

**VOLUNTADES ANTICIPADAS
CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PREFERENCIAS POR MÉDICOS
ESPECIALISTAS Y DE ENFERMERAS EN UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

**DR. JULIÁN DAVID PEÑA CUERVO
RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
BUCARAMANGA**

2014

**VOLUNTADES ANTICIPADAS
CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PREFERENCIAS POR MÉDICOS
ESPECIALISTAS Y DE ENFERMERAS EN UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

**DR. JULIÁN DAVID PEÑA CUERVO
RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN**

**DIRECTOR TESIS
DR. OMAR FERNANDO GOMEZESE
MÉDICO ANESTESIÓLOGO
FELLOW EN DOLOR
PROFESOR UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**

**CO-DIRECTOR DEL TRABAJO Y ASESOR EPIDEMIOLÓGICO:
DR. HÉCTOR J. MELÉNDEZ F. MD MSC.
ANESTESIÓLOGO INTENSIVISTA EPIDEMIÓLOGO
PROFESOR TITULAR UIS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
BUCARAMANGA**

2014

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. MARCO TEÓRICO	14
3.1 Voluntades Anticipadas	14
3.2 Experiencia científica e inicios de las voluntades anticipadas	15
3.3 Normatividad en Colombia para Voluntades Anticipadas	19
4. OBJETIVOS	21
4.1 Objetivo general	21
4.2 Objetivos específicos	21
5. METODOLOGÍA	22
5.1 Tipo de estudio	22
5.2 Población de estudio	22
5.3 Muestra	22
5.4 Recolección de la información y manejo de los datos	22
5.5 Análisis de los datos y validez del instrumento	23
5.6 Aspectos éticos	23
5.7 Presentación y análisis de resultados	24
6. DISCUSIÓN	33
7. CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFIA	38

LLISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características <i>basales de los entrevistados</i>	25
Tabla 2. Conocimientos y actitudes sobre Voluntades Anticipadas	26
Tabla 3. Actitud y preferencias ante evento agudo, crónico o estado de coma	27
Tabla 4. Delegación intrafamiliar para toma de decisiones	28
Tabla 5. Conocimiento sobre Voluntades Anticipadas según grupos y variables evaluadas	29
Tabla 6. Voluntades Anticipadas ante posible evento agudo según grupos	30

RESUMEN

TÍTULO: VOLUNTADES ANTICIPADAS CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PREFERENCIAS POR MÉDICOS ESPECIALISTAS Y DE ENFERMERAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTOR: DR. JULIÁN DAVID PEÑA

PALABRAS CLAVES: testamento vital, directivas anticipadas, bioética

DESCRIPCIÓN:

Objetivos: Describir el conocimiento que tienen los médicos especialistas y enfermeras profesionales que laboran en las UCI sobre voluntades Anticipadas o Testamento Vital

Metodología: se realizó un estudio descriptivo analítico tipo transversal, mediante realización de encuesta semiestructurada a médicos especialistas y enfermeras profesionales que laboran en cuidados intensivos adultos, en cuatro instituciones en salud del área metropolitana de Bucaramanga, donde se evaluó conocimientos, aptitudes, y preferencias personales (Voluntades Anticipadas V.A) en escenarios que incluían enfermedad grave aguda, enfermedad terminal y estado de coma.

Resultados: Se realizó la encuesta en 148 profesionales. La edad y los años de experiencia en UCI, fueron 34.5 y 3.1 años respectivamente. Solo el 50% de los encuestados saben que son las Voluntades Anticipadas y de estos un 71% no conocen las leyes ni han leído el documento sobre las mismas. Más del 92% recomendarían, respetarían y creen que es un documento útil para los médicos y los familiares, pero solo un 57% de los mismos encuestados harían un documento de Voluntad Anticipada en menos de dos años. Respecto a las preferencias en caso de eventos agudos, un 79.73% desean recibir terapia y manejo en UCI; porcentaje que disminuye a medida que requieren manejos adicionales.

Conclusiones: No existe un conocimiento suficiente sobre voluntades anticipadas. Respecto a aptitudes y preferencias, el 34.5% de personal no desea ser reanimado a pesar de ser evento agudo, en enfermedad terminal menos del 50% de los encuestados deseaba ser hospitalizado y solo un 30% deseaba ser ingresado a UCI, y en la medida que requieren más procedimientos, menos personas los aprueban. En coma irreversible cerca del 90% de los encuestados no desean ni hospitalización, ni procedimientos adicionales, y su estadía en casa la prefieren sin ventilación mecánica.

* TRABAJO DE GRADO

*F ACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DIRECTOR, DR. OMAR FERNANDO GOMEZESE MÉDICO ANESTESIÓLOGO

ABSTRACT

TITLE: ADVANCE DIRECTIVES. KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PREFERENCES FROM SPECIALIST DOCTORS AND NURSES IN INTENSIVE CARE UNITS

AUTOR: DR. JULIÁN DAVID PEÑA

Keywords: Living wills, patient rights, advance directives, bioethics

Objectives: To describe the knowledge among medical specialists and nurses working in ICUs on Advance Wills or Living Will.

Methodology: A descriptive analytical study cross was undertaken by conducting semi-structured survey of medical specialists and nurses working in adult intensive care in four health institutions in the metropolitan area of Bucaramanga, where knowledge, skills, and personal preferences(Living Wills), in scenarios involving severe acute illness, terminal illness and comatose states were evaluated.

Results: 148 professionals were interviewed. The mean age and average working experience in the ICU were 34.47 years and 3.1 years respectively. Only 50% of respondents know what Living Wills are and of these 71% do not know the legislation nor have read the document on Wills. Over 92% recommend, respected and believe it is a useful document for doctors and family members, but only 57% of the same respondents would make an advance directive in less than two years. Concerning preferences for acute events, a 79.73% want to receive therapy and ICU care; this percentage decreases as requiring further handling.

Conclusions: There is insufficient knowledge about advance directives. Regarding skills and preferences, 34.5% of staff did not want to be resuscitated despite being acute event, in terminal illness less than 50% of respondents wanted to be hospitalized and only 30% wanted to be admitted to ICU, and to the extent requiring more procedures, fewer people approve. In irreversible coma nearly 90% of respondents do not want no hospital or additional procedures, and prefer to stay at home without mechanical ventilation.

*DEGREE WORK

**EPARTMENT OF SURGERY DIRECTOR, DR. FERNANDO OMAR GOMEZESE ANESTHESIOLOGIST

INTRODUCCIÓN

Es bien conocido por todos los que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) que existen pacientes tan graves que uno se pregunta *“Si el paciente estuviera en sus cinco sentidos, ¿qué le gustaría que hiciéramos con él?”*. El profesional en salud asistencial conociendo de antemano el pronóstico del paciente y muchas veces, el poco beneficio de múltiples intervenciones y procedimientos que se propone a realizarle, actúa y muchas veces se olvida preguntar *“Si el paciente en uso de sus facultades mentales”* ¿expresó algún deseo o dejó algo por escrito?.

Es así como los trabajadores de la salud se enfrentan constantemente con la decisión de no llevar a cabo manejos terapéuticos sin conocer a menudo cual sería la voluntad de este paciente que ya ha perdido la capacidad de decisión por su patología de base, y ahora está en un estado que puede amenazar su vida. Pero la experiencia muestra que los trabajadores de la salud están cada vez más conscientes de esta problemática y les preocupa que los pacientes por su patología de base tengan riesgo de complicaciones severas que disminuyan la capacidad mental de toma de decisiones; además, muchos pacientes están interesados en participar en las decisiones y hablar con su médico tratante para tomar decisiones en conjunto para su futuro en caso de que su enfermedad progrese a un momento donde no pueda tomar decisiones.

Como se menciona en el documental *“El Testamento vital”* de la profesora Ana María Marcos del Cano *“Si existe algo en la vida de lo que todos estamos seguros “es que se acaba, se termina, el camino llega a su fin”, y es allí donde todos somos iguales, pero la forma de llegar a ese momento no es similar en todos los casos”* Para algunos ese momento de su existencia puede ser mucho más difícil y doloroso. Es así que se hace preciso tener conocimiento de que existe la

posibilidad de crear un documento de Voluntades Anticipadas, pero este requiere de un plan de tratamiento en conjunto donde se tengan presentes aspectos éticos, psicológicos y médicos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día, los avances médicos han hecho posible que muchas de las enfermedades que se tratan con éxito, aumenten la esperanza de vida y calidad de vida de los pacientes; sin embargo, los avances que salvan la vida a veces significan ver vivo a alguien que se ama, cuando no se está seguro de que su elección hubiera sido haber recibido múltiples tratamientos a pesar de un mal pronóstico de su patología.

En las sociedades actuales las enfermedades en fase terminal son caminos de tránsito, en los cuales, ocasionalmente, el paciente terminal queda sumido en un periodo de incapacidad mental irreversible con posibilidad de extenderse a varios meses o incluso años antes del fallecimiento. Inevitablemente, el paciente es incapaz de participar en la discusión sobre la voluntad anticipada debido a que su capacidad está limitada por la naturaleza de la enfermedad y los efectos de su tratamiento. Los médicos a menudo discuten estas decisiones con sus familiares en un intento de respetar la voluntad del paciente a pesar de evidencia que sugiere que los familiares pueden no reflejar correctamente los deseos del paciente. (1,2).

El personal asistencial que presta servicios a pacientes en estado crítico se encuentra en una disyuntiva entre la medicina basada en la evidencia y la toma de decisiones de evitar tratamientos que podrían prolongar un estado de sufrimiento, esto debido a que pueden tomar la decisión de no realizar tratamientos terapéuticos que serían obligatorios según las guías de adherencia clínica. En una discusión informal, uno de los autores del presente estudio interrogó a varios colegas sobre Testamento Vital (TV) o Voluntades Anticipadas (VA) obteniendo respuestas negativas, lo cual lo motivó y a los demás autores a investigar sobre el mismo y la legislación vigente en Colombia al respecto. Con esta búsqueda se

logró encontrar que en nuestro país existió una propuesta de proyecto de ley, que pretendía avalar estos tipos de documentos y continuar con la tendencia mundial que existe en países desarrollados, la cual es respetar en todo momento la autonomía de los pacientes, pero este proyecto de ley fue archivado y debiera de presentarse de nuevo al congreso para debatirlo; aunque primero es necesario crear una conciencia de conocimiento y cultura respeto a este tema en los colombianos (3). De esta manera lograr respetar sus deseos, su autonomía y cumplir sus indicaciones para tomar decisiones con su salud y puedan informar que les gustaría que se les hiciese en caso de llegar el momento donde ellos no puedan tomar esa decisión; ya sea en el momento que presenten una patología aguda o crónica que afecte su posibilidad de comunicarse o expresar sus deseos. Lamentablemente la mayoría de veces no conocemos sus deseos de manera previa ya que no se diligenció un documento de VA.

La práctica de la Medicina a nivel mundial y especialmente en Unidades de Cuidados Intensivos en países desarrollados, está envuelta en el principio de que los pacientes tienen el derecho a la libre determinación y a la autonomía (4,5,6). El momento más importante de éste derecho se produce cuando los pacientes dan el consentimiento a tratamientos de soporte vital en Unidades de Cuidados Intensivos o lo rechazan. Desafortunadamente, los pacientes son frecuentemente incapaces de participar en la decisión de utilizar o no utilizar los tratamientos de soporte vital cuando surja la necesidad. A fin de preservar su autonomía en este tipo de situaciones, las Voluntades Anticipadas se crearon, permitiendo a las personas competentes prorrogar su derecho de libre determinación y autonomía en el futuro, en el caso de ser incapaces de tomar decisiones. (7,8).

La tendencia acerca de la posibilidad de interrumpir o no aplicar tratamientos puede estar contorneada por factores como el creciente valor que se ha dado al respeto por la autonomía de los pacientes en todas las culturas y el reconocimiento de que no es el médico quien debe decidir qué es lo que más

“beneficia” al paciente. Además de lo anterior expuesto, la sociedad tiene un creciente temor a los abusos médicos frente a la irreversibilidad de cuadros clínicos y los casos de abuso exagerado que se presentan con frecuencia en Unidades de Cuidados Intensivos con algunas enfermedades incurables (9-13). Como lo manifestó el juez Benjamín Cardoso en su sentencia: *“todo ser humano de edad adulta y sano juicio tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo, y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le pueden reclamar legalmente daños...”* (14).

2. JUSTIFICACIÓN

Los documento sobre Testamento Vital o Voluntades Anticipadas son un conjunto de instrumentos que permiten a una persona adulta, competente física como intelectualmente, disponer previsiones en caso de que alguna incapacidad le impidiera tomar decisiones respecto de su vida; se trata de disposiciones de carácter testamentario, en las que las personas anticipan su voluntad de qué hacer con su salud y su vida en un momento donde ellos no pueden tomar esa decisión.

La participación del personal asistencial en la toma de decisiones clínicas que las afectan es, si cabe, más compleja cuando el paciente está incapacitado. Sin embargo una asistencia de calidad y ética debe estar preparada para responder a estas circunstancias. Los instrumentos de Voluntades Anticipadas son la continuidad de la autonomía personal, que permiten tomar decisiones en contextos clínicos futuros a personas a las cuales se les autoriza para cuidados y tratamientos concretos en los cuales el paciente ya no es consiente. Este estudio se considera uno de los primeros en nuestro país, pues a pesar de una búsqueda exhaustiva no se encontraron trabajos similares, de ahí que no se pueda tener un patrón de referencia, pero sí que sea uno de los primeros para futuras investigaciones. Esto motivó aún más a realizar el presente estudio, pues se cree que si no se conoce lo suficiente sobre VA o TV nunca se podrá actuar en consecuencia, y como dice el adagio popular *“No hagas a los demás, lo que no desees que te hagan a ti”*.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 VOLUNTADES ANTICIPADAS

Las Voluntades Anticipadas, que también son llamadas Testamento de Vida o Directivas Avanzadas, son herramientas que permiten a una persona adulta, con lucidez física e intelectual, estar prevenida ante una incapacidad que le imposibilite la toma de decisiones referentes a su vida (15). Lo que es lo mismo, son disposiciones testamentarias, que ayudan a prever su voluntad de qué hacer con su salud y su vida en una situación en la que no pueda decidir por sí misma. (16).

La práctica de la Medicina en el mundo, principalmente en Unidades de Cuidados Intensivos en países desarrollados, está ligada como regla general al derecho de autodeterminación que tiene el paciente (16,17). Este hecho se ve claramente al momento en el que el paciente consiente o declina el uso de tratamientos de soporte vital en Unidades de Cuidados Intensivos. Sin embargo, con frecuencia los pacientes no están en capacidad de tomar dicha decisión. Es por ello que tuvo lugar la aparición de las Voluntades Anticipadas, para proteger el derecho a la libre determinación y autonomía de los pacientes que por alguna razón no pudieran hacerlo en el momento requerido (18-20). Aunque la promoción de las Voluntades Anticipadas a nivel mundial ha sido extendida, especialmente en países como Estados Unidos y en algunas legislaciones Europeas; en Colombia, Chile, Argentina y México apenas comienza a conocerse y a plantearse como posibilidad (21).

La tendencia mundial a la posibilidad de interrumpir o no aplicar tratamientos está marcada por factores como la importancia que tiene el respeto por la autonomía de los pacientes y el reconocimiento de que no es el médico quien debe decidir qué es lo que más “beneficia” al paciente. Además, del creciente temor hacia los

abusos médicos frente a la irreversibilidad de cuadros clínicos y los casos de abuso exagerado que se presentan en Unidades de Cuidados Intensivos con respecto algunas enfermedades incurables (21,22).

3.2 EXPERIENCIA CIENTÍFICA E INICIOS DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

De acuerdo con el artículo de Restrepo D. y colaboradores en el que se hace una revisión y una actualización del tema de las Voluntades Anticipadas donde referencia a Emanuel E. J y col (23), los cuales mencionan que: ...*“La experiencia estadounidense con los "Testamentos Vitales" comienza a mediados de los años sesenta del siglo XX. En 1967, durante una reunión de la Euthanasia Society of America, se propuso dejar un documento escrito, como "testamento" en el cual el paciente expresara la forma como deseaba ser tratado cuando no estuviera en capacidad de decidir por sí mismo”*. Del mismo modo, en el artículo de Restrepo D. y col (23) muestra la propuesta de L. Kutner, *la cual consistió en un documento al que llamó "Testamento Vital" en 1969 y definió como su objetivo el de guiar a una atención médica en el futuro de la persona. Se complementa cuando una persona es capaz (competente) y entra en vigencia si él o ella se hace incapaz (incompetente)*.

Otro autor que se ha interesado en el tema de Voluntades Anticipadas es Petter Singer, quien señala que en el caso de enfermedades específicas es necesario que los pacientes estén preparados con anterioridad con el listado de tratamientos que pueden ser considerados en algunas enfermedades, para que los pacientes pueden rechazarlos de forma individual en lugar de todo el procedimiento (24). Según Olick RS (25) el proceso de voluntades anticipadas debe estar ligado al consentimiento informado, de este modo, cuando el paciente considere entre las diferentes opciones terapéuticas ya tenga el conocimiento de su diagnóstico, pronóstico, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos.

De otra parte Emanuel LL (26) manifiesta que: *“por desgracia, los testamentos vitales existentes son raramente utilizados en la práctica clínica, ya que son vagos y difíciles de aplicar”*; ahora bien, para salvedad ante esta situación propone la creación del siguiente documento: la Directiva Médica o Voluntades Anticipadas. Este plantea cuatro escenarios paradigmáticos, definidos por el pronóstico y la discapacidad de los pacientes incompetentes. En cada escenario, los pacientes deben señalar sus preferencias en cuanto a intervenciones de soporte vital específicos. La Directiva Médica también prevé la participación de un apoderado que pueda tomar decisiones en circunstancias en las que las preferencias del paciente son inciertas. Además, se incluye un apartado con respecto a la donación de órganos. Dicho documento presenta la oportunidad para una mejora significativa en cuanto a las preferencias de los pacientes frente a la atención para mantener la vida en estados de incompetencia. Como una expresión de los deseos del paciente, la Directiva Médica debe ser respetada por los tribunales y debe facilitar el debate médico-paciente acerca de las opciones de atención críticas y terminales (26).

Sin embargo, estos documentos de voluntades anticipadas pueden ser muy genéricos o demasiado concretos, lo que lleva a problemas de interpretación relacionados con la voluntad real del paciente. En el estudio de Sehgal y cols (27) los pacientes entrevistados manifestaron que deseaban que se tomaran en cuenta sus deseos de una forma estricta en el 39 % de los casos, y con completa libertad en el 31 % de los casos. Es en estos casos donde cobra importancia la designación de una persona encargada de decidir (28).

3.2.1 Experiencia estadounidense. Restrepo D. y col (23) hace una descripción sencilla al abordar de forma histórica la experiencia estadounidense con los “testamentos vitales”. Señala que fue 1967 cuando, en una reunión de la Euthanasia Society of America, se expuso la idea de un documento escrito, por medio del cual el paciente expresara la forma en la que deseaba ser tratado

cuando no pudiera decidir por sí mismo. Dos años más tarde, en 1969, el abogado L. Kutner, fue el primero en proponer un modelo de documento al que denominó "testamento vital". En los años siguientes la Euthanasia Educational Council, una organización paralela creada en 1967 por la Euthanasia Society of America, se encargó de difundir miles de estos formularios (29). Sin embargo, su impacto real en la práctica sanitaria fue escaso porque, a pesar del entusiasmo manifestado hacia ellos por destacados bioeticistas y sanitarios (30), su legalidad no era clara. Fue en 1976 cuando, a raíz del caso Quinlan, una joven estadounidense que cayó en coma por consecuencia de la ingestión de alcohol y barbitúricos, a los 21 años de edad, sufriendo un daño cerebral irreversible. Fue mantenida con vida en forma artificial hasta 1985, después de un largo proceso legal iniciado por sus padres para permitirle morir. Su caso abrió un debate sobre la eutanasia, y aportó preguntas importantes en cuestiones como bioética, y derechos civiles. En consecuencia California aprobó la primera Natural Death Act para legalizarlos y abrió el proceso a su reconocimiento jurídico generalizado. En los diez años siguientes, casi todos los Estados de EE.UU. promulgaron leyes similares a la californiana (31).

La ley federal de 1991 Patient Self Determination Act (PSDA)

La Ley de Autodeterminación del Paciente (PSDA) apareció el 1 de diciembre de 1991. Como resultado directo del caso de Nancy Cruzan, donde la familia de esta joven que sufrió una lesión cerebral permanente, solicitó a la corte suprema de EEUU se le retirara el tubo gástrico que otorgaba soporte nutricional; algo que se había negado en varias cortes aduciendo protección del derecho a la vida, Finalmente la familia logro que la corte reconociera que la defensa de la vida por parte del Estado no debe ser una privación de la libertad individual; Esta ley tuvo por objeto la promoción del conocimiento y la discusión de temas de salud en la preparación de las decisiones médicas al final de la vida. El mecanismo es el requisito federal de que cualquier institución de salud que espera recibir fondos de

Medicare o Medicaid debe informar a los pacientes sobre la admisión de las leyes estatales que rigen las cuestiones de autodeterminación. Cualquier discusión entre los pacientes, sus familias y sus médicos estimulados por el PSDA es saludable. Los médicos deben estar preparados para responder cuestionamientos realizados por los pacientes sobre temas de autodeterminación y deben conocer las leyes estatales. Además, deben cuidarse de la burocratización en la toma de decisiones médicas en el momento en que los pacientes requieran de ellas (32).

Estudio SUPPORT

El estudio SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments), fue un estudio multicéntrico acerca del proceso de morir en los hospitales estadounidenses, que era un hecho altamente preocupante para la comunidad médica. La principal conclusión fue que a pesar del esfuerzo por mejorar la comunicación en cuanto a las decisiones de los pacientes no se obtuvo un balance positivo respecto a la atención proporcionada en las instituciones de salud. Entre los factores que influyeron y llevaron a dicha conclusión se encuentran; el papel de las enfermeras en la comunicación de las preferencias de los pacientes a los médicos. Las enfermeras, sin embargo, no fueron incluidas como participantes en el diseño y la realización de este estudio ni hacían parte de las unidades de análisis encuestadas. El estudio presentó numerosas cuestiones sobre el rigor científico, las funciones perceptibles de las enfermeras en la toma de decisiones al final de su vida, y la necesidad de la colaboración interdisciplinaria en la atención de la salud (33). Otra de las conclusiones que arrojó el estudio fue que debe existir una concepción más amplia e integral del proceso de toma de decisiones. Esto es lo que se ha dado en llamar Advance Care Planning, o Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias, cuya historia comenzó en el año 1994 (31).

En Septiembre de 1993 un grupo de 33 prestigiosos bioeticistas norteamericanos comenzó a reunirse en el marco de un Proyecto de investigación del Hastings Center para reflexionar acerca del papel que debían jugar las voluntades anticipadas en la toma de decisiones clínicas. A este grupo pertenecía Joane Lynn, una de las investigadoras principales del SUPPORT. Seguramente por este motivo el Grupo tuvo acceso a los datos preliminares del SUPPORT y ello condicionó en buena medida el informe final del Grupo. Este informe apareció como suplemento especial del Hastings Center Report en Noviembre / Diciembre de 1994 (34). Allí se planteó la necesidad de redirigir la estrategia de implantación de las voluntades anticipadas, para dejar de lado la implementación centrada en documentos. En lugar de eso deberían suscitarse amplios procesos comunicativos entre profesionales, pacientes y familiares que ayudaran a mejorar la calidad moral de las decisiones al final de la vida. Los documentos permanecerían jugando un rol importante en esos procesos las voluntades anticipadas, pero no serían el soporte fundamental sino una herramienta más de trabajo. La consideración del contexto temporal, psicológico, cultural, familiar y comunitario en el que se produce la toma de decisiones se convertía así en un elemento clave. El informe bautizaba este nuevo enfoque como “Advance Care Planning”, esto es, Planificación Anticipada de las Decisiones (31).

3.3 NORMATIVIDAD EN COLOMBIA PARA VOLUNTADES ANTICIPADAS

En Colombia no existe ninguna norma aprobada en cuanto al tema de Voluntades Anticipadas, apenas existe el Proyecto de Ley 064 de 2011 C, en Cámara de representantes y 251 de 2012 S, en el Senado de la Republica “Por medio de la cual se crea el documento de Voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal”, documento radicado en Cámara de representantes el 18 de agosto de 2011 y que fue archivado por el Senado de la república.

Este proyecto de Ley, tenía por objeto regular de manera clara, las condiciones y formalidades del documento de Voluntad Anticipada, como parte de la implantación del derecho a morir dignamente, esto para preservar el respeto por la dignidad humana, y la autodeterminación, como manifestación de la voluntad de aplicar o no, procedimientos innecesarios tendientes a alargar la vida, cuando la enfermedad se encuentra en fase terminal (36).

La necesidad de legislar en torno a los aspectos propios del derecho a morir dignamente, aparece porque con los avances médicos también deviene la posibilidad de alargar la vida artificialmente sin tener en cuenta la vulneración del derecho a una muerte digna, o el alargamiento de dolores y sufrimientos para el paciente. Todo esto debe ser tomado en cuenta al momento de garantizar la protección de la dignidad humana como principio fundacional de la vida, razón por la cual la tarea legislativa debe encaminarse en esa dirección (36).

Del mismo modo, se planteó la delicada relación que existe entre quienes prestan el servicio de salud y el paciente, y los diferentes aspectos que se presentan como consecuencia del padecimiento de una enfermedad terminal que requiere de cuidados integrales paliativos, la imperante necesidad de información clara y veráz acerca del estado, procedimientos, medicamentos y dispositivos y los posibles efectos que conlleva la utilización o aplicación de los mismos, que requieren de un marco legal, constitucional y moral para permitir la opción de hacer efectivo el principio de autodeterminación y la manera de morir, de acuerdo a las concepciones individuales de vida y muerte digna (36).

Varias declaraciones y recomendaciones de organismos internacionales han dado luz verde a iniciativas que buscan tutelar el derecho a la vida digna y a una muerte sin sufrimiento, cuando la existencia por sí misma no baste para garantizar el goce y disfrute por parte del paciente y la misma se constituya además en una carga y un dolor insoportable para este y para sus familiares (36).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el conocimiento que poseen los médicos especialistas y enfermeras profesionales que laboran en las UCI sobre Voluntades Anticipadas o Testamento Vital.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las actitudes que tendrían los médicos especialistas y enfermeras profesionales que laboran en las UCI ante un documento de VA o TV o ante la eventualidad de presentar patologías agudas o crónicas.
- Determinar si existen diferencias entre médicos especialistas y las enfermeras profesionales respecto al conocimiento sobre VA o TV.
- Evaluar si existen diferencias entre médicos especialistas y las enfermeras profesionales respecto a su actitud ante patologías agudas y crónicas.
- Evaluar si existen diferencias en las actitudes, respecto a género, experiencia laboral y especialidad.
- Determinar a qué familiar le darían la potestad los profesionales de la UCI, en caso de tener que decidir sobre el tipo de intervenciones a realizar.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio analítico tipo corte transversal, mediante encuesta estructurada, anónima, autoresuelta y validada. La encuesta exploró conocimientos, actitudes y preferencias.

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Médicos especialistas, sub-especialistas, enfermeras profesionales con y sin especialidad que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos de cuatro instituciones de salud Nivel IV. No se consideraron criterios de exclusión, pero si se le informó al encuestado sobre el objetivo de la investigación y si no deseaba participar no se realizó ningún tipo de acción.

5.3 MUESTRA

El cálculo del tamaño muestral, se realizó tomando como base el número de médicos especialistas y enfermeras que laboran en las UCI, considerando como significativo un cubrimiento como mínimo del 80% de la población (n=130), dado que no existen estudios previos en nuestro país. Hay que resaltar que existe personal que labora en más de una UCI, pero solo se encuestó en un solo lugar de trabajo.

5.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y MANEJO DE LOS DATOS

La recolección de la información se hizo en forma anónima y personalizada en el sitio de trabajo y previa autorización institucional.

La encuesta consto de tres partes: La primera eran datos demográficos, profesión, especialidad y experiencia laboral. La segunda exploró conocimientos y actitudes sobre VA (ítem 1 y 2), y era la única vez que el entrevistado no tenía acceso a la encuesta. Si este contestaba que “Si” al primer punto, se le entregaba para que diligenciara toda la encuesta. Si por el contrario contestaba “No”, se le entregaba la encuesta para responderla a partir del tercer ítem (actitudes y preferencias).

5.5 ANÁLISIS DE LOS DATOS Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez del instrumento (encuesta) utilizado para este estudio se tuvo en cuenta la homogeneidad y la independencia de los constructos teóricos por medio del análisis factorial y evaluación de la consistencia interna. Para esta investigación se utilizó el alfa de Cronbach (para variables que no eran categóricas) como medida de homogeneidad, se aceptan valores buenos si es $> 0,7$ (37).

Los datos finales se describieron según variables socio-demográficas, mediante proporciones y porcentajes para las respuestas nominales y medias para datos continuos. Posteriormente con todos los datos, se realizó un análisis bivariado con el fin de poder realizar comparaciones según variables socio-demográficas en subgrupos de entrevistados. Se utilizó el test de chi cuadrado para evaluar diferencias entre variables dicotómicas y se consideró una diferencia significativa estadísticamente si los valores de p fueron menores de 0.05 para un nivel de significancia del 95%. Todo el análisis se realizó mediante el paquete estadístico Stata versión 11.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación está catalogada como sin riesgo, pues no propone ningún tipo de intervención, pero para el desarrollo e implementación de la misma,

se tuvieron en cuenta las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial expuestas en la Declaración de Helsinki (38) y se siguieron todas las normas científicas, técnicas y administrativas que se rigen en la investigación en salud de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (39).

5.7 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

De la muestra total calculada, se logró sobrepasar este porcentaje y se obtuvo un total de 148 encuestados (113%), ninguna persona se negó a responder la encuesta. El promedio de edad fue de 34.5 años y el de experiencia laboral de 3.1 años. La población estuvo conformada por un 67% de mujeres, el 28.4% médicos intensivistas, de los cuales el 76% eran anestesiólogos. Solo un 2% de los especialistas y un 6% de las enfermeras poseen subespecialidad en UCI. El resto de características basales pueden verse en la tabla No 1.

Consistencia interna del formulario de recolección de datos

En la evaluación de la validez interna del instrumento obtuvimos un alfa de Cronbach superior a 0.7 para cada pregunta del cuestionario (0.7532 – 0.801) con un valor general del cuestionario de 0.79. Lo cual permitió plantear que fue buena.

Conocimientos y actitudes sobre Voluntades Anticipadas (VA)

Solo un 50% de los encuestados tiene conocimiento sobre VA y de estos un 71% (n=75) aproximadamente No conoce las Leyes ni ha leído el documento sobre VA. El personal que tenían conocimiento sobre VA, en un 92% recomendarían, respetarían y creen que el documento es útil para los médicos y los familiares, pero solo un 57% de los mismos harían un documento de VA antes de dos años. (Ver Tabla No. 2).

Preferencias personales en caso de enfermedades graves agudas, crónicas o con criterio de irreversibilidad.

La tercera parte de la encuesta, exploró los deseos de los entrevistados en caso de presentar enfermedades agudas, crónicas, terminales o eventos neurológicos con clínica de irreversibilidad. Al ser interrogados sobre *¿Cuál sería mi voluntad Sí presento un evento agudo ya fuese de origen médico o traumático?* el 79.73% (n=118) de los entrevistados desean recibir terapia y manejo en UCI, pero cuando ameritan ventilación mecánica, este valor disminuye al 70% y sigue disminuyendo en la medida que se requieren manejos adicionales. La mayoría de los entrevistados dejan en manos de los familiares la decisión de prolongar su estancia y limitar esfuerzo terapéutico. Llama la atención el porcentaje apreciable (34.46%) de personal que NO desea ser reanimado a pesar de ser evento agudo. (Ver Tabla No. 3).

Tabla 1. Características *basales de los entrevistados*

Variable		Media (Min-Max)	
Edad (años)		34.5 (21-57)	
Años trabajo UCI		3.1 (1-10)	
		Frecuencia	Porcentaje
Genero	Mujer	100	67.6
	Hombre	48	32.4
Estado Civil	Casado	63	42.6
	Unión libre	8	5.41
	Soltero	77	52.03
Cargo UCI	Intensivista	42	28.4
	Enfermera	102	68.9
	Md Rural	4	2.7
Especialidad:	Internista	10	6.8
	Sub-Especialista UCI	3	2.03
	Anestesiólogo	29	19.6
	Md General	4	2.70
	Enf. Jefe Esp. UCI	9	6.1

Enf. Jefe		93	62.84
Años Trabajo UCI	1	25	16.89
	2	25	16.89
	3	28	18.92
	4	69	46.62
	10	1	0.68
Institución	A	15	10.14
	B	32	21.62
	C	50	33.78
	D	51	34.46

Tabla 2. Conocimientos y actitudes sobre Voluntades Anticipadas

Preguntas	SI
Conocimientos sobre Voluntades Anticipadas	% (Fr)
¿Sabe usted que son las VA?	<u>50.7 (75)</u>
¿Conoce las leyes existentes sobre VA?	29.3 (22)
¿Ha leído el documento sobre VA?	29.3 (22)
Actitudes sobre Voluntades Anticipadas	
¿Haría usted una VA en menos de 2 años?	57.3 (43)
¿Recomendaría Ud. hacer VA?	92 (69)
¿Cree que la VA es un documento útil para los Md?	93.3 (70)
¿Cree que la VA es un documento útil para los Fliares?	92 (69)
¿Respetaría Usted el documento de VA?	92 (69)

VA= Voluntad Anticipada

Cuando exploramos por patologías con clínica de irreversibilidad, mediante la pregunta *¿Cuál sería mi voluntad si presento una enfermedad aguda o crónica que me deja en **coma irreversible**?* Cerca del 90% de los encuestados **NO** desean ni hospitalización ni procedimientos adicionales, y su estadía en casa la prefieren sin ventilación mecánica. (Ver Tabla No. 3).

Delegación de la decisión

Al interrogar sobre a cual familiar le delegaría la responsabilidad, o le tendría más confianza, para que tomara las decisiones necesarias sobre procedimientos y limitación de esfuerzo terapéutico, en caso de no poder hacerlo por sus propios medios, esta se delegó en los padres como único decisorio sólo en el 6.08% y como partícipe de la decisión en un 72.23%, seguido de la esposa, hermanos e hijos. Es interesante que en el 75% de los casos, en la decisión siempre estuvieran involucradas dos o más integrantes. (Ver Tabla No. 4).

Tabla 3. Actitud y preferencias ante evento agudo, crónico o estado de coma

Actitud y preferencias ante eventos agudo, crónico o estado de Coma		Agudo	Crónico	Coma
		SI	SI	SI
		% (Fr)	% (Fr)	% (Fr)
A	¿Quiero ser hospitalizado?	87.2 (129)	48 (71)	23(34)
B	¿Quiero ir a terapia intensiva?	79,7 (118)	29.1(43)	10.1(15)
C	¿Quiero se me realicen todas las Cxs necesarias	79,1 (117)	23.7(35)	N.E
D	¿Quiero ser colocado en ventilación mecánica?	70,3 (104)	17.6(26)	11.5(17)
E	¿Quiero ser reanimado en caso de presenta PCR?	65,5 (97)	11.5(17)	8.1(12)
F	¿Quiero durar en UCI todo el tiempo hasta mi muerte?	60,1 (89)	12.8(19)	N.E
G	¿Quiero se me realice Traqueo y Gastrostomía?	79,1 (117)	13.5(20)	8.8(13)
H	¿Quiero recibir alimentación por Sondas o catéteres?	79,7 (118)	19.6(29)	13.5(20)
I	¿Quiero recibir líquidos endovenosos de hidratación?	79,7 (118)	42.6(63)	26.4(39)
J	¿Si se prolonga mi estadía en UCI, que los Md. decida?	58,8 (87)	33.8(50)	N.E
K	¿Si se prolonga mi estadía en UCI, que mi Flia decida	66,2 (98)	42.6(63)	N.E
L	¿Quiero tener egreso a casa con V. Mx?	N.E	N.E	4.7(7)

Cxs= Cirugías PCR=Paro V. Mx=Ventilación Mecánica N.E= No Evaluado

Tabla 4. Delegación intrafamiliar para toma de decisiones

		% (Fr)	% (Fr)
	Familiar	Participan	Única persona
A	Mis padres	72.2 (107)	6.1 (9)
B	Mi esposa	68.9 (102)	11.5 (17)
C	Mis hermanos	57.4 (85)	3.4 (5)
D	Mis hijos	54.05 (80)	2.03 (3)
E	Otra persona	10.81 (16)	2.03 (3)
	Según número de personas		
	Una sola persona	25 (37)	
	Dos integrantes	25 (37)	
	Tres integrantes	17.6 (26)	
	Más de 3 integrantes	32.4 (48)	

Análisis Bivariado

Con el fin de cumplir otro de los objetivos específicos y poder evaluar diferencias respecto a los conocimientos y actitudes, se crearon grupos; enfermeras y médicos, especialistas y sub-especialistas. Se descartaron los médicos generales. Adicionalmente se evaluó la experiencia laboral (mayor o igual al promedio), y género.

Conocimientos y actitudes sobre Voluntades Anticipadas

Respecto a los conocimientos sobre VA, hubo diferencias significativas entre médicos y enfermeras, los primeros poseen este conocimiento cerca del 75% vs. 42% para las enfermeras ($p < 0.000$). La otra diferencia se dio entre ser del género masculino (66.7% $p < 0.005$). El análisis subsiguiente entre médicos y tipo de especialidad no demostró diferencias significativas. Hallazgos que serán motivo de discusión. Ver tabla No. 5.

Actitudes

La evaluación de las actitudes según variables basales, entre los grupos evaluados y personal que poseía el conocimiento sobre VA, solo evidenció diferencias significativas entre las enfermeras con y sin especialidad, respecto a la primera pregunta evaluada, que hacía referencia a ¿Haría usted una VA en menos de 2 años? Esta diferencia fue significativa $p=0.048$. No hubo diferencias entre especialistas, sub-especialistas, género, ni experiencia laboral, en ninguna de las cinco preguntas que evaluaban actitudes.

Tabla 5. Conocimiento sobre Voluntades Anticipadas según grupos y variables evaluadas

Conocimientos	Si %	Valor p
Médicos	74.4 (29)	<u>0.000</u>
Enfermeras	41.2 (42)	
Médicos		0.770
Especialista	66.7	
Sub-especialista	74.4	
Especialidad enf.		0.617
Enf. especialista	33.3	
Enf. Jefe	41.9	
Tipo especialidad		0.468
Md Sub-especialista UCI	66.7	
Anestesiólogo	79.3	
Internista	60	
Experiencia laboral		0.355
<= 3Años	53.9	
> 3 Años	47.2	
Género		<u>0.007</u>
Mujer	43.3	
Hombre	66.7	
Institución		0.192
A	40 (6)	
B	46.8 (15)	
C	44 (22)	
D	62.8 (32)	

Preferencias personales en caso de enfermedades graves agudas, crónicas o con criterio de irreversibilidad, según grupos.

Evento agudo

Respecto al temario *¿Cuál sería mi actitud y preferencia si presento un evento agudo ya fuese de origen médico o traumático?* Se presentaron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre médicos y enfermeras en 5 de los 7 ítem de esta pregunta. En las únicas dos que coincidían eran el deseo mayoritario de ser reanimado en caso de paro y el de permanecer la mayor parte del tiempo en Unidades de Cuidados Intensivos hasta su recuperación o muerte. Ver Tabla No 6.

Las diferencias significativas entre especialistas y sub-especialistas también se dio en uno solo de los siete ítem evaluados, donde solo una tercera parte de los sub-especialistas desean estar en ventilación mecánica vs. un 89% de los especialistas ($p < 0.05$). Ver Tabla No 6.

El deseo de ser colocado en ventilación mecánica, fue el ítem que presentó más diferencias significativas al evaluarlo según especialistas, sub-especialistas, enfermeras especializadas y género. Llama la atención que entre más conocimiento se tiene de la UCI, menos se desea esta opción. Hubo diferencias significativas respecto al género, donde los hombres desean en mayor porcentaje: ingresar a UCI, estar en ventilación mecánica y que sean los especialistas quienes decidan sobre su continuidad en UCI. Ver Tabla No 6.

Tabla 6. Voluntades Anticipadas ante posible evento agudo según grupos

	Actitud y Preferencia	Medico Vs Enfermera		Especialista vs Sub-Especialista		Masculino vs Femenino	
		Si %	p	Si %	p	Si %	p
A	Ser hospitalizado	97.4/82.4	<u>0,019</u>	97.4/100	0,779	91,7/85	0.256
B	Ir a UCI	92.3/73.5	<u>0.015</u>	92.3/100	0.618	74/91.7	<u>0.012</u>

C	Tener todas las Cxs.	89.7/73.5	<u>0.038</u>	89.7/100	0.560	77/83.3	0.375
D	Ventilación Mx	84.6/63.7	<u>0.016</u>	89.7/33.3	<u>0.007</u>	63/85.4	<u>0.005</u>
E	Reanimación CCP	74.4/61.8	0.160	79,5/33.3	0.071	63/70.8	0.348
F	UCI hasta mi muerte	66.7/55.9	0.244	71.8/33.3	0,165	60/60,4	0,960
<u>Que las decisión sea</u>							
G	De los Médicos	74.4/50.9	<u>0.012</u>	70,36/100	0,315	53/70,8	<u>0,039</u>

Cxs= Cirugías Mx= Mecánica CCP Cerebro Cardio-Pulmonar

Enfermedad terminal

Respecto a la actitud y preferencias en caso de recibir la noticia sobre enfermedad terminal en general se presentaron pocas diferencias significativas, las cuales se dieron entre el deseo de estar hospitalizado, que fue predominante entre el personal de enfermería, personal con experiencia laboral mayor a tres años y ser del género masculino. El recibir reanimación cardiocerebropulmonar fue solicitado por personal con experiencia laboral mayor de 3 años. La nutrición por sondas fue preferida entre los sub-especialistas en UCI, quienes además un 75% de ellos no desean intervenciones y ningún médico estuvo de acuerdo en que se le realizara traqueo y gastrostomía. Ver Tabla No 7.

Tabla No 7. Voluntades Anticipadas ante posible enfermedad terminal según grupos

Deseo	Medico (Si) Vs Enfermera		Sub-Especialista vs Especialista		Exp. Laboral >3 años		Genero Masculino	
	Si %	p	Si %	p	Si %	P	Si %	p
Ser hospitalizado	61.5	<u>0.039</u>	33.3	0.246	57.1	<u>0.034</u>	63	<u>0.014</u>
Ir a UCI	25.6	0.506	33.3	0.688	30	0.810	27.1	0.714
Tener todas las Cxs	18	0.344	33.3	0.513	30	0.085	20.8	0.577
Ventilación mecánica	17.8	0.926	33.3	0.421	22.9	0.109	16.7	0.842

Reanimación CCP	12.8	0.863	33.3	0.234	18.6	<u>0.010</u>	8.3	0.405
UCI hasta mi muerte	12.8	0.990	33.3	0.234	17.1	0.138	12.5	0.932
Traqueo y Gastrostomía	0	<u>0.009</u>	0	0.618	14.3	0.795	4.17	<u>0.021</u>
Nutrición por Sondas	10.3	0.151	66.7	<u>0.016</u>	22.9	0.343	12.5	0.132
Recibir LEV	53.9	0.094	100	0.120	45.7	0.463	52.1	0.105
<u>Que las decisión sea :</u>								
De los Médicos	43.6	0.066	100	0.059	31.4	0.566	41.7	0.160

*Solo se presentaron diferencias entre enfermeras jefes (45.16%) y enfermeras especialistas en UCI (11.11%), respecto al deseo de ser Hospitalizadas p=0.048

Coma irreversible

Finalmente, se realizó análisis de voluntades anticipadas ante un posible evento tipo coma vigil o irreversible, análisis que se hizo siguiendo los modelos anteriores y bajo iguales ítems. Ante un evento de esta naturaleza, la mayoría de los encuestados no estuvo de acuerdo en recibir terapias de “mantenimiento” tipo ventilación mecánica, cirugías tipo gastrostomía y traqueostomía. NO se presentaron diferencias entre todos los grupos evaluados. Es importante resaltar que ningún médico con sub-especialidad en UCI deseó recibir algún tipo de terapia ofrecida, hallazgo que será motivo de discusión.

Finalmente, se le preguntó a los encuestados, ¿Cómo se sintió resolviendo la encuesta? y el resultado fue una calificación buena del 65,54%. Solo el 7.43% refirió sentirse mal y un 27% regular, reportes que serán motivo de discusión.

6. DISCUSIÓN

En general, con los resultados obtenidos se evidencia que los conocimientos acerca de las VA del personal son escasos, pero existe una buena actitud, y a su vez hay una fuerte contradicción entre la disposición teórica y las posibilidades reales de diligenciar una VA en un futuro cercano, lo cual pudiera estar influenciado por el promedio de edad de los encuestados.

A pesar de solo tener un conocimiento sobre VA de un 50%, este personal recomienda y respeta en más de un 90%, tendencias que pudieran llegar a un 100% en los dos escenarios si se logran políticas públicas de difusión sobre el documento y su reglamentación.

Un trabajo realizado por Santos Carmen (40) en Mallorca, España, encontraron que el 97% de los médicos considera útil la VA, valor que pudiera considerarse muy similar a este hallazgo. Otros datos de este estudio fueron que el 83,2% refiere no tener información suficiente para ayudar a sus pacientes a formalizarlo. El 95,2% está de acuerdo en tratar el tema cuando el paciente lo pida; el 72,1% en caso de enfermedad crónica y el 57,2% en la consulta por sistema. Hallazgos que incitan a recapacitar sobre la necesidad apremiante de difundirlo primero entre los médicos y luego entre los usuarios, aclarando que no se trata de una eutanasia como muchas veces pudiera llegar a ser confundida.

Otro trabajo realizado en Valladolid por Bachiller A. (41) entre médicos demostró un conocimiento del 70,3%, el cual es superior a estos resultados, pero si tenemos en cuenta los tiempos de vigencia de la Ley en los dos países, consideramos que no se está lejos de llegar a nuestro objetivo, que es lograr llegar a un cubrimiento superior al 75%.

El trabajo realizado por Blondeau, entre enfermeras de Canadá, encontró que el 94,8% tenían conocimientos sobre VA, pero sólo el 10% había firmado dicho documento, valor que difiere ampliamente de este estudio, además que en su segunda parte, no es comparable, pues desafortunadamente este parámetro no fue evaluado (42).

En gran parte del estudio se observa una mayor disposición del personal de enfermería que de los médicos en respetar y escribir los deseos de los pacientes (43, 44).

La mayoría de estudios, al igual que en el presente, muestran una actitud favorable de los médicos y enfermería hacia las VA, a la vez que evidencian la falta de conocimientos que poseen acerca de este tema; Sería muy interesante para Colombia ir avanzando como lo han hecho Estados Unidos, Canadá y España durante los últimos 30 años en el tema de las VA y de la Planificación Anticipada en general, aprendiendo de sus experiencias a la hora de implementar los procesos de toma de decisiones al Final de la vida (44).

De este modo, queda cada vez más clara, la necesidad de una planeación anticipada de las VA, integrada con los cuidados paliativos. Este es un proceso continuo de comunicación médico-paciente. Sólo se conseguirá que los documentos de las VA sean un instrumento útil, si se integran en la cotidianidad de la práctica clínica, y no tanto cuando ya se ha producido el ingreso del paciente en estado crítico en la Unidad de Cuidado Intensivo (10).

Los Testamentos Vitales (TA) o VA existen en Europa y EEUU desde hace más de 20 años. En Colombia no hay una Ley que lo reglamenta y por lo tanto, se debe hacer esfuerzos para mejorar los conocimientos de los médicos especialistas y enfermeras profesionales de las UCI sobre las VA y de los procesos organizativos que permitan a estos profesionales de la salud introducir la utilización de los

documentos de VA como una tarea específica dentro de la atención de los pacientes que ingresan a la UCI, así sea este esfuerzo desde la academia y de las instituciones en salud; de igual manera la legalización de los VA podría ayudar en ello, pero todavía falta un debate público y político serio en el caso Colombiano (43-45).

7. CONCLUSIONES

Existe un desconocimiento muy significativo (50%) respecto a VA entre personal médico y enfermería que laboran en UCI. Desconocimiento que es mayor y significativo en el personal de enfermería (58%) que en los especialistas (25%). Entre el personal que conoce sobre VA, hay un 71% que no conocen la existencia de una Ley o algún documento sobre VA.

Las actitudes de los médicos especialistas y enfermeras profesionales sobre VA son muy positivas, el 92% de ellos recomendarían, respetarían y creen que el documento es útil para los médicos y los familiares, pero paradójicamente solo un 57% de ellos harían un Testamento Vital antes de 2 años.

La actitud del personal que labora en UCI ante eventos agudos fue de una aceptación inicial cerca del 80% que progresivamente, cuando ameritan manejos adicionales, este porcentaje va disminuyendo hasta un 58,8%. Se presentaron diferencias significativas entre los médicos y las enfermeras, excepto en casos de desear reanimación o estar en UCI hasta su deceso. La única diferencia significativa al comparar especialistas con sub-especialistas fue en el deseo de recibir ventilación mecánica y adicionalmente hubo diferencia significativa por género, porque los hombres desean más ir a UCI, pero las mujeres desean en mayor proporción tener ventilación mecánica.

Ante eventos crónicos a pesar que solo el 48% desea estar hospitalizado, solo un 29% desea estar en UCI, porcentaje que sigue igual tendencia que en los eventos agudos, pero con disminuciones más significativas, hasta llegar a un deseo de no reanimación de un 89.5%. Solo hubo diferencias significativas entre personal médico y enfermería en el deseo de estar hospitalizado.

En el escenario de eventos con diagnóstico clínico de irreversibilidad, como el estado de coma y estados vegetativos, cerca del 90% de los encuestados NO desean ni hospitalización ni procedimientos adicionales, solo un 25% desean líquidos de hidratación.

La delegación de la potestad de la VA involucró en un 72% a los padres, pero como persona única se delegó en el 6%. El núcleo familiar en general estuvo involucrado en un 63%, y como única persona delegada, el mayor porcentaje correspondió al esposo(a) con un 11.5%.

BIBLIOGRAFIA

1. AMM. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General de Seúl 2008.
2. Bachiller A, Delgado R, Hernández S, Martínez M, Domínguez V. Testamento vital: la opinión médica en la provincia de Valladolid. *Metas Enferm.* 2004;7(4):24-7.
1. Barrio IM, Lorda P, Gutiérrez J. De las voluntades anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación Anticipada de las Decisiones. *Nure Investigación* 2004 [Internet]. [consultado 2013 sep 14]. Disponible en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/original/original5105200416587.pdf
2. Blondeau K, Lavoie M, Valois P, Keyserlingk EW, Hébert M, Martineau I. the attitude of Canadian nurses towards advance directives. *Nurs Ethics.* 2000;7(5):339-411.
3. Bok S. Personal Directions for Care at the End of Life. *NEJM* 1976;295:367-9.
4. Cámara de Representantes Colombia. Informe de ponencia segundo debate proyecto de ley 064 de 2011 Cámara [Internet]. [Consultado 2012 Jun 1]. Disponible en: http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=27&p_numero=064&p_consec=32867

5. Congreso de la Republica de Colombia. 064/2011 C Voluntad Anticipada Pacientes Terminales [Internet]. [Consultado 2013 Sep 07]. Disponible en:http://www.camara.gov.co/portal2011/proceso-y-tramite-legislativo/proyectos-de-ley?option=com_proyectosdeley&view=ver_proyectodeley&idpry=593
6. Colombia. Congreso de la Republica. INFORME DE PONENCIA SEGUNDO DEBATE PROYECTO DE LEY 251 DE 2012 SENADO, 064 DE 2011 CÁMARA, por medio de la cual se crea el documento de voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal. Gaceta No. 295/13 (abr. 9 2013).
7. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Numero 8430 de 1993 (Octubre 4). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
8. Danis M, Southerland LI, Garrett JM, Smith JL, Hielema F, Pickard CG, et al. A prospective study of advance directives for life-sustaining care. *N Engl J Med.* 1991 Mar 28;324(13):882-8.
9. Emanuel LL, Emanuel EJ. The medical directive. A new comprehensive advance care document. *JAMA.* 1989;261:3288-90.
10. Johnson RF Jr, Baranowski-Birkmeier T, O'Donnell JB. Advance directives in the medical intensive care unit of a community teaching hospital. *Chest.* 1995 Mar;107(3):752-6.
11. Johnson RF Jr, Baranowski-Birkmeier T, O'Donnell JB. Advance directives in the medical intensive care unit of a community teaching hospital. *Chest.* 1995;107(3):752-6.

12. Koch KA. Patient Self-Determination Act. J Fla Med Assoc. 1992 Apr;79(4):240-3.
3. León FJ. Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica. Rev Colom Bioética. 2008; 3(2): 83-101.
4. León Correa FJ. Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica. Rev. Col. Bioética. 2008;3(2):83-101.
5. Lorda PS, Tamayo MI, Gonzalez MJ, Ruiz P, Moreno J, Rodriguez MC. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de Andalucía; Enferm Clin. 2008;18(1):11-7.
6. Lopez-Rey A. Conocimiento y actitudes de la población sobre el Documento de Voluntades Previas. En: Actas VII Congreso Atención Primaria. Semergen, Cuenca, 2006: 83-86.
7. Lugones M, Pichs LA, García Hernández M. Consentimiento informado. Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21(5-6)
13. Olick RS. Approximating informed consent and fostering communication: the anatomy of an advance directive [abstract]. J Clin Ethics. 1991;2:181-9.
14. Oddi LF, Cassidy VR. The message of SUPPORT: Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. Change is long overdue. J Prof Nurs. 1998 May-Jun;14(3):165-74.
8. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med. 1998 Oct;158(4):1163-7.
9. Pence, G. E. (2004). "Comas: Quinlan and Cruzan" in Classic Cases in Medical Ethics, 4th ed.

10. Restrepo D, Cossio C. Limitación de esfuerzos terapéuticos: mucho más que dejar de hacer. *rev.colomb.psiquiater.* 2013; 42(1): 97-107.
11. Sánchez A, Sánchez A, Bello. Aspectos éticos de los cuidados intensivos. *Rev Cub Med Int Emerg* 2003; 2(4): 96-112.
12. Schaden E, Herczeg P, Hacker S, Schopper A, Krenn CG. The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. *BMC Med Ethics.* 2010 Oct 21;11:19.
13. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med.* 2010 Apr 1;362(13):1211-8.
14. Scherer Y, Jezewski MA, Graves B, Wu YW, Bu X. Advance directives and end-of-life decision making: survey of critical care nurses' knowledge, attitude, and experience. *Crit Care Nurse.* 2006 Aug;26(4):30-40.
15. Sivila SM. El derecho de las personas al Testamento Vital y el respeto a su autonomía [Internet]. [Consultado 2012 Jun 15]. Disponible en: <http://www.muerte.bioetica.org/mono/mono27.htm>
16. Scheunemann LP, McDevitt M, Carson SS, Hanson LC. Randomized, controlled trials of interventions to improve communication in intensive care: a systematic review. *Chest.* 2011 Mar;139(3):543-54.
17. Schaden E, Herczeg P, Hacker S, Schopper A, Krenn CG. The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. *BMC Med Ethics.* 2010;11:19.
18. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med.* 2010 Apr 1;362(13):1211-8.

19. Singer PA. Disease-specific advance directives [abstract]. *Lancet*. 1994;344:594-6.
20. SUPPORT SUPPORT Euthanasia Educational Council. A Living Will. En: Beauchamp TL, Walters LeRoy. *Contemporary Issues in Bioethics*. Belmont (CA – USA): Wadsworth Pu. Co, 1978. p. 307.
21. Santos JR. Cronbach's Alpha: A Tool for Assessing the Reliability of Scales. *Journal of Extension* 1999 37(2) [Internet]. [Consultado 2012 jul 4]. Disponible en: <http://joe.org/joe/1999april/tt3.html>.
22. Santos C, Forn MA, Pérez R, Corrales A, Ugarriza L, Sales C. ¿Están preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer el testamento vital? *Rev Calid Asist*. 2007;5:262-5.
23. Santos De Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Rev Aten Primaria*, 2003;32(1):1-8.
15. Tsalatsanis A, Barnes LE, Hozo I, Djulbegovic B. Extensions to regret-based decision curve analysis: an application to hospice referral for terminal patients. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2011 Dec 23;11:77.
16. Tillyard AR. Tillyard Ethics review: 'Living wills' and intensive care – an overview of the American experience. *Crit Care*. 2007;11(4):219.
24. Tillyard A. Ethics review: 'Living wills' and intensive care – an overview of the American experience. *Crit Care*. 2007; 11(4): 219.
25. Tsalatsanis A, Barnes LE, Hozo I, Djulbegovic B. Extensions to regret-based decision curve analysis: an application to hospice referral for terminal patients. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2011;11:77.
26. Teno JM, Hill TP, O'Connor MA, eds. *Advance Care Planning: Priorities for ethical and empirical research*. (Special Supplement). *Hastings Center Report* 1994;24(6):S1-S36.

27. Whetstine LM. Advanced directives and treatment decisions in the intensive care unit. Crit Care. 2007;11(4):150.
28. Whetstine LM. Advanced directives and treatment decisions in the intensive care unit. Crit Care. 2007;11(4):150.