








Percepción de competencia bioética y deliberación ético-clínica conjunta medicina-enfermería en hospitalización pediátrica básica

Perception of bioethical competence and joint ethical deliberation between physicians and nurses in non-critical pediatric inpatients

David Rodríguez-Cadima^{1*} , Alexis Strickler-Prouvay¹ , Rosmina Arellano-Pajaro¹ , Alexandra Uherek-Peters¹ ,
Clara Brochero-Mercado¹ , Rossy Quezada-Encina² , María Teresa Silva-Elgueta³ 

Resumen

Introducción: las competencias bioéticas permiten abordar colectiva y críticamente, aspectos éticos involucrados en la práctica clínica. Pero, la deliberación ética simultánea de médico/as con enfermero/as, en pacientes no críticos, es inhabitual. **Objetivo:** constatar la percepción de médico/as y enfermero/as de un hospital de alta complejidad, sobre sus competencias bioéticas y deliberación sincrónica, en hospitalizados pediátricos sin riesgo vital. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo y transversal mediante encuesta, a médico/as y enfermero/as del servicio médico-quirúrgico infantil, sobre presencia, modalidad de enseñanza de bioética en pregrado, percepción de tener conocimiento bioético suficiente para aplicarlo clínicamente y si hubo análisis ético-clínico conjunto, en pacientes hospitalizados. **Resultados:** la mayoría de los encuestados 47/54 (87%) recibió formación teórica obligatoria en bioética durante el pregrado. De ellos, 19/29 (65,5%) médico/as y 11/18 (61,1%) enfermero/as reconocieron que esta formación fue insuficiente para aplicarla en el trabajo. 25/35 (71,4%) médicos, afirmó participar en deliberación ética antes de enviar un caso al comité de ética asistencial, pero esta deliberación ocasionalmente incluyó a enfermero/as ya que, sólo 2/19 (10,5%) de los enfermero/as señalaron intervenir en este tipo de deliberación. **Conclusiones:** médico/as y enfermero/as que trabajan en pediatría y cirugía infantil, perciben insuficiencias de formación en pregrado en bioética e impericia para aplicar contenidos a la práctica cotidiana. La deliberación ética sobre casos clínicos pediátricos de enfermero/as es esporádica respecto de médico/as en hospitalización médico-quirúrgica básica.

Palabras clave: bioética; pediatría; educación médica; equipo de atención al paciente.

Abstract

Introduction: Bioethical skills are essential for addressing, both collectively and critically, ethical issues that arise in clinical practice. However, joint ethical deliberation between physicians and nurses with non-critical patients is uncommon. **Objective:** To study the perception of physicians and nurses regarding their bioethical skills in a high-complexity hospital and whether they engage in collective deliberation in units of pediatric inpatients not at vital risk. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study was conducted via a survey targeting physicians and nurses in the pediatric medical-surgical service. The survey inquired about the presence and modality of bioethics teaching during undergraduate education, the perception of having sufficient bioethical knowledge for clinical application, and whether joint ethical-clinical analysis was performed regarding hospitalized patients. **Results:** Most respondents, 47/54 (87%), had received mandatory theoretical training in bioethics during their undergraduate education. 19/29 (65.5%) physicians and 11/18 (61.1%) nurses acknowledged that this training was insufficient for application in their work. A high percentage of physicians, 19/29 (65.5%), claimed to carry out ethical analysis of cases before referring them to the healthcare ethics committee, occasionally including nurses since only 2/18 (11.1%) of the nurses indicated participation in such analysis. **Conclusions:** Medical and nursing professionals who work in pediatrics and children's surgery perceive insufficiencies in undergraduate training in bioethics issues and an inability to apply content to daily practice. Ethical deliberation on pediatric clinical cases by nurses is sporadic compared to doctors in basic medical-surgical hospitalization.

Keywords: Bioethics; pediatrics; medical education; patient care team

Fecha de envío: 2024-01-27 - Fecha de aceptación: 2024-05-10

(1) Departamento de Pediatría. Sede Patagonia. Universidad San Sebastián. Puerto Montt. Chile.

(2) Servicio médico quirúrgico infantil. Hospital Dr. Eduardo Schuetz Schroeder. Servicio de Salud Reloncaví. Puerto Montt. Chile.

(3) Facultad de Medicina y Ciencias. Sede Patagonia. Universidad San Sebastián. Puerto Montt. Chile.

*Autor de correspondencia: da.rodriquez.ca@gmail.com



Introducción

A nivel mundial y en Chile, desde 1970 en adelante, las carreras de la salud han incorporado a la formación de pregrado, progresivamente y con nuevas metodologías de aprendizaje, asignaturas sobre bioética/ética médica clínica (Hébert *et al.*, 1992; Vidal, 2012; Siegler, 2019). En la actualidad se ha investigado si con el contenido y la metodología de enseñanza utilizada en la docencia de bioética se logra el conocimiento a nivel de competencia, definida como el conjunto de atributos que una persona posee y le permiten desarrollar acción efectiva en determinado ámbito, así como su impacto en el desempeño de médicos, estudiantes de medicina, profesionales y alumnos de carreras de la salud (Hébert *et al.*, 1992; Fawzi, 2011; Adhikari *et al.*, 2016; Castro *et al.*, 2018; Gulino *et al.*, 2019; DeFoor *et al.*, 2020; Kavas *et al.*, 2020; Ranasinghe *et al.*, 2020). La deliberación ético-clínica multidisciplinaria se ha efectuado rutinariamente en los comités de ética clínica (CEC). Se han diseñado algunas metodologías para el proceso de toma de decisiones compartida que permitan trasladar la deliberación ética próxima a la cama del paciente, como el modelo suizo denominado METAP (Modular, Ethical, Treatment decisions, Allocation of resources at the micro-level, and Process) (Meyer-Zehnder *et al.*, 2017) y el método sueco de deliberación moral (Haan *et al.*, 2018), ambos con participación multidisciplinaria sanitaria. Otra metodología utilizada es el consejero ético, un profesional formado en bioética quien se traslada al servicio clínico para asesorar al equipo de salud en los análisis ético-clínicos, modelo que ha sido implementado solamente en algunos centros de salud (Galván *et al.*, 2021). Las barreras para aplicar estas metodologías se relacionan principalmente con el no reconocimiento de los problemas éticos y la falta de competencias bioéticas (Meyer-Zehnder *et al.*, 2017), por lo cual el objetivo de este trabajo es constatar la percepción de médico/as y enfermero/as que trabajan en un servicio de hospitalización médico-quirúrgico básico de un hospital de alta complejidad, sobre sus competencias bioéticas para la aplicación en el trabajo diario y la participación en deliberación conjunta en hospitalizados pediátricos sin riesgo vital inmediato antes de derivar un paciente al comité de ética clínica asistencial (CEA).

Metodología

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y transversal. La población total fueron médico/as y enfermero/as (titulares y de reemplazo) que trabajan directamente en la asistencia del paciente hospitalizado en el servicio médico-quirúrgico infantil del hospital de alta complejidad de Puerto Montt (HPM), Chile. Los criterios de exclusión fueron médicos y enfermeras con licencias médicas no reemplazadas. El estudio se realizó a través de encuestas con aplicación de consentimiento informado. Para estos efectos se utilizó un instrumento diseñado y validado previamente de acuerdo con

Villavicencio (2018) para investigar el conocimiento y aplicación de conocimientos de bioética, con la metodología de análisis principalista en unidades de emergencia pediátrica (Strickler *et al.*, 2023), instrumento que fue modificado para investigar específicamente si médico/as y enfermero/as habían discutido un caso clínico en el servicio de hospitalización básica médico-quirúrgico infantil previo a su envío al CEA. El cuestionario contenía 28 preguntas cerradas que incluían datos de edad, título profesional, años de ejercicio laboral en pediatría o cirugía infantil, formación de ética en pregrado incluyendo lugar en el currículo (preclínico- clínico/internado) y metodología de enseñanza (teórica, práctica o mixta), o educación continua mediante cursos en el lugar de trabajo, percepción de la suficiencia del conocimiento adquirido para el desempeño profesional y si médicos y enfermeras habían discutido en conjunto, en el servicio clínico investigado, al menos un caso clínico enviado al CEA. La encuesta modificada fue sometida a un proceso de validación, con la participación de expertos en diseño de encuestas, bioeticistas clínicos y académicos. El proyecto de investigación, la encuesta y el consentimiento informado fueron aprobados por el CEC del Servicio de Salud del Reloncaví. Se envió invitación a participar por correo electrónico a los jefes de los servicios de enfermería, pediatría y cirugía infantil, además de remitir a todos los médico/as y enfermero/as (contratados, planta o reemplazo) del servicio médico-quirúrgico infantil, adjuntando consentimiento informado y encuesta (Anexos 1 y 2). Las encuestas fueron autoadministradas y las respuestas se recibieron vía papel o correo electrónico. La recolección total de datos duró siete meses (1 de abril a 30 de septiembre 2022). La confidencialidad se aseguró enviando electrónicamente las respuestas de los cuestionarios a uno de los autores (MTS), quien les asignó un número correlativo, en tanto el investigador responsable (AS) guardó los consentimientos informados.

Al ser un estudio exploratorio y descriptivo, el cuestionario no fue sometido a validación estadística. Para el manuscrito se usó las listas de chequeo de estudios a través de encuestas CROSS (Von Elm *et al.*, 2007) y para estudios descriptivos STROBE (Sharma *et al.*, 2021).

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó con el software IBM® SPSS® Statistics 20.0 SPSS (IBM Corp, 2020) y Microsoft® Excel® para Microsoft 365 MSO. Se aplicó estadística descriptiva (número de casos y porcentajes). Se utilizaron tablas de distribución de frecuencias para caracterizar las variables sociodemográficas, formación en bioética y las respuestas de los participantes. Se aplicó la prueba Chi Cuadrado de Homogeneidad para probar diferencia de proporciones al comparar la participación de los profesionales médico/as y enfermero/as en la discusión de un problema presentado al CEA. La significancia se consideró al 5%.

Resultados

De una población total de 66 profesionales de medicina y enfermería, (planta y reemplazo), se excluyó 1 profesional enfermero(a) por licencia médica no reemplazada. De los 65 profesionales invitados a participar, 54 profesionales respondieron la encuesta equivalente a una tasa de respuesta de 83,07%. La caracterización de los integrantes del equipo de salud, para efectos del estudio se presenta en la Figura 1. Las características demográficas, años de trabajo en el servicio de hospitalización, la formación en bioética y la percepción de haber adquirido la competencia bioética de los participantes se detallan en la Tabla 1. En ambos estamentos hubo predominio del género femenino el que fue mayor en enfermería 18/19 (94,7%). 47/54 (87%) se ubicó en el tramo de más de 30 años y el 51.9% (28 /54) entre cinco a veinte años de experiencia laboral. Respecto de la edad 8/35 (22,9%) médico/as revelaron tener más de 50 años mientras que 19/19 (100%) de enfermero/as manifestaron tener menos de 50 años. Además, se evidenció que 12/35 (34,3%) médico/as tenían más de 20 años de experiencia profesional versus solo 1/19 (5,3%) de los enfermero/as. El 87.0%

(47/54) de los profesionales recibió cursos de bioética en pregrado, sin embargo entre los médico/as mayores 50 años, seis de ocho (75,0%) no tuvieron asignatura de bioética en pregrado. De los profesionales de enfermería que tuvieron formación de bioética 18/18 (100%) la realizó en pregrado, a nivel preclínico mientras que 23/29 (79,1%) de los médicos que cursaron bioética en pregrado, tuvieron la asignatura solo a nivel preclínico y 6/29 médicos (20,7%) en el período de práctica o internado. La asignatura se dictó preferentemente en modalidad obligatoria y con metodología teórica. Entre los encuestados solamente 1/19 (5,3%) enfermero/as y 13/35 (37,1%) médico/as manifestaron haber tenido educación en bioética durante el ejercicio laboral. Respecto de la percepción de la suficiencia del conocimiento obtenido para el desempeño laboral, 19/29 (65,5%) médico/as y 11/18 (61,1%) enfermero/as que tuvieron formación en bioética, contestaron negativamente (Tabla 1). Al preguntar si han participado en alguna discusión de un problema ético de un paciente en el servicio que fue derivado al CEA 25/35 (71,4%) de los médico/as y solamente 2/19 (10,5%) enfermero/as señalaron que sí han participado, presentando diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$), (Figura 2).

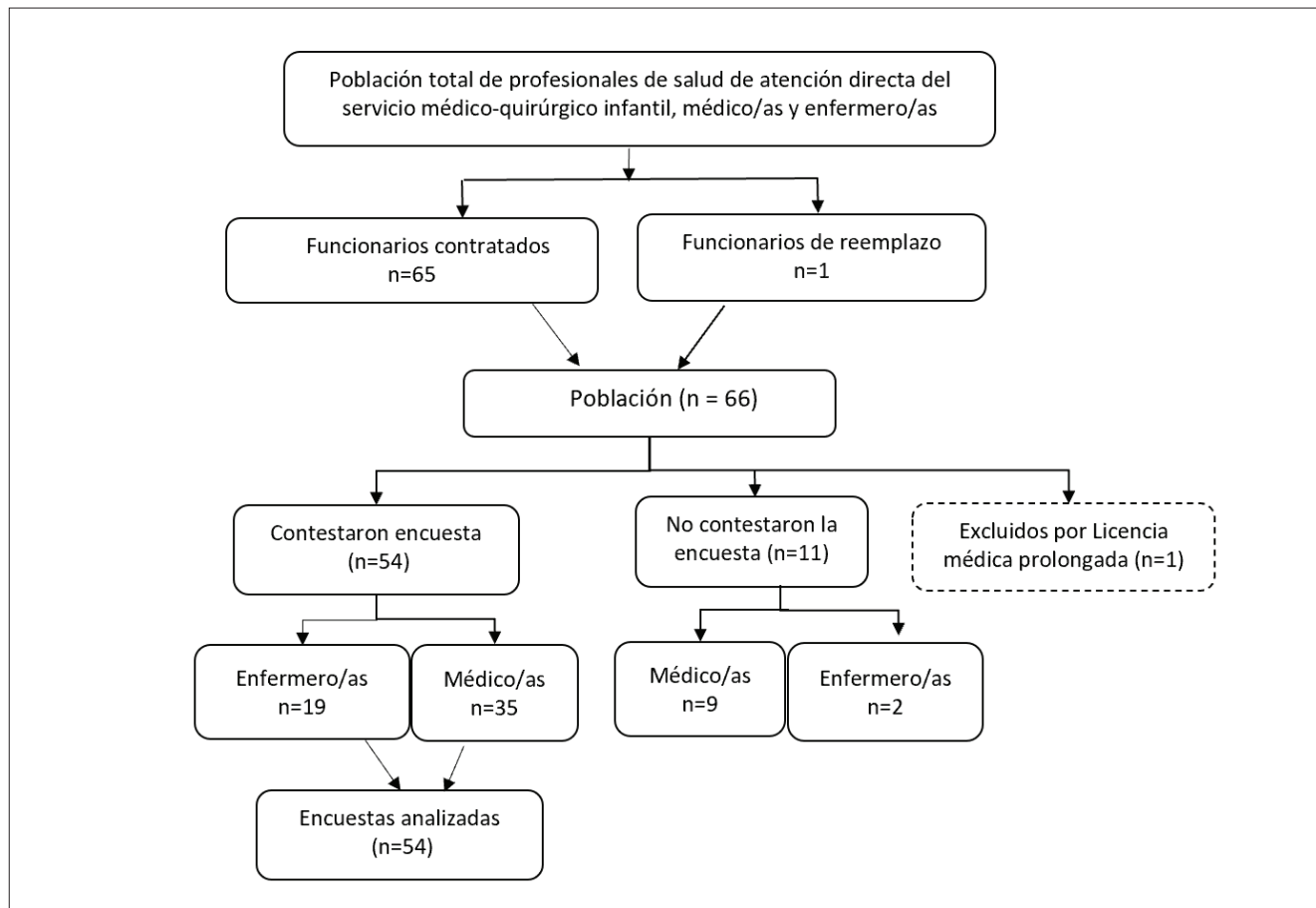


Figura 1: diagrama de Flujo de los integrantes del equipo de salud de atención directa, del servicio médico-quirúrgico infantil participantes en el estudio.

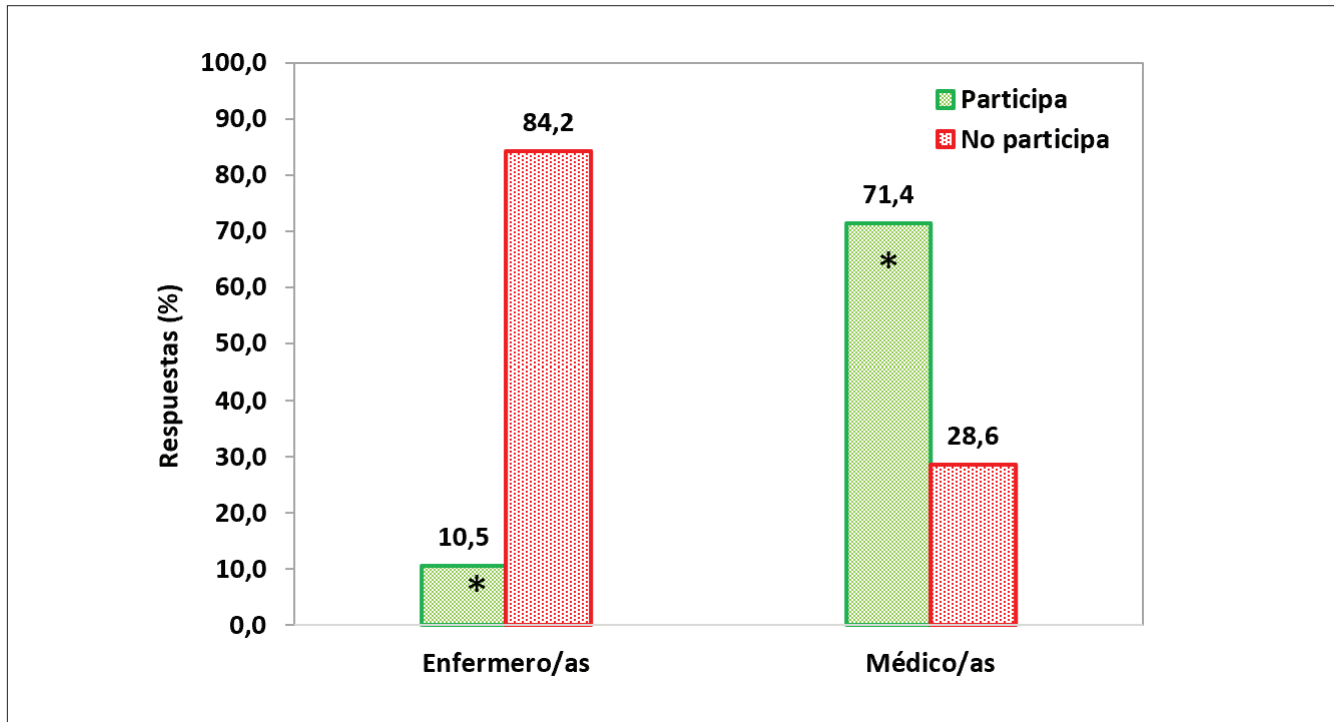


Figura 2: porcentaje de profesionales que responde la pregunta: En atención de pacientes, ¿Ha participado o ha sido consultado para la discusión de un problema presentado al comité de ética asistencial? * Prueba Chi Cuadrado de Homogeneidad ($p < 0,001$). La profesión determina la participación en la discusión de un problema presentado al comité de ética asistencial.

Discusión

Los resultados muestran que el 63,8% (30/47) de los profesionales que tuvieron asignaturas de bioética en pregrado y que trabajan en hospitalización pediátrica básica, del HPM Chile, percibe que no tiene las competencias bioéticas suficientes para aplicarlas en el ejercicio profesional. Estos resultados coinciden con reportes nacionales e internacionales que han entrevistado a médico/as, enfermero/as y otros profesionales de la salud, al igual que a estudiantes de esas carreras profesionales, que están en la etapa de práctica o internado, mostrando cifras cercanas al 60%, (Fawzi, 2011; Adhikari et al., 2016; Castro et al., 2018; Gulino et al., 2019; DeFoor et al., 2020; Kavaz et al., 2020; Ranasinghe et al., 2020; Strickler et al., 2023). Algunas publicaciones señalan que, la ubicación y modalidad de la asignatura de bioética en los currículos de medicina y otras carreras de la salud, preferentemente en los primeros años de la educación universitaria y en modalidad predominantemente teórica, como ha ocurrido en esta población, no es suficiente para lograr la competencia bioética, sugiriendo que la asignatura se imparta en todos los años de formación y con fuerte énfasis en la aplicación a casos clínicos simulados o de la vida real (Wightman & Diekema 2020; Machin & Proctor, 2021; Varkey, 2021).

Entre los médicos mayores de 50 años, era esperable que no tuvieran asignaturas de bioética en pregrado, pues durante su período formativo, la enseñanza de bioética no se había incorporado en el currículo en parte importante de las universidades chilenas (Vidal, 2012).

Si bien en los currículos universitarios de los médico/as y enfermero/as, se incluye como objetivos de aprendizaje, en concordancia con el perfil de egreso de ambas profesiones, trabajo en equipo, comunicación efectiva, profesionalismo y ética (Deonandan & Khan, 2015; Rodríguez et al., 2018; Fernandes et al., 2020; Waltz et al., 2020; Borghi et al., 2021), los resultados de este trabajo sugieren que al menos en lo referido a deliberación bioética, ésta no se realiza dentro del equipo de trabajo.

Para evaluar la adquisición de las competencias éticas y bioéticas, se han creado herramientas específicas que miden el logro de las competencias, de modo que se asegure que el médico y el profesional de la salud, las incorporen al trabajo diario y en todos los escenarios de atención de salud, sin embargo, estos instrumentos de evaluación no han sido aplicados sistemáticamente en todos los centros formadores (Vidal, 2012; Waltz et al., 2020).

Se ha reportado que introducir la bioética en la práctica clínica tiene ventajas para pacientes, profesionales sanitarios e instituciones, disminuyendo los eventos adversos, mejorando la calidad de la atención prestada y la satisfacción de los integrantes del equipo de salud, pacientes y familiares (Siegler, 2019; Wehkamp *et al.*, 2021; Weiner *et al.*, 2021). Sin embargo, incorporar el razonamiento ético junto con el clínico en la atención de salud no se ha logrado en su totalidad existiendo factores tales como: ausencia y falta de aceptación de un modelo de toma de decisiones bioéticas compartidas, escasa colaboración interprofesional, ausencia de competencia ética y no reconocer la existencia de problemas éticos, los que influyen negativamente la implementación de este modelo, en el contexto cercano a la cama del enfermo hospitalizado (Meyer-Zehnder *et al.*, 2017).

En este estudio se ha objetivado que ocasionalmente participan las enfermeras en el análisis ético-clínico en hospitalización básica, incluso en aquellos casos que constituyen dilemas o problemas éticos complejos, en los que se considera necesaria la evaluación por el CEC, lo que sugiere que no es común el enfoque ético-clínico en enfermería, como tampoco el análisis en conjunto con integrantes del equipo de salud (médico/as y enfermero/as) en el paciente hospitalizado no crítico. De acuerdo con información del presidente del CEA del hospital en referencia, entre los años 2018 y 2023 se han presentado (con excepción del año 2020) un promedio de 10 casos anuales, de los cuales cinco corresponden al servicio médico-quirúrgico infantil, tres a neonatología y dos a unidad de paciente crítico pediátrico (datos no mostrados en tabla). Es posible que los factores que han condicionado que no se haya implementado esta modalidad clínica, junto con los descritos previamente, sean el énfasis científico-tecnológico en la formación teórica y práctica, de médicos y otros profesionales de la salud, y la insuficiencia de la formación de bioética en pregrado (Hébert *et al.*, 1992; Fawzi, 2011; Vidal, 2012; Adhikari *et al.*, 2016; Meyer-Zehnder *et al.*, 2017; Castro *et al.*, 2018; Gulino *et al.*, 2019; Siegler, 2019; DeFoor *et al.*, 2020; Kavas *et al.*, 2020; Ranasinghe *et al.*, 2020).

Destacados bioeticistas como Siegler (2019) y Varkey (2021) han enfatizado que la ética médica clínica, concebida individualmente o como parte de la bioética aplicada en salud, es intrínseca a la práctica de la medicina y profesiones asociadas, y que debe practicarse diariamente en el contacto con el paciente y familia

(Siegler, 2019; Varkey *et al.*, 2021). Por otra parte, aunque se han creado y desarrollado múltiples estrategias a nivel internacional para ofrecer apoyo ético (Meyer-Zehnder *et al.*, 2017; Haan *et al.*, 2018; Galván *et al.*, 2021; Machin & Proctor, 2021), en Chile como en otros países, solo se han implementado en forma generalizada y sistemática, los comités de ética asistencial institucionales y los comités éticos científicos, que han experimentado un desarrollo y profesionalización creciente. Los modelos de consultoría ética, en el que el profesional experto en bioética acude al servicio donde está el enfermo y analiza con los integrantes del equipo de salud, los problemas éticos previamente identificados, se están desarrollando solamente en algunos centros de hospitalización (Galván *et al.*, 2021).

En el caso de pacientes que presentan un problema ético complejo que requiere análisis por el comité de ética clínico, un paso previo que parece razonable es realizar un análisis ético-clínico, por parte de los integrantes del equipo de salud que entregan atención directa y que, en virtud del tiempo y la cercanía con el enfermo y la familia, conocen en mayor profundidad el estado clínico y los deseos de pacientes y familiares.

En unidades oncológicas y de paciente crítico pediátricas, se ha comunicado que es común la participación de médicos, enfermeras y ocasionalmente pacientes y familiares en el análisis y toma de decisiones, que incluyen respuesta a problemas éticos asociados al diagnóstico, exploración, tratamiento y decisiones del final de vida (Weiner *et al.*, 2021).

Se ha notificado que existen problemas éticos comunes en la atención hospitalaria que es necesario reconocer y evaluar críticamente (Ramos *et al.*, 2018) por lo que instaurar la deliberación ético-clínica conjunta medicina-enfermería (médico/as tratantes e interconsultores subespecialistas en las distintas subespecialidades relacionadas con el paciente específico, enfermero/as, otros profesionales de la salud (kinesiólogo/as, psicólogo/as, terapeuta ocupacional, trabajador/a social) y técnicos de enfermería de nivel superior, en el entorno cercano al enfermo hospitalizado, puede ser una forma de detectar oportunamente y dar respuesta a los problemas éticos intrínsecos a la práctica clínica. Además, puede constituir un paso previo necesario para incorporar al paciente y familiares en la toma de decisiones en salud que les competen.

Tabla 1: características sociodemográficas, de formación en bioética y de percepción de la suficiencia del conocimiento adquirido, de médicos y enfermero/as de atención directa del servicio médico-quirúrgico infantil.

Características de la muestra		Enfermero/a		Médico/a		Total			
		n	%	n	%	n	%		
Variables sociodemográficas	Sexo	Hombre	1	5,3	13	37,1	13	25,9	
		Mujer	18	94,7	22	62,9	41	74,1	
	Rango edad	< 30 años	5	26,3	2	5,7	7	13,0	
		30-50 años	14	73,7	25	71,4	39	72,2	
		> 50 años	0	0,0	8	22,9	8	14,8	
	Años de profesión	< 5	9	47,4	4	11,4	13	24,1	
		5 - 10	7	36,8	7	20,0	14	25,9	
		10 - 20	2	10,5	12	34,3	14	25,9	
		> 20	1	5,3	12	34,3	13	24,1	
	Años de servicio en pediatría o cirugía infantil	< 5	10	52,6	11	31,4	21	38,9	
		5 - 10	8	42,1	13	37,1	21	38,9	
		10 - 20	1	5,3	8	22,9	9	16,7	
		> 20	0	0,0	3	8,6	3	5,6	
	Formación en bioética en pregrado	Ha tenido formación	Si	18	94,7	29	82,9	47	87,0
			Nivel	Preclínico	18	94,7	23	65,7	41
		Internado	0	0,0	4	11,4	4	7,4	
		Preclínico/Internado	0	0,0	2	5,7	2	3,7	
Formato		Electiva	1	5,3	2	5,7	3	5,6	
		Obligatoria	17	89,5	27	77,1	44	81,5	
Régimen		Teórica	17	89,5	25	71,4	42	77,8	
		Teórica/ práctica	1	5,3	4	11,4	5	9,3	
En el trabajo		Ha tenido formación	Si	1	5,3	13	37,1	14	25,9
			Cuánto tiempo atrás	0 - 5 años		0,0	6	17,1	6
		6 - 10 años	1	5,3	5	14,3	6	11,1	
		> 10 años			2		2		
	¿Percibe usted que tiene conocimientos suficientes sobre bioética para el trabajo clínico?	Si	7	36,8	10	28,6	17	31,5	

Limitaciones y fortalezas

Dentro de las limitaciones del trabajo están el ser un estudio exploratorio, descriptivo, en un hospital de alta complejidad del sur de Chile, en un servicio de hospitalización médico-quirúrgico pediátrico básico, por lo que no pretende ser representativo de lo que ocurre en otros servicios de hospitalización pediátrica o de adultos dentro del mismo hospital. Tampoco en otros hospitales de igual o distinta complejidad, ni en otros centros de atención sanitaria. Sin embargo, puede estimular la investigación en otros servicios similares o en otros escenarios de salud. La competencia bioética adquirida durante el pregrado se analizó únicamente a través de la percepción general, sin instrumentos específicos para evaluar percepción, por lo que podría plantearse a futuro un estudio de percepción con las herramientas adecuadas. La encuesta validada autoadministrada y con población pequeña tiene probabilidad de sesgos en las respuestas, como el sesgo de deseabilidad social, lo que no podemos descartar y que afectaría los resultados, sin embargo, la población total incluyó a todo el personal contratado, de planta y reemplazo. Por otra parte, aunque puede ser mejorada, consideramos una fortaleza la construcción y validación por expertos de una encuesta diseñada específicamente para abordar los temas de conocimiento teórico y práctico de bioética y análisis ético-clínico médico/a- enfermero/a simultáneo.

La tasa de respuesta fue alta. probablemente por aplicarse en un servicio de hospitalización cerrado en el que trabajan los autores del trabajo. Considerando que no existen muchos estudios que aborden el tema de deliberación ético-clínica conjunta en hospitalización básica, este reporte podría contribuir al conocimiento de la realidad institucional local y estimular nuevos trabajos, con otras metodologías de investigación, en otros centros a nivel nacional y eventualmente a nivel internacional. Adicionalmente podría contribuir que, al conocer los resultados, el servicio médico-quirúrgico infantil y/o el comité de ética clínica, diseñen programas de educación en bioética en el lugar de trabajo, y estimulen la participación sincrónica de médico/as, enfermero/as y otros integrantes del equipo de salud, en el análisis ético-clínico en el servicio, por lo menos como paso previo a la derivación al comité de ética clínica institucional. Finalmente, podría estimular a que los centros de formación de las carreras de la salud modifiquen sus programas de estudio reforzando las asignaturas de bioética, la cuales son transversales a todas las carreras de la salud, para lograr competencias bioéticas aplicables en todos los escenarios de salud.

Conclusiones

El estudio indica que, solamente un tercio de los médicos y enfermera/os encuestados, considera tener competencias para aplicar el

conocimiento bioético adquirido durante la formación de pregrado en el lugar de trabajo y que la deliberación ético-clínica conjunta medicina-enfermería en el paciente pediátrico en hospitalización básica no es habitual. Dado que las recomendaciones de bioeticistas clínicos enfatizan incorporar la deliberación ético-clínica al trabajo diario, al interior del equipo de salud, sería recomendable mejorar las competencias bioéticas de los profesionales sanitarios, aplicarlas rutinariamente y en conjunto en el paciente hospitalizado no crítico, como un paso previo a la consulta al comité de ética clínico.

Reconocimientos

Conflictos de interés

Los autores no declaran tener conflicto de interés al realizar y escribir este artículo.

Financiamiento

Este estudio se realizó con financiamiento de todos los investigadores.

Contribuciones

Los autores D.R., A.S., M.S., A.U., R.A. y C.B. contribuyeron con los siguientes roles conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, visualización y escritura del borrador original, revisión y edición. A.S. fue quien realizó además la administración del proyecto. M. S. además contribuyó en la interpretación de los datos y los gráficos que se obtuvieron. R.Q. contribuyó en suministrarnos la lista y los correos electrónicos de los profesionales encuestados.

Referencias

- Adhikari, S, Paudel, K, Aro, A R *et al.* (2016). Knowledge, attitude and practice of healthcare ethics among resident doctors and ward nurses from a resource poor setting, Nepal. *BMC Med Ethics* **17**, 68.
- Borghini L, Meyer EC, Vegni E, Oteri R, Almagioni P, Lamiani G. (2021). Twelve years of the Italian Program to enhance relational and Communication Skills (PERCS). *Int J Environ Res Public Health*; **18**, 439.
- Castro L R, Salvo C A, Moya R N. (2018). Percepción estudiantil sobre formación bioética en pregrado, en tres escuelas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Rev Chil Ter Ocup* **18**, 45–52.
- DeFoor MT, Chung Y, Zadinsky J K. *et al.* (2020). An interprofessional cohort analysis of student interest in medical ethics education: a survey-based quantitative study. *BMC Med Ethics* **21**, 26.
- Deonandan R, Khan H. (2015). Ethics education for pediatric residents: a review of the literature. *Can Med Educ J*; **6**, e61-7.

- Fawzi M M. (2011). 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* **18**, 204–7.
- Fernandes A K, Wilson S, Kasick R, Humphrey L, Mahan J, Spencer S. (2020). Team-based learning in bioethics education: Creating a successful curriculum for residents in an era of “curricular squeeze.” *Med Sci Educ* **30**, 649–58.
- Galván JM, Fernández J, Sánchez M Á, Cruzat R. (2021). Consultoría en ética clínica: modelos europeos y nuevas propuestas en España. *Cuadernos de Bioética* **32**, 75–87.
- Gulino M, Patuzzo S, Baldelli I, Gazzaniga V, Merlo DF, Maiorana L, et al. (2019). Bioethics in Italian medical and healthcare education. A pilot study. *Acta Biomed* **89**, 519–31.
- Haan M M, van Gorp J L P, Naber S M, Groenewoud A S. (2018). Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. *BMC Med Ethics* **19**,85
- Hébert P C, Meslin E M, Dunn E V. (1992) Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *Journal of Medical Ethics* **18**, 142-147.
- IBM Corp. Lanzado en 2020. IBM SPSS Statistics para Windows, versión 27.0. Armonk, Nueva York: IBM Corp.
- Kavas MV, Ulman, YI, Demir F. (2020). The state of ethics education at medical schools in Turkey: taking stock and looking forward. *BMC Med Educ* **20**, 162. _
- Machin L L, Proctor R D. (2021). Engaging tomorrow’s doctors in clinical ethics: Implications for healthcare organizations. *Health Care Anal* **29**, 319–42.
- Meyer-Zehnder B, Albisser Schleger H, Tanner S, et al. (2017). How to introduce medical ethics at the bedside - Factors influencing the implementation of an ethical decision-making model. *BMC Med Ethics* **18**, 16.
- Ramos V, Urbina A, Borja B. (2018). Dilemas bioéticos comunes en la atención hospitalaria. *Rev Cub de Reu* **20**, 31–42.
- Ranasinghe A W I P, Fernando B, Sumathipala A, et al. (2020). Medical ethics: knowledge, attitude and practice among doctors in three teaching hospitals in Sri Lanka. *BMC Med Ethics* **21**, 69.
- Rodríguez F, Ortega J, Ramírez J L. (2018). Bioética y aprendizaje en el equipo de salud. *Acta médica Grupo Ángeles* **16**, 10873.
- Siegler, M. (2019). Clinical medical ethics: its history and contributions to American medicine. *The Journal of Clinical Ethics* **30**, 17-26.
- Strickler A, Torres C, Padilla A, Silva MT y Rivera V. (2023). Estudio transversal en profesionales de la salud sobre aplicación y percepción de conocimientos bioéticos adquiridos en urgencias pediátricas. *Medwave* **23**, e2610.
- Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam N H, Ng S J, Abbas K S, et al. (2021). A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *J Gen Intern Med* **36**, 3179–3187.
- Varkey B. (2021). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract* **30**,17–28.
- Vidal S. (2012). La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: Experiencias realizadas y desafíos futuros. OSLO: UNESCO.
- Villavicencio Caparó E. (2018). Validación de cuestionarios. *Odon-tología Activa Revista Científica* **1**,71–76.
- Von Elm E, Altman D, Egger M, Pocock S, Gøtzsche P, Vandenbroucke J. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet* **370**, 1453–57.
- Wightman A, Diekema D. (2020). Introduction: Defining cases in pediatric bioethics. *Pediatrics* **1**, (Supplement_1):S1–2.
- Waltz M, Davis A, Cadigan RJ, Jaswaney R, Smith M, Joyner B. (2020). Professionalism and ethics: A standardized patient observed standardized clinical examination to assess ACGME pediatric professionalism milestones. *MedEdPORTAL* **16**, 10873.
- Wehkamp K, Kuhn E, Petzina R, Buyx A, Rogge A. (2021). Enhancing patient safety by integrating ethical dimensions to Critical Incident Reporting Systems. *BMC Med Ethics* **22**, 26.
- Weiner C, Pergert P, Molewijk B, Castor A, Bartholdson C. (2021). Perceptions of important outcomes of moral case deliberations: a qualitative study among healthcare professionals in childhood cancer care. *BMC Med Ethics* **22**, 27.