



ORIGINAL

Conocimientos y actitudes sobre voluntades anticipadas en profesionales sanitarios



M.L. Martínez Gimeno^{a,e,*}, C. Cámara Escribano^b, T. Honrubia Fernández^c, M.C. Olmo García^a, D.H. Tovar Benito^a, T. Bilbao-Goyoaga Arenas^d y P. Rodríguez Almagro^b, en nombre del grupo PLAMOS¹

^a Unidad de Anestesia y Reanimación, Comité de Ética Asistencial, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

^b Atención Primaria, Móstoles, Comité de Ética Asistencial, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

^c Unidad de Cuidados Intensivos, Comité de Ética Asistencial, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

^d Unidad de Neumología. Comité de Ética Asistencial, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

^e Grupo de Investigación Salud, Bienestar y Sostenibilidad Sociosanitaria (SALBIS), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de León, Campus de Ponferrada, Ponferrada, León, España. Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Centro Universitario San Rafael-Nebrija, Madrid, España

Recibido el 6 de febrero de 2018; aceptado el 9 de mayo de 2018

Disponible en Internet el 8 de agosto de 2018

PALABRAS CLAVE

Planificación anticipada de la atención;
Testamento vital;
Voluntades anticipadas;
Instrucciones previas;
Bioética

Resumen

Antecedentes y Objetivo: La planificación anticipada de la asistencia sanitaria es un estilo de relación sanitaria basada en el respeto de las decisiones autónomas de los pacientes y una herramienta para poder gestionar adecuadamente las decisiones al final de la vida. El objetivo del estudio fue conocer las actitudes y conocimientos sobre voluntades anticipadas y recursos para la planificación anticipada de la asistencia en profesionales sanitarios de un municipio de Madrid, durante 2016-17.

Materiales y método: Estudio descriptivo transversal. Población: profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada. Instrumentos: cuestionario de conocimientos y actitudes sobre voluntades anticipadas. Variables sociodemográficas y de conocimientos relacionados con recursos para la planificación anticipada de la asistencia. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Muestra de 431 profesionales con una edad media de 44,5 años (DE: 11,1). La puntuación media de conocimientos acerca de las voluntades anticipadas fue de 5,08 (DE 2,4), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos profesionales. Un 4,6% de los profesionales tenía su documento de voluntades anticipadas hecho y un 42% no conocía la regulación autonómica. Un 41,5% conocía los recursos paliativos de su centro.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlara.martinezg@salud.madrid.org (M.L. Martínez Gimeno).

¹ Grupo de Planificación Anticipada de Móstoles (PLAMOS).

KEYWORDS

Advanced care planning;
Living wills;
Advance directives;
Health care directives;
Bioethics

Conclusiones: Los conocimientos de los profesionales acerca de las voluntades anticipadas y los recursos para la planificación anticipada de la asistencia, informan de carencias a nivel formativo e informativo. Casi la mitad de los profesionales no saben si las voluntades anticipadas están reguladas por la Comunidad de Madrid. Los profesionales creen conveniente planificar y consideran muy útil disponer del documento de voluntades anticipadas.

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Knowledge and attitudes of health care professionals in advance healthcare directives
Abstract

Background and objective: The advanced healthcare directive is a new style of health care relationship, based on the respect of the patients' autonomous decisions: as well as a valuable tool that enables a proper management of the decisions made at the end of life. The objective of this study was to explore the knowledge and attitudes of the health care professionals regarding the advance directives, as well as the resources for advanced care planning in a municipality of Madrid during 2016-2017.

Material and methods: A cross-sectional descriptive study was carried out on a population of Health care professionals of Primary and Specialised Care. The knowledge and attitudes questionnaire about the advance directives was used. Sociodemographic and knowledge variables related to resources for the advanced care planning. Statistical-descriptive analysis was performed.

Results: A total of 431 professionals were included, with a mean age of 44.55 years (SD: 11.1). As regards knowledge about advance directives, the mean score was 5.08 (SD 2.4), with statistically significant differences being found between professional groups. A small percentage (4.6%) of the professionals had their document of Advance directives ready, and 42% of professionals did not know if they were regulated by the Community of Madrid. Less than half (41.5%) of the professionals knew the palliative resources of their institution.

Conclusions: The health care professional's knowledge about advance directives, as well as the resources for the advanced care planning, show deficiencies at training and information level. Almost half of the professionals did not know if these are regulated in the Community of Madrid. They also believe that it would be useful to plan, and very useful to have the Advance directives document ready.

© 2018 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La planificación anticipada de la asistencia sanitaria (PAAS), también llamada planificación anticipada de las decisiones, es una consecuencia del nuevo estilo de relación sanitaria, basada en el respeto a las decisiones autónomas de los pacientes. Se define como un proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y los profesionales sanitarios implicados en su atención, acerca de los valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente, fundamentalmente en los momentos finales de su vida¹⁻³.

En los últimos años, España ha presentado un gran desarrollo legislativo en torno a los «documentos de voluntades anticipadas/voluntades vitales anticipadas» (VVAA) o «instrucciones previas» y la regulación de los registros, a lo que se suma una abundante legislación autonómica complementaria. Esto lleva a pensar erróneamente que la PAAS es el nombre que se da al conjunto de estos documentos que

reflejan la voluntad de las personas cuando ya no se encuentran en condiciones de expresarlas personalmente, lo que es verdad solo a medias, porque la PAAS no se limita a la cumplimentación de unos documentos con valor legal, sino al cambio en el estilo de la relación sanitaria⁴.

El desarrollo de marcos jurídicos es necesario, pero no suficiente, para que las herramientas de toma de decisiones al final de la vida se incorporen a la práctica sanitaria, y a los hábitos y valores de los pacientes⁵.

A raíz de los frustrantes resultados del estudio SUPPORT se planteó la necesidad de reorientar la estrategia de implantación de las voluntades anticipadas⁶⁻⁸. Los esfuerzos dejan de estar centrados en los documentos y dirigen el foco a la necesidad de suscitar procesos comunicativos entre los profesionales, pacientes y familiares que ayuden a mejorar la calidad moral de las decisiones al final de la vida^{5,9}.

La convicción desarrollada por los autores que han allanado el camino de la PAAS, es que solo mediante la educación se podrá avanzar. Avanzar en planificación anticipada exige recursos y procesos de maduración social, en

un clima de deliberación democrática sobre los proyectos personales y colectivos en torno a la vida, la salud, la enfermedad y la muerte⁹⁻¹². La PAAS es, ante todo, una cuestión ética y una exigencia inherente al desarrollo de la asistencia sanitaria².

Es necesario explorar los conocimientos y actitudes de los profesionales y de la sociedad respecto a la PAAS; esto puede permitir establecer estrategias formativas y educativas que ayuden a gestionar adecuadamente las decisiones al final de la vida⁹.

El objetivo principal del estudio fue conocer las actitudes y conocimientos sobre las voluntades anticipadas en profesionales sanitarios del Hospital Universitario de Móstoles y centros de atención primaria (AP) dependientes, en el periodo comprendido entre 2016-2017.

Los objetivos secundarios fueron describir los conocimientos sobre recursos que facilitan el proceso de la PAAS y analizar las diferencias existentes entre los distintos grupos profesionales.

Material y métodos

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal prospectivo.

Ámbito de estudio: el Hospital Universitario de Móstoles es un hospital público de segundo nivel que atiende a un área de 155.000 habitantes. Dispone de 6 Centros de Salud que dependen del hospital.

Criterios de inclusión

- Profesionales (médicos, profesionales de enfermería/DUE, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería/TCAE y especialistas en formación/EF) que trabajaban en AP y Especializada (AE).
- Profesionales con cualquier tipo de relación contractual y que aceptaran participar en el estudio.

Tamaño muestral y muestreo: teniendo en cuenta una población finita de 1780 profesionales y para una precisión de ± 4 unidades porcentuales y una proporción estimada del 50%, se precisó una muestra poblacional de 456 sujetos estimando una tasa de reposición del 2%.

Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo.

Variables

- Sociodemográficas: edad, sexo, grupo profesional, centro de trabajo, servicio, años de experiencia total y en el puesto actual. Creencias religiosas, situación familiar y si padece alguna enfermedad crónica.
- Conocimientos y actitudes sobre las VVAA. Cuestionario sobre actitudes y conocimientos sobre VVAA desarrollado por Simón et al.¹³. Los primeros 3 ítems del cuestionario exploran conocimientos sobre las voluntades anticipadas, los 9 ítems siguientes exploran actitudes hacia estos documentos.
- Conocimientos sobre recursos para la PAAS: si el profesional tenía hecho su propio documento de instrucciones previas, si tenía clave de acceso al registro de

instrucciones previas de la Consejería de Sanidad, si conocía el modo de acceso, si conocía recursos paliativos de su centro y cómo acceder a ellos, a través de qué profesional gestionaría el acceso a recursos paliativos y si conocía algún Centro de Cuidados Paliativos.

Seguimiento y recogida de datos

El cuestionario de recogida de datos incluía 3 secciones:

- Variables sociodemográficas: mayoritariamente cualitativas, algunas dicotómicas (sexo, creencias religiosas) y otras nominales con varias categorías (grupo profesional, centro de trabajo, servicio, situación familiar). La edad y años de experiencia se expresaron como variables cuantitativas discretas.
- Conocimientos y actitudes sobre VVAA. Como instrumento de medida se utilizó el cuestionario diseñado, validado y publicado por Simón et al.¹³ (fig. 1). El diseño y la validación del cuestionario garantizan su validez y fiabilidad, ya que se sometió a un panel de expertos, una prueba de jueces y un test de fiabilidad test-retest. Consta de 12 ítems, se utilizan medidas dicotómicas y de tipo Likert con valores de 0 (puntuación más negativa) a 10 (puntuación más positiva). La herramienta ha sido utilizada por Simón et al. en diferentes estudios^{13,14,15}.
- Conocimientos y recursos para la PAAS. Se realizó un cuestionario «ad hoc» de 10 ítems, que recogía las variables antes mencionadas, con opciones de respuesta SÍ/NO/No sabe no contesta. En esta sección se incluyó el ítem 2 y 3 del cuestionario de Simón et al. por estar relacionado con los contenidos de la misma (fig. 2).

El cuestionario fue entregado a los profesionales mediante dos opciones: cuestionario *online* o cuestionario en papel. En ambos casos se proporcionó una hoja informativa sobre los objetivos y garantías del estudio y las instrucciones de cómo acceder y cumplimentar la encuesta.

El acceso a la encuesta *online* se realizó a través de la Intranet y del correo electrónico institucional. Se habilitaron herramientas para evitar duplicidades y enviar recordatorios. Para aumentar la tasa de respuesta se realizaron sesiones informativas para presentar el estudio y acceso al cuestionario.

Análisis estadístico: se realizó con el programa estadístico SPSS v.20.0. Se llevó a cabo un análisis descriptivo para todas las variables. Las cualitativas se describen con frecuencias y porcentajes y las cuantitativas con la media y desviación estándar (DE) cuando sigan una distribución normal y como mediana, mínimo y máximo en caso contrario.

Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de chi cuadrado. Para estudiar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas se utilizaron diferentes pruebas dependiendo de la distribución de las variables cuantitativas y del número de categorías de las variables cualitativas (prueba de la t de Student, U de Mann-Whitney, ANOVA o Kruskal-Wallis). El análisis de asociación entre dos variables cuantitativas se realizó con las pruebas de coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman, según la distribución de las variables. Para todo

2.-Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre voluntades anticipadas													
Puntuar del 0 al 10, cada uno de los siguientes apartados acerca de las voluntades anticipadas (VVAA)													
1. ¿Cómo son tus conocimientos acerca de las VVAA?	Muy malos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelentes
4. ¿Crees conveniente planificar y escribir los deseos sanitarios?	Nada conveniente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy conveniente
5. ¿Consideras que las VVAA son un instrumento útil para los profesionales?	Nada útil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy útil
6. ¿Consideras que las VVAA son un instrumento útil para los familiares?	Nada útil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy útil
7. ¿Crees que un representante facilita la toma de decisiones a los profesionales?	Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
8. ¿Recomendarías a tus pacientes hacer las VVAA?	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
9. ¿Te gustaría que tus familiares hicieran unas VVAA?	No me gustaría nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me gustaría mucho
10. ¿Cumplimentarías tus VVAA?	Nada probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
11. ¿Respetarías las VVAA de un paciente?	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
12. ¿Harías unas VVAA el próximo año?	Nada probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable

Figura 1 Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre voluntades anticipadas (Simón et al.¹³).

el análisis estadístico se asumió un nivel de confianza del 95% (p < 0,05).

Consideraciones éticas: el estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital Universitario de Móstoles.

Dentro del cuestionario *online* se refleja que la cumplimentación lleva consigo un consentimiento implícito.

Esta investigación se desarrolló respetando los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, en la Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos y en la legislación española referente a la investigación médica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, de acuerdo con la Ley 14/2007, de julio, de Investigación Biomédica.

Resultados

Se obtuvieron un total de 436 cuestionarios, 5 incompletos, alcanzándose una muestra final de 431 profesionales (95% del tamaño muestral). El 53% (232) de los cuestionarios se obtuvieron vía *online* y un 46% (199) en papel.

De los 431 cuestionarios el 83% (357) pertenecen a AE y un 17% (72) a AP. Respecto a la categoría profesional la distribución fue la siguiente: 28% (121) médicos, 43,4% (187)

profesionales de enfermería, 14,2% (61) técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y 2,8% (12) Especialistas en Formación (EF).

Tasa de respuesta

La tasa de respuesta fue de 26,5% para AP y 26,4% para AE. Por categoría profesional fue del 22,6% (84) en médicos, 26,7% (156) DUE, 14,6% (57) TCAE y 6,9% (11) EF. El servicio con más tasa de respuesta fue el Servicio de Reanimación con un 76,7% (56). La tasa de respuesta por profesionales refleja una respuesta más alta en los médicos de la UCI 77,7% (7), y las enfermeras y TCAE del Servicio de Reanimación, 78,7% (26) y 92,8% (13).

Variables sociodemográficas

El sexo predominante es el femenino 74,9% (323). La edad media fue de 44,55 años (DE: 11,1/mín. 24, máx. 69). La edad media en AP fue de 49,31 (DE: 9,56) y 43,54 (DE: 11,19) para AE. Los médicos presentaron una media de edad superior 47,09 (DE: 10,99). Agrupando la muestra por intervalos de edad, el intervalo más numeroso es el que va de los 25 a 47 años que representa el 51% de la muestra.

La muestra tiene una media de años totales de experiencia de 19 (DE: 10,67). El 45% de la muestra (195) vive en

3.-Conocimiento de los recursos en nuestra zona de influencia

- 1.Las instrucciones previas están reguladas legalmente en la Comunidad de Madrid
- Sí
- No
- No sabe/no contesta
- 2.¿Has leído el documento de instrucciones previas de la Comunidad de Madrid?
- Sí
- No
- No sabe/no contesta
- 3.¿Tienes hecho tu propio documento de instrucciones previas?
- Sí
- No
- No sabe/no contesta
- 4.¿Tienes clave de acceso al Registro de Instrucciones Previas de la Consejería de Sanidad?
- Sí
- No
- No sabe/no contesta
- 5.¿Conoces el modo de acceder al registro?
- Sí
- No
- No sabe/no contesta
- 6.¿Conoces los recursos paliativos de tu centro?
- Sí
- No
- No sabe/no contesta
- 7.¿Sabes cómo acceder a los recursos paliativos de tu centro?
- Sí
- No
- No sabe/no contesta
- 8.¿A través de qué profesional accedes a los recursos paliativos de tu centro?
- Especificar: _____
- 9.¿Conoces algún centro para cuidados paliativos en tu área de influencia?
- Sí
- No
- No sabe/no contesta

* Planificación Anticipada de la Asistencia

** Preguntas 2 y 3 adaptadas del cuestionario de Simon et al.¹³.

Figura 2 Sección conocimientos y recursos para la PAAS*

* Planificación anticipada de la asistencia.

** Preguntas 2 y 3 adaptadas del cuestionario de Simon et al.¹³.

pareja con hijos y un 45,5% (196) refirió ser creyente. Un 66% (284) declara no tener ninguna enfermedad crónica.

Cuestionario de voluntades anticipadas

Respecto a los conocimientos sobre las VVAA, de las 379 (88%) personas que contestaron, la puntuación media fue de 5,08 (DE: 2,4). Al valorar si el profesional cree conveniente planificar y escribir los deseos sanitarios la puntuación media fue de 8,64 (DE: 1,5). La utilidad para los profesionales de

las VVAA fue puntuada en 8,6 (DE: 1,5) y la utilidad para los familiares se puntuó en 8,7 (DE: 1,4).

Respecto a si un representante facilita la toma de decisiones a los profesionales, recibió una puntuación media de 7,3 (DE: 2,2). La puntuación media respecto a si recomendarían a sus pacientes realizar el documento de VVAA fue de 8,2 (DE: 1,5). El respeto a las voluntades de un paciente, recibió una puntuación media de 9,2 (DE: 1,1).

Al analizar las diferencias entre grupos profesionales respecto a conocimientos y actitudes fue el grupo de EF el que puntuó más alto en conocimientos acerca de las VVAA, la necesidad de planificar, considerar las VVAA un instrumento útil para profesionales y familiares, y que un representante facilita la toma de decisiones. Pero solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de los conocimientos, que en el caso de los EF era más alta.

Respecto a si cumplimentarían sus VVAA, fue el grupo de enfermeras el que puntuó más alto, pero sin diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, el grupo de TCAE puntuó más alto respecto a si realizaría sus VVAA en el próximo año y los EF más bajo. Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,019$).

Se analizaron las preguntas 1, 4, 10, 11 y 12 del cuestionario teniendo en cuenta la edad, si el profesional trabajaba en AP o AE y el grupo profesional (se excluyeron EF por no ser representativo).

En cuanto a la edad, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en conocimientos sobre las VVAA, la conveniencia de planificar y escribir los deseos sanitarios, la cumplimentación y el respeto de las voluntades de un paciente y si realizarían las propias en el próximo año (tabla 1).

Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre primaria y especializada respecto a si el profesional cumplimentaría sus VVAA, siendo la puntuación más alta en AE (tabla 2).

Respecto al grupo profesional no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeras. Entre médicos y TCAE se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos, que los TCAE puntuaron más bajo ($p=0,02$) y en si realizarían sus VVAA en el próximo año, que los médicos puntuaron más bajo ($p=0,019$). Entre enfermeras y TCAE se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos ($p=0,017$) (tabla 3).

Conocimientos sobre recursos para la planificación anticipada de la asistencia

Un 42% (202) de los profesionales de la muestra no sabe si las instrucciones previas están reguladas por la Comunidad de Madrid y un 18,6% (80) ha leído dicho documento. Un 4,6% (20) de los profesionales informa tener su documento de instrucciones previas hecho.

Respecto al registro de instrucciones previas de la Comunidad de Madrid, un 4,6% (20) refieren tener clave de acceso a las mismas y un 11,4% (49) conoce el modo de acceder.

Un 41,5% (179) de los profesionales de la muestra conoce los recursos paliativos de su centro, pero más de un 60% (269) no sabe cómo acceder a dichos recursos.

Tabla 1 Conocimientos y actitudes en función de la edad

	25-47 años	48-70 años	p
Conocimientos acerca de las VVAA	5,05	5,10	0,827
Conveniencia de planificar	8,78	8,48	0,66
Cumplimentaría sus VVAA	8,88	8,54	0,073
Respeto a las VVAA de un paciente	9,34	9,22	0,332
¿El próximo año?	6,26	6,69	0,195

VVAA: voluntades anticipadas.

Tabla 2 Conocimientos y actitudes en función del nivel asistencial

	Atención Primaria	Atención Especializada	p
Conocimientos acerca de las VVAA	5,38	5,03	0,322
Conveniencia de planificar	8,42	8,68	0,233
Cumplimentaría sus VVAA	9,23	9,30	0,03
Respeto a las VVAA de un paciente	8,03	8,88	0,235
¿El próximo año?	6,03	6,54	0,265

VVAA: voluntades anticipadas.

Tabla 3 Conocimientos y actitudes: diferencias entre grupos profesionales

	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	P
Conocimientos acerca de las VVAA	5,53	5,10	4,19	M/E: 0,141 M/A: 0,001 E/A: 0,017
Conveniencia de planificar	8,52	8,75	8,47	M/E: 0,216 M/A: 0,858 E/A: 0,282
Cumplimentaría sus VVAA	8,42	8,84	8,77	M/E: 0,059 M/A: 0,246 E/A: 0,785
Respeto a las VVAA de un paciente	9,29	9,33	9,11	M/E: 0,783 M/A: 0,368 E/A: 0,329
¿El próximo año?	5,96	6,58	7,27	M/E: 0,111 M/A: 0,019 E/A: 0,143

VVAA: voluntades anticipadas.
p<0,05.

Respecto al profesional a través del cual acceden a los recursos paliativos, respondieron 83(19%) profesionales, siendo el médico seguido del equipo de paliativos los más utilizados (26% y 17% respectivamente).

Analizando los conocimientos sobre recursos de la muestra en función de la categoría profesional, los resultados muestran que un 53% de los TCAE no saben que las instrucciones previas están reguladas por la Comunidad de Madrid, seguido de los EF (50%), DUE (37%) y médicos (24%). Un 28% (34) de los médicos lo han leído, frente a un 20% (37) de los DUE, un 13% (8) de los TCAE y un 8,3% (1) de los EF. El 84,5% (158) de los DUE no sabe cómo acceder al registro, un 82% (50) de los AE, un 66% (80) de los médicos y un 41,6%(5) de los EF.

Un 83,5% (101) de los médicos declaran no tener las instrucciones previas realizadas, frente a un 92% (172) de los DUE, un 90% (55) de las TCAE y un 100% (9) de EF.

El 54,5% (66) de los médicos conoce los recursos paliativos de su centro, en el mismo porcentaje saben acceder a ellos y un 56,5% (68) conoce algún centro de cuidados paliativos. Un 51% (95) de los DUE conocen los recursos paliativos de su centro, un 41% (77) sabe acceder a ellos y el 62,5% (117) conoce algún centro.

Se analizaron las preguntas 1, 3 y 5 en función de la edad, nivel asistencial y si presenta enfermedad crónica o no.

Respecto a la edad y presentar enfermedad crónica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a si sabían que las instrucciones previas están

Tabla 4 Diferencias en conocimientos sobre recursos

	Edad	AP/AE	Enfermedad crónica
Conoce regulación por ley	0,488	0,889	0,492
Documento de instrucciones previas	0,679	0,037	0,379
Acceso al registro	0,742	0,392	0,106

AE: Atención Especializada; AP: Atención Primaria.
p<0,05.

reguladas, si tenían su propio documento de instrucciones previas y si conocían el modo de acceder al registro (tabla 4).

Respecto al nivel asistencial de la muestra, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a si sabían que las instrucciones previas están reguladas y conocían el modo de acceder al registro. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a si tenían realizado el documento de instrucciones previas, que era mayor el porcentaje en AE ($p = 0,037$) (tabla 4).

Discusión

Los estudios que han valorado la situación de las voluntades anticipadas en nuestro país fueron iniciados hace una década y se recogían actitudes favorables de los profesionales médicos y de enfermería hacia la utilidad de las voluntades anticipadas¹³⁻¹⁷; 9 años después, esta actitud favorable sigue obteniendo una alta puntuación en nuestro estudio, pero el nivel de conocimientos de los profesionales sobre las VVAA y la PAAS siguen reflejando carencias. Estos déficits formativos también son detectados en estudios realizados a nivel internacional, donde los contextos organizativos pueden ser diferentes, pero la percepción de la falta de formación sobre la toma de decisiones al final de la vida también suceden^{18,19}.

Los datos que refleja nuestro estudio respecto a conocimientos sobre VVAA en profesionales médicos apenas se han modificado respecto al realizado por Simón-Lorda et al.¹³ (5,53/5,29), lo que indica que a pesar de mantenerse actitudes favorables, es necesario potenciar aspectos relacionados con la formación sobre voluntades anticipadas y sobre la PAAS.

En cuanto a las enfermeras, los resultados de nuestro estudio son un poco superiores a los presentados por Simón Lorda et al. y Toro Flores et al., aunque el respeto a las decisiones del paciente sigue alcanzando medias por encima de 9 y con resultados similares^{14,15}.

Respecto a otros profesionales sanitarios que también están implicados en la toma de decisiones de los pacientes, como son los TCAE y los especialistas en formación, no se han encontrado estudios al respecto para poder comparar nuestros resultados.

El estudio realizado por Toro Flores et al.¹⁵, reflejaba mayor conocimiento sobre la regulación legal de las instrucciones previas en AP, tanto en médicos como en enfermeras. En nuestro estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a si sabían que las instrucciones previas están reguladas o al modo de acceder al registro, pero sí se encontraron diferencias significativas

respecto a si tenían realizado el documento de instrucciones previas, que era mayor el porcentaje en AE.

Aunque la PAAS no se limita a la cumplimentación de unos documentos con valor legal, y dado el marco actual en el que nos encontramos en la Comunidad de Madrid, donde se han incorporado registros de instrucciones previas en hospitales y en Centros de Salud, este escenario puede exigir una mayor responsabilidad, directa e indirecta, de los profesionales sanitarios respecto a los conocimientos relacionados con el documento y el procedimiento en sí.

Además de este aspecto administrativo, es necesario incorporar en la relación sanitaria y en los actores que la conforman, herramientas de comunicación que permitan explorar e introducir en el discurso aspectos relacionados con el proceso de morir, proyectos de vida, y valores y creencias que van más allá del aspecto legislativo en cuestión.

Limitaciones: los resultados presentados corresponden a un tamaño muestral inferior al calculado (95% del tamaño muestral), y en algunos ítems la tasa de respuesta ha sido inferior, lo que afecta a la validez externa del estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los profesionales del Hospital Universitario de Móstoles y sus centros de Atención Primaria y Especializada que han participado en este estudio y han trasladado sus actitudes y conocimientos para avanzar en la planificación anticipada de la asistencia.

Bibliografía

1. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez M, Esteban López MS. Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y bienestar Social.; 2013.
2. Ramos Pozón S, Robles del Olmo B. La relación médico-pacientes en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas. *Rehabilitación Psicosocial*. 2015;12(1):18-24.
3. Diestre Ortín G, González Sequero V, Collell Domènech N, Pérez López F, Hernando Robles P. Planificación anticipada de decisiones en las enfermedades crónicas avanzadas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(5):228-31.
4. Gracia D, Rodríguez Sendín J. Planificación anticipada de la asistencia médica. Historia de valores; instrucciones previas; decisiones de representación. [5]. 2011. Fundación de Ciencias de la Salud. Guías de ética en la práctica médica.

5. Júdez J. De la impotencia y fracaso de la bioética cuando renuncia a lo que tiene que ser: el caso de la planificación anticipada de la asistencia sanitaria. En: Gracia D, Sanchez M, editores. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2011.
6. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA*. 1995; 274(20):1591-1598.
7. Lynn J, de Vries KO, Arkes HR, Stevens M, Cohn F, Murphy P, et al. Ineffectiveness of the SUPPORT intervention: review of explanations. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48 5 Suppl:S206-13.
8. Moskowitz E, Lindemann J. Dying well in the hospital: The lessons of SUPPORT. *Special Supplement Hastings Cent Rep*. 1995;25(6):S1-36.
9. Lund S, Richardson A, May C. Barriers to advance care planning at the end of life: An explanatory systematic review of implementation studies. *PLoS ONE*. 2015;10(2):e0116629, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116629>.
10. Barrio I, Simón Lorda P, Júdez J. De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones. *Nure Investigación*. 2004;5:1-9.
11. Zadeh S, Pao M, Wiener I. Opening end-of-life discussions: How to introduce Voicing My CHOICES™, an advanced care planning guide for adolescents and young adults. *Palliative and Supportive Care*. 2015;13:591-9.
12. Klingler C, in der Schmitzen J, Marckmann G. Does facilitated advance care planning reduce the cost of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. *Palliative Medicine*. 2015;30(5):423-33, <http://dx.doi.org/10.1177/0269216315601346>.
13. Simón Lorda P, Tamayo-Velazquez MI, Vazquez-Vicente A, Duran-Hoyos A, Pena-Gonzalez J, Jimenez-Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria*. 2008;40(2):61-6.
14. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, González Rubio MJ, Ruiz Díaz P, Moreno González J, Rodríguez González MC. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de Andalucía. *Enferm Clin*. 2008;18:11-7.
15. Toro Flores R, Silva Mato A, Piga Rivero A, Alfonso Galán MT. Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Aten Primaria*. 2013;45:404-8.
16. Contreras-Fernández E, et al. Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria*. 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.006>.
17. Navarro Bravo B, Sánchez García M, Andrés Pretel F, Juárez Casalengua I, Cerdá Díaz R, Párraga Martínez I, et al. Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011;43:11-7.
18. Catlin BJ, Lewis KJ, Nichols N, Parsons LM. Advance care planning and the role of the cardiovascular nurse. *Can J Cardiovasc Nurs*. 2015;25(3):5-9.
19. Cartwright C, Montgomery J, Rhee J, Zwar N, Banbury A. Medical practitioners' knowledge and self-reported practices of substitute decision making and implementation of advance care plans. *Intern Med J*. 2014;44:234-9.