

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
CIRUGÍA GENERAL



**MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO BIOÉTICO EN RESIDENTES Y
MÉDICOS DE BASE DE CIRUGÍA GENERAL
DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

Tesis
para obtener el grado de especialista en
Cirugía General
presenta:
Jacobó Velázquez Aviña

Tutor responsable: Abraham Pulido Cejudo.

Tutores asociados:
Michell Ruíz Suárez.
Luis Mauricio Hurtado López.
Carmina Flores Domínguez.

México, Julio, 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dios Todopoderoso, Tú has creado el cuerpo humano con infinita sabiduría. Tú has combinado en él diez mil veces, diez mil órganos, que actúan sin cesar y armoniosamente para preservar el todo en su belleza: el cuerpo que es envoltura del alma inmortal. Trabajan continuamente en perfecto orden, acuerdo y dependencia.

Sin embargo, cuando la fragilidad de la materia o las pasiones desbocadas del alma trastornan ese orden o quiebran esa armonía, entonces unas fuerzas chocan con otras y el cuerpo se desintegra en el polvo original del cual proviene. Tú envías al hombre la enfermedad como benéfico mensajero que anuncia el peligro que se acerca y le urges a que lo evite.

Tú has bendecido la tierra, las montañas y las aguas con sustancias curativas, que permiten a tus criaturas aliviar sus sufrimientos y curar sus enfermedades. Tú has dotado al hombre de sabiduría para aliviar el dolor de su hermano, para diagnosticar sus enfermedades, para extraer las sustancias curativas, para descubrir sus efectos y para prepararlas y aplicarlas como mejor convenga en cada enfermedad.

En Tu eterna Providencia, Tú me has elegido para velar sobre la vida y la salud de Tus criaturas. Estoy ahora preparado para dedicarme a los deberes de mi profesión. Apóyame, Dios Todopoderoso, en este gran trabajo para que haga bien a los hombres, pues sin Tu ayuda nada de lo que haga tendrá éxito.

Inspírame un gran amor a mi arte y a Tus criaturas. No permitas que la sed de ganancias o que la ambición de renombre y admiración echen a perder mi trabajo, pues son enemigas de la verdad y del amor a la humanidad y pueden desviarme del noble deber de atender al bienestar de Tus criaturas.

Da vigor a mi cuerpo y a mi espíritu, a fin de que estén siempre dispuestos a ayudar con buen ánimo al pobre y al rico, al malo y al bueno, al enemigo igual que al amigo. Haz que en el que sufre yo no vea siempre a un ser humano.

Ilumina mi mente para que reconozca lo que se presenta a mis ojos y para que sepa discernir lo que está ausente y escondido. Que no deje de ver lo que es visible, pero no permitas que me arrogue el poder de inventar lo que no existe; pues los límites del arte de preservar la vida y la salud de Tus criaturas son tenues e indefinidos.

No permitas que me distraiga: que ningún pensamiento extraño desvíe mi atención cuando esté a la cabecera del enfermo o perturbe mi mente en su silenciosa deliberación, pues son grandes y complicadas las reflexiones que se necesitan para no dañar a Tus criaturas.

Concédeme que mis pacientes tengan confianza en mí y en mi arte y sigan mis prescripciones y mi consejo. Aleja de su lado a los charlatanes y a la multitud de los parientes officiosos y sabelotodos, gente cruel que con arrogancia echa a perder los mejores propósitos de nuestro arte y a menudo lleva a la muerte a Tus criaturas.

Que los que son más sabios quieran ayudarme y me instruyan. Haz que de corazón les agradezca su guía, porque es muy extenso nuestro arte. Que sean los insensatos y locos quienes me censuren. Que el amor de la profesión me fortalezca frente a ellos. Que yo permanezca firme y que no me importe ni su edad, su reputación, o su honor, porque si me rindiera a sus críticas podría dañar a tus criaturas.

Llena mi alma de delicadeza y serenidad si algún colega de más años, orgulloso de su mayor experiencia, quiere desplazarme, me desprecia o se niega a enseñarme. Que eso no me haga un resentido, porque saben cosas que yo ignoro. Que no me apene su arrogancia. Porque aunque son ancianos, la edad avanzada no es dueña de las pasiones. Yo espero alcanzar la vejez en esta tierra y vivir en Tu presencia, Señor Todopoderoso.

Haz que sea modesto en todo excepto en el deseo de conocer el arte de mi profesión. No permitas que me engañe el pensamiento de que ya sé bastante. Por el contrario, concédeme la fuerza, la alegría y la ambición de saber más cada día. Pues el arte es inacabable, y la mente del hombre siempre puede crecer.

En Tu eterna Providencia, Tú me has elegido para velar sobre la vida y la salud de Tus criaturas. Estoy ahora preparado para dedicarme a los deberes de mi profesión. Ayúdame, Dios Todopoderoso, en este gran trabajo para que haga bien a los hombres, pues sin Tu auxilio nada de lo que haga tendrá éxito.

Rabbí Moshé Ben Maimónides

***Porque estoy firmemente convencido
que ser cirujano es mucho más
que sólo operar...***

ÍNDICE

| | Página |
|---------------------------------|---------------|
| Resumen | 5 |
| Summary | 6 |
| | |
| Introducción | 7-10 |
| Justificación | 11 |
| Objetivos | 12 |
| Material y Métodos | 14 |
| Resultados | 20-23 |
| Discusión | 24-29 |
| Conclusiones | 29 |
| | |
| Relación de Tablas | 30-36 |
| | |
| Bibliografía | 37-49 |
| Anexos | 41-45 |

RESUMEN

Objetivo: Conocer el conocimiento bioético de los médicos de base y residentes de cirugía general del Hospital General de México. Metodología: Estudio prospectivo, transversal, comparativo y observacional realizado en 22 médicos de base y 61 residentes de los cuatro años de la especialidad de cirugía general a los cuales se les aplicó un cuestionario basado en cuatro casos clínicos, elaborado por la Universidad de Toronto para evaluar la capacidad de reconocer problemas bioéticos. Resultados: se recabaron un total de 52 cuestionarios contestados (62%), 15 médicos de base con una edad promedio de 48.6 años y 37 residentes con una edad promedio de 26.5 años. Se reconoció el 12% de los problemas bioéticos presentes en los cuatro casos clínicos. El 53% de problemas relacionados a justicia, el 30% en autonomía y el 28% en beneficencia. El grupo que presentó mayor promedio total en sensibilidad bioética fueron los residentes de cuarto año, seguidos de los de segundo y primer año y en último lugar los médicos de base y los residentes de tercer año. Los médicos con formación bioética previa a la respuesta de los casos clínicos reconocieron un mayor número de problemas. Conclusión: el bajo puntaje obtenido en el cuestionario es traducido en una deficiente capacidad para reconocer problemas bioéticos tanto en médicos de base como en residentes de cirugía general.

SUMMARY

The purpose of this study is to know the ethical sensitivity of the attending surgeons and general surgery residents Mexican General Hospital, based on their answers to four fictitious clinic cases, when comparing the results to the gold standard. Methodology: Cross-sectional, descriptive and observational study (Survey study) made on 22 attending surgeons and 61 residents of this. This survey was prepared by the University of Toronto to evaluate the ability of their students to recognize Bioethics dilemmas. Results: 52 answered questionnaires (62%), 15 attending surgeons with an average age of 48.5 years and 37 residents with an average age of 26.5 years. 12% of the bioethics problems were acknowledged by the participants. 53% of the problems related to justice, 30% to autonomy and the 28% to beneficence. The group with the largest ethical sensitivity were the PGY-4 residents, followed by the PGY-2 and PGY-1 group. On the other hand, attendings and PGY-3 residents came up at the end. It was noticeable that the professionals with a bioethics background, recognized not only the most number of cases, but also a small amount of them, recognized very few problems. Conclusions: the low score obtained in the questionnaires is translated into deficient ability to recognize bioethics problems in the attending surgeons and in residents as well.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la medicina el tema ético ha estado muy presente, agudizándose en ciertas épocas de decadencia en la práctica médica o de deshumanización en el trato a los pacientes. Ya sea Hipócrates hablando de los charlatanes, de la carencia de razonamiento científico, de los fines de lucro, de las relaciones con los pacientes del sexo opuesto o del aborto; hasta el Código de Núremberg o las Declaraciones de Génova y de Helsinki, hablando de la experimentación en seres humanos, entre muchos otros. (1, 2)

Se observa cómo desde los orígenes de la medicina, la sociedad ha exigido a los médicos una calidad moral de excelencia, no obstante como en ningún otro período, se plantean hoy tantos y tan profundos conflictos éticos (3, 4, 5) llegando a estremecer las que se consideraban inamovibles bases éticas que durante siglos rigieron el actuar y el vivir de los médicos.

Durante la búsqueda bibliográfica efectuada para este estudio sobre “bioética y educación en la medicina” se encontraron al revisar diferentes bases de datos (BIOETICA, LILACS, PUBMED, MEDLINE, ARTHEMISA, ETC) más de 1,000 citas, sin embargo, la gran mayoría son reflexivas sobre el tema. Son pocas las investigaciones en cuanto a la formación ética en los residentes y aún menores hablando de los residentes de cirugía general específicamente, quienes debido a su exclusiva y definida penetración física y real en el paciente, adquiere la ética una dimensión concreta, profunda y perturbadora. (6)

En un estudio realizado en Estados Unidos en el 2010 (7) se encontró que todos los residentes reportaron al menos un problema bioético durante su formación. Y en Canadá sólo el 3% afirmó no tener ningún problema. (8)

Muy pocos estudios se han centrado en la educación ética durante la formación de cirugía general. (9, 10) En la revisión sistemática de la literatura que realizó Grossman (11) en el 2010 referente a la educación ética en todas las especialidades se encontró que sólo ha habido 13 estudios en los últimos 35 años pertenecientes a la ética en cirugía general y subespecialidades quirúrgicas, menos de la mitad que las encontradas en las otras especialidades clínicas: medicina interna (41 estudios); pediatría (20 estudios); y medicina familiar (15 estudios).

En 1997, Dawning et al (12), realizaron en todo Estados Unidos una encuesta que mostró que en ninguno de los centros hospitalarios de residencias médicas existía algún tipo regular de formación ética en sus programas de enseñanza, con sólo 24 % de ellos afirmando tener una sesión de ética al año. A pesar que el 85% de los jefes de enseñanza de los cursos consideraban necesario un programa de ética bien estandarizado. En el 2008, Grossman et al (11), llevaron a cabo una segunda encuesta nacional en Estados Unidos en donde encontraron que el 56% de los encuestados afirmaban tener una “enseñanza mínima” de la bioética en sus programas de cirugía y el 99% de los jefes de enseñanza la consideraban necesario integrarla a sus cursos.

Aún cuando la educación en bioética se ha incrementado en ciertos países, destacando Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, España, Argentina, Colombia y Chile entre ellos, sigue siendo aún poca la investigación sobre si se debe enseñar ética a residentes, qué enseñar, cómo enseñarla, quién la debe enseñar, cómo evaluarla, y si es o no efectiva la enseñanza (9, 11, 13, 14).

El Colegio Americano de Cirugía publicó en el 2010 (7) un artículo en el cual reportaba que los residentes de cirugía de la universidad de Pittsburgh presentaban una mejoría notable posterior a cursos implementados en su residencia, esto evaluado mediante un cuestionario que calificaba sus actitudes y conocimientos bioéticos.

En 1991 Breinbauer et al, (15) publicó en Chile un artículo que causó mucha controversia en el ámbito médico en donde evaluaron aspectos éticos en los estudiantes de tercero a séptimo año de la carrera de medicina, evidenciando una deshumanización creciente a medida que avanzaban en sus estudios. Otro país que ha diseñado y aplicado instrumentos para evaluar el conocimiento bioético en sus estudiantes es Canadá, quienes desde 1990 elaboraron una serie de casos clínicos para evaluar la sensibilidad bioética en sus estudiantes de medicina encontrando un decremento gradual para reconocer cuestiones éticas en los alumnos de grados más avanzados que en los de primer año (16, 17).

Una de las conclusiones y recomendaciones de la Comisión de Educación en Bioética del Seminario “Bioética en América Latina y el Caribe”, (18) realizado en Colombia en 1998 refiriéndose a la CARGA curricular de los centros de enseñanza médica es la de la necesidad de enseñar bases filosóficas y religiosas para entender el lenguaje y principios de la bioética, así como el educar a los médicos no sólo en conocimientos teóricos sino muy fundamentalmente en actitudes, para lo cual son los docentes quienes deben de tener actitudes éticas permanentes que constituyan modelos de conducta para los alumnos, puesto que existe entre conocimiento y actitudes éticas una relación circular que se alimenta continuamente, por lo que los docentes deben tener conocimientos de bioética y conductas personales consecuentes. (3)

De tal manera que al no encontrar durante mi búsqueda bibliográfica trabajos de investigación en México en los que se evalúe la formación bioética en los residentes de cirugía general durante su especialidad, considero se requiere de un estudio para conocer el conocimiento bioético, un estudio que nos permita conocer la capacidad de los médicos para identificar los problemas bioéticos en su práctica y con ello iniciar una línea de investigación que finalice con mejoras en la formación integral de los cirujanos del país.

JUSTIFICACIÓN

Al no contar el programa de cirugía general con un curso formal de bioética he querido elaborar una tesis diagnóstica, en la cual conozcamos el conocimiento bioético no sólo de los residentes, sino también de los encargados en la educación de los mismos, los médicos de base, que sirva como base para reflexionar sobre la necesidad de formación bioética a lo largo de nuestra educación de posgrado.

OBJETIVOS

PRIMARIO Conocer el conocimiento bioético en residentes y médicos de base de la especialidad de cirugía general contextualizados en casos clínicos.

SECUNDARIO Comparar a los médicos de base con los residentes de cirugía general y a estos entre ellos mismos conforme su grado académico, en la manera en que contestan los cuatro casos clínicos bioéticos.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es el conocimiento bioético que poseen los médicos de base y residentes de cirugía general del Hospital General de México evaluada mediante casos clínicos ficticios de bioética y qué relación guardan con el “gold estándar” de la Universidad de Toronto?

HIPOTESIS

Si los valores éticos de los residentes y médicos de base de cirugía general del Hospital General de México se pierde gradualmente conforme se avanza en la formación quirúrgica, entonces la bioética, medida mediante cuestionario validado de evaluación bioética, se irá perdiendo progresivamente en el transcurso de la especialidad, lo cual se demuestra al tener un puntaje más alto en la evaluación en los primeros años de la residencia con relación a los subsecuentes.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.

En todo momento se conservó el libre albedrío de los participantes para contestar el cuestionario así como la confidencialidad de la información recabada con fines exclusivos del estudio. Se cumplió con todos los aspectos de idoneidad de buenas prácticas clínicas

RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS.

Mediante este trabajo se pretende obtener el conocimiento bioético que poseen los médicos de base y residentes del servicio de cirugía general del Hospital General de México, conocimiento que hasta el momento no se posee puesto que no existen estudios de investigación en nuestro hospital ni en México que se ocupen de este aspecto en la educación de los residentes de cirugía. Esperando, con este conocimiento obtenido, abrir una línea de investigación la cual deba concluir con una evaluación del plan de estudios establecido y valorar la integración de una formación bioética en la carga curricular del cirujano general.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal

Descriptivo

Observacional

Prospectivo

POBLACIÓN Y MUESTRA

Universo.

Geográfico:

Servicio de Cirugía General del Hospital General de México.

De trabajo:

Médicos de base y residentes de los cuatro años del servicio de Cirugía General del Hospital General de México.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Al no haber necesidad de comparar tratamientos ni de existir maniobra terapéutica y tratarse de un estudio observacional se decidió establecer a conveniencia el tamaño de la muestra, la cual fue de 22 médicos de base y de 61 residentes, conformando un total de 83 médicos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

1. Ser médico de base con más de cuatro años laborando en el Hospital General de México.
2. Ser residente de la especialidad de cirugía general en el Hospital General de México.

Criterios de exclusión:

1. Ser médico de base o residente del servicio de cirugía general que se encontraron de vacaciones, en rotaciones externas, en servicio social, que no quisieron participar en el estudio o con problemas psiquiátricos.

Criterios de eliminación:

1. Cuestionarios que se contestaron de manera inadecuada o que se decidieron no entregar por parte del encuestado.

Variables dependientes:

Identificación de los problemas bioéticos de:

1. **Autonomía:** consiste en que cada persona es autodeterminante para optar por las propias elecciones en función de las razones del mismo, es decir, que al hacer uso de la autonomía, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias. También se puede entender como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. (23, 24, 25). Se medirá en los cuatro casos clínicos asignándole un punto a cada problema hallado por lo que en el caso 1 en el que se encuentran tres problemas de autonomía se podrá obtener un total de 3 puntos. En el caso 2 un total de 4 puntos. El caso 3 dos puntos y en el cuarto caso cinco puntos. Con un total de 14 problemas de autonomía en los cuatro casos clínicos.

2. **Beneficencia:** Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar de la persona enferma. Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio. (23, 24, 25). Se mide en los cuatro casos clínicos con un valor de 1 punto por cada problema hallado. En el caso 1 se encuentran 2 problemas, en el caso 2 tres, en caso 3 dos y en el caso 4 dos. Para un total de 9 problemas de beneficencia en los 4 casos clínicos.

3. **Justicia:** significa la utilización racional y equitativa de los recursos (beneficios, bienes, y servicios). Se refiere a dar a cada uno lo que le corresponde o, en su acepción jurídica, lo que debe hacerse según derecho. Los principios de autonomía y beneficencia están relacionados con el "bien individual" ya que aluden a los deberes y derechos de los pacientes por un lado, y del médico por el otro. Mientras que el principio de justicia, hace referencia al "bien común", al bien de la sociedad en su conjunto. La justicia se midió en los tres primeros casos clínicos asignando un punto por problema encontrado. En cada caso se presentan dos problemas con un total de 6 puntos si se localizan todos ellos.

PROCEDIMIENTO.

Se les solicitó a los médicos de base y residentes de los cuatro años de la especialidad de cirugía general llenar un cuestionario (ANEXO 1) de manera libre dándoles a conocer el objetivo de la encuesta. Dicho cuestionario fue realizado por la Universidad de Toronto para sus estudiantes de medicina y publicado en la década de los noventa por la Revista “Journal of medical ethics” con la finalidad de evaluar el conocimiento ético, entendido éste como “la capacidad que posee una persona para reconocer que existe un problema moral”. Cabe aclarar que no se refiere a la capacidad para establecer puntos de vista éticos ni para resolver dilemas morales o analizar conceptos que nos permitan justificar una acción. (14) Dicho cuestionario constó de dos partes: la primera conformada por preguntas que tuvieron como finalidad recabar datos sociodemográficos que nos permitieron conocer a nuestra población en estudio y posteriormente, establecer variables confusoras. La segunda parte del cuestionario, estuvo conformada por cuatro casos clínicos ficticios en los que se les solicitó a los médicos reconocer problemas bioéticos relacionados con tres de los principios fundamentales de la bioética: autonomía, beneficencia y justicia. La única condición que se solicitó a los participantes fue la entrega inmediata de los cuestionarios, sin posibilidad de entregarlos horas o días posteriores.

Una vez contestados los cuestionarios, se calificaron en base a las respuestas “Gold standard” elaboradas por integrantes del mismo grupo de la Universidad de Toronto, asignándole un puntaje con números ordinales a cada cuestión variando de 6 a 9 por caso clínico, siendo un total de 29 problemas en los 4 casos. **(Tabla 0)**

Para lo cual se realizaron dos grupos. Uno conformado por los médicos de base y otro por residentes los cuales fueron intergrupados posteriormente de acuerdo al año que se encontraban cursando en ese momento. Posteriormente se realizó un análisis univariado expresando promedios y desviaciones estándar para variables cuantitativas y proporciones para variables cualitativas. Con respecto al puntaje del cuestionario se realizó un análisis exploratorio con una prueba de Kolmogórov-Smirnoff para verificar la distribución normal de los puntajes. Al no encontrar una distribución paramétrica se aplicó una prueba de Kruskal-Wallis comparando los promedios en los dos grupos y encontrando las diferencias entre ellos. Finalmente se realizó una prueba T de Student entre los dos grupos e intergrupado con el grupo de residentes.

En todo momento se respetó el libre albedrío de los participantes a la hora de contestar el cuestionario, explicándoles claramente el anonimato de la información y su finalidad libre de juicios o censuras.

RESULTADOS

Se recabaron un total de 52 cuestionarios completados. De los 22 médicos de base, 15 (68%) se incluyeron y 8 (36%) fueron eliminados por no entregar el cuestionario. De los 16 residentes de primer año sólo 11 (68%) contestaron y entregaron el cuestionario; 2 (12%) no lo entregaron por lo cual fueron eliminados y 4 (25%) no se incluyeron en el estudio por encontrarse de vacaciones. De los 16 residentes de segundo año, 11 (68%) se tomaron en cuenta; 4 (25%) se eliminaron por no entregar el cuestionario y 1 (0.6%) se excluyó del estudio por encontrarse de vacaciones. De los 16 residentes de tercer año, sólo 8 (50%) se incluyeron y 8 (50%) no, por encontrarse en rotaciones externas. Por último, de los 13 residentes de cuarto año, 7 (53%) lo entregaron contestado y se incluyeron; 5 (38%) se excluyeron por encontrarse en rotaciones externas y 1 (0.7%) no se incluyó por encontrarse de vacaciones.

Las variables sociodemográficas referentes a los médicos de base encontramos una relación del sexo masculino 12 (80%) y 3 (20%) del sexo femenino. Predominio de la religión católica 9 (60%) seguido de 5 (33%) que no practican ninguna religión y 1 (0.6%) de religión judía. Lugar de origen, 11 (73%) del Distrito Federal y 4 (26.8) de otros Estados de la República. Trece (86%) realizaron sus estudios de pregrado en una universidad pública y 2 (13%) en universidad privada. Internado, 11 (73%) lo realizaron en el Distrito Federal y 4 (26%) en los Estados de la República. Servicio Social 6 (13%) lo realizaron en el Distrito Federal, Estado de México y San Luis Potosí, el resto en diversos Estados. Y en lo que se refiere a la adquisición de conocimientos éticos previos al cuestionario 8 (53%) respondieron afirmativamente y 7 (46%) que no habían recibido.

Por su parte en los residentes se encontró: sexo masculino 29 (78%) y 8 (21%) del sexo femenino. Religión católica 27 (72%), 9 (24%) no practicantes. Provenientes del Distrito federal 19 (51%), 14 (37%) de los Estados de la República y 4 (10%) de otro país. Diez (27%) cursaron su universidad en escuela privada y 27 (72%) en pública. De ellos, 19 (51%) realizaron su internado de pregrado en hospitales del Distrito Federal y 18 (48%) en diferentes Estados de la República. Once (29%) realizaron su Servicio Social en el Distrito Federal y 26 (70%) en los Estados de la República. Referente a la educación ética previa, 23 (62%) contestaron afirmativamente y 14 (37%) negativamente.

El promedio de problemas bioéticos identificados por cada caso clínico fue:

Caso número 1: autonomía (0.87); beneficencia (0.27); justicia (0.04).

Caso número 2: autonomía (0.65); beneficencia (0.25); justicia (0.02).

Caso número 3: autonomía (0.46); beneficencia (0.17); justicia (0.27).

Caso número 4: autonomía (0.62); beneficencia (0.21). **Tabla 1.**

El promedio de problemas bioéticos identificados por año de especialidad y por principio bioético fue:

Médicos de base: autonomía (2.47) con una desviación estándar (DE) de 1.302; beneficencia de (0.67) con una DE de 0.816; justicia (0.33) y una DE 1.047. **Tabla 2.**

Residentes de cuarto año: autonomía (2.71) con una desviación estándar (DE) de 1.89; beneficencia de (1.57) con una DE de 1.27; justicia (0.14) y una DE 0.378 **Tabla 3.**

Residentes de tercer año: autonomía (2.50) con una desviación estándar (DE) de 0.926; beneficencia de (0.25) con una DE de 0.463; justicia (0.50) y una DE 0.535 **Tabla 4.**

Residentes de segundo año: autonomía (2.82) con una desviación estándar (DE) de 1.07; beneficencia de (1.09) con una DE de 1.37; justicia (0.36) y una DE 0.505 **Tabla 5.**

Residentes de primer año: autonomía (2.55) con una desviación estándar (DE) de 1.44; beneficencia de (1.09) con una DE de 0.944; justicia (0.27) y una DE 0.467 **Tabla 6.**

En números totales, la cantidad de problemas bioéticos identificados por principio bioético fue: médicos de base 11 (autonomía 5; beneficencia 2; justicia 4). Residentes de cuarto año 8 (autonomía 4; beneficencia 3; justicia 1). Residentes de tercer año 6 (autonomía 4; beneficencia 1; justicia 1). Residentes de segundo año 9 (autonomía 4; beneficencia 4; justicia 1). Residentes de primer año 8 (autonomía 4; beneficencia 3; justicia 1). **Gráfica 1.**

Al comparar los promedios de los cinco grupos mediante la prueba de Kruskal-Wallis se obtuvo:

Principio de autonomía para los residentes de primer año R1 (26.77); para los de segundo año R2 (28.41); tercer año R3 (24.13); cuarto año R4 (30.64) y para los médicos de base MB (24.23). p (0.859)

Principio de beneficencia: R1 (30.36); R2 (27.59); R3 (17.38); R4 (34.71); MB (23.90). p (0.133)

Principio de justicia: R1 (26.45); R2 (28.77); R3 (32.25); R4 (23.14); MB (23.37). p (0.405) **Tabla 7.**

Se realizó prueba T de student entre: médicos de base y residentes obteniendo no significancia estadística (p 0.651). Entre R4 y R3 (p 0.791). Entre R4 y R2 (p 0.897). Entre R4 y R1 (p 0.843). MB y R1 (p 0.887). MB y R2 (p 0.459). MB y R3 (0.944). MB y R4 (0.761).

DISCUSIÓN

Cinco hallazgos de importancia encontramos en nuestro estudio. El primero de ellos se obtuvo al explorar a nuestra población con el mismo cuestionario empleado por la universidad de Toronto en donde el 80% (n=42) detectaron entre 2 y 7 problemas (de 29 del gold standard) en sus cuatro casos clínicos, es decir un promedio de 3.5 problemas por cuestionario. El 15% (n=8) entre 0 y 1 problema y el 0.03% (n=2) hallaron uno 9 y el otro 11 problemas en sus casos clínicos, siendo este último valor el más alto de nuestra población. Con lo que se aprecia la falta generalizada de conocimiento bioético en toda nuestra población encuestada, pues el 80% sólo identificó aproximadamente el 12% de los problemas propuestos en el “gold standard”.

El segundo hallazgo hace referencia al número de problemas identificados por principio bioético, comparando al grupo de médicos de base y a los subgrupos de residentes, tomando como referencia el “gold standard” del panel de trabajo y como punto de comparación el resultado obtenido por los estudiantes de la universidad de Toronto.

Observamos que nuestra población reconoció en promedio el 30% de los problemas de autonomía, el 28% de los de beneficencia y el 53% de los de justicia propuestos por en el “gold standard”. En la **gráfica 1** se aprecia la semejanza entre los cinco grupos de nuestra población a la hora de identificar problemas de autonomía, pero muy por debajo en comparación con el grupo de Toronto y más aún al panel de control. En beneficencia se presenta la mayor variabilidad de los tres principios y al mismo tiempo el puntaje más bajo en relación al “gold standard” y con el grupo de Toronto quienes incluso encontraron 2 problemas de más que los propuestos. En cuanto a la justicia

cabe decir que de no ser por un médico de base quien halló 4 de los 6 problemas se equipararía su grupo al resto disminuyendo a la mitad el porcentaje obtenido en la totalidad de nuestra población comparada con el panel de control.

El tercer hallazgo se encontró en el porcentaje de problemas bioéticos identificados por toda nuestra población por caso clínico, tomando como punto comparativo a los estudiantes de la universidad de Toronto. Obtuvimos un porcentaje de reconocimiento mayor en nuestros resultados en cuanto a problemas de autonomía, sin embargo en beneficencia y justicia se obtuvieron porcentajes menores al 50% en comparación a los obtenidos por la universidad de Toronto. **Tabla 8**

El cuarto hallazgo se obtuvo al comparar los promedios de los cinco grupos en donde se aprecia en todos los principios bioéticos una jerarquización similar. Un mayor promedio en los residentes de cuarto año (con excepción en justicia) en donde presentaron el promedio más bajo, seguidos de los residentes de segundo año que cuentan con promedios muy semejantes con los de primer año, que serían a seguir de estos. Posteriormente se encuentran los médicos de base y por último los residentes de tercer año (con excepción en justicia) donde obtuvieron el mayor promedio. **Gráfica 2**

El quinto hallazgo de importancia es la relación que encontramos entre los médicos que refirieron haber recibido educación bioética previa a la aplicación del cuestionario y la cantidad de problemas detectados en los casos clínicos.

De los 52 médicos encuestados, 22 (42%) afirmaron no haber recibido ninguna clase de educación bioética previa y 30 (57%) afirmaron lo contrario. De los que no tuvieron formación bioética el 22% (n=5) reconocieron entre 5 y 6 problemas por cuestionario (de 29 del gold standard) y 0% (n=0) reconocieron más de 6. Además, el 27% (n=6) encontraron de 0 a 1 problema, es decir un cuarto de su población. Contrariamente los que afirmaron haber recibido formación bioética previa el 23% (n=7) localizaron entre 5 y 6 problemas y otro 23% (n=7) entre 7 y 11 problemas bioéticos, además de que sólo el 0.06% (n=2) encontraron entre 0 y 1 problema bioético. **Gráfica 3**

Este estudio muestra que los médicos del servicio de cirugía general del Hospital General de México reconocieron sólo el 12 % de los problemas bioéticos presentes en los cuatro casos clínicos. Hallando el 53% de problemas relacionados a justicia, el 30% en autonomía y el 28% en beneficencia. El grupo que presentó mayor promedio total en sensibilidad bioética fueron los residentes de cuarto año, seguidos de los de segundo y primer año y en último lugar los médicos de base y los residentes de tercer año. Por último se observó que los médicos con formación bioética previa a la respuesta de los casos clínicos reconocieron no sólo un mayor número de problemas sino que sólo una pequeña porción de ellos reconocieron pocos problemas.

Nuestros hallazgos no concuerdan con los estudios que indagan sobre el conocimiento bioético (11, 12) en los cuales se observan puntajes mayores en el reconocimiento de problemas basados en casos clínicos en los tres

principios bioéticos. Así como en aquellos que hablan de un descenso en el conocimiento bioético (11, 12) o una deshumanización gradual (10, 26) conforme se avanza académicamente. Observando en nuestros resultados, estadísticamente no significativos, un promedio mayor en los residentes de último año y posteriormente puntajes más altos en los dos primeros años y más bajos en los de tercer año y en los médicos de base. De igual manera no concuerdan con aquellos que mencionan que el adiestramiento previo en ética ya sea en talleres, conferencias, cursos, lecturas, rondas de servicio o enseñanza basada en modelos (9) no tiene influencia en las decisiones éticas, puesto que en nuestros resultados se obtuvo mayor puntaje en quienes afirmaron tener formación bioética previa.

Algunas limitaciones se encontraron en el estudio, motivo por el cual se deben tomar con precaución los resultados del mismo. La primera de ellas es la que menciona Hebert (11) en el cual comenta acertadamente que materias como la ética requieren de un análisis multidimensional, pues ella trata de conocimientos, actitudes y comportamientos. Por lo que el empleo de casos clínicos para medir el conocimiento bioético (como en nuestro estudio) parece abordar únicamente el componente cognoscitivo de la ética. Por lo que forzosamente nos lleva a cuestionarnos si existe correlación alguna entre el análisis de casos clínicos bioéticos y el ser ético en sí en la práctica. O si el médico que identifica más problemas que sus colegas, que incluso no entregaron el cuestionario por desconocer el significado de los principios bioéticos, merece un mayor puntaje al final. Porque se sabe que se puede estar muy bien documentado e informado de muchos aspectos morales y sin

embargo no vivirlos en la práctica. O bien, dicho de otra forma, si se leen libros de leyes se llega a ser abogado, si se leen libros de contaduría se llega a ser contador, pero si se leen libros de ética, en cambio, no forzosamente se llega a ser ético, porque se requiere de mucho más que sólo conocimientos teóricos, se necesita actitud, se necesita ser virtuoso.

Una limitación más fue la probable ignorancia de los aspectos legales presentes en los casos clínicos del cuestionario por parte de nuestra población. Porque si bien las leyes no están por encima de la ética, sí es de suma importancia el conocimiento de las leyes positivas propias de cada país como una orientación a la hora de reconocer problemas bioéticos.

Otra limitante del estudio es que el cuestionario fue elaborado bajo una idiosincrasia y cultura específica, la canadiense. Lo cual no significa que la bioética se encuentre supeditada a determinada cultura, pero sí es importante tomar en cuenta la realidad socioculturaleconómica de las dos naciones a la hora de identificar problemas bioéticos.

Una última limitación para mencionar es que al tratarse de un estudio transversal y no observar la continuidad del comportamiento en el eje del tiempo no podemos apreciar los cambios o devenir de los médicos en el transcurso de su formación.

De manera tal que este estudio es sólo el inicio de una serie de cuestionamientos que quedan por contestar, partiendo de la pregunta: ¿se puede enseñar bioética a un individuo adulto que cuenta a su llegada a la residencia médica con creencias morales bien definidas? De contestar afirmativamente, los cuestionamientos serían: ¿qué se debe de enseñar? ¿Cómo se debe de enseñar? ¿Quién tendría que enseñar o educar o formar? ¿Están preparados los cirujanos encargados en la formación de los residentes en cuestiones éticas? ¿Quién y cómo evaluar los contenidos de dicha educación?

CONCLUSIONES

Este trabajo muestra el bajo puntaje de los médicos de base y residentes de cirugía general del Hospital General de México al momento de evaluarles el conocimiento bioético en base a casos clínicos bioéticos ficticios. A pesar de las limitantes que conlleva su interpretación tanto metodológica como conceptual, el trabajo muestra un patrón preocupante no de descenso creciente conforme se avanza en el grado académico, sino de un desconocimiento generalizado de la bioética en la población encuestada.

Por lo que se pueden sentar las bases para nuevos protocolos prospectivos que evalúen este problema en el eje del tiempo, una evaluación del plan de estudios establecido y sus consecuencias, así como el replantear el objetivo último de las residencias de cirugía, que es el formar cirujanos integrales y no sólo operadores.

RELACION DE TABLAS Y GRÁFICAS

Figura 0

| | Autonomía | Beneficencia | Justicia | Total |
|---------------|------------------|---------------------|-----------------|--------------|
| Caso 1 | 3 | 2 | 2 | 7 |
| Caso 2 | 4 | 3 | 2 | 9 |
| Caso 3 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| Caso 4 | 5 | 2 | 0 | 7 |
| Total | 14 | 9 | 6 | 29 |

"GOLD STANDARD".

NÚMERO DE PROBLEMAS ENCONTRADOS POR EL PANEL DE CONTROL.

TABLA 1

| | N | Mínimo | Máximo | Promedio | Desviación estándar. |
|--------------------|----|--------|--------|----------|----------------------|
| Autonomía caso1 | 52 | 0 | 1 | .87 | .345 |
| Autonomía caso2 | 52 | 0 | 2 | .65 | .520 |
| Autonomía caso3 | 52 | 0 | 1 | .46 | .503 |
| Autonomía caso4 | 52 | 0 | 1 | .62 | .491 |
| Beneficencia caso1 | 52 | 0 | 1 | .27 | .448 |
| Beneficencia caso2 | 52 | 0 | 1 | .25 | .437 |
| Beneficencia caso3 | 52 | 0 | 1 | .17 | .382 |
| Beneficencia caso4 | 52 | 0 | 1 | .21 | .412 |
| Justicia caso1 | 52 | 0 | 2 | .04 | .277 |
| Justicia caso2 | 52 | 0 | 1 | .02 | .139 |
| Justicia caso3 | 52 | 0 | 1 | .27 | .448 |
| Justicia caso4 | 52 | 0 | 0 | .00 | .000 |

**PROBLEMAS BIOÉTICOS IDENTIFICADOS
POR CASO CLÍNICO EN LOS 5 GRUPOS.**

TABLA 2

| | N | Mínimo | Máximo | Promedio | Desviación estándar. |
|--------------|----|--------|--------|----------|----------------------|
| Edad | 15 | 36 | 72 | 48.67 | 9.537 |
| Autonomía | 15 | 0 | 5 | 2.47 | 1.302 |
| Benficiencia | 15 | 0 | 2 | .67 | .816 |
| Justicia | 15 | 0 | 4 | .33 | 1.047 |
| Total | 15 | 0 | 11 | 3.60 | 2.772 |

PROMEDIO DE PROBLEMAS BIOÉTICOS ENCONTRADOS POR MÉDICOS DE BASE.

TABLA 3

| | N | Mínimo | Máximo | Promedio | Desviación estándar. |
|--------------|---|--------|--------|----------|----------------------|
| Edad | 7 | 27 | 33 | 30.00 | 2.000 |
| Autonomía | 7 | 0 | 4 | 2.71 | 1.890 |
| Benficiencia | 7 | 0 | 3 | 1.57 | 1.272 |
| Justicia | 7 | 0 | 1 | .14 | .378 |
| Total | 7 | 0 | 8 | 4.43 | 3.101 |

PROMEDIO DE PROBLEMAS BIOÉTICOS ENCONTRADOS EN RESIDENTES DE CUARTO AÑO.

TABLA 4

| | N | Mínimo | Máximo | Promedio | Desviación estándar |
|--------------|---|--------|--------|----------|---------------------|
| Edad | 8 | 26 | 30 | 27.63 | 1.302 |
| Autonomía | 8 | 1 | 4 | 2.50 | .926 |
| Benficiencia | 8 | 0 | 1 | .25 | .463 |
| Justicia | 8 | 0 | 1 | .50 | .535 |
| Total | 8 | 2 | 6 | 3.25 | 1.282 |

**PROMEDIO DE PROBLEMAS BIOÉTICOS ENCONTRADOS
EN RESIDENTES DE TERCER AÑO.**

TABLA 5

| | N | Mínimo | Máximo | Promedio | Desviación estándar. |
|--------------|----|--------|--------|----------|----------------------|
| Edad | 11 | 25 | 32 | 27.27 | 1.849 |
| Autonomía | 11 | 1 | 4 | 2.82 | 1.079 |
| Benficiencia | 11 | 0 | 4 | 1.09 | 1.375 |
| Justicia | 11 | 0 | 1 | .36 | .505 |
| Total | 11 | 1 | 9 | 4.27 | 2.412 |

**PROMEDIO DE PROBLEMAS BIOÉTICOS ENCONTRADOS
EN RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO.**

TABLA 6

| | N | Mínimo | Máximo | Promedio | Desviación estándar |
|---------------------|----|--------|--------|----------|---------------------|
| Edad | 11 | 23 | 35 | 26.55 | 3.908 |
| Autonomía | 11 | 0 | 4 | 2.55 | 1.440 |
| Benficiencia | 11 | 0 | 3 | 1.09 | .944 |
| Justicia | 11 | 0 | 1 | .27 | .467 |
| Total | 11 | 0 | 7 | 3.91 | 2.427 |

PROMEDIO DE PROBLEMAS BIOÉTICOS ENCONTRADOS EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO.

**TABLA 7
KRUSKAL-WALLIS**

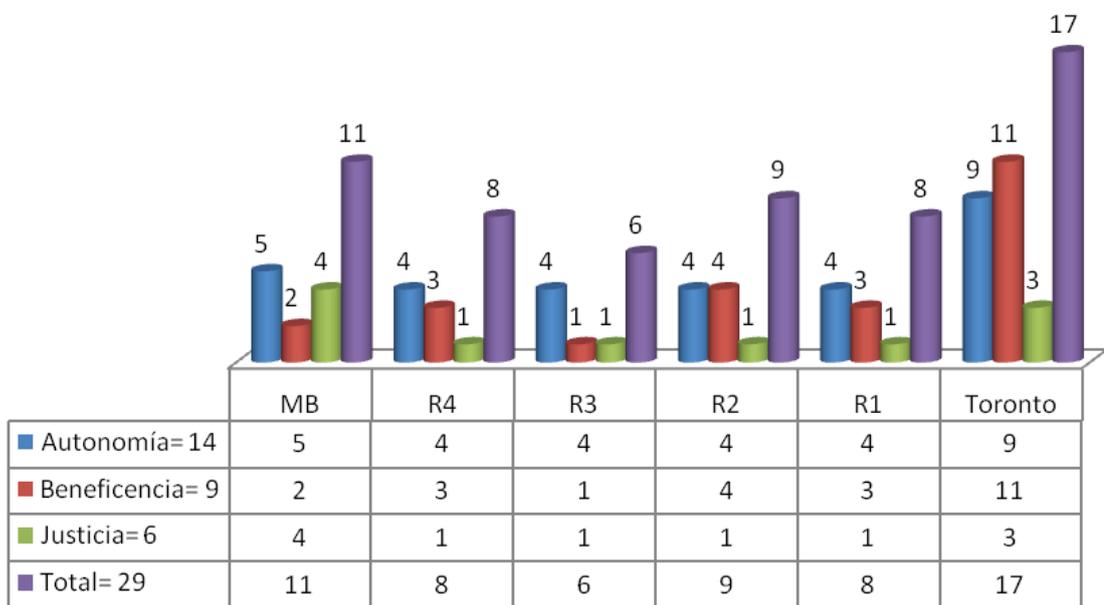
| Columna1 | Grado | Número de médicos | Promedio |
|---------------------|-------|-------------------|--------------|
| Autonomía | R1 | 11 | 26.77 |
| | R2 | 11 | 28.41 |
| | R3 | 8 | 24.13 |
| | R4 | 7 | 30.64 |
| | MB | 15 | 24.23 |
| Benficiencia | R1 | 11 | 30.36 |
| | R2 | 11 | 27.59 |
| | R3 | 8 | 17.38 |
| | R4 | 7 | 34.71 |
| | MB | 15 | 23.9 |
| Justicia | R1 | 11 | 26.45 |
| | R2 | 11 | 28.77 |
| | R3 | 8 | 32.25 |
| | R4 | 7 | 23.14 |
| | MB | 15 | 23.37 |
| TOTAL | R1 | 11 | 27.86 |
| | R2 | 11 | 28.91 |
| | R3 | 8 | 22.50 |
| | R4 | 7 | 31.50 |
| | MB | 15 | 23.53 |

TABLA 8

| Caso clínico | UT | HGM | UT | HGM | UT | HGM |
|--------------|-----------|-----------|--------------|--------------|----------|----------|
| | Autonomía | Autonomía | Beneficencia | Beneficencia | Justicia | Justicia |
| 1 | .36 | .87 | .51 | .27 | .08 | .04 |
| 2 | .29 | .65 | .30 | .25 | .03 | .02 |
| 3 | .37 | .46 | .61 | .17 | .03 | .27 |
| 4 | .24 | .62 | .43 | .21 | - | - |

UT = Universidad de Toronto. HGM = Hospital General de México.

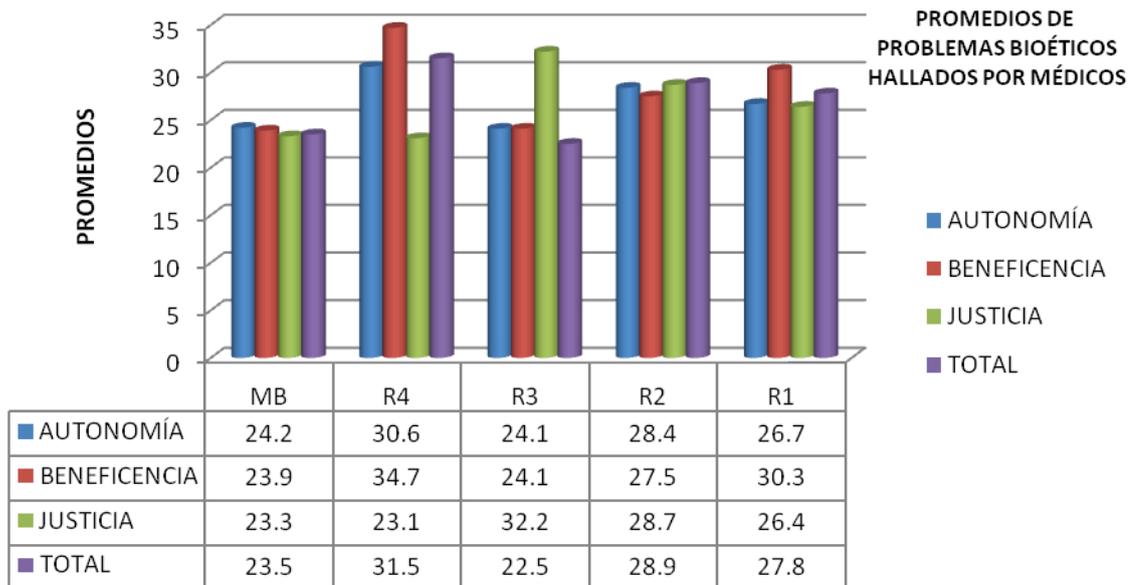
NÚMERO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR PRINCIPIO BIOÉTICO



■ Autonomía= 14 ■ Beneficencia= 9 ■ Justicia= 6 ■ Total= 29

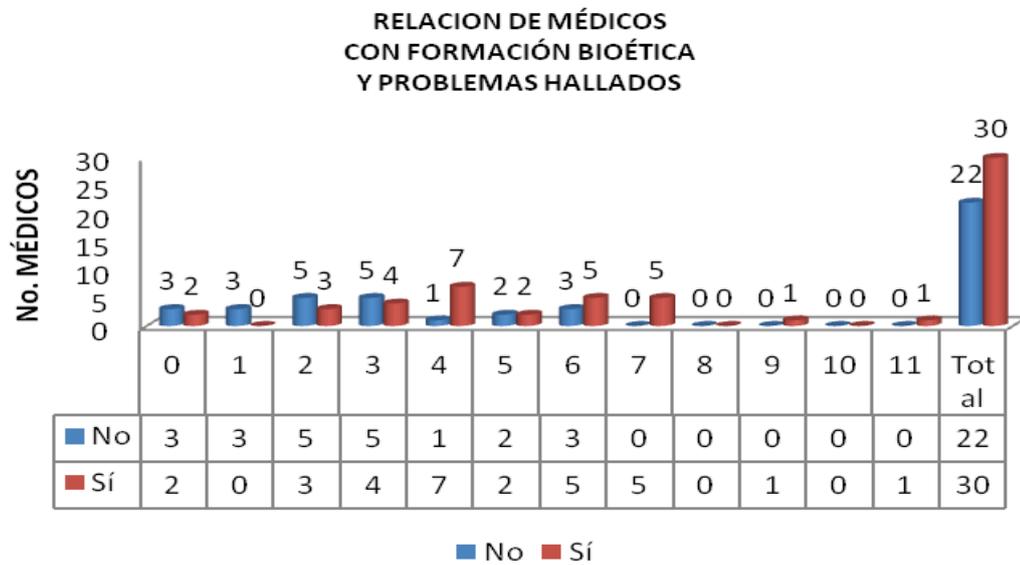
GRÁFICA 1

MB= médico de base. R= residente. A= autonomía. B= beneficencia. J= justicia



GRAFICA 2

MB= médico de base. R= residente.



GRÁFICA 3

PALABRAS CLAVE:

Bioética en cirugía general. Sensibilidad bioética. Formación bioética.

BIBLIOGRAFÍA.

1. GARCÍA, F. **Formación ética del Residente de Cirugía.** Rev. Argent. Cirug. 2008; 95 (1-2): 25-31
2. TUNG, Th. Et al. **Ethics in Surgery Historical Perspective.** ARCH SURG, 2000 (135): 10-13.
3. MATURANA, H; MALDONADO, C. **Bioética. La Calidad de la Vida en el Siglo XXI.** Colombia, Bios y Ethos. 2000. Pág. 24
4. IRAMANEERAT, CH. **Instruction and Assessment of Professionalism for Surgery Residents.** Journal of Surgical Education 2009 (66) 159-162.
5. JONE, J, et al. **Ethics and professionalism: Do we need yet another surgeons' charter?** J Vasc Surg 2006;44: 903-906
6. CASTILLO, P. **Ética y Cirugía.** Rev. Chilena Cirug. 2003 (55) - N° 1; 1-4
7. PRAGATHEESHWAR, T. **Educational intervention is effective in improving knowledge and confidence in surgical ethics a prospective study.** The American Journal of Surgery 2010 (200): Págs.666-667

8. BEAUCHAMP, G. **General surgeons and clinical ethics: a survey.**
Can J Surg 1998 (41): Pág. 451

9. HELFT, PR. et al. **Ethics education in surgical residency programs: a review of the literature.** J Surg Educ 2009 (66): Pag.35

10. ANGELOS, P., et al. **Medical ethics curriculum for surgical residents: Results of a pilot project.** Surgery, 1999;(126):701-707

11. GROSSMAN E, et al. **Ethics education in surgical residency: past, present, and future.** Surgery 2010 (147):114-119

12. DOWNING M, et al. **Results of a national survey on ethics education in general surgery residency programs.** Am J Surg 1997(174):364-8.

13. SOGI, C, et al. **¿Se Puede Medir el Aprendizaje de la Ética Médica?**
An Fac Med Lima 2005; 66(2): 174-185

14. GROSS, M. **Ethics education and physician morality.** Social Science & Medicine, 1999 (49) 329-342

15. BREINBAUER, K. **Formación Valórica del Estudiante de Medicina de lo Integral a lo Especializado.** Bol. Hosp. San Juan de Dios, Chile, 1991, 54(6): 337-342

16. HEBERT Ph. **Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument.** J med ethics. 1990 (16) 141-145

17. HEBERT Ph. **Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto.** J med ethics. 1992, (18) 142-147
18. LEÓN, F. **Enseñar Bioética: Cómo Transmitir Conocimientos, Actitudes y Valores.** Acta Bioethica 2008; 14 (1) 11-18.
19. PÉREZ TAMAYO, R. **Humanismo y Medicina.** Rev. Fac. Med. UNAM. México. 2010 (53): 38-43
20. GRACIA D. **La deliberación moral, el método de la ética clínica.** Medicina Clínica 2001; 117 (1): 18-23.
21. MALIANDI R. **Ética discursiva y ética aplicada. Reflexiones sobre la formación de profesionales.** Revista Iberoamericana de Educación 2002; 29: 105-130.
22. GRACIA D. **Fundamentación y enseñanza de la bioética.** Bogotá: Ed. El Búho; 1998: 175-183.
23. FERRO, M. **La Bioética y sus Principios.** Acta Odontológica Venezolana, 2009, 47 (2): 1-6.
24. LEÓN, F. **FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS DE BIOÉTICA CLÍNICA, INSTITUCIONAL Y SOCIAL.** Acta Bioethica 2009; 15 (1): 70-78
25. **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2006.**
<http://www.unesco.org/shs/ethics>

26.SULMASY, D. et al. Medical house officers' knowledge, attitudes, and confidence regarding medical ethics. Arch inter med,1990; (150): 2509-2513.

1. Masculino 58 años de edad, presenta un evento vascular cerebral hemorrágico izquierdo, necesita apoyo vital avanzado e intervención quirúrgica de urgencia. El paciente previamente había comunicado tanto a usted como a su familia su deseo no ser sometido a procedimientos invasivos para apoyo vital. Sin embargo, su esposa desea que se “haga todo” por su esposo.

Autonomía: _____

Beneficiencia: _____

Justicia: _____

2. Usted recibe una llamada telefónica para hacer una visita a domicilio a una paciente de 82 años de edad; hasta hace 5 semanas se encontraba totalmente sana y realizaba sus actividades de manera independiente, inicia con pérdida de peso, delirio y postración en cama; usted considera debe ir a un hospital para investigar la causa de su deterioro pero la paciente rehusa categóricamente.

Autonomía: _____

Beneficiencia: _____

Justicia: _____

3. Masculino 24 años de edad, casado y padre de tres hijos aparentemente sano, acude a su consulta para realización de una revisión general y exámenes de laboratorio. Dentro de los exámenes de laboratorio resulta positivo en prueba de VIH.

Autonomía: _____

Beneficiencia: _____

Justicia: _____

4. Masculino 45 años de edad, viudo; se encuentra hospitalizado con el diagnóstico de cáncer pulmonar, tumor inoperable, sobrevida de 6 meses. Cuenta con el antecedente de cuadros depresivos, actualmente en manejo con anti depresivos. El hijo del paciente comunica a usted que su padre no puede manejar estas “malas noticias” y le solicita que bajo ninguna circunstancia sea informado del diagnóstico. El personal de enfermería le comunica que el paciente no solo es capaz de comprender el diagnóstico, sino además debe ser informado.

Autonomía: _____

Beneficiencia: _____

Justicia: _____

APENDICE II

“Gold Standard”

Caso I

Autonomía: El paciente comunicó previamente su deseo a familiares de no ser sometido a procedimientos invasivos, consentimiento informado, paciente se ha manifestado en contra del apoyo vital temporal (3 puntos)

Beneficiencia: Los deseos de la esposa con la intención de expresar el mejor resultado para el paciente, riesgos vs beneficios en la intervención quirúrgica (2 puntos)

Justicia: Edad del paciente, costos (2 puntos)

Total 7 puntos

Caso 2

Autonomía: Derecho en pacientes competentes para asumir el riesgo de sus decisiones o rehusarse a tratamiento médico, derecho a la privacidad o dejar solo, necesidad de valorar la capacidad del paciente para tomar decisiones, buscar familiares para obtener consentimiento informado (4 puntos)

Beneficiencia: Deber de salvar a aquellos pacientes que potencialmente pueden sufrir algún daño, beneficio de hospitalización vs perjuicio al ser hospitalizado, mayor beneficio para el paciente al ser tratado en casa (3 puntos)

Justicia: Apropiaada asignación de recursos para pacientes ancianos, injusticia para familiares (carga de trabajo) o larga estancia en hospital “bloqueadores de camas” (2 puntos)

Total: 9 puntos

Caso 3

Autonomía: Deber de confidencialidad, derecho de privacidad (2 puntos)

Beneficiencia: Derecho de la esposa a saber el diagnóstico con la finalidad de proteger su salud, prevención de perjudicar a otros individuos de la sociedad (2 puntos)

Justicia: Cualquier deseo del paciente en confidencialidad o autonomía en contra de los derechos de otros en la protección de daños potenciales, “injusto” no decir a paciente (2 puntos)

Total: 6 puntos

Caso 4

Autonomía: Derecho del paciente a estar informado, Obligación por parte del médico a revelar la información, Valorar la capacidad del paciente, Relevancia de las normas profesionales a pesar de la decepción, Punto de vista de familiares y enfermeras en el deseo del paciente (5 puntos)

Beneficiencia: Riesgos en la divulgación del diagnóstico “no dañar” (2 puntos)