11

Existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de otras religiones (OR = 0,47), con respecto de los católicos que es estadísticamente significativa (IC = 0,11 – 1,26); con un valor P= 0,05.

7.2.4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN VS. ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 14):

Variable	Si	No	Total
Otros niveles de instrucción	17	14	31
Instrucción superior	40	10	50
Total	57	24	81

OR	0,3
IC	0,11 - 0,81
P	0,01

Con el propósito de análisis, se agruparon los miembros de educación básica y secundaria para compararlos con los miembros de educación superior, se evidenció que existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de instrucción básica y secundaria (OR = 0,68), con respecto del grupo de instrucción superior que es estadísticamente significativa (IC = 0,11 – 0,81); con un valor P= 0,01.

7.2.5 ESTADO CIVIL VS. ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 15):

Variable	Si	No	Total
Casados	26	10	36
Otros	28	17	50
Total	54	27	81

OR	1,57
IC	0,61 - 4,06
P	0,17

Con el propósito de análisis, se agruparon los miembros de estado civil solteros, unión libre, divorciados, para compararlos con los miembros de estado civil casados, se evidenció que existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de casados (OR = 1,16), con respecto del grupo de otros estados civiles que no es estadísticamente significativa (IC = 0,85 – 1,57); con un valor P= 0,17.

7.2.6 CARACTERÍSTICAS DE HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA VS. CIRUGIA (Cuadro 16):

Variable	Si	No	Total
Medicina Interna	32	10	42
Cirugía	14	10	24
Total	46	20	66

OR	2,28
IC	0,77 - 6,71
P	0,07

Existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de medicina interna (OR = 2,28), con respecto del grupo de cirugía que no es estadísticamente significativa (IC = 0,89 – 1,9); con un valor P= 0,07.

7.2.7 CARACTERÍSTICAS DE HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGÍA VS. UROLOGÍA (Cuadro 17)

Variable	Si	No	Total
Ginecología	7	1	8
Urología	4	3	7
Total	11	20	15

OR	5,25
IC	0,39 - 68,94
P	0,12

Existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo ginecología (OR = 5,20), con respecto del grupo de urología que no es estadísticamente significativa (IC = 0,39 – 68,34); con un valor P= 0,12.

7.2.8 CARACTERÍSTICAS DE HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA VS. GINECOLOGÍA + UROLOGÍA NIVELES DE ACEPTACIÓN (Cuadro 18)

Variable	Si	No	Total
Medicina interna	32	10	42
Ginecología + Urología	11	4	15
Total	43	14	57

OR	1,16
IC	0,3 - 4,47
P	0,40

Con el propósito de análisis, se agruparon los miembros de urología y ginecología, para compararlos con el grupo de medicina interna, se evidenció que existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de medicina interna (OR = 1,09), con respecto del grupo de ginecología + urología que no es estadísticamente significativa (IC = 0,3 – 4,47); con un valor P= 0,4.

7.2.9 CARACTERÍSTICAS DE HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA VS. GINECOLOGÍA + UROLOGÍA NIVELES DE ACEPTACIÓN (Cuadro 19)

Variable	Si	No	Total
Cirugía	14	10	24
Ginecología + Urología	11	4	15
Total	15	14	39

OR	0,5
IC	0,12 - 2,07
P	0,18

Con el propósito de análisis, se agruparon los miembros de urología y ginecología, para compararlos con los miembros cirugía general, se evidenció que existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de ginecología y urología (OR = 0.5), con respecto del grupo de cirugía, que no es estadísticamente significativa (IC = 0,1 – 2,07); con un valor P= 0,17.

7.2.10 CONOCIMIENTO DE HOSPITAL COMO LUGAR DOCENTE VS ACEPTACIÓN AL MODELO (Cuadro 20):

Variable	Si	No	Total
Si tenían conocimiento	39	6	45
No tenían conocimiento	18	18	36
Total	57	24	81

OR	6,5
IC	2,20 - 19,13
P	0,0002

Existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo que conocía el carácter docente del hospital (OR = 6.5) comparado con el grupo que no conocía esta característica del hospital. Dicha asociación es estadísticamente significativa (IC = 2,20 – 19,13) a un valor de P= 0,0002.

7.3 TABLAS DE ANÁLISIS BIVARIADO CONFORT

7.3.1 EDAD VS. CONFORT (Cuadro 21):

Variable	Si	No	Total
Mayores de 28	36	20	56
Menores de 28	18	7	25
Total	54	27	81

OR	0,7
IC	0,24 - 1,96
P	0,25

Existe una asociación entre el confort al modelo Bedside teaching por parte del grupo de menores de 28 años (OR = 0,70); con respecto del grupo de mayores de 28 años, que no es estadísticamente significativa (IC = 0,24 – 1,96); con un valor P= 0,25.

7.3.2 SEXO VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 22):

Variable	Si	No	Total
Hombres	26	12	38
Mujeres	17	4	21
Total	54	27	81

OR	0,37
IC	0,11 - 1,26
P	0,05

Existe una asociación entre el confort al modelo Bedside teaching por parte del grupo de sexo femenino (OR = 1,16), con respecto del grupo de sexo masculino, que no es estadísticamente significativa (IC = 0,45 – 2,93); con un valor P= 0,38

7.3.3 RELIGIÓN VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 23):

Variable	Si	No	Total
Católicos	37	23	60
Otras	17	4	21
Total	54	27	81

OR	0,37
IC	0,11 - 1,26
P	0,05

Existe una asociación entre el confort al modelo Bedside teaching por parte del grupo de otras religiones (OR = 0,37), con respecto del grupo de religión católica, que no es estadísticamente significativa (IC = 0,11 – 1,26); con un valor P= 0,05.

7.3.4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 24):

Variable	Si	No	Total
Instrucción superior	38	12	50
Otros niveles de instrucción	16	15	31
Total	54	27	81

OR	2,96
IC	1,13 - 7,73
P	0,01

Con el propósito de análisis, se agruparon los miembros de educación básica + secundaria para compararlos con los miembros de educación superior, se evidenció que existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de instrucción superior (OR = 2,96,; con respecto del grupo de instrucción básica + secundaria, que es estadísticamente significativa (IC = 1,13 – 7,76); con un valor P= 0,014.

7.3.5 ESTADO CIVIL VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 25):

Variable	Si	No	Total
Casados	26	10	36
Otros	28	17	50
Total	54	27	81

OR	1,57
IC	0,61 - 4,06
P	0,17

Con el propósito de análisis, se agruparon los miembros de estado civil solteros, unión libre, divorciados, para compararlos con los miembros de estado civil casados, se evidenció que existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de casados (OR = 1,57), con respecto del grupo de otros estados civiles que no es estadísticamente significativa (IC = 0,61 – 4,06); con un valor P= 0,17.

7.3.6 CARACTERÍSTICAS DE HOSPITALIZACIÓN VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 26):

Variable	Si	No	Total
Medicina Interna	30	12	42
Cirugía	11	13	24
Total	41	25	66

OR	2,95
IC	1,03 - 8,40
P	0,02

Existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de medicina interna (OR = 2,95), con respecto del grupo de cirugía general, que es estadísticamente significativa (IC = 1,03 – 8,40); con un valor P= 0,02.

7.3.7 CARACTERÍSTICAS DE HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA VS. GINECOLOGÍA + UROLOGÍA NIVELES DE CONFORT (Cuadro 27)

Variable	Si	No	Total
Medicina interna	30	12	42
Ginecología + Urología	13	2	15
Total	43	14	57

OR	0,38
IC	0,07 - 1,96
P	0,13

Con el propósito de análisis, se agruparon los miembros de urología y ginecología, para compararlos con los miembros medicina interna, se evidenció que existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte del grupo de ginecología + urología (OR = 0,38), con respecto del grupo de medicina interna, que no es estadísticamente significativa (IC = 0,07 – 1,96); con un valor P= 0,13.

7.3.8 CARACTERÍSTICAS DE HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA VS. GINECOLOGÍA + UROLOGÍA NIVELES DE CONFORT (Cuadro 28)

Variable	Si	No	Total
Cirugía	11	13	24
Ginecología + Urología	13	2	15
Total	24	15	39

OR	0,13
IC	0,02 - 0,70
P	0,006

Con el propósito de análisis, se agruparon los miembros de urología y ginecología, para compararlos con los miembros cirugía general, se evidenció que existe una asociación entre la aceptación al modelo Bedside teaching por parte de ginecología y urología (OR = 0.13), con respecto del grupo de cirugía general, que es estadísticamente significativa (IC = 0,02 – 0,7); con un valor P= 0,006.

7.3.9 CONOCIMIENTO DE HOSPITAL COMO LUGAR DOCENTE VS. CONFORT AL MODELO (Cuadro 29):

Variable	Si	No	Total
Si tenían conocimiento	35	10	45
No tenían conocimiento	19	17	36
Total	54	27	81

OR	3,13
IC	1,19 - 8,19
P	0,01

Existe una asociación entre el confort al modelo Bedside teaching por parte del grupo que conocía el carácter docente del hospital (OR = 3,13) comparado con el grupo que no conocía esta característica del hospital. Dicha asociación es estadísticamente significativa (IC = 1,19 – 8,18) a un valor de P= 0,01.

7.4 *Síntesis de variables relacionadas con la aceptación al modelo BST (Tabla 1):*

VARIABLES	OR	IC	P
Edad	0,66	0,22 - 1,95	0,23
Sexo	1,35	0,50 - 3,63	0,27
Religión	0,47	0,13 - 1,58	0,11
Nivel de instrucción	0,3	0,11 - 0,81	0,01
Estado Civil	1,57	0,61 - 4,06	0,17
C.H Med. Interna Vs Cirugía	2,28	0,77 - 6,71	0,07
C.H Ginecología Vs Urología	5,52	0,39 - 6,8	0,12
C.H Med. Interna Vs G + U	1,16	0,30 - 4,47	0,4
C.H Cirugía Vs G + U	0,5	0,1 - 1,25	0,18
Conocimiento de ser Hospital docente	6,5	2,20 - 19,13	0,0002

C.H = Características de hospitalización

G = Ginecología U = Urología

Variable con asociación significativa

7.5 *Síntesis de variables relacionadas con el confort al modelo BST (Tabla 2):*

VARIABLES	OR	IC	P
Edad	0,7	0,24 - 1,96	0,25
Sexo	1,16	0,45 - 2,93	0,38
Religión	0,37	0,11 - 1,26	0,05
Nivel de instrucción	2,96	1,13 - 7,73	0,01
Estado Civil	1,57	0,61 - 4,06	0,17
C.H Med. Interna Vs Cirugía	2,95	1,03 - 8,40	0,02
C.H Med. Interna Vs G + U	0,38	0,07 - 1,96	0,13
C.H Cirugía Vs G + U	0,13	0,02 - 0,7	0,006
Conocimiento de ser Hospital docente	3,13	1,19 - 8,18	0,01

C.H = Características de hospitalización

G = Ginecología U = Urología

Variable con asociación significativa

8 DISCUSIÓN

En el estudio se pudo observar como las variables (edad, sexo, religión, estado civil, características de la hospitalización, conocimiento de ser parte del modelo) tienen asociación con la aceptación y confort a la hora de realizar el modelo de educación médica Bedside teaching, dichas variables son de importancia a la hora de considerar a los pacientes a ser parte de un modelo de enseñanza-aprendizaje basado en el respeto a la privacidad y a los derechos del paciente.

Se pudo comprobar, que existe una falta de conocimiento por parte de los tutores respecto al correcto empleo del modelo Bedside teaching, generando un conflicto de intereses en el deseo de establecer un ambiente docente Vs la voluntad del paciente en ser parte del mismo, voluntad que es omitida en la mayoría de ocasiones, con el fin de presentar un caso de interés docente. De acuerdo a los testimonios obtenidos, existen momentos en los que se debe prestar mayor atención a la privacidad del paciente, como nos comentó Patricio: “Los médicos que me trataban me contaron que iba a perder mi pie, decían que era necesario amputar mi extremidad por la progresión de la enfermedad, cuando me dieron esta noticia sentí que para ellos era algo tan común, quitar una parte de mi cuerpo y lo hicieron cerca de 8 estudiantes que me miraban con caras de susto, lo que me hizo sentir miserable.” Se evidencia en este caso se generó un conflicto entre los derechos del paciente y el deseo de generar un ambiente docente, faltando sobre los principios de derecho del paciente en recibir un trato digno y respetuoso, así como la facultad en decidir su atención. Esta información concuerda con el análisis de nuestro estudio existiendo un 44,44 % de pacientes que no tenía conocimiento que se encontraba en un hospital docente, un 29,63% no tenía buena aceptación y 33,33% no sentía confort a la práctica del modelo, datos que se podrían comparar con los resultados obtenidos por O’Flynn et al¹⁷, en su estudio sobre la percepción de la presencia de estudiantes en hospitales, encontraron que cerca del 40% de pacientes se sentía incómodos con que los estudiantes estén en contacto con ellos y acceso a su información personal.

En las entrevistas más relevantes que se realizó, se captó historias que comprueban la poca sutileza y la invasividad que puede llegar a tener el Bedside teaching cuando no se toma en cuenta la voluntad y la

¹⁷ O’Flynn N, Spencer J, Jones R. (1997) Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients’ views on presence of students. Br Med J 1997; 315: 1142

privacidad del paciente, como nos comentó Sara: “Creo que fue humillante y de poca sutileza por parte del tratante, que al encontrarme con dolor e incómoda por estar rodeada de gente y que alguien que no conocía me valore mientras sus compañeros le decían como tenía que hacer la valoración, me sentí como un objeto.”. De igual forma Patricio nos comenta: “Pienso que con la experiencia que tuve hubiera preferido un ambiente más privado sobre todo cuando dan la noticia que afectará el resto de mi vida.” La falta de consideración a la privacidad y voluntad genero un ambiente de discomfort, ocasionando que la experiencia para estos dos pacientes sea traumática e interfiriendo sobre las relaciones médico-paciente futuras.

Debemos considerar la percepción que tienen los pacientes respecto a la presencia de estudiantes a la hora de la visita médica. Como nos comentaron en las entrevistas: “Creo que la presencia de estudiantes incomoda, uno se siente como ratón de laboratorio. De preferencia deberían ser en un ambiente más privado.” Nos indica que es fundamental generar ambientes cómodos, privados y respetando la voluntad del paciente, con el objetivo que el Bedside teaching sea un modelo de enseñanza-aprendizaje basado en actitudes de respeto a un sujeto de derechos.

Es importante que los planificadores tengan consideración sobre las variables ahora propuestas, como factores beneficiosos o que podrían perjudicar las practicas docentes desarrollando mejor los conceptos de integralidad en la medicina, optando por escoger mejor a los pacientes y evitando caer en el conflicto de intereses antes mencionado, buscando pacientes con niveles de aceptación y confort más altos, prestos a ser parte del modelo.

Los pacientes comprenden la importancia que tienen los estudiantes en los hospitales docentes, como nos comentan en las entrevistas “Creo que hay momentos, los estudiantes hacen un trabajo muy bueno cuidando y viendo la evolución de las enfermedades, creo que deben tener una actitud más humana sintiendo empatía de cómo nos sentimos.”” Creo que los hospitales son el mejor lugar donde los estudiantes van a aprender sobre las enfermedades, me siento feliz de ser parte de la educación de los futuros médicos, sin embargo hay momentos en los que no es prudente su presencia porque invaden la privacidad como la experiencia que le comento.” Datos que concuerdan con nuestro análisis, existirá una mejor aceptación y confort por parte de los pacientes cuando estos sean informados de las características de un hospital docente y de las actividades que los estudiantes realizan ya que están en un proceso de aprendizaje continuo durante la estancia hospitalaria.

9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El modelo de educación médica Bedside teaching, debe ser basados en actitudes de respeto a los derechos del paciente, considerando las variables que pueden influir sobre los momentos docentes y que afectan a la aceptación y confort, de tal forma que el aprendizaje cerca a la cama del paciente, sea un momento de mutuo consentimiento y respeto, entre el tutor, los estudiantes y el paciente.

Se evidenció en nuestro estudio que existe un desconocimiento por parte de los tutores respecto de las variables (edad, sexo, nivel de instrucción, tipo de hospitalización y el conocimiento de los pacientes respecto a ser parte del Bedside teaching) a la hora de seleccionar un paciente para ser parte del modelo, lo que genera una selección de pacientes con discomfort y una falta a los derechos del paciente.

De la misma forma a lo largo del estudio se evidenció la importancia que tienen los estudiantes, ya que a opinión de los entrevistados estos sirven como nexos para plantear un diálogo más comprensible frente a los tratantes a cargo de su patología, así como satisfacer explicaciones que calma la necesidad por información sobre su condición y evolución.

Considero que pueden existir más variables que podrían afectar directamente a la aceptación y al confort, que deberían ser evaluadas en estudios posteriores, de preferencia ser realizados en hospitales públicos o especializados en ginecología, para tener un conocimiento más amplio respecto a los factores que afectan la aceptación y el confort de los pacientes.

10 ANEXOS

10.1 Consentimiento informado

INVESTIGADOR PRINCIPAL: JUAN CARLOS PACHECO SÁNCHEZ
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DEL HOSPITAL
VOZANDES QUITO

Este documento está dirigido a pacientes hombres y mujeres que son atendidos en el Hospital Vozandes Quito y que se les invita a participar en la investigación -ACEPTACIÓN Y CONFORT DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS FRENTE AL MODELO DE EDUCACIÓN MÉDICA "BEDSIDE TEACHING"-

ACEPTACIÓN Y CONFORT DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS FRENTE AL MODELO DE EDUCACIÓN MÉDICA
"BEDSIDE TEACHING".
HOSPITAL VOZANDES QUITO AGOSTO DE 2016
DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO
Consentimiento Informado

Estimado participante,

Le consultamos la posibilidad de participar en este estudio. Nos gustaría hacerle una encuesta y una entrevista, que ayudara a considerar las opiniones de los pacientes hospitalizados respecto de la aceptación y el confort en relación de la presencia de estudiantes durante las visitas médicas con el fin de identificar:

- Sus niveles de aceptación
- Sus niveles de confort
- Sus percepciones, ahora que se encuentra hospitalizado

La información que nos proporcione sólo será utilizada para comprender las percepciones de aceptación y confort que tienen los pacientes al momento de estar hospitalizados, con el fin de proponer alternativas que para mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de medicina tomando en cuenta los derechos de los pacientes.

La información que usted proporcione es completamente confidencial y no será compartida con nadie. Solo se la utilizará para fines de la investigación. Su información personal será removida de la encuesta.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio, después de haber aceptado su participación. Usted es libre de negarse a responder a cualquier pregunta que se realice en el cuestionario. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, puede preguntarme. Esperamos su participación, sus experiencias y puntos de vista ya que son muy importantes para comprender la aceptación a este modelo como las circunstancias en las que Ud. sentiría más cómodo.

Los resultados de este estudio serán entregados al hospital, los mismos que Ud. podría acceder una vez concluida la investigación.

La firma de éste consentimiento indica que entiende y está dispuestos a participar en esta encuesta y entrevista.

¿Quién leyó el consentimiento informado? 1. Leído por el entrevistado [] 2. Leído por Entrevistador []

Fue el consentimiento informado acordado y firmado / No firmado o rechazado?

1. Acordado y firmado [] 2. Acordado, pero no firmado [] 3. Se niega a contestar []

Entrevistador: _____ Firma de Entrevistador: _____

Entrevistado (Iniciales) : _____ Firma de Entrevistado: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

(EN CASO DE ALGUNA INQUIETUD SOBRE LA INVESTIGACIÓN FAVOR COMUNICARSE CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL
JUAN CARLOS PACHECO SÁNCHEZ jucpach@gmail.com telf:0996373465)

10.2 Encuesta y entrevista

Encuesta

Criterios de identificación del paciente.

1.- Edad

Mayor de 28	Menor de 28

2.- Sexo

Masculino	Femenino

3.- Grupo étnico

Blanco	Mestizo	Indígena	Afro ecuatoriano

4.- Estado civil

Soltero	Casado	Unión Libre	Divorciado	Viudo

5.- Características de Hospitalización

Clínica Medicina interna	Cirugía
	Cirugía General
	Ginecología / Obstetricia
	Urología

5.- ¿Sabía Ud. que este hospital es un lugar docente?

Si	No

Preguntas de aceptación

1- ¿Acepta Ud. que durante la visita médica, los estudiantes y profesores discutan la situación de su enfermedad?

Si	No

2.- ¿Acepta Ud. que durante la visita médica, los estudiantes tengan acceso a su información personal en la historia clínica?

Si	No

3.- ¿Acepta Ud. que durante la visita médica, los estudiantes realicen el examen físico? (si la respuesta es si continúe la siguiente pregunta caso contrario pasar a la pregunta 5)

Si	No

4.- ¿Tiene alguna predilección por el sexo del estudiante, que éste presente en el momento de la práctica de éste modelo?

Hombre	Mujer

5.- ¿Acepta Ud. que durante la visita médica, los estudiantes estén presente cuándo se discuta sobre el estado de su enfermedad?

Si	No

6.- ¿Acepta Ud. que durante la visita médica, los estudiantes estén presente cuándo se discuta sobre el tratamiento de su enfermedad?

Si	No

7.- Aceptaría que los estudiantes realicen estos procedimientos (toma de muestras sanguíneas, colocación de sonda vesical)

Toma de muestras sanguíneas	Si	No
Colocación de sonda vesical	Si	No
Curaciones (Limpieza de herida)	Si	No

8.- (Si el paciente es de cirugía) ¿Acepta Ud. que los estudiantes estén presentes en el procedimiento quirúrgico?

Si	No

Preguntas de confort

1- ¿Que tan cómodo se sentiría Ud. si en la visita médica los estudiantes y profesores discuten la situación de su enfermedad?

Muy Confortable	
Medianamente Confortable	
Indiferente	
Poco confortable	
Disconfort	

2.- ¿Que tan cómodo se sentiría Ud. si al momento de la visita médica los estudiantes tienen acceso a su información personal en la historia clínica?

Muy Confortable	
Medianamente Confortable	
Indiferente	
Poco confortable	
Disconfort	

3.- ¿Que tan cómodo se sentiría Ud. para que los estudiantes en la visita médica realicen el examen físico?

Muy Confortable	
Medianamente Confortable	
Indiferente	
Poco confortable	
Disconfort	

4.- ¿Siente mayor confort dependiendo del sexo del estudiante, que éste presente en el momento de la práctica de éste modelo?

Hombre	Mujer
Muy Confortable	
Medianamente Confortable	
Indiferente	
Poco confortable	
Disconfort	

5.- ¿Se sentiría cómodo con que el estudiante éste presente en la discusión de la situación de su enfermedad?

Muy Confortable	
Medianamente Confortable	
Indiferente	
Poco confortable	
Disconfort	

6.- ¿Se sentiría cómodo con que el estudiante éste presente en la discusión del tratamiento de su enfermedad?

Muy Confortable	
Medianamente Confortable	
Indiferente	
Poco confortable	
Disconfort	

7.- ¿Qué tan cómodo se sentiría con que los estudiantes realicen estos procedimientos?

1 Toma de muestras sanguíneas	Muy Confortable Medianamente Confortable Indiferente Poco confortable Disconfort
2 Colocación de sonda vesical	Muy Confortable Medianamente Confortable Indiferente Poco confortable Disconfort
3 Curaciones (Limpieza de herida)	Muy Confortable Medianamente Confortable Indiferente Poco confortable Disconfort

8.- (Si el paciente es de cirugía) ¿Se sentiría cómodo si los estudiantes están presentes en el procedimiento quirúrgico?

Muy Confortable	
Medianamente Confortable	
Indiferente	
Poco confortable	
Disconfort	

Entrevista

- 1.- ¿Cuáles son las razones para su confort/disconfort con la presencia de estudiantes al momento de la visita médica?
- 2- ¿Ha tenido alguna experiencia anterior que llevaron al confort/disconfort con respecto de la presencia de estudiantes durante la visita médica?
- 3.- ¿Cree que la presencia de estudiantes afecta su privacidad durante la visita médica? ¿Porque?
- 4.- ¿Cuál sería para Ud. la mejor forma en la que un estudiante de medicina se debe comportar durante la visita médica?
- 5.- ¿Cuáles son sus expectativas al momento de estar con un estudiante de medicina?
- 6.- ¿Cuáles son las razones por las que Ud. desearía o no participar en un modelo de educación médica que sea alrededor de su cama, es decir que la discusión de la situación de su enfermedad así como del manejo de la misma sea discutida en su presencia?
- 7.- ¿Qué es lo más le incomoda de la presencia de estudiantes en un hospital?

10.3 ENTREVISTA

10.4 *Entrevista # 1 Patricio paciente de medicina interna*

1.- ¿Cuáles son las razones para su confort/disconfort con la presencia de estudiantes al momento de la visita médica?

Creo que la presencia de estudiantes incomoda, uno se siente como ratón de laboratorio. De preferencia deberían ser en un ambiente más privado.

2- ¿Ha tenido alguna experiencia anterior que llevaron al confort/disconfort con respecto de la presencia de estudiantes durante la visita médica?

La semana anterior estuve hospitalizado en el hospital del sur por mi patología, pie diabético, los médicos que me trataban me contaron que iba a perder mi pie, decían que era necesario amputar mi extremidad por la progresión de la enfermedad, cuando me dieron esta noticia sentó que para ellos era algo tan común quitar una parte de mi cuerpo y lo hicieron cerca de 8 estudiantes que me miraban con caras de susto, lo que me hizo sentir miserable.

3.- ¿Cree que la presencia de estudiantes afecta su privacidad durante la visita médica? ¿Porque?

Si, pienso que con la experiencia que tuve hubiera preferido un ambiente más privado sobre todo cuando dan la noticia que afectará el resto de mi vida.

4.- ¿Cuál sería para Ud. la mejor forma en la que un estudiante de medicina se debe comportar durante la visita médica?

Creo que hay momentos, los estudiantes hacen un trabajo muy bueno cuidando y viendo la evolución de las enfermedades, creo que deben tener una actitud más humana sintiendo empatía de cómo nos sentimos.

5.- ¿Cuáles son sus expectativas al momento de estar con un estudiante de medicina?

Pienso que si se encuentra haciendo prácticas en el hospital, debe ser alguien que tiene el conocimiento suficiente para poder valorar mi enfermedad, y puedo preguntar sobre como estoy evolucionando y como está el tratamiento, creo que deben tener una actitud más cordial y estar dispuestos a darnos información.

6.- ¿Cuáles son las razones por las que Ud. desearía o no participar en un modelo de educación médica que sea alrededor de su cama, es decir que la discusión de la situación de su enfermedad así como del manejo de la misma sea discutida en su presencia?

Creo que es necesario que existan estudiantes en los hospitales porque de esa forma ellos adquieren la experiencia para su futuro profesional y como paciente soy parte de su formación pudiendo compartir estas experiencias, sin embargo existen momentos en los que no quiero sentirme como un objeto o al menos ser consultado si deseo involucrar estudiantes en mi estancia hospitalaria.

7.- ¿Qué es lo que más le incomoda de la presencia de estudiantes en un hospital?

Creo que lo que más me incomoda es que gente que no conozco este alrededor mío sin consultarme si pueden estar presentes mientras el tratante me da una noticia.

10.5 Entrevista #2 Sara paciente de medicina interna

1.- ¿Cuáles son las razones para su confort/disconfort con la presencia de estudiantes al momento de la visita médica?

Creo que cuando uno se encuentra en un dolor intenso lo único que desea es estar sola y que el médico tratante le alivie el dolor y no esté dando clases a sus estudiantes

2.- ¿Ha tenido alguna experiencia anterior que llevaron al confort/disconfort con respecto de la presencia de estudiantes durante la visita médica?

Hace 4 años me encontraba en mi segundo embarazo, aquel día comenzaron las contracciones de labor de parto y el hospital más cercano era el hospital de sur, ingrese por emergencia y me llevaron a una sala donde se encontraban unas 15 personas entre estudiantes tratantes y enfermeras, se acercaron a mí y empezaron a conversar sobre mí sin siquiera presentarse o preguntarme si quería público, de repente uno de ellos le ordenó a otro que me realicen un tacto en frente de todos, el muchacho que era estudiante se acercó muy amable pero sin embargo me levantó la bata y todas las personas me observaban a lo que opte por taparme la cara de la vergüenza. Creo que fue humillante y de poca sutileza por parte del tratante, que al encontrarme con dolor e incómoda por estar rodeada de gente y que alguien que no conocía me valore mientras sus compañeros le decían como tenía que hacer la valoración, me sentí como un objeto.

3.- ¿Cree que la presencia de estudiantes afecta su privacidad durante la visita médica? ¿Por qué?

No, pero creo que existen momentos en los que la presencia de estudiantes es bienvenida pero en otros en los que preferiría privacidad.

4.- ¿Cuál sería para Ud. la mejor forma en la que un estudiante de medicina se debe comportar durante la visita médica?

Deben tener una actitud más amable, presentarse antes de entrar a una valoración y preguntar si pueden estar presentes.

5.- ¿Cuáles son sus expectativas al momento de estar con un estudiante de medicina?

Creo que deben ser personas amables que se presenten antes de realizar una actividad, y que sepan comunicarse y explicar por qué realiza sus actividades.

6.- ¿Cuáles son las razones por las que Ud. desearía o no participar en un modelo de educación médica que sea alrededor de su cama, es decir que la discusión de la situación de su enfermedad así como del manejo de la misma sea discutida en su presencia?

Creo que los hospitales son el mejor lugar donde los estudiantes van a aprender sobre las enfermedades, me siento feliz de ser parte de la educación de los futuros médicos, sin embargo hay momentos en los que no es prudente su presencia porque invaden la privacidad como en el la experiencia que le comento.

7.- ¿Qué es lo que más le incomoda de la presencia de estudiantes en un hospital?

Creo que lo que me incomodó es que irrespetaron mi privacidad sobre todo cuando realizaron valoraciones sin consultarme antes.

11 BIBLIOGRAFÍA:

J.L Palés Argullos (2011). Principios de la educación médica. Desde el grado hasta el desarrollo. Evolución de la educación médica. Pg. 3

² Lave J, Wenger E. (1991). Situated learning: Legitimate peripheral participation. New York: Cambridge University Press.

³ Bourdieu, Pierre. (1989), Prólogo: Estructuras sociales y estructuras mentales en: Bourdieu, Pierre. La nobleza de Estado. Grandes Ecoles y espíritu de cuerpo, Paris: Minuit, s/n.

⁴ Nair BR, Coughlan JL, Hensley MJ.(1997)Student and patient perspectives on bedside teaching.Med Educ; 31: 341-6

⁵ Julieta Capdevielle. (2011), EL CONCEPTO DE HABITUS: “CON BOURDIEU Y CONTRA BOURDIEU” Revista Andaluza de Ciencias Sociales pg 35

⁶ Kroenke K, Omori DM, Landry FJ, Lucey CR. Bedside teaching. South Med J (1997); 90: 1069-74.

⁷ D. Michael Elnicki (2011) RESEARCH BASIC TO MEDICAL EDUCATION The Value of Bedside Rounds: A Multicenter Qualitative Study Department of Medicine, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania, USA 327

⁸ Ahamed AM. Bedside teaching the Cinderella status. Options for promotions. Saudi Med. J (2010); 31: 739-46

⁹ Ramani S, Leinster S. AMEE Guide no. 34: teaching in the clinical environment. Med Teach (2008); 30: 347-64. 5Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. BMJ (2003); 326: 591-4

¹⁰ Coleman K, Murray E. Patients' views and feelings on the community-based teaching of undergraduate medical students: a qualitative study. Fam Pract (2002); 19: 183 8.

¹¹ Passaperuma K, Higgins J, Power S, Taylor T. Do patients' comfort levels and attitudes regarding medical student involvement vary across specialties? Med Teach (2008); 30: 48 54.///.

⁶ O'Flynn N, Rymer J. Women's attitudes to the sex of medical students in a gynaecology clinic: cross sectional survey. Br Med J (2002); 325: 683-4

¹² O'Flynn N, Spencer J, Jones R. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. Br Med J (1997); 315: 1142.

¹³ Cookie F, Galasko G, Ramrakha V, Richards D, Rose A, Watkins J. Medical students in general practice, How do patients feel? Br J Gen Pract (1996); 46: 362

¹⁴ Byrne, D. E. (1971). The attraction paradigm. New York,: Academic Press.

¹⁵ Richardson, R. M., & Smith, S. (2007). The influence of high/low-context culture and power distance on choice of communication media: Students' media choice to communicate with Professors in Japan and America. International Journal of Intercultural Relations, 31, 479-501.

¹⁶ Lee, C., & Gudykunst, W.B. (2001). Attraction in initial interethnic interactions. International Journal of Intercultural Relations, 25, Pg. 373