



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA: MEDICINA**

**TEMA:**

**FRECUENCIA DE LA APLICACIÓN DEL MODELO PRINCIPALISTA EN LA  
ATENCIÓN DE PACIENTES DE 1 A 10 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE  
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL HOSPITAL  
FRANCISCO YCAZA BUSTAMANTE Y SU EFECTO EN LA EVOLUCIÓN DE  
LA ENFERMEDAD**

**AUTORAS:**

**Coyago Kelly María José  
Montesdeoca Santana Steffania Renata**

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:**

**MÉDICO**

**TUTOR:Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño**

**CO-TUTOR: Dr. Aguilar Antonio**

**Guayaquil, Ecuador  
2016**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA: MEDICINA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **MARÍA JOSÉ COYAGO KELLY Y STEFFANIA RENATA MONTESDEOCA SANTANA**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **MÉDICO**.

**TUTOR**

**OPONENTE**

---

**Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño**

**DECANO**

**COORDINADOR(A) DE ÁREA  
/DOCENTE DE LA CARRERA**

---

**Dr. Gustavo Omar Ramírez Amat**

---

**Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño**

**Guayaquil, a los 22 días del mes de Abril del año 2016**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA: MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Steffania Renata Montesdeoca Santanay María José Coyago Kelly**

### **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación **“Frecuencia de la aplicación del Modelo Principialista en la atención de pacientes de 1 a 10 años con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad, en el Hospital Francisco Ycaza Bustamante y su efecto en la evolución de la enfermedad”**previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando Derechos Intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 22 del mes de Abril del año 2016**

### **AUTORAS**

---

**Steffania Renata Montesdeoca Santana**

---

**María José Coyago Kelly**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA: MEDICINA

## AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Steffania Renata Montesdeoca Santa** y **María José Coyago Kelly**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **“Frecuencia de la aplicación del Modelo Principialista en la atención de pacientes de 1 a 10 años con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad, en el Hospital Francisco Ycaza Bustamante y su efecto en la evolución de la enfermedad”** cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 22 del mes de Abril del año 2016**

## AUTORAS

\_\_\_\_\_  
**Steffania Renata Montesdeoca Santana**

\_\_\_\_\_  
**María José Coyago Kelly**

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar a este día tan esperado, no sé que hubiera sido de mí sin tu amor, día a día, siempre me haces sentir bendecida.

En ésta tesis está todo mi esfuerzo durante un año de trabajo, que comenzó como una idea, como una iniciativa, que jamás hubiera podido ser realizada sin el apoyo de mi compañera, mi amiga MaríaJosé Coyago (Marita) que entre clases, asistenciales, guardias, discusiones entre nosotras, sueño, y demás, trabajamos muchas veces hasta la madrugada para que éste trabajo de investigación pueda llegar a ser nuestra tesis el día de hoy. Fue duro pero lo logramos! Aún recuerdo cuando acudimos a nuestro siempre mentor el Dr. Antonio Aguilar a quien desde 9no ciclo, quinto año de medicina admiramos mucho y en esta ocasión solicitamos su ayuda y fue quien nos guió con sus amplios conocimientos de Bioética, sin usted Dr. no hubiéramos encontrado la manera correcta, Gracias! Y luego el Dr. Landivar quien sin ninguna petición se ofreció a ayudarnos desinteresadamente, muchas gracias también. Fueron muchos los días metidas en la biblioteca del gran Hospital Francisco Ycaza Bustamante que nos dió la oportunidad de poder realizar nuestra tesis en sus instalaciones, y la Dra. Bustos quien con muy buenas intenciones nos guió en busca de nuestros pacientes. Sin olvidar agradecer a la Dra. Carriel que nos tuvo mucha paciencia, fueron incontables las veces en que recurrimos a usted en busca de ayuda. Y luego de tanto esfuerzo, momentos en que nos desanimamos, días largos recolectando datos, mucho trabajo instantes en que no supimos como continuar, siento tanto orgullo de poder ver nuestra tesis ya terminada, no creía que podía sentir tanta nostalgia con el simple hecho de verla ya encuadrada y lista. Dr. Vásquez muchas gracias por ser un gran tutor, lo buscamos unas mil veces, lo llamamos unas dos mil, le enviamos unos tres mil mensajes, y siempre respondió a cada una de nuestras peticiones y dudas, incluso durante sus vacaciones. Y precisamente dos semanas antes de nuestra sustentación de tesis, nuestro país vive una catástrofe natural, que afecta a todo nuestro país, y solicita nuestra ayuda, nos vimos en la obligación de realizar viajes, y es exactamente esto lo que volvió mucho más valioso este trabajo y día. Es maravilloso poder contar con el apoyo de Jose, creo que solamente tú sabes lo importante que ha sido tu compañía y sigue siéndolo, eres mi equipo y mi mejor compañero. Y por último pero no menos importante quedo totalmente agradecida con todos mis compañeros mi tan querida promoción 56 porque han sido muchas cosas compartidas con cada uno de ustedes durante estos seis años de carrera, que no podrán ser reemplazados con nada, ha sido un placer vivir esta experiencia con todos ustedes, y será un orgullo para mi poder llamarlos colegas.

Gracias.

Steffania Montesdeoca Santana

## **AGRADECIMIENTO**

*Agradezco a mi Papito Dios por darme la oportunidad de seguir adelante cada día, a mis mentores, que con sus sabias enseñanzas, han impartido sus conocimientos, a mis adorados padres que han sido mi apoyo y mi guía, a mis ñaños y pequeños sobrinos a los que amo infinitamente, a mis amigos que han sido mi compañía y fortaleza a cada instante.*

*Gracias, sin ustedes no soy nada*

*María José Coyago Kelly*

## DEDICATORIA

*Quiero dedicar mi tesis:*

*A Dios:*

*Que en cada paso me dió fuerzas para seguir por muy empinado que fuese el camino, y estoy segura de que seré simplemente una herramienta para que el actúe através de mí y de mi profesión*

*A mis padres:*

*Porque son responsables de mis decisiones radicales, de mi falta de temor, de mi sed de libertad y conocimientos, que han sido el motor puro de este duro camino que elegí hace 6 años.*

*A mi Abuelita Briceida y mi Abuelito Erasto:*

*Jamás dudaron en acogerme en su hogar, me cuidaron, se preocuparon por mí, tuvieron fé en mí, y soñaban con verme ya graduada de médico.*

*A mi bisabuelita:*

*Sé que hubieras querido estar presente este día y lo orgullosa que estarías, te extraño todos los días.*

*A mi país:*

*Estamos en tiempo de luto Nacional, y no tengo más intenciones que usar mis conocimientos, y mis energías, para contribuir con mi grano de arena.*

*Éste logro va dedicado a todos los que jamás perdieron la fe en mí, en mis sueños, en mis propósitos, prometo seguir haciéndolos sentir orgullosos.*

*Steffania Montesdeoca Santana*

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a mis papitos, a mis ñaños, a mis queridos sobrinos  
y mi Campeón por que sin ellos y sin su apoyo y amor incondicional  
no lograría cumplir este sueño.*

*María José Coyago Kelly*

## **TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

---

Dr. Gustavo Omar Ramírez Amat  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

---

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

---

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA: MEDICINA**

**CALIFICACIÓN**

---

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

---

Dr. Gustavo Omar Ramírez Amat  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

---

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

---

OPONENTE

## ÍNDICE GENERAL

### Tabla de c ontenido

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD .....	iii
AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
DEDICATORIAS .....	vii
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	ix
CALIFICACIÓN.....	x
INDICE GENERAL.....	xi
INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xii
INDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCION.....	1
CAPITULOS:	
CAPITULO 1: Relación Médico Paciente.....	4
CAPITULO 2: Bioética, Modelo Principialista y su uso en la investigación clínica.....	8
CAPITULO 3: Neumonía Adquirida en la Comunidad.....	14
METODOS:.....	18
RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	21
DISCUSIÓN.....	23
RECOMENDACIONES:.....	28
BIBLIOGRAFIA:.....	31

ANEXOS:

1. Objetivo General.....	34
2. Objetivos Especificos.....	34
3. Hipótesis.....	35
4. Encuesta dirigida a pacientes atendidos por consulta externa de la especialidad de Neumología en HFYB.....	36
5. Encuesta dirigida a pacientes atendidos por hospitalización de la especialidad de Neumología en HFYB.....	38
6. Encuesta dirigida hacia los profesionales, en busca de una respuesta hacia el marcado incumplimiento del principio Respeto a la Autonomía.....	40

## INDICE DE TABLAS

1. TABLA 1: Frecuencia con la que se cumple cada principio del Modelo Principialista y su relación entre paciente de Consulta externa y Hospitalización.....41
2. TABLA 2: Frecuencia con la que se cumple el Modelo Principialista en su totalidad y su relación entre paciente de Consulta externa y Hospitalización.....42
3. TABLA 3: Valoración de la evolución favorable o desfavorable de los pacientes en relación con la cantidad de días de evolución.....43
4. TABLA 4: Relación existente entre el cumplimiento o no del Modelo Principialista y la evolución favorable de la Neumonía Adquirida en la comunidad.....44

## INDICE DE GRAFICOS

1. GRAFICO 1:Evaluación de la frecuencia con la que se cumple cada uno de los principios del Modelo Principialista .....45
2. GRAFICO 2:Frecuencia con la que se cumple todos los principios del Modelo Principialista .....46
3. GRAFICO 3:Evaluación de la relación de días de evolución de la enfermedad con una evolución favorable o desfavorable.....47
4. GRAFICO 4:Frecuencia de evolución favorable en los pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad.....48
5. GRAFICO 5:Evaluación de una evolución favorable en los pacientes en los que se cumplen los principios del Modelo Principialista.....49
6. GRAFICO 6:Evaluación de una evolución favorable en los pacientes en los que no se cumplen los principios del Modelo Principialista.....50

## RESUMEN

Destacando la importancia que toma hoy en día la Bioética en la práctica médica diaria, que tiene como objetivo la mejoría de la relación médico-paciente, y orienta moralmente a los profesionales de salud a tomar decisiones que influyen en el bienestar del enfermo, y hacer del mismo un participante activo, pudimos rescatar el hecho de que en Ecuador no son habituales los estudios de esta índole, ésto motivó la realización de un trabajo de investigación que no solo estudiara la frecuencia del uso del modelo principialista como tal; que incluye los cuatro principios de la ética: Respeto a la Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia , sino también que relacione el uso de éste modelo en la práctica clínica con un factor medible como es la evolución del paciente, dando aún más crédito a la importancia de la correlación entre la Bioética y la práctica médica basada en valores y cuantificaciones. Llegando a ser el primer estudio de este tipo en el Ecuador y parte de los pocos estudios publicados existentes en el mundo. Esperando además contribuir con datos que influyen en la práctica médica diaria en el Ecuador.

**Palabras Claves:** Bioética, relación médico-paciente, Modelo Principialista, Respeto a la Autonomía, Beneficencia, No maleficencia, Justicia

## ABSTRACT

Stressing the importance that today takes Bioethics in daily medical practice, which it aims at improving the doctor-patient relationship, and moral guidance to health professionals to make decisions that affect the welfare of the patient, and make it an active participant, we could rescue the fact that in Ecuador are rare studies of this kind, this led to the realization of a research project that not only consider the frequency of use of principlalism as such, it is including the four ethical principles : respect for autonomy , beneficence, non - maleficence and Justice, but also linking the use of this model in clinical practice as a measurable factor is the evolution of the patient, giving even more credence to the importance of the correlation enters bioethics and medical practice based on values and quantifications. Becoming the first study of its kind in Ecuador and part of the few published studies exist in the world. Waiting also contribute data influencing daily medical practice in Ecuador.

**Key Words:** Bioethics, physician-patient relationship, Model principlalist, respect for autonomy , beneficence, non -maleficence , justice..

## INTRODUCCIÓN

“La humanidad necesita con urgencia un nuevo saber que proporcione el “conocimiento de cómo usar el conocimiento” para la supervivencia humana y la mejora de la calidad de vida. [...] Una ciencia de la supervivencia debe ser algo más que una ciencia y, por lo tanto, propongo el término ‘bioética’ para poner de relieve los dos elementos más importantes para alcanzar un nuevo saber que se necesita desesperadamente: conocimiento biológico y valores humanos”.  
(Van Rensselaer Potter)

Este párrafo tomado del libro “Bioethics, bridge to the future” que introdujo el término bioética, en 1970 de Van Rensselaer Potter, quien se formuló que efectivamente debería existir una relación entre las ciencias biológicas y los valores morales y éticos, abrió paso a construir lo que hoy en día conocemos como la rama de la ética que se denomina la conciencia de las ciencias biológicas, que tiene como objetivo preservar la dignidad humana conservando o regulando los valores éticos y morales, y posteriormente llevo a cabo la realización de los principios para la conducta correcta del humano ante la vida, tanto de la vida humana como de la no humana (animal y vegetal), así como al ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida.

A partir de la conceptualización de la bioética, Tom L. Beauchamp y James F. Childress instauraron el modelo principialista, que tiene como

propósito ayudar a establecer desde el ámbito de la biomedicina la mejoría de relación médico-paciente. Está conformado por los llamados cuatro principios de la bioética: respeto a la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, que orientan moralmente las decisiones que se deben tomar ante situaciones médicas concretas, en vista a identificar, analizar y resolver los conflictos éticos que se plantean.

La importancia de determinar y cumplir estos principios está en mejorar la calidad de relación médico-paciente, como dos personas que se necesitan mutuamente mas no como se exaltaba en el pasado. Teniendo en cuenta que se debe tener incluido en la evolución de la enfermedad la participación tanto del médico como del enfermo, el involucrarse hace que sea no solo un paciente, sino más bien, un ser humano con dignidad y sentimientos.

He aquí la cuestión, de que aparte de querer involucrar al enfermo en su enfermedad que otro beneficio se puede sacar de esto, es por esta razón que decidimos analizar el respeto a estos principios y cómo ésto puede o no relacionarse con la mejoría satisfactoria del enfermo.

Teniendo en cuenta que no se han realizado estudios que determinen si existe relación entre la aplicación de dicho modelo y una evolución favorable de los pacientes ante las enfermedades. Se escogió como enfermedad a estudiar la neumonía adquirida en la comunidad debido a que consta como la principal causa de morbilidad infantil, más frecuente entre 1-5 años de edad (31.5%),

provenientes en su mayoría de la región Costa en un 36.2%, y tiene un pico de mayor frecuencia durante los meses de Enero, Febrero y Marzo, basándonos en estos datos obtenidos del INEC, determinamos que nuestra población a estudiar serán los pacientes entre 1-5 años atendidos o ingresados en el HFYB, con el diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad durante los meses de Noviembre a Marzo y que no tengan ninguna otra enfermedad de base o comorbilidad para poder evaluar con eficiencia el impacto que tenga el uso o desuso de los principios que conforman el modelo de salud principalista.

Conociendo los fundamentos éticos con los que se pretende establecer la mejoría de la biomedicina en la relación médico-paciente, quisiéramos determinar cuál es la frecuencia con la que los profesionales de la salud cumplen con todo el modelo principalista y cada uno de sus principios. Para demostrar estadísticamente los beneficios del cumplimiento del modelo principalista aplicados al sistema de salud, en la evolución de la enfermedad de los pacientes que es el propósito de nuestro estudio.

## CAPITULOS

### Capítulo 1

#### Relación médico-paciente

Desde el inicio de la medicina, ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y aquel que lo curaba, el cual se veía instaurado en muchas civilizaciones como un enviado de los dioses. (Rodríguez Arce, 2008) Siempre se va buscando instaurar una gran importancia a la relación médico-paciente, ya que se podría determinar que la medicina es una combinación de la ciencia y la tecnología desarrollándose con conocimientos y valores. Con el transcurso de su evolución, se le ha otorgado como un sistema complejo con la capacidad de tomar dos caminos diferentes: sanar o hacer daño. (Sánchez Arrastía, Contreras Olivé, 2014) Dicha relación era considerada desde entonces un formidable agente terapéutico utilizados con todo el empirismo y la usencia de conocimiento científicos que es posible imaginar en los hombres de esa época. (Calderón Rodríguez, 2007)

La relación médico-paciente es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre. Se cree que está permite al paciente satisfacer ese deseo y necesidad de salud y al médico, cumplir con una de sus funciones sociales más importantes. (Calderón Rodríguez, 2007)

Se cree que en el preciso momento en que empieza el vínculo médico-paciente interviene de manera definitiva en el cumplimiento del tratamiento

prescrito y en la prevención de futuras enfermedades, lo cual es el objetivo principal de la actividad como médico. (Rodríguez Arce, 2008)

Reconocer el valor que tiene la relación médico-paciente y la importancia social y psicológica, está vinculado con el reconocimiento de que el hombre no es solo un ente físico, sino que es un complejo inseparable con lo psíquico y su énfasis en la importancia del medio ambiente y de la relación médico-paciente, constituye un hito decisivo en el desarrollo científico de la medicina. (Sánchez Arrastía, Contreras Olivé, 2014)

Esto permite concluir que el hombre es un ser biopsicosocial, puesto que en su cerebro se reflejan su vida biológica y social, la primera condicionada por la segunda y a la vez sirviendo de base a esta última. (Calderón Rodríguez, 2007)

A finales del siglo XIX la medicina ofrecía mayor libertad de elección a los pacientes, ya que existía diversos sistemas y teorías médicas las cuales perdieron vigencia cuando se instauró un único modelo, la Medicina oficial. Este nuevo modelo constituía una medicina más científica, centrada en la enfermedad y en cómo diagnosticar y curar, que en el mismo paciente. Ésto incrementó la distancia entre el médico y su paciente lo que repercutía sobre el conocimiento que el enfermo poseía acerca de su estado de salud y confiaba mucho menos en el profesional.

El filántropo George Foster Peabody afirmó que el desarrollo científico paradójicamente empeoraba la relación médico-paciente y que a lo largo del siglo XX, los enfermos tuvieron menos autonomía que cien años atrás.

Los cambios en la organización de asistenciales y especialidades médicas, producidos en los últimos 40 años, la medicina hospitalaria y la formación de seguros de enfermedad, han contribuido a que se restaure el interés del médico por la salud no solo física sino también psicológica y espiritual del paciente, e incluirlo abiertamente en la evolución de su enfermedad. (Sánchez Arrastía, Contreras Olivé, 2014)

Un aspecto ineludible en el actual debate sobre la autonomía del paciente es la cuestión económica, ya que el racionamiento en las prestaciones sanitarias condiciona la posibilidad de elección del paciente. (Sánchez Arrastía, Contreras Olivé, 2014)

La consideración de cuál ha sido la evolución de la práctica médica con relación a la información médica, es una condición imprescindible para que el enfermo pueda consentir a una actuación clínica. Es éste un aspecto en el que el parecer, por parte de los profesionales, no ha sido unánime, y que nos ofrece una interesante evolución a través del tiempo. A lo que hay que unir los cambios de una sociedad basada en el respeto a los derechos humanos y cada vez más intervencionista. (Sánchez Arrastía, Contreras Olivé, 2014) Estamos

en un tiempo de desarrollo de las responsabilidades sociales, tanto por parte de los médicos, como de los pacientes y sus familias. El derecho a la información epidemiológica, la no tolerancia de la irresponsabilidad ante la propia salud - tabaquismo, obesidad, etc.- y el desarrollo de la medicina preventiva, son ejemplos de ello. (Calderón Rodríguez, 2007)

En los últimos años, la comunidad médica se ha pronunciado sobre el alarmante deterioro de la relación médico-paciente y por ende, su influencia negativa en la calidad de la prestación del servicio de la salud. Como otras causas principales de este deterioro se mencionan también, el descuido de la enseñanza de los valores humanísticos en la escuelas de medicina, la aplicación de nuevas tecnologías informáticas que generan una interacción impersonal entre el médico y el enfermo y las exigencia de un sistema que promueva la ampliación de la cobertura del servicio sin desarrollar acciones paralelas que incrementen también la calidad del mismo. (Sánchez Arrastía, Contreras Olivé, 2014)

## Capítulo 2

### Bioética, Modelo Principialista y su uso en la investigación clínica

Después de las atrocidades cometidas durante la II Guerra Mundial se defiende la necesidad de dejar claros una serie de principios con relación al uso de humanos en investigaciones médicas para que quedara asegurada la ética de la investigación. Así surge el famoso Código de Núremberg (1946). En 1964 la Asociación Médica Mundial publica la Declaración de Helsinki, donde se insiste en la distinción entre investigación terapéutica y no terapéutica. Este documento fue modificado en 1975, señalando por primera vez la necesidad de una comisión que controlara el aspecto ético de los experimentos, desde entonces cuatro principios pasan a considerarse como los principios generales de la bioética. Creada una comisión nacional, se emite el Informe Belmont en 1979 que incluye el principio de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia y de justicia. (Campos, O. (2010))

Se dice que la bioética clínica consiste en la identificación, el análisis y la resolución de los problemas morales que aparecen en la atención de un paciente particular. En esta descripción aparecen dos puntos importantes que conviene tener en cuenta a la hora de tratar esta disciplina. De una parte, se dice que el núcleo alrededor del cual giran los diferentes problemas morales es

la relación personal entre el médico y el paciente: si no existe dicha relación, no podremos hablar de bioética clínica. Podremos referirnos a otras ramas de la bioética, pero no a la clínica. Por otra parte se señala que la identificación y el análisis de dichos problemas morales ha de acabar siempre en una resolución: no es posible hacer bioética clínica sin llegar a una decisión. (Pessini, L. (2005))

Las decisiones médicas implican dudas no solo clínicas, diagnósticas y de tratamiento, sino también éticas que incluyen cargas físicas, psicológicas, espirituales y económicas, que especifican lo que debe ser hecho en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o frecuentemente se hace, y que de muchas maneras son poco valoradas y no relacionadas a una mejor evolución clínica. (Pessini, L. (2005))

Ésto plantea un conflicto acerca de la verdadera relación médico paciente; existe la necesidad de que el médico se sienta obligado a no solo dejar que el paciente decida su ingreso hospitalario sino además esté informado de cada fase de la evolución de su enfermedad, y a su vez que el paciente sepa la importancia que tiene su interés en este proceso. (Girón, M. (2002))

En el ensayo sobre la bioética clínica de la Encyclopedia of Bioethics se señalan cinco grandes modelos dentro de ellos el principialismo de Beauchamp y Childress una de las propuesta que ha tenido mayor impacto en muchos países. Estos dos autores repiten con frecuencia que su intento no es el de crear una nueva teoría moral sino el de presentar un sistema de principios que pueda acoplarse con alguna de las ya existentes. (Campos, O. (2010)) Entre los principios y juicios concretos ha de darse un “equilibrio reflexivo” se puede decir por tanto que según Principles of Biomedical Ethics el libro de estos dos autores, presentan al principialismo no como una teoría moral, ni tampoco como un método, sino más bien como una herramienta dirigida en primer lugar hacia los profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, investigadores y estudiantes, que son los directamente relacionados a las decisiones que se vayan a tomar con el paciente acerca de su enfermedad. Por tanto ésta herramienta tiene la necesidad de ser fácilmente comprensible y poder ser utilizada sin necesidad de poseer una específica formación filosófica. No obstante los filósofos y teólogos son los que más se sumergieron en el estudio y difusión de la misma; aunque de todas formas “El principialismo” ha calado de modo significativo en la literatura médica en general. (Girón, M. (2002))

El principialismo proporciona al médico un conjunto de herramientas que facilitan el camino hacia un juicio moral, utilizando procedimiento de principios, diagramas y cuadros de decisión que resultan familiares en el diario vivir de un profesional de la salud. (Requena, P. (2005))

Fletcher señala cuatro puntos de los que emanan obligaciones concretas para el médico una vez establecida la relación con el paciente: la confidencialidad; la honestidad en las comunicaciones con relación al diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico; la determinación de la capacidad del sujeto de tomar parte en las decisiones oportunas; y la conducción ética del consentimiento informado. (Requena, P. (2005), (Campos, O. (2010)

Cada uno de las obligaciones que emanan a la hora de que un médico logra establecer la relación con su paciente, son las que básicamente se incluyen dentro de cada uno de los principios del modelo de salud Principialista: Respeto a la Autonomía, Justicia, Beneficencia, No maleficencia. (Girón, M. (2002)

El respeto a la AUTONOMÍA propone que exista la libertad para que las personas tengan la capacidad y posibilidad de autogobernarse. Se habla mucho de respetar la autonomía y ello significa que debemos reconocer el derecho del sujeto moral a que: 1. Se tengan en cuenta sus propios puntos de vista, 2. Se determinen sus propias opciones, 3. Se obre de acuerdo a sus valores y creencias.

Existen unas condiciones que hacen posible el ejercicio de la autonomía:

1. Que exista libertad externa para la acción. Esto quiere decir que no haya: Coacción por parte de los familiares, entidad militar o religiosa, o aún por el mismo médico, para que así, el paciente decida sobre la práctica de uno u otro tratamiento. 2. Que exista libertad interna, es decir, que el sujeto moral pueda obrar intencionalmente. Un ejemplo de la pérdida de la libertad interna lo tenemos en el paciente con confusión mental o en coma, en cuyo caso se requiere un subrogado moral. (Girón, M. (2002) (Requena, P. (2005))

El principio de BENEFICENCIA busca hacer el bien, dependiendo de la persona, es decir, es un concepto subjetivo ya que se podría también definir como la ponderación de los riesgos y beneficios utilizando como símbolo la balanza; su propósito es promover las decisiones autónomas y por lo tanto está íntimamente relacionada con la autonomía. No hay beneficencia si no se respeta la autonomía, pudiendo caer en el “paternalismo” clásico de la actitud de la persona que aplica las formas de autoridad y protección, propias del padre en la familia tradicional, a otro tipo de relaciones sociales: políticas, laborales, etc. Básicamente resumiendo este principio incluye dos reglas importantes: No provocar daño, y maximizar los posibles beneficios a la vez que se minimizan las consecuencias negativas. (Campos, O. (2010))

El documento de Belmont se ve en la obligación de ampliar sus principios a cuatro, pues recoge los anteriores tres que incluyen el respeto a las personas, beneficencia y justicia naciendo del principio de beneficencia otro que denominan NO- MALEFICENCIA que nace técnicamente de una de las reglas importantes de la beneficencia que no provocar daño o no causar el mal. Al derivarse de ésta se complementa con la misma, debatiendo temas como “suspender o no dar tratamiento”, “muerte digna o muerte piadosa” entre otras cuestiones. (Campos, O. (2010))

La JUSTICIA propone no solo tomar en cuenta la justicia individual sino también la social de este modo se evita la discriminación de individuos que podrían beneficiarse de un tipo concreto de procedimiento. De ahí nace la necesidad de este principio que se refiere a la equidad en la distribución de cargas y beneficios dentro de un proceso o dicho de otro modo “Los iguales deben ser tratados de igual modo” y es aquí cuando entran en cuestión el cómo determinar la igualdad y desigualdad en la que se presentan formulaciones más comunes en la filosofía actual como división en partes iguales, según las necesidades individuales, el esfuerzo individual, la contribución social o los méritos personales. (Requena, P. (2005))

Debido a que la ética deriva de un razonamiento distinto al que utilizan las ciencias empíricas, no es posible realizar un análisis basándose en una simple probabilidad estadística sino más bien debería estar fundamentado en datos clínicos objetivos, de esta forma las reglas de inferencia propuestas por la medicina basada en evidencias resulta de mucha utilidad, creando así la “ética basada en evidencias”. En éste sentido interesan particularmente: 1. La certeza del diagnóstico. 2. Evolución natural de la enfermedad y 3. El pronóstico de supervivencia. (Asociación Médica Mundial (2015))

### Capítulo 3

#### Neumonía Adquirida en la Comunidad

Las infecciones respiratorias son el principal motivo de consulta por patología infecciosa en Atención Primaria, con una afectación del tracto respiratorio inferior de alrededor del 10%. (Martina, A. 2012). La elevada incidencia y potencial gravedad de las neumonías originan gran preocupación y consumo de recursos. Ésto junto a los cambios epidemiológicos en los microorganismos implicados y la elevada resistencia a los antimicrobianos obliga a plantear medidas preventivas eficaces, a hacer uso racional de los antibióticos y a utilizar los medios sanitarios disponibles con rigor científico. Todo ello justifica su revisión y puesta al día. (Martina, A. 2012)

La incidencia global de neumonía en los países desarrollados es elevada, oscila entre 10 y 45 casos nuevos/1000 niños/año y afecta sobre todo a los menores de 5 años (30-45 casos/1000 niños/año) (Álvarez, A. 2003). En los países en vías de desarrollo el problema es más importante, ya que es una de las principales causas de mortalidad infantil. (Álvarez, A. 2003)

Clásicamente, la etiología de la NAC ha sido relacionada con la edad del niño y con pequeñas variaciones en los patógenos menos representativos. (Martina, A. 2012) La prevalencia global de infecciones virales en la NAC es de 14-62%, más elevada en niños menores de 2 años y su relevancia disminuye con la edad. El virus respiratorio sincitial (VRS) es el más frecuente, pero otros virus como rinovirus, parainfluenza, influenza y adenovirus son también agentes prevalentes en la mayoría de estudios. (Martina, A. 2012), (Álvarez, A. 2003) En la última década se han descrito y relacionado con la neumonía dos nuevos virus, los metapneumovirus y los bocavirus, en este último caso con significación patogénica controvertida. (Méndez, A. (2010))

Basándonos en datos obtenidos del INEC, determinamos que nuestra población a estudiar serán los pacientes entre 1- 5 años atendidos o ingresados al área de hospitalización en el HFYB, con el diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad durante los meses que aparecen en esta base de

datos con más prevalencia de dicha enfermedad desde Noviembre hasta Marzo, es de suma importancia recalcar que este grupo de pacientes para estudio no tengan ninguna otra enfermedad de base o comorbilidad que podría ser causa de grandes variaciones en los resultados entre cada uno, de ésta manera al eliminar ésta variable podríamos evaluar con eficiencia el impacto que tenga el uso o desuso de los principios que confirman el modelo de salud Prinsipialista.

Las estadísticas confirman que es una enfermedad de gran incidencia, por la que se debe tener un correcto manejo y tratamiento por parte del equipo médico. Sobretudo por tratarse de pacientes pediátricos.

No existen protocolos de tratamiento de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el país, a pesar de éste dato, el área de Neumología del Hospital Francisco Icaza Bustamante realizó un protocolo para el manejo de pacientes pediátricos con dicha enfermedad. El estudio aún no ha sido aprobado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, sin embargo cuando charlamos con los autores de éste protocolo nos citaron ciertos estudios de otros países que son específicamente los que utilizaremos al momento de evaluar si la evolución de nuestros pacientes fue favorable o no, entre ellos citamos a la Sociedad de enfermedades infecciosas de América (IDSA) y la Asociación Colombiana de

infectología (ACIN) que poseen guías de manejo de Neumonía Adquirida en la comunidad, que incluyen no solo tratamiento sino también clasificación de los pacientes en grupos determinados según su clínica, presentación de riesgos y enfermedades concomitantes. De esta manera utilizaremos estas guías para analizar a cada uno de los pacientes al final de una rigurosa selección, mediante nuestros criterios de inclusión y exclusión.

Esperamos resultados alentadores que confirmen nuestra Hipótesis acerca de la relación que existe entre la evolución clínica favorable de cada paciente y la existencia de una relación médico-paciente efectiva. A pesar de que hace algunos años atrás la Bioética se ha convertido en un tema que mundialmente se encuentra en boga, no pudimos encontrar ningún estudio que contenga objetivos como los de nuestro estudio, por tanto queremos con esto abrir una puerta hacia estudios consiguientes, que contribuyan con más pruebas que apoyen los beneficios del uso de los principios éticos en el manejo diario de nuestros pacientes, y su importancia en un dato más palpable y visible como lo es la evolución clínica del paciente.

## METODOS

Nuestro universo fue de 2000 pacientes incluyendo pacientes de consulta externa y de hospitalización. Se identificaron pacientes atendidos o ingresados con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad(CIE-10, J15) en el Hospital Francisco de Ycaza y Bustamante, durante el período de Noviembre (2015) – Marzo (2016). Se evaluó el cumplimiento o no del modelo principialista, y de cada uno de sus principios (Respeto a la Autonomía, Beneficencia, Justicia y No maleficencia), colocando sus respectivas frecuencias en porcentajes. Además evaluamos la relación entre la evolución clínica de cada paciente y el cumplimiento de todo el modelo principialista.Utilizamos dos formatos de encuestas dirigidas al representante del paciente, tratándose de un menor de edad, estas encuestas fueron de uso exclusivo de las investigadoras. Antes de realizarse cada encuesta se le explicó al encuestado nuestro estudio, propósito, y valor de su sinceridad en cada pregunta, además que recordábamos que el nombre de su representado no se revelaría ni tampoco el del representante.

A cada paciente a estudiar se le asignó el número de su respectiva historia clínica o cédula de identidad en la base de datos, con el fin de respetar el anonimato. Esta información pasó a una tabla hecha en Excel en la que posteriormente se determinó la frecuencia de las variables estudiadas en

porcentajes, además del chi cuadrado, significancia, grados de libertad y p-valor relacionando las variables: pacientes de hospitalización y consulta externa, y tanto, cumplimiento de cada uno de los principios individualmente, como cumplimiento de todo el modelo principialista, también entre tratamiento favorable y evolución favorable y por último entre el cumplimiento de todo el modelo principialista y evolución favorable.

Para evaluar la evolución del paciente realizamos un algoritmo basándonos en días de hospitalización menores a 10, resolución por consulta externa o internación del paciente, evaluación de tratamiento adecuado para cada tipo de paciente, y en el caso de que sea más de 10 días la evolución, correlacionamos con posible causas como enfermedades pulmonares crónicas, complicaciones de neumonía, situaciones concomitantes como desnutrición. Le asignamos códigos de 0 y 1 que colocamos luego en un cuadro de recolección de datos en Excel para luego tabularlo y que éstos nos dieran como resultado evolución favorable o no favorable. Y así respondimos a cada una de los objetivos utilizando datos de frecuencia, chi cuadrado, grados de libertad y p-valor. Finalmente confirmando o negando nuestra Hipótesis Nula.

Durante nuestro estudio realizamos hacer una segunda encuesta dirigida solamente hacia los profesionales que nos otorgó un dato extra importante que

mencionamos y explicamos en la discusión. La encuesta constaba de 6 preguntas que se respondían con SI y NO, y que luego codificamos con 0 y 1, para poder presentar las frecuencias correspondientes.

En la realización de la recolección de datos encontramos algunas limitantes por ejemplo para citar algunas: pacientes no acudían a la siguiente consulta de control luego del alta hospitalaria, el número de contacto de pacientes que se encontraban en las bases de datos, ya no estaban vigentes, lo que nos imposibilitaba realizar la segunda parte del estudio cuando no acudían a la siguiente consulta, que era responder si hubo mejoría o no y después de cuantos días y la permanencia hábil del sistema que se usa en el HYB para poder visualizar historias clínicas y datos del paciente no era constante lo que aumentó exponencialmente el tiempo de recolección de datos. Obligándonos a acortar el tiempo del estudio de seis meses a cinco meses.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se trabajó con un grupo de pacientes de 1 a 10 años de edad con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, con una muestra de 35 participantes, todos atendidos en el Hospital Francisco Ycaza Bustamante, establecimos que la frecuencia con la que se cumple cada uno de los principios del modelo principialista fue: Respeto a la Autonomía [ fr=28,5% ,gl=1,p-valor =1,000, chi cuadrado=,000] , Justicia [ fr= 82,85%, gl= 1, p-valor=0,178, chi cuadrado=1,810, Beneficencia [ fr=88,5%, gl=1, p-valor=0,288, chi cuadrado=1,129] y No maleficencia [fr=71,43%, gl=1, p-valor=0.350, chi cuadrado=0.875], entonces el principio que presentó mayor frecuencia fue Beneficencia, mientras que el principio que menos se cumplió fue Autonomía, además podemos concluir que al no cumplirse un p-valor > 0,5 en ningún principio , no existe relación entre la variable de los pacientes hospitalizados y de consulta externa con el cumplimiento o no de cualquiera de los cuatro principios antes mencionados.

Respondiendo a nuestro segundo objetivo la frecuencia con que se aplicaron todos los principios a manera de modelo principialista fue [fr=22.85% chi cuadrado=1,62, gl=1, p-valor= 6,87] es decir que se llega a la misma conclusión en la que se establece que no existe relación entre la variable

pacientes de consulta externa y hospitalización y el cumplimiento de todo el modelo principalista.

Siguiendo con nuestro tercer objetivo relacionamos las variables evolución y días de hospitalización, obteniendo un chi cuadrado= 15,29, p-valor > 0,005, indicando que el número de días de tratamiento del paciente esta relacionada con el tipo de evolución.

Y como último objetivo al relacionar la evolución de los pacientes con el cumplimiento de todo el modelo principalista los resultados fueron en pacientes en los que se cumplió el modelo principalista, los que presentaron una evolución favorable fueron: [fr=87,5%], y en los pacientes en los que no se cumplió el modelo principalista, tuvieron una evolución favorable sólo el 66,7%, con [chi cuadrado=1,313, gl=1, p-valor=0,252].

Concluyendo que existe relación entre el cumplimiento de todo el modelo principalista y la evolución favorable de la enfermedad de los pacientes de nuestro estudio.

## DISCUSION

Durante la realización del estudio hubieron algunos factores que afectaron la recolección de datos, como por ejemplo fue uno de ellos, el factor edad, a pesar que dentro de las estadísticas del INEC pudimos definir que la mayor frecuencia de neumonía adquirida en la comunidad en niños es de 1 a 5 años, nos vimos forzados a aumentar este rango de edad, ya que en las estadísticas no se dividen las frecuencias según datos como complicaciones o enfermedades concomitantes que cambian totalmente los protocolos de manejo para cada paciente. Y en nuestro estudio necesitábamos pacientes que no presenten enfermedades concomitantes que los predispongan a contraer neumonía con facilidad, ya que los días de evolución y tratamiento cambiarían marcadamente.

Luego de analizar, comparar, investigar e ir tras resultados, pudimos ver claramente que el modelo principalista ha sido confundido tal vez por su nombre que nos hace referencia mental hacia sinónimos como normas, reglas, y pasos a seguir textuales, mientras que lo que realmente se busca con éste modelo es que sirva como herramienta de fácil uso, para que los médicos logren una efectiva relación con su paciente, pero en éste camino hemos olvidado que al llamarla relación está constituida por dos elementos y uno de ellos es el paciente, en este caso al ser pediátricos podemos involucrar

directamente al familiar como responsable, entonces si nos detenemos a analizar este dato, notaremos que por más que trabajemos con nuestros profesionales que sería el primer paso para que ellos también puedan contribuir con este grandísimo siguiente paso que es la educación de los pacientes, es decir si ambos saben cuál es su papel y la responsabilidad que involucra su rol, pues será mucho más fácil que la relación se logre.

A pesar de haber comprobado la existencia de una relación entre el cumplimiento de todo el modelo principialista y la evolución de la enfermedad, notamos que existe una gran frecuencia de incumplimiento de un principio en específico, Respeto a la Autonomía que presenta una frecuencia de tan sólo 28,5% por debajo del resto de principios. Estableciendo que este principio se define a sí mismo como “respeto a la capacidad del sujeto para realizar elecciones que en nuestro campo versan sobre un posible tratamiento o sobre la opción de entrar en un protocolo de investigación” y que se evalúa básicamente con la firma del consentimiento informado; decidimos ir más allá y profundizar en el porqué de su marcado incumplimiento. Para éste propósito se realizaron encuestas hacia los profesionales de salud en los que se incluye (médicos tratantes, residentes postgradistas, licenciadas en enfermería y auxiliares de enfermería). Anexo.

En la cual se demostró que los profesionales de salud concuerdan en que: “el tiempo que se otorga por paciente es escaso” [fr=72%], “que tienen un exceso de carga horaria asistencial” [fr=81,8%], “que existe un exceso de carga de pacientes diaria” [fr=90,9%], “que no hay suficientes profesionales de salud en relación con la cantidad de pacientes” [fr=81,8%], “que no hay suficientes recursos para poder atender a todos los pacientes de forma equitativa” [fr=72%], y por último “que hay falta de capacitación de los profesionales de salud” [fr=72%].

Como hemos descrito anteriormente el objetivo de la creación del modelo principalista fue idear una herramienta que facilitara la relación médico paciente, por tanto tendría que ser de fácil entendimiento, y aplicación. Hemos analizado mediante nuestro estudio cada uno de los principios incluidos, y hemos podido notar que la nueva generación de atención hospitalaria exige al médico “producción” que solo se logra realizando una atención mucho más eficaz y eficiente, que la mayoría de veces se traduce a un aumento del número de pacientes para atención médica no sólo en consulta externa sino también en hospitalización, y por lo tanto disminución del tiempo dedicado a cada paciente, ya que no hay aumento de la cantidad de profesionales a cargo sino simplemente aumento de la producción que debe cumplir cada uno de los médicos. Esto da como resultado la ausencia de relación médico paciente que

es la base técnicamente de una buena anamnesis, un correcto diagnóstico y un apropiado tratamiento que conlleva a una evolución favorable del paciente.

Como ya estamos demostrando, una relación médico paciente efectiva sí está directamente relacionada con una evolución favorable ya que “existe la necesidad de que el médico se sienta obligado a no solo dejar que el paciente decida su ingreso hospitalario sino además esté informado de cada fase de la evolución de su enfermedad, y a su vez que el paciente sepa la importancia que tiene su interés en éste proceso” (Girón, M. (2002).

Enfatizamos que el único caso en el que no hubo una evolución favorable dentro de nuestro estudio fue en una paciente que presentaba muchas complicaciones, que agravaban su cuadro clínico, desligando el cumplimiento o no del modelo con su evolución ya que iba mucho más allá de las posibilidades del médico y aun así demostramos que sigue existiendo una priorización de parte de los profesionales cuando se trata de pacientes de mayor gravedad ya que se cumplieron cada uno de los principios que conforman el modelo principialista y si se estableció una relación efectiva. Y al evaluar su evolución pudimos notar que los protocolos fueron respetados, tratando no solamente su enfermedad sino también cada una de sus complicaciones que es parte del cuidado que debe darse en una paciente.

Podemos además felicitar a cada uno de los profesionales de salud que conforman el área de neumología del Hospital Francisco Ycaza Bustamante ya que mediante los resultados podemos confirmar y asegurar de que en cada una de los archivos que revisamos para determinar el tipo de evolución de cada paciente, es muy claro el compromiso que se guarda hacia cada paciente, se cumple en la mayoría de pacientes un 75% del modelo que engloba para nosotros los más relevantes para establecer la relación médico paciente efectiva ya que a pesar del marcado incumplimiento del principio de Respeto a la Autonomía evaluado como la firma del consentimiento informado, dentro de la encuesta realizada en los demás principios incluíamos preguntas que hacían referencia a recomendaciones de parte de los médicos hacia los familiares acerca del cuidado del paciente, también noticias de evolución diaria del paciente hacia los padres durante el pase de visita de los médicos ,y el respeto de las horas de administración de medicamentos, entonces podemos afirmar que en ésta institución la relación médico paciente es posiblemente más del 75% efectiva, y que lo que probablemente represente un problema en la institución es la cantidad de profesionales a cargo en comparación con la demanda de pacientes diaria que reciben por ser el hospital pediátrico más completo en todo ámbito del Guayas, y probablemente del Ecuador.

## RECOMENDACIONES

La atención médica hospitalaria debe ir de la mano de una buena administración de salud que incluye el buen uso de recursos, sueldos acordes a las horas de trabajo, instalaciones que permitan trabajar a los profesionales de salud adecuadamente y aseguren el bienestar de sus pacientes, pero que sucede cuando se requiere volver más eficiente la atención médica dirigida a más personas usando menos tiempo, y no tomamos en cuenta detalles necesarios como la coordinación entre cada uno de los que conforman el sistema de salud y el cumplimiento de sus labores requeridos, también la capacitación de los profesionales de salud para que esta coordinación se lleve a cabo y además la relación que debe haber entre el médico y el paciente que sólo puede darse en el caso de que se tomen en cuenta los puntos antes mencionados.

A través de nuestro trabajo de titulación hemos podido puntualizar las necesidades de nuestro sistema actual de salud, que nos atrevemos a llamar falencias, debido a que es de nuestro conocimiento que se lucha por una mejora del mismo, y es responsabilidad de todos, y más aun de nosotros que somos parte del sistema de salud pública del Ecuador contribuir con observaciones, recomendaciones y propuestas que permitan la existencia de un sistema más completo, organizado, eficaz y eficiente, en el que trabajemos

todos en busca de la misma visión que es luchar en conjunto para que el paciente evolucione de la mejor manera posible.

Es decir recomendamos firmemente la capacitación de cada uno de los que conforman el sistema de salud, para que sepan la importancia de su labor en el servicio y de esta manera asegurar el cumplimiento no de un modelo como tal, sino del establecimiento de metas y misiones diarias, que puedan cumplirse con más armonía día a día y asegure el bienestar de todos y cada uno de los pacientes que lleguen a la institución. Sugerimos que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador preste más atención a la consulta médica efectiva , y no tanto a la cantidad de pacientes que se atienden, ya que está demostrado el efecto inmediato que se produce sobre el paciente incluso desde el primer momento en que se establece la relación entre el médico y él/ella, que facilita el cumplimiento y entendimiento de cada de una de las recomendaciones dadas por el médico, por tanto esto disminuiría la afluencia de pacientes por recurrencias debido a tratamientos incompletos o no entendidos, disminuiría la frecuencia de enfermos, aumentaría la cantidad de pacientes instruidos, con reducción de cantidad de consultas innecesarias. Y todo ésto también nos conduciría hacia una actividad médica más efectiva y eficiente, simplemente usando otros métodos.

Recalcamos una vez más, que la clave está en el trabajo en equipo, evitando el exceso de trabajo hacia cualquiera de los profesionales, y además el compromiso en cada uno para que juntos puedan lograr un cometido en común que es establecer una relación que llamaremos en esta ocasión Profesionales de salud – Paciente, ya que no sólo el médico puede ser responsable de toda la evolución del paciente, porque todo el equipo incluyendo residentes postgradistas, licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería, internos, etc. contribuyen a tan arduo trabajo y tan grande responsabilidad. La medicina está evolucionando y es nuestro deber evolucionar con ella.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **T.M. Beauchamp y J. F. Childress.** Principios de Ética Biomédica. 1 ed. Barcelona: Masson, 1999. Traducido de T.M. Beauchamp y J. F. Childress, Principles of Biomedical Ethics Fourth Edition, Oxford University Press, 1994 ISBN 84-458-0480-4
2. **Clouser, D.; Gert, B.** (219-236). «A Critique of Principlism». The Journal of Medicine and Philosophy (15).
3. **P. Requena;** El Principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica; Roma; 2005
4. **Campos Serena Olga,** bioética principialista el papel de la tradición nprteamericana, universidad de granada.
5. Guia practica clinica, adopcion de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS, Ministerio de salud pública del ecuador, 2014
6. **González Mariela,** neumonia principal.causa de morbilidad en el ecuador, revista analisis octava edicion abril 2013.
7. **Liñán Cortes s,** protocolo de tratamiento de las.neumonias en la infancia, sociedad española de neumologia pediatria, anal española pediatria volumen 50
8. **Rodríguez Arce, Ma. Antonieta;** Relación Medico Paciente; Ciencias Médicas; 2008
9. **Ariel Calderón Rodríguez, 2007** Influencia de la Relación Médico Paciente en el desarrollo de los valores ético-profesionales de los estudiantes del Programa

Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria. Municipio Caroní.  
Estado Bolívar. 2007

10. **Dra. Dagmara, Lic. Yanetsi (Sánchez Arrastía, Contreras Olivé, 2014)** La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica;; Universidad de Ciencias Médicas de las FAR. La Habana, Cuba; 2014
11. **Pablo Requena Meana**, El principalismo y la casuística como modelos de bioética clínica, Presentación y valoración crítica, Pontificia Universidad de la Santa Cruz, Facultad de la Santa Cruz, Roma (2005)
12. **Manuel Girón, Begoña Beviá, Elisa Medina y Manuel Simón Talero**, Calidad de la relación medico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales, Revista Española Salud Pública 2002; N.º 5 - Septiembre-Octubre (2002)
13. **Olga Campos Serena**, Bioética Principialista. El papel de la tradición Norteamericana, Universidad de Granada (2010)
14. **Leo Pessini** , Bioética en América Latina, Sao Paolo (2005)
15. **Asociación Médica Mundial**, Manual de Ética Médica ,3era edición, (2015)
16. **Martína, A., Moreno-Pérezb, D., Alfayate S., J.A. Gianzod, C., García, M.L, Korta J., Martínez, L., Muñoz, A., Santaellad, O. y Pérez, G.**, Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas, Asociación española de Pediatría; (2012)
17. **Alvarez A.** Neumonía adquirida en la comunidad en niños: Aplicabilidad de las guías clínicas.; Revista Chilena de Infectología (2003)

18. **Méndez A., García M., Baquero F., Del Castillo F.**, Neumonía adquirida en la comunidad; Servicio de Pediatría General. Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital Infantil La Paz. Madrid (2010)
19. Infectious Diseases Society of America; IDSA. Hospital acquired pneumonia, Guidelines for the management of HAN (2011)
20. **Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax (ACNCT)**  
**Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI)**  
**Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI)** **Asociación Colombiana de Infectología (ACIN)**, Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes, Publicado en Elsevier España (2013)

## **ANEXOS**

### **Objetivo general:**

Determinar la frecuencia de la Aplicación del Modelos Principialista en la atención de los pacientes de 1 a 5 años con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Francisco de Ycaza y Bustamante y su efecto en la evolución de la enfermedad

### **Objetivos específicos:**

- Establecer la frecuencia con la que se cumple cada uno de los principios del modelo principialista: Autonomía, Justicia, No maleficencia y/o Beneficencia en la atención de los pacientes de 1 a 5 años de hospitalización y consulta externa con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Francisco de Ycaza y Bustamante.
- Definir la frecuencia con la que se aplican todos los principios comprendidos dentro del Modelo Principialista en la atención de los pacientes de 1 a 5 años de hospitalización y consulta externa con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Francisco de Ycaza y Bustamante.

- Valorar la evolución favorable o no favorable de los pacientes de 1 a 5 años con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Francisco de Ycaza y Bustamante en relación a la cantidad de días de la evolución (mayor o menos a 10 días)
- Comparar la evolución favorable o no favorable de los pacientes en los que se cumplió el modelo Principialista en el Hospital Francisco de Icaza y Bustamante

### Hipótesis

¿Existen diferencias en la evolución de la enfermedad entre los pacientes atendidos aplicando el modelo Principialista y los atendidos sin aplicar el modelo Principialista en el Hospital Francisco de Icaza Bustamante?

## **Encuesta dirigida a pacientes atendidos por consulta externa de la especialidad de Neumología en HFYB**

**Tema:** Frecuencia de la Aplicación del Modelo Principialista en la atención de los pacientes de 1 a 5 años con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Francisco de Ycaza y Bustamante y su efecto en la evolución de la enfermedad.

El modelo Principialista, que tiene como propósito ayudar a establecer desde el ámbito de la biomedicina la mejoría de relación médico-paciente.(3) Está conformado por los llamados cuatro principios de la bioética: respeto a la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, que orientan moralmente las decisiones que se deben tomar ante situaciones médicas concretas, en vista a identificar, analizar y resolver los conflictos éticos que se plantean. Conociendo los fundamentos éticos con los que se pretende establecer la mejoría de la biomedicina en la relación médico-paciente, quisiéramos determinar cuál es la frecuencia con la que los profesionales de la salud cumplen con todo el modelo Principialista y cada uno de sus principios.(7) Para demostrar estadísticamente los beneficios del cumplimiento del modelo Principialista aplicados al sistema de salud, en la evolución de la enfermedad de los pacientes que es el propósito de nuestro estudio.

- **Evaluación del cumplimiento del modelo Principialista**

- 1. Respeto a la autonomía:

1.1 El médico le explicó los posibles procedimientos y tratamientos que se iban a realizar al paciente dentro de la institución durante su periodo de hospitalización?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

1.2 El médico explicó los beneficios y complicaciones o efectos secundarios de cada procedimiento y tratamiento que se desea realizar en el paciente:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

1.3 Paciente o familiar del paciente entiendo los procedimientos y tratamientos a los que será sometido el enfermo?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- 2. Justicia:

2.1 ¿Considera usted que hubo una correcta regulación de acceso a los servicios de Consulta Externa?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2.2 ¿Hubo una atención pertinente, adecuada y justa por parte del médicos?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2.3 ¿Toma de medicación a la hora prescrita?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3.

Beneficencia:

3.1 ¿Considera usted Que se usaron todos los medios y todas las atenciones posibles hacia el paciente?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4.

No maleficencia:

4.1 ¿El paciente recibió indicaciones generales necesarias para mejoría del paciente?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4.2 ¿Se encuentra usted conforme con el tiempo de atención que se le dedico?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## **Encuesta dirigida hacia los pacientes atendidos en el área de hospitalización de la especialidad de Neumología en el HFYB.**

**Tema:** Frecuencia de la Aplicación del Modelos Principialista en la atención de los pacientes de 1 a 5 años con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Francisco de Ycaza y Bustamante y su efecto en la evolución de la enfermedad.

El modelo Principialista, que tiene como propósito ayudar a establecer desde el ámbito de la biomedicina la mejoría de relación médico-paciente.(3) Está conformado por los llamados cuatro principios de la bioética: respeto a la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, que orientan moralmente las decisiones que se deben tomar ante situaciones médicas concretas, en vista a identificar, analizar y resolver los conflictos éticos que se plantean. Conociendo los fundamentos éticos con los que se pretende establecer la mejoría de la biomedicina en la relación médico-paciente, quisiéramos determinar cuál es la frecuencia con la que los profesionales de la salud cumplen con todo el modelo Principialista y cada uno de sus principios.(7) Para demostrar estadísticamente los beneficios del cumplimiento del modelo Principialista aplicados al sistema de salud, en la evolución de la enfermedad de los pacientes que es el propósito de nuestro estudio.

- **Evaluación del cumplimiento del modelo Principialista**

1. Respeto a la autonomía:

- 1.1 ¿Firmo usted consentimiento informado?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- 1.2 ¿Firmo usted el consentimiento informado cuando le informaron del ingreso del paciente?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- 1.3 El médico leyó cada ítem de el consentimiento informado y respondió sus dudas acerca del documento?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- 1.4 Paciente o familiar del paciente entiendo los procedimientos y tratamientos a los que será sometido el enfermo?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. Justicia:

2.1 ¿Considera Ud. Que hubo una correcta regulación de acceso a los servicios de Emergencia(TRIAJE)?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

2.2 ¿Hubo una atención pertinente, adecuada y justa por parte de los médicos?

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

2.3 ¿Toma de medicación a la hora prescrita?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

3. Beneficencia:

3.1 ¿Considera Ud. Que se usaron todos los medios y todas las atenciones posibles hacia el paciente?

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

4. No maleficencia:

4.1 ¿El paciente recibió indicaciones generales necesarias para mejoría del paciente?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

4.2 ¿Se encuentra usted conforme con el tiempo de atención que se le dedico?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

4.3 ¿Recibió el apoyo de las enfermeras y auxiliares?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

## **Encuesta dirigida hacia los profesionales, en busca de una respuesta hacia el marcado incumplimiento del principio Respeto a la Autonomía.**

**Tema:** Frecuencia de la Aplicación del Modelos Principialista en la atención de los pacientes de 1 a 5 años con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Francisco de Ycaza y Bustamante y su efecto en la evolución de la enfermedad.

El modelo Principialista, que tiene como propósito ayudar a establecer desde el ámbito de la biomedicina la mejoría de relación médico-paciente.(3) Está conformado por los llamados cuatro principios de la bioética: respeto a la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, que orientan moralmente las decisiones que se deben tomar ante situaciones médicas concretas, en vista a identificar, analizar y resolver los conflictos éticos que se plantean. Conociendo los fundamentos éticos con los que se pretende establecer la mejoría de la biomedicina en la relación médico-paciente, quisiéramos determinar cuál es la frecuencia con la que los profesionales de la salud cumplen con todo el modelo Principialista y cada uno de sus principios.(7) Para demostrar estadísticamente los beneficios del cumplimiento del modelo Principialista aplicados al sistema de salud, en la evolución de la enfermedad de los pacientes que es el propósito de nuestro estudio.

- **Evaluación del cumplimiento del modelo Principialista**

1.1 Considera usted que el tiempo que se le otorga por paciente es suficiente?

SI..... NO.....

1.2 Considera usted que tiene el numero de horarios necesarias para atender a cada paciente?

SI.....NO.....

1.3 Considera usted que la cantidad de pacientes atendida diariamente guarda relación con sus horas laborales?

SI.....NO.....

1.4 Considera usted que hay suficientes recursos para la atención adecuada del paciente?

SI.....NO.....

1.5 Considera usted que hay suficientes profesionales de salud para la cantidad de pacientes que se atiende diariamente?

SI.....NO.....

1.6 Considera usted hay suficientes capacitaciones hacia los profesionales de salud en esta entidad?

SI.....NO.....

## TABLAS

Cada gráfico y tabla se relaciona con cada objetivo correspondiente, ubicados en anexos.

**Tabla 1. Relacionado a objetivo 1.** Frecuencia con la que se cumple cada principio del Modelo Principialista y su relación entre paciente de Consulta externa y Hospitalización

	Respeto a la Autonomía		Justicia		Beneficencia		No Maleficencia	
	No	Si	No	Si	no	si	no	Si
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
CE	5	2	0	7	0	7	1	6
HOSP	20	8	6	22	4	24	9	19

**Anexo tabla 1. Relacionado a objetivo 1.** TABLA 1: Frecuencia con la que se cumple cada principio del Modelo Principialista y su relación entre paciente de Consulta externa y Hospitalización

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson					
		Respeto a la Autonomía	Justicia	Beneficencia	No Maleficencia
tipo	Chi cuadrado	0	1,81	1,129	0,875
	gl.	1	1	1	1
	Sig.	1,000 <sup>a</sup>	,178 <sup>a</sup>	,288 <sup>a,b</sup>	,350 <sup>a</sup>

**Tabla 2. Relacionado a objetivo 2** Frecuencia con la que se cumple el Modelo Principalista en su totalidad y su relación entre paciente de Consulta externa y Hospitalización

		<b>Modelo Principalista</b>			
		No cumplen		Si Cumple	
		Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
<b>tipo</b>	CE	5	71,40%	2	28,60%
	HOSP	22	78,60%	6	21,40%

**Anexo tabla 2. Relacionado a objetivo 2** Frecuencia con la que se cumple el Modelo Principalista en su totalidad y su relación entre paciente de Consulta externa y Hospitalización

<b>Pruebas de chi-cuadrado de Pearson</b>		
		Modelo Principalista
tipo	Chi cuadrado	0,162
	Gl	1
	Sig.	,687 <sup>a</sup>

**Tabla 3. Relacionado a objetivo 3.** Valoración de la evolución favorable o desfavorable de los pacientes en relación con la cantidad de días de evolución

		<b>Evolución del paciente</b>			
		más de 10 días		menos de 10 días	
		Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
<b>tipo</b>	Evolución Favorable	3	12,00%	22	88,00%
	Evolución Desfavorable	8	80,00%	2	20,00%

**Anexo de tabla 3. Relacionado a objetivo 3.** Valoración de la evolución favorable o desfavorable de los pacientes en relación con la cantidad de días de evolución

		Evolución
tipo	Chi cuadrado	15.29
	gl	1
	Sig.	1,000 <sup>a</sup>

**Tabla 4. Relacionado a objetivo 4.** Relación existente entre el cumplimiento o no del Modelo Princiपालista y la evolución favorable de la Neumonía Adquirida en la comunidad.

		Evolución			
		Evolución Desfavorable		Evolución Favorable	
		Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
Modelo Princiपालista	No Cumple	9	33,30%	18	66,70%
	Cumple	1	12,50%	7	87,50%

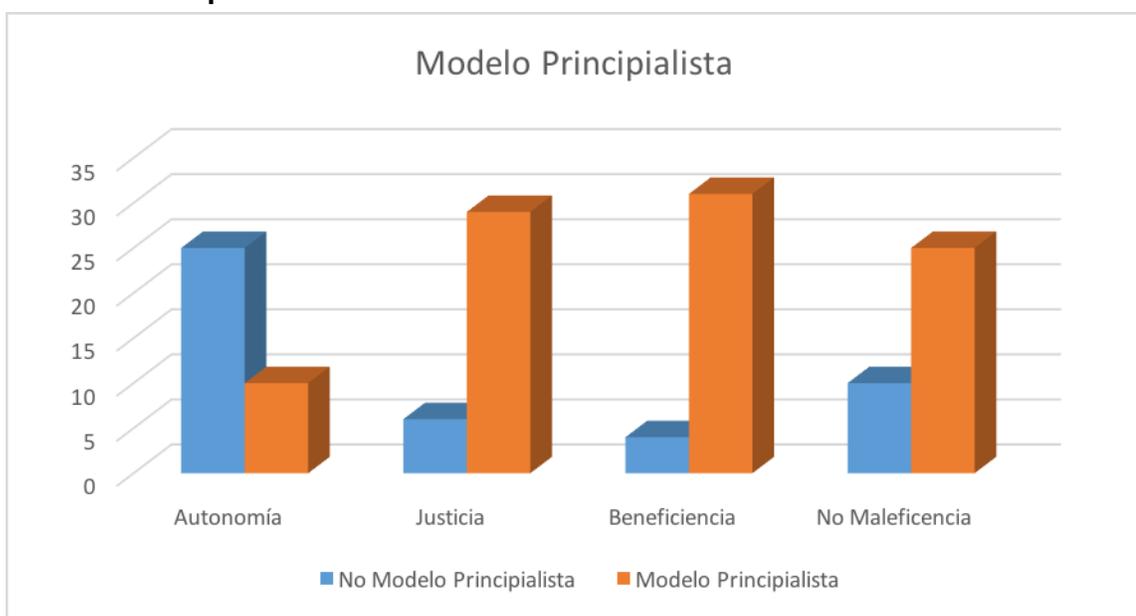
**Anexo a tabla 4. Relacionado a objetivo 4.** Relación existente entre el cumplimiento o no del Modelo Princiपालista y la evolución favorable de la Neumonía Adquirida en la comunidad.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Evolución
Modelo Princiपालista	Chi cuadrado	1,313
	Gl	1
	Sig.	,252 <sup>a</sup>

## GRAFICOS

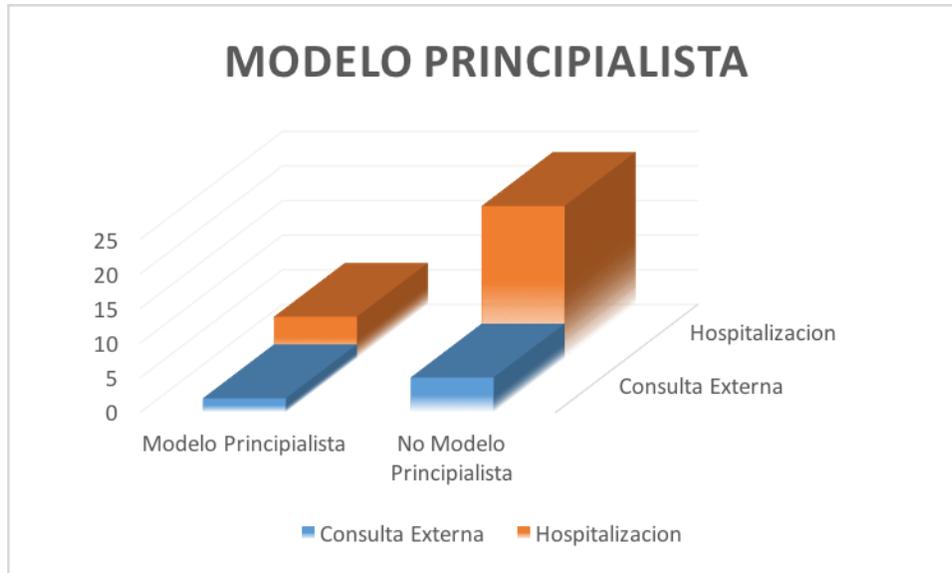
Cada gráfico y tabla se relaciona con cada objetivo correspondiente, ubicados en anexos.

### Evaluación de la frecuencia con la que se cumple cada uno de los principios del Modelo Principialista



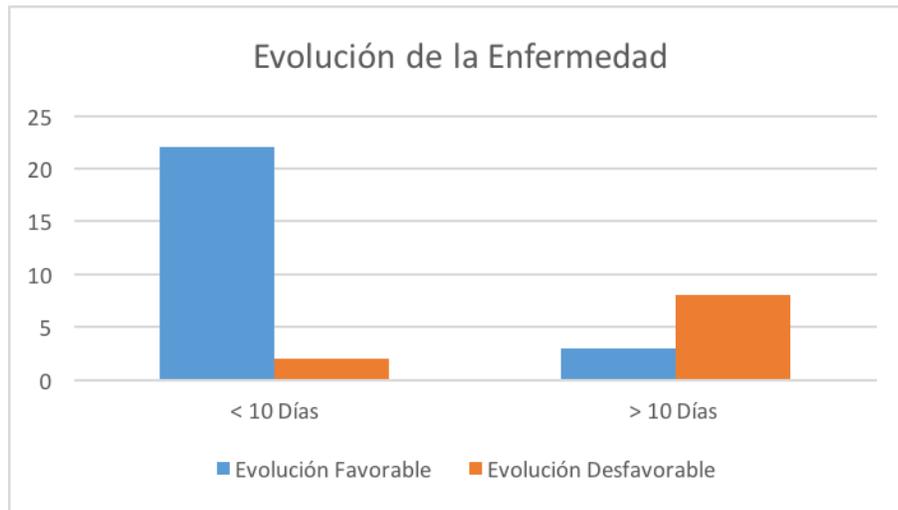
**Gráfico 1. Relacionado a tabla, anexo de tabla y objetivo 1.** El principio Autonomía se evidencia en el gráfico que es el que menos se cumple con un 28.6%. El principio beneficencia se encuentra por encima con un 88.6% de cumplimiento.

## Frecuencia con la que se cumple todos los principios del Modelo Principialista



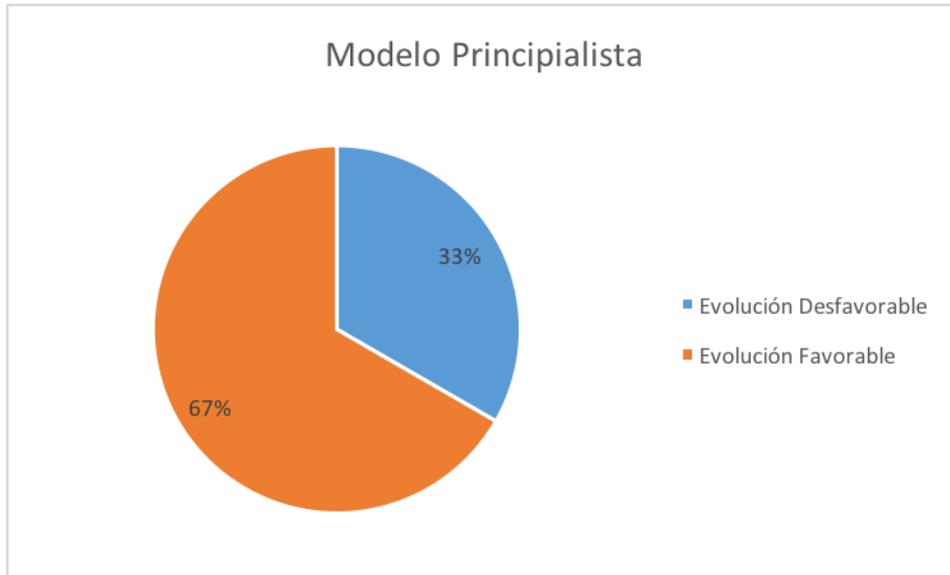
**Gráfico 2. Relacionado a tabla, anexo de tabla y objetivo 2.** Se evidencia que el Modelo Principialista se cumple en menor cantidad de pacientes, tanto en Consulta

**Evaluación de la relación de días de evolución de la enfermedad con una evolución favorable o desfavorable**



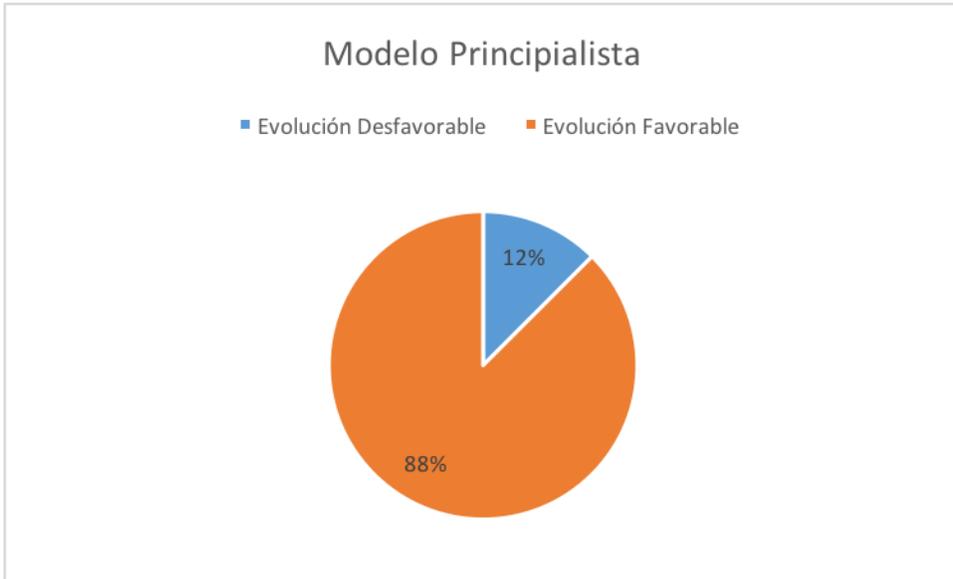
**Gráfico 3. Relacionado a tabla, anexo de tabla y objetivo 3** Se evidencia en el gráfico que una evolución favorable depende del número de días de enfermedad, considerando que 25 pacientes tuvieron una evolución favorable en menos de 10 días a comparación de 2 pacientes que evolucionaron en más de 10 días.

**Frecuencia de evolución favorable en los pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad**



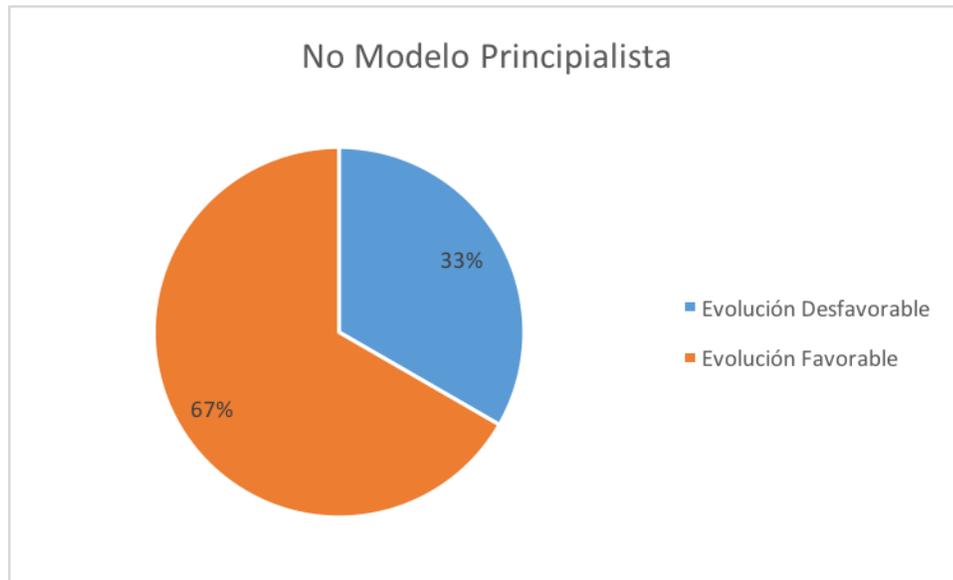
**Gráfico 4. Relacionado a tabla, anexo de tabla y objetivo 4.** En un total de 35 pacientes, el 67% tuvieron una evolución favorable.

**Evaluación de una evolución favorable en los pacientes en los que se cumplen los principios del Modelo Prinsipalista**



**Gráfico 5:Relacionado a tabla, anexo de tabla y objetivo 4:** se evidencia que en los pacientes que se cumplieron los principios del Modelo Prinsipalista un 88% obtuvo una evolución favorable

**Evaluación de una evolución favorable en los pacientes en los que no se cumplen los principios del Modelo Principalista**



**Gráfico 6: Relacionado a tabla, anexo de tabla y objetivo 4:** se evidencia que en los pacientes que no se cumplieron los principios del Modelo Principalista solo un 67% obtuvo una evolución favorable



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Montesdeoca Santana Steffania Renata, con C.C: # 0925958209 autora del trabajo de titulación: Frecuencia de la aplicación del Modelo Principialista en la atención de pacientes de 1 a 10 años con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad, en el Hospital Francisco Ycaza Bustamante y su efecto en la evolución de la enfermedad previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de abril de 2016

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Montesdeoca Santana Steffania Renata

C.C: 0925958209



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Coyago Kelly María José, con C.C: # 1313557603 autora del trabajo de titulación: Frecuencia de la aplicación del Modelo Prinsipalista en la atención de pacientes de 1 a 10 años con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad, en el Hospital Francisco Ycaza Bustamante y su efecto en la evolución de la enfermedad previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes

Guayaquil, 26 de abril de 2016

f. \_\_\_\_\_

Nombre: María José Coyago Kelly

C.C: 1313557603

<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	<b>Frecuencia de la aplicación del Modelo Principialista en la atención de pacientes de 1 a 10 años con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad, en el Hospital Francisco Ycaza Bustamante y su efecto en la evolución de la enfermedad</b>		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Steffania Renata Montesdeoca Santana María José Coyago Kelly		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Vásquez Cedeño , Diego Antonio		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	26 de abril del 2016	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	70
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Bioética-Pediatría		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Bioética, relación médico-paciente, Modelo Principialista, Respeto a la Autonomía, Beneficencia, No maleficencia, Justicia		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p>Destacando la importancia que toma hoy en día la Bioética en la práctica médica diaria, que tiene como objetivo la mejoría de la relación médico-paciente, y orienta moralmente a los profesionales de salud a tomar decisiones que influyen en el bienestar del enfermo, y hacer del mismo un participante activo, pudimos rescatar el hecho de que en Ecuador no son habituales los estudios de esta índole, ésto motivó la realización de un trabajo de investigación que no solo</p>			



estudiara la frecuencia del uso del modelo principalista como tal; que incluye los cuatro principios de la ética: Respeto a la Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia , sino también que relacione el uso de éste modelo en la práctica clínica con un factor medible como es la evolución del paciente, dando aún más crédito a la importancia de la correlación entre la Bioética y la práctica médica basada en valores y cuantificaciones. Llegando a ser el primer estudio de este tipo en el Ecuador y parte de los pocos estudios publicados existentes en el mundo. Esperando además contribuir con datos que influyen en la práctica médica diaria en el Ecuador.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0999972191 0996620765	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:Majotop_15@hotmail.com">Majotop_15@hotmail.com</a> Stephita_nia15@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Vásquez Cedeño , Diego Antonio	
<b>COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE</b>	<b>Teléfono:</b> 0982742221	
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:diegoavasquez@gmail.com">diegoavasquez@gmail.com</a>	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>No. DE REGISTRO (en base a datos):</b>		
<b>No. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		