



# Instrucciones previas: actitud de los profesionales de emergencias

A. A. Mateos Rodríguez<sup>1</sup>, A. Huerta Arroyo<sup>2</sup>, M. A. Benito Vellisca<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MÉDICO SUMMA 112. <sup>2</sup>DUE SUMMA 112. DEPARTAMENTO DE DOCUMENTACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO. <sup>3</sup>DUE SUMMA 112. MADRID

## RESUMEN

**O**bjetivo: Mediante las instrucciones previas (IP) una persona puede plasmar en un documento las preferencias que tiene con relación a los cuidados de salud y destino de su cuerpo u órganos una vez él no está capacitado para expresarlo. El objetivo de este estudio es conocer el grado de conocimiento y aceptación de las IP entre médicos y enfermeros de un servicio de emergencias extrahospitalario.

**Material y Método:** Se enviaron encuestas autoadministradas a todos los profesionales sanitarios del servicio con una serie de preguntas.

**Resultados:** De las 200 encuestas enviadas sólo fueron contestadas 49. El 58,3% de los respondedores eran enfermeros y el 41,7% médicos. A la pregunta ¿sabe lo qué es un documento de voluntades anticipadas? contestaron afirmativamente el 73,5% de los respondedores. A la pregunta ¿sabe lo qué es una orden de no iniciar reanimación cardiopulmonar (RCP)? contestaron sí el 81,6%. El 51% afirmaron haber preguntado alguna vez sobre si alguien conocía las preferencias del paciente antes de iniciar maniobras de RCP. El 83,3% de los que respondieron la encuesta estaban dispuestos a hacerse una IP. Ninguno de los respondedores tenían una IP a su nombre. Sólo un 18,4% afirmaba conocer la legislación vigente al respecto.

**Conclusión:** Con estos datos se concluye que las IP tienen una buena aceptación entre los profesionales sanitarios pero todavía tienen poca información sobre la misma.

## ABSTRACT

### “Aforegoing instructions”: attitude of the emergency care professionals

**A**ims and purpose: Through a document of “aforegoing instructions” (Vital Testament, Previous Dispositions), any person may lay down documentarily his or her preferences regarding health care and the final destination of his/her body and/or organs whenever the time should come that he/she is not able to personally express them. The aim of the present work is to assess the degree of knowledge and acceptance of such “Aforegoing Instructions” documents among health care professionals (medical and nursing staff) of an extrahospitalary emergency service.

**Material and methods:** Self-administered survey questionnaires with a number of items / questions were sent to all health care professionals in the Service.

**Results:** Only 49 questionnaires out of 200 mailed were completed and returned. Among the total number of responders, 58.3% were nurses (male and female) and 41.7% physicians. The question asking whether the surveyee knew what an “aforegoing instructions” (anticipated will, vital testament, etc.) document is was answered in the positive by 73.5% of the responders; 81.6% answered affirmatively to the question whether they knew what an order not to begin advanced cardiopulmonary resuscitation or DNAR. Fifty-one per cent stated they had sometime asked whether anyone knew or was aware of the patient’s preferences before starting CPR manoeuvres. Some 83.3% of the responders stated they would be willing to prepare an “Aforegoing Instructions” document for themselves, yet none had done so. Only 18.4% stated they knew the current legislation involved.

**Conclusions:** Considering the above data, we conclude that “Aforegoing Instructions” documents enjoy good acceptance among health care professionals, yet that the latter have as yet but scanty information on this subject.

**Key Words:** *Aforegoing Instructions. Vital Testament. Anticipated Will. Emergencies.*

**Palabras clave:** *Instrucciones previas. Emergencias.*

## INTRODUCCIÓN

La ley 3/2005 de 23 de mayo de la Comunidad de Madrid regula el derecho de los ciudadanos a formular instrucciones previas (IP) y la creación del registro del mismo nombre a tal

fin<sup>1</sup>. Leyes como la de Madrid se han sucedido antes o después en el resto de comunidades autónomas con muy pocas variaciones. Estas leyes pretenden regular las IP o documentos de voluntades anticipadas que, como la propia ley define, es aquel documento por el que una persona manifiesta antici-

**Correspondencia:** Alonso A. Mateos Rodríguez  
C/ Tramontana, 3 - 2d  
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)  
E-mail: amateosrodriguez@hotmail.com  
amateos.summa@salud.madrid.org

Fecha de recepción: 5-2-2007  
Fecha de aceptación: 16-6-2007

padamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente. Versan sobre el cuidado y el tratamiento de su salud y, llegado el momento del fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo y de los órganos del mismo. Con algunos límites, las IP son de obligado cumplimiento por los profesionales sanitarios. Estos límites incluyen las IP contrarias a la *lex artis* o las que recojan actos manifiestamente contrarios o contraindicados a su patología. A pesar de estas limitaciones, el profesional sanitario puede acogerse también a la objeción de conciencia según marca la ley.

Estas leyes se adelantan, quizás por primera vez en la historia, a las necesidades de la población. Estas leyes apoyan y afianzan la ley general de sanidad 14/1986 del 25 de abril en su apartado sobre la autonomía individual de los pacientes y más concretamente la ley 41/2002 que regula sobre esta parcela en concreto. Este hecho es de suma importancia ya que marca las bases para el correcto tratamiento humanitario y ético de algún paciente en el momento en que él mismo no puede expresar sus preferencias. Quizás sea “rizar el rizo” en cuanto a autonomía del paciente y representa un avance en la humanización de la medicina y dejar atrás el modelo paternalista. Es discutible la aplicación en nuestra sociedad particular, pero existen estudios que demuestran el interés de los usuarios sobre el tema<sup>2</sup>, a la vez que indican su desconocimiento sobre el mismo.

Pero, aunque las leyes estén confeccionadas y comiencen a funcionar quedan muchas incertidumbres en torno a las IP. Tanto en las leyes como en los documentos en el campo de la bioética aparecidos desde hace ya tiempo, las IP se enfocan más en el campo hospitalario. Sin embargo, los servicios de emergencia extrahospitalarios (SEM) poseen una calidad científico-técnica cada vez mayor y no son meros transportadores de pacientes más o menos críticos al hospital. Estos servicios juegan un papel importante en el tratamiento de la patología vital, acercan el hospital al paciente y proporcionan las primeras medidas de estabilización del enfermo, en ocasiones, básicas para su posterior manejo y mejora. Es en este campo donde una IP puede ayudar a decidir si iniciar o no maniobras de reanimación cardiopulmonar. En cambio el acceso de los profesionales, tanto de urgencias hospitalarias como de extrahospitalarias, a las IP está muy dificultado por muchos aspectos. Uno de ellos es el conocimiento mismo de estas directrices. Así, en estudios previos se ha objetivado la falta de políticas o protocolos sobre IP con el consiguiente desconocimiento de los profesionales sanitarios sobre el tema<sup>3,4</sup>. El objetivo de este estudio es investigar el grado de conocimiento sobre las IP que poseen los médicos y enfermeros de emergencia en nuestro ámbito.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se envió una encuesta con preguntas cerradas a todos los profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA112). Este servicio tiene competencias en urgencias y emergencias médicas en la Comunidad de Madrid. Atiende potencialmente a 5.400.000 habitantes de la comunidad. Recibe una media de 2.700 llamadas al día, y durante el 2006 atendió más de un millón de llamadas y movilizó alrededor de 400.000 recursos. En el SUMMA112 se incluyen servicios de urgencia de atención primaria, unidades de atención domiciliaria, vehículos de intervención rápida (VIR) y unidades de vigilancia intensiva (UVIs) móviles. La encuesta fue enviada a la mitad de los sanitarios que más frecuentemente atendían patología crítica, es decir, a los integrantes de las unidades de UVI o VIR, los cuales suponen un universo total de 400 trabajadores.

Esta encuesta incluía datos epidemiológicos (edad, sexo, colectivo profesional) y las siguientes cinco preguntas: ¿Sabe qué es un documento de voluntades anticipadas o testamento vital? ¿Sabe lo que es una orden de no iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCPa) o DNAR? ¿Ha preguntado alguna vez antes de iniciar maniobras de RCPa sobre las preferencias del paciente en este sentido (si alguien las conocía)? ¿Se haría usted o tiene hecho un documento de voluntades anticipadas? ¿Conoce la legislación vigente en cuanto a estos documentos?

Tras la contestación se recogió todo en un archivo de software de SPSS 10.0 para su análisis estadístico. Las variables cualitativas se presentan como porcentajes y las cuantitativas mediante la media  $\pm$  desviación estándar. Se investigó si alguna de las variables epidemiológicas se relacionaba con las respuestas del cuestionario. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó el test exacto de Fisher. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó el test t de Student para medias independientes. El análisis se realizó para una significación estadística del 95% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

De las 200 encuestas enviadas sólo fueron contestadas 49 (24,5%). La edad media de los que contestaron la encuesta fue de 33 años con una desviación estándar de 9; el 43% fueron mujeres y el 57% hombres; y respecto a la categoría profesional el 58% de los respondedores eran enfermeros y el 42% médicos.

En cuanto a los resultados globales de la encuesta, el 74% de entrevistados sabía qué era un documento de voluntades anticipadas o testamento vital; el 81 sabía que era una orden de no iniciar maniobras de RCPa; el 51% reconocía haber



preguntado alguna vez antes de iniciar RCPa sobre las preferencias del paciente; el 83% se haría él mismo un documento de voluntades anticipadas; y finalmente sólo el 18% afirmó conocer los detalles de la legislación actual sobre el documento de voluntades anticipadas.

Por otra parte, y en cuanto a las variables epidemiológicas que se asociaron a un determinado posicionamiento en estas respuestas, el estudio estadístico que se presenta en la Tabla 1 muestra que sólo una mayor edad del encuestado se relacionó con una mayor probabilidad de preguntar acerca de las preferencias del paciente antes de iniciar RCPa ( $p<0,01$ ). Aunque sin significación estadística, también se observó que existía una tendencia a asociarse edad avanzada y saber qué es una orden de no iniciar RCPa ( $p=0,05$ ); hombres con conocimiento de qué es una orden de no iniciar RCPa ( $p=0,06$ ) y con preguntar las preferencias antes de iniciarlas ( $p=0,08$ ); y colectivo médico con saber qué es una orden de no RCPa ( $p=0,06$ ).

## DISCUSIÓN

En los estudios previos sobre la actitud de los médicos y enfermeros hacia las instrucciones previas se recogen los mismos

resultados. En líneas generales hay muy buena predisposición hacia estos documentos<sup>5</sup> y un respeto sobre la autonomía del paciente a decidir por sí mismo<sup>6</sup>. Pero en todos ellos se repite la falta de conocimiento sobre el tema<sup>3,4</sup> y la falta de información sobre los trámites necesarios para la realización de una IP o de las características legales del documento<sup>7</sup>. En nuestro estudio se reproducen estos hallazgos. La mayoría de los que respondieron la encuesta conocían la existencia de ese documento y de las órdenes de no iniciar maniobras avanzadas o DNAR. Consideramos lógico la preocupación sobre las IP que se vislumbra en el estudio entre los profesionales más jóvenes. Aunque la diferencia de edad no sea muy alta se logra entrever que la bioética es una disciplina joven, y es ahora cuando está jugando su papel por lo que los profesionales que mejor formación tienen en este campo han sido los últimos en abandonar las aulas.

Lo que no se reproduce en los estudios revisados por nosotros es la presencia de diálogo cercano con la familia y/o el paciente como recomienda la *European Resuscitation Council* en sus últimas guías. Más de la mitad de los respondedores afirman haber preguntado al iniciar maniobras de RCPa sobre si alguien conocía las preferencias del paciente. En nuestro ámbito es habitual que nos encontremos con pacientes en parada cardiorrespiratoria en los que el inicio de maniobras lo

**TABLA 1. Datos de la muestra y análisis de variables**

	Edad		Sexo			Categoría profesional		
	Años media±DE	p	Varón n (%)	Mujer n (%)	p	Médico n (%)	DUE n (%)	p
¿Sabe qué es un documento de voluntades anticipadas?		0,08			0,35			0,19
– Sí	34±9		17 (81%)	19 (68%)		17 (85%)	18 (64%)	
– NO	29±8		4 (19%)	9 (32%)		3 (15%)	10 (36%)	
¿Sabe qué es una orden de no iniciar maniobras de RCP avanzada?		0,05			0,06			0,06
– Sí	34±9		20 (95%)	20 (71%)		19 (95%)	20 (71%)	
– NO	28±8		1 (5%)	8 (29%)		1 (5%)	8 (29%)	
¿Ha preguntado alguna vez antes de iniciar maniobras de RCP avanzadas sobre las preferencias del pacientes en este sentido (o si alguien las conocía)?		<b>0,01</b>			0,08			0,38
– Sí	36±8		14 (67%)	11 (39%)		12 (60%)	12 (43%)	
– NO	30±9		7 (34%)	17 (61%)		8 (40%)	16 (57%)	
¿Se haría (o tiene hecho) usted un documento de voluntades anticipadas?		0,66			0,72			0,70
– Sí	33±9		17 (81%)	23 (85%)*		15 (79%)*	24 (86%)	
– NO	34±8		4 (19%)	4 (15%)*		4 (21%)*	4 (14%)	
¿Conoce la legislación vigente respecto al documento de voluntades anticipadas?		0,41			0,15			0,46
– Sí	35±7		6 (29%)	3 (11%)		5 (25%)	4 (14%)	
– NO	32±9		15 (71%)	25 (89%)		15 (75%)	24 (86%)	

\*Un valor perdido. En negrita los valores de p estadísticamente significativos. DE: desviación estándar; RCP: reanimación cardiopulmonar. DUE: Diplomado universitario en enfermería.

consideramos fútil: ancianos encamados, pacientes con patologías crónicas, pacientes oncológicos en estadio no terminal,... Todos ellos son pacientes en los que, a veces, se inician maniobras porque tenemos la obligación de hacerlo, pero que conocemos de forma científica que esas maniobras son fútiles o agravarán la situación previa del paciente de forma que dudamos si estamos provocando un encarnizamiento terapéutico. La importancia del diálogo cercano con el paciente que aún puede comunicarnos decisiones referidas a momentos críticos de su vida es algo que todos los médicos debemos utilizar y respetar.

Es necesario tener en cuenta a los servicios de urgencia y emergencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios en el manejo de las IP, ya que podría suponer una rebaja en las medidas extraordinarias que proporcionamos a muchos pacientes de forma fútil. No existen protocolos ni recomendaciones al respecto en los hospitales, ni existe suficiente información sobre el tema<sup>8</sup>. En algunas ocasiones, la IP no indica nada en referencia a una situación de emergencia médica o el paciente cambia de parecer en esas condiciones<sup>9</sup>. Quizás sea preciso la existencia de una IP de emergencia como postulan algunos autores<sup>10</sup>.

Según la ley debemos preguntar a todo paciente en estado crítico o potencialmente crítico si ha otorgado documento de IP. Para la urgencia hospitalaria este documento puede encontrarse informatizado y tener acceso a él mediante una clave, así está comenzando a utilizarse en la Comunidad de Madrid. En cambio, en la emergencia extrahospitalaria el acceso a ese documento debe pasar por la mesa de coordinación, por el je-

fe de guardia o por el acceso vía telefónica. Si incluimos aquí la Atención Primaria, nos resulta enormemente complicado el entramado que hay que tejer para preservar ese derecho. Ni que decir tiene el hecho de que el desconocimiento de la existencia de la IP o de su contenido da perfecto derecho al profesional sanitario a actuar según manden las técnicas y a manejar al paciente según su criterio profesional.

Como conclusión podemos afirmar que, al igual que en la población general<sup>2</sup>, existe un interés de los médicos y enfermeros de urgencias y emergencias extrahospitalarias hacia la IP y buena parte de los respondedores estarían dispuestos a confeccionar una para ellos mismos. En cambio actualmente nadie tiene una IP propia aunque sí han manifestado haber tratado el tema con su familia más cercana. Según nuestros datos, los profesionales más jóvenes y las mujeres son los que mantienen una actitud más positiva en cuanto a la utilización de estos documentos.

Las limitaciones del estudio vienen del hecho del número tan bajo de respondedores, ya que menos de la cuarta parte de los médicos y enfermeros del servicio contestaron y enviaron la encuesta. Esto puede constituir un sesgo de selección ya que es posible que sólo los que tienen interés por el tema fueron los que respondieron. Consideramos la necesidad de realizar este mismo estudio utilizando la investigación cualitativa, herramienta básica para el hallazgo de conclusiones en este tipo de investigaciones. Por ello, son necesarios nuevos estudios, a ser posible multicéntricos, con un mayor número de participantes para poder extrapolar los resultados de esta investigación preliminar.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ley 3/2005, de 23 de Mayo. BOE núm 269; pág. 36755. Jueves 10 de Noviembre de 2005.
- 2- Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;32(1).
- 3- Giles H, Moule P. Do not attempt resuscitation decision making: a study exploring the attitudes and experience of nurses. *Nurs Crit Care* 2004;9:115-22.
- 4- Ieserson KV, Stocking C. Standards and limits: emergency physicians attitude toward prehospital resuscitation. *Am J Emerg Med* 1993;11:592-4.
- 5- Davidson KW, Hackler C, Caradine DR, Mc Cord RS. Physicians' attitude on advance directives. *JAMA* 1989;262:2415-9.
- 6- Sypher B, Hall RT, Rosecrance G. Autonomy, informed consent and advance directives: a study of physician attitudes. *W V Med J* 2005;101:131-3.
- 7- Butler MW, Saaidin N, Sheik AA, Fennell JS. Dissatisfaction with Do Not Attempt Resuscitation Orders: A nationwide study of Irish consultant physician practices. *Ir Med J* 2006;99:208-10.
- 8- Smith GB, Poplett N, Williams D. Staff awareness of a "Do not attempt resuscitation" policy in a District General Hospital. *Resuscitation* 2005;65:159-63.
- 9- Froman RD, Owen SV. Randomized study of stability and changes in patient's advance directives. *Res Nurs health* 2005;28:398-407.
- 10- Gerth MA, Kettler D, Mohr M. Advance directives in the prehospital setting—emergency physician attitudes. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2005;40:743-9.