



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Gomes, Paula Azambuja; Goldim, José Roberto
Diretivas antecipadas de vontade em unidade de emergência hospitalar
Revista Bioética, vol. 30, núm. 1, 2022, Enero-Abril, pp. 106-115
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.7440/res64.2018.03>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570858012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Directivas anticipadas de voluntad en una unidad de emergencia hospitalaria

Paula Azambuja Gomes¹, José Roberto Goldim¹

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil.

Resumen

La participación del paciente en la planificación de su atención médica respeta su derecho a la autodeterminación. Así, esta investigación tuvo como objetivo evaluar el posicionamiento de médicos que actúan en el servicio de emergencia hospitalaria del Hospital de Clínicas de Porto Alegre en relación a las directivas anticipadas de voluntad de los pacientes. Se trata de un estudio transversal con 32 médicos. La mayoría de los participantes (81,3%) afirmó conocer las directivas anticipadas de voluntad, pero solo el 6,3% tenía conocimiento suficiente; el 87,5% se mostró a favor de su uso y la voluntad del paciente fue considerada determinante en tres de los cuatro escenarios presentados; y el 84,4% consideró necesaria una legislación específica además de la Resolución 1995/2012 del Consejo Federal de Medicina. Al final del estudio se concluyó que la mayoría de los médicos tenían conocimiento previo sobre directivas anticipadas de voluntad y se habían posicionado a favor de la utilización de este tipo de documentos en emergencias hospitalarias.

Palabras clave: Toma de decisiones. Directivas anticipadas. Servicios médicos de urgencia. Bioética.

Resumo

Diretivas antecipadas de vontade em unidade de emergência hospitalar

A participação do paciente no planejamento de seus cuidados de saúde respeita seu direito à autodeterminação. Com isso, esta pesquisa teve como objetivo avaliar o posicionamento de médicos que atuam no Serviço de Emergência Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em relação às diretivas antecipadas de vontade de pacientes. Trata-se de estudo transversal com 32 médicos. A maioria dos participantes (81,3%) afirmou conhecer as diretivas antecipadas de vontade, mas apenas 6,3% tinham conhecimento suficiente; 87,5% foram favoráveis à sua utilização e a vontade do paciente foi considerada determinante em três dos quatro cenários apresentados; e 84,4% consideraram necessária legislação específica além da Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina. Ao final do estudo foi concluído que a maioria dos médicos tinha conhecimento prévio sobre diretivas antecipadas de vontade e se posicionara a favor da utilização deste tipo de documento em emergência hospitalar.

Palavras-chave: Tomada de decisões. Diretivas antecipadas. Serviços médicos de emergência. Bioética.

Abstract

Advance directives in a hospital emergency department

Patient participation in planning their health care means respecting the patient's right to self-determination. In this sense, this study aimed to examine the position of doctors working in the Hospital Emergency Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre regarding patient advance directives. This is a cross-sectional study conducted with 32 physicians. Most participants (81.3%) declared to have knowledge about advance directives, but only 6.3% declared having sufficient knowledge; 87.5% were in favor of their use and the patient's will was considered decisive in three of the four scenarios presented; and 84.4% considered that specific legislation on the matter is necessary in addition to Resolution 1995/2012 of the Federal Council of Medicine. Our results allowed us to conclude that most physicians had prior knowledge about advance directives and were in favor of using this type of document in hospital emergency care.

Keywords: Decision making. Advance directives. Emergency medical services. Bioethics.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-HCPA-CAAE 80900917.0.0000.5327

La ampliación de la longevidad es uno de los grandes desafíos de la ciencia en el área de la salud humana. Esta búsqueda ha sido asociada al intento de postergar el momento de la muerte y de modificar el curso natural de la enfermedad, así como al aumento de la incidencia de múltiples comorbilidades. La mayor longevidad puede, algunas veces, solo prolongar la existencia, siendo acompañada por una calidad de vida comprometida^{1,2}.

Asimismo, en las últimas décadas se ha producido un avance significativo en el reconocimiento de la autonomía y el derecho del paciente a la autodeterminación. Esto ha generado desafíos para los profesionales en términos de cómo informar adecuadamente para permitir que el paciente decida sobre su tratamiento, con la libertad de autorizar o rechazar el procedimiento o la terapia¹.

Uno de los objetivos contemporáneos del área de la salud es garantizar que la alta calidad asistencial se asocie al respeto a la autonomía del paciente. Esto ha sido especialmente desafiante en emergencias hospitalarias², en las cuales existe la constatación médica de condiciones de salud que implican un riesgo inminente de muerte o de sufrimiento intenso. Estas condiciones requieren una rápida toma de decisiones para permitir un tratamiento médico adecuado en un corto período³. Esta situación puede incluso caracterizar un tipo de paternalismo justificado, cuando no hay posibilidad de que el paciente participe en el proceso de toma de decisiones.

El principio de respeto a la autonomía se asocia al derecho personal a elegir de forma libre, con la menor influencia externa posible. La garantía del respeto a la autodeterminación –poder expresar sus deseos y participar activamente en la planificación de sus cuidados de salud– se ha incorporado progresivamente a la práctica de los profesionales del área⁴. Es importante diferenciar entre autonomía, entendida como capacidad de decidir, y autodeterminación, como ejercicio de toma de decisiones⁵.

En Brasil existen numerosas garantías para el derecho de participación de las personas. La libertad es un derecho fundamental garantizado por el artículo 5º de la Constitución Federal⁶. El Código Civil⁷, en su artículo 15, garantiza el poder de participar activamente en las decisiones que involucran tratamientos y procedimientos médicos. La Ley 10.741/2003⁸ establece en su artículo 17 la protección adicional a los ancianos para garantizar esta misma participación,

previando además que, en caso de que el paciente esté incapacitado de decidir, esta decisión deberá ser tomada por su curador, en su caso, su familia o incluso su médico en situaciones que amenazan la vida.

Sin embargo, no todas las personas tienen condiciones de ejercer plenamente su autonomía. El desarrollo psicológico-moral ocurre a lo largo de la vida y puede verse reducido por numerosos factores físicos y mentales, lo que afecta total o parcialmente su capacidad de autodeterminación debido a enfermedades, trastornos mentales o circunstancias que restrinjan severamente la libertad⁹. Además, muchas veces los pacientes atendidos en emergencias hospitalarias pueden no estar en condiciones de autodeterminarse, y sus familias pueden aún tomar decisiones que no están de acuerdo con sus deseos. Esto se puede evitar mediante el uso de directivas anticipadas de voluntad (DAV) o mediante la definición previa de un representante que podrá tomar decisiones en su lugar cuando esté incapacitado^{10,11}.

En Brasil, esta posibilidad está asegurada por la Resolución 1.995/2012¹² del Consejo Federal de Medicina (CFM), que ha establecido condiciones y procedimientos para garantizar que se consideren los deseos del paciente incluso cuando no puede participar activamente en las decisiones sobre tratamientos de salud. Esta resolución¹² estableció que la voluntad expresada por el paciente en una DAV, registrada en su historial médico por el equipo médico, prevalece sobre las decisiones de sus familiares. La designación de un representante, también identificado en la historia clínica, garantizará que esta persona sea su interlocutor con el equipo asistencial. Solo el propio paciente puede cambiar las DAV. Según esta misma Resolución CFM 1.995/2012¹², las DAV se deben tener en cuenta por el equipo asistencial al momento de tomar una decisión que involucre a un paciente que no pueda participar en este proceso. Las directivas, sin embargo, son directrices, no obligaciones¹².

Algunos estudios demuestran que los profesionales de salud tienen dudas acerca de las DAV, y a este desconocimiento se agregan temores asociados a la falta de legislación específica sobre el tema en Brasil¹³. A pesar de la reconocida ausencia de leyes propias sobre las DAV, la legislación existente contempla esta posibilidad en artículos de la Constitución Federal⁶, del Código Civil⁷ y del Estatuto del Anciano⁸. La Resolución CFM 1.995/2012¹²

establece explícitamente las DAV y la posibilidad de designar un representante para la toma de decisiones en salud. La asociación de estos documentos garantiza la idoneidad de su uso desde un punto de vista legal y deontológico¹².

En asistencias de emergencia, algunas peculiaridades agregan otros factores que pueden dificultar la adecuada utilización de las DAV. Un factor es la falta de conocimiento previo del paciente, sus necesidades y sus preferencias. En pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, el empeoramiento de su enfermedad de base puede generar importantes cuestiones éticas sobre la adecuación de los tratamientos a ofrecer. Esto se vuelve aún más difícil cuando estos pacientes ya no tienen posibilidades terapéuticas de curación. Los pacientes, familiares y el equipo de atención no siempre están de acuerdo en estas perspectivas¹⁴.

En situaciones que involucran a pacientes con enfermedades incurables o al final de la vida, algunos tratamientos disponibles en los servicios de emergencia pueden considerarse obstinación terapéutica¹⁵. Este tipo de atención puede tener consecuencias para el paciente en términos de incomodidad física y pérdida de calidad de vida. Para los familiares, este tratamiento puede generar falsas expectativas y altos costos. Desde el punto de vista de la sociedad, este tipo de atención puede generar un consumo inútil de recursos¹⁶.

Sin embargo, esta situación no siempre es clara. A menudo, el médico que trabaja en una unidad de emergencia se enfrenta a casos de difícil decisión, asociados a un alto grado de incertidumbre y que requieren una rápida intervención. El desarrollo psicológico-moral influye directamente en el enfoque de estas circunstancias. Es lo que permite una mejor calidad en todo el proceso, debido a la complejidad de los múltiples intereses involucrados¹⁷.

El desconocimiento y la incertidumbre asociados con las situaciones de emergencia hacen que la toma de decisiones sea aún más compleja. Pueden ocurrir expectativas contradictorias, especialmente en cuanto a la conducta y los procedimientos a adoptar. El paciente, incluso al final de la vida, cuando es llevado a urgencias, tiene la expectativa de tener su vida preservada. La búsqueda de atención de emergencia puede entenderse como una solicitud de ayuda. La relación profesional-paciente-familia es fundamental¹⁸.

La comunicación eficiente y afectuosa entre médicos, pacientes y familiares es un componente clave de la atención centrada en el paciente; sin embargo, en la atención de emergencia, el tiempo de interacción es restringido o incluso nulo. Las DAV pueden ser un factor importante en este proceso de comunicación y toma de decisiones al involucrar no solo la vida, sino también el vivir del paciente. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los deseos, expectativas y anhelos de los pacientes asociados a su vida futura no son valorados, no han sido compartidos o incluso son desconocidos⁴. Con eso, el objetivo de este artículo es evaluar la posición de los médicos que actúan en los servicios de emergencia hospitalarios frente a las DAV de los pacientes, en términos de conocimiento, valoración y apoyo ético-legal.

Método

Se realizó un estudio transversal con médicos que actúan en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Se invitó a participar a los 43 médicos que realizaban actividades clínicas en el sitio de investigación. Los datos fueron recolectados en el propio lugar de trabajo asistencial de los participantes.

Se recopilaron datos sociodemográficos y características profesionales de los participantes, incluida la edad, el sexo y el tiempo de actividad en emergencias. Se presentaron cuestiones relacionadas con el grado de conocimiento personal sobre DAV, la posición personal acerca de su uso y la eventual justificación para su uso. También se cuestionó la necesidad de una legislación específica. Otra cuestión buscó verificar si, en su percepción personal, los médicos entienden que existen diferencias, desde el punto de vista ético, entre no implantar o retirar medidas terapéuticas fútiles. También se presentaron 11 aspectos diferentes que podrían estar asociados a la utilización de las DAV. Para evaluar el posicionamiento de los médicos en el proceso de toma de decisiones, se presentaron cuatro escenarios diferentes, cada uno con seis alternativas: el paciente tiene un papel determinante; el paciente influye en la decisión del médico; el paciente y sus familiares influyen en la decisión del médico; solo los familiares influyen en la decisión del médico; falta de apoyo legal; o riesgo legal asociado.

El desarrollo psicológico-moral de los profesionales se verificó utilizando un instrumento previamente validado¹⁹. Esta herramienta propone que el participante seleccione nueve sentencias entre 30 diferentes opciones que se asocian a las diferentes fases del desarrollo psicológico-moral: impulsiva, oportunista, conformista, concienzuda, autónoma e integrada. La persona es considerada capaz de tomar decisiones en su mejor interés cuando es clasificada en las fases conformista, concienzuda, autónoma e integrada. En base a la selección de frases, realizada individualmente, cada participante es clasificado en una de las fases.

Los datos obtenidos fueron analizados por metodologías mixtas. Se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales. Las asociaciones se obtuvieron mediante la prueba exacta de Fisher, dependiendo del tamaño de la muestra estudiada. El nivel de significación establecido fue del 5% ($p < 0,05$). El sistema SPSS, versión 18, se utilizó para estas evaluaciones, y los datos cualitativos se evaluaron mediante análisis de contenido²⁰.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del HCPA, estando de acuerdo con la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud²¹. Todos los participantes autorizaron el uso de sus datos por medio de un término de consentimiento libre e informado.

Resultados

Se obtuvo una muestra por conveniencia de 32 médicos, que representan el 74,4% de los 43 profesionales que actuaban en el Servicio de Emergencia del HCPA y que fueron invitados a participar de la investigación. La edad de los participantes varió de 32 a 58 años. La distribución en cuanto al sexo fue equilibrada, siendo el 50% de los participantes mujeres y el 50% hombres. El menor tiempo de actividad en emergencias fue de seis meses y el mayor de 25 años, con una media y una mediana de 10 años.

La evaluación del desarrollo psicológico-moral demostró que todos los participantes tuvieron resultados compatibles con la capacidad de decidir adecuadamente, ubicándose en las fases conformista, consciente, autónoma e integrada. La fase autónoma fue la más frecuente, con 20 (62,5%) médicos, seguida de la fase concienzuda, con 10 (31,3%) médicos. Las fases conformista e integrada tuvieron solo un médico (3,1%) cada una.

Afirmaron conocer las DAV 26 (81,3%) participantes de la encuesta, de los cuales sólo dos (6,3%) declararon tener conocimientos suficientes. De los demás, 12 (37,5%) afirmaron tener conocimiento medio y los otros 12 (37,5%), poco conocimiento sobre el tema. En cuanto a la utilización de las DAV, la mayoría de los participantes (28 médicos, 87,5% de la muestra) se posicionó a favor, dos (6,3%) afirmaron que podrían utilizarlas, uno (3,1%) afirmó que no las utilizaría y otro (3,1%) no respondió.

Se presentaron justificaciones para el uso de las DAV por 25 (78,1%) participantes, y fue posible agruparlas en cuatro categorías diferentes: dos relacionadas con el paciente –autonomía (50%) y su aclaración previa y adecuada (6,3%)– y otras dos relacionadas con el médico –para facilitar su toma de decisiones (15,6%) y evitar el uso de medidas terapéuticas fútiles (6,3%). Desde el punto de vista legal, 27 (84,4%) participantes consideran necesaria una legislación específica para situaciones de uso de las DAV, además de la resolución CFM 1.995/2012¹². Si existiera una legislación específica, 28 (87,5%) médicos manifestaron que cumplirían con las DAV y los 4 (12,5%) restantes respondieron que las podrían considerar en sus decisiones.

Solo uno (3,1%) de los 32 participantes no respondió a las preguntas relacionadas con los cuatro escenarios de toma de decisiones. En las respuestas dadas, ningún participante escogió las alternativas referidas a “falta de respaldo legal” o “riesgo judicial”. Todas las elecciones involucraron al paciente o familiares en el proceso de toma de decisiones (Tabla 1).

Tabla 1. Respuestas de 31 médicos que trabajan en un área de emergencias en relación a cuatro escenarios diferentes de participación del paciente y la familia en la toma de decisiones

Negativa para el procedimiento	Voluntad del paciente es determinante	Voluntad del paciente influye	Voluntad del paciente y de los familiares	Voluntad de los familiares
Paciente capaz y con posibilidad terapéutica de curación	25 (80,6%)	2 (6,5%)	4 (12,9%)	-
Paciente capaz y fuera de posibilidad terapéutica de curación	28 (90,3%)	1 (3,2%)	2 (6,5%)	-
Paciente incapaz y fuera de posibilidad terapéutica de curación deja directivas anticipadas de voluntad	26 (83,9%)	1 (3,2%)	4 (12,9%)	-
Paciente incapaz y fuera de posibilidad terapéutica de curación expresa su voluntad a un familiar	14 (45,2%)	4 (12,9%)	12 (38,7%)	1 (3,2%)

Nota: $n(fr)$; $\chi^2=19,09$; $p=0,003$ (S).

El primer escenario presentado cuestionaba cómo se posicionaría el médico frente a un paciente plenamente capaz y con posibilidades terapéuticas de curación que se negara a autorizar el procedimiento. La mayoría de los encuestados (25 médicos, 80,6%) indicó que la voluntad del paciente sería determinante para la toma de decisión, cuatro (12,9%) médicos señalaron que la decisión involucraría al paciente y sus familiares, y sólo dos (6,5%) participantes respondieron que la voluntad del paciente influiría en la decisión del médico.

El segundo escenario involucraba a un paciente considerado plenamente capaz, pero fuera de posibilidades terapéuticas de curación, que se niega a autorizar el procedimiento. Se mantuvo el patrón de distribución del escenario anterior, sólo con una ampliación de las respuestas que caracterizan la voluntad del paciente como determinante, elegida por 28 (90,3%) médicos. La implicación del paciente y de sus familiares fue apuntada por dos (6,5%) participantes, y apenas uno (3,2%) respondió que el paciente influiría en la decisión.

El tercer escenario mantiene la situación del paciente fuera de posibilidades terapéuticas de curación, pero que había dejado documentada en la historia clínica una DAV, en la que manifiesta su negativa. Las respuestas mantuvieron una distribución similar a la del primer y segundo escenario, ya que 26 (83,9%) participantes eligieron como determinante la voluntad del paciente, cuatro (12,9%) considerarían la voluntad del paciente y su familia, y uno (3,2%) sólo sería influenciado por la voluntad del paciente.

En el cuarto y último escenario, un paciente sin posibilidades terapéuticas de curación que no está en condiciones de participar en el proceso de toma de decisiones sólo expresó verbalmente su negativa a realizar el procedimiento a un familiar. El patrón de respuestas cambió en esta situación. La voluntad del paciente fue considerada determinante por 14 (45,2%) participantes, seguida de la consideración de la voluntad del paciente y de sus familiares por 12 (38,7%) médicos. La opción de que solo el paciente influya en la decisión fue elegida por cuatro (12,9%) encuestados, y solo uno (3,2%) seleccionó que solo se tendría en cuenta la voluntad de los familiares.

La evaluación de las respuestas dadas a los cuatro escenarios permite constatar un patrón que mantiene como determinante la voluntad del paciente expresada directamente por el paciente a su médico o a través de una DAV, independientemente de que el paciente esté o no fuera de la posibilidad terapéutica de curación. Se verificó alteración de este patrón con asociación significativa ($\chi^2=19,09$; $p=0,003$) sólo cuando la manifestación del paciente es indirecta, a través de un familiar. En esta situación hubo distribución de las respuestas entre la voluntad del paciente ser determinante y la voluntad del paciente y de los familiares (Tabla 1). Si se aísla el factor de estar o no el paciente fuera de la posibilidad terapéutica de curación, la asociación no fue significativa en cuanto a considerar su voluntad como factor determinante. ($\chi^2=0,3583$; $p=0,549$ NS). Por otro lado, cuando esta asociación involucra la manifestación directa del paciente o por medio de una DAV, comparada a la manifestada

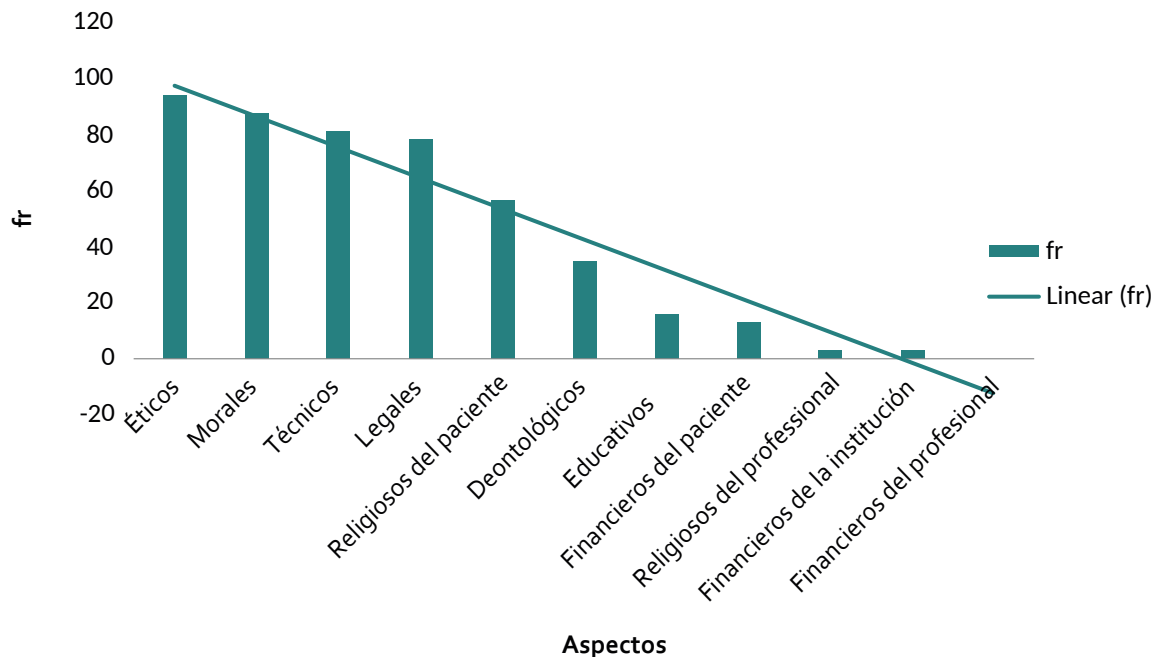
por un familiar, sin documentación asociada, ella pasa a ser muy significativa ($X^2=17,5627$; $p=0,00001$).

Hubo casi unanimidad entre los médicos (29 participantes, 90,6%) en relación a no haber diferencia, desde el punto de vista ético, entre no implementar o retirar medidas terapéuticas consideradas fútiles. Los restantes 3 (9,4%) médicos afirmaron que solo es justificable no implementar medidas fútiles.

Se presentaron once aspectos diferentes que podrían influir en el uso de las DAV en las decisiones de los pacientes atendidos en los servicios

de emergencia hospitalarios. Cada participante podía seleccionar los aspectos que consideraba relevantes. Los aspectos éticos fueron los más seleccionados (93,8%), seguidos de aspectos morales (87,5%), técnicos (81,2%), legales (78,1%), religiosos del paciente (56,2%), deontológicos (34,3%), financieros del paciente (12,5%), educativos (15,6%), religiosos del profesional (3,1%) y financieros de la institución (3,1%). Solo no se seleccionó la alternativa referente a los aspectos financieros del profesional (Figura 1).

Figura 1. Respuestas en frecuencias relativas asociadas a los aspectos que los médicos creen que influyen en el uso de directivas anticipadas de voluntad en la atención prestada en los servicios de emergencia hospitalarios (n=32)



fr: frecuencia relativa

Discusión

La muestra de médicos que participaron de la investigación tenía buena experiencia en atendimientos de emergencia, ya que más del 50% del grupo tenía más de 10 años de actuación en el área. Todos los participantes presentaron desarrollo psicológico-moral necesario para la toma de decisión adecuada, siendo que la mayoría (65,6%) estaba en la fase autónoma o integrada. En estas dos fases, la persona ya tiene la noción de

regla introyectada, que permite la toma de decisiones libre de coacción externa e independiente²².

Sin embargo, además del necesario desarrollo psicológico-moral, la capacidad de decisión abarca varias otras habilidades, como la posibilidad de involucrarse con el tema, de comprender y evaluar alternativas y de comunicar su preferencia²³. En entornos de atención de emergencia, la relación y comunicación profesional-paciente puede verse perjudicada por la falta de conocimientos previos. Las DAV pueden suplir, al menos en parte, esta falta de información sobre los deseos y preferencias de los pacientes.

La mayoría de la muestra (81,3%) afirmó conocer las DAV, aunque de manera precaria, ya que solo un pequeño grupo informó tener un buen conocimiento (6,3%). Varios estudios²⁴⁻²⁶ realizados en Brasil en los últimos años verificaron un bajo conocimiento sobre DAV entre estudiantes de medicina, aunque conozcan la resolución CFM 1.995/2012¹².

Gran parte de los médicos participantes del presente estudio (87,5%) se posicionó a favor del uso de esta forma de documentar deseos y preferencias de los pacientes. Cabe destacar la relación entre cumplir con los deseos del paciente y saber qué son las DAV. Los dos médicos que respondieron que el paciente solo podía influir pero no definir la decisión a tomar tenían poco y medio conocimiento sobre las directivas. El único médico que respondió que no tomaría en cuenta la voluntad anticipada del paciente en su toma de decisiones desconocía las DAV.

La mayoría de los encuestados (87,5%) también expresó la necesidad de una legislación específica sobre el tema, además de la Resolución CFM 1995/2012¹². La frecuencia de las respuestas de los médicos que utilizarían las DAV si hubiera soporte legal propio se mantuvo en el mismo nivel (87,5%), es decir, la existencia de una legislación específica podría amparar mejor las decisiones, pero no alteraría la disposición de los profesionales de considerar las DAV. Otro estudio también identificó este mismo problema, enfatizando que los médicos podrían tomar decisiones de manera más segura si hubiera una legislación específica sobre las directivas²⁷.

La utilización de las DAV tiene respaldo legal en la Constitución Federal⁶, en su artículo 5º, y en el Código Civil⁷ en su artículo 15. La primera establece la autonomía como derecho fundamental, y la segunda garantiza la participación del paciente y la posibilidad de consentir o no en tratamientos médicos. Del mismo modo, el Estatuto de los Ancianos, Ley 10.741/2003⁸, que se aplica a las personas mayores de 60 años, reitera la garantía de participación en situaciones de atención médica. La resolución CFM 1.995/2012¹² establece la forma éticamente adecuada de instrumentalizar la participación activa del paciente, aunque anticipada en la eventualidad de su incapacidad, en el proceso de toma de decisiones.

Contrariamente a lo que han dicho algunos autores²⁸, el CFM puede establecer rutinas y procedimientos que permitan el adecuado ejercicio de la medicina. Esto ya ocurre, por ejemplo,

en el área de la reproducción asistida, a través de la Resolución CFM 2.168/2017²⁹, y de los criterios para el diagnóstico de muerte encefálica, con la Resolución CFM 2.173/2017³⁰. El CFM es legalmente responsable de velar por la actuación ética de la medicina, de conformidad con la Ley 3.268/1957³¹.

Varios estudios^{24,26,32}, realizados con diferentes muestras de médicos y estudiantes de medicina, presentaron igualmente resultados a favor de seguir las orientaciones dadas por pacientes en las DAV. Un estudio orientado a identificar las variables que influyen en los médicos para implementar las DAV, así como evaluar su impacto en los cuidados al final de la vida, demostró resultados similares³². Los profesionales tendían a cumplir el deseo de sus pacientes y coincidieron en que la directriz anticipada ayudaba al proceso de toma de decisiones, teniendo también en cuenta otros factores, especialmente las condiciones pronósticas y la irreversibilidad.

Las razones dadas por los médicos para el uso adecuado de las DAV abarcaron las perspectivas de los pacientes y de los propios profesionales. Desde el punto de vista del paciente, las justificaciones abordan las dos cuestiones centrales para la decisión adecuada: la necesidad de estar debidamente informado y el respeto a su autonomía. Desde la perspectiva del médico, las directivas facilitan la toma de decisiones al dar visibilidad a los deseos y expectativas del propio paciente y, también, al respaldar la no utilización de medidas terapéuticas caracterizadas como fútiles, es decir, que no benefician al paciente³².

Una pregunta adicional se refiere a la diferencia entre no implantar o retirar una medida terapéutica considerada fútil. Para la mayoría de los participantes del presente estudio (90,6%), las acciones se equivalen. Los demás participantes manifestaron que sólo es adecuado no implantar (9,4%). Estas decisiones siempre generan algún tipo de incomodidad. Desde el punto de vista ético, suspender o no implementar medidas terapéuticas fútiles son decisiones equivalentes³³, pero algunos médicos pueden considerar inapropiado retirar medidas consideradas fútiles debido al impacto psicológico asociado a las consecuencias de esta acción.

Las decisiones médicas tomadas en entornos de emergencia siempre son sensibles. Decidir no reanimar al paciente o no implantar tratamientos invasivos es siempre difícil para el equipo asistencial. La carencia de investigaciones en el área, la falta

de claridad en reconocer matices en esas situaciones y las diferentes actitudes y valores personales de profesionales, familiares y pacientes son elementos que dificultan aún más este proceso^{16,34}.

En la evaluación de los cuatro escenarios presentados en este estudio, tres de ellos tuvieron el mismo perfil de respuesta y solo uno se destacó. En los escenarios en que se conocían los deseos del enfermo, sea directamente por su manifestación al equipo asistencial o por medio de directivas documentadas, e independientemente de si el paciente estaba o no fuera de posibilidad terapéutica de curación, su voluntad fue determinante. Sin embargo, cuando los deseos del paciente fueron comunicados sólo a través de un familiar, esta manifestación indirecta e indocumentada fue considerada, pero con menor grado de determinación.

En la evaluación de los cuatro escenarios, queda evidente la importancia de que los médicos en servicios de emergencia hospitalaria incluyan a los familiares del paciente en la toma de decisiones. Esto se hace aún más necesario en los casos en que no hay una DAV. En esa situación, la familia participa del proceso con el fin de informar a los profesionales de la salud sobre las preferencias, deseos y anhelos expresados por los pacientes a estas personas³⁵.

Los aspectos asociados a las DAV y destacados por los médicos en este estudio podrían clasificarse en función de sus frecuencias relativas. Los aspectos éticos, morales, técnicos, legales y religiosos del paciente tuvieron más respuestas. Por otro lado, fueron menos citados los aspectos financieros del paciente, de la institución

y del profesional, los deontológicos y los religiosos del profesional. Estos resultados demuestran que el proceso de toma de decisiones de los médicos es bastante completo.

Esto evidencia que la toma de decisiones en el área de la salud debe considerar la adecuación técnica de las indicaciones médicas, las preferencias y la calidad de vida del paciente y el contexto externo, que incluye el marco legal asociado³⁶. Todos estos aspectos coinciden con las respuestas dadas por los médicos de la muestra. Los datos del presente estudio también son similares a la investigación realizada previamente con médicos de cuidados intensivos de cinco hospitales brasileños diferentes³⁷.

Consideraciones finales

Con base en las informaciones obtenidas de esta muestra de médicos que actúan en servicios de emergencia hospitalaria, es posible constatar la necesidad de ampliar la difusión de las bases éticas y legales de las DAV. A pesar de ello, la mayoría de los participantes se dispone a cumplir la voluntad expresada por los pacientes en este tipo de instrumento. Las justificaciones para su uso destacaron la participación del paciente y del médico en la toma de decisiones, y los aspectos éticos, legales y técnicos fueron los más destacados por los profesionales. Los datos del presente estudio refuerzan la necesidad de promover acciones educativas que tranquilicen a los médicos que actúan en los servicios de emergencia en el proceso de considerar los deseos y preferencias de los pacientes expresados por las DAV.

Referencias

1. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acceso 20 out 2021];69(6):1031-8. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0085
2. Mentzelopoulos SD, Slowther AM, Fritz Z, Sandroni C, Xanthos T, Callaway C *et al*. Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Med* [Internet]. 2018 [acceso 20 out 2021];44(6):703-16. DOI: 10.1007/s00134-018-5202-0
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 17 mar 1995 [acceso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3BXVkB>
4. Mentzelopoulos SD, Haywood K, Cariou A, Mantzanas M, Bossaert L. Evolution of medical ethics in resuscitation and end of life. *Trends Anaesth Crit Care* [Internet]. 2016 [acceso 20 out 2021];10:7-14. DOI: 10.1016/j.tacc.2016.08.001

5. Bajotto AP, Goldim JR. Case-report: autonomy and self determination of an elderly population in south Brazil. *J Clin Res Bioeth* [Internet]. 2011 [acesso 20 out 2021];2(2):1000109. DOI: 10.4172/2155-9627.1000109
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 5 out 1988 [acesso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3seVD8s>
7. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 11 jan 2002 [acesso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3vj7cNQ>
8. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 3 out 2003 [acesso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3h9V1uH>
9. Goldim JR. Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia. *Bioética* [blog] [Internet]. Porto Alegre, 14 mar 2004 [acesso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/35itTa8>
10. Alves CA. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: considerações sobre linguagem e fim de vida. *Rev Jurídica* [Internet]. 2013 [acesso 20 out 2021];61(427):89-110. Disponível: <https://bit.ly/3vj7iFc>
11. Alves CA. Linguagem, diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: uma interface nacional e internacional. *Bioethikos* [Internet]. 2013 [acesso 20 out 2021];7(3):259-70. Disponível: <https://bit.ly/3BML30I>
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 31 ago 2012 [acesso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3h92Xw3>
13. Cogo SB, Lunardi VL. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 20 out 2021];68(3):524-34. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680321i
14. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med* [Internet]. 2011 [acesso 20 out 2021];14(8):945-50. DOI: 10.1089/jpm.2011.0011
15. Ding CQ, Zhang YP, Wang YW, Yang MF, Wang S, Cui NQ, Jin JF. Death and do-not-resuscitate order in the emergency department: a single-center three-year retrospective study in the Chinese mainland. *World J Emerg Med* [Internet]. 2020 [acesso 20 out 2021];11(4):231-7. DOI: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2020.04.005
16. Vancini-Campanharo CR, Vancini RL, Machado Netto MC, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA, Góis AFT. Do not attempt resuscitation orders at the emergency department of a teaching hospital. *Einstein* [Internet]. 2017 [acesso 20 out 2021];15(4):409-14. DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3999
17. Raymundo MM, Goldim JR. Do consentimento por procuração à autorização por representação. *Rev. Bioética* [Internet]. 2007 [acesso 20 out 2021];15(1):83-99. Disponível: <https://bit.ly/3wlw20r>
18. Goldim JR. Paternalismo. *Bioética* [blog] [Internet]. Porto Alegre, 8 mar 1998 [acesso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/33K82bl>
19. Souza ELP. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. *Bol Soc Psicol Rio Grande Sul*. 1968;3(7):5-16.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
21. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 16 jul 2013 [acesso 3 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3nz55jN>
22. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development: construction and use of a sentence completion test. San Francisco: Jossey-Bass; 1970. v. 1.
23. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 20 out 2021];25(3):334-9. DOI: 10.1590/S0103-21002012000300003
24. Silva JAC, Souza LEA, Costa JLF, Miranda HC. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 20 out 2021];23(3):563-71. DOI: 10.1590/1983-80422015233093
25. Kulicz MJ, Amarante DF, Nakatani HTI, Arai C Filho, Okamoto CT. Terminalidade e testamento vital: o conhecimento de estudantes de medicina. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2018 [acesso 20 out 2021];26(3):420-8. DOI: 10.1590/1983-80422018263262
26. Mendes MVG, Silva JCO, Ericeira MAL, Pinheiro AN. Testamento vital: conhecimentos e atitudes de alunos internos de um curso de medicina. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2019 [acesso 20 out 2021];43(2):169-75. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n2RB20180117ingles

27. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS, Delgado ÁHA, Tabet CG, Almeida GG, Vieira IF. Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2015 [acesso 20 out 2021];23(3):572-82. DOI: 10.1590/1983-80422015233094
28. Monteiro RSF, Silva AG Jr. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2019 [acesso 20 out 2021];27(1):86-97. DOI: 10.1590/1983-80422019271290
29. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.168, de 21 de setembro de 2017. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos –, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.121. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 10 nov 2017 [acesso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3lgY1RM>
30. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 15 dez 2017 [acesso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3LRaOwy>
31. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os conselhos de medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Rio de Janeiro, 1º out 1957 [acesso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3scW6bq>
32. Arruda LMA, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MVC. Variáveis que influenciam na decisão médica frente a uma diretiva antecipada de vontade e seu impacto nos cuidados de fim de vida. Einstein [Internet]. 2020 [acesso 20 out 2021];18:eRW4852. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020RW4852
33. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med [Internet]. 1990 [acesso 20 out 2021];112(12):949-54. DOI: 10.7326/0003-4819-112-12-949
34. Peters M, Kern B, Buschmann C. Medizinrechtliche Aspekte bei der notärztlichen Versorgung: Analyse zur Häufigkeit von Patientenverfügungen und deren Einfluss auf notärztliche Entscheidungsprozesse. Med Klin Intensivmed Notfmed [Internet]. 2017 [acesso 20 out 2021];112:136-44. DOI: 10.1007/s00063-015-0120-1
35. Wurmb T, Brederlau J. Patientenwille und Akutmedizin. Med Klin Intensivmed Notfmed [Internet]. 2016 [acesso 20 out 2021];111:113-7. DOI: 10.1007/s00063-015-0086-z
36. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 4ª ed. New York: McGraw-Hill Education; 1998.
37. Lima EP. Diretivas antecipadas de vontade em unidades de terapia intensiva das regiões Norte e Sul do Brasil [tese] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014 [acesso 20 out 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3BHAU0t>

Paula Azambuja Gomes – Magíster – psicologapaulagomes@gmail.com

 0000-0002-9663-8134

José Roberto Goldim – Doctor – jrgoldim@gmail.com

 0000-0003-2127-6594

Correspondencia

Paula Azambuja Gomes – Rua Luiz Fontoura Júnior, 230, apt. 803B CEP 91215-095. Porto Alegre/RS, Brasil.

Participación de los autores

Paula Azambuja Gomes idealizó el tema, investigó la bibliografía y recopiló los datos del estudio. José Roberto Goldim orientó el trabajo, auxilió en el análisis de los datos y efectuó la revisión crítica del contenido. Ambos autores redactaron el artículo.

Recibido: 11.2.2021

Revisado: 7.2.2022

Aprobado: 14.2.2022