

Relación entre la formación en Bioética y la gestión de las Instrucciones Previas y la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en médicos del servicio de urgencias

Relationship between Bioethics Training and the Management of Advance Directives and Adequacy of Therapeutic Effort by Emergency Physicians

Rubén Molano-Zárate

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Atención Sanitaria

Médico de Urgencias, Hospital Monforte de Lemos – Lugo

Fabio Jaimes-Bautista

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Médico de Urgencias, Hospital de Ávila

Eva García-Noeda

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Médico de Urgencias, Hospital de Ponferrada – León

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo principal medir la influencia que tiene la formación en Bioética entre los médicos de urgencias a la hora de gestionar las *Instrucciones Previas* (IP) y la *Adecuación del Esfuerzo Terapéutico* (AET) cuando atienden a sus pacientes, y determinar así la importancia de la inclusión de la bioética en el proceso formativo. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal en tres servicios de Urgencias Hospitalarias en España, mediante cuestionario autoadministrado.

Palabras clave: Instrucciones Previas, Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, Bioética, Servicio de Urgencias Hospitalarias, Testamento Vital, Últimas voluntades.

Abstract

The main objective of this work is to measure the influence that Bioethics training has among emergency physicians when it comes to managing Advance Directives (AD) and Adequacy of Therapeutic Effort (AET) when caring for their patients and thus determine the importance of the inclusion of bioethics in the educational process. This is a descriptive, cross-sectional study carried out in three Hospital Emergency services in Spain, using a self-administered questionnaire.

Keywords: Advance Directives, Adequacy of Therapeutic Effort, Bioethics, Emergency Hospital Service, Living Will, Last Will.

Introducción

La comunicación entre sanitarios y pacientes ha sufrido más cambios en los últimos años que en todos los siglos previos (Lázaro & Gracia, 2006: 7-17). La introducción progresiva de la cultura de la autonomía del paciente ha ido encaminada a aumentar la participación de este en su propio proceso clínico (Couceiro, 2012). En el ejercicio diario, se pueden presentar conflictos a la hora de tomar decisiones entre lo que se considera bueno para el paciente desde la perspectiva del sanitario, y lo que el paciente o su entorno consideran bueno para sí mismos (Ruíz Moral, 2011: 205-211). Esto hace deseable que el sanitario adquiera y/o mejore competencias que permitan:

- Transmitir al paciente y su familia de una manera entendible y empática, tanto la información técnica como las consecuencias de las decisiones que se toman (Merayo *et al.*, 2014).
- Mejorar la comunicación entre los miembros del equipo sanitario (Merayo *et al.*, 2014).

La búsqueda integralidad en el enfoque del paciente obliga a las Facultades a formar a los estudiantes no solamente en el manejo puramente biológico de la patología, sino también en comprender los componentes psicosociales de la enfermedad. La formación en

Características particulares en el ejercicio médico en el área de urgencias hospitalarias obligan a los profesionales a adquirir competencias específicas en campos como la Bioética.

Bioética en cualquiera de sus ámbitos pasa inicialmente por impartir formación teórica tanto de los principios como de los métodos deliberativos, para después crear espacios en los cuales se planteen a los estudiantes casos clínicos acordes a su nivel, que propicien la discusión argumentada. Estos espacios deben ser conducidos por profesionales que cuenten no solamente con la formación teórica en bioética, sino también con la experiencia clínica que se adquiere mediante el ejercicio profesional (Viñas Salas, 1999: 30-34).

En cuanto a la formación médica continuada, conviene empezar por fomentar la dimensión ética de las actuaciones médicas como un nivel paralelo a la dimensión legal de las mismas. Se deben crear, por una parte, programas formativos transversales que fomenten el enfoque multidisciplinar de la deliberación bioética. Por otra parte, es necesario crear indicadores de calidad asistencial cuyo cumplimiento refleje una mayor implicación de los profesionales sanitarios en el desarrollo de ejercicios deliberativos en su actividad asistencial (Pastor García, 1999: 17-24).

El ámbito de la urgencia hospitalaria no debe ser ajeno a esta realidad (García-García *et al.*, 2015: 203-209). La particularidad de su funcionamiento debería determinar a los sanitarios que trabajan en este campo a formarse para mejorar sus competencias, dados condicionamientos como:

- Tiempos cortos para la toma de decisiones, que además pueden reducirse aún más a medida que aumenta la gravedad del paciente.
- Situaciones clínicas que comprometen la capacidad del paciente y por lo tanto su capacidad de comunicarse y decidir (Holt *et al.*, 2017: 2192-2193).

- Desconocimiento previo de los valores, intereses y deseos, tanto del paciente como de su entorno, ya que, en la gran mayoría de los casos, la relación con estos se inicia en el momento mismo del acto médico.

Es necesario, entonces, reconocer la carga ética de las actuaciones en el ámbito de las urgencias y la importancia que tiene la formación en bioética de los sanitarios que

Factores como el grado de formación en Bioética de los profesionales sanitarios pueden condicionar sus actuaciones a la hora de tomar decisiones en situaciones urgentes.

allí trabajan, para obtener habilidades de identificación y comunicación de los problemas éticos, así como herramientas metodológicas para el análisis y la resolución de los mismos.

Para el diseño del presente estudio, decidimos acotar la universalidad de la Bioética aplicada a los servicios de urgencias hospitalarias, a los conceptos de las Instrucciones Previas (IP) y la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET).

Las IP consisten en la manifestación que previamente hace un individuo mayor de edad, capaz y libre, acerca de su voluntad en cuanto a los tratamientos y cuidados médicos que podría precisar en un momento determinado, con el fin de que esta voluntad sea conocida y respetada en el momento en que no pueda expresarla. Este documento está dirigido al médico y/o personal sanitario que preste la asistencia a la persona otorgante en una situación que le impida expresarse por sí mismo. A través de dicho documento, se puede también designar a un representante que actúe como interlocutor con el personal sanitario, para procurar el cumplimiento de sus instrucciones (Barrio Cantalejo, 2004).

Si bien el documento de las IP es una manifestación explícita de la voluntad del paciente, y el acto asociado a este es la expresión máxima del respeto de su autonomía, puede plantear varios problemas que exigen una formación en bioética por parte del profesional sanitario, con el fin de atenderlos y gestionarlos adecuadamente (Guillem Pérez, 2011: 47-619). Existen variables que pueden influenciar las IP tanto en el momento de otorgarlas, como en el de cumplirlas si el paciente no puede expresarse por sí mismo. El estudio de la Bioética puede aportar un conocimiento valioso para el entendimiento y manejo de estas variables, entre las cuales podemos encontrar:

Frente a una situación urgente, es muy importante que el facultativo indague acerca de la existencia de Instrucciones Previas por parte del paciente.

- el estado emocional que atraviesa el paciente en el momento de otorgar las IP y que puede variar con el tiempo;
- los cambios en la percepción del final de la vida que acontecen conforme el paciente avanza en su edad;
- la relatividad del hecho de redactar el documento en una situación de plena salud, frente a hacerlo cuando se padece una enfermedad;
- el conflicto que se puede generar con familiares y allegados que no estén de acuerdo con el contenido del documento y/o la elección del representante;
- las dudas de interpretación.

La AET se entiende como la decisión que toma un equipo sanitario de no iniciar o suspender, si ya han sido iniciadas, actuaciones médicas, instrumentales o

farmacológicas, cuyo riesgo, grado de intervencionismo o deterioro de la calidad de vida es desproporcionado al beneficio clínico recibido por el paciente (Cambra Lasaosa, 2016: 76-79).

A diferencia de las IP, la AET no parte del respeto de la decisión del paciente, sino de la deliberación que debe realizar el equipo sanitario tratante si se detecta una desproporcionalidad entre el efecto de un acto médico y el potencial beneficio que le aportaría al paciente. Requiere, por lo tanto, saber reconocer el momento en que es necesario implementarla, así como de los métodos de deliberación responsable y fundamentada entre todos los componentes del equipo (Azoulay *et al.*, 2009: 623-630; Monzón *et al.*, 2010: 534-549).

El juicio de valor sobre el que se basa la AET es la *futilidad terapéutica*. Este concepto se ha intentado definir como aquello que es *inefectivo* o que *no tiene un propósito útil*. Al tratarse de un concepto subjetivo, la AET también plantea importantes condicionantes que requieren habilidad, conocimientos y capacidad de comunicación en el equipo sanitario para gestionarlos adecuadamente (Cambra Lasaosa, 2016: 76-79; Azoulay *et al.*, 2009: 623-630). Entre ellos encontramos:

- dificultad en la determinación exacta del pronóstico de irreversibilidad;
- necesidad de consenso entre los componentes del equipo sanitario;
- complejidad en el proceso de transmisión de la decisión tomada tanto al paciente como a sus allegados.

Creemos que la formación en Bioética puede aportar todas las herramientas necesarias para mejorar la gestión que los médicos de urgencias hacen de las IP y la AET en la atención de sus pacientes. De ahí la necesidad de implementar estrategias formativas, cuya eficiencia pretendemos analizar en el presente estudio.

Método

El estudio se llevó a cabo en los servicios de urgencias de tres hospitales españoles. De estos, dos son del ámbito comarcal: el Hospital de Monforte de Lemos, que atiende un área de aproximadamente 51.000 habitantes, cuenta con 140 camas de ingreso y tiene una media de 44 consultas de urgencia al día, y el Hospital de El Bierzo, en Ponferrada, que atiende un área de aproximadamente 145.000 habitantes, cuenta con 370 camas de ingreso y tiene una media de 160 consultas de urgencias al día. El tercero es de ámbito provincial, el Hospital de Ávila, que atiende a una población aproximada de 172.000 habitantes, cuenta con 430 camas de ingreso y una media de 190 consultas de urgencias al día.

Para la obtención de la información se utilizó el método de la encuesta anónima aplicada en el sitio de trabajo a los adjuntos de los tres servicios de urgencias hospitalarias. Se estableció como criterio de inclusión aplicar la encuesta a aquellos adjuntos con plaza en propiedad o contrato de interinidad de larga duración. Se entregaron las encuestas a los adjuntos que cumplían con el criterio de inclusión y la recolección de las mismas, una vez cumplimentadas, se realizó en sobres cerrados sin posibilidad de identificar a la persona encuestada. Como periodo de recolección de las

encuestas cumplimentadas se estableció el comprendido entre el 10 de abril al 15 de mayo de 2017.

El instrumento de recolección de información consistió en un cuestionario dividido en dos partes, la primera configurada con preguntas de orientación socio-demográfica como: sexo, rango de edad, tiempo de servicio en la categoría profesional de médico de urgencias hospitalarias, y el nivel de formación en bioética. La segunda parte de la encuesta constaba de preguntas que buscaban establecer el conocimiento objetivo o intuitivo de los conceptos de IP y la AET, así como actitudes frente a la aplicación y gestión de estos en su práctica clínica.

Una vez finalizado el plazo, se recogieron aquellas encuestas correctamente cumplimentadas, y se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS 10, para una significación estadística del 95% ($p < 0,05$). Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante frecuencia y de las variables cuantitativas como medias, ambas con sus respectivas medidas de dispersión. El análisis relacional de las variables cualitativas se hizo mediante el test de la ji al cuadrado de Pearson, y el de las variables cuantitativas, con el contraste de medias.

Resultados

Respondieron el cuestionario un total de 40 médicos adjuntos entre los tres servicios de urgencias que cumplían el criterio de inclusión, un 60% del total. En la división por sexos, un 57,5% eran mujeres ($n=23$), frente a un 42,5% de hombres ($n=17$), con una edad media de 45,3 años (desviación estándar de $\pm 8,1$). En cuanto al tiempo de trabajo en la categoría profesional de médico de urgencias, el 67,5% ($n=27$) refirió contar con más de 9 años de experiencia. Finalmente, un total de 19 médicos (47,5%) manifestó contar con alguna formación en bioética y el 52,5% restante ($n=21$) refirió no tener ninguna formación específica en la materia.

Una escasa formación en Bioética podría llevar a los profesionales de urgencias a creer que adecuando el esfuerzo terapéutico están incurriendo en alguna forma de eutanasia.

Del total de facultativos que respondieron la encuesta, el 87,5% ($n=35$) manifestó conocer el concepto de IP; de estos, el 54,2% contaban con formación en bioética. Adicionalmente, 3 encuestados afirmaron intuir el significado de este concepto al deducirlo por su nombre, y otros 2 declararon no saber qué son las IP; estos últimos 5 facultativos no contaban con formación en bioética. En cuanto al tiempo de experiencia en urgencias, se constata una media de 18,2 años ($DE \pm 8$) y una media de edad de 42 años ($DE \pm 7,3$) entre los profesionales que declararon conocer el concepto; 9 años ($DE \pm 6,9$) de experiencia en urgencias y 40 años de edad ($DE \pm 9,1$) entre quienes lo intuyen por su nombre; y 3 años ($DE \pm 2,5$) de experiencia en urgencias y 38,6 años de edad ($DE \pm 3,6$) entre los profesionales que lo desconocen.

Un total de 23 médicos (57,5%) aceptó que *nunca* o *casi nunca* indaga si sus pacientes han firmado algún documento o han manifestado verbalmente sus IP; de ellos, el 82,6% ($n=19$) no contaba con formación en bioética. En el otro extremo, 17 médicos (42,5%) con una media de 17 años ($DE \pm 9,8$) de experiencia en urgencias y predominantemente mujeres ($n=12$) manifiestan indagar *siempre* o *casi siempre* si el

paciente que están atendiendo en urgencias había manifestado alguna vez de forma verbal o escrita sus IP. De ellos, 88,2% (n=15) contaban con formación en bioética, mientras que el 11,76% (2 personas) no poseían esta formación.

El 95% (n=38) de los médicos encuestados, con una media de edad de 43,8 años (DE \pm 8) y 18,3 años (DE \pm 16,7) de experiencia en urgencias, manifestó que estaría dispuesto a *respetar siempre* las IP de un paciente en urgencias, si estas fueran conocidas, aunque el hacerlo fuese en contra de su criterio clínico inicial. Por contra, 2 de los facultativos (5%), con una media de edad de 46,4 años (DE \pm 3,8) y que no contaban con formación en bioética *nunca respetarían* las IP del paciente en dicha situación (Tabla 1).

	EDAD		SEXO		EXPERIENCIA URGENCIAS		FORMACION EN BIOETICA		
	AÑOS		HOMBRE	MUJER	AÑOS	P	SI	NO	P
Sé lo que son las IP	MEDIA \pm DE		N (%)	N (%)	MEDIA \pm DE	P			
SI	42 \pm 7,3		14(82,3%)	21(91,3%)	18,2 \pm 8,8	<0,05	19	16	<0,05
NO	38,6 \pm 3,6		1(5,9%)	1(4,3%)	3 \pm 2,5	<0,05	0	2	NA
Lo intuyo por su nombre	40 \pm 9,1		2(11,7%)	1(4,3%)	9 \pm 6,9	0,47	0	3	NA
Indago con mis pacientes si han manifestado									
De forma verbal o escrita sus IP									
Siempre o casi siempre	44 \pm 6,7		5(29,4%)	12(52,1%)	17 \pm 9,8	0,07	15	2	<0,001
Nunca o casi nunca	40,2 \pm 9,2		12(70,6%)	11(47,8%)	12,4 \pm 5	0,15	4	19	<0,05
Estoy dispuesto a respetar las IP del paciente									
aunque vaya en contra de mi criterio clínico inicial.									
Siempre	43,8 \pm 8		16(94,1%)	22(95,6%)	18,3 \pm 16,7	0,15	19	19	0,45
Nunca	46,4 \pm 3,8		1(5,9%)	1(4,3%)	16 \pm 2,2	0,25	0	2	NA

DE: "Desviación Estándar", IP: "Instrucciones Previas", AET: "Adecuación del Esfuerzo Terapéutico", NA: "No aplica".

Tabla 1. Datos de la muestra y análisis de variables – Instrucciones previas.

En cuanto a la AET en urgencias, el 75% (n=30) conoce este concepto, en su mayoría mujeres (n=19), con una media de edad de 45 años (DE \pm 9) y 11 años (DE \pm 9) de experiencia en urgencias. Adicionalmente, 9 facultativos (22,5%), predominantemente hombres (n=6) con una media de edad de 40,9 (DE \pm 8,7) y 9 años (DE \pm 5,5) de experiencia en urgencias, intuye el significado del concepto por su nombre. Solamente un encuestado (2,5%) de 31 años de edad y 2 años de experiencia en urgencias desconocía completamente la AET. En los dos últimos casos, ninguno de los médicos contaba con formación en bioética.

Al preguntar si consideran que la aplicación de la AET equivale a eutanasia, ninguno de los adjuntos encuestados estuvo *totalmente de acuerdo* con la afirmación. Un total de 30 facultativos (75%), 12 hombres (70,6%) y 18 mujeres (78,3%), 17 (56,66%) con formación en bioética y 13 (43,33%) sin ella, con una media de edad de 39,8 años (DE \pm 9,1) y 12 años (DE \pm 7,5) de experiencia en urgencias, están *totalmente en desacuerdo* con el enunciado. De los 10 restantes, 2 (5%) con formación en bioética y 8 (20%) sin ella manifiestan tener dudas acerca de descartar por completo la equivalencia entre la aplicación de la AET y la eutanasia.

Un 55% (n=22), de los facultativos encuestados, con una media de 14 años (DE \pm 6,2) de experiencia en urgencias, ha sentido muchas veces estar realizando esfuerzos terapéuticos exagerados en relación con el estado y el pronóstico del paciente. De

estos, 15 contaban con formación en bioética y 7 no. Por contra, un total de 18 médicos (45%), 13 mujeres y 5 hombres, con una media de 11 años (DE \pm 4) de experiencia en urgencias, 4 (10%) con formación en bioética y 14 (35%) sin ella, pocas veces han sentido estar realizando esfuerzos terapéuticos exagerados en relación con el estado y el pronóstico del paciente.

De los 22 facultativos que manifiestan en algún momento haber sentido estar realizando esfuerzos terapéuticos exagerados en relación con el estado y el pronóstico del paciente, 12 (54,5%), con una media de 13,3 años (DE \pm 3,3) de experiencia en urgencias, afirman haber aplicado una AET cuando se la han planteado, de ellos, 8 contaban con formación en bioética y 4 no, mientras que los 10 restantes (45,5%), 4 con formación en bioética y 6 sin ella, y con una media de 10,9 años (DE \pm 4,8), no han llegado a aplicar la AET, aunque se lo hayan planteado. (Tabla 2).

	EDAD AÑOS	SEXO		EXPERIENCIA URGENCIAS AÑOS		FORMACION EN BIOETICA		
		HOMBRE	MUJER					
Sé lo que es la AET								
SI	45 \pm 9	11(6,5%)	19(82,6%)	11 \pm 9	<0,05	19	11	<0,05
NO	31	0	1(4,3%)	2	<0,05	0	1	NA
Lo intuyo por su nombre	40,9 \pm 8,7	6(35,3%)	3(13%)	9 \pm 5,5	0,65	0	9	NA
Aplicar la AET equivale a Eutanasia.								
Totalmente de acuerdo		0	0					NA
Totalmente en desacuerdo	39,8 \pm 9,1	12(70,6%)	18(78,3%)	12 \pm 7,5	0,5	17	13	<0,05
Tengo dudas	46,9 \pm 7,2	5(29,4%)	5(21,7%)	17,1 \pm 12	0,15	2	8	<0,001
He sentido que el esfuerzo terapéutico que estoy realizando con un paciente es exagerado en relación con su estado y pronóstico.								
Muchas veces	44,8 \pm 9,6	12(70,6%)	10(43,5)	14 \pm 6,2	0,27	15	7	<0,05
Pocas veces	40,5 \pm 7,4	5(29,4%)	13(56,5%)	11 \pm 4	0,4	4	14	<0,05
Si he sentido que dicho esfuerzo terapéutico es exagerado...								
En la mayoría he aplicado la AET cuando la he planteado.	45,8 \pm 9,5	5(29,4%)	7(30,4%)	13,3 \pm 3,3	0,25	8	4	<0,05
En la mayoría he planteado aplicar la AET pero no la he aplicado	41,3 \pm 9,6	5(29,4%)	5(21,7%)	10,9 \pm 4,8	0,15	4	6	0,47

DE: "Desviación Estándar", IP: "Instrucciones Previas", AET: "Adecuación del Esfuerzo Terapéutico", NA: "No aplica".

Tabla 2. Datos de la muestra y análisis de variables – Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.

Discusión

Existen muy pocos trabajos de investigación cuali-cuantitativa publicados acerca del tema que tratamos en el presente estudio. En una búsqueda en las revistas de especialidad, la mayoría de los resultados son artículos de opinión. En cuanto a los trabajos de investigación, la mayoría se inscribe en el ámbito de la Oncología, la Medicina Intensiva y los Cuidados Paliativos. Cuando nos circunscribimos específicamente al campo de la urgencia hospitalaria, los trabajos descriptivos son escasos y, además, sus enfoques bioéticos son poco manifiestos.

Estudios realizados en el ámbito prehospitalario han detectado la falta de conocimiento de los profesionales sanitarios acerca de conceptos de bioética como las IP y la AET (Dorribo *et al.*, 2015: 121-25). Esta situación puede estar afectando la aplicación de dichas medidas por desconocimiento, a sabiendas de la obligación de acatar las IP salvo en situaciones específicas:

- que la voluntad expresada vaya contra la legislación vigente;
- que sea contraria a la ética profesional;

- que la situación clínica no se corresponda con los supuestos consignados en el documento.

Mateos y colaboradores (Mateos *et al.*, 2003: 241-44) evaluaron el conocimiento sobre las IP de profesionales sanitarios de un servicio de emergencias (41,7% médicos) mediante una encuesta autoadministrada. El 74% respondió que conocía el concepto de IP, pero solo el 18% de los encuestados aseguró conocer la legislación vigente sobre el tema. Con la baja participación como limitación del estudio, se demostró en líneas generales una buena predisposición hacia las IP, pero gran desconocimiento del tema.

Dorribo y colaboradores (Dorribo *et al.*, 2015: 121-25) coinciden con estos resultados y concluyen que el conocimiento de los profesionales sobre el tema es subóptimo, lo cual limita su aplicabilidad, por lo que recomiendan adoptar medidas de difusión del conocimiento en la materia. Aplicado más concretamente al ejercicio en los servicios de urgencias, estudios realizados en este ámbito han detectado la necesidad de mejorar los

La formación en Bioética puede influir en que el médico de urgencias perciba si hay desproporción en su actuación y por lo tanto plantee una Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.

conocimientos en bioética entre los profesionales sanitarios, ya que una menor formación afecta la toma de decisiones en el contexto de la autonomía del paciente y dificulta la solución de problemas (Lucas, 2011: 283-292; Garrido & Solloso, 2008).

Solsona Durán, profesor de la cátedra optativa de bioética clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, ya objetivaba en 2007 la falta de conocimientos en bioética que tienen los alumnos que están finalizando su formación de pregrado, inadecuada para el correcto enfrentamiento de las situaciones que al corto plazo deberán enfrentar en su ejercicio profesional (Solsona Durán, 2007: 239-240).

En nuestro estudio, se demuestra un aceptable nivel de conocimiento del concepto de las IP, siendo en todo caso más alto en los grupos que cuentan con formación en bioética y en aquellos que cuentan con más años de experiencia en la categoría profesional ($P < 0,05$). Se confirma también una mayor tendencia a respetar las IP, aunque fueran en contra del criterio que inicialmente se había planteado el facultativo.

La mayoría de los estudios consultados demuestran una tendencia general a respetar las IP del paciente (Herrero-León, 2019: 98-103; Sanchini *et al.*, 2014: 9-13; Valverde *et al.*, 2012: 83-4). En nuestro análisis, también se observa esta tendencia entre los facultativos de urgencias, incluso si respetar *siempre* las IP de un paciente fuese en contra de su criterio clínico inicial (38, 95%). En este caso, no encontramos una relación estadísticamente significativa con la formación en Bioética. Es posible que en la opinión de los facultativos de urgencias influya el bajo número de documentos de IP debidamente otorgados y registrados de manera oficial (Sanchini *et al.*, 2014: 9-13).

Conviene determinar en estudios posteriores si la tendencia observada se mantiene incluso con aquellos pacientes que, sin haber realizado un trámite oficial de IP, hubiesen manifestado verbalmente a sus allegados sus expectativas y deseos para cuando no tuvieran la capacidad de decidir por ellos mismos.

En nuestro estudio evidenciamos que contar con formación en Bioética favorece el hecho de que los médicos de urgencia indaguen *siempre o casi siempre* acerca de si sus pacientes han manifestado de forma verbal o escrita sus IP ($P < 0,001$). Por contra, se constata una relación entre no tener formación en Bioética y el hecho de que *nunca o casi nunca* indaguen al respecto ($P < 0,05$). También es de destacar que se observa una relación directa entre el mayor tiempo trabajado en la categoría profesional de médico de urgencias hospitalarias y la tendencia a indagar acerca de la existencia de un documento de IP al atender a un paciente.

Brody (Brody, 1997) ofreció cuatro razones justificables para retirar o no iniciar medidas fútiles:

- Los objetivos de la medicina son curar al paciente y evitar el sufrimiento; ofrecer medidas que no alcanzaran estos objetivos es ir en contra de ellos.
- Ofrecer tratamientos inefectivos deteriora la calidad asistencial, así como los objetivos competenciales de los facultativos.
- Si no hay posibilidades reales de beneficio, la intervención sanitaria puede convertirse en un daño evitable.

En cuanto a la AET en los servicios de urgencias, puede estar altamente condicionada por factores como: el corto tiempo asistencial, la necesidad de tomar decisiones rápidas, el desconocimiento por parte del paciente, la tensión emocional tanto del paciente como de sus acompañantes y del personal sanitario. Según Wilkinson (Wilkinson *et al.*, 2019: 21-28) en general se percibe el “no iniciar” como menos grave que “retirar lo iniciado”. Una adecuada formación en Bioética debería llevar a los médicos a realizar un adecuado análisis individualizado de cada situación y acercar la equivalencia entre estos dos conceptos con el fin de plantear un curso de acción óptimo.

Creemos que podría existir una relación entre los bajos niveles de formación en bioética por parte de los médicos de urgencias hospitalarias y la confusión entre AET y eutanasia, situación que ya se ha detectado en otros trabajos (Masiá, 2007: 39-55).

En este sentido, en nuestro estudio se refleja que los médicos de urgencias hospitalarias con una menor formación en bioética tienen dudas a la hora de descartar totalmente la equivalencia entre aplicar la AET y la eutanasia ($P < 0,001$), mientras que una mayor formación en la materia descarta totalmente dicha relación ($P < 0,05$). Por otra parte, se evidencia también una coincidencia entre una mayor antigüedad en el ejercicio de la categoría profesional de médico de urgencias y el descartar completamente la equivalencia entre eutanasia y AET. Cabría analizar, en estudios posteriores, si esta confusión estaría condicionando una menor aplicación de la AET en urgencias en los casos en que podría estar indicada.

Debe estimularse la inclusión de estrategias formativas para los profesionales sanitarios en Bioética, tanto en pregrado como en educación continuada.

Es muy importante la capacidad de individualización en cada caso y, aunque la premura del tiempo sea un condicionante decisivo, el médico debe intentar profundizar al máximo en el conocimiento de los valores, deseos y expectativas del paciente y sus allegados. Así, los cursos intermedios de acción pueden ser esa ventana ideal que

permita al paciente y a sus seres queridos asimilar el progreso del final de la vida (Herrero-León, 2019: 98-103).

Más de la mitad de los médicos de urgencias encuestados (55%) admitieron haber sentido *muchas veces* que el esfuerzo terapéutico que estaban realizando con un paciente era exagerado. El manejo del paciente atendiendo a los principios de beneficencia y no maleficencia, exige por parte del profesional sanitario que detecte

Es necesario realizar estudios amplios acerca de la actitud de los profesionales sanitarios frente a aspectos bioéticos, y la influencia que tiene su formación a la hora de gestionarlos.

aquellas situaciones en las que una intervención diagnóstica o terapéutica es desproporcionada en relación con el estado basal del paciente y su pronóstico, o que incluso le va a ocasionar daños o

incomodidades innecesarias. La formación en Bioética garantiza que aquel profesional que detecte dichas situaciones cuente con herramientas de gestión de las mismas, así como con criterios para argumentar su punto de vista ante el equipo, identificar los cursos de acción posibles y razonar su propuesta de curso óptimo.

En nuestro estudio, la formación en bioética parece condicionar la aplicación de la AET ($P < 0,05$), ya que la mayoría de los profesionales que dieron el paso de plantear al equipo sanitario aplicar la AET cuando percibieron un esfuerzo terapéutico exagerado, fueron precisamente aquellos que contaban con formación en Bioética. Cabría revisar si esta tendencia se mantiene en estudios más amplios.

Conclusiones

- Existen muy pocas publicaciones cuyo objetivo sea medir la actitud de los médicos de urgencias hospitalarias hacia las IP y la AET.
- Si bien se encuentran muchos artículos de opinión que ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la formación en bioética de los médicos de urgencias hospitalarias, son escasos aquellos trabajos de investigación que permitan objetivar dicha situación.
- Tampoco se encuentran trabajos de investigación que permitan medir el grado de formación en bioética, así como la relación existente entre este indicador y la incidencia que tiene en la gestión de las diferentes herramientas que ofrece la bioética en el ejercicio diario.
- Debe aprovecharse el clima favorable y de aceptación que tienen los conceptos generales de bioética, y específicamente los IP y la AET, para mejorar la difusión de la necesidad de formación en bioética.
- Existe la necesidad de realizar trabajos más amplios para confirmar si las tendencias observadas en el presente trabajo se mantienen.
- De los resultados del presente trabajo se podría deducir que una mejora en los niveles de formación continuada en Bioética de los facultativos de urgencias traería consigo el que los profesionales preguntaran más a sus pacientes sobre la existencia de las IP.
- Se constata también que, independientemente del grado de formación en Bioética, los médicos de urgencias hospitalarias son proclives a respetar los documentos de IP si se otorgan por escrito.

- Mejorar la formación en conceptos bioéticos disminuye la posibilidad de confusión entre ellos, por ejemplo, el relacionar la LET con la eutanasia.
- Es necesario diseñar herramientas que permitan establecer si la confusión entre conceptos que genera una baja formación en Bioética condiciona su aplicabilidad en el ejercicio médico.
- Independientemente del grado de formación en Bioética, existe una tendencia generalizada de que cuando se están realizando esfuerzos desproporcionados, dada la situación basal y el pronóstico del paciente, es necesario plantear una AET.
- Existe también una relación entre la baja formación en Bioética y una menor actitud proactiva de poner en marcha la AET, una vez que se ha planteado.
- Mejorar los niveles de formación entre los médicos de urgencias hospitalarias optimiza sus competencias y, por lo tanto, mejora los indicadores globales de calidad asistencial.

Bibliografía

- Ara-Callizo, J.R. (2013). Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de conciencia. *Rev. Esp. de Bioética*, 40, 25-38.
- Azoulay, É. et al. (2009). End-of-life in 282 intensive care units. Data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Med.*, 35, 623–630.
- Barrio Cantalejo, I. (2004). De las Voluntades Anticipadas e Instrucciones Previas, a la Planificación Anticipada de las Decisiones. *Nure Investigación*, 5.
- Broudy, H. (1997). Medical futility: a useful concept? En: M.B. Zucker, H.D. Zucker (eds.), *Medical futility and the Evaluation of Life-Sustaining Treatment*. Cambridge: Cambridge Press.
- Cambra Lasaosa, F.J. (2016). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev. Esp. Pediatría*, 72, 76-79.
- Couceiro, A. (2012). *La relación clínica: historia, modelos, instrumentos y retos*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Dorribo, M., Rodríguez, S., Gándara, C., Sanz, F., López, X. y Rodríguez, A. (2015). Conocimiento de los documentos de Instrucciones Previas en el Servicio de Emergencias de Galicia. *Cadernos de Atención Primaria*, 21, 121-25.
- Edwards, J., Voigt, L., Nelson, J. (2017). Ten key point about ICU palliative care. *Intensive Care Med.*, 43, 83-85.
- García-García, A., Arévalo-Velasco, A., García-Iglesias, M., Sánchez-Barba, M., Delgado-Vicente, M., Bajo-Bajo, M. y Diego-Robledo, F. (2015). Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión. *Revista de Calidad Asistencial*, 30, 203-209.
- Garrido J., Solloso C. (2008). Relación médico-paciente, asistencia y problemas éticos en el servicio de urgencias. *Ética de los cuidados*. (Consultado 20 enero 2018). Disponible en: <http://www.indexf.com/eticuidado/n1/et6735.php>.

Giles H, Moule P. (2004). Do not attempt resuscitation decision making: a study exploring the attitudes and experience of nurses. *Nurse Critical Care*, 9, 115-22.

Guillem Pérez, D. (2011). El documento de voluntades anticipadas, problemas de eficacia social de la norma y propuestas de solución. *Revista Jurídica de la Comunidad Valenciana*, 38, 47-61.

Herrero-León, A.M. (2019). Deliberando: Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico y planificación anticipada de la asistencia sanitaria en un paciente anciano y pluripatológico. *Rev. Esp. de Bioética*, 51, 98-103.

Holt, G., Sarmento, B., Kett, D. y Goodman, K. (2017). An Unconscious Patient with a DNR Tattoo. *New England Journal of Medicine*, 22, 2192-2193.

Kon, A. et al. (2016). Defining futile and potentially inappropriate interventions: a policy statement from the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Crit Care Med.*, 44, 1769-1744.

Laín Entralgo, P. (1969). *El médico y el enfermo. Biblioteca para el hombre actual*. Madrid: Ed. Guadarrama S.A.

Lázaro, J. y Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *An. Sist. Sanit. Navar*, 29 (Supl. 3), 7-17.

Lucas Imbernón, F. (2011). La actividad asistencial en el servicio de urgencias hospitalario genera conflictos éticos a sus profesionales. *Emergencias*, 23, 283-292.

Marszaleck-Litauska, A. et al. (2012). Do residents need end-of-life care training? *Palliative and Supportive Care*, 12, 195-201.

Martínez-López, P. et al. (2012). Estudio observacional sobre la limitación de tratamiento de soporte vital en una unidad de cuidados intensivos. *Debática - Revista Andaluza de Bioética*, 1, 15-24.

Masiá, J. (2007). Dignidad humana y situaciones terminales. *An Sist Sanit Navar.*, 30 (Supl 3), 39-55.

Mateos, A., Huerta, A. y Benito, M. (2003). Instrucciones Previas, actitud de los profesionales de Emergencias. *Emergencias*, 19, 241-44.

Merayo, A., Bravo, E. y Gordón, F. (2014). *La comunicación con el paciente. Habilidades emocionales para los profesionales de la salud*. Barcelona: Editorial Elsevier.

Monzón, J. L. et al. (2010). Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva*, 34(8), 534-549.

Pastor García, L. (1999). Algunas consideraciones sobre docencia de Bioética para posgraduados. *Cuadernos de bioética*, 10 (37), 17-24.

Pastor, A. (2018). Limitación del Esfuerzo Terapéutico en los Servicios de Urgencias: Una Decisión Compartida. *Revista Clínica Española.*, 218, 266-67.

Ruíz Moral, R. (2011). La participación del paciente en la toma de decisiones: cuestiones controvertidas y una propuesta integradora y práctica. *For. Méd. Cont.*, 18(4), 205-211.

Sanchini V., Nardini C., Boniolo G. (2014). The withholding/withdrawing distinction in the end-of-life debate. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 9-13.

Santos De Unamuno, S. (2003). Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes en atención primaria. *Aten Primaria*, 32(1), 1-8.

Shemie, S. *et al.* (2014). International guideline development for the determination of death. *Intensive Care Med.*, 40, 788-797.

Solsona Durán, J. (2007). Voluntades Anticipadas, una herramienta para anticipar acontecimientos y facilitar la asistencia urgente. *Emergencias*, 19, 239-240.

Valverde F. J., Jimenez J. M., Huertas F., Reyes N. M., Calero A., Fajardo M. C. (2012). Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Medicina Familiar Andaluza*, 13, 83-4.

Viñas Salas, J. (1999). Formación en Bioética. *Cuadernos de Bioética*, 10(37), 30-34.

Wilkinson, D., Butcherin, E., Savulescu, J. (2019). Withdrawal aversion and the equivalent test. *Am Jour Bioet.*, 19(3), 21-28.