



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTO SOBRE CONTENIDOS BIOÉTICOS EN LA
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO DE PACIENTES
GRAVES EN INTERNOS DE MEDICINA DE LA USMP 2016**

PRESENTADA POR

GUALBERTO MUSAYÓN TABOADA

ASESOR

GLORIA UBILLÚS ARRIOLA

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2017



**Reconocimiento
CC BY**

La autora permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTO SOBRE CONTENIDOS BIOÉTICOS EN LA
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO DE PACIENTES
GRAVES, EN INTERNOS DE MEDICINA DE LA USMP 2016**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GUALBERTO MUSAYÓN TABOADA

ASESOR

DRA. GLORIA UBILLÚS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2017

**CONOCIMIENTO SOBRE CONTENIDOS BIOÉTICOS EN LA
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO DE PACIENTES
GRAVES, EN INTERNOS DE MEDICINA DE LA USMP 2016**

JURADO

Presidente: Dr. Frank Lizaraso Caparó, doctor en medicina

Miembro: Dr. Johnny F. Casanova Saldarriaga, doctor en medicina

Miembro: Dr. Luis Roble Alemán, maestro en medicina

A mi madre y hermanos que me acompañan en el presente.

A la memoria de mi padre, que me inculcó nobles valores.

AGRADECIMIENTO

A Frank Lizaraso Caparó, doctor en medicina, decano de esta facultad por su apoyo desinteresado en todos los momentos académicos.

A Leocir Pessini (MI) Padre General de la Orden de los Ministros de los enfermos, doctor en bioética, por la confianza y los permisos concedidos a mi persona.

ÍNDICE

	Pág
Portada	i
Presentación	ii
Jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Bases teóricas	14
1.3 Definiciones de términos	20
CAPITULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	25
2.1 Formulación de la Hipótesis	25
2.2 Variables y su operacionalización	25
CAPITULO III: METODOLOGÍA	26
3.1 Tipo y diseño	26
3.2 Diseño muestral	26
3.3 Procedimiento de recolección de datos	27
3.4 Procesamiento y análisis de datos	28

3.5 Aspectos éticos	30
CAPITULO VI: RESULTADOS	31
CAPITULO V: DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
FUENTES DE INFORMACIÓN	62
ANEXOS	71
1. Cuestionario presentado	
2. Respuestas al cuestionario	
3. Valoración del cuestionario por el jurado	
4. Cuestionario valorado	
5. Consentimiento informado	

RESUMEN

Objetivo

Determinar el grado de conocimientos y dificultades que tienen los alumnos internos de medicina en el tema bioético de limitación del esfuerzo terapéutico.

Materiales y métodos

Participaron en el estudio una población de 339 internos de la facultad de medicina humana de la Universidad San Martín de Porres del año 2016. Se obtuvo una muestra aleatoria, y se hizo ajustes teniendo solo 220 sujetos. Se elaboró un cuestionario modelo con la aprobación de Jueces, con una aprobación del alfa de Cronbach (0,814). Se elaboró una base de datos Excel, en el paquete estadístico SPSS 22, para el análisis y obtención de los resultados. La participación fue totalmente voluntaria y anónima. Se utilizó el procesador óptico de la misma universidad.

Resultados

Se obtuvo una aprobación de sólo 23.6% en los conocimientos de los contenidos bioéticos en el tema de limitación del esfuerzo terapéutico (LET). 76.4% desaprobaron el cuestionario. 42.7% ignoraban respecto a LET, 35.5% manifiesta no ha recibido ninguna información respecto al tema, haciendo un total de 78,2%.

Conclusiones

Un alto porcentaje de alumnos presenta desconocimiento del tema. Los resultados estadísticamente son similares a otros estudios realizados por otros autores a personal sanitario a nivel nacional.

Palabras claves: Conocimiento, limitación, esfuerzo terapéutico.

ABSTRACT

Objective

To determine the degree of knowledge and difficulties that the internal medicine students have in the bioethical subject of limitation of the therapeutic effort.

Materials and methods

Participated in the study a population of 339 inmates of the faculty of human medicine of the University San Martín de Porres in year 2016. A random sample was obtained and adjustments were made with only 220 subjects. A model questionnaire was developed with the validation of the judges, with an approval of Cronbach's alpha (0.814). An Excel database was developed, in the SPSS 22 statistical package, for the analysis and obtaining of the results. Participation was totally voluntary and anonymous. Participation was totally voluntary and anonymous. The optical processor from the same university we used

Results

An approval of only 23.6% was obtained for the knowledge of bioethical contents in the subject of limitation of therapeutic effort (LET). 76.4% disapproved the questionnaire. 42.7% ignored everything about LET, 35.5% never received any information about LET, grouping them in 78.2%.

Conclusions

A high percentage of students present ignored the information about LET. These results are statistically similar to other studies carried on by other authors on national health personnel.

Key words: Knowledge, limitation, therapeutic effort.

INTRODUCCIÓN

En estos últimos años la bioética ha tenido importancia como respuesta ante la tecnología en la medicina y el tratamiento mismo, creando nuevas situaciones de reflexión, de esta manera se ha dado lugar a discusión en temas de gran importancia en relación a los deberes y derechos de los pacientes.

Estas nuevas condiciones hacen que los médicos en diferentes ocasiones reflexionen sobre si es éticamente razonable utilizar todos los medios disponibles en pacientes cuyo pronóstico son desfavorables.⁽¹⁾ Ante ello, los profesionales de la salud, deben de revisar los planteamientos a cuestiones que afectan al ser humano que tienen que tomar decisiones difíciles y se deben formar utilizando la Bioética como instrumento que favorezca la comprensión objetiva del paciente grave. Es cierto que, dentro de la bioética en su aplicación clínica, la toma de decisiones resulta sumamente complicada debido a la multiplicidad de factores en juego y que, obligadamente varios principios compiten entre sí, al punto tal que la ejecución de algunos provoca la omisión de otros. Si bien existen múltiples guías de sociedades científicas, que son útiles como marco de referencia, en general, suele ser necesario evaluar individualmente cada situación para tener claro el principio bioético fundamental a aplicar en dichos pacientes graves.

Dentro de la bioética, la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), es uno de los temas polémicos a nivel internacional, siendo un tema de debate actual; la complejidad y sutileza de los asuntos considerando su fundamentación, son fuente de error y confusión con otras malas prácticas que suceden.⁽²⁾ Las otras malas prácticas que se refiere, téngase de conocimiento a la eutanasia,

distanasia, suicidio asistido (del paciente), abandono del mismo, entre otros. Si en clínica es difícil alcanzar la certeza, en ética clínica donde se añaden a los aspectos técnicos conflictos entre valores, resulta aún más complejo tomar decisiones con certeza.⁽³⁾ Pero esa es la responsabilidad del médico, en situaciones graves o críticas del paciente, saber tomar decisiones bioéticas, pues, es también su rol.

Como se sabe, la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se desarrolla en pacientes cuya situación clínica es crítica o grave, irreversible o terminal. El pronóstico es la parte más oscura de la medicina y, establecido el pronóstico, se debe de considerar la probabilidad de curación y la esperanza de vida que por lo general no lo tiene. No se duda que, no hay obligación moral para prestar un tratamiento fútil a un paciente de estado grave o crítico.⁽⁴⁾ El uso de intervenciones carentes de utilidad clínica se denomina encarnizamiento u obstinación terapéutica, y esto obedece a un erróneo objetivo terapéutico o a una falta de formación ética. La limitación del esfuerzo terapéutico no induce la muerte sino que en la práctica clínica significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionadas a la situación real del paciente, de esta manera se evita la obstinación terapéutica, el alargamiento innecesario o el acortamiento o abandono, deliberado de la vida. Hay una diferencia esencial entre dar la muerte y consentir el morir; el primero es un acto supresivo de la vida, el segundo es admitir la muerte; pues, cuando no es posible la curación de un enfermo es necesario cambiar los objetivos, lo que no es un fracaso sino el reconocimiento de la limitación de la acción médica ante la enfermedad. Así, la acción de dejar que la muerte siga su curso natural cuando hay certeza de muerte inminente y

el tratamiento es ineficaz y penoso, entraría dentro de las prácticas reconocidas como éticas.

Debemos de comprender que LET, se basa preferentemente en el pronóstico de una muerte que es evidente e inevitable a corto plazo, más que los otros factores posibles a considerar en la práctica médica. La asistencia médica de estos pacientes, por su condición de agonizantes es uno de los más nobles e importantes deberes del médico, el cual está obligado a desempeñar su función de ayudar y atender a sus pacientes con tratamiento útil y competente. La conducta debe estar dirigida a no menospreciar la vida de los pacientes, a respetarla y aceptar la inevitabilidad de la muerte.

En cuanto a lo recibido por el alumno en el periodo formativo universitario, la enseñanza de ética médica y bioética clínica tendrá su correlación futura en sus decisiones, por ello es esencial que el profesional adquiera hábitos en la evaluación de casos desde el punto de vista ético y habilidades para la toma de decisiones desde el inicio de su actividades profesionales.⁽⁵⁾ Por ello que se considera que al finalizar la parte académica con el internado médico, el alumno debería haber adquirido conocimientos para superar situaciones éticas, como LET, en pacientes graves, y sepa así tener la valoración bioética. Como en todas las disciplinas médicas, el aprendizaje de la Bioética en los estudios de pregrado debe cubrir convenientemente los elementos teóricos y la adquisición de habilidades prácticas (...) Un ejemplo es: No se puede conocer fisiopatología humana sin aprender fisiología.⁽⁶⁾ El alumno interno de medicina debe de mostrar un conocimiento de valoración bioética para estas situaciones.

Es de conocimiento que, en nuestro país, el avance en bioética y en investigación de la misma bioética clínica en temas importantes no ha calado beligerancia en los últimos años, no así en relación a estudios realizados en otros países: por ello, es aquí que queremos contribuir un aporte a esta disciplina tan importante del quehacer médico. La presente tesis de investigación en limitación del esfuerzo terapéutico (LET) está orientada a obtener una apreciación del grado de conocimientos bioéticos en los alumnos internos de medicina que participaron en los diversos hospitales de Lima 2016. Respecto a esta investigación se ha cumplido con todos los requisitos y permisos formales.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Guardia Meza, Manuel F. et al. España. 2015. En su trabajo “Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de estudiantes universitarios de enfermería”.⁽⁷⁾ Realizaron un estudio descriptivo transversal sobre 97 alumnos de 3º y 4º curso de la Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves de Granada. En dicho estudio, mostró en sus resultados un elevado porcentaje de aplicación de medidas en LET: eutanasia, no aplicar distanasia, no aplicar antidistanasia, aplicar ortotanasia, no aplicar medidas de resucitación. Con relación a las condiciones de la investigación, se debe resaltar la validez de los hallazgos encontrados, ya que la muestra estudiada al ser reducida, no puede ser considerada representativa de la comunidad universitaria. Se concluye, que los estudiantes toman como importancia la opinión del paciente, pero se pone en discusión tales conclusiones, además de sus criterios poco éticos para LET.

González Cruz, Luis R. Colombia, 2014. En su trabajo Titulado “Consideraciones sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en pediatría. Una aproximación a los conocimientos, prácticas y actitudes en la comunidad académica y asistencial del Hospital de La Misericordia y del Departamento de Pediatría”.⁽⁸⁾

Trabajo de tipo descriptivo y prospectivo, tuvo como objetivo investigar las actitudes, conocimientos y prácticas y que tiene el personal médico, académico y asistencial del Hospital de la Misericordia y del Departamento de Pediatría de la U. Nacional acerca de la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente pediátrico. Con un total de 107 encuestas y análisis de 14 historias clínicas.

En sus conclusiones expresa: que la mayoría de los profesionales de salud no se sienten preparados para revolve situaciones de aplicación de objetivos terapéuticos, pues consideran que es insuficiente la enseñanza durante su formación académica y reconocen sus necesidades de profundizar y continuar en los estudio de los cuidados pediátricos.

Castañeda Obando, Karen G. y Cervera Vallejos, Mirtha F. Chiclayo, Perú 2013. Realizaron un trabajo de investigación titulado “Significado y resolución de los dilemas éticos para las enfermeras de áreas críticas”.⁽⁹⁾ Manifiestan que lo importante del estudio reside en la insuficiencia de registros de investigaciones similares a nivel local y nacional, logrando gran importancia, en estos últimos años la profesión de la enfermería está demostrando un crecimiento acelerado en el aspecto humanístico - científico y tecnológico en relación al cuidado de la salud en unidades críticas. Esto conduce a la capacidad entre profesionales dejando de lado el análisis y reflexión frente a contextos conflictivos que se requieren conocimientos para una correcta toma de decisiones.

En este estudio lo conformaron 21 licenciadas en enfermería, de tres aéreas criticas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Los objetivos que rigieron la investigación fueron: analizar y describir el significado de los dilemas éticos que enfrentan las enfermeras de estas áreas proponiendo un modelo de resolución. Los autores expresan que: las enfermeras de áreas críticas ante problemas éticos, lo solucionan a través de un acuerdo de partes buscando hacer el bien. Otra forma de solución de los dilemas éticos es con la razonamiento práctico pero sin intervención de comités de ética, ya que todo problema se soluciona con los profesionales de turno. Las enfermeras de áreas críticas no evidencian

la intervención de un comité de ética, sin embargo es importante tenerlo como apoyo a la solución de los problemas éticos.

López Sánchez, Raquel. España, 2013. Realizó un estudio titulado: “Estudio de opinión de profesionales sanitarios frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en una unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos”.⁽¹⁰⁾ Es un estudio observacional, analítico y transversal para conocer la realidad y la opinión de los médicos y enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, España. Este estudio obtuvo resultados importantes: el 80,9% de los encuestados no han recibido formación académica en sus estudios de pregrado relacionada con el tema, sólo 8 de ellos (17%) tiene formación acerca de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Los 47 profesionales encuestados (100%) está a favor de la aplicación de la LET. El 50% de los Médicos se siente integrado en la toma de decisiones referentes a la limitación de los infantes a su cargo frente a 84.0% de las enfermeras (34) que nunca se sienten formadas para la toma de decisiones. El 83,3% de los médicos se sienten capacitados en la toma de decisiones sobre LET, enfermería opinan que un 43.3% sí estarían capacitados.

Como conclusión del estudio se evidencio una actitud positiva del personal (ante la LET) y con perspectivas de formular protocolos de actuación. Se puede apreciar la carencia formativa en el pre-grado, de no atender esta necesidad formativa en el aspecto ético referente a la LET.

Casas Martínez, M de la L y Caballero Velarde, C. México, 2013. Realizaron un trabajo de investigación titulado: “Dilemas bioéticos y sus posibles soluciones en las unidades de terapia intensiva pediátrica del distrito federal”.⁽¹¹⁾ El objetivo

del presente estudio fue examinar mediante un sondeo de encuesta al personal médico de UTIP de hospitales públicos del Distrito Federal respecto a la conocimiento que el personal tiene de los dilemas éticos, las repercusiones y la problemática. A la vez para conocer las sugerencias de alternativas posibles de solución.

Se considera entre los resultados: la falta de preparación en bioética, en un 13%, al ser médicos con experiencia de 15 años o más. Lo más significativo sobre la toma de decisiones en torno a dilemas tales como limitación del esfuerzo terapéutico (LET), orden de no reanimación (ONR) o negativa de ingreso a UTIP, genera duda o indecisión, se obtuvo 81.2% respuesta afirmativa en y 18.7% negativa.

Paredes Escobar, María C. Chile, 2012. Realizó un trabajo de investigación en médicos y enfermeras, sobre "limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana".⁽¹²⁾ El análisis se desarrolla con profesionales médicos y enfermeros de tres unidades de pacientes críticos en el hospital público de adultos. Que se desarrolla con un total de 49 profesionales, ninguno de los dos grupos profesionales tiene formación académica en bioética. En el siguiente estudio se muestran los problemas éticos que se producen por la falta de toma de decisiones de los médicos y el desacuerdo que existe entre el equipo de trabajo, estos profesionales reconocen que la limitación debe ser ejercida en aquellos pacientes que poseen el criterio de irrecuperabilidad. Se debe considerar la información obtenida en este trabajo y la necesidad de atender esta

realidad en los profesionales de la salud en tiempos tan exigentes como los actuales, con respecto a LET.

Hurtado Vega, Henry. Chimbote, Perú. 2011. Realizó un trabajo de investigación sobre “opinión del personal médico y de enfermería frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de los servicios de UCI, medicina y emergencia en un hospital en Chimbote”. Octubre – Noviembre 2,011.⁽¹³⁾ El objetivo de esta investigación es establecer la opinión del personal médico y enfermería a la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en pacientes de los servicios de UCI, emergencia y medicina.

Los resultados fueron: 49.2% de los encuestados fueron médicos y 50.8% enfermeros. 74.6% de encuestados tuvieron un mínimo grado de conocimiento sobre LET. El 93.2% implemento la Limitación del Esfuerzo Terapéutico en pacientes; el 28.8% opinó que esta decisión debe ser tomada por el médico tratante y el 25.42% cree que el paciente debe ser quien decida. 37.29% opina que esta decisión debe ser realizada en conjunto: paciente, médico, familia y un Comité de Ética.

Como conclusión: Hay una opinión favorable del personal médico y enfermería de los servicios de emergencia, UCI frente a las Limitaciones del Esfuerzo Terapéutico.

Como el mismo trabajo lo expresa, hay una “opinión favorable” para implementar la LET en pacientes en UCI, medicina y emergencia. Además que hay algún grado del conocimiento del mismo.

Bonilla Merizalde, Jacqueline. Ecuador. 2011. Realizó su tesis doctoral en bioética sobre “Actitudes éticas del personal médico, participación de enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéutico”. Investigación realizada en las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales Eugenio Espejo y Carlos Andrade Marín. Enero 2010 – Julio 2011. Quito. ⁽¹⁴⁾

La autora en su estudio demostró que tal condición es conveniente y procedente, ya que no funcionan otras opciones en la obtención del objetivo de vida del paciente. De este modo, el valor de vida queda medido en base a criterios subjetivos, subsumiendo en la norma legal la conciencia valórica independiente que es la que debe presidir en decisiones de esta naturaleza. Es necesario señalar, que no existe compromiso de respetar la petición de un tratamiento, si el profesional médico lo considera contraindicado o desmedido respecto del paciente.

La formación académica permanente del personal médico, se evidencia que asisten a cursos de formación una vez por año de forma auto gestionada. Es significativo reiterar que en el HEE señalan que la institución no lo propicia y en el HCAM solo un 2% responden afirmativo.

Se discuten diferentes criterios frente a determinadas alternativas éticas y se decide aplicar LET en un paciente un: 78% en el HCAM y un 80% en el HEE indican que lo hacen únicamente los médicos, un promedio del 9% indica que participa enfermería en la toma de decisiones esta decisión la toma el personal que conoce al paciente en su pronóstico y su enfermedad.

En cuanto a los criterios sobre LET que el personal médico toma en cuenta, el 58% en el HCAM y el 65% en el HEE existe lineamientos en la institución que

benefician la toma de decisiones, aunque un 42% en el HCAM y un 35% en el HEE señalan que los criterios son particulares según experiencia, conocimiento y sentimientos de cada profesional de salud.

Al ser consultados sobre la toma de decisión de LET si trabajaron solos o con otros profesionales, un 50% respondió que lo han realizado con médicos del servicio, un 23% lo hizo con los familiares de los pacientes y un 8% en el HCAM indico hacerlo con el Comité de Bioética del Hospital. Los médicos del HEE ignoran la existencia del Comité de Bioética Institucional.

Los resultados se pueden considerar que tanto médicos como enfermeras manifiestan poco interés en la actualización científica relacionada en aspectos de Bioética de alguna manera se evidencia un vacío y una debilidad que influye en el tipo de atención desarrollada al paciente en UCI.

Muñoz Camargo J. C. y col. España, 2010. Han realizado un trabajo de investigación titulado: "Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales".⁽¹⁵⁾ El objetivo del estudio fue conocer la valoración ética de los profesionales sanitarios, respecto a medidas de soporte de vida.

La muestra está conforma por 189 profesionales de diversas categorías, los participantes fueron médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Se expresa como conclusiones: "La mayoría de los participantes tomaría en cuenta la decisión del paciente de limitar las medidas extraordinarias en situación de enfermedad irrecuperable. El estudio nos revela que en la efectividad y utilidad de nuestra práctica asistencial se debería incluir la evaluación ética por parte de los profesionales, con el paciente, al quedar patente que la mayoría de la muestra está en contra del encarnizamiento terapéutico y a favor de una muerte

digna”. Es cierto que España tiene una ética que comprende a la LET, el aporte consiste en la efectividad y utilidad del mismo.

Llaja Rojas, Victoria y Sarria Joya, Cesar. Lima, Perú en 2009, realizó un trabajo titulado “Encuesta sobre soportes de vida y limitación del esfuerzo terapéutico en el departamento de cuidados intensivos del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins”.⁽¹⁶⁾ La investigación se realizó en el periodo comprendido entre Enero a Julio del 2009, con el personal médico y de enfermería del departamento de cuidados intensivos del H.N.E.R.M. de EsSalud, con un total de 116 médicos y enfermeras en UCI, UCIN y UCIP.

La presente investigación se ha realizado con el objeto de conocer qué opinan los profesionales de la medicina intensiva respecto a la calidad y complejidad de atención al paciente moribundo, su opinión frente a limitación del esfuerzo terapéutico, entre otros.

Con respecto al tema de la LET se tiene como resultado, que la decisión predominante para la limitación del esfuerzo terapéutico, el 42% tomaría en cuenta la decisión del paciente. Un 35% la decisión lo realizaría el médico. Y la decisión de la familia en este caso sólo obtiene un 7% de la muestra encuestada. Asociada a esta decisión un 97.87% es la mala calidad de vida del paciente.

Este trabajo presenta como criterio de discusión que “la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes terminales se ha convertido en un nuevo aspecto a considerar en la atención médica (...) cuando se cree que es inminente el afrontamiento del fin del ciclo vital sobre todo en aquellos casos con pobre pronóstico que no será modificado por la asistencia que se otorga al enfermo”.

En cuanto a la decisión sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, la mayoría de los profesionales encuestados tomaría en cuenta la opinión del paciente, lo cual puede atribuirse a la tendencia actual que prioriza el respeto de los profesionales Intensivistas al derecho del paciente a elegir sobre su destino. Esta investigación explicita como recomendaciones: “Priorizar el entrenamiento en el abordaje del final de la vida y revisión de estudios de bioética para los profesionales de la medicina intensiva, que les ayude a dilucidar los dilemas éticos dentro de la práctica clínica”.

Rincón R, Mónica. et al. Colombia, 2008. En su trabajo de investigación: “Educación Bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidado intensivo”.⁽¹⁷⁾ se realizó en los hospitales de la ciudad de Bogotá, que es el primer estudio sobre las percepciones en cuanto a la toma ética en decisiones en el retiro de tratamiento vital en las UCIs. Este estudio se llevó a cabo en 13 Instituciones de Salud de Bogotá tanto privadas como públicas. Se encuestaron a 173 profesionales de los cuales 100 fueron médicos y 67, personal de enfermería.

Las conclusiones que se hallaron entre los resultados es que de los 173 encuestados, 150 consideran importante incorporar la Bioética en el plan de estudios de sus profesiones. Este resultado permitió concluir la necesidad de implicar la enseñanza de bioética, en forma transversal en todos los niveles de formación de pregrado, para el personal médico y para los que laboran en el servicio de unidad de cuidados intensivos.

Llacsá Soto, León. Lima, Perú, 2006. Su tesis: "Eficacia de un curso de ética para elevar el nivel de conocimientos de ética en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica". 2005. ⁽¹⁸⁾ Este estudio se realizó en alumnos del sexto año de dicha universidad, para determinar la variación del nivel de conocimiento de ética antes y después de la instauración del curso de ética médica. Utilizando pre-test y post-test. a un total de 132 alumnos.

En donde sólo el 23,4 % tiene nota aprobatoria en pre-test. Con un promedio de 8.23 de nota (...) y, con pos-test en mejoría de 11.58 promedio de nota al finalizar el curso. Con su sugerencia "Es posible mejorar la enseñanza de la ética con la meta final (...) que es parte de la práctica médica(...) que nos asegure en tomar las mejores decisiones medicamente adecuadas y éticamente justificadas". Este trabajo expresa de modo general, mejorar la enseñanza de la ética para asegurar una buenas decisiones medicamente adecuadas y éticamente justificadas.

1.2 Bases teóricas

El contexto de la bioética en América Latina

En el caso de América Latina se considera que, parte de estos problemas éticos que tiene que ver con la desigualdad económica, la exclusión la falta de acceso a la salud, y se debe tener presente el crecimiento biotecnológico en la medicina que crea nuevos conflictos. Es importante considerar el adelanto biotecnológico y las condiciones de su financiamiento varían bastante entre los países de América Latina, por diferentes desequilibrios sociales y los desniveles

de educación de la población son mucho más acentuados, lo cual atribuye diferencias significativas en la sensibilidad a los temas de Bioética.

Con respecto al crecimiento tecnológico, la mayor parte de América Latina consume tecnologías que no producen y por tanto, el dilema inicial es su distribución no equitativa y su falta de accesibilidad y en segundo lugar los criterios y problemas que procedan de su aplicación. ⁽¹⁹⁾

En relación al avance de las tecnologías se puede decir que la bioética se ha transformado en un inagotable y preciso espacio de reflexión, que analiza los conflictos morales entre el uso correcto del adelanto tecnológico, la investigación y la práctica clínica. ⁽²⁰⁾

Este autor (Diego Gracia) considera que el factor que ha liberado una multitud de conflictos éticos –siendo determinante en el nacimiento de la bioética–una de los causantes es la tecnología sanitaria en los últimos treinta años. La revolución tecnológica en toda la historia de la medicina, está exigiendo a cambiar los procedimientos de toma de decisiones. ⁽²¹⁾

La Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM) considera que la ética debe ser el marco conceptual de inspiración y de referencia para la formación, ejercicio y desarrollo de las profesiones médicas. Ética y medicina están ineludible e indisolublemente vinculadas. ⁽²²⁾ Se concibe a la bioética como el estudio sistemático de la conducta humana en el área del cuidado de la salud y de la ciencia de la vida que es examinada a la luz de los valores y de los principios morales. ⁽²³⁾ La bioética clínica intenta integrar las teorías y conceptos a las responsabilidades clínicas quedando comprendido estos conceptos respecto a su unidad y relación.

Clasificación de la Bioética: Bioética médica vs Bioética clínica

Bioética médica

Es una disciplina que estudia los actos médicos desde el punto de vista moral y que lo califica como buenos o malos con la condición de que ellos sean voluntarios y conscientes. Son todos aquellos principios deontológicos que rigen los actos del médico. Se considera que este concepto es mucho más amplio, ya que debe adoptarse bajo el enfoque de una medicina integral, es decir en lo físico, mental y social y no solamente en el acto clínico de la relación médico paciente, tal y como lo ha venido manejando la bioética. Por lo tanto, la ética médica entiende a todos los problemas éticos de las profesiones de la salud, aquellos derivados de la investigación, los problemas sociales de la salud pública y del ambiente. ⁽²⁴⁾

Bioética clínica

Se forma desde la consideración que los interrogantes éticos son inseparables de las acciones clínicas; que tienen que ver con el diagnóstico y el tratamiento más adecuado. El médico no ha de introducirse en complejas disquisiciones filosóficas, sino es el que propone posibilidades de bienestar en la salud del paciente. Por tanto, la bioética clínica aparece como mediador entre los sujetos (que entran en relación) y el acto médico, ofreciendo valores y principios ⁽²⁵⁾

Por ello entendemos que la bioética clínica es aquella que estudia los temas éticos que surgen en la relación entre el médico y el paciente. La bioética clínica se centra en la toma de decisiones, pero necesita de los demás niveles del razonamiento ético para responder a la pregunta cuál es la decisión más

adecuada. Esta es la razón por la que la bioética clínica necesita, del nivel de principio ético y de principio filosófico.

El problema ético-clínico

Un problema ético-clínico puede ser determinado por una dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, que pueden referirse a valores o principios en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o frecuentemente se hace, un profesional de la salud se ve enfrentado a un reto ético. ⁽²⁶⁾

La problematización y deliberación en bioética

Los problemas son cuestiones que no sabemos si seremos capaces de resolverlas, ni cómo. La solución no está presente desde el inicio, la cuestión es en la elección entre dos o más posibles respuestas, pues es la búsqueda de una respuesta propia y conveniente. ⁽²⁷⁾

La reflexión confluye siempre en una decisión, aunque ésta sea la de seguir deliberando porque el tema no ha sido suficientemente examinado por falta de elementos de juicio como para decidir sobre la problemática. Lo cierto es que, mientras se delibera, se permanece en la indeterminación. La deliberación es, en consecuencia, un método de conocimiento, un procedimiento intelectual, cuyo objetivo es la toma de decisiones sensatas, ⁽²⁸⁾ dentro de la valoración ética.

Aplicación de principios en Bioética clínica

Los principios se encuentran en cualquier sistema ético y han demostrado ser útiles. La metodología basada en principios en bioética propone un nivel medio que busca que individuos con sistemas normativos diferentes que se pongan de

acuerdo sobre acciones prohibidas, obligatorias o permisibles en la sociedad. La propuesta inicial de los principios buscaba ayudar en el análisis, identificación y la resolución de los conflictos éticos.⁽²⁹⁾ Estos principios se aplican a la relación médico-paciente, bien denominada bioética clínica.

Bioética principialista

Inicio de los principios

En el año 1979 fue publicado el libro “Principles of Biomedical Ethics” de Tom Beauchamp y James Childress importante libro que se convirtió en un gran instrumento práctico para apoyar a los profesionales de la salud en su toma de decisiones frente a casos clínicos que implicaban conflictos morales complicados.

La aplicación de los cuatro principios de la Bioética la beneficencia, la autonomía, la no maleficencia y la justicia, fueron rápidamente asimiladas por los médicos, convirtiéndose en un lugar seguro para seguir un camino de soluciones bastante pragmáticas en la Bioética clínica.⁽³⁰⁾ Estos principios admitidos indicarán la forma moral de las decisiones que se tomen en biomedicina, pero de una manera determinada. En un primer momento, son considerados como obligatorios, pero no absolutos, pero es necesario tener en cuenta todas las circunstancias que concurren en la acción para establecer un juicio correcto.⁽³¹⁾

Los cuatro principios básicos

Son propuestos por Beauchamp y Childress⁽³²⁾ dieron inicio a la reflexión en la ética médica, hoy expresada en la bioética como quehacer de la reflexión. Efectivamente, como se advierte, “el principialismo norteamericano ha influenciado y definido el quehacer bioético occidental, sin mayores distinciones

locales, como si la fórmula principialista todo lo fuese y todo lo pudiese, convirtiéndose, en palabras de J.F. Drane, “en el paradigma dominante de la bioética”.⁽³³⁾ Sin embargo, como lo puntualiza Diego Gracia, en su libro *Procedimientos de decisión en ética clínica*: “los principios no lo son todo, pero son una buena guía para elaborar una concepción bioética, que permita un diálogo responsable y mantenga coherencia moral en todos los actos del quehacer biomédico”. Por lo que se recomienda contextualizar para llegar a una mejor decisión bioética.⁽³⁴⁾

La autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia se ha convertido en tópico. Estos principios, no brindan claves para saber cuál es más importante o primordial, tampoco se determina cuándo y cómo se han aplicado casos concretos. La conflictualidad humana plantea siempre desafíos inéditos. Más que instruir en bioética se trata de preparar el raciocinio bioético.⁽³⁵⁾ De esta manera y de forma correcta se proporciona al médico una serie de herramientas con las que es capaz de obtener un juicio moral utilizando un procedimiento de principios.

Conflictos entre los principios y vías para su resolución.

El principalísimo ha sido objetado: “el rol asignado a los principios como meros nombres vacíos sin sustancia moral o poder de guía; ofrecen una posición sumamente confusa; (...) el carecer de una teoría general; y no fijar un sistema para dirimir los conflictos entre principios”.⁽³⁶⁾ El principalísimo ha sido criticado, porque fueron presentados por sus autores como nociones puramente formales, sin contenido substancial, y por ello no serían aptos para guiar las acciones concretas. Para que sean realmente aplicables, los principios deben ser

enmarcados en el contexto de una teoría moral más amplia, que juegue un rol unificador, además, al no existir ninguna prioridad intrínseca entre los principios, no está claro cómo se los puede armonizar cuando entran en conflicto. Se afirma que en tales supuestos la prioridad acordada a uno de los principios no puede ser meramente intuitiva, como pretenden Beauchamp y Childress, sino que también debe tener una justificación racional. ⁽³⁷⁾

Los comentarios se expresaron cuando se encontró un conflicto entre ellos se toma la decisión de cuál prevalece más a través de sopesar y balancear, encontrando razones para justificar qué normas deben prevalecer, a partir de la intuición, los sentimientos, la deliberación o argumentación.⁽²⁹⁾ Aunque la aplicabilidad de los cuatro principios en la práctica clínica es materia de discusión, en cada situación problemática, y el modelo ético no es parte de este trabajo, más sí podemos decir que, en el principalísimo se encuentran los cuatro pilares importantes que tomarán ventaja según el contenido preciso de la cuestión juzgada en cada caso.

Definiciones de términos básicos

Principio de autonomía: No es solamente el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del consentimiento informado. Existe también más allá del deber ético de los profesionales el promover competencia a que el paciente pueda ejercer una libertad responsable. Si el paciente ha expresado previamente su “deseo” rechazando algunos tratamientos de soporte vital, es obligación ética respetarlos.

Principio de no-maleficencia: No debe someter a tratamiento contraindicado. No es lícita la acción que por su naturaleza le produce daño. Nuestra obligación de no hacer daño a los pacientes, consiste en analizar rigurosamente el estado clínico del paciente, el manejo del soporte vital y de reanimación para determinar la conducta de urgencia a seguir. Se debe analizar los aspectos técnicos, pero, no olvidar los aspectos morales y éticos, lo que equivale a valorar si es conveniente o justo para el paciente tal o cuál intervención, tomando en cuenta su calidad de vida. ⁽³⁴⁾

Principio de beneficencia: El fin moral último del principio de beneficencia es promocionar la salud del paciente, con posible beneficio, supone atender el bien de la calidad de vida del paciente como fin propio de la medicina: no solamente curar, sino cuidar y dar la mejor calidad de vida posible esta calidad de vida implica tratar lo mejor posible al paciente, preservando su vida y aliviando su sufrimiento. ⁽³⁸⁾

Principio de justicia: Se refiere al tratamiento equitativo y apropiado el administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irreversibles puede excluir y sin duda lo hace a otros más necesitados con lo que se viola dicho principio.

Principio, la proporcionalidad: La proporcionalidad como el tratamiento médico que es éticamente obligatorio para el mayor beneficio del paciente y no para incrementar sus circunstancias negativas. La preservación de la vida es una obligación sólo cuando el hecho de vivir es más un beneficio que una carga para el enfermo. ⁽³⁹⁾ La proporcionalidad es un criterio de buena práctica clínica.

Rechazo de tratamiento: El paciente desestima un determinado procedimiento médico y está capacitado mentalmente y que su decisión es libre. En caso de incapacidad este derecho puede ser ejercido a través de su representante.

Suicidio asistido: Es cuando los profesionales médicos proporcionan los medios necesarios para que el propio paciente se produzca la muerte, siempre a petición expresa, informada y con su consentimiento en un contexto de sufrimiento por enfermedad incurable no mitigable.⁽⁴⁰⁾

Eutanasia: Es la acción que tiene la finalidad de quitar la vida del ser humano por consideraciones humanísticas. La “eutanasia” y su clasificación en pasiva o activa, acción necesaria solo en pacientes previamente diagnosticados como terminales, en quienes deja de existir alguna posibilidad terapéutica eficaz, debiendo ofrecer cuidados paliativos que favorezcan su bienestar, evitando con ello la obstinación terapéutica.⁽¹¹⁾

La Ortotanasia: Consiste a quienes se pronostica la muerte a corto plazo, se evita el encarnizamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que en nada benefician al enfermo. La ortotanasia no enfrenta reparos éticos. Tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus circunstancias concretas, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente la vida con medios improporcionados para caer en el extremo, en distanasia.⁽⁴¹⁾

Muerte digna: Es una muerte con los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles, con la libertad de escoger libremente una muerte digna como

un derecho individual, que parten de una posición laica a la hora de enfrentarse con los problemas de la muerte.

Abandono: Es la falta de atención adecuada a las necesidades del paciente. Entre sus motivos es la falsa idea de que “ya no hay nada que hacer” y una información insuficiente en cuidados paliativos, como la sensación de fracaso del profesional.

Encarnizamiento u obstinación: Hoy en día existe la posibilidad de que la vida se prolongue por muchos medios. Sin embargo, la calidad de vida no siempre será la mejor. En algunos casos incluso puede ser que la vida se prolongue por un corto tiempo, llevando de manera inevitable a la muerte, para lo cual se le somete a tratamientos que implican molestias y dolor, además de costos muy altos. Es en estos casos en los que se puede caer en lo que se ha denominado obstinación o ensañamiento terapéuticos, que se refieren a una insistencia en someter al paciente a tratamientos y procedimientos inútiles, puesto que no implican una posibilidad real de recuperación y por el contrario alargan innecesariamente el sufrimiento.⁽⁴³⁾

Tratamiento fútil o inútil: La prolongación estéril de los sufrimientos sin esperanzas en una situación de dependencia de medidas artificiales, puede llegar a resultar cruel y atentar contra la dignidad de la persona violando el principio de la no maleficencia. Con frecuencia vemos que pacientes en fase terminal, mueren después de haber sido sometidos a agresivas medidas de soporte vital, con todo el arsenal terapéutico puesto y esperando el resultado del

último examen solicitado, intubados y después de fallidos intentos de reanimación, muchas veces después de haberse aplicado tratamientos fútiles que no solo no aportaron ningún beneficio, sino que además añadieron un sufrimiento innecesario al enfermo.

Buena práctica médica: Dirigida a conseguir objetivos adecuados, basados en la promoción de la dignidad y calidad de vida del enfermo. Los medios para ello comprenden la atención integral al enfermo y familiares, el óptimo control de los síntomas, el soporte emocional y una adecuada comunicación. Todo esto constituye la esencia de los cuidados paliativos.

Calidad de vida: Es un estado de bienestar en diferentes sentidos, con ausencia de síntomas y autonomía suficiente. El paciente tiene bienestar existencial dependiente de su salud, relaciones sociales, estado psicológico, cultura y sistema de valores.

Paciente grave: Existen dos tipos graves de paciente: Los pacientes en estado crítico que con periodicidad ingresan a UCI o de Emergencia y son los que exponen un estado agudo de su enfermedad y están en peligro de vida, con posibilidad de recuperación y los pacientes en estado terminal que están en pronóstico irreversible y clínicamente agonizarán en un plazo breve.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis

Dado que es un estudio descriptivo no se formula hipótesis

2.2 Variables y su operacionalización

Variable Principal

Conocimiento sobre contenidos bioéticos en limitación del esfuerzo terapéutico

Variable a controlar

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Religión
- Hospital donde realiza el internado

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño

Es una investigación observacional de tipo descriptivo, cuantitativo. La investigación será realizada con los alumnos internos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, de los hospitales de Lima, 2016.

3.2 Diseño muestral

La población de estudio constituida por el universo de alumnos que realizan el internado 2016, de los diferentes hospitales de la ciudad de Lima, con un total de 339 internos de medicina de la Universidad de San Martín de Porres, de Lima.

Criterios de inclusión.

Alumnos del internado o séptimo año de medicina de la Universidad de San Martín de Porres, de los hospitales de Lima, 2016.

Criterios de exclusión.

Todas las personas que no cumplan con los criterios de inclusión mencionados.

Muestra

Se trabajará con los alumnos del internado 2016 de los diversos hospitales de Lima. Tipo de muestra: aleatoria (al azar). Para el cálculo de la muestra se utilizará la fórmula:

n: es la población de alumnos (339)

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{E^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.50 \times 0.50 \times 339}{0.05^2 \times 338 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 180$$

Muestra de la población: 180 pero, se considera redondearlos a 220 sujetos para disminuir error de muestra.

Dónde:

p: Proporción estimada: 0,50 **q:** 1 - p = 0,50

Z: Nivel de confianza **E:** Error absoluto: 0,05

95 % = Z = 1.96

Por lo tanto, la muestra de 180 será redondeada a 220 internos escogidos aleatoriamente del total. La Teoría estadística que se maneja nos garantiza que cualquier otra muestra similar a la que se ha escogido dará resultados semejantes en el 95% de los casos y las pequeñas diferencias que pudieran aparecer son atribuibles al efecto del azar manteniéndose invariables las conclusiones del estudio, quedando así asegurada la constatación y sus resultados.

3.3 Procedimiento de recolección de datos

Para la validez del contenido de la prueba o cuestionario (ver anexo 1) ésta fue valorada por juicio de expertos quienes verificaron si los ítems guardaban

relación con la teoría, la operacionalización de la variable y los objetivos planteados en la presente investigación. Realizándose el análisis de ítems con el coeficiente de correlación de Pearson, utilizándose el coeficiente Alfa de Cronbach, se obtuvo una valoración de 0,814. (Ver anexo 3) quedando un modelo aprobado del cuestionario. (Ver anexo 4)

3.4 Procesamiento y análisis de datos

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, transversal con los internos de medicina de la FMH – USMP, 2016. La población de 339 alumnos, luego de los permisos correspondientes se aplicó el cuestionario. Para efectos de la realización se aprovechó la fecha de convocación de internos de medicina, acontecido en el local de la misma facultad, con motivo al Examen Nacional de Estudiantes de Medicina (ENAM).

El cuestionario se aplicó en la primera quincena del mes de Junio del año 2016, fecha que se determinó considerando el nivel académico y experiencia adquiridos a medio año clínico en la atención a pacientes en sus hospitales, considerando dentro de ello, los posibles casos de situaciones de pacientes críticos en la que hayan tenido acceso en dichos centros hospitalarios.

Para la aplicación del cuestionario, se dio instrucciones previas a los participantes, explicándoseles los detalles para el llenado correcto de las fichas ópticas, de respuesta de opción única, a su vez, se les alcanzó un formulario de consentimiento informado (ver anexo 5) indicándoles que su participación era libre y voluntaria. Se les informó que el llenado debía de ser anónimo e incluía

datos demográficos del participante y el lugar donde realizan sus prácticas hospitalarias de internado médico.

Asimismo, se les explicó a los participantes los objetivos de la investigación. Se les dio un promedio de 15 minutos de tiempo, para responder las preguntas del cuestionario, con una totalidad de diez (10) preguntas: seis (06) preguntas teóricas, y cuatro (04) preguntas teóricas de aplicación al tema de conocimiento sobre bioética en LET. Acertadamente contestadas las preguntas alcanzan a veinte (20) puntos. Además de cinco (05) preguntas de interés informativo al tema. (ver anexo 4)

Teniendo las fichas ópticas de respuesta aplicadas a la población en estudio, se procedió a la selección de la muestra que fue de tipo aleatorio, ajustándose a 220 sujetos a pesar que la fórmula aplicada indicaba un número de 180 participantes. A sugerencia de los metodólogos consultados se consideró redondear el número de la población muestral a esa cifra para controlar un efecto de pérdida de la muestra, y así poder obtener el mejor resultado y lograr la mejor precisión en la investigación.

El programa utilizado fue Excel en el paquete estadístico SPSS 22, se procedió a la lectura en el procesador óptico de la facultad de medicina humana de la universidad San Martín de Porres, Lima. Previa elaboración de tablas estadísticas y su tabulación, se aplicó porcentajes y se obtuvo resultados de los datos, teniendo como finalidad la obtención de resultados al problema y objetivos que nos habíamos planteado.

La calificación se obtuvo por la hoja óptica de respuesta al cuestionario de preguntas teóricas, diez (10) preguntas en total, que fue de seis (06) preguntas teóricas (preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6) de mayor peso, con dos y medio puntos (02.5) por respuesta acertada; y cuatro (04) preguntas de respuesta aplicativas deductivas teóricas: una (01) pregunta de dos (02) puntos correspondiente (pregunta 9) y, tres preguntas (03) de un punto (01) correspondientes (pregunta 7, 8, 10). (Ver anexo 4) De las cinco (05) preguntas de interés para complementar información indirecta, y ayudar a una mejor comprensión del estudio, estas preguntas no fueron calificadas.

Al final se obtuvo la categoría de “aprobado” o “desaprobado”. Los aprobados fueron los que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 10,5 puntos de calificación. Y, los desaprobados los que obtuvieron un puntaje menor o igual a 10 puntos.

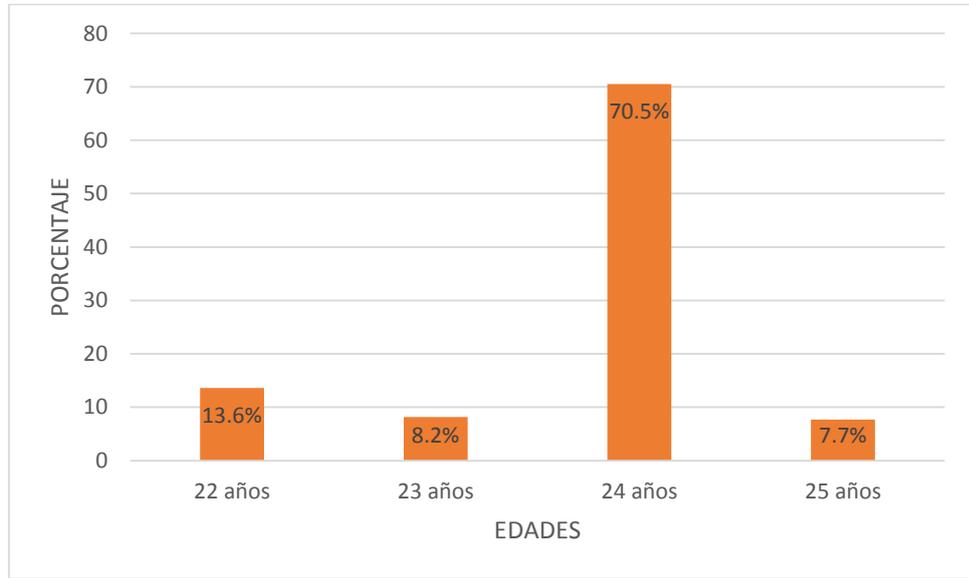
- DESAPROBADO: Escala menor o igual a 10 puntos.
- APROBADO: Escala mayor o igual a los 10,5 puntos.

3.5 Aspectos éticos.

No va en contra de los aspectos éticos de los participantes, ni de alguna otra institución, este trabajo de investigación para estar en las exigencias se tendrá presente el consentimiento informado. (Ver anexo 5)

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

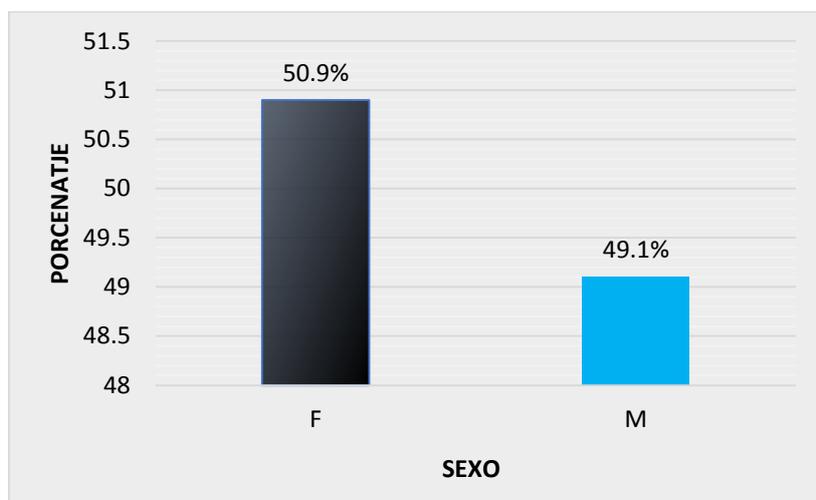
Gráfico 1. Edad de la población estudiada



Fuente: Cuestionario. Junio. 2016 USMP Lima

En este gráfico se observan las edades correspondientes de los alumnos internos de medicina 2016, como grupo en estudio. Teniéndose un mayor de 70,5% en alumnos de 24 años, un 13,6% de 22 años, un 8,2% de 23 años, y un 7,7% de 25 años. Las edades son 22 a 25 años, con un promedio de 23,7 años de edad.

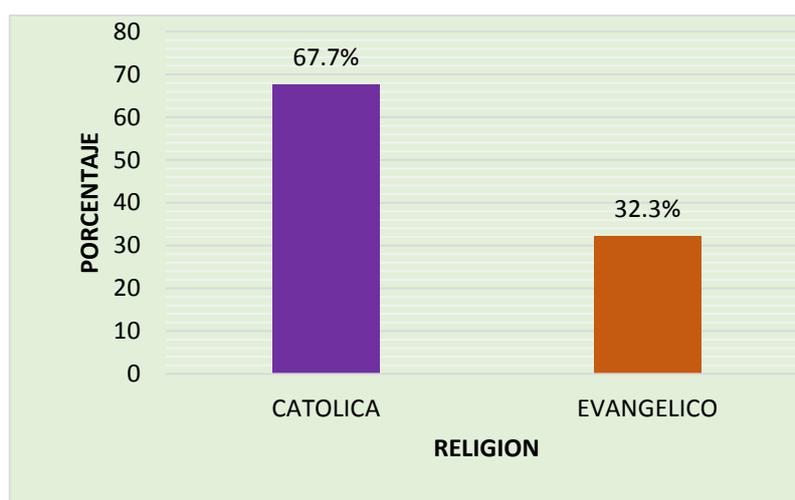
Gráfico 2. Sexo de la población estudiada



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

Se observa un porcentaje de 50.9% en el sexo femenino. Y un 49.1% masculino en la población en estudio. Es un grupo mixto.

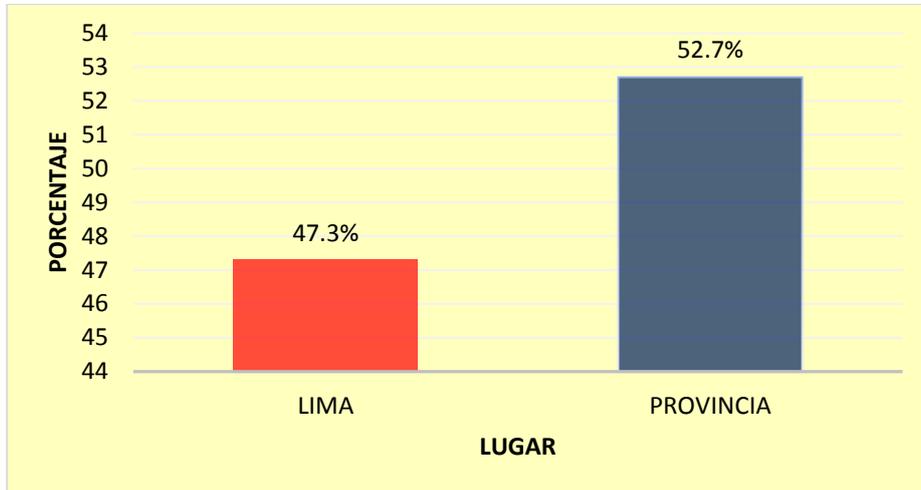
Gráfico 3. Religión de la población estudiada



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

En la presentación de religión, se observa un porcentaje importante de 67.7% de la religión católica y un 32.3% de religión evangélica.

Gráfico 4. Lugar de procedencia de la población en estudio



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

Se observa un 52.7 % son de provincia, entendido la procedencia de los diversos departamentos del Perú. Y, un 47.3 % son del departamento de Lima.

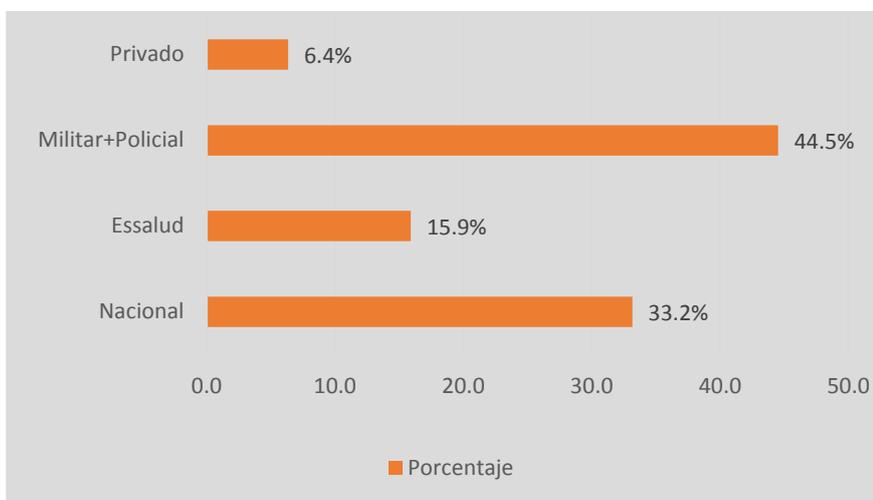
Tabla 1. Hospitales de procedencia de la población estudiada

Hospital	Frecuencia	Porcentaje
H. S. Bernales	10	4,5
H. A. Carrión	7	3,2
H. Dos de Mayo	21	9,5
H. Rebagliati	17	7,7
H. Almenara	13	5,9
H. Sabogal	5	2,3
H. FAP	28	12,7
H. A. Loayza	21	9,5
H. Maison de S.	14	6,4
H. Militar	28	12,7
H. Naval	28	12,7
H. Policía	14	6,4
H. Puente piedra	7	3,2
H. C. Ulloa	7	3,2
Total	220	100,0

Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

Se observa el total 14 de hospitales, en donde participan los internos de medicina en su experiencia de internado, como población muestra del estudio 220 internos de medicina; todos de los hospitales correspondientes a la jurisdicción de Lima.

Gráfico 5. Distribución en barras por agrupación de hospitales



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

Gráfico 6. Distribución en círculo por agrupación de hospitales



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

Se observa los porcentajes de alumnos, por participación en hospitales. Destacándose un 44.5% de alumnos en hospitales militar-.policial. Seguido de 33,2% de los hospitales nacionales y, 15.9% de Essalud, y finalmente 6.4% de hospital privado.

Referente a las 10 preguntas del cuestionario de limitación del esfuerzo terapéutico

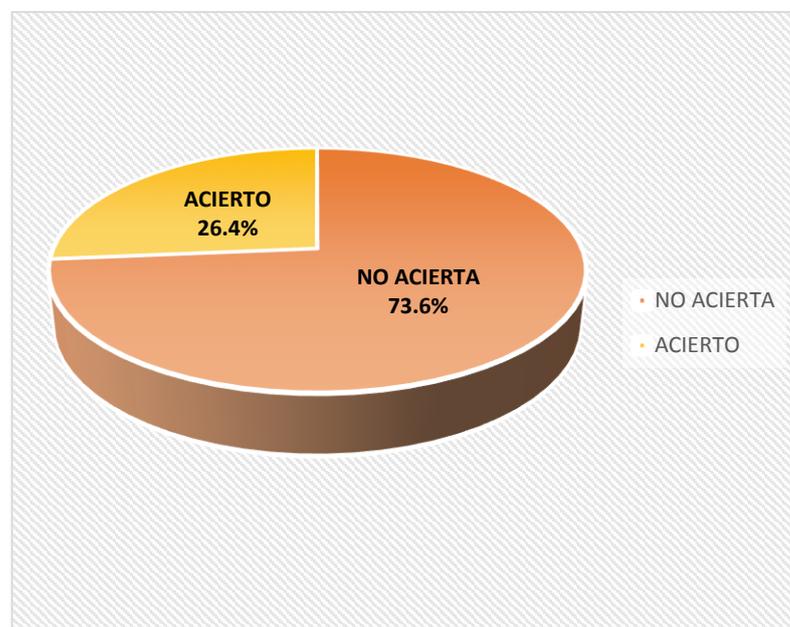
Presentamos los resultados de las respuestas al tema, conocimientos sobre contenidos bioéticos en limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes graves de los internos de medicina (LET). Respuestas:

ITEM 1

Pregunta 1. Los principios de la ética médica que se aplican en la bioética clínica en relación a Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), corresponden:

Respuesta: Los principios de Beauchamp y Childress.

Gráfico 7. Porcentaje de la respuesta 1



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

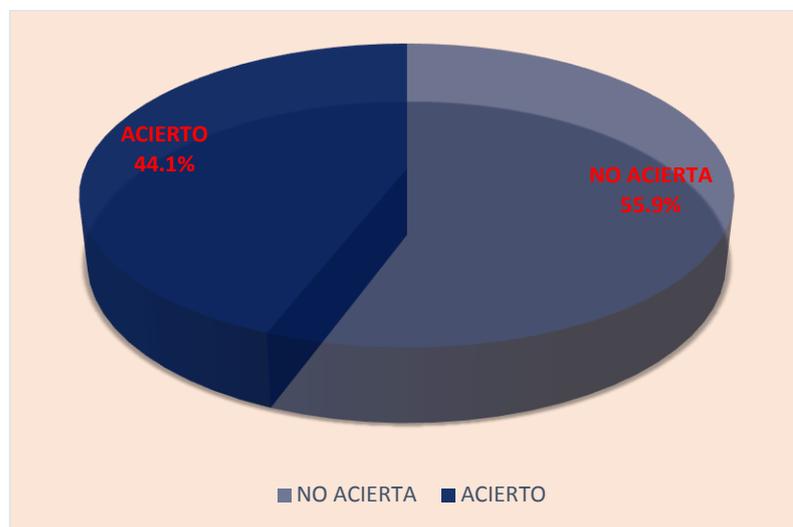
Un 26.4% acertando a la respuesta.

ITEM 2.

Pregunta 2. Si conoces los principios bioéticos de la ética médica, cuál de éstos está en mayor peso ético en su aplicación a Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), frente al paciente grave:

Respuesta: Principio de no maleficencia

Gráfico 8. Porcentaje de la respuesta 2



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

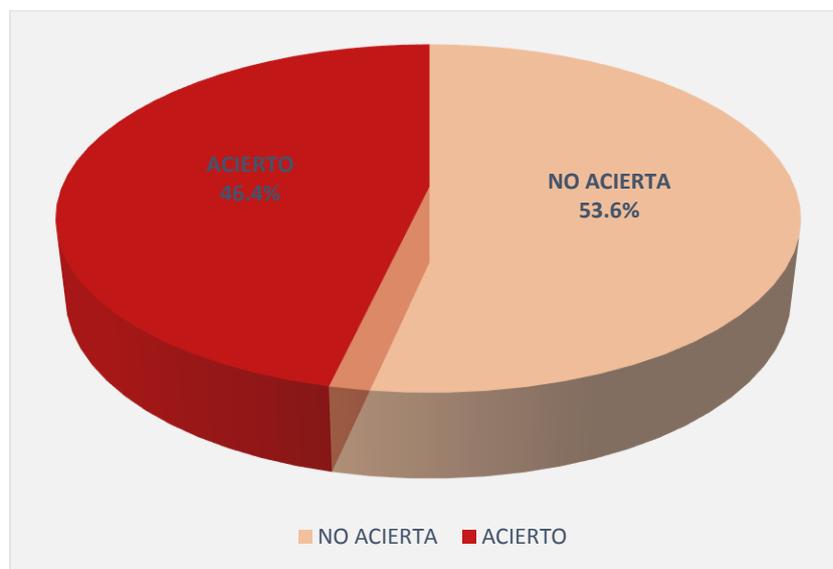
En esta respuesta un 44.1% tiene acierto.

ITEM 3

Pregunta 3. Si el paciente grave no responde ante tratamiento curativo, la aplicación de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) se entiende por:

Respuesta: Retirada y/o suspensión del tratamiento médico con el paciente.

Gráfico 9. Porcentaje de la respuesta 3



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

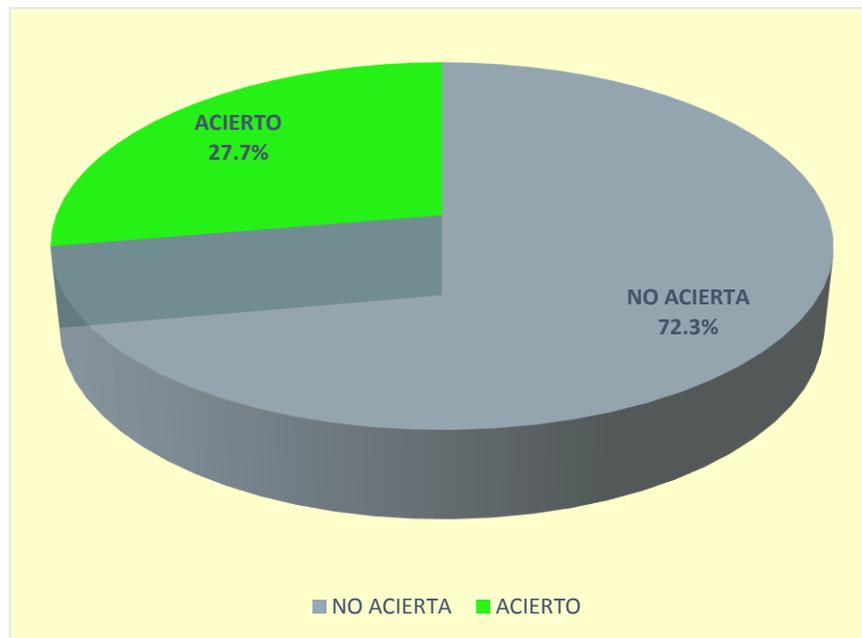
En la respuesta un 46.4 % de la población muestral acierta.

ITEM 4

Pregunta 4. Qué criterios bioéticos pueden ayudarnos para tomar la decisión en abordar LET en paciente grave:

Respuesta: Todas las anteriores.

Gráfico 10. Porcentaje de la respuesta 4



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

En esta pregunta solo un 27.7 % en acierto.

ITEM 5.

Pregunta 5. Correlacione los siguientes términos con sus respectivas definiciones.

Respuesta: C E D A B

Gráfico 11. Porcentaje de la respuesta 5



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

La respuesta un 24.5.% de la población en estudio que acierta.

ITEM 6

Pregunta 6. En relación a Limitación del esfuerzo terapéutico (LET), su aplicación en el paciente grave es “igual a” o “equivale a”:

Respuesta: Ninguna.

Gráfico 12. Porcentaje de la respuesta 6



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

Con el 19.1% de acierto del total de la población en estudio.

ITEM 7

Pregunta 7. Con respecto a limitación de esfuerzo terapéutico, ésta puede aplicarse a qué tipo de pacientes:

Respuesta: A y C.

Gráfico 13. Porcentaje de la respuesta 7



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

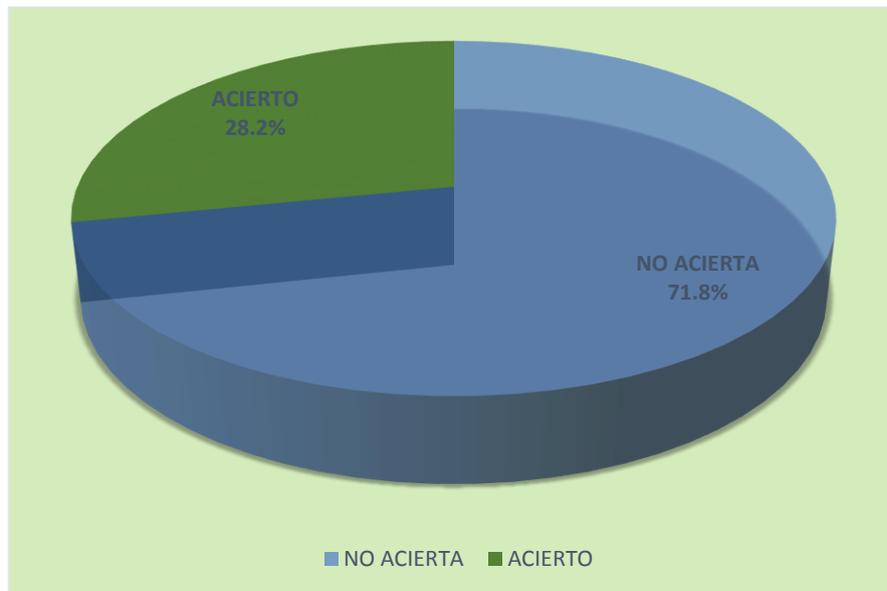
Identificando la respuesta, 22.7% de acierto.

ITEM 8

Pregunta 8. Para tomar la decisión de Limitar Esfuerzo Terapéutico en el paciente grave, en el hospital, sabes quién decide aplicar LET:

Respuesta: Decide el médico tratante.

Gráfico 14. Porcentaje de la respuesta 8



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

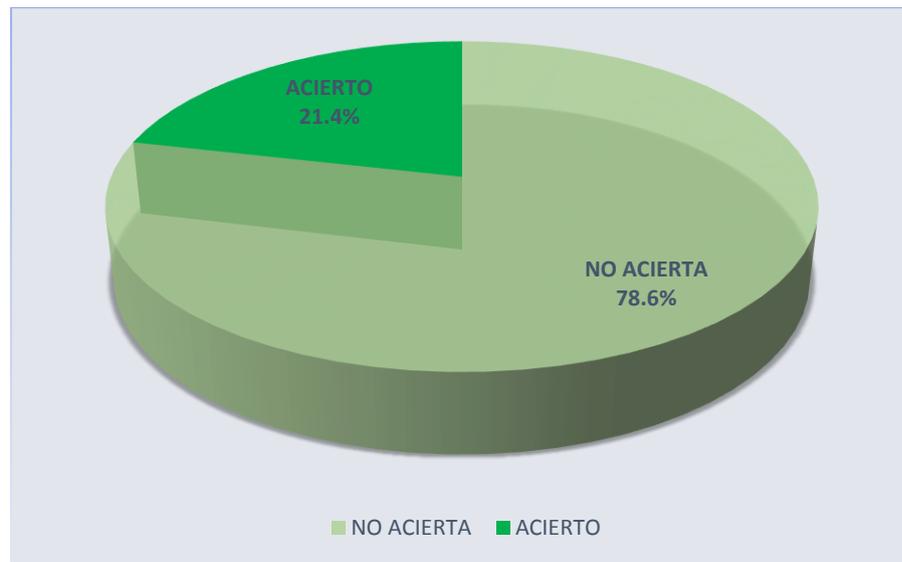
El 28.2% acierta del total de la población en estudio.

ITEM 9

Pregunta 9. Diga si existen lineamientos (protocolos) actuales en nuestro país que pueda sustentar la aplicación de LET a pacientes graves:

Respuesta: No existe, ninguno.

Gráfico 15. Porcentaje de la respuesta 9



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

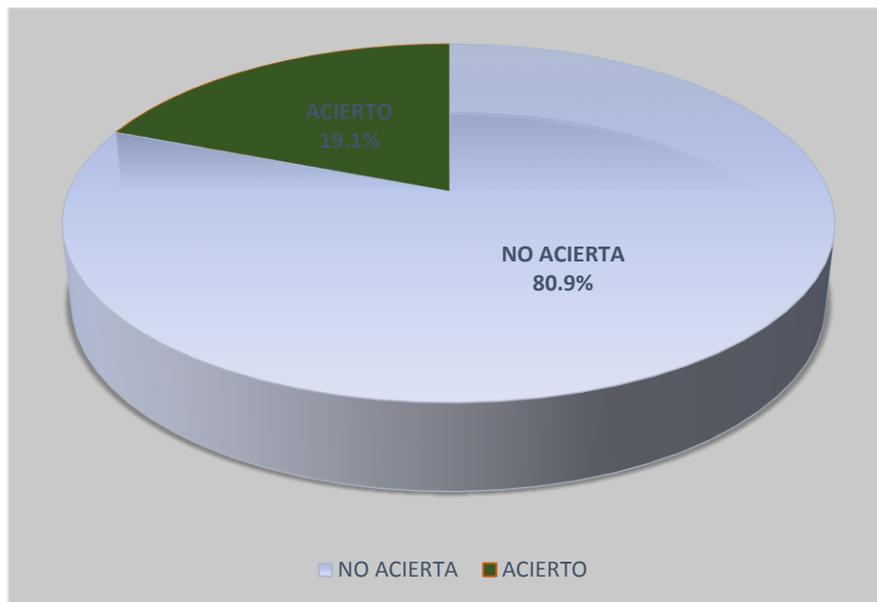
A esta respuesta solo 21.4% acierta de la población en estudio.

ITEM 10

Pregunta 10. En tus conocimientos como interno, en futuro caso, como mejor opción, con quien compartirías las decisiones para instaurar LET:

Respuesta: Con el médico tratante.

Gráfico 16. Porcentaje de la respuesta 10



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

En su respuesta aplicativa al tema, un 19.1% acierta.

Nivel de conocimientos: Puntaje obtenido

Tabla 2. Resultados de notas del cuestionario aplicado

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
0,00	9	4.1
1,00	4	1.8
3,50	4	1.8
4,50	47	21.4
5,50	18	8.2
6,00	10	4.5
7,00	39	17.7
7,50	4	1.8
8,00	6	2.7
8,50	4	1.8
9,50	11	5.0
10,00	12	5.5
10,50	21	9.5
11,50	7	3.2
12,50	18	8.2
14,00	6	2.7
Total	220	100.0 %

Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

La validez de respuestas marcadas con sus pesos de puntaje respectivo y sus porcentajes. De las 10 preguntas, con una calificación sobre 20 puntos. Se obtuvo una calificación máxima de 14 puntos, al tema de conocimientos de contenidos bioético en Limitación del Esfuerzo Terapéutico en pacientes graves. Teniéndose un 9.5%, con aprobación de 10.50 puntos, un 3.2% con una aprobación de 11.50 puntos, un 8.2% con aprobación de 12,50 puntos, y un 2.7% con aprobación de 14 puntos.

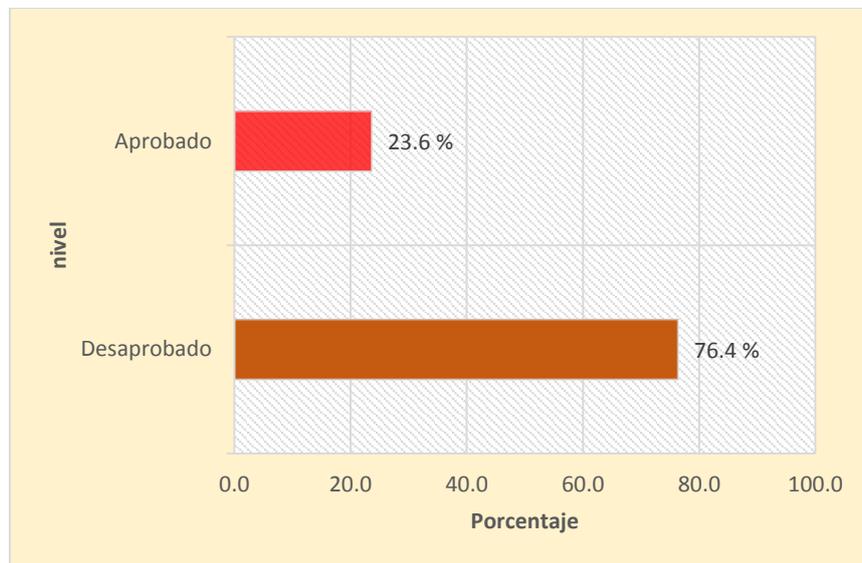
Población aprobada según cuestionario aplicado

Tabla 3. Porcentaje de aprobados

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Desaprobado	168	76.4 %
Aprobado	52	23.6 %
Total	220	100.0 %

Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

Gráfico 17. Distribución en barras de los porcentajes



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

Se expresa el porcentaje de 23.6% de aprobados del grupo en estudio

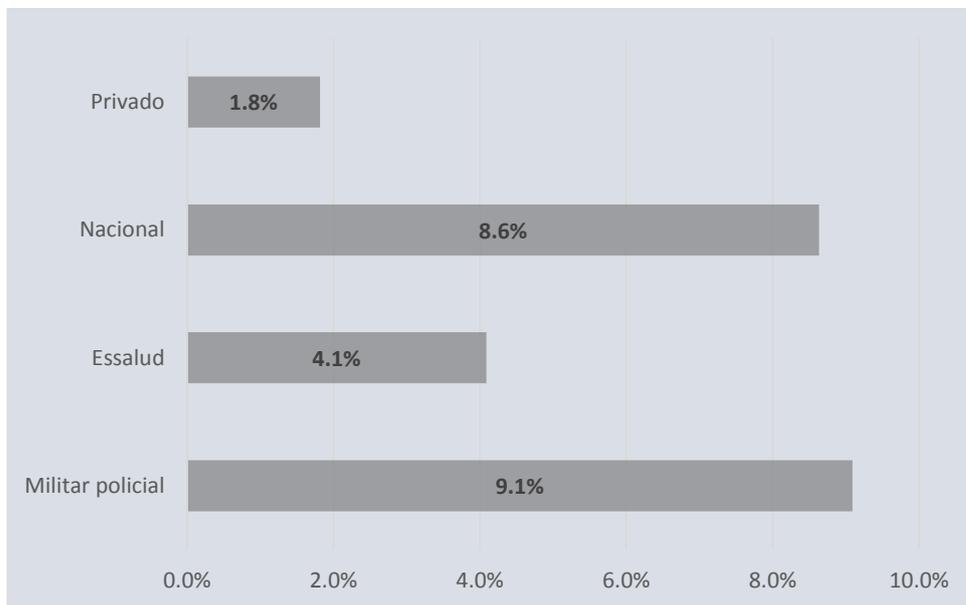
Distribución de aprobados por grupo de hospital

Tabla 4. Porcentajes de aprobados según grupo de hospital

	n	%
Militar policial	20	9.1%
Essalud	9	4.1%
HOSPITALES		
Hosp. Nacional	19	8.6%
Privado	4	1.8%
TOTAL	52	23.6%

Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

Gráfico 18. Presentación en barras de los porcentajes de aprobados según grupo de hospital

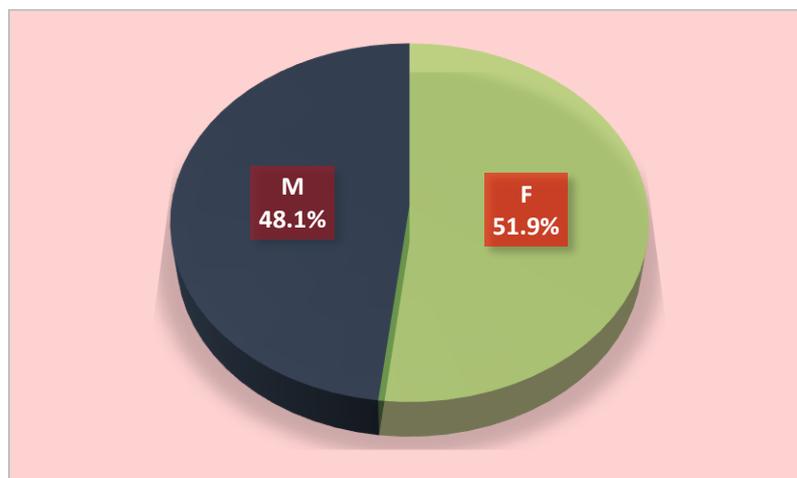


Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

Se tiene la presentación de 23.6% aprobados que referenciados por grupo de hospital, corresponden: 1.8% privado, 8.6% hospital nacional, 4.1% Essalud, 9.1% militar - policial.

Distribución de aprobados por sexo

Gráfico 19. Presentación de aprobados por sexo

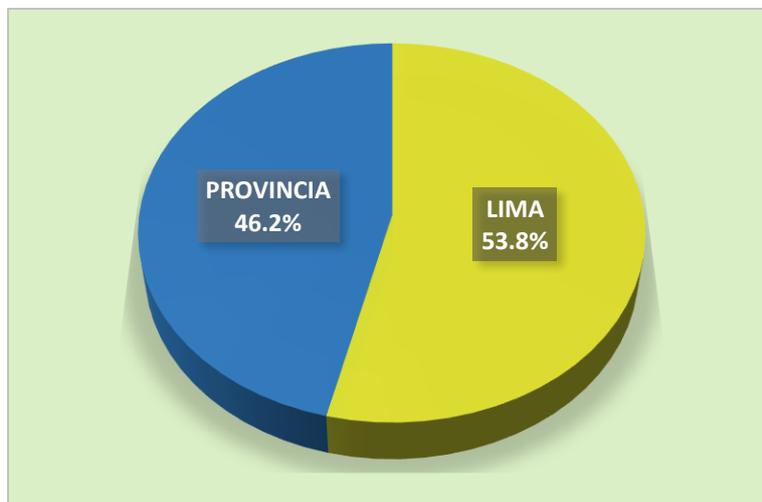


Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

Según los resultados obtenidos del total de los aprobados tenemos: 48.1% sexo masculino aprobados. Y, un 51.9% de aprobados de sexo femenino.

Distribución de aprobados de la población por lugar de procedencia

Grafico 20. Aprobados según procedencia



Fuente: Cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima.

La población total aprobada: 46.2% procedente de provincia. Y, 53.8% procedencia de Lima.

Respecto a las preguntas informativas (5 preguntas)

Estas preguntas, de alguna manera nos dan un perfil orientativo, de correlación y, por tanto no es definitivo, pues se debe de considerar que detrás de cada respuesta, se ocultan situaciones desconocidas y no manejables al resultado del presente estudio.

Pregunta 1.- En caso de paciente que no responde a tratamiento, que se le da un tratamiento fútil y que espera mala calidad de sobrevivencia, si NO tomas decisiones para abordar LET es por:

Tabla 5. Respuesta informativa de la pregunta 1

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a Cuestiones religiosas	22	10.0
b Por respeto a la persona sufre	76	34.5
c Lo dejo a voluntad de Dios	38	17.3
d No decido nada por falta de buen criterio ético	84	38.2
Total	220	100.0 %

Fuente: cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

La alternativa, un 38.2% por falta de buen criterio ético para en LET. Luego, 34.5% no tomar decisión, por respeto a la persona sufre. Un 17.3% dejar a voluntad de Dios, corresponden. Y, 10.0% por cuestiones religiosas.

Pregunta 2.- Como interno, en el conocimiento bioético de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), te has informado:

Tabla 6. Respuesta informativa de la pregunta 2

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a Recibiendo charlas orientativas en clases teóricas en bioética en tu universidad	20	9.1
b Analizando casos y/o discusiones de LET en tu servicio de hospital	14	6.4
c Realizando cursos en bioética al tema en mención	51	23.2
d Con información de manera personal sobre LET	57	25.9
e Ninguna	78	35.5
Total	220	100.0 %

Fuente: cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

En estas alternativas de respuestas, un 9.1% ha recibido charlas orientativas en clases teóricas, un 6.4% analizando casos y/o discusiones, realizando algún curso de LET 23.2%. Se muestra un 25.9% porcentaje que ha realizado el

tema de manera personal. Y, un 35.5% que no ha recibido información alguna del tema en LET (de manera académica o en hospital y/o personal).

PREGUNTA 03.- Estas informado y conoces sobre LET, como tema bioético:

Tabla 7. Respuesta informativa de la pregunta 3

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a Casi nada	94	42.7
b Relativamente poco	44	20.0
c Regular	40	18.2
d Bastante	42	19.1
Total	220	100.0 %

Fuente: cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

Se muestra un porcentaje de 42.7% que casi nada conoce del tema. 20.0% relativamente poco conocen el tema. Un 18.2% conocen de manera regular. Y, 19.1% conocen bastante.

Pregunta 4.- Te has informado o conoces de este tema bioético porque se comparte:

Tabla 8. Respuesta informativa de la pregunta 4

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a En aulas de la universidad	41	18.6
b En las unidades de servicio critico	21	9.5
c En tu hospital	22	10.0
d En articulos bioéticos	62	28.2
e En congresos o simposios	74	33.6
Total	220	100.0 %

Fuente: cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

Un 18.6% conoce este tema bioético en LET, en aulas de la universidad. Un 9,5% conoce el tema en unidades de servicio. El 10.0% es informado en el

hospital. Le sigue la modalidad de un 28.2% que se ha informado en artículos bioéticos. Y, 33.6% es más informado por congresos o simposios.

Pregunta 5.- Consideras importante la formación bioética en LET:

Tabla 9. Respuesta informativa de la pregunta 5

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
a La formación bioética en los principios de modo permanente	21	9.5
b La participación en las discusiones de casos actualizados	26	11.8
c En el plan académico pre-grado	58	26.4
d En el plan académico pos-grado	45	20.5
e Todas las anteriores	70	31.8
Total	220	100.0 %

Fuente: cuestionario Junio. 2016 USMP. Lima

Se muestra 9.5% como formación permanente, se considera un 11.8% la participación de casos actualizados. Un relevante 26.4% en la formación de LET, de manera académica, y un 20.5% en enseñanza posgrado. Y, 31.8% de una actuación en todas las modalidades citadas.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo transversal en internos de Medicina FMH – USMP, 2016. La población aleatoria fue de 220 sujetos, se aplicó el cuestionario y ante el procesamiento de las fichas ópticas, se obtuvieron los resultados.

En relación a este modelo de investigación, en nuestro país, anteriormente se han desarrollado tesis de investigación que han incluido parcialmente a estudiantes de medicina⁽⁴⁴⁾ a internos y médicos⁽⁴⁵⁾, a internas de enfermería⁽⁴⁶⁾, a médicos con experiencia clínica⁽⁴⁷⁾ presentando temas éticos conocidos, pero en relación al tema en conocimientos sobre contenidos bioéticos en limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes graves, en internos de medicina, actualmente es el único en su modalidad realizado en la actualidad. Con respecto al estudio podemos decir, que la muestra corresponde, a la edad entre 22 y 25 años, teniendo un 70.5% de internos de 24 años. Y teniendo como promedio de edad de 23.7 años. Un estudio nacional aplicado a internos de Ramírez R, Katia⁽⁴⁵⁾ expresa edades similares entre 24 a 27 años.

Con respecto al sexo, los resultados de la muestra un 50.9% femenino y 49.1% varones, se tiene un grupo heterogéneo. No se muestra desproporción cuantitativa entre ambos en este estudio. En un estudio nacional anterior de Sogi U, Cecilia y col⁽⁴⁸⁾ realizado para médicos jóvenes presenta porcentajes de 57.2% varones, indicativo que las mujeres van en aumento en esta disciplina.

En cuanto a la religión, en nuestro estudio hay un 67.7% son católicos y 32.3% son evangélicos, entendido como otras religiones cristianas. En un estudio nacional, Ramírez R. Katia R.⁽⁴⁵⁾ encontró un 88.7% de internos

católicos, un 92.2% médicos residentes católicos. En otro estudio nacional anterior Llaja R, Victoria⁽¹⁶⁾ muestra el porcentaje de 86% católicos y 9% evangelista de los médicos residentes. Casanova S. J,F⁽⁴⁹⁾ en su estudio realizado a residentes 86.7% son católicos. A la vez, se puede decir que la religión de alguna manera puede influir en las decisiones de los internos, pues la religión es una variable no controlada en la decisiones éticas. Entendiendo esta influencia, en la pregunta orientativa 1, que expresa un porcentaje de 10.0%, en no tomar decisiones por cuestiones religiosas (Resp. 1a), o dejarlo a la voluntad de Dios con 17.3% (Resp.1c). Estas respuestas en su finalización, son una realidad ajena a la bioética, pues son decisiones que, en su aplicación son respuestas no éticas pero que inciden en el sujeto frente al paciente grave. Bonilla M, Jaqueline⁽¹⁴⁾ en su investigación encontró porcentajes similares de 9% y 12% ante la religión. Por ello, a su vez, algunos autores han encontrado relación entre las convicciones religiosas de los clínicos y la actitud de sus decisiones, es así que González C. Luis R,⁽⁸⁾ encontró un 11% de influencia de la religión y refiere en su tesis que lo religioso definitivamente sí interfiere en las decisiones médicas, sobre todo las relativas al final de la vida. Y, Morales V. y Col.⁽⁵⁰⁾ corrobora que no hay diferencia según sea las creencias. En otras palabras hay siempre relación, y aquí en este estudio se presenta influencia de la religión en las decisiones de los internos.

Respecto a la procedencia el 46.2% es de Lima y, un 53.8% procede de provincias, configurándose un grupo de procedencia diversa. Con ello se puede decir que hay una muestra representativa de todo el país.

De los hospitales se observa el total 14 de hospitales de Lima metropolitana, donde participan los internos de medicina en su experiencia de internado, en

estudios similares anteriores de tipo internacional, Hernández G, A. y col,⁽⁵⁾ recoge la información de médicos de 20 hospitales. Rincón R, Mónica⁽¹⁷⁾ en su tesis recoge información de 13 Instituciones de Salud, tanto públicas como privadas de la capital en la que encuestaron 173 profesionales de la salud. En nuestro estudio dichos hospitales corresponden tanto a hospitales del MINSA, ESSALUD, hospitales de las FF.AA y de Policía, y uno es hospital particular. Todos los hospitales son los correspondientes a la jurisdicción de Lima metropolitana que dan atención a los diversos estratos de la población. Con esto se cumple el objetivo deseado que sean hospitales de Lima. Es de mencionar que se observa, a su vez, los porcentajes de alumnos internos por agrupación de hospitales de procedencia, destacándose mayor porcentaje en 44.5% de hospitales Militar-Policial. Un 33.2% Hospitales Nacionales, Seguido de 15.9% de hospitales de Essalud, y finalmente un 6.4% de hospital privado. En dichos hospitales los internos de medicina han aplicado sus conocimientos bioéticos en LET.

En cuanto a la evaluación y resultados obtenidos, los aciertos van desde un 46.4% (ítem 3) hasta un 19,1% (ítem 6 e ítem 10), aprobando solo un 23,6% y, un 76.4% que no aprobó el cuestionario. Resultado insatisfactorio similar lo muestra el estudio nacional anterior de Casanova S. Johnny F.⁽⁴⁷⁾ en una prueba sencilla, aplicado para médicos en un tema bioético en donde hubo un 46% acierto, con 40.28% de aprobados y un 59.72% desaprobados. En el estudio de Restrepo B. Diana y col.⁽⁵¹⁾ se muestran resultados sólo 14.6% de la población sabe qué es LET, y un 25.7% conoce los principios bioéticos. En nuestro estudio un 19.1% los que conocen bastante el tema (Resp. 3d) y, un 18.2% de los que conocen regular (Resp. 3c).

Tenemos, a su vez, los resultados de 42.7% de los que conocen casi nada (Resp. 3a), un 20.0% de los que conocen relativamente poco del tema (Resp. 3b), y un 35.5% de los que no tienen ninguna información al tema (Resp. 2e); estos resultados son bajos, pero, en un estudio internacional realizado por González Cruz, Luis R,⁽⁸⁾ aporta información relacionada, en el desconocimiento del tema en LET por falta de lectura 40%, suficiente información 16%.

Con 26.4% el ítem 1 y un 44.1% el ítem 2, de aciertos encontrados en este estudio, porcentajes parecidos se encuentran en Casanova S. J, F.⁽⁴⁷⁾ que obtuvo un 33.5% para los principios, y un 52% para no maleficencia aplicado a médicos de áreas específicas.

Para 46.4% del ítem 3, en nuestro estudio. Pero en el estudio de López S. Raquel, aplicados para médicos residentes con previa preparación, se encontraron resultados mayores: 88,3%, 76,9%, 74,4%, 75,9% en dichos hospitales.

Con respecto al resultado de 27.7% para el ítem 4 y de un 22.7% para el ítem 7. Respuestas parecidas, la primera teórica y la otra aplicada al tema en el conocimientos, en el estudio de González Cruz, Luis R. ante la pregunta de “consideraciones a tener en cuenta en la decisión de LET”, se obtuvieron: un 16.67% ante inutilidad de tratamiento, un 17.42% ante calidad de vida actual. Para Bonilla M. J,⁽¹⁴⁾ “criterio que se ha basado la decisión de LET” se encontró un 23%, mala calidad de vida.

En nuestro estudio tenemos un 28.2% para el ítem 8, y en donde la respuesta es el médico tratante⁽⁵²⁾ en el estudio de López S. Raquel⁽⁵³⁾, tenemos porcentajes a esta toma la decisión 9.8% y, en el estudio LLaja R. Victoria y Sarria J. Cesar⁽¹⁶⁾ encontraron porcentajes 35.34% ante esta misma pregunta

aplicada para médicos. En Bonilla M, J. se encontraron porcentajes mayores de 43% y 53% en sus participantes la condición fue, la previa preparación formativa de los médicos. Para Muñoz Camargo. J, C.⁽¹⁵⁾ encontró 33.3% a la misma respuesta aplicada a médicos.

Con un 21.4% del ítem 9, pues, no hay lineamientos ni protocolos en nuestro país, sólo en el código de Ética del colegio médico se tiene referencia, en sus artículos n°51 y n°52⁽⁵⁴⁾ estas mismas consideraciones éticas siguen indicadas en el nuevo código de ética y deontología del año 2007 en sus artículos 71 y 72.⁽⁵⁵⁾ En un trabajo de investigación de ética en pediatría en nuestro país, no reconocen que exista protocolos de LET.⁽⁵⁶⁾

En el resultado 19.1% del ítem 10, de acierto, resultados ante esta misma pregunta la encontramos en Bonilla M. J, con un 43% y 53% en sus hospitales respectivamente realizado a profesionales de la salud.

Es de mencionar que del 23.6% de los aprobados en nuestro estudio el 9.1% corresponden al hospital militar–policial, 8.6% al hospital nacional, 4.1% a Essalud, y 1.8% corresponden al privado. De todos los aprobados 48.1% son varones y 51.9% mujeres. Y, de los aprobados el 53.8% son de procedencia de Lima y 46.2% son procedencia de provincia.

Concluyendo, podemos decir que los resultados son bajos y, a su vez, hace falta un mayor esfuerzo académico para obtener un mejor grado en el rendimiento de conocimientos en los conceptos bioéticos en limitación del esfuerzo terapéutico. Hay estudios que hacen referencia a esta necesidad formativa, Rincón R. Mónica⁽¹⁷⁾, lo refiere en su estudio tanto en pregrado como en posgrado. Los médicos no están familiarizados en conceptos de ética,

aducen no tener claridad sobre este tema, por ello, se deberían realizar esfuerzos para superar esta deficiencia, si esta es la realidad en los médicos, cuanto más es necesario cubrir esta situación en los internos. Debemos decir que como posibilidades de presentar el tema, un 33.6% refiere debería tener presente congresos o simposios(Resp. 4e), y, 26.4% presentarlo de manera académica, en pregrado, sobresale, 20.5% dentro del plan formativo posgrado (Resp. 5c y 5d), y, también como publicaciones en artículos bioéticos 28,2% (4d).

CONCLUSIONES

La presente investigación titulada “Conocimientos sobre contenidos bioéticos en limitación del esfuerzo terapéutico de pacientes graves, en los internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, 2016” de los diversos hospitales de Lima, llegó a las siguientes conclusiones:

- Escaso conocimiento de principios bioéticos relacionados en el tema de Limitación del Esfuerzo Terapéutico con los internos de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres de los diversos hospitales de Lima.
- Pocas oportunidades participativas en los conocimientos bioéticos relacionados con el tema de Limitación del Esfuerzo Terapéutico de los internos de medicina.
- Dificultades de los internos de medicina en la puesta en práctica de los principios relacionados con el tema de limitación de esfuerzo bioético en mención.

RECOMENDACIONES

- Es necesario incrementar en su formación académica los conocimientos de contenidos bioéticos en Limitación del Esfuerzo terapéutico en los internos de medicina para su mejor desenvolvimiento en sus decisiones de bioética clínica.
- Es importante presentar este tema de limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes graves como oportunidad motivadora de respuestas bioéticas en los internos de medicina.
- Es apremiante incentivar académicamente el perfil bioético en Limitación del Esfuerzo Terapéutico, tanto en pregrado como en posgrado, para reforzar su criterio valorativo ante esta realidad ético-clínica.
- Promover futuros trabajos de investigación en bioética, en limitación del esfuerzo terapéutico en años académicos más avanzados para evaluar si la enseñanza en LET es provechosa.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Vieira Galán, Oihane Reflexión ética sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Navarra, España. 2014. pp.1. Dirección electrónica: <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11321/OhianeVieiraGalan.pdf?sequence=1>.
- 2) Areu Regateiro, Alejandro. Limitación del esfuerzo terapéutico, una opción en el cuidado de los pacientes en terapia intensiva. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y emergencias, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Cuba. Mayo–Agosto. 2016. p. 16. <http://www.cbioetica.org/revista/162/1519.pdf>.
- 3) Herreros, B. y col. Limitación del esfuerzo terapéutico. Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España. 2011. Dirección electrónica: Rev Clin Esp. 2012;212(3):134-140
- 4) Soto Obrador, S. Limitación del esfuerzo terapéutico. XXXVI Congreso de Medicina Interna. Viña del Mar. Chile. Noviembre, 2015. p. 10.
- 5) Hernández Gonzales, A. y Col. Conocimientos sobre ética asistencial de los residentes de pediatría. Anales de Pediatría, Salamanca, España. Mayo 2,013. p. 107. Dirección electrónica: An Pediatría 2014; 80:106-113 - Vol. 80 Núm.2 DOI: 10.1016/j.anpedi.2013.06.002.
- 6) Couceiro V. Azucena. La enseñanza práctica de la bioética: Objetivos, diseño curricular y materiales docentes. España. 2,012. p. 89. Dirección electrónica: Rev Educ Cienc Salud 2012; 9 (2): 69-80.
- 7) Guardia Meza, M F. et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. opinión de estudiantes universitarios de enfermería. España, 2,015. Revista de

- enfermería. Octubre 2,015. 18 (8): pp. 20 – 24. Dirección electrónica:
Metas Enferm oct 2015; 18(8): 20-24.
- 8) González Cruz, Luis R. “Consideraciones sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en pediatría”. Una aproximación a los conocimientos, prácticas y actitudes en la comunidad académica y asistencial del Hospital de La Misericordia y del Departamento de Pediatría de la universidad nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2,014 p.152. Dirección electrónica:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/12322/1/luisricardogonzalezcruz.2014.pdf>
- 9) Castañeda Obando, K. G. Cervera Vallejos M. F. Significado y resolución de los dilemas éticos para las enfermeras de áreas críticas. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Paraninfo digital monográficos de investigación en salud. ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013. Chiclayo – Perú. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/334d.php>
- 10) López Sánchez. R. Estudio de opinión de profesionales sanitarios frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en una unidad de cuidados intensivos pediátricos España. Enero 2,013 En dirección electrónica:http://www.salusinfirmorum.es/index.php?option=com_content&view=article&id=126:la-profesora-raquel-lopez-galardonada-con-el-premio-deinvestigacion-en-enfermeria-del-hospital-gregorio-maranon&catid=16:noticias&Itemid=145.
- 11) Casas Martínez, María de la L. Caballero Velarde, Cristina. Dilemas bioéticos y sus posibles soluciones en las unidades de terapia intensiva pediátrica del distrito federal (México) Revistas Científicas de América

- Latina y el Caribe, España y Portugal. Volumen 19. Santiago de Chile. 2013. Revista Acta Bioethica 2013; 19 (2): 275-283.
- 12) Paredes Escobar, María Cristina. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Santiago de Chile 2012. Vol. 18, núm. 2, Noviembre, 2012. pp. 163-171.
- 13) Hurtado Vega, Henry. Opinión del personal médico y de enfermería frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de los servicios de UCI, medicina y emergencia en un hospital de Chimbote. Octubre – Noviembre 2011. I jornada científica. Hospital III Essalud 3 – julio 2,013 Chimbote - Perú. 2013. Rev. Cuerpo Médico del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Vol. 6 (4) Oct. 2,013. p. 69.
- 14) Bonilla Merizalde, Jacqueline. Actitudes éticas del personal médico, participación de enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Enero 2010 – Julio 2011. Quito 2,011 pp. 342. En: dirección electrónica: http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/2_BONILLA_LET_Ucis_Hospitales_Quito.pdf.
- 15) Muñoz Camargo J. C y Col. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. Revista enfermería intensiva. Vol. 23. Núm. 03. Julio - Septiembre. España 2012. pp. 104 – 11.
- 16) Llaja Rojas, V. y Sarria Joya, C. Encuesta sobre soportes de vida y limitación del esfuerzo terapéutico en el departamento de cuidados

- intensivos del Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima-Perú. 2009. pág. 24.
- 17) Rincón, M. et al. Educación, Bioética y toma de decisiones en cuidados intensivos. Rev. Latinoamericana de Bioética. Volumen 8 / Número 2 / Edición 15 / Páginas 114-123 / Bogotá D.C. Colombia. 2008.
- 18) Llacsá Soto, León. Eficacia de un curso de ética para elevar el nivel de conocimientos de ética en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Lima, Perú. 2006. pág. 85. En dirección electrónica: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2921/1/llacsá_sl.pdf
- 19) Vidal, Susana. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. Revista RedBioética/UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Año 1, Vol. 1, No. 1 Julio 2010. p. 93 ISSN 2077-9445.
- 20) García R, Horacio. Limón L, Luis. Bioética general. México, Trillas. 2009. pp. 216.
- 21) García Capilla, Diego J. Revista: Contraste. Bioética: claves de orientación. Murcia – España. 2006. pp.27.
- 22) Rubí Salazar, Jesús L. Ética, moral, ética médica y bioética. Revista. Ética y Salud. Año 1 n° 1 Enero – Junio 2010. México - 2010. pp.14
- 23) De Hoyos Martínez, Luis G. Revista ETICA Y SALUD. Perspectiva de la bioética en la educación superior. Año 1 n° 2. Julio–Diciembre 2010. p.9.
- 24) Drane, James. Bioética Clínica: La aplicación de los conceptos a la cabecera del enfermo. Revista Selecciones de bioética. Instituto de bioética. Cenalbe. Bogotá - Colombia. Abril 2002. pp. 80.

- 25) Requena Meana, Pablo, El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica. Roma, Italia. 2005. pp.19.
- 26) Taboada, P. y López, R. Metodología de análisis ético de casos clínicos. Enciclopedia de Bioética. En enlace electrónico: <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/153>.
- 27) Brussino, Silvia. La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros Susana María Vidal. Revista UNESCO. Montevideo- Uruguay. 2012. p.45 – 46.
- 28) Gracia Guillén, Diego. De la bioética clínica a la bioética global: Treinta años de evolución. España. Acta Bioética 2002; año VIII, nº 1. p. 36.
- 29) Escobar Triana, J. Aristizabal Tobler, C. Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples Revista Colombiana de Bioética. Vol. 6 No. Especial - Noviembre, Bogotá, 2011. pp. 90.
- 30) Siqueira, José E. La educación en bioética de América latina y el caribe. Programa para América Latina y el Caribe en Bioética y Ética de la Ciencia. Sector de Ciencias Sociales y Humanas Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y el Caribe. Montevideo- Uruguay. Unesco 2012. pp. 60
- 31) Velasco Gogenola, Juan M^a de. Origen y desarrollo de una ciencia: la bioética Revista int. estud. Vascos. 54, 1, 2009, 147-187, Bilbao - España. 2009. p. 152.
- 32) Beauchamp Tom L. & Childress James. F *Principles of Biomedical Ethics* New York. Oxford University Press. Sixth Edition. New York 2,009.

- 33) García Llerena, Viviana M. De la Bioética a la Biojurídica: el principialismo y sus alternativas. Editorial Comares. Granada - España. 2,012. p.273 Acta Bioethica 2012; 18 (2): 273-274.
- 34) Rodríguez F, Pablo y Millán V, Ana M. Dilemas en la atención a niños con traumas agudos. Revista de la comisión del estado de México: Bioética y salud. Año 4. N° 6. Enero – Junio 2013. México. pág. 93 p. 42
- 35) Lolás Stepke, Fernando. Hacia una bioética para América latina y el caribe. Rev. Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos. Programa regional de Bioética. OPS/OMS. Publicaciones 2000. Washington. pág. 124 p.14. ISBN: 956-7938-01-6.
- 36) Siverino Bavio, Paula. Una bioética en clave latinoamericana: aportes de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO. Rev. derecho pucp N° 63. 2009. p. 405. Disponible en: <file:///F:/BIOETICA/TEXTOS/unesco/2986-11343-1-PB.pdf>
- 37) Zamudio, Teodora. BIOÉTICA Herramienta de las Políticas Públicas y de los Derechos Fundamentales en el Siglo XXI. UMSA. Buenos Aires - Argentina, Octubre 2,012. p. 23. ISBN 978-987-28182-2-7
- 38) León Correa, Francisco J. Ética y responsabilidad social de las instituciones en el sistema social chileno. Año 7 n° 54 2012. p. 7.
- 39) Clavé, E. Problemas éticos al final de la vida. pp. 229 En dirección electrónica: <http://ebookbrowse.net/13-problemas-eticos-en-el-final-de-la-vida-clave-pdf-d178707427>.
- 40) Ara Callizo, José R. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia EIDON, nº 40 Diciembre. España. 2013. p.30 DOI: 10.13184/eidon.40.2013.25-38.

- 41) Gamarra, María del P. Asistencia final de la vida: La Ortotanasia. Revista Horizonte Medico | Volumen 11, No 1, Enero-Junio 2011. Lima Perú. 2011. p. 45.
- 42) Pessini L. Distanásia: Por qué prolongar el sufrimiento? 301. Marzo 2013. CIÊNCIAHOJE pp. 63. Dirección electrónica: <http://cienciahoje.uol.com.br/revista-ch/2013/301/distanasia-por-que-prolongar-o-sofrimento>
- 43) Martínez Bulle G. Víctor M. y Olmos Perez, A. El respeto a la dignidad y autonomía del paciente. Un nuevo paradigma de la atención médica. Revista de derecho y política. JuriPolis, Año 2012, Vol. 1, No. 13. México. 2,012. p. 240.
- 44) Puma Romero, José M E. El Consentimiento informado en las emergencias neuroquirúrgicas: la indicación de no reanimar y limitar el esfuerzo terapéutico. Lima Perú. 2013.
- 45) Ramírez Rojas, Katia R. Nivel de conocimientos y actitudes acerca de la eutanasia en internos y médicos residentes de cinco hospitales del departamento de Lambayeque en el año 2015. Chiclayo – Perú, 2017.
- 46) Cachay Farro, Jovanna Y. Cueva García, Tatiana L. Conflictos éticos que afrontan los internos de enfermería en un hospital del distrito de Chiclayo, 2014. Chiclayo-Perú, 2015.
- 47) Casanova Saldarriaga, Johnny F. Conocimiento de los principios fundamentales de la bioética en los médicos de un hospital IV. Lima, Perú. 2007. Dirección electrónica: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2441/1/Casanova_sj.pdf

- 48) Sogi Uematsui, Cecilia. Zavala Sarrio, Salomón. Delgado Vásquez, Ana. Cárdenas Díaz, Maximiliano. Los problemas éticos en la práctica clínica de médicos jóvenes peruanos. Lima Perú. 2010.
- 49) Casanova Saldarriaga, Johnny Francisco. Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima-Perú. 2015. Dirección electrónica:http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1847/3/casanova_sjf.pdf
- 50) Morales V. y Col. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico. Revista chilena de pediatría, 2016. p 119. Rev Chil Pediatr. 2016;87(2):116-120.
- 51) Restrepo B, Diana. Y col. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. Colombia, 2013. Dirección electrónica: ISSN0123 - 3122•pers.bioét•ol .17•Número2•Págs.216-226•2013.
- 52) León Correa Francisco J. De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile p 1080. Rev Méd Chile 2008; 136: 1078-1082.
- 53) López Sánchez, Raquel. Limitación del Esfuerzo Terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: Opinión y Actitud de los Profesionales, Madrid, 2014.
- 54) Código de Ética de Deontología. Colegio Médico del Perú. Lima, Octubre, 2000. Dirección electrónica: http://www.amp.pe/normasjurcodigode_etica.htm

- 55) Código de Ética y deontología. Colegio Médico de Perú. Lima, Perú. 2007. Dirección electrónica: http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/CODIGO_CMP_ETICA.pdf.
- 56) Oliveros M y Col. Dilema ético: ¿Limitación del Esfuerzo Terapéutico, Eutanasia Pasiva o Ensañamiento Terapéutico en problemas neonatales? Revista peruana de Pediatría. publicación oficial de la sociedad peruana de pediatría. Vol. 65 N° 2. Mayo - Julio 2012 Lima, Perú. Dirección electrónica: ISSN 1993-6834.

e. Todos las anteriores

6.- Con respecto a limitación de esfuerzo terapéutico, ésta puede aplicarse a qué tipo de pacientes:

- a) Pacientes graves que no responden a tratamiento.
- b) Sólo a ancianos en abandono social.
- c) A pacientes con futura mala calidad de vida
- d) A y C.
- e) A todo paciente enfermo

7.- Diga si existe lineamientos u protocolos actuales en nuestro país que pueda sustentar la aplicación de LET a pacientes graves:

- a. Existe a nivel Bioético, para el abordaje de LET.
- b. Existe a nivel de Protocolos de hospitales para asumir la LET
- c. Existe a nivel de normatividad Ético-legal para este caso específico
- d. Existe a nivel de disposición legal vigente
- e. No existe ninguno

8.- Correlacione los siguientes términos con sus respectivas definiciones

- A. Tratamiento fútil o inútil
() dejar de aplicar y/o suspender medidas de resucitación y de soporte extraordinarios e innecesarios a pacientes irrecuperables en estado agónico
- B. No maleficencia
() Facilitar el fin de la vida, en pacientes irrecuperables en estado agónico y/o provocar la muerte del paciente por compasión
- C. Limitación del esfuerzo terapéutico
() Falta de atención adecuada del paciente en sus necesidades.
- D. Abandono del paciente
() Cuando ya no se puede hacer más al paciente terminal, y se le aplica tratamiento innecesario e inútil, ante mala calidad de vida
- E. Eutanasia.
() Primum non nocere: tratamiento contraindicado, y/o encarnizado sin beneficio alguno, en el paciente grave,

9.- En relación a Limitación del esfuerzo terapéutico (LET), su aplicación en el paciente grave es "igual a" o "equivale a":

- a) Eutanasia con el paciente
- b) Negligencia medica
- c) Suicidio asistido
- d) Abandono del paciente
- e) Ninguna de las anteriores

10.- En tus conocimientos como interno, en futuro caso, como mejor opción, con quien compartirías las decisiones para instaurar LET:

- a. Con médico tratante
- b. Con el jefe de servicio
- c. Con la familia
- d. Con la enfermera

- e. Con comité de ética hospitalaria

PREGUNTAS DE INTERES

01.- En caso de paciente que no responde a tratamiento, que se le da un tratamiento fútil y que espera mala calidad de sobrevivencia, si NO tomas decisiones para abordar LET es por:

- a. Cuestiones religiosas
- b. Por respeto a la persona sufrente.
- c. Lo dejo a voluntad de Dios
- d. No decido nada por falta de buen criterio ético.

02.- Como interno, en el conocimiento bioético de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), te has informado:

- a. Recibiendo charlas orientativas en clases teóricas en bioética en tu Universidad
- b. Analizando casos y/o discusiones de LET en tu servicio de hospital
- c. Realizando cursos en bioética al tema en mención
- d. Con Información de manera personal sobre LET
- e. Ninguna

03.- Estas informado y conoces sobre LET, como tema bioético:

- a. Casi nada
- b. Relativamente poco
- c. Regular
- d. Bastante

04.- Te has informado o conoces de este tema bioético porque se comparte:

- a. En aulas de la universidad
- b. En las unidades de servicio críticos
- c. En tu hospital
- d. En artículos bioéticos
- e. En congresos o simposios bioéticos

05.- Consideras importante la formación

- a. La formación bioética en los principios de modo permanente
- b. La participación en discusiones de casos actualizados
- c. En el plan académico pregrado
- d. En el plan académico postgrado
- e. Todas las anteriores

Anexo 2. Respuestas a las preguntas del cuestionario

Pregunta 1:

La LET se aplica tanto a la “retirada” como a la “no instauración” de medidas. Esto quiere decir que desde el punto de vista ético y jurídico no existen diferencias entre ellas, esto es, que son equivalentes. No se reconocen diferencias entre dichos actos desde el punto de vista descriptivo “mecánico”, es decir, si son “acciones de quitar” u “omisiones de no poner”. La legitimidad no se deriva de esta cuestión operativa sino del juicio sobre la futilidad de la medida. Otra cosa es que se admita que, en términos emocionales, los profesionales suelen tener más dificultades con la retirada de medidas que con su no instauración. Pero de la experiencia emocional no debe derivarse automáticamente un juicio moral, pues puede haber acciones que nos desagraden y sin embargo ser justas, y viceversa.

Limitación de Esfuerzo Terapéutico en cuidados intensivos. Recomendación para formación de protocolos. Estrategia de Bioética del sistema sanitario público de Andalucía. 2011 – 2014. España. 2014. pág. 88.

Pregunta 2:

En 1979 fue publicado el libro “Principles of Biomedical Ethics” (Principios de Ética Biomédica) de Tom Beauchamp e James Childress, importante obra académica que rápidamente se transformó en un poderoso instrumento práctico para auxiliar a los profesionales de la salud a tomar decisiones más adecuadas frente a casos clínicos que involucraran conflictos morales complejos (BEAUCHAMP, T y CHILDRESS, J: 1979).

El ejercicio de aplicación de los cuatro principios de la Bioética (la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia) fue rápidamente asimilado por los médicos, transformándose en un lugar seguro para seguir un camino de soluciones básicamente pragmáticas de la ética clínica.

pp. 60 infra. Siqueira, José E. LA EDUCACION EN BIOETICA DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE. Programa para América Latina y el Caribe en Bioética y

Ética de la Ciencia. Sector de Ciencias Sociales y Humanas Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y el Caribe. Montevideo- Uruguay. Unesco 2012.

Pregunta 3:

Los principios éticos en la LET

De los cuatro principios éticos básicos de la Bioética moderna, el que sustenta los juicios de LET es *el Principio de No-maleficencia*. Este principio obliga al profesional a proteger del daño a sus pacientes realizando sólo aquellas intervenciones que están adecuadamente indicadas, se sustenten en evidencias suficientes y sean seguras. Cuando una intervención sanitaria no constituye una buena práctica clínica, entonces los profesionales no solo no deben instaurarla, sino que tampoco están obligados a iniciarla, incluso aunque el paciente la solicite desde el Principio de Autonomía. Es más, los profesionales deberán retirarla en caso de haberse iniciado previamente por algún motivo.

Los 4 principios de la bioética:

Principio de No-Maleficencia

Debe evitarse realizar daño físico, psíquico o moral a las personas. Para ello debe evitarse realizarles intervenciones diagnósticas o terapéuticas incorrectas o contraindicadas desde el punto de vista científico-técnico y clínico, inseguras o sin evidencia suficiente, y proteger su integridad física y su intimidad.

Principio de Justicia

Debe procurarse un reparto equitativo de los beneficios y las cargas, facilitando un acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente, de las personas a los recursos disponibles y hacer un uso eficiente de los mismos.

Principio de Autonomía

Debe respetarse que las personas gestionen su propia vida y tomen decisiones respecto a su salud y su enfermedad. Toda persona enferma debe ser en principio considerada y respetada como un sujeto moral autónomo, responsable de sus propias decisiones respecto a la aceptación o rechazo de todo lo que afecte a su proyecto vital.

Principio de Beneficencia

Debe promocionarse el bienestar de las personas, procurando que realicen su propio proyecto de vida y felicidad en la medida de lo posible.

No obstante, el quebrantamiento de las obligaciones derivadas del Principio de No maleficencia respecto a la no instauración o retirada de intervenciones ineficaces o inseguras tiene un segundo efecto ético derivado: el quebrantamiento del Principio de Justicia. Instaurar lo inútil, lo fútil, o no retirarlo a tiempo, implica hacer un uso ineficiente de los recursos sanitarios que tiene repercusiones claras en la equidad del sistema de salud.

Limitación de Esfuerzo Terapéutico en cuidados intensivos. Recomendación para formación de protocolos. Estrategia de Bioética del sistema sanitario público de Andalucía. 2011 – 2014. España. 2014. pág. 25.

Diego Gracia, considera que los cuatro principios de Beauchamp y Childress son el mejor esbozo moral para la bioética y propone un orden lexicográfico que ayude en la toma de decisiones:

* Principios de mayor peso moral, deberes de obligación perfecta, que corresponden a derechos intersubjetivamente reconocidos como tales, de exigencia ético-jurídica, de nivel 1 o de ética de mínimos: No maleficencia y Justicia.

* Principios de menor peso moral, deberes de obligación imperfecta, que corresponden al ámbito de la moralidad, de la excelencia, de nivel 2 o de ética de máximos: Autonomía y Beneficencia.

Escobar Triana, J. y Aristizabal Tobler Ch. Revista Colombiana de Bioética. Vol. 6 No. Especial - Noviembre de 2011. p. 96

Pregunta 4:

El médico o médica responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la limitación deberá constar en la Historia Clínica.

Limitación de Esfuerzo Terapéutico en cuidados intensivos. Recomendación para formación de protocolos. Estrategia de Bioética del sistema sanitario público de Andalucía. 2011 – 2014. España. 2014. pág. 35.

Pregunta 5:

Los cuatro principios hacen parte de una moralidad común (ética del sentido común) transcultural, construida históricamente; son normas compartidas y reconocidas por todas las personas razonables y comprometidas con los objetivos de la moralidad, con el fin de promover el florecimiento humano y contrarrestar las condiciones que afectan negativamente la calidad de vida de los seres humanos. Los principios son las normas más generales e integrales, mientras que las reglas son más específicas en contenido y más restringidas en su alcance. Los principios y las reglas establecen derechos y obligaciones. Las reglas pueden delinear guías más específicas para la acción, indicar quién puede y debe tomar las decisiones o establecer reglas de procedimiento para la toma de decisiones...Los principios no se aplican, sino que se explican, se ajustan, se especifican y se equilibran en casos concretos y a tareas específicas para tomar decisiones y desarrollar políticas.

Escobar Triana, J. Aristizabal Tobler Ch. Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y practicas múltiples. Revista Colombiana de Bioética. Vol. 6 No. Especial - Noviembre de 2011. P. 92 - 94 Colombia. ISSN: 1900-6896

Es el diagnóstico y la propia evolución del paciente en el tiempo los que irán marcando un pronóstico que permita saber en qué momento debe iniciarse la LET. *Aquello que sea inútil en términos de supervivencia estará contraindicado*, y además se relaciona directamente con el principio de no maleficencia. Este es básicamente un juicio técnico, y por ello es totalmente coherente que sean los profesionales quienes propongan y expliquen a los padres una decisión de este tipo, tal y como se puede observar en los estudios mencionados.(...) Por una parte la LET tiene que responder a criterios razonables y razonados. Una discusión reflexiva puede conducir a la elaboración de un protocolo que clasifique a los pacientes según sus posibilidades de recuperación, y que actúe como una especie de guía en la toma de decisiones(...) Criterios como un grave retraso físico e intelectual, la ausencia de una mínima capacidad para establecer relaciones con el entorno, la inmovilidad o la ausencia de un desarrollo cognitivo o motor, pueden constituir el estándar de una mala calidad de vida. Esta fase de homogeneización es de gran utilidad, pues debe conducir a disminuir la gran variabilidad observada en los estudios empíricos, pero nunca podrá hacerlo del todo, ya que cada caso requiere, además, una deliberación prudente. En ella es necesario introducir a los padres, puesto que a diferencia de lo que ocurría con la futilidad, que se refiere a la *no maleficencia* (a lo contraindicado, al ensañamiento terapéutico, al perjuicio y por ello a lo que ni los padres ni los médicos deberían hacer), en el caso de la calidad de vida estamos hablando de la *beneficencia*, de lo que cada uno entiende como bueno para su propia vida. Los criterios de calidad pueden estar más o menos claros, pero qué nivel de incapacidad motora o cognitiva se aceptará para ese niño es un juicio subjetivo de calidad de vida...

¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico?

A. Couceiro Vidal. An Esp Pediatr 2002;57(6):505-7

Obstinación terapéutica.

Este término se refiere a la utilización de medios que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica de la persona, cuando existen escasas posibilidades de supervivencia independiente de dichos medios o, de lograr sobrevivir, será con una calidad de vida ínfima objetivamente considerada.(..) Es preferible utilizar el término “obstinación terapéutica” porque expresiones como encarnizamiento terapéutico o ensañamiento terapéutico, presuponen una connotación negativa por parte de quién las usa.

Los cuidados al final de la vida. Documentos de recomendaciones. Comisión gallega de bioética. España 2012. p. 32.

Tratamiento fútil.

Se considera acción fútil, según criterio médico, la que es ineficaz o perjudicial para obtener beneficio clínico, y no sólo fisiológico, o bien aquella cuyas cargas (sobre el ámbito afectivo, economía o sociedad), son desproporcionadas para el beneficio esperable.

Se ha considerado que esta definición atiende a dos aspectos: uno cuantitativo (altas probabilidades de fracasar) y otro cualitativo (ausencia de beneficio al paciente). La futilidad tiene relación con la utilidad de los tratamientos.

Acto médico fútil es aquel cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es eficaz desde el punto de vista clínico (comprobado estadísticamente), no mejora el pronóstico ni síntomas o enfermedades intercurrentes o bien, porque es previsible que produzca efectos perjudiciales desproporcionados en relación a los beneficios esperados para el paciente

Documento: Los cuidados al final de la vida, documento de recomendaciones. Comisión gallega de bioética. España 2012. p. 50.

Pregunta 6:

Obstinación terapéutica

Situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.

Limitación de Esfuerzo Terapéutico en cuidados intensivos. Recomendación para formación de protocolos. Estrategia de Bioética del sistema sanitario público de Andalucía. 2011 – 2014. España. 2014. pág. 17

Calidad de vida

Estado subjetivo de bienestar en todos los sentidos, con autonomía suficiente y ausencia de síntomas. La percepción que el paciente tiene de su bienestar existencial dependiente de su salud, estado psicológico, relaciones sociales, cultura y sistema de valores. Hay que diferenciarlo del estado de salud que es lo que el profesional mide a partir de las diferentes escalas publicadas y aceptadas internacionalmente.

Vera Carrasco, Oscar. Artículos de revisión. Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos. Rev Med La Paz, 21(1). Enero - Junio 2015. p. 65

Pregunta 7:

Art. 51° El médico puede emplear justificadamente todos los procedimientos y tratamientos a su alcance cuando exista posibilidades de recuperar la salud del paciente. No es su obligación utilizar medidas desproporcionadas en casos irrecuperables. En tales situaciones, debe considerar el empleo de medidas paliativas orientadas al alivio de la condición del paciente.

Art. 52° Comete falta contra la ética, el médico que incurra en encarnizamiento terapéutico. Ha de entenderse por tal, la adopción de medidas terapéuticas desproporcionadas a la naturaleza del caso. El médico debe evitar una actitud de permisivismo ante la posibilidad de muerte del paciente o participar de algún modo en su provocación. Es deber del médico respetar el proceso natural del final de la vida y velar por una muerte digna de la persona enferma.

cf: COLEGIO MEDICO DEL PERU, CÓDIGO DE ETICA Y DEONTOLOGIA

Nota: No hay código ni protocolo explícito de LET

Pregunta 8:

Refiérase a los ítems ya desarrollados.

Pregunta 9:

Eutanasia:

Actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente con una enfermedad irreversible, porque éste, siendo capaz, se lo pide de forma expresa, reiterada y mantenida, por tener una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad que experimenta como inaceptable, y que no se ha conseguido mitigar

Suicidio asistido:

Actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente asistido capaz y con una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento que experimenta como inaceptable y no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee

Pablo Simón Lorda, Inés María Barrio Cantalejo, Francisco J. Alarcos Martínez, Javier Barbero Gutiérrez, Azucena Couceiro y Pablo Hernando Robles. Ética y

muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras.

Madrid, España. 2008. p. 273

Abandono del paciente:

Se trata de la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia. Entre sus motivos destaca la falsa idea de que “ya no hay nada que hacer” y una formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso del profesional.

Vera Carrasco, Oscar. Artículos de revisión. Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos. Rev Med La Paz, 21(1). Enero - Junio 2015. p. 69

Pregunta 10:

Aunque la decisión última de no-iniciar o retirar una determinada medida terapéutica recaer sobre los profesionales de la Medicina que sean responsables de la atención del paciente, lo cierto es que dicha decisión debe gestarse en el marco de un proceso deliberativo en el que participen todos los profesionales de la UCI (Medicina y Enfermería) y donde se busque el mayor consenso posible entre todos ellos. La Enfermería establece habitualmente un contacto más estrecho y cercano con la persona y sus seres queridos. Esto le permite conocer con más detalle sus opiniones, sus dudas, sus miedos, sus deseos de tratamiento o de cuidados en relación con la enfermedad y su evolución. Por eso la Enfermería puede aportar, entonces, información muy importante para la toma de decisiones.

En ocasiones, puede ser necesario invitar también a participar en el proceso deliberativo a profesionales de otras especialidades, que puedan estar muy directamente implicados en la atención. pp. 42 Ibid

Anexo 3. JUECES Y LA VALORACION DE ALFA DE CRONBACH

Los jueces expertos a este contenido fueron: Michaels Mejía Lagos, Magister, metodólogo de la USMP-Lima; Alfredo Salinas Gonzales, Magister, metodólogo y estadístico de la UNMSM-Lima; Jorge Medina Gutiérrez, Magister, metodólogo y estadístico de la USMP-Lima.

Se consideró los siguientes criterios para validar el instrumento:

- El instrumento mide los objetivos de la investigación.
- El número de preguntas es suficiente y es proporcional a las dimensiones.
- Las preguntas son redactadas adecuadamente.
- Las preguntas son excluyentes.
- El instrumento se puede aplicar en otras investigaciones.

A continuación se presenta un resumen de los acuerdos obtenidos por los jueces consultados:

Congruencia:

Ítem	Jueces			Total	% acuerdos
	1	2	3		
1	√	√	√	3	100%
2	√	√	√	3	100%
3	√	√	√	3	100%
4	√	√	√	3	100%
5	√	√	√	3	100%
6	√	√	√	3	100%
7	√	√	√	3	100%
8	√	√	√	3	100%
9	√	√	√	3	100%
10	√	√	√	3	100%
11	√	√	√	3	100%
12	√	√	√	3	100%
13	√	√	√	3	100%
14	√	√	√	3	100%
15	√	√	√	3	100%

Claridad:

Ítem	Jueces			Total	% acuerdos
	1	2	3		
1	√	√	√	3	100%
2	√	√	√	3	100%
3	√	√	√	3	100%
4	√	√	√	3	100%
5	√	√	√	3	100%
6	√	√	√	3	100%
7	√	√	√	3	100%
8	√	√	√	3	100%
9	√	√	√	3	100%
10	√	√	√	3	100%
11	√	√	√	3	100%
12	√	√	√	3	100%
13	√	√	√	3	100%
14	√	√	√	3	100%
15	√	√	√	3	100%

Tendenciosidad:

Ítem	Jueces			Total	% acuerdos
	1	2	3		
1	√	√	√	3	100%
2	√	√	√	3	100%
3	√	√	√	3	100%
4	√	√	√	3	100%
5	√	√	√	3	100%
6	√	√	√	3	100%
7	√	√	√	3	100%
8	√	√	√	3	100%
9	√	√	√	3	100%
10	√	√	√	3	100%
11	√	√	√	3	100%
12	√	√	√	3	100%
13	√	√	√	3	100%
14	√	√	√	3	100%
15	√	√	√	3	100%

La confiabilidad del Instrumento:

Para analizar la homogeneidad interna del instrumento se realizó primero el análisis de ítems con el coeficiente de correlación de Pearson, para identificar ítems que van a contribuir que el instrumento sea confiable. Dado que las respuestas son politómicas se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach.

Tabla N° 2
Análisis de Ítems
Estadística de total de elemento

ITEMS	r	Interpretación
Item1	0,54	Fiable
Item2	0,52	Fiable
Item3	0,47	Fiable
Item4	0,41	Fiable
Item5	0,54	Fiable
Item6	0,60	Fiable
Item7	0,62	Fiable
Item8	0,70	Fiable
Item9	0,63	Fiable
Item10	0,55	Fiable
Item11	0,63	Fiable
Item12	0,54	Fiable
Item13	0,55	Fiable
Item14	0,61	Fiable
Item15	0,50	Fiable

Tabla N° 3

Análisis de Confiabilidad
Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,814	15

Fuente: Resultados a través del Programa estadístico SPSS 22

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

- D. Abandono del paciente
(**A**) Cuando ya no se puede hacer más al paciente terminal, y se le aplica tratamiento innecesario e inútil, ante mala calidad de vida
- E. Eutanasia.
(**B**) Primum non nocere: tratamiento contraindicado, y/o encarnizado sin beneficio alguno, en el paciente grave,

ITEM 6 En relación a Limitación del esfuerzo terapéutico (LET), su aplicación en el paciente grave es “igual a” o “equivale a”: (2.5 puntos)

- a) Eutanasia con el paciente
- b) Negligencia medica
- c) Suicidio asistido
- d) Abandono del paciente
- e) **Ninguna de las anteriores**

ITEM 7 Con respecto a limitación de esfuerzo terapéutico, ésta puede aplicarse a qué tipo de pacientes: (1 punto)

- a) Pacientes graves que no responden a tratamiento.
- b) Sólo a ancianos en abandono social.
- c) A pacientes con futura mala calidad de vida
- d) **A y C.**
- e) A todo paciente enfermo

ITEM 8 Para tomar la decisión de Limitar Esfuerzo Terapéutico en el paciente grave, en el hospital, sabes quién decide aplicar LET (1 punto)

- a. Decide el paciente por solicitud expresa
- b. Decide la familia
- c. **Decide el médico tratante**
- d. Decide la enfermera
- e. Decide el abogado

ITEM 9 Diga si existe lineamientos u protocolos actuales en nuestro país que pueda sustentar la aplicación de LET a pacientes graves: (2 puntos)

- a. Existe a nivel Bioético, para el abordaje de LET.
- b. Existe a nivel de Protocolos de hospitales para asumir la LET
- c. Existe a nivel de normatividad Ético-legal para este caso específico
- d. Existe a nivel de disposición legal vigente
- e. **No existe ninguno**

ITEM 10 En tus conocimientos como interno, en futuro caso, como mejor opción, con quien compartirías las decisiones para instaurar LET: (1 punto)

- a. **Con médico tratante**
- b. Con el jefe de servicio
- c. Con la familia
- d. Con la enfermera
- e. Con comité de ética hospitalaria

PREGUNTAS DE INTERES

01.- En caso de paciente que no responde a tratamiento, que se le da un tratamiento fútil y que espera mala calidad de sobrevivencia, si NO tomas decisiones para abordar LET es por:

- a. Cuestiones religiosas
- b. Por respeto a la persona sufriendo
- c. Lo dejo a voluntad de Dios
- d. No decido nada por falta de buen criterio ético

02.- Como interno, en el conocimiento bioético de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), te has informado:

- a. Recibiendo charlas orientativas en clases teóricas en bioética en tu Universidad
- b. Analizando casos y/o discusiones de LET en tu servicio de hospital
- c. Realizando cursos en bioética al tema en mención
- d. Con Información de manera personal sobre LET
- e. Ninguna

03.- Estas informado y conoces sobre LET, como tema bioético:

- a. Casi nada
- b. Relativamente poco
- c. Regular
- d. Bastante

04.- Te has informado o conoces de este tema bioético porque se comparte:

- a. En aulas de la universidad
- b. En las unidades de servicio críticos
- c. En tu hospital
- d. En artículos bioéticos
- e. En congresos o simposios bioéticos

05.- Consideras importante la formación:

- a. La formación bioética en los principios de modo permanente
- b. La participación en discusiones de casos actualizados
- c. En el plan académico pregrado
- d. En el plan académico postgrado
- e. Todas las anteriores

Anexo 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es un estudio de investigación descriptivo titulado “CONOCIMIENTO SOBRE CONTENIDOS BIOETICOS EN LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO EN PACIENTES GRAVES, EN INTERNOS DE MEDICINA USMP”. LIMA - 2,016. Que será ejecutado a través de un cuestionario previamente calificado y estandarizado, sólo para internos de medicina de esta universidad, en única vez.

Esta aplicación de encuesta demanda de su consentimiento y es totalmente voluntario, y como se sabe, no asume riesgos para su persona. Se indica que no hay costos ni penalidades que involucre su persona si no participa en este estudio.

Consiste, en responder a las preguntas (15 preguntas) referente al contenido de bioética en Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Se le sugiere leer detenidamente y responder con exactitud a cada una de las mismas. El beneficio de este estudio es para aportar a la profesión médica actual en sus contenidos bioéticos, realizados en esta universidad.

He leído el documento, comprendo y acepto.

Fecha

Firma del alumno

