

Estudio transversal en profesionales de la salud sobre aplicación y percepción de conocimientos bioéticos adquiridos en urgencias pediátricas

Alexis Strickler^{a, b*}, Constanza Herrera Torres^{a, b}, Alejandra Padilla Cisternas^{a, b}, María Teresa Silva^c, Viviana Rivera Saba^c

^a Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina y Ciencias, Universidad San Sebastián sede Patagonia, Puerto Montt, Chile

^b Hospital Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Puerto Montt, Chile

^c Facultad de Medicina y Ciencias, Universidad San Sebastián sede de la Patagonia, Puerto Montt, Chile

*** Autor de correspondencia**

alexisstrickler@gmail.com

Citación

Strickler A, Herrera Torres C, Padilla Cisternas A, Silva MT, Rivera Saba V. Estudio transversal en profesionales de la salud sobre aplicación y percepción de conocimientos bioéticos adquiridos en urgencias pediátricas. *Medwave* 2023;23(4):e2610

DOI

10.5867/medwave.2023.04.2610

Fecha de envío

May 5, 2022

Fecha de aceptación

Apr 3, 2023

Fecha de publicación

May 22, 2023

Palabras clave

Pediatric Emergency Medicine, Principle-Based Ethics, Educational Status, Health Care Ethics

Correspondencia a

Pasaje Skoruppa 73, Puerto Montt, Chile

Resumen

Introducción

En comparación con ciencias clínicas básicas o aplicadas, la bioética es considerada una disciplina secundaria y subutilizada en la práctica diaria. Sin embargo, el razonamiento ético es indispensable para la calidad del cuidado. Existen pocos estudios sobre bioética en unidades de emergencia pediátrica. Nuestro objetivo fue evaluar la percepción sobre la importancia y la suficiencia del conocimiento teórico adquirido y la aplicación de los principios bioéticos en casos estandarizados.

Métodos

Realizamos un estudio descriptivo transversal en profesionales médicos y de enfermería que se desempeñan en unidades de emergencia pediátrica de Puerto Montt. Mediante una encuesta, evaluamos la percepción de la importancia y suficiencia del conocimiento bioético obtenido y la aplicación de los principios bioéticos en casos hipotéticos, pero probables, en la atención de urgencias pediátricas.

Resultados

De una población total de 50 médicos y 53 enfermeras, participaron en nuestro estudio 30 médicos (60%) y 20 enfermeras (37,7%). La mayoría reportó formación ética en pregrado (84%). Una minoría reportó formación durante la práctica (20%). Sin embargo, sólo 60% percibía tener conocimientos suficientes de bioética y 72% la consideraba importante para la práctica diaria. Además, al aplicar los principios de Beauchamp y Childress a casos clínicos estandarizados, el 82,7% no reconoció el principio de justicia y solo 50% reconoció los principios de autonomía y no maleficencia.

Conclusión

Aunque la mayoría de los profesionales de la salud tienen formación en bioética, el aprendizaje muchas veces se considera insuficiente y no se incorpora a la práctica diaria en las unidades de emergencia pediátrica.

IDEAS CLAVE

- ◆ La ética médica clínica y la bioética en las últimas décadas son objetivos de aprendizaje durante la educación de pre y postgrado de los profesionales de la salud. Se espera que estos conocimientos sean aplicables durante el desempeño laboral en todos los ámbitos de la atención sanitaria.
- ◆ La evaluación de la percepción de la suficiencia del conocimiento bioético adquirido y su aplicación en el lugar de trabajo permite detectar la importancia que los profesionales de la salud asignan a este conocimiento y las necesidades de formación futuras.
- ◆ Este trabajo es el primer estudio realizado en Chile en unidades de emergencia. Sus resultados pueden contribuir para remarcar la importancia del razonamiento ético en la unidad de emergencia, modificar los currículos de las profesiones de la salud y realizar cursos de capacitación continua en profesionales de urgencia pediátrica en servicio.
- ◆ La baja participación de la población objetivo es una limitación para este trabajo. A ello se suman las respuestas subjetivas respecto de la percepción de la suficiencia del conocimiento en bioética.

INTRODUCCIÓN

La enseñanza de bioética, en el concepto moderno de salud, se incorporó en las mallas curriculares de profesionales de la salud en la década de 1990, en algunas universidades de Canadá, Estados Unidos y otras universidades del mundo [1–4]. En Latinoamérica se inició hace menos de 30 años. Inicialmente en algunas universidades se incorporó como asignatura voluntaria., A inicios del Siglo XXI se impartía un curso obligatorio de un semestre en los primeros años o en el período anterior a la práctica profesional o internado. También se dictaba como asignatura transversal optativa [5–9]. Como consecuencia, el aprendizaje de la bioética, en distintos países y universidades, incluso dentro del mismo país, no ha sido equivalente en duración, contenidos ni metodología de aprendizaje. Los perfiles de las carreras de la salud señalan expresamente que sus egresados tienen sólidos conocimientos de bioética y que se espera que los apliquen en la práctica profesional. Sin embargo, se ha detectado que el aprendizaje ha sido insuficiente durante la formación de pregrado, lo que ha motivado el desarrollo de investigaciones sobre nuevas metodologías de enseñanza [10,11].

El objetivo de este trabajo fue evaluar la percepción de la importancia y suficiencia del conocimiento teórico adquirido y la aplicación de los principios bioéticos en casos estandarizados sin urgencia vital inmediata, y que son frecuentes en la atención en unidades de emergencia pediátrica. Elegimos el contexto de emergencia, puesto que en Chile el conocimiento de bioética en el estamento médico ha sido investigado en las unidades de paciente crítico pediátrico [12], pero según nuestro conocimiento, no se ha realizado en unidades de emergencia.

MÉTODOS

Estudio exploratorio descriptivo y transversal. Se aplicó un cuestionario validado sobre enseñanza de bioética en pre y

postgrado, la percepción de la suficiencia del conocimiento adquirido, la percepción de la importancia y aplicabilidad del conocimiento bioético en la clínica diaria. Se utilizó el análisis basado en los principios de Beauchamp y Childress: autonomía o respeto por las opiniones y valores de los pacientes, beneficencia o atención de calidad, no maleficencia o no dañar, y justicia o considerar el uso correcto de los recursos económicos del paciente y la institución, aplicados a casos clínicos frecuentes sin urgencia vital. El instrumento se suministró a todos los profesionales médicos y de enfermería que aceptaron participar y que trabajan atendiendo población pediátrica en unidades de emergencia del hospital y clínicas de Puerto Montt.

El cuestionario fue construido a partir de las encuestas validadas de Hebert, Fawzi y Rueda [1,4,6]. Estos autores utilizaron casos clínicos para determinar si se han incorporado los conceptos bioéticos y preguntaban si con las estrategias de aprendizaje utilizadas en pregrado, los estudiantes consideraban que tenían las herramientas para aplicarlos al trabajo diario. Este cuestionario fue presentado a doctores en bioética de las universidades de Santiago y del Desarrollo, así como a los integrantes del comité de ética asistencial del Hospital de Puerto Montt, todos ellos considerados expertos en bioética clínica y de investigación, quienes opinaron respecto de las preguntas y de las variables incluidas. Posteriormente, fue aplicado como piloto a diez profesionales de medicina y enfermería, modificado de acuerdo con las sugerencias y aprobado por comité ético científico basados en la validación de cuestionarios de Villavicencio 2016 [13].

Se solicitaron datos de edad, título profesional, años de ejercicio profesional en unidad de emergencia, tipo de unidad de emergencia, formación de ética en pregrado incluyendo lugar en el currículo académico y metodología de enseñanza (teórico, práctica o mixta), enseñanza de ética en postgrado como parte de un currículo de postgrado o como educación continua, percepción de la suficiencia del conocimiento adquirido para el desempeño profesional y la identificación de los cuatro principios bioéticos de Beauchamp y Childress en una lista de diez conceptos éticos

(autonomía, beneficencia, calidad, eficiencia, empatía, justicia, misericordia, no maleficencia, prudencia y solidaridad) que contenía los cuatro principios y seis distractores.

Concomitantemente se presentaron cinco casos clínicos ficticios, pero posibles, en las consultas de emergencia, en los cuales se pidió seleccionar al menos uno de los principios dentro de cinco alternativas que incluían los principios de Beauchamp y Childress, junto a distractores. Finalmente, se incluyó una escala de Likert con cinco ítems (1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 indiferente, 4 de acuerdo, 5 totalmente de acuerdo) para determinar la opinión sobre la relevancia del conocimiento ético en la práctica profesional en la unidad de emergencia, el lugar dentro del currículo donde entregar ese conocimiento y el interés por la capacitación bioética futura. Al ser un estudio exploratorio y descriptivo, el cuestionario no fue sometido a validación estadística.

Para la población objetivo, se envió invitación por correo electrónico (de dos a tres veces), a los jefes de servicio y a todos los profesionales médicos y de enfermería contratados en unidades de emergencia, adjuntando consentimiento informado y cuestionario (Anexos 1 y 2). Al mismo tiempo, los autores entregaron presencialmente los documentos en los lugares de trabajo a algunos profesionales, recolectándolos de regreso en un plazo de 15 a 30 días. Los cuestionarios fueron autoadministrados. El período de recolección total de datos duró 12 meses (del 1 de mayo de 2021 al 30 de abril de 2022), por efectos de la pandemia de COVID 19.

Se excluyó a los profesionales médicos y de enfermería que trabajan en unidades de emergencia de Puerto Montt, que atienden población adulta y a otros profesionales de la salud.

Este trabajo contó con la autorización del comité ético científico del servicio de salud del Reloncaví, que incluye las provincias de Llanquihue y Palena, abarcando una superficie de 30 178 kilómetros cuadrados, y con una población estimada de 466 521 habitantes. Asimismo, el proceso de consentimiento informado constó de la entrega de información detallada a los participantes, quienes debieron firmar un acta de consentimiento.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los datos se realizó con el software IBM® SPSS® Statistics 20.0 SPSS, y Microsoft Office Professional Plus 2013. Se aplicó estadística descriptiva (número de casos y porcentajes). Se utilizaron gráficos de barras para representar el nivel de entrega de conocimiento y la importancia que atribuyen los profesionales al estudio de la bioética.

RESULTADOS

De un universo de 50 profesionales médicos y 53 de enfermería, participaron 30 médicos y 20 profesionales de enfermería, constituyendo una muestra de 50 profesionales, equivalente al 48,5% de la población objetivo. Respecto del estamento

profesional 40% corresponde a enfermería y 60% a médicos (Figura 1).

Respecto de la edad 26% son profesionales de menos de 30 años, la mitad tiene menos de 10 años de ejercicio profesional y 66% menos de cinco años de servicio atendiendo población infantil, lo que caracteriza a una población preferentemente joven. El 20% de los profesionales atiende en ambos servicios de emergencia (hospital público y clínicas privadas), y el mayor porcentaje atiende sólo en unidades de emergencia privada (Tabla 1). Al desagregar por estamento profesional, es el estamento de enfermería el que trabaja preferentemente en atención privada, en cambio no hay diferencias en el estamento médico en relación con el lugar de trabajo (datos no mostrados en tabla).

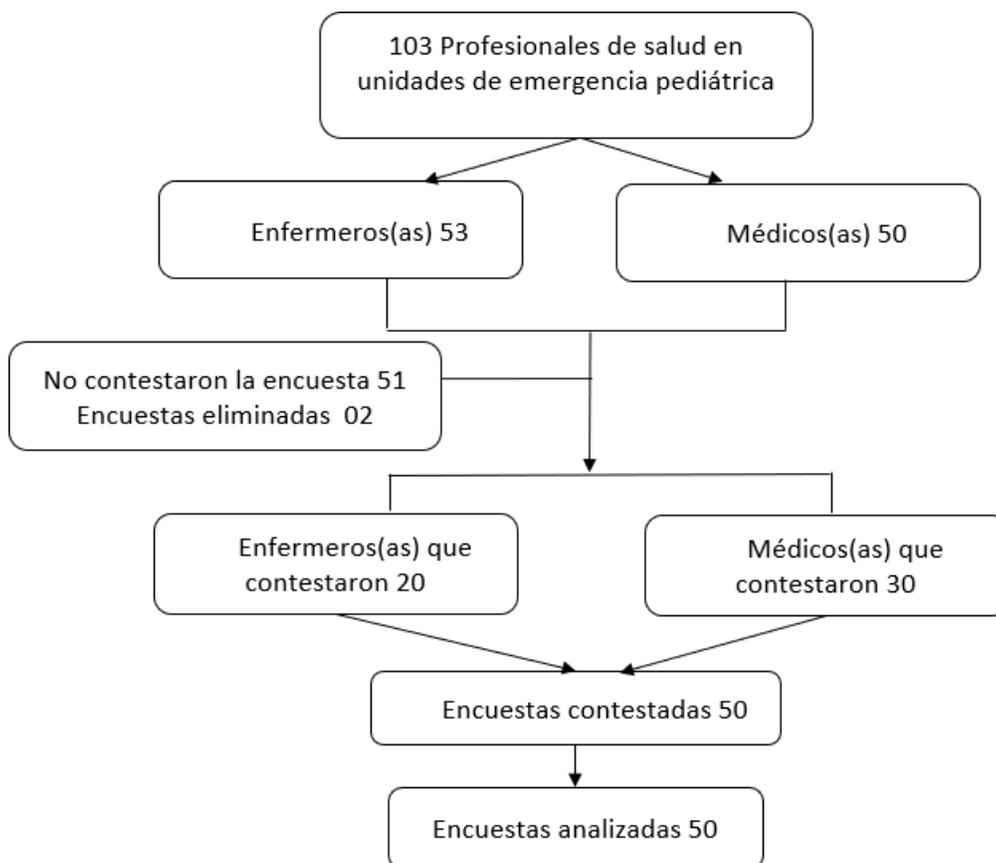
Referente al conocimiento o aprendizaje en bioética 84% de los profesionales recibieron formación ética en pregrado, 26% en los primeros años de estudio y 20% durante la práctica o internado, mientras que sólo 16% tuvo alguna formación de bioética en postgrado. Acerca de la percepción del conocimiento sobre bioética, 60% estima tener conocimientos suficientes (Tabla 2).

Al preguntar sobre la importancia de la formación en bioética en pregrado y en formación continua para el desempeño laboral, el 72% manifestó que es importante el conocimiento de bioética dentro de la práctica profesional, sin embargo 18% se muestra indiferente. Al mismo tiempo, solamente 56% cree que son aplicables los cuatro principios de Beauchamp y Childress en la atención de emergencia pediátrica. Respecto de la presencia de la bioética en la malla curricular, el 92% responde que debe estar en pregrado y 70% en postgrado. A pesar de que un alto porcentaje de los encuestados opina que es relevante el conocimiento en bioética para efectos de formación de postgrado, 24% se manifiesta indiferente, 6% está en desacuerdo con profundizar su formación y 20% no responde. Respecto a la pregunta de si la formación en bioética podría ser un requisito para desempeñarse en las unidades de emergencia pediátricas, 66% de los profesionales contesta que está de acuerdo o muy de acuerdo (Figura 2). Al analizar el porcentaje de aciertos en la identificación de los principios de Beauchamp y Childress en los casos clínicos presentados, el principio de justicia fue el menos reconocido con 17,3% de los profesionales que fueron capaces de seleccionar este principio cuando estaba presente en la situación clínica descrita. Respecto del principio de beneficencia ejemplificado en el caso cuatro, 70% de los profesionales lo identificó claramente. Al consultar sobre los principios de autonomía y no maleficencia, el 52 y 55,3% de los profesionales encuestados logró reconocerlos (Figura 3).

DISCUSIÓN

Nuestros resultados demuestran que, pese a que la mayoría de los profesionales (84%) responde que recibió formación de bioética en pregrado, sólo el 60% considera que los conocimientos adquiridos son suficientes para el desempeño laboral. Aquellos que no la han recibido corresponden a profesionales

Figura 1. Diagrama de flujo con las características de los participantes.



Fuente: preparado por las autoras a partir de los resultados del estudio.

de mayor edad y con más de 20 años de ejercicio profesional, quienes se formaron cuando aún no se habían incorporado formalmente asignaturas de bioética a los programas de estudio de las carreras de la salud.

Estudios internacionales y nacionales muestran que en décadas recientes los profesionales de la salud reciben educación sobre los aspectos bioéticos, que rigen un correcto desempeño profesional como parte del currículo universitario. Estos aspectos bioéticos son aplicables en todos los escenarios clínicos de atención de salud [1–9]. En los últimos años se ha investigado los resultados de este aprendizaje en facultades de medicina, estudiantes de medicina, enfermería, psicología y otras profesiones de la salud, así como en médicos con larga trayectoria laboral. En estos trabajos se ha medido la sensibilidad ética para identificar los problemas éticos a través de los principios de Beauchamp y Childress, el grado de satisfacción con la enseñanza impartida, qué contenidos debe incluir el curso, en qué momentos del currículo y con cuáles metodologías de aprendizaje debería impartirse, la influencia del currículo oculto y la incorporación del conocimiento en el lugar de trabajo. Como señalan los estudios, incluso en países con una vasta trayectoria en la enseñanza de bioética, la incorporación de los principios

bioéticos de Beauchamp y Childress y la deliberación ética en la práctica clínica habitual no se han logrado [1–9].

En Chile, el estudio de Morales *et al.*, que tuvo 67% de tasa de respuesta de un cuestionario autoadministrado, reportó el conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico en unidad de paciente crítico en relación con la adecuación del esfuerzo terapéutico, demostrando que solo 24% de los encuestados tenía estudios formales en bioética. Ello, a pesar de que los problemas bioéticos son altamente prevalentes en unidades críticas. Aunque no se estudió específicamente la formación recibida en pregrado, el estudio concluyó que la formación en bioética asistencial es deficiente y que se deben realizar esfuerzos para mejorar la capacitación [10]. House *et al.*, usando ensayos de estudiantes de medicina, destacaron las características únicas del contexto del departamento de emergencia frente a los posibles problemas éticos relacionados con la atención de salud y cómo podría ocuparse este escenario clínico, para enseñar en forma práctica los principios éticos de autonomía, no maleficencia, justicia y beneficencia. Además, relevaron las virtudes relacionadas con el profesionalismo como respeto por el otro, otorgar el cuidado apropiado y preocupación por los pacientes vulnerables [11]. Rainer *et al.* y Barlow *et al.* reportaron que en enfermería es posible identificar y responder a los

Tabla 1. Características de los profesionales que contestaron la encuesta.

Características de la muestra	n	%
Profesión		
Enfermeros (as)	20	40
Médicos (as)	30	60
Rango edad		
< 30 años	13	26
30 a 50 años	32	64
> 50 años	5	10
Años experiencia profesional		
< 5	16	32
5 a 10	14	28
10 a 20	12	24
> 20	8	16
Años servicio pediatría		
< 5	33	66
5 a 10	10	20
10 a 20	4	8
> 20	3	6
Servicio de urgencia donde trabaja		
Público	18	36
Privado	22	44
Ambos	10	20
Total	50	

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

dilemas éticos del cuidado del paciente [14,15]. Por su parte, Colaco *et al.*, enfatizaron que los desafíos éticos en emergencia pediátrica son más prevalentes que en los departamentos de emergencia de adultos, y que enfermeras y médicos necesitan mayor educación ética para manejar adecuadamente los múltiples problemas éticos identificados [16].

Considerando estos antecedentes y que no hemos encontrado trabajos que evalúen específicamente en la unidad de

emergencia, cuál es la percepción del conocimiento teórico en bioética y la aplicación del razonamiento ético con la metodología del análisis de casos clínicos basados en los principios de Beauchamp y Childress, nos planteamos investigar estos conceptos en las unidades de emergencia pública y privadas de Puerto Montt, centro de referencia sanitaria para las provincias de Llanquihue y Palena.

Utilizamos la metodología de encuesta mixta, envío de cuestionario por correo electrónico con recordatorios múltiples y entrega personal de consentimiento informado y cuestionario. Se utilizó este procedimiento, dadas las ventajas de esta metodología para mejorar la tasa de respuesta en una unidad de alta demanda de cuidado crítico como la unidad de emergencia, en particular durante el período de confinamiento por pandemia [17]. Un 60% de los médicos y 37,7% de los profesionales de enfermería aceptaron participar en la investigación, lo que se aproxima a las tasas de respuesta obtenidas en los estudios de investigación mediante encuestas en línea [17]. En esta muestra, tanto los profesionales médicos como los de enfermería con menos de 20 años de servicio y menores de 50 años, han tenido formación ética durante el pregrado, lo que es explicable por el año de introducción de la asignatura de bioética en los currículos de las escuelas de la salud. Especial significado tiene el hecho que, en la formación de pregrado, la docencia de la bioética se haya concretado preferentemente en los primeros años de estudio y sólo un 23% en período de práctica profesional, en que es más probable que se produzca un aprendizaje basado en la experiencia. Esto coincide con los trabajos publicados en otros países norteamericanos, europeos y latinoamericanos [2-9].

Respecto a la importancia del conocimiento en bioética para el ejercicio profesional, la mayor parte de nuestra población estudiada (90%) está de acuerdo en que es relevante. Aunque 60% percibió que no tiene conocimientos suficientes de bioética con la formación recibida en pregrado, sólo 22,5% estuvo de acuerdo con realizar cursos de bioética, 24,0% se manifestó indiferente y un porcentaje semejante no contestó respecto a

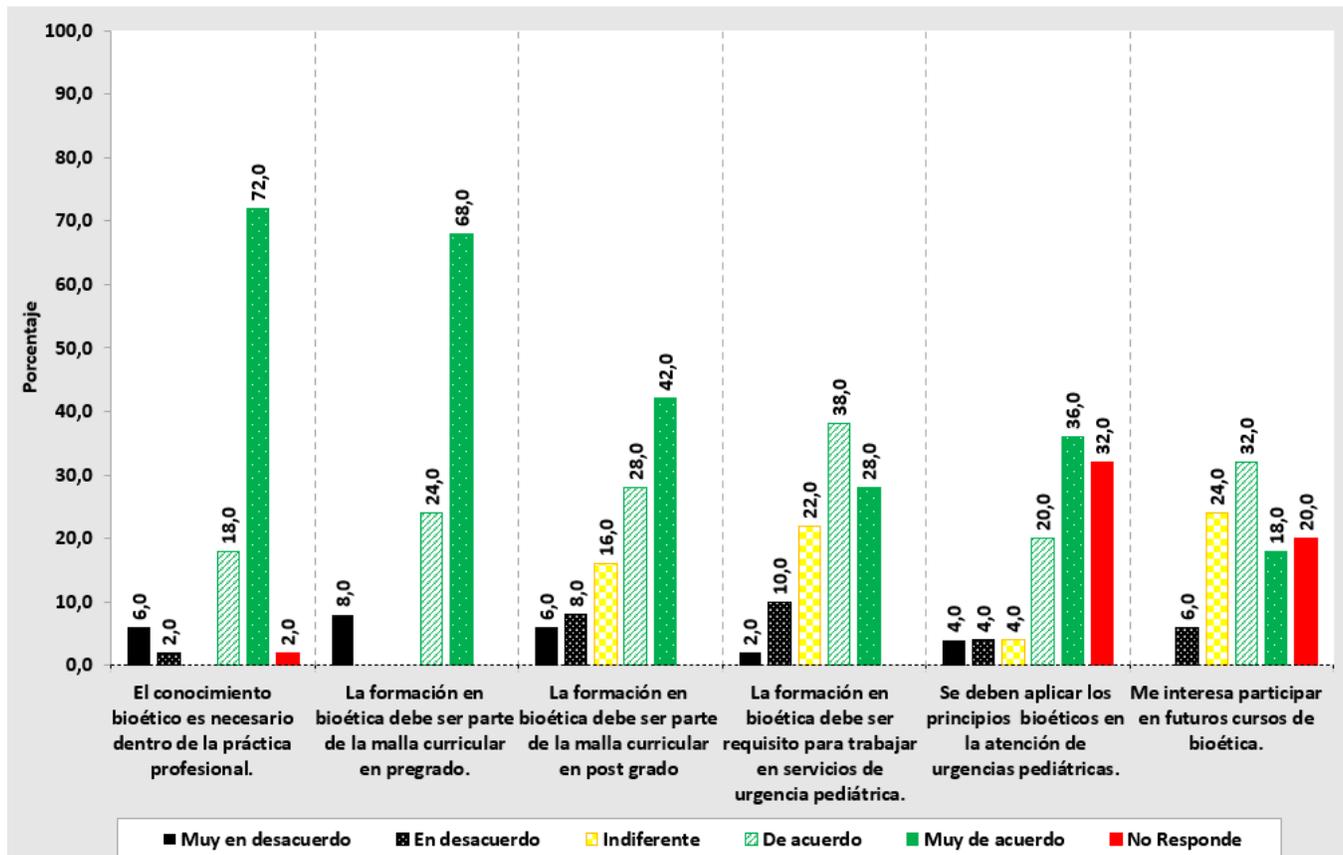
Tabla 2. Conocimiento de bioética en pre y postgrado y percepción de su competencia.

Categoría	n	%	
Profesionales que han recibido cursos de bioética en pregrado	42	84	
Nivel de pregrado en el que recibió curso de bioética.	Semestres 1 a 4	13	26
	Semestres 5 a 8	16	32
	Preclínico	10	20
Profesionales que realizaron cursos de bioética durante su desarrollo profesional	8	16	
Profesionales que creen tener conocimientos sobre bioética	30	60	
Profesionales con conocimientos de bioética según edad	< 30 años	9	18
	30 a 50 años	19	38
	50 años	2	4
Profesionales con conocimientos de bioética según años profesionales	5	10	20
	5 a 10	11	22
	10 a 20	6	12
	> 20	3	6

Datos por grupo etario y experiencia profesional.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Figura 2. Gráfico de las respuestas de los profesionales sobre la valoración de los conocimientos de bioética en la práctica profesional y la necesidad de formación en pre y postgrado.



Fuente: preparado por las autoras a partir de los resultados del estudio.

profundizar la formación, lo que se traduce en resultados aparentemente contradictorios que concuerdan con lo publicado en otros países. Defoor *et al.* en una población estudiantil multidisciplinaria reportó que 92% consideró útil la enseñanza de bioética para el futuro de sus carreras, pero solo un 60% manifestó interés en más educación ética [8].

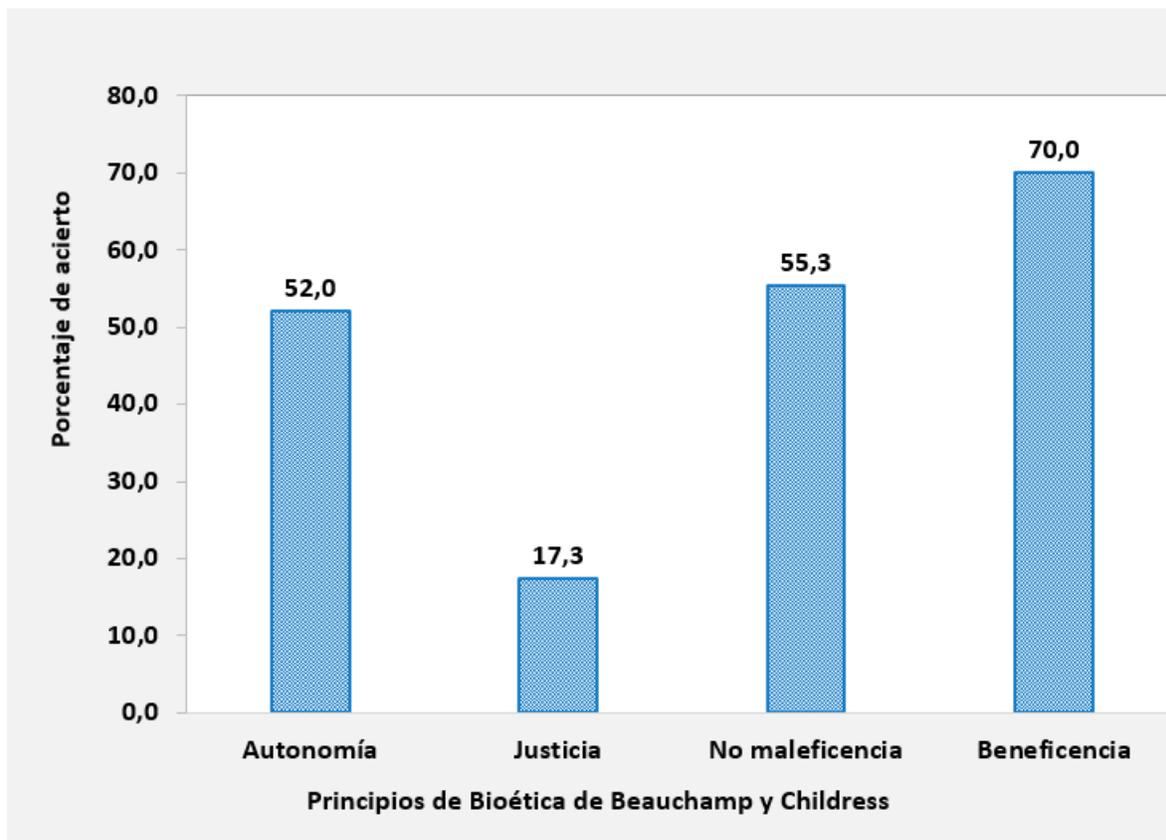
Al aplicar los principios de Beauchamp y Childress a casos clínicos tipo, se evidenció que estos no son considerados de rutina en la atención. Así, en el primer caso, sobre transfusión sin consentimiento informado en un paciente testigo de Jehová, con hemorragia leve a moderada que no constituye urgencia vital en el cual son posibles otras alternativas considerando sus valores y creencias, no se han reconocido los principios de autonomía y justicia al usar una terapia de disponibilidad limitada sin consentimiento.

En el segundo paciente, con leucemia linfoblástica aguda, cuyo pronóstico y conducta están definidos previamente por los tratantes e informadas a los familiares, las medidas de diagnóstico y terapia indicados son de alto costo y de disponibilidad restringida. Además, tienen un impacto emocional y económico, personal e institucional sin beneficio para el paciente, lo que igualmente demuestra que no se ha considerado el principio de

justicia e incluso de no maleficencia. Además, es necesario considerar que en Chile, aún no se han implementado las voluntades anticipadas en pediatría. En los casos tres y cuatro, de resfrió y otitis media aguda catarral, que son patologías autolimitadas de consulta frecuente, destacan el uso de corticoides por período prolongado y de antipiréticos pese a fiebre leve en el primer caso, la indicación de numerosos exámenes y medicamentos en el segundo, lo que revela que tampoco se ha tomado en cuenta los principios de no maleficencia y justicia.

Por el contrario, en el quinto caso, que se hospitalizó, se hizo una anamnesis detallada y examen físico completo que evidenciaron un caso grave de alto riesgo que requería hospitalización inmediata en unidad de paciente crítico, y en el cual no se tomaron exámenes en la unidad de emergencia que habrían retrasado la monitorización invasiva y la toma de exámenes de laboratorio e imagenología de forma completa en un ambiente seguro, dotado de monitorización avanzada y terapia crítica vital de la primera hora; se observaron todos los principios, en particular el de beneficencia. Además, se consideró el principio de autonomía al firmar el consentimiento informado para hospitalización, lo que refleja una relación médico-paciente/familia de alta calidad. Sin embargo, 70% de los encuestados acertó en la

Figura 3. Porcentaje promedio de respuestas correctas en la identificación de los principios de Beauchamp y Childress, creada por autores basados en resultados y Tabla 3.



Fuente: preparado por las autoras a partir de los resultados del estudio.

respuesta, lo que puede evidenciar deficiencias en la evaluación de la patología específica y los signos de gravedad, o falta de experiencia en valorar los principios éticos en la práctica diaria. El principio de justicia presente en los casos uno y cuatro solamente fue reconocido por 17,3% de los profesionales. Haan, Varkey, Moss *et al.* reportaron el impacto que tiene la deliberación moral o ética de los casos, en distintos escenarios de salud, señalando los beneficios para el paciente, pero también para el personal de salud. Este muchas veces se encuentra sobrecargado y extenuado, no sólo por la cantidad de trabajo, sino también por el estrés de los problemas éticos no resueltos, incluyendo las relaciones interprofesionales [18–20]. Vergano *et al.*, reconociendo la falencia de la educación bioética médica en unidades críticas, que incluye a las unidades de emergencia, diseñaron una nueva herramienta para enseñar ética médica denominada *Ethical Life Support* (ELS) asimilando a los cursos *Neonatal Advanced Life Support* (NALS) y *Pediatric Advanced Life Support* (PALS). Estos programas son obligatorios en quienes se desempeñan en esas unidades y utilizan la metodología A, B, C y D de dichos cursos, en los que A significa *acknowledge* (reconocimiento), B *beware* (considerar), C *communication* y D *deal* (acuerdo) [21]. Esta metodología enfatiza la noción de que los conocimientos y aplicación de bioética, deben estar entre los requisitos exigidos para desempeñarse en ese contexto de salud.

Los trabajos de Kavas, Fawzi, DeFoor, Sullivan, Colaco *et Al.*, reconocieron también las deficiencias del aprendizaje y la importancia de la posición de la asignatura dentro del currículo, duración, contenido y metodología de aprendizaje para mejorar las competencias éticas aplicadas a la atención. Ellos sugieren que esta asignatura debería ser longitudinal, durante todos los años de formación, y especialmente en los últimos años [3, 4, 9 y 16]. Aunque no hay consenso de cuál es la mejor metodología de enseñanza-aprendizaje, sí hay acuerdo en que esta debiera ser mixta, teórico-práctica, privilegiando lo práctico, de modo que el análisis o razonamiento ético se transforme en un hábito de la práctica diaria [18–20].

Nuestro sistema de salud está organizado en un sistema público, que atiende aproximadamente el 80% de la población, y un sistema privado. Por lo tanto, existen en nuestra ciudad una unidad de emergencia pública más antigua, de mayor tamaño, dotación de personal y de mayor experiencia, y dos unidades de emergencia privada. Algunos profesionales (20%) se desempeñan en ambas. Llama la atención que el mayor porcentaje de enfermería encuestado trabaja en las unidades de emergencia privada. Sin embargo, la razón obedece a que en el estamento de enfermería del servicio público hubo menor participación en la investigación, por razones que desconocemos y que sería útil

Tabla 3. Número y porcentaje de respuestas de profesionales sobre principios de Beauchamp y Childress en casos clínicos descritos.

N°	Caso clínico	Autonomía		Justicia		No maleficencia		Beneficencia		Otro		NR	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Escolar de 11 años, acompañado de sus padres, testigo de Jehová que consulta por hemorragia digestiva aguda leve a moderada. Se administra transfusión de sangre total sin consentimiento informado.	26	52	4	8	-	-	24	48	-	-	1	2
2	Niño de 7 años con leucemia linfoblástica aguda en su tercera agudización, considerado fuera del alcance terapéutico por equipo tratante e informado a los padres, y en terapia paliativa, que consulta en urgencia por palidez intensa y hemorragia pulmonar al que se conecta a ventilación mecánica y se solicita TAC de pulmón	-	-	13	26	38	76	-	-	3	6	2	4
3	Consulta lactante de 6 meses con antecedentes de 2 días de secreción nasal, fiebre leve (38 °C) y tos productiva. Diagnóstico: infección respiratoria aguda. Se indica prednisona 1mg/kg/d cada 12 horas por 5 días, paracetamol 2 gotas por Kg cada 8 h y diclofenaco 1 gota/kg cada 12 h por 3 días.	5	10	-	-	15	30	37	74	-	-	1	2
4	Paciente de 3 años que consulta por un cuadro febril de 2 días de evolución con compromiso del estado general, evaluado con examen físico completo, monitorización de signos vitales (frecuencia cardíaca- frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, saturación de O ₂), al que se le instala vía venosa y previa conversación con residente pediatra ingresa de inmediato a UPC para exámenes y terapia con consentimiento informado del familiar responsable.	12	24	-	-	-	-	35	70	5	10	4	8

(Cont.)

Tabla 3. Cont.

N°	Caso clínico	Autonomía	Justicia	No maleficencia	Beneficencia	Otro	NR				
5	<p>Prescolar de 5 años sin antecedentes mórbidos personales ni familiares, que consulta por cuadro de otalgia derecha de un día de evolución, secreción nasal acuosa y sensación febril. Se solicita hemograma, PCR, radiografía de tórax PA y lateral y Film array que es positivo a rinovirus y se le prescribe: salbutamol 2 puff cada 4 horas por 5 días, cefuroximo 250 mg cada 12 horas por 10 días, diclofenaco 25 mg cada 8 h por 3 días, levocetirizina 10 gotas diarias, montelukast 4 mg en comprimido masticable por 1 mes, probiótico 1 sobre diario por 30 días y polivitamínico jarabe 2,5 ml diario 1 frasco.</p>	4	9	18	30	60	-	7	14	3	6

NR: no responde; PCR: proteína C reactiva; O²: oxígeno; PA: posteroanterior; TAC: tomografía axial computada; UPC: unidad de paciente crítico. Las respuestas acertadas se presentan en negrita.

Los profesionales encuestados son médicos y enfermeras de unidades pediátricas de urgencias. Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

conocer en otro estudio. La respuesta de los médicos fue equivalente en ambos tipos de unidades de emergencia. El desempeño en uno u otro sistema de salud, que representa a toda la población de profesionales de la salud que trabaja en unidades de emergencia, de cuenta de las oportunidades de trabajo y no es un elemento diferenciador respecto a los temas investigados. No obstante, nos permite conocer las respuestas de un universo mayor de profesionales.

Meyer-Zehnder y Cederquist *et al.* han reportado que entre los factores que afectan negativamente la implementación de modelos de toma de decisiones médicas y éticas compartidas en la atención, están la falta de conocimiento y cultura ética individual e institucional, el escaso reconocimiento de la existencia de problemas éticos, la falta de aceptación del razonamiento ético cotidiano y la poca colaboración interprofesional. Incluso, los asimilan a las barreras y facilitadores para cumplir las guías clínicas [22,23].

Aunque existen muchas formas de apoyo o soporte ético, Siegler estimula el aprendizaje y práctica de la ética clínica, integrando los principios éticos a la atención clínica de todos los días. Ello requiere del compromiso e involucramiento de los profesionales de la salud, mejorando el cuidado, pronóstico de los pacientes y calidad de los servicios prestados [2].

Baarle y Wehkamp *et al.* muestran cómo el razonamiento ético está también involucrado en la calidad de la atención prestada, incluso en el reconocimiento de los eventos adversos asociados a la atención en salud y cómo integrando estos conceptos se puede lograr cambios significativos a nivel individual e institucional [24,25]. Por último, Asadabi hace una propuesta de guía ética para la medicina de emergencia, lo que enfatiza la necesidad de incorporar la deliberación ética en este escenario de salud [26].

Este estudio tiene limitaciones, ya que participó el 48,5% de la población objetivo y el número de sujetos es bajo. No obtuvimos respuesta de las razones para no participar. Aunque no hay diferencias significativas entre quienes participaron en el estudio y quienes no lo hicieron, sería interesante replicar el estudio a nivel local en quienes no participaron, así como en otros servicios de urgencia pediátrica dentro del ámbito nacional o internacional, para observar si se reproducen los hallazgos y obtener resultados más generalizables. Otra limitación es que la percepción de la suficiencia del conocimiento en bioética fue una respuesta espontánea y subjetiva, ya que no usamos un instrumento específico para medir percepción. Sin embargo, consideramos que este dato exploratorio podría ser valioso para planificar estrategias de mejoría tanto en la educación de pregrado, como en la educación en el lugar de trabajo. Sería deseable a futuro evaluar si es posible modificar los resultados con una intervención educativa, en la misma población objetivo.

Dentro de los aspectos a destacar de este estudio, este es en nuestro conocimiento, el primer estudio realizado en Chile en unidades de emergencia. Los resultados obtenidos podrían ser útiles para demostrar la importancia del razonamiento ético en la unidad de emergencia, modificar los currículos de las profesiones de

la salud y realizar cursos de capacitación continua en profesionales de urgencia pediátrica en servicio. Esto último, podría realizarse en módulos multiprofesionales, con metodología aplicada, lo que permitiría mejorar competencias y calidad de la atención.

CONCLUSIONES

Aunque más del 80% de los profesionales estudió bioética en pregrado, el aprendizaje adquirido no fue suficiente para incorporar el análisis ético basado en principios en la práctica diaria en la unidad de emergencia.

Considerando que el razonamiento ético tiene implicaciones trascendentales en el cuidado de los pacientes, evitando el error médico, mejorando la calidad de la atención sanitaria, la confianza en los profesionales de la salud, junto a los aspectos económicos individuales e institucionales que derivan de la aplicación objetiva del principio de justicia, resulta necesario planificar estrategias de educación en ética médica en las unidades de emergencia.

Notas

Autoría

CH, AP, AS: conceptualización, validación, investigación, escritura, revisión y edición. MTS: validación, visualización, supervisión, investigación, análisis formal. VR conceptualización, validación, revisión.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Felipe Campos por el apoyo bibliográfico.

Conflictos de intereses

Las autoras de este trabajo declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

Este estudio no recibió ningún tipo de financiamiento.

Aspectos éticos

Proyecto de Investigación Aprobado por Comité ético científico del Servicio de Salud Reloncaví ord N°35-2020, con fecha 27 de abril de 2020.

Declaración de acceso a datos

Disponibilidad de entrega de datos a solicitud al autor de correspondencia.

Origen y arbitraje

No solicitado. Con revisión por pares externa por cuatro pares revisores, doble ciego.

Idioma del envío

Español.

Referencias

- Hébert PC, Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *J Med Ethics*. 1992;18: 142–7. <https://doi.org/10.1136/jme.18.3.142>
- Siegler M. Clinical Medical Ethics: Its History and Contributions to American Medicine. *J Clin Ethics*. 2019;30: 17–26.
- Kavas MV, Ulman YI, Demir F, Artvinli F, Şahiner M, Demirören M, et al. The state of ethics education at medical schools in Turkey: taking stock and looking forward. *BMC Med Educ*. 2020;20. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02058-9>
- Fawzi MM. Medical ethics educational improvement, is it needed or not?! Survey for the assessment of the needed form, methods and topics of medical ethics teaching course amongst the final years medical students Faculty of Medicine Ain Shams University (ASU), Cairo, Egypt 2010. *J Forensic Leg Med*. 2011;18: 204–7. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2011.02.012>
- Suárez Obando F, Díaz Amado E. LA FORMACIÓN ÉTICA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA: LA BRECHA ENTRE EL CURRÍCULO FORMAL Y EL CURRÍCULO OCULTO. *Acta bioeth*. 13. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2007000100011>
- Rueda - Castro L, Arancibia C, Niño R. Percepción estudiantil sobre formación bioética en pregrado, en tres escuelas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2011;18. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2018.51999>
- Molina Montoya NP. Formación bioética en ciencias de la salud. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul*. 2016;14: 117. <https://doi.org/10.19052/sv.3544>
- DeFoor MT, Chung Y, Zadinsky JK, Dowling J, Sams RW. An interprofessional cohort analysis of student interest in medical ethics education: a survey-based quantitative study. *BMC Med Ethics*. 2020;21. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00468-4>
- Sullivan BT, DeFoor MT, Hwang B, Flowers WJ, Strong W. A Novel Peer-Directed Curriculum to Enhance Medical Ethics Training for Medical Students: A Single-Institution Experience. *J Med Educ Curric Dev*. 2020;7: 2382120519899148. <https://doi.org/10.1177/2382120519899148>
- Morales Valdés G, Alvarado Romero T, Zuleta Castro R. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico. *Revista Chilena de Pediatría*. 2016;87: 116–120. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.10.002>
- House JB, Theyyanni N, Barnosky AR, Fuhrel-Forbis A, Seeyave DM, Ambs D, et al. Understanding ethical dilemmas in the emergency department: views from medical students' essays. *J Emerg Med*. 2015;48: 492–8. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.09.058>
- Beauchamp TL, Childress JF. 7a ed. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 2013.
- Villavicencio Caparó E. VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS. *oactiva*. 1: 71. <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/issue/view/18> <https://doi.org/10.26871/oactiva.v1i3.200>
- Rainer J, Schneider JK, Lorenz RA. Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *J Clin Nurs*. 2018;27: 3446–3461. <https://doi.org/10.1111/jocn.14542>
- Barlow NA, Hargreaves J, Gillibrand WP. Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practice. *Nurs Ethics*. 2018;25: 230–242. <https://doi.org/10.1177/0969733017703700>
- Colaco KA, Courtright A, Andreychuk S, Frolic A, Cheng J, Kam AJ. Ethics consultation in paediatric and adult emergency departments: an assessment of clinical, ethical, learning and resource needs. *J Med Ethics*. 2018;44: 13–20. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103531>
- Mauz E, von der Lippe E, Allen J, Schilling R, Müters S, Hoebel J, et al. Mixing modes in a population-based interview survey: comparison of a sequential and a concurrent mixed-mode design for public health research. *Arch Public Health*. 2018;76. <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0237-1>
- Haan MM, van Gorp JLP, Naber SM, Groenewoud AS. Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. *BMC Med Ethics*. 2018;19. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0325-y>
- Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract*. 2021;30: 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A Call for Action. *Am J Crit Care*. 2016;25: 368–76. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016133>
- Vergano M, Naretto G, Elia F, Gandolfo E, Calliera CN, Gristina GR. ELS (Ethical Life Support): a new teaching tool for medical ethics. *Crit Care*. 2019;23: 204. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2474-x>
- Meyer-Zehnder B, Albisser Schlegler H, Tanner S, Schnurrer V, Vogt DR, Reiter-Theil S, et al. How to introduce medical ethics at the bedside - Factors influencing the implementation of an ethical decision-making model. *BMC Med Ethics*. 2017;18. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0174-0>
- Cederquist L, LaBuzetta JN, Cachay E, Friedman L, Yi C, Dibsie L, et al. Identifying disincentives to ethics consultation requests among physicians, advance practice providers, and nurses: a quality improvement all staff survey at a tertiary academic medical center. *BMC Med Ethics*. 2021;22. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00613-7>
- Van Baarle EM, Potma MC, van Hoek MEC, Hartman LA, Molewijk BAC, van Gorp JLP. Lessons learned from implementing a responsive quality assessment of clinical ethics support. *BMC Med Ethics*. 2019;20. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0418-2>
- Wehkamp K, Kuhn E, Petzina R, Buyx A, Rogge A. Enhancing patient safety by integrating ethical dimensions to Critical Incident Reporting Systems. *BMC Med Ethics*. 2021;22. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00593-8>
- Asadabadi L, Soltani Nejad K, Zolfagharnasab A, Mobasher M. Proposing an Emergency Medicine Ethical Guideline; a Qualitative Study. *Arch Acad Emerg Med*. 2022;10. <https://doi.org/10.22037/aaem.v10i1.1391> <https://doi.org/10.22037/aaem.v10i1.1391>

Cross-sectional study on the application and perception of acquired bioethical knowledge in health professionals from pediatric emergency departments

Abstract

Background

Compared to basic or applied clinical sciences, bioethics is frequently considered as a secondary discipline and underutilized in daily practice. However, ethical reasoning is indispensable for the quality of care. There are few studies on bioethics in pediatric emergency units. Our objective was to evaluate the perception of the acquired bioethical knowledge and the application of bioethical principles in standardized cases.

Methods

We conducted a cross-sectional descriptive study in medical and nursing professionals working at pediatric emergency units in Puerto Montt. Through a survey, we assessed the perception of the sufficiency of the acquired bioethics knowledge and the application of bioethical principles on hypothetical, but probable cases in emergency pediatric care.

Results

Of a total population of 50 physicians and 53 nurses, 30 physicians (60.0%) and 20 nurses (38.7%) participated in our study. The majority reported ethics training in undergraduate education: 84%. A minority reported training during practice: 20%. However, only 60.0% perceived having sufficient knowledge of bioethics and 72.0% considered it important for daily practice. Further, when applying the principles of Beauchamp and Childress to standardized clinical cases, 82.7% did not recognize the justice principle and only 50.00% the principles of autonomy and nonmaleficence.

Conclusion

Although most health professionals undergo bioethics training, learning is often considered insufficient and not incorporated into daily practice at pediatric emergency units.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.