

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

TÍTULO:

“NIVELES DE ACEPTACIÓN Y CONFORT CON EL MODELO DE EDUCACIÓN MÉDICA "BEDSIDE TEACHING", DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS, DE LOS HOSPITALES ENRIQUE GARCÉS (2017) Y VOZANDES (2016) - QUITO”

AUTORA: ANAHÍ GUERRA GARCÍA

DIRECTOR: MILTON GROSS ALBORNOZ MD, MASTER EN GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MASTER EN CIENCIA EN SALUD PÚBLICA EN PAÍSES EN DESARROLLO.

QUITO

2017

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a mis padres, quiénes han sido el pilar fundamental para culminar mi profesión con éxito; a mis hermanos, por siempre brindarme su apoyo incondicional y a mis amigos, con quienes he compartido momentos que solo esta carrera nos ha permitido experimentar.

Dedicatoria

A mis padres, por todo su amor.

Este es un logro que, sin duda, comparto con ellos.

Resumen

El modelo de educación médica que se ha mantenido a lo largo de los años, se conoce como "Bedside Teaching". Dicho prototipo de enseñanza, tiene como objetivo conciliar los intereses, tanto docentes, como humanitarios, de la práctica médica y de la docencia en medicina. Sus resultados, se enfocan en el aprendizaje clínico-práctico de los estudiantes para el desarrollo de competencias en base a casos reales, así como también, el aprendizaje de los pacientes acerca de su condición.

Objetivo

Describir y comparar los niveles de aceptación y confort de los pacientes hospitalizados, frente al modelo de educación médica BST¹, entre el sector público (Hospital Enrique Garcés) y privado (Hospital Vozandes Quito) de la salud.

Metodología

Se realizó un estudio mixto, descriptivo, con propósito comparativo, en un grupo de 81 pacientes seleccionados de forma aleatoria en el área de medicina interna y especialidades quirúrgicas en el Hospital Enrique Garcés. Para ello, se tuvo como referencia el estudio de investigación que se realizó en el Hospital Vozandes Quito en el año 2016 en el área de medicina interna y cirugía. Se obtuvo información mediante encuestas, para datos cuantitativos y entrevistas semi-estructuradas, para datos cualitativos.

Resultados

En el Hospital Enrique Garcés, el nivel de aceptación y confort de los pacientes frente al BST fue de 86.42% y 83.95% respectivamente. Se evidenció que, los pacientes menores de 28 años, aceptan más dicho modelo de enseñanza ($P < 0.01$) al igual que los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía general ($P = 0.05$). Por otro lado, los pacientes

¹ "Bedside Teaching"

hospitalizados en el servicio de medicina interna, expresan mayor nivel de confort ($P < 0.03$) al igual que pacientes de religión católica ($P = 0.02$).

En contraste, en el Hospital Vozandes Quito, el nivel de instrucción por debajo del superior (ningún tipo de instrucción, instrucción primaria o secundaria) demuestra asociación estadísticamente significativa en cuanto al nivel de aceptación ($P = 0.01$).

Al contrario, el nivel de instrucción superior ($P = 0.01$), denota significancia estadística frente al nivel de confort, al igual que el sexo femenino ($P = 0.05$), religiones diferentes a la religión católica ($P = 0.05$), pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna ($P = 0.02$), ginecología y urología ($P = 0.006$) y pacientes que conocían que se encontraban en un hospital docente ($P = 0.01$).

Conclusiones

El nivel de aceptación y confort de los pacientes hospitalizados, en el Hospital Enrique Garcés, fue superior al nivel encontrado en el Hospital Vozandes Quito. Cabe recalcar que, se encontró un mayor número de variables con asociación estadísticamente significativa en cuanto al confort en el Hospital Vozandes Quito.

Abstract

"Bedside Teaching" is the medical education model that has been maintained over the years. This teaching prototype aims to reconcile the interests, both teaching and humanitarian, of medical practice and teaching in medicine. Their results, focuses on the clinical-practical learning of students for the development of competences based on real cases, as well as, the education that patients have about their conditions.

Objective

Describe and compare the levels of acceptance and comfort of hospitalized patients, in regard to the BST¹ medical education model, between the public (Hospital Enrique Garcés) and private (Hospital Vozandes Quito) health sector.

Methodology

This is a mixed, descriptive, comparative study, that will be conducted in a group of 81 randomly selected patients in the area of internal medicine and surgical specialties in Hospital Enrique Garcés. For this purpose, the research study carried out in Hospital Vozandes Quito in 2016, in the area of internal medicine and surgery, will be taken as a reference. The information will be obtained through surveys, to analyse quantitative data, and semi-structured interviews, to analyse qualitative data.

Results

In Hospital Enrique Garcés, the level of acceptance and comfort of the patients in regard of BST, was 86.42% and 83.95% respectively. It was evidenced, that patients younger than 28 years accept more this teaching method ($P = 0.01$) as well as patients hospitalized in the general surgery service ($P = 0.05$). On the other hand, patients hospitalized in the internal

¹ "Bedside Teaching"

medicine service, express a higher level of comfort ($P = 0.03$), as well as patients of Catholic religion ($P = 0.02$).

In contrast, in Hospital Vozandes Quito, the level of education below the superior (no education, primary or secondary education), shows statistical association in terms of acceptance level ($P = 0.01$).

On the contrary, higher education ($P = 0.01$), denotes statistical significance in regard to the level of comfort, as well as female patients ($P = 0.05$), religions different from the Catholic religion ($P = 0.05$), patients hospitalized in the service of internal medicine ($P = 0.02$), gynaecology and urology ($P = 0.006$), and patients who knew that they were in a teaching hospital ($P = 0.01$).

Conclusions

The level of acceptance and comfort of the patients hospitalized in Hospital Enrique Garcés, was higher than the level found in Hospital Vozandes Quito. It should be noted, that a greater number of variables with a statistically significant association were found in terms of comfort in the Hospital Vozandes Quito.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Capítulo 1..... | 12 |
| Revisión bibliográfica..... | 12 |
| Capítulo 2..... | 19 |
| Justificación | 19 |
| Problema de investigación | 19 |
| Objetivos | 20 |
| Objetivo general..... | 20 |
| Objetivos específicos. | 20 |
| Hipótesis | 20 |
| Capítulo 3..... | 22 |
| Metodología | 22 |
| Tipo de estudio..... | 22 |
| Operacionalización de las variables..... | 22 |
| Tabla 1: Variables de identificación. | 22 |
| Tabla 2: Variables de aceptación. | 24 |
| Tabla 3: Variables de confort..... | 26 |
| Tamaño de la muestra. | 28 |
| Procedimiento de selección de informantes..... | 29 |
| Procedimientos de recolección de información. | 30 |
| Procedimientos de diagnóstico e intervención..... | 30 |
| Plan de análisis de datos. | 30 |
| Aspectos bioéticos. | 31 |
| Limitaciones y sesgos. | 32 |
| Capítulo 4..... | 33 |

| | |
|--|-----------|
| Resultados cuantitativos..... | 33 |
| Análisis univariado. | 33 |
| Tabla 4: Comparación entre variables de identificación entre Hospital Enrique Garcés vs. Hospital Vozandes Quito. | 33 |
| Análisis bivariado. | 35 |
| Tabla 5: Niveles comparativos respecto de la aceptación entre Hospital Enrique Garcés vs. Hospital Vozandes Quito. | 35 |
| Tabla 6: Niveles comparativos respecto del confort entre Hospital Enrique Garcés vs. Hospital Vozandes Quito..... | 37 |
| Resultados cualitativos..... | 39 |
| Tabla 7: Testimonios de pacientes entrevistados en el Hospital Enrique Garcés..... | 39 |
| Capítulo 5..... | 41 |
| Discusión..... | 41 |
| Capítulo 6..... | 45 |
| Conclusiones | 45 |
| Recomendaciones | 46 |
| Bibliografía | 47 |
| Anexos | 51 |
| Anexo 1: Consentimiento informado..... | 51 |
| Anexo 2: encuesta..... | 55 |
| Anexo 3: entrevista | 59 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Variables de identificación. | 22 |
| Tabla 2: Variables de aceptación. | 24 |
| Tabla 3: Variables de confort..... | 26 |
| Tabla 4: Comparación entre variables de identificación entre Hospital Enrique Garcés vs. Hospital Vozandes Quito. | 33 |
| Tabla 5: Niveles comparativos respecto de la aceptación entre Hospital Enrique Garcés vs. Hospital Vozandes Quito. | 35 |
| Tabla 6: Niveles comparativos respecto del confort entre Hospital Enrique Garcés vs. Hospital Vozandes Quito. | 37 |
| Tabla 7: Testimonios de pacientes entrevistados en el Hospital Enrique Garcés..... | 39 |

Capítulo 1

Revisión bibliográfica

Según Vygotsky (1997), el aprendizaje es el proceso de construir nuevos conocimientos sobre la base de enseñanzas previamente adquiridas. Sin embargo, es importante conocer que, dicho proceso requiere la obtención de tres fundamentos principales: conocimientos, destrezas y actitudes (Taylor y Hamdy, 2013, p. e1561, e1562).

El modelo de educación diseñado para el aprendizaje de profesionales, debe responder a sus demandas. Esta es la razón por la cual, se debe poner en práctica estrategias adecuadas para la enseñanza de profesionales de la salud, estrategias que aseguren un aprendizaje apropiado. La educación en el ambiente médico es una tarea exigente, compleja y en ocasiones, frustrante; una tarea que muchos clínicos asumen sin la preparación adecuada (Remani y Leinster, 2008, p. 362). "Los médicos, tienen la obligación profesional de contribuir con el entrenamiento de otros médicos, estudiantes de medicina y trabajadores de la salud, ya que la enseñanza es heredada en la profesión médica" (Woods, Ramasabhu y Donohoe, 2014, p. 473).

Debido a que la práctica clínica, es una destreza que involucra el diagnóstico y tratamiento de patologías reales, debe mantenerse una enseñanza constituida en pacientes reales (Remani y Leinster, 2008, p. 362). Sir William Osler, padre de la medicina moderna, afirmó que, "estudiar el fenómeno de las enfermedades sin literatura, es como navegar un mar inexplorado, mientras que estudiar sin pacientes, es como no navegar en lo absoluto" (Sewa y Anantham, 2017, p.1).

Existen numerosas estrategias de enseñanza en medicina, sin embargo, el presente estudio se enfocará en el modelo de educación médica "Bedside Teaching" y al análisis y descripción de las dimensiones de aceptabilidad y confort del mismo. Este modelo de educación médica, se puede definir como "una estrategia, en la que un equipo de médicos y estudiantes de medicina, analizan al paciente en base a su historial clínico, al mismo tiempo que realizan el examen físico pertinente; además de discutir el diagnóstico y manejo cerca de la cama y en presencia del mismo" (Gonzalo, Heist, Briar y colaboradores, 2013, p.327). De esta definición destacan los cimientos fundamentales del BST¹, que son: educar al estudiante en un ambiente teórico-práctico que permita un adecuado desarrollo de destrezas, y asegurar el bienestar del paciente mediante una atención focalizada en base a cada patología.

El BST, se ha considerado una de las principales modalidades de enseñanza en medicina a lo largo de los años, llegando a formar parte del "75% de todas las estrategias de educación" (Peters y ten Cate, 2014, p. 77).

Según el artículo de Gonzalo, Heist, Briar y colaboradores, publicado en el año 2013, surgieron seis características esenciales que apoyan a este tipo de enseñanza: el desarrollo de destrezas clínicas y prácticas, observación en tiempo real del acercamiento al paciente y la valoración del mismo por medio del examen físico, apreciación de buenas prácticas médicas y modelos a seguir, trabajo en equipo, notable mejoría en cuanto al cuidado del paciente y, sobre todo, concientizar al estudiante sobre el "cuidado centrado en el paciente" (p. 330).

¹ "Bedside Teaching"

Peters y ten Cate, afirman que, el hecho de tener un apropiado modelo a seguir, es la clave para la construcción de conocimientos y de esta forma, llegar a diagnósticos acertados en el 73% de casos (p. 78). “La participación activa de los estudiantes en el cuidado de los pacientes, parece jugar un rol crucial en la adquisición de competencias profesionales e interpersonales” (Scheffer, Tauschel, Neumann y colaboradores 2013, p. 1).

Evidentemente, el interés docente no es el único fin que tiene el BST. Existen también numerosas ventajas que nos proporciona esta cercanía entre el personal médico y el paciente, en beneficio del mismo. De hecho, el componente cardinal del enfoque individualizado, está determinado por las características que se presentan en favor del paciente, al ser un participante activo en el proceso docente y basándose en el aprendizaje de su enfermedad o condición (Elsey, Monrouxe y Grant, 2015, p. 12). Por lo tanto, al aprender acerca del mal que le acontece, el paciente puede llegar a entender el porqué de su tratamiento (Maclean y Ramos, 2010, p. 535).

“La apreciación de los pacientes para verse involucrados en programas de docencia médica, depende de varios factores, entre ellos, el valor de ser parte del entrenamiento de futuros profesionales” (Tan, Jaffar, Tohit y colaboradores, 2017, p.187). Según Coleman y Murray, “los pacientes disfrutan de ser parte de los programas docentes, ya que además de sentir que el servicio proporcionado durante su hospitalización fue de mejor calidad, expresan una adecuada comunicación con los estudiantes, debido a su capacidad de comprensión y empatía” (Scheffer, Tauschel, Neumann y colaboradores 2013, p. 7).

A pesar del consentimiento del paciente, al aceptar formar parte de una institución docente, existe la hipótesis de que, durante la estancia hospitalaria, se crea un ambiente en el que los pacientes se ven obligados a aceptar procedimientos realizados por estudiantes. Peters y ten Cate, se plantearon demostrar dicha hipótesis, tomando como referencia el estudio realizado por Simons *et al*, en el que se realizaron mediciones periódicas de presión arterial y niveles de norepinefrina plasmática durante las sesiones de enseñanza cerca de la cama. Se evidenció que, los valores, tanto de presión arterial, como de norepinefrina, fueron normales. Por lo tanto, se concluyó que, el BST no se considera como un factor de "estrés" en pacientes hospitalizados (p. 85, 86).

Otro estudio, evaluó la experiencia que tuvieron los padres de niños hospitalizados frente al BST. La gran mayoría, reportó sentirse cómodo frente a estudiantes de medicina, y hasta afirmaron creer que, los residentes demostraban mayor nivel de competencias durante la enseñanza cerca del paciente, que durante clases dictadas en aulas de forma magistral (p. 86).

A pesar de tener el respaldo de dichos estudios, las vivencias de los pacientes y sus características demográficas, pueden ser el punto de partida para discutir acerca del medio en el que se desenvuelven. "Los pacientes no están obligados a participar en los programas de educación médica y su participación, pertenece a un acto de altruismo" (Sewa y Anantham, 2017, p.1).

Determinados factores influyen, tanto en la aceptación, como en la negación de los pacientes frente a la presencia de estudiantes de medicina. Uno de ellos, es el grado de cercanía que existe entre los mismos. En palabras de Marwan, Al-Saddique, Hassan y

colaboradores (2012), "la aceptabilidad de los pacientes a estudiantes de medicina, se ve afectada por la naturaleza de la interacción entre ellos" (p.5), es decir, mientras más invasivo es el acercamiento o procedimiento realizado por el estudiante, menor es la voluntad del paciente para aceptar la realización del mismo (Jubain, Alobaidi, Bholah y colaboradores, 2012, p. e125).

En cuanto a características demográficas, las variables de grupo étnico y sexo del paciente, han sido las más decisivas para aceptar la presencia de estudiantes. En la investigación realizada por Rahman, Choudhury, Moosa y colaboradores en el 2006, se elaboró una encuesta a pacientes en diversas clínicas y hospitales de Londres, Reino Unido. Se demostró que pacientes correspondientes a minorías étnicas, presentaban una probabilidad de dos a tres veces mayor, de no aceptar la presencia de estudiantes de medicina. Además, se evidenció que el 40% de pacientes que se auto identificaban como blancos, aceptaban la presencia de estudiantes en comparación con otros grupos étnicos, cuya aceptación a estudiantes, únicamente fue del 24% (p. e202).

No solo se han reportado estudios de aceptación frente al modelo de educación BST. La investigación realizada por Ryder, Ivens y Sabin en el 2015, evaluó cuales fueron las razones de discomfort de los pacientes. Se proporcionó cuestionarios a los pacientes que acudían al Royal Free Hospital de Londres, Reino Unido. El 25.2% de ellos, sintió incomodidad debido a la falta de privacidad, 22.9% expresó que la atención brindada no era de calidad, 17.8% sintió preocupación por ser examinados únicamente por el estudiante de medicina y por la falta de control sobre las intervenciones de los mismos y 5.6% expresó malestar debido al tiempo prolongado de contacto con el estudiante durante la realización de

su historia clínica. En particular, las pacientes de sexo femenino, eran más susceptibles a sentir disconfort con un estudiante de sexo masculino (p. 438).

Claramente, se establece una discrepancia entre el interés docente y el interés humanitario. Dicha contradicción también radica en la apreciación de los pacientes al ser considerados como "instrumentos de estudio", siendo el principal problema ético que condiciona la práctica del BST.

Los principales aspectos de análisis ético de este modelo de enseñanza médica, tienen que ver con el profesionalismo que debe ser adquirido por el estudiante para el trato humanitario y el respeto por los derechos del paciente. La problemática en la que se desarrolla este tema, consiste en la dificultad que se presenta al tratar de "enseñar el humanismo". Por lo tanto, si se califica al profesionalismo como un conjunto de atributos y comportamientos, se puede elaborar con mayor facilidad, métodos de enseñanza humanitarios, que respeten los derechos del paciente (Birden, Glass, Wilson y colaboradores, 2013, p. 1253). Según Sewa y Anantham (2017), se debe cumplir ciertos requerimientos éticos a fin de justificar la "utilización de sujetos como herramientas de estudio": valor clínico, social y docente, validez en la enseñanza, selección correcta de pacientes para aprender en base a su condición, supervisión de procedimientos prácticos por parte de médicos con experticia a estudiantes y evaluación de riesgo-beneficio, seguimiento de valores éticos proporcionados en las escuelas de medicina, revisión del consentimiento informado y respeto hacia los pacientes en su totalidad (p. 3).

Una vez analizada la situación actual del BST, se puede y se debe instaurar soluciones, con el fin de mejorar la educación de los estudiantes para llegar a un único propósito: mejorar la atención a pacientes hospitalizados, respetando sus derechos y crear un ambiente de empatía. Durante las rondas, el docente debe tener la capacidad de emplear técnicas apropiadas para mejorar la comunicación entre los tres miembros de la sesión (estudiante, paciente y profesor). De esta manera, mejorar el ambiente de enseñanza, en términos de manejar la parte docente y humanitaria de una forma íntegra y neutral (AlMutar, AlTourah, Sadeq y colaboradores, 2013, p.192).

Capítulo 2

Justificación

La razón de este proyecto de investigación, radica en la importancia de entender los factores que crean discrepancia, entre lo que realmente es el modelo de educación médica BST y lo que se pone en práctica, mediante los testimonios de pacientes que fueron parte del programa docente del Hospital Enrique Garcés. De esta forma, comparar los niveles de aceptación y confort entre el sector público (Hospital Enrique Garcés) y privado (Hospital Vozandes Quito), ya que, debido a las características del servicio público, se esperaría una mayor aceptabilidad al modelo.

Se pretende también, establecer de qué forma se podría mejorar dicho prototipo de educación, para conciliar los intereses de la educación médica con los derechos de los pacientes.

Problema de investigación

- Teniendo en cuenta las ventajas que el BST ofrece para los planificadores de docencia médica, ¿se presentará el mismo nivel de aceptación por parte de los pacientes?
- ¿Se está respetando los dos fundamentos de este modelo de educación o, se está tomando al paciente como una "herramienta de estudio", sin respetar sus derechos?
- El modelo de educación médica, ¿está siendo aplicado de manera que no existan diferencias en cuanto a sus derechos entre hospitales públicos y privados?

Objetivos

Objetivo general.

Describir y comparar los niveles de aceptación y confort de los pacientes hospitalizados, frente al modelo de educación médica BST, entre el sector público (Hospital Enrique Garcés) y privado (Hospital Vozandes Quito) de la salud.

Objetivos específicos.

Describir y comparar la apreciación de los pacientes del Hospital Enrique Garcés, en términos de aceptación y confort respecto a:

- El modelo de educación médica BST.
- Acceso a su historia clínica completa.
- Difusión de la información clínica y personal registrada en la historia clínica.
- Realización de procedimientos mínimos por parte de los estudiantes de medicina de sexto año (internos rotativos).
- Respeto a sus derechos en cuanto a recibir suficiente información o decidir libremente el manejo y tratamiento de su condición.
- Respeto a su privacidad y pudor.

Hipótesis

El modelo de educación médica BST, pone en manifiesto los excelentes resultados en cuanto a docencia, pero existe una discrepancia entre los intereses docentes de los

planificadores de educación médica universitaria y los derechos de los pacientes que participan y son parte de este modelo de enseñanza.

Capítulo 3

Metodología

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio mixto, descriptivo y con propósito comparativo, en un grupo de pacientes seleccionados de forma aleatoria en el área de medicina interna y especialidades quirúrgicas del Hospital Enrique Garcés, tomando como referencia los datos de la investigación realizada en el Hospital Vozandes Quito en el año 2016.

Operacionalización de las variables.

Tabla 1: Variables de identificación.

| Variable | Tipo | Definición | Indicador | Escala utilizada |
|-------------|--------------|---|---------------------|--------------------|
| Edad | Cuantitativa | Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la fecha. | Media | Menores de 28 años |
| | Categorica | | Moda | Mayores de 28 años |
| | | | Desviación estándar | |
| Sexo | Cualitativa | Características biológicas y fisiológicas que definen y diferencian a los individuos entre hombres y mujeres. | Porcentaje | Hombre |
| | Categorica | | | Mujer |

| | | | | |
|---|---------------------------|--|------------|---|
| Religión | Cualitativa Categoría | Conjunto de creencias religiosas y normas de comportamiento propias de un determinado grupo. | Porcentaje | Católica Otras |
| Grupo étnico | Cualitativa Categoría | Grupos humanos cuyos caracteres diferenciales se perpetúan por herencia. | Porcentaje | Indígena Mestizo Afro ecuatoriano Blanco Montubio |
| Instrucción | Cualitativa Categoría | Nivel de educación de una persona. | Porcentaje | Ninguna Primaria Secundaria Superior |
| Estado civil | Cualitativa Categoría | Situación de una persona, determinada por sus relaciones de familia. | Porcentaje | Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo |
| Información sobre la causa actual de hospitalización | Cualitativa Categoría | Razón por la cual el paciente se encuentra hospitalizado. | Porcentaje | Clínico Quirúrgico |
| Hospital como lugar docente | Cualitativa Dicotómica | Conocimiento por parte del paciente de estar hospitalizado en un | Porcentaje | Si No |

| | | | | |
|--|--|-------------------|--|--|
| | | hospital docente. | | |
|--|--|-------------------|--|--|

Tabla 2: Variables de aceptación.

| Variable | Tipo | Definición | Indicador | Escala utilizada |
|---|---------------------------|---|------------------|--------------------------------|
| Aceptación al modelo “Bedside Teaching” | Cualitativa Categoría | Aceptación del paciente a ser estudiado y ser tomado como ‘herramienta de estudio’. | Porcentaje | Si No |
| Sexo del estudiante (interno rotativo de medicina) que participa en el modelo | Cualitativa Categoría | Preferencia del paciente por el sexo del estudiante. | Porcentaje | Hombre Mujer Indiferente |
| Acceso del estudiante (interno rotativo de medicina) a la información de la historia clínica | Cualitativa Dicotómica | Aceptación del paciente a que el estudiante acceda a la información de su historia clínica. | Porcentaje | Si No |
| Realización del examen físico por parte del estudiante (interno rotativo de medicina) | Cualitativa Dicotómica | Aceptación a que el estudiante realice el examen físico. | Porcentaje | Si No |
| Presencia del | Cualitativa | Aceptación a que el | Porcentaje | Si |

| | | | | |
|---|---------------------------|--|-------------------------|----------|
| estudiante (interno rotativo de medicina) durante explicación diagnóstica | Dicotómica | estudiante esté presente durante la explicación diagnóstica. | | No |
| Toma de muestras sanguíneas por parte del estudiante (interno rotativo de medicina) | Cualitativa Dicotómica | Aceptación a que el estudiante realice el procedimiento de toma de muestra. | Porcentaje | Si No |
| Procedimientos de curaciones que sean realizados por parte del estudiante (interno rotativo de medicina) | Cualitativa Dicotómica | Aceptación del paciente a que el estudiante realice el procedimiento de curación. | Porcentaje | Si No |
| Colocación de sonda vesical realizada por parte del estudiante (interno rotativo de medicina) | Cualitativa Dicotómica | Aceptación del paciente a que el estudiante realice el procedimiento de colocación de sonda vesical. | Porcentaje Tendencia | Si No |
| Presencia del estudiante en sala de operaciones | Cualitativa Dicotómica | Consentimiento voluntario del paciente a que el estudiante esté | Porcentaje | Si No |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| (participación activa/pasiva por parte del interno rotativo de medicina) | | presente en sala de operaciones y realice o no, procedimientos mínimos con autorización previa del médico tratante. | | |
|---|--|---|--|--|

Tabla 3: Variables de confort.

| Variable | Tipo | Definición | Indicador | Escala utilizada |
|---|--------------------------|--|------------------|-------------------------|
| Confort del modelo “Bedside Teaching” | Cualitativa Categoría | Confort del paciente a ser estudiado y ser tomado como “herramienta de estudio”. | Porcentaje | Si No |
| Sexo del estudiante (interno rotativo de medicina) que participa en el modelo | Cualitativa Categoría | Confort del paciente frente al sexo del estudiante. | Porcentaje | Hombre Mujer |
| Acceso del estudiante (interno rotativo de medicina) a la información de la historia clínica | Cualitativa Categoría | Confort del paciente en compartir su información personal. | Porcentaje | Si No |
| Realización del | Cualitativa | Confort del paciente a | Porcentaje | Si |

| | | | | |
|---|---------------------------|---|------------|----------|
| examen físico por parte del estudiante (interno rotativo de medicina) | Catagórica | que el estudiante realice el examen físico. | | No |
| Presencia del estudiante (interno rotativo de medicina) en la explicación diagnóstica | Cualitativa Catagórica | Confort del paciente a que el estudiante esté en el diagnóstico. | Porcentaje | Si No |
| Toma de muestras sanguíneas por parte del estudiante (interno rotativo de medicina) | Cualitativa Catagórica | Confort del paciente a que el estudiante realice el procedimiento de toma de muestra. | Porcentaje | Si No |
| Procedimientos de curaciones que sean realizados por parte del estudiante (interno rotativo de medicina) | Cualitativa Catagórica | Confort del paciente a que el estudiante realice el procedimiento de curación. | Porcentaje | Si No |
| Colocación de | Cualitativa | Confort del paciente a | Porcentaje | Si |

| | | | | |
|---|---------------------------|--|------------|----------|
| sonda vesical realizada por parte del estudiante (interno rotativo de medicina) | Categórica | que el estudiante realice el procedimiento de colocación de sonda vesical. | | No |
| Presencia del estudiante en sala de operaciones (activa/pasiva por parte del interno rotativo de medicina) | Cualitativa Categórica | Confort del paciente a que el estudiante esté en sala de operaciones. | Porcentaje | Si No |

Tabla 1: Operacionalización de variables, fuente: “Aceptación y confort de los pacientes hospitalizados, frente al modelo de educación médica “Bedside Teaching”, Hospital Vozandes Quito, agosto de 2016”, autor: Juan Carlos Pacheco, año 2016.

Tamaño de la muestra.

Se utilizó la aplicación “Epi Info” para el cálculo de tamaño de la muestra, la misma que empleó la siguiente fórmula:

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

Población o universo (N): desconocida.

Límites de confianza (Z): 95%, equivalente a la constante 1,96.

Prevalencia o probabilidad a favor (p): 70% o 0,70.

Probabilidad en contra (q): 30% o 0,30.

Error de muestreo (e): 10% o 0,1.

Muestra (n): 81 pacientes.

Selección de pacientes por especialidades:

- Medicina interna: 41
- Cirugía general: 24
- Urología: 8
- Ginecología: 8

Procedimiento de selección de informantes.

Los criterios de inclusión para los pacientes que fueron escogidos de forma aleatoria, fueron los siguientes:

- Pacientes del Hospital Enrique Garcés en el área de medicina interna y especialidades quirúrgicas tales como: cirugía general abdominal, cirugía urológica y cirugía ginecológica.
- Hospitalización por más de un día.
- Hombres y mujeres con edades comprendidas entre 18 y 75 años.
- Pacientes que expresaron su consentimiento informado para participar en el presente estudio.

Dichos pacientes fueron escogidos por medio de una elección aleatoria, a partir del cárdex de enfermería de cada servicio. Este procedimiento, fue realizado por parte de una persona ajena al estudio (enfermeras, doctores o internos) con el fin de mantener la objetividad del mismo.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Pacientes que no hablen español.
- Pacientes con discapacidad (física, sensorial, psíquica o intelectual) que dificulta su comunicación tanto verbal como escrita.
- Pacientes con menos de un día de hospitalización o que son sometidos a procedimientos ambulatorios.
- Pacientes menores de 18 años o mayores de 75 años.
- Pacientes que no expresaron su consentimiento informado para recopilar la información pertinente.

Procedimientos de recolección de información.

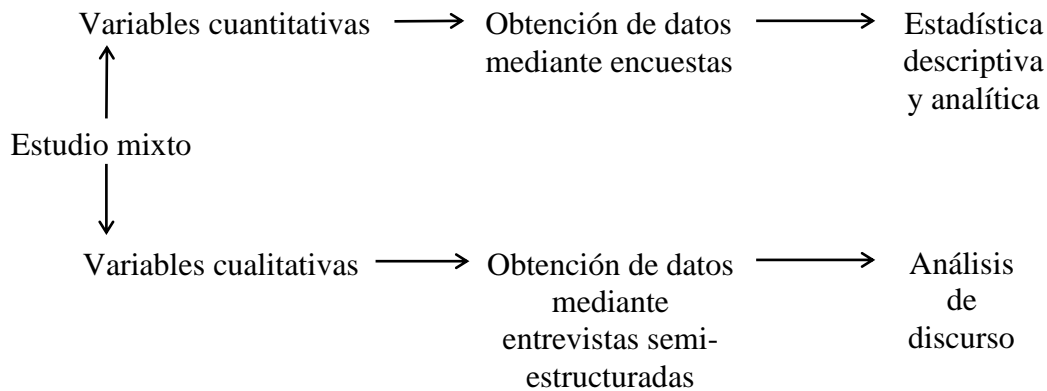
- Encuestas, para obtener datos cuantitativos (ANEXO 2).
- Entrevistas semi-estructuradas, para obtener datos cualitativos (ANEXO 3).

Procedimientos de diagnóstico e intervención.

No se realizaron en este estudio.

Plan de análisis de datos.

Debido a que se trata de un estudio mixto, se analizó los datos de la siguiente manera:



Aspectos bioéticos.

Se realizó el siguiente procedimiento para la obtención del consentimiento informado y acercamiento al paciente para la recolección de datos:

1. Selección de pacientes de forma aleatoria en el servicio mencionado.
2. Presentación pertinente de los investigadores.
3. Relato breve del estudio, de forma en que los participantes sean conscientes de su intervención y colaboración.
4. Dar a conocer los lineamientos del consentimiento informado (ANEXO 1).

Las condiciones en las que se obtuvo el consentimiento informado por parte de los pacientes, fue acogido por las pautas de la buena práctica clínica de la OMS (1993).

El procedimiento fue el siguiente: Se informó a los pacientes el propósito de nuestro estudio, con un lenguaje comprensible, de forma oral y escrita. Se explicó a los mismos que, su participación no es obligatoria, y que están en el derecho de abandonar la investigación en cualquier momento. Para tomar esta decisión, les dimos la oportunidad de discutir con sus familiares, además del tiempo pertinente para su aceptación o negación. Se les dio a conocer a los pacientes, que su aceptación para formar parte de este estudio, nos permite a los investigadores, tener acceso a la

información de su historia clínica. Sin embargo, dicha información no será utilizada para fines públicos. De igual forma, solo se utilizó las iniciales de sus nombres y apellidos para que consten en el consentimiento informado, con el fin de mantener su privacidad. Además, se informó que su aceptación, así como está sujeta a los mismos beneficios del propósito del estudio, puede estar sujeta a incomodidades y molestias debido a la intromisión a su información personal. Es importante recalcar que, el consentimiento informado fue firmado por el paciente que decidió participar, al igual que su familiar como testigo. Así, tuvimos la garantía de que tanto el paciente, como su familiar, están conscientes de nuestra intención como investigadores.

5. Aplicar los métodos de recolección de información antes mencionados.

Limitaciones y sesgos.

La principal limitación que se encontró, fue la falta de privacidad existente durante la estancia hospitalaria. Debido a que la entrevista a pacientes seleccionados, se realizó en habitaciones compartidas, los pacientes no tuvieron la oportunidad de expresarse objetivamente, sea por la presencia de otros pacientes, personal de enfermería, internos o médicos. Por esta razón, se debe considerar que las opiniones, vivencias y experiencias de los pacientes, pueden ser malinterpretadas y por ende, están sujetas a sesgo.

Capítulo 4

Resultados cuantitativos

Análisis univariado.

Tabla 4: Comparación entre variables de identificación entre Hospital Enrique Garcés vs. Hospital Vozandes Quito.

| Variable | Hospital Enrique Garcés | | Hospital Vozandes Quito | |
|---------------------|-------------------------|------------|-------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Edad | | | | |
| < 28 años | 48 | 59.26% | 25 | 30.86% |
| > 28 años | 33 | 40.74% | 56 | 69.14% |
| Sexo | | | | |
| Hombres | 25 | 30.86% | 38 | 46.61% |
| Mujeres | 56 | 69.14% | 43 | 53.09% |
| Religión | | | | |
| Católica | 74 | 91.36% | 60 | 74.07% |
| Otros | 7 | 8.64% | 21 | 25.93% |
| Grupo étnico | | | | |
| Blancos | 4 | 4.94% | 0 | 0% |
| Mestizos | 65 | 80.25% | 81 | 100.00% |
| Indígenas | 7 | 8.64% | 0 | 0% |
| Afro ecuatorianos | 2 | 2.47% | 0 | 0% |
| Montubios | 3 | 3.70% | 0 | 0% |

| Nivel de instrucción | | | | |
|---|----|--------|----|--------|
| Ninguna | 3 | 3.70% | 0 | 0% |
| Primaria | 38 | 46.91% | 8 | 4.36% |
| Secundaria | 26 | 32.11% | 23 | 28.40% |
| Superior | 14 | 17.28% | 50 | 61.73% |
| Estado civil | | | | |
| Soltero | 27 | 33.33% | 28 | 34.57% |
| Casado | 36 | 44.44% | 36 | 44.44% |
| Divorciado | 5 | 6.17% | 9 | 11% |
| Unión libre | 8 | 9.89% | 4 | 4.94% |
| Viudo | 5 | 6.17% | 4 | 4.94% |
| Característica de hospitalización | | | | |
| Medicina interna | 41 | 50.62% | 42 | 51.85% |
| Cirugía general | 24 | 29.62% | 24 | 26.63% |
| Cirugía urológica | 8 | 9.88% | 8 | 9.88% |
| Cirugía ginecológica | 8 | 9.88% | 7 | 8.64% |
| Conocimiento de ser hospital docente | | | | |
| Si | 59 | 72.84% | 45 | 55.56% |
| No | 22 | 27.16% | 36 | 44.44% |
| Aceptación frente al BST | | | | |
| Si | 70 | 86.42% | 57 | 70.37% |
| No | 11 | 13.58% | 24 | 29.63% |
| Confort frente al BST | | | | |
| Si | 68 | 83.95% | 54 | 66.67% |

| | | | | |
|----|----|--------|----|--------|
| No | 13 | 16.05% | 27 | 33.33% |
|----|----|--------|----|--------|

Análisis bivariado.

Tabla 5: Niveles comparativos respecto de la aceptación entre Hospital Enrique Garcés vs. Hospital Vozandes Quito.

| Variable con asociación estadística | Hospital Enrique Garcés | | | Hospital Vozandes Quito | | |
|--|-------------------------|-----------------|--------|-------------------------|-------------|------|
| | OR | IC 95% | P | OR | IC 95% | P |
| Edad > 28 años vs. < 28 años < 28 años | 20.43 | 2.46% a 169.45% | < 0.01 | - | - | - |
| Edad > 28 años vs. < 28 años > 28 años | - | - | - | 0.66 | 0.22 – 1.96 | 0.22 |
| Sexo masculino vs. femenino Sexo femenino | 0.75 | 0.2% a 2.84% | 0.67 | - | - | - |
| Sexo masculino vs. femenino Sexo masculino | - | - | - | 1.35 | 0.51 – 3.54 | 0.27 |
| Religión católica vs. otras religiones Religión católica | 28.30 | 4.5% a 178.42% | 0 | - | - | - |
| Religión católica vs. otras religiones Otras religiones | - | - | - | 0.47 | 0.13 – 1.58 | 0.11 |
| Mestizos vs. otros grupos étnicos Mestizos | 1.64 | 0.38% a 7.06% | 0.5 | - | - | - |
| Nivel de instrucción Instrucción por debajo del | Infinito | Infinito | 0.11 | 0.3 | 0.11 – 0.81 | 0.01 |

| | | | | | | |
|--|------|---------------|------|------|--------------|------|
| superior (primaria, secundaria o ningún tipo de educación) | | | | | | |
| Estado civil | | | | | | |
| Estado civil diferente de casados (solteros, divorciados, unión libre o viudos) | 1.47 | 0.40% a 5.49% | 0.56 | - | - | - |
| Estado civil | | | | | | |
| Casados | - | - | - | 1.57 | 0.61 – 4.06 | 0.17 |
| Medicina interna vs. cirugía general | | | | | | |
| Medicina interna y cirugía general² | 0.83 | 0.23% a 2.99% | 0.78 | - | - | - |
| Medicina interna vs. cirugía general | | | | | | |
| Medicina interna | - | - | - | 2.28 | 0.77 – 6.71 | 0.07 |
| Ginecología vs. urología | | | | | | |
| Ginecología y urología³ | - | - | - | - | - | - |
| Ginecología vs. urología | | | | | | |
| Ginecología | - | - | - | 5.25 | 0.39 – 68.94 | 0.12 |
| Medicina interna vs. ginecología-urología | | | | | | |
| Medicina interna | 0 | 0 | 0.11 | 1.16 | 0.3 – 4.47 | 0.40 |

² Tanto en pacientes de medicina interna como de especialidades quirúrgicas, se evidencia el mismo nivel de aceptación frente al BST. Por lo tanto, los valores estadísticos no son aplicables para el propósito comparativo.

³ Tanto en pacientes ginecológicas, como en pacientes urológicos, el nivel de aceptación frente al BST fue favorable en el 100%. Por lo tanto, no se estimó el valor de P ya que los valores no son comparables.

| | | | | | | |
|---|------|---------------|------|-----|--------------|--------|
| Cirugía general vs. ginecología- urología | 0 | 0 | 0.05 | - | - | - |
| Cirugía general | | | | | | |
| Cirugía general vs. ginecología- urología | - | - | - | 0.5 | 0.12 – 2.07 | 0.18 |
| Ginecología y urología | | | | | | |
| Conocimiento de ser hospital docente | 1.65 | 0.43% a 6.31% | 0.46 | 6.5 | 2.20 – 19.13 | 0.0002 |

Tabla 6: Niveles comparativos respecto del confort entre Hospital Enrique

Garcés vs. Hospital Vozandes Quito.

| Variable con asociación estadística | Hospital Enrique Garcés | | | Hospital Vozandes Quito | | |
|--|-------------------------|----------------|------|-------------------------|-------------|------|
| | OR | IC 95% | P | OR | IC 95% | P |
| Edad > 28 años vs. < 28 años < 28 años | 0.89 | 0.26% a 3.02% | 0.86 | 0.7 | 0.24 – 1.96 | 0.25 |
| Sexo masculino vs. femenino Sexo femenino | 0.67 | 0.19% a 2.28% | 0.52 | 0.37 | 0.11 – 1.26 | 0.05 |
| Religión católica vs. otras religiones Religión católica | 9.63 | 1.85% a 50.21% | 0.02 | - | - | - |
| Religión católica vs. otras religiones Otras religiones | - | - | - | 0.37 | 0.11 – 1.26 | 0.05 |
| Mestizos vs. otros grupos étnicos Mestizos | 1.64 | 0.38% a 7.06% | 0.5 | - | - | - |
| Nivel de instrucción | Infinito | Infinito | 0.11 | - | - | - |

| | | | | | | |
|--|----------|----------------|--------|------|-------------|-------|
| Instrucción por debajo del superior (primaria, secundaria o ningún tipo de educación) | | | | | | |
| Nivel de instrucción | - | - | - | 2.96 | 1.13 – 7.73 | 0.01 |
| Instrucción superior | | | | | | |
| Estado civil | | | | | | |
| Estado civil diferente de casados (solteros, divorciados, unión libre o viudos) | 1.47 | 0.40% a 5.49% | 0.56 | - | - | - |
| Estado civil | | | | | | |
| Casados | - | - | - | 1.57 | 0.61 – 4.06 | 0.17 |
| Medicina interna vs. cirugía general | | | | | | |
| Medicina interna | 4.22 | 1.06% a 16.72% | < 0.03 | 2.95 | 1.03 – 8.40 | 0.02 |
| Ginecología vs. urología | | | | | | |
| Ginecología | Infinito | Infinito | 0.06 | - | - | - |
| Medicina interna vs. ginecología-urología | | | | | | |
| Medicina interna | 2.92 | 0.52% a 16.32% | 0.2 | - | - | - |
| Medicina interna vs. ginecología-urología | | | | | | |
| Ginecología y urología | - | - | - | 0.38 | 0.07 – 1.96 | 0.13 |
| Cirugía general vs. ginecología-urología | | | | | | |
| Cirugía general | 0.56 | 0.12% a 2.60% | 0.46 | - | - | - |
| Cirugía general vs. ginecología-urología | | | | | | |
| | - | - | - | 0.13 | 0.02 – 0.70 | 0.006 |

urología

Ginecología-urología

Conocimiento de ser hospital

docente

0.43 0.09% a 2.15% 0.3 3.13 1.19 – 8.19 0.01

Resultados cualitativos

Tabla 7: Testimonios de pacientes entrevistados en el Hospital Enrique

Garcés.

| Servicio | Testimonio |
|-------------------------|--|
| Medicina interna | P1: "Ser parte de la enseñanza de los estudiantes es muy gratificante". |
| | P2: "Estoy cómoda con la presencia de estudiantes porque me siento más cuidada". |
| | P4: "Los estudiantes tienen mejor comunicación con nosotros, que los médicos". |
| | P5: "Los estudiantes deben tener prácticas hospitalarias para aprender". |
| | P6: "La presencia de una gran cantidad de estudiantes me incomoda". |
| Cirugía general | P7: "Nosotros, en calidad de pacientes, aprendemos de nuestra condición, gracias a los estudiantes". |
| | P8: "Los estudiantes transmiten alegría y eso nos ayuda a |

sentirnos mejor”.

P9: “No tengo inconveniente en que los estudiantes estén presentes en mi procedimiento, pero sin intervenir”.

Cirugía ginecológica

P10: “Tengo recelo de que estudiantes masculinos estén presentes en mi procedimiento”.

P11: “No siento que tengo privacidad en un hospital docente”.

Cirugía urológica

P12: “Siento mucho dolor y molestia cuando un estudiante realiza el cambio de sonda”.

P13: “Siento desconfianza cuando un estudiante me visita y no es supervisado por un médico”.

Capítulo 5

Discusión

Los datos del presente estudio, muestran las diferentes apreciaciones de los pacientes frente al BST.

El nivel de aceptación en el Hospital Enrique Garcés, fue estadísticamente significativo en variables como edad y característica de hospitalización (área de hospitalización); mientras que en el Hospital Vozandes, la aceptación fue significativa con respecto al nivel de instrucción y el conocimiento de ser un hospital docente. En términos generales, se observó que la aceptación fue favorable en dichos hospitales, al igual que el confort frente a la presencia de estudiantes.

En el hospital público, el nivel de confort fue significativo en cuanto a la religión de los pacientes y a la característica de hospitalización. Mientras que, en el hospital privado, se observó mayor número de variables con significancia estadística; además de la religión y la característica de hospitalización, también se evidenció una correlación positiva en cuanto al sexo del paciente, nivel de instrucción y conocimiento de ser un hospital docente.

Siendo la característica de hospitalización, una variable que destaca en términos de aceptación y confort, podemos comparar dichos resultados con los del estudio de Vaughn, Rickborn y Davis, 2015. Estos investigadores reportaron que, en el servicio de cirugía colorrectal, el nivel de aceptación de los pacientes fue notablemente bajo con relación a otros servicios. Únicamente, el 25% de los pacientes, aceptó la elaboración de la historia clínica por parte de los estudiantes; sin embargo, este porcentaje aumentó al 69% si se encontraba un médico tratante guiando dicho proceso. Lo mismo ocurrió con la realización del examen físico por parte de estudiantes, el 23% lo acepta, pero el 62% accede si un médico tratante se encuentra en la sala de examinación (p. 250). Así mismo, Passaperuma, Higgins,

Power y colaboradores, 2008, demuestra que, los pacientes se sienten más cómodos con la observación y participación "pasiva" de los estudiantes; sin embargo, sus niveles de confort disminuyen notablemente cuando deben aceptar la realización de procedimientos menores por parte de los mismos (p. 53).

El conocimiento de ser un hospital docente, es una variable fundamental para obtener niveles favorables de aceptación y confort frente al BST. Tanto en el Hospital Enrique Garcés, como en el Hospital Vozandes, se evidenció que, los pacientes conocían acerca del carácter docente de los mismos, siendo un factor decisivo para el apoyo y acogida de este modelo. Resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado en Suecia, en Lund University en el 2008, por Hafflin y Håkansson. Se observó que, el 46% de los pacientes, tenían conocimiento acerca de la docencia que se realizaba durante su estancia hospitalaria. Además, se reporta que el 95% de ellos, pensó que "el entrenamiento de los estudiantes de medicina en un hospital docente era excelente para su formación" (p. 624).

Los testimonios de pacientes entrevistados del Hospital Enrique Garcés, demostraron que existen, tanto percepciones positivas, como negativas, frente a la presencia de estudiantes de medicina. Por medio de la característica de hospitalización, se pudo evidenciar que, los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna, tienen mayor nivel de aceptación que los pacientes ingresados en servicios quirúrgicos. Mediante el análisis de discurso, pudimos entender que, los pacientes se sienten más seguros al ser atendidos de una forma pasiva por estudiantes, debido a que el acercamiento de los mismos es limitado. Así mismo, los pacientes sienten gran nivel de desconfianza cuando son atendidos por estudiantes sin supervisión, motivo por el cual, se genera un ambiente de disgusto en el que el paciente se siente molesto por el tipo de acercamiento que el estudiante mantiene. Dicho acercamiento,

también radica en la percepción de los pacientes a sentirse incómodos con la presencia de estudiantes del sexo opuesto, como es el caso de pacientes ginecológicas. Es evidente que, debido a la exposición y naturaleza de atención que se debe brindar en dicho servicio, las pacientes son más susceptibles a sentir "vergüenza" en el momento de la examinación. Dicho factor, va de la mano, con la falta de privacidad que las pacientes pueden llegar a sentir debido a la cantidad de estudiantes que estén presentes en su procedimiento examinación. A pesar de aceptar la presencia de estudiantes, existe una predisposición a no sentirse cómodas. La investigación realizada en Chile en el año 2006 por Beca, Browne, Valdebenito y colaboradores, concluyó que, tanto en hospitales públicos, como privados, los pacientes aceptan la presencia e intervención de estudiantes; sin embargo, en los hospitales públicos, los pacientes denotaron tener mejor disposición para su educación, sin importar el sexo de los mismos, expresando que la educación debe ser igualitaria y equitativa, asumiendo una responsabilidad social frente a los mismos. Por otro lado, los pacientes de los hospitales públicos, dejaron en claro que no tenían inconveniente en contar con la presencia de estudiantes, pero se sentirían mejor si la cantidad de ellos se limita a uno y que se dediquen a realizar únicamente la historia clínica, el examen físico y procedimientos menores (p. 958). La mayoría de pacientes del Hospital Enrique Garcés, expresa que, una buena forma de aprender, es la práctica, de manera que los estudiantes no solo aprendan destrezas clínicas-quirúrgicas, sino también un adecuado acercamiento con el paciente. El aprendizaje del paciente también es fundamental para apoyar el BST, muchos de ellos, denotan un mejor manejo de sus enfermedades crónicas una vez que son instruidos acerca de su condición. La interacción que se mantiene entre estudiantes y pacientes genera una sensación de empatía que transmite confianza y facilita la comunicación entre ellos. Así, los pacientes sienten un mayor nivel de preocupación por parte de los estudiantes, lo que produce satisfacción al ser parte de programas docentes. Las experiencias de los pacientes del Hospital Enrique Garcés,

pueden ser comparadas con el estudio de Vaughn, Rickborn y Davis (2015), en el que concluyen que, el 39% de los pacientes aceptan la presencia de estudiantes, pero 91% de ellos, acceden a que la realización de su historia clínica sea por parte de los mismos (p.252). En palabras de Park, Jones, Chana y colaboradores, 2017, "los pacientes expresan entusiasmo por formar parte del proceso docente y son conscientes de la ayuda que proporcionan a los estudiantes en su formación profesional (p. e262).

Claramente, el nivel de aceptación no es directamente proporcional al nivel de confort que los pacientes expresan frente al modelo de educación BST, sin embargo, es un método bien aceptado que se ha mantenido gracias a la favorable acogida y voluntad de los pacientes para ser parte de la formación de futuros médicos.

Capítulo 6

Conclusiones

De acuerdo a los resultados del presente estudio, el modelo de educación BST es más aceptado en el Hospital Enrique Garcés y los pacientes expresan mayor nivel de confort que en el Hospital Vozandes Quito. Es importante señalar, que a pesar de que el nivel de confort fue mayor en el Hospital Enrique Garcés en cuanto a porcentaje, se observó mayor número de variables con asociación significativa en cuanto al nivel de confort en el Hospital Vozandes Quito. Por lo tanto, concluimos que, existen factores tanto demográficos, como hospitalarios, que determinan dichos niveles:

- Pacientes jóvenes aceptan con mayor facilidad el BST en el Hospital Enrique Garcés.
- Pacientes con ningún nivel de instrucción, instrucción primaria, o secundaria, aceptan más el BST en el Hospital Vozandes Quito; mientras que, pacientes con un nivel de instrucción superior, denotan mayor confort frente al mismo en dicho hospital. En el Hospital Enrique Garcés no se evidenció asociación entre el BST y los niveles de aceptación y confort respecto del mismo.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, expresan mayor confort sobre especialidades quirúrgicas en ambos hospitales. Sin embargo, en cirugía general, se observó un favorable nivel de aceptación en el Hospital Enrique Garcés.
- Pacientes que conocían que fueron hospitalizados en un hospital docente, expresaron mayor comodidad frente al BST en el Hospital Vozandes Quito; sin embargo, no se evidenció asociación con el nivel de aceptación o confort del mismo en el Hospital Enrique Garcés.

También consideramos, que las apreciaciones recogidas por medio de las entrevistas, son fundamentales para entender la apertura que mantienen los pacientes hacia el BST. Por lo tanto, existen factores por parte de los estudiantes, como de los pacientes, que condicionan su nivel de aceptabilidad. La comunicación eficaz, basada en una preparación adecuada, es la clave para que el estudiante pueda transmitir conocimientos al paciente acerca de su estado de salud, con el propósito de que este aprenda acerca de su patología. Además, los estudiantes propician un ambiente de seguridad a los pacientes, debido a que están al tanto de sus necesidades. En contraste, los pacientes forman parte del aprendizaje de los estudiantes de una forma activa y dinámica, que permite el desarrollo de competencias y destrezas clínicas.

Recomendaciones

Tomando en cuenta que, la principal limitación del estudio, fue la falta de privacidad durante la entrevista; creemos que es pertinente, recomendar a los futuros investigadores que, el momento de la encuesta sea escogido con un criterio apropiado, de forma que se mantenga la privacidad del paciente y se obtengan datos certeros, manteniendo la confidencialidad del mismo.

Además, se debe concientizar acerca de las falencias del BST, de modo que, los servicios docentes y planificadores de educación médica, puedan crear estrategias para mejorar dicho modelo, manteniendo los derechos por los pacientes y su integridad.

Bibliografía

- David C. M. Taylor & Hossam Hamdy (2013) Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83, *Medical Teacher*, 35:11, e1561-e1572, DOI: 10.3109/0142159X.2013.828153
- Subha Ramani & Sam Leinster (2008) AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment, *Medical Teacher*, 30:347-364, DOI: 10.1080/01421590802061613
- Robbie Woods, Ben Ramasubbu, Claire Donohoe (2014) Near-peer bedside clinical teaching: example of a successful programme, *The Clinical Teacher*, 2014:11, 472-477, DOI: 10.1111/tct.12195
- Duu Wen Sewa & Devanand Anantham (2017) Overcoming Ethical Challenges of Bedside Medical Education, *Annals Academy of Medicine*, Vol. 40, No. 1, 1-3, recuperado de: <http://www.annals.edu.sg/pdf/46VolNo1Jan2017/V46N1p1.pdf>
- Jed D. Gonzalo, Brian S. Heist, Briar L. Duffy, Liselotte Dyrbye, Mark J. Fagan, Gary S. Ferenchick, Heather Harrell, Paul A. Hemmer, Walter N. Kernan, Jennifer R. Kogan, Colleen Rafferty, Raymond Wong & D. Michael Elnicki (2013) The Value of Bedside Rounds: A Multicenter Qualitative Study, *Teaching and Learning in Medicine*, 25:4, 326-333, DOI: 10.1080/10401334.2013.830514
- Max Peters, Olle Ten Cate (2014) bedside teaching in medical education: a literature review, *Springer*, 2014:3, 76, 88, DOI: 10.1007/s40037-013-0083-y
- Christian Scheffer, Diethard Tauschel, Melanie Neumann, Gabriele Lutz, Maria Valk-Draad, and Friedrich Edelhäuser (2013) Active Student Participation May Enhance Patient Centeredness: Patients' Assessments of the Clinical Education Ward for Integrative Medicine, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Vol. 2013, 1-8, recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2013/743832>

- Christopher Elsey, Lynn V. Monrouxe & Andrew Grant (2013) Interactional Activities of Patient-Centredness and Trust within Bedside Teaching Encounters, *Health and Social Care Education*, 2:1, 11-17, recuperado de: <http://dx.doi.org/10.11120/hsce.2013.00015>
- A. B. MacLean & K. A. Ramos (2010) Teaching Ward Rounds: what are the alternatives? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30:6, 535-536, DOI: 10.3109/01443615.2010.503437
- Chai-Eng Tan, Aida Jaffar, Noorlaili Tohit, Zurha Hamzah, Syahnaz Mohd Hashim (2017) Exploring patients' reasons for participation in a medical education home visit program: a qualitative study in Malaysia, *CrossMark*, 2017:6, 182-188, DOI: 10.1007/s40037-017-0353-1
- Yousef Marwan, Muhammad Al-Saddique, Adnan Hassan, Jumanah Karim and Mervat Al-Saleh (2012) Are medical students accepted by patients in teaching hospitals? *Medical Education Online*, 17:17172, 1-13, DOI: 10.3402/meo.v17i0.17172
- Mariam Abu Jubain, Hajar Alobaidi, Sanah Bholah, Farah Kanani, Raveen Koghar, Hannah Shereef & Alice Sitch (2012) Willingness and attitudes of the general public towards the involvement of medical students in their healthcare, *Canadian Medical Education Journal*, 3:2, e118-e126, recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4563625/pdf/cmej09118.pdf>
- Tawfiqur Rahman, Choudhury, Ali A. Moosa, Annie Cushing & Jonathan Bestwick (2006) Patients' attitudes towards the presence of medical students during consultations, *The Medical Teacher*, Vol. 28 No. 7, e198-e203, DOI: 10.1080/01421590600834336
- N Ryder, D Ivens, C Sabin (2015) The attitude of patients towards medical students in

a sexual health clinic, *STI Journal*, Vol. 81, 437-439, DOI: 10.1136/sti.2004.014332

- Hudson Birden, Nel Glass, Ian Wilson, Michelle Harrison, Tim Usherwood & Duncan Nass (2013) Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. *BEME Guide No. 25, Medical Teacher*, 35:7, e1252-e1266, DOI: 10.3109/0142159X.2013.789132
- Sara AlMutar, Lulwa AlTourah, Hussain Sadeq, Jumanah Karim, Yousef Marwan (2013) Medical and surgical ward rounds in Teaching hospitals of Kuwait University: student's perceptions, *Dovepress*, 2013:4, 189-193, DOI: 10.2147/AMEP.S52096
- John L. Vaughn, Lanette R. Rickborn & John A. Davis (2015), Patients' attitudes towards medical student participation across specialties: a systematic review, *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 27:3, 245-253, DOI: 10.1080/10401334.2015.1044750
- Kavitha Passaperuma, Jennifer Higgins, Stephanie Power & Tamsen Taylor (2008) Do patients' comfort levels and attitudes regarding medical student involvement vary across specialties?, *The Medical Teacher*, Vol. 30, 48-54, DOI: 10.1080/01421590701753443
- Ann-Christine Haffling & Anders Håkansson (2008) Patients consulting with students in general practice: Survey of patients' satisfaction and their role in teaching, *The Medical Teacher*, Vol. 30, 622-629, DOI: 10.1080/01421590802043827
- Sophie E Park, Caroline Allfrey, Melvyn M Jones, Jasprit Chana, Ciara Abbott, Sofía Faircloth, Nicola Higgins, Laila Abdullah (2017) Patient participation in general practice based undergraduate teaching: a focus group study of patient perspectives, *British Journal of General Practice*, e260-e266, DOI: 10.3399/bjgp17X690233

- Juan Pablo Beca I, Francisca Browne L, Carolina Valdebenito H, Alexander Bataszew V, María José Martínez I (2006) Relación estudiante-enfermo: Visión del paciente, Revista médica de Chile, Vol. 1334 No. 8, 955-959, DOI: 10.4067/S0034-98872006000800002

Anexos

Anexo 1: consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Este documento, está dirigido a pacientes hospitalizados en el área de medicina interna y especialidades quirúrgicas (cirugía abdominal, cirugía urológica y cirugía ginecológica) que son atendidas en el Hospital Enrique Garcés y que se les invita a participar en la investigación:

“ NIVELES DE ACEPTACIÓN Y CONFORT CON EL MODELO DE EDUCACIÓN MÉDICA "BEDSIDE TEACHING" DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE LOS HOSPITALES ENRIQUE GARCÉS (2017) Y VOZANDES (2016) - QUITO ”

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Investigador Principal: Anahí Guerra García, estudiante de la Pontificia Universidad Católica
del Ecuador

Consentimiento Informado:

Estimado/a participante,

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

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

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

La información que usted proporcione es completamente confidencial y no será compartida.

Solo se la utilizará para fines de la presente investigación.

Su información personal será eliminada 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.

Contamos con su participación, sus experiencias y puntos de vista, son muy importantes para comprender la aceptación frente a este modelo, así como las circunstancias en las que Ud. se sentiría más cómodo/a.

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

La firma de este consentimiento indica que entiende y que está dispuesto/a participar en esta encuesta y entrevista.

¿Quién leyó el consentimiento informado?

1. Leído por el entrevistado []

2. Leído por el 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 del entrevistador: _____

Entrevistado (iniciales) : _____

Firma del entrevistado: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

(EN CASO DE ALGUNA INQUIETUD SOBRE LA INVESTIGACIÓN, FAVOR
COMUNICARSE CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Anahí Guerra García

Correo: ani_g45@hotmail.com

Cel: 098-469-9229

Anexo 2: encuesta

Identificación del paciente.

1. Edad
 - a. Menor de 28 años
 - b. Mayor de 28 años
2. Sexo
 - a. Hombre
 - b. Mujer
3. Religión
 - a. Católico/a
 - b. Otros
4. Grupo étnico
 - a. Blanco/a
 - b. Mestizo/a
 - c. Indígena
 - d. Afro ecuatoriano/a
 - e. Montubio
5. Nivel de instrucción
 - a. Ninguna
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior
6. Estado civil
 - a. Soltero/a

- b. Casado/a
 - c. Unión libre
 - d. Divorciado/a
 - e. Viudo/a
7. Características de hospitalización
- a. Medicina interna
 - b. Cirugía abdominal
 - c. Cirugía urológica
 - d. Cirugía ginecológica
8. ¿Sabía Ud. que este hospital es un hospital docente?
- a. Si
 - b. No

Preguntas de aceptación.

1. ¿Acepta Ud. que, durante la visita médica, los estudiantes estén presentes cuándo se discute sobre el estado de su enfermedad?
- a. Si
 - b. No
2. ¿Acepta Ud. que, durante la visita médica, los estudiantes y profesores discutan la situación de su enfermedad?
- a. Si
 - b. No
3. ¿Acepta Ud. que, durante la visita médica, los estudiantes tengan acceso a la información personal de su historia clínica?
- a. Si
 - b. No
4. ¿Acepta Ud. que, durante la visita médica, los estudiantes realicen el examen físico?
(si la respuesta es si, continúe con la siguiente pregunta, caso contrario continúe con la pregunta 5).

Anexo 3: entrevista

1. ¿Cuáles son las razones para su confort o discomfort con la presencia de estudiantes de medicina al momento de la visita médica respecto a: ¿cantidad de estudiantes de medicina, respeto a su pudor, privacidad, discusión de su estado de salud actual u otros?
2. ¿Qué es lo que más le incomoda de la presencia de estudiantes de medicina en un hospital respecto a la cantidad de los mismos, respeto a su pudor, privacidad, discusión de su estado de salud actual u otros?
3. ¿Cree Ud. que la presencia de estudiantes de medicina afecta su privacidad durante la visita médica? ¿Por qué?
4. ¿Ha tenido alguna experiencia anterior que llevaron al confort o discomfort con respecto a la presencia de estudiantes de medicina durante la visita médica?
5. ¿Cuál sería para Ud. la mejor forma en la que un estudiante de medicina se debe comportar durante la visita médica?
6. ¿Cuáles son sus expectativas al momento de estar con un estudiante de medicina respecto a sentirse en un ambiente de confianza, empatía y comprensión?
7. ¿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?