



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Murasse, Luisa Saemi; Ribeiro, Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira
Diretivas antecipadas de vontade: conhecimento e utilização por médicos residentes
Revista Bioética, vol. 30, núm. 3, 2022, Julio-Septiembre, pp. 598-609
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303553PT>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361573799014>

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

UABM
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: conocimiento y uso por los médicos residentes

Luisa Saemi Murasse¹, Uíara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro²

1. Santa Casa de Curitiba, Curitiba/PR, Brasil. 2. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

La planificación de cuidados con base en las directivas anticipadas de voluntad es vital para la preservación de la autonomía y dignidad de los pacientes. Ante esto, se pretende evaluar el nivel de conocimiento de los médicos residentes de Curitiba, Paraná, Brasil, sobre el tema y su uso en la práctica clínica. También se estimó el sentimiento que tienen estos profesionales sobre el conocimiento y confianza en este instrumento. Se realizó una investigación cuantitativa y transversal a partir de un cuestionario estructurado aplicado a una muestra final de 45 participantes en una plataforma digital. Los resultados indican que son insuficientes los conocimientos de estos profesionales sobre el concepto y los aspectos legales de las directivas anticipadas.

Palabras clave: Directivas anticipadas. Cuerpo médico de hospitales. Bioética. Médicos.

Resumo

Diretivas antecipadas de vontade: conhecimento e utilização por médicos residentes

O planejamento de cuidados baseado em diretivas antecipadas de vontade é vital para preservar a autonomia e dignidade dos pacientes. Em vista disso, buscou-se verificar o nível de conhecimento dos médicos residentes de Curitiba/PR a respeito delas e de seu uso na prática clínica. Além disso, avaliou-se o sentimento desses profissionais em relação ao conhecimento e segurança que têm acerca do instrumento. Foi realizada uma pesquisa de caráter quantitativo e transversal por meio de aplicação de questionário estruturado em plataforma digital com amostra final de 45 participantes. Os resultados indicam que o conhecimento desses profissionais acerca do conceito e dos aspectos jurídicos das diretivas antecipadas é insuficiente.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas. Corpo clínico hospitalar. Bioética. Médicos.

Abstract

Advance directive of will: knowledge and use by resident physicians

Care planning based on advance directives is vital to preserve the autonomy and dignity of patients. In view of this, this study sought to verify the level of knowledge of medical residents of Curitiba, Paraná, Brazil, about them and their use in clinical practice. The feeling of these professionals regarding their knowledge and safety about the instrument was also evaluated. A quantitative and cross-sectional research was carried out by applying a structured questionnaire on a digital platform with a final sample of 45 participants. The results indicate that the knowledge of these professionals about the concept and legal aspects of advance directives is insufficient.

Keywords: Advance directives. Medical staff, hospital. Bioethics. Physicians.

Las directivas anticipadas de voluntad (DAV) son un conjunto de documentos a través de los cuales el individuo puede expresar su voluntad en relación con el cuidado de su salud en caso de pérdida de la capacidad de expresarse en un momento futuro. Están formadas por dos tipos de documentos: el testamento vital y el poder notarial para la atención médica o el mandato duradero¹.

El primero permite decidir de antemano sobre cuidados, tratamientos y procedimientos deseables o no deseables en caso de una enfermedad grave más allá de las posibilidades curativas. El segundo es el documento propio para nombrar a un fiscal, que tiene el papel de reemplazar al individuo en la toma de decisiones sobre sus tratamientos¹.

Brasil no cuenta actualmente con una legislación federal específica sobre las DAV, y las leyes estatales (de São Paulo, Paraná y Minas Gerais) que garantizan el derecho a rechazar tratamientos de salud dolorosos o extraordinarios no contemplan directamente el contexto de imposibilidad de manifestación del paciente en el momento de la intervención².

La primera regulación sobre el tema en el país fue la resolución 1.995/2012³ del Consejo Federal de Medicina (CFM), que dispone sobre las condiciones que deben orientar la conducta médica en situaciones en las que los pacientes no pueden expresar su autonomía.

La resolución del CFM define las DAV, en su artículo 1 como: *conjunto de deseos, previa y expresamente manifestados por el paciente, sobre cuidados y tratamientos que quiere, o no, recibir en el momento en que esté incapacitado de expresar, libre y autónomamente, su voluntad, tomando por DAV el concepto de testamento vital. Aún así, plantea la posibilidad de designar un apoderado de salud a raíz del mismo artículo: en caso de que el paciente haya designado un representante para tal fin, su información será tomada en cuenta por el médico*³.

Aunque la resolución tiene función sólo normativa, los autores defienden que, incluso ante la ausencia de legislación específica, la resolución tiene respaldo en la Constitución Federal brasileña al promover el derecho a decidir sobre la propia muerte y la dignidad humana⁴.

El aumento de la esperanza de vida, así como de la prevalencia de enfermedades crónicas, oncológicas o no, culmina con el crecimiento del número de personas al final de la vida. Las DAV se entienden como una forma de preservar los derechos,

la autonomía y la dignidad de las personas que se encuentran en esta situación⁵.

A menudo responsables de discutir la planificación de la atención de los pacientes, los médicos residentes no están adecuadamente preparados para tal⁶. Con respecto a los DAV, la evidencia sugiere que el contacto con el contenido solo durante el curso de medicina no es suficiente para satisfacer la necesidad de los residentes⁷.

En vista de la relevancia del tema de las DAV para la toma de decisión clínica del profesional médico, así como el papel del médico residente en la asistencia directa a pacientes en situación de fin de vida, el presente estudio tiene como objetivo principal verificar el nivel de conocimiento de médicos participantes de programas de residencia médica en la ciudad de Curitiba/PR respecto de las DAV y de su uso en la práctica clínica. Como objetivo secundario, se buscó evaluar la presencia o ausencia de sentimiento de incomodidad del médico residente en relación a su conocimiento sobre las DAV y a la seguridad en la adopción del instrumento en la práctica clínica.

Método

Para lograr los objetivos planteados se realizó una investigación cuantitativa, exploratoria y transversal, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado en una plataforma digital. A través de las redes sociales virtuales se invitó a participar a los profesionales médicos que durante el período de la investigación se encontraban inscritos en un programa de residencia médica, independientemente del área de especialización pretendida. El reclutamiento se dio inicialmente por muestreo por conveniencia de colegas, con reclutamiento secuencial por la técnica de "bola de nieve", en que se utiliza el contacto de participantes del estudio para reclutamiento de participantes adicionales⁸.

Los criterios de inclusión fueron profesionales médicos matriculados y actuando en programa de residencia en hospitales de la ciudad de Curitiba, Paraná, Brasil, mayores de 18 años, que respondieron todas las preguntas del cuestionario. No hubo criterios de exclusión.

A través de la plataforma Google Forms, los datos se recopilaron en el período comprendido entre el 21 de agosto de 2021 y el 29 de septiembre de 2021,

mediante un cuestionario estructurado de llenado electrónico desarrollado por los investigadores del estudio.

El cuestionario se dividió en tres etapas. La primera se compuso de nueve preguntas, cuyo objetivo era establecer la caracterización sociodemográfica de la muestra y medir el nivel de contacto previo de los participantes con el tema de las DAV. En el segundo, se presentó un caso clínico ficticio, seguido de ocho preguntas que proponían evaluar el grado de familiaridad y conocimiento en relación con las DAV, abarcando conceptos y aspectos ético-legales.

El caso clínico en cuestión se refería a una situación en la que un individuo del sexo masculino diagnosticado con enfermedad oncológica pulmonar metastásica acudió a un servicio de urgencias en situación de bajo nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria. Presentada por la esposa, la DAV manifestaría el deseo del individuo de no someterse a intubación orotraqueal y ventilación mecánica, así como otras medidas invasivas.

La tercera etapa presentó cuatro preguntas sobre las percepciones de los participantes sobre las DAV. El tiempo total de llenado del cuestionario fue de alrededor de seis minutos. En la segunda y tercera etapa del cuestionario, las respuestas fueron en escala tipo Likert de cinco puntos, siendo las opciones de respuesta: 5) totalmente de acuerdo; 4) parcialmente de acuerdo; 3) ni de acuerdo ni en desacuerdo; 2) parcialmente en desacuerdo; 1) totalmente en desacuerdo.

Los datos se recopilaron y almacenaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y, para la descripción de las variables cuantitativas, se presentaron la media, la desviación estándar, el mínimo y el máximo. Las variables categóricas se describieron por frecuencia y porcentaje, y para evaluar la asociación entre dos variables categóricas, se utilizó

la prueba exacta de Fisher. Valores de $p < 0,05$ indicaron significación estadística. Los datos se analizaron mediante el programa informático Stata/SE v.14.1 (StataCorpLP, Estados Unidos).

Se entregó a los participantes el término de consentimiento informado, el cual requirió su lectura y consentimiento para proceder al llenado del cuestionario.

Resultados

Perfil de la muestra

Luego de aplicar los criterios de inclusión, se obtuvo una muestra de 45 participantes, compuesta en su mayoría por médicos residentes del sexo femenino, con una mediana de edad de 29 años, con 1 a 3 años de formación, cursando el primero (R1), segundo (R2) o tercero (R3) años de residencia en una especialidad clínica.

En cuanto a la especialidad, los participantes se dividieron en grupos: los que cursaban clínica médica o subespecialidades se agruparon en "clínicas"; los que cursaban pediatría o subespecialidades se agruparon en "pediatría"; los que cursaban medicina familiar y comunitaria se agruparon en "MFC"; los de cirugía general, ortopedia o subespecialidades se agruparon en "quirúrgicos"; y los que cursaban otra especialidad de entrada directa, como dermatología, enfermedades infecciosas y medicina del trabajo, se agruparon en "otros".

El perfil sociodemográfico de los participantes se puede ver en detalle en la Tabla 1.

La mayoría de los participantes tenían alguna experiencia en cuidados paliativos ($n=29$; 64,4%) y contacto previo con el tema de las DAV ($n=39$; 86,7%). Sin embargo, la mayoría de los participantes ($n=27$; 60%) nunca tuvieron contacto directo con DAV de pacientes durante su práctica médica.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los participantes

Variable	Clasificación	n	%
Grupo de edad	24 a 29	28	62,2%
	30 a 43	17	37,8%
Sexo	Femenino	29	64,4%
	Masculino	16	35,6%
Tiempo de formación	1 a 3	25	55,6%
	4 o más	20	44,4%

continúa...

Tabla 1. Continuación

Variable	Clasificación	n	%
Especialidad médica en curso	Clínicas	17	37,8%
	Pediátricas	16	35,6%
	MFC	5	11,1%
	Quirúrgicas	4	8,9%
	Otros	3	6,7%
Año de residencia médica	R1 ^a	13	28,9%
	R2 ^b	11	24,4%
	R3 ^c	11	24,4%
	R4 ^d	8	17,8%
	R5 ^e	2	4,4%

MFC: medicina familiar y comunitaria; R1^a: primer año de residencia; R2^b: segundo año de residencia; R3^c: tercer año de residencia; R4^d: cuarto año de residencia; R5^e: quinto año de residencia

Evaluación global: nivel de conocimiento sobre DAV y su aplicación

La Tabla 2 describe las tasas de acierto y error para cada pregunta perteneciente a la segunda etapa del cuestionario, en que se evaluó el grado de conocimiento y familiaridad del profesional en relación a las DAV. En la primera pregunta hubo

un 80% de respuestas correctas; en la segunda, 88,9%; en la tercera, 80%; y, en la cuarta, 75,5%. En la quinta pregunta, la tasa de acierto se redujo al 53,3%. En la sexta pregunta, el 93,3% de los participantes acertó y, en la séptima, el 91,1% acertó. En la octava pregunta, solo el 57,8% respondió correctamente.

Tabla 2. Tasas de acierto y error para cada pregunta perteneciente al segundo paso del cuestionario

Variable	Respuesta	n	%
1. El documento presentado por la esposa del paciente, en el que constan las decisiones del paciente en relación a los tratamientos invasivos, puede ser considerado una directiva anticipada de voluntad, aunque no esté registrado en notario.	Totalmente en desacuerdo	3	6,7%
	Parcialmente en desacuerdo	5	11,1%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2,2%
	Parcialmente de acuerdo	12	26,7%
	Totalmente de acuerdo	24	53,3%
Acierto 1 (respuesta "De acuerdo")	No	9	20,0%
	Sí	36	80,0%
2. El documento presentado por la esposa del paciente debe influir en la toma de decisiones del médico que atiende a este paciente en Urgencias respecto a su tratamiento.	Totalmente en desacuerdo	3	6,7%
	Parcialmente en desacuerdo	2	4,4%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0,0%
	Parcialmente de acuerdo	17	37,8%
	Totalmente de acuerdo	23	51,1%
Acierto 2 (respuesta "De acuerdo")	No	5	11,1%
	Sí	40	88,9%

continúa...

Tabla 2. Continuación

Variable	Respuesta	n	%
3. El documento presentado por la esposa del paciente tiene menos peso que la opinión del médico en la toma de decisiones.	Totalmente en desacuerdo	18	40,0%
	Parcialmente en desacuerdo	18	40,0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2,2%
	Parcialmente de acuerdo	4	8,9%
	Totalmente de acuerdo	4	8,9%
Acierto 3 (respuesta "En desacuerdo")	No	9	20,0%
	Sí	36	80,0%
4. El documento presentado por la esposa del paciente tiene mayor peso que la opinión de la familia en la toma de decisiones.	Totalmente en desacuerdo	3	6,7%
	Parcialmente en desacuerdo	5	11,1%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6,7%
	Parcialmente de acuerdo	15	33,3%
	Totalmente de acuerdo	19	42,2%
Acierto 4 (respuesta "De acuerdo")	No	11	24,4%
	Sí	34	75,6%
5. Suponiendo que el médico que atendió a este paciente en Urgencias ha respetado la voluntad expresa del paciente al no instituir medidas invasivas y priorizando las medidas de confort, en caso de que el paciente fallezca en unos días, aunque la familia afirme que el profesional acortó la vida de este paciente vida, el médico no puede ser acusado judicialmente.	Totalmente en desacuerdo	8	17,8%
	Parcialmente en desacuerdo	4	8,9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	20,0%
	Parcialmente de acuerdo	9	20,0%
	Totalmente de acuerdo	15	33,3%
Acierto 5 (respuesta "De acuerdo")	No	21	46,7%
	Sí	24	53,3%
6. Suponiendo que el paciente llegara a urgencias todavía consciente y capaz de tomar decisiones, en posesión del documento, en este caso prevalece la decisión ya descrita en el documento, y no es necesario que el médico hable con el paciente sobre las medidas invasivas en la atención actual.	Totalmente en desacuerdo	38	84,4%
	Parcialmente en desacuerdo	4	8,9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4,4%
	Parcialmente de acuerdo	0	0,0%
	Totalmente de acuerdo	1	2,2%
Acierto 6 (respuesta "En desacuerdo")	No	3	6,7%
	Sí	42	93,3%
7. Asumir que el paciente llegó a Urgencias consciente y en capacidad de tomar decisiones y solicitó al médico acortar su vida, haciendo uso de medicación en dosis letal, habiendo escrito este deseo en el documento que trae consigo, aunque sea escrito en el documento, el médico puede ser acusado judicialmente si cumple con la solicitud del paciente.	Totalmente en desacuerdo	4	8,9%
	Parcialmente en desacuerdo	0	0,0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0,0%
	Parcialmente de acuerdo	1	2,2%
	Totalmente de acuerdo	40	88,9%
Acierto 7 (respuesta "De acuerdo")	No	4	8,9%
	Sí	41	91,1%
8. Aunque no existe una legislación específica para las DAV, están reguladas por la Resolución 1995/2012 del Consejo Federal de Medicina y están en consonancia con el respeto a la dignidad de la persona, previsto en la Constitución Federal de 1988.	Totalmente en desacuerdo	1	2,2%
	Parcialmente en desacuerdo	0	0,0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	40,0%
	Parcialmente de acuerdo	1	2,2%
Acierto 8 (respuesta "De acuerdo")	Totalmente de acuerdo	25	55,6%
	No	19	42,2%
	Sí	26	57,8%

DAV: directivas anticipadas de voluntad

Asociación entre niveles: conocimiento y perfil de la muestra

No hubo asociación con significación estadística entre el perfil de los participantes (características sociodemográficas y de tipo de formación) y la tasa de acierto en la segunda parte del cuestionario. Para evaluar la asociación con el año de residencia en curso, siendo la muestra heterogénea, se agruparon los participantes que cursaban el primer y el segundo año ($n=24$) y los que estaban en el tercer, cuarto o quinto año ($n=21$).

En comparación, los participantes del segundo grupo tuvieron un porcentaje de aciertos casi el doble que los del primer grupo en la pregunta 8 ($p=0,006$). También en relación a la pregunta 8, cuando se probó la hipótesis de que los participantes que afirmaban tener contacto previo con una DAV durante la práctica médica tenían más aciertos, el resultado resultó significativo ($p=0,06$).

En la asociación entre aciertos y experiencia en cuidados paliativos, el grupo que afirmaba tener experiencia en el área tuvo un porcentaje significativamente mayor de respuestas correctas en la pregunta 1 (93,1%) que el grupo que no tenía experiencia (56,3%), con valor de $p=0,006$.

Evaluación: seguridad en el uso de las DAV

En la tercera etapa del cuestionario, la mayoría de los participantes ($n=33$; 75,6%) informaron sentirse cómodos utilizando una DAV en la toma de decisiones en casos de pacientes con enfermedad incurable en fase avanzada. Sin embargo, la mayoría de los participantes ($n=34$; 75,5%) afirmaron no sentirse cómodos con el conocimiento que tenían sobre las DAV en el momento de la investigación. Además, la mayoría ($n=29$; 64,5%) no se sentía cómoda desde el punto de vista legal para utilizar el instrumento en la toma de decisiones. Casi todos los participantes ($n=44$; 97,8%) mencionaron que les gustaría que el tema de las DAV se abordara en sus programas de residencia médica.

Asociación: nivel de conocimiento sobre las DAV y seguridad en el uso

Se evaluó la asociación entre la tasa de acierto y la sensación de malestar en el uso de las DAV

para la toma de decisiones en casos de pacientes con enfermedad incurable en fase avanzada. Los participantes que se declararon cómodos en esta situación tuvieron una tasa de aciertos del 85,3% ($n=29$) en la pregunta 3, mientras que aquellos que se declararon incómodos tuvieron una tasa del 50% ($n=4$), con $p=0,049$. De forma similar, en la pregunta 4, los participantes que decían estar cómodos con la utilización del instrumento tuvieron una tasa de acierto del 85,3% ($n=29$), en contraposición al 37,5% ($n=3$; $p=0,011$) de los que no se sentían cómodos.

En la asociación entre el sentimiento de incomodidad en relación al conocimiento actual sobre las DAV y la tasa de acierto en la segunda etapa del cuestionario, se observó que, en la pregunta 8, los participantes que se decían cómodos tenían una tasa de acierto del 90% ($n=9$), mientras que el 47,1% ($n=16$) se decían incómodos ($p=0,027$). De la misma forma, los participantes que se declararon cómodos en relación al respaldo jurídico para uso de las DAV tuvieron una tasa de acierto en la cuestión 8 significativamente mayor ($n=13$; 81,3%) que los que se declararon incómodos en relación a ese aspecto ($n=13$; 44,8%), con $p=0,027$.

Discusión

En la literatura internacional, incluso en los dos primeros países en legislar sobre DAV en el mundo, se evidencia desconocimiento, falta de confianza y bajo uso del instrumento por parte de los médicos residentes^{1,9,10}. En un estudio realizado en un hospital de Nueva York (Estados Unidos), Oriakhi y colaboradores⁹ señalaron que solo una minoría de los médicos residentes del servicio tenía suficiente conocimiento sobre las directivas anticipadas y la mayoría tenía bajas tasas de discusión de DAV con sus pacientes.

Estos datos fortalecen los demostrados en el presente estudio, según los cuales la comprensión de los residentes involucrando conocimientos específicos en relación a las DAV fue insatisfactoria, principalmente en las cuestiones relacionadas a la responsabilidad jurídica del médico que utiliza las DAV en la toma de decisión clínica y sobre la regulación de las DAV en el territorio nacional.

Otro estudio, cualitativo, realizado en Melbourne, Australia, con médicos residentes y asistentes,

verificó la necesidad de apoyo educativo ético y legal para aumentar el conocimiento y la confianza de estos profesionales en las DAV¹⁰. Se resalta que la mayoría de los participantes de la investigación actuaba en alguna área clínica y tenía más de cinco años de experiencia, y casi todos reportaron contacto previo con una DAV en su práctica clínica, a diferencia de la presente muestra, compuesta en su mayoría por médicos menos experimentados y con poco contacto previo con el instrumento.

En el escenario brasileño, Chehuen Neto y colaboradores¹¹ evaluaron el conocimiento de profesionales de salud en general, actuantes en ambiente hospitalario, específicamente sobre testamento vital. Esta encuesta mostró que la minoría de los encuestados conocía el TV y la mayoría desconocía la resolución CFM 1.995/2012³ lo que refuerza el desconocimiento sobre el tema incluso dentro de los hospitales del país¹¹.

La mayor parte de las características socio-demográficas de los participantes (edad, género, tiempo de formación y especialidad en curso) no tuvo asociación con el grado de conocimiento acerca de las DAV, resultado que puede estar relacionado al tamaño de la muestra del estudio. Sin embargo, algunas características relacionadas con la formación médica demostraron asociación con la tasa de aciertos: el tiempo de experiencia dentro de una especialidad médica, la experiencia en cuidados paliativos y el contacto previo con una DAV.

Los participantes que llevaban más tiempo estudiando una especialidad y los que habían tenido contacto con una DAV antes del estudio tenían un mejor conocimiento de los aspectos legales y las normas del CFM que implican las DAV, así como los participantes con mayor experiencia en cuidados paliativos tenían mayor conocimiento en relación con la definición del documento.

Considerando que la chance de contacto con la DAV de un paciente es directamente proporcional al tiempo de especialización y a la experiencia en cuidados paliativos, es evidente que mayor exposición al tema implica mayor dominio del conocimiento sobre el mismo. Una forma de proporcionar a los médicos una mejor competencia para manejar con precisión este tipo de herramientas es la implementación de programas de capacitación sobre las DAV y la

planificación de la atención en general a lo largo de la formación médica¹².

Al evaluar la seguridad de los participantes en el uso de una DAV, los resultados fueron contradictorios. Se evidenció que gran parte de la muestra se sentía cómoda en utilizar DAV en la toma de decisión en casos de pacientes con enfermedad incurable en fase avanzada. Sin embargo, muchos relataron un sentimiento de incomodidad en relación al nivel de conocimiento y respaldo legal que tenían al momento de la investigación.

Una revisión de la literatura publicada en 2019 identificó que una parte importante de los médicos está interesada en preservar la autonomía de sus pacientes, pero existen algunas variables que influyen en la adherencia a una DAV: falta de conocimiento médico y experiencia en el uso de las DAV, paternalismo médico y dificultad para establecer el pronóstico de un paciente, preocupaciones legales, influencia familiar y factores culturales y religiosos¹³.

Burkle y colaboradores¹⁴ señalaron que la adhesión de los médicos al instrumento es una situación específica y que, en condiciones rápidamente reversibles, esos profesionales creen que su opinión supera las instrucciones previamente especificadas por el paciente. Un estudio cualitativo realizado con ocho médicos en la ciudad de Curitiba, Paraná, Brasil, también mostró la presencia de incomodidad moral en la adopción en caso de incertidumbre pronóstica, así como situaciones de incomodidad relacionadas con la falta de conocimiento sobre el instrumento¹⁵.

Por lo tanto, la inseguridad en relación al poco conocimiento de aspectos conceptuales y legales de las DAV puede, en última instancia, afectar la adhesión del profesional médico al instrumento, aunque se sienta cómodo en respetar la autonomía del paciente. Asimismo, la toma de decisiones en la fase avanzada de una enfermedad crónica puede justificar el menor sentimiento de incomodidad, desde el punto de vista moral, del profesional médico al utilizar un instrumento que garantiza la voluntad del paciente de no ser sometido a procedimientos terapéuticos invasivos, como en el caso clínico ficticio presentado en el cuestionario, que puede no ocurrir en situaciones de incertidumbre pronóstica y potencial reversibilidad.

Al evaluar la asociación entre nivel de conocimiento y seguridad en la utilización del instrumento, se encontró que los participantes con mayor conocimiento sobre la aplicación práctica de las DAV se sienten más cómodos en su utilización ante el caso de un paciente con enfermedad incurable en fase avanzada.

Por lo tanto, parece que los médicos residentes con mejor instrucción acerca de las DAV, instrumento que sigue el modelo de decisión sustitutiva denominado “autonomía pura”, entienden mejor la necesidad de respetar la autonomía del paciente, un principio ético importante que debe buscarse en la relación médico-paciente, a menudo paternalista por parte de los profesionales de la salud^{15,16}. Estos hallazgos sacan a la luz una relación que puede ser bidireccional: la educación sobre las DAV también puede ser útil en la formación bioética del profesional médico.

Además, los participantes con mayor conocimiento sobre aspectos jurídicos que involucran a las DAV declararon menos incomodidad en relación al conocimiento que poseían sobre el instrumento y al respaldo jurídico para su utilización. Esto corrobora la evidencia de que los niveles de estrés de los residentes son inversamente proporcionales al grado de confianza y competencia en la discusión de la planificación del cuidado con los pacientes al final de la vida y que la seguridad en relación al apoyo ético y legal es fundamental para que el médico pueda cumplir con las DAV de un paciente^{6,17}.

Estos resultados sugieren que los médicos residentes podrían sentirse más seguros y adherirse mejor a las DAV si tuvieran una formación más adecuada en relación con el instrumento y su normativa.

Otro punto de convergencia entre nuestros hallazgos y la literatura preexistente fue la receptividad de los residentes en relación al abordaje de las DAV durante la formación médica. En el presente estudio, casi la totalidad de los participantes expresó el deseo de que el tema fuera abordado durante la residencia médica.

De igual forma, Colbert y colaboradores⁷, en una investigación que involucró a médicos residentes de clínica médica y medicina de la

familia de dos instituciones estadounidenses, concluyeron que la gran mayoría concordaba con la necesidad de implementación de medidas educativas sobre el tema a lo largo de su formación médica, incluso en una muestra heterogénea en relación a la experiencia en la utilización de DAV.

De forma general, el estudio fue capaz de evidenciar la necesidad de abordaje del tema a lo largo de toda la formación médica, no restringiéndose a la graduación. Al tratarse de una investigación realizada a nivel regional, el número limitado de participantes puede interferir en la generalización de los resultados.

Sin embargo, este trabajo constató una realidad que se asemeja a la presentada en otros estudios nacionales e internacionales, lo que lleva a creer que el resultado aquí presentado retrata la realidad actual en relación al tema de las DAV en la población evaluada. Futuros estudios con alcance nacional pueden ser útiles para caracterizar mejor la cuestión e incluir este tema en la formación educativa de los profesionales médicos más allá de la graduación.

Consideraciones finales

Se concluyó que el nivel de conocimiento de los médicos residentes en Curitiba, Paraná, Brasil, sobre las DAV y su uso en la práctica clínica es insuficiente. Además, se percibió que esos profesionales se sienten cómodos en la utilización del instrumento en la toma de decisión clínica acerca del paciente con enfermedad incurable en fase avanzada —lo que puede indicar el deseo en respetar la autonomía del paciente—, pero se sienten incómodos en relación al conocimiento conceptual y jurídico que poseen sobre el tema. Por otro lado, los participantes que presentaron mayor índice de aciertos tuvieron mayor contacto previo con el tema de las DAV y demostraron mayor seguridad y comodidad en su uso, reflejando la necesidad de enseñar sobre las DAV y sus aspectos bioéticos a lo largo de la formación médica.

Referencias

1. Dadalto L. Testamento vital. 5ª ed. Indaiatuba: Foco; 2020.
2. Monteiro RSF, Silva AG Jr. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 2 set 2022];27(1):86-97. DOI: 10.1590/1983-80422019271290
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 31 ago 2012 [acesso 2 set 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3QFJBhu>
4. Bussinguer ECA, Barcellos IA. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso 2 set 2022];18(9):2691-8. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900024
5. Peicius E, Blazevidiene A, Kaminskas R. Are advance directives helpful for good end of life decision making: a cross sectional survey of health professionals. *BMC Medical Ethics* [Internet]. 2017 [acesso 2 set 2022];18(40):1-7. DOI: 10.1186/s12910-017-0197-6
6. Levy D, Strand J, McMahon GT. Evaluating residents' readiness to elicit advance care plans. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2015 [acesso 2 set 2022];7(3):364-8. DOI: 10.4300/JGME-D-14-00542.1
7. Colbert CY, Mirkes C, Ogden PE, Herring ME, Cable C, Myers JD et al. Enhancing competency in professionalism: targeting resident advance directive education. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2010 [acesso 2 set 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3DjShXZ>
8. Davies N, Mathew R, Wilcock J, Manthorpe J, Sampson EL, Lamahewa K, Iliffe S. A co-design process developing heuristics for practitioners providing end of life care for people with dementia. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016 [acesso 2 set 2022];15(68):1-11. DOI: 10.1186/s12904-016-0146-z
9. Oriakhi M, Sealy C, Adenote A, Alabi O, Ahluwalia M. Improving residents' skills and confidence on advance directive discussion: a quality improvement project. *J Community Hosp Intern Med Perspec* [Internet]. 2019 [acesso 2 set 2022];9(5):419-21. DOI: 10.1080/20009666.2019.1643218
10. Moore N, Detering KM, Low T, Nolte L, Fraser S, Sellars M. Doctors' perspectives on adhering to advance care directives when making medical decisions for patients: an Australian interview study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [acesso 2 set 2022];9(10):1-11. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032638
11. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS, Delgado AHA, Tabet CG, Almeida GG, Vieira IF. Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 2 set 2022];23(3):572-82. DOI: 10.1590/1983-80422015233094
12. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Pena-González J, Jiménez-Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria* [Internet]. 2008 [acesso 2 set 2022];40(2):61-6. DOI: 10.1157/13116148
13. Arruda LM, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MVC. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2019 [acesso 2 set 2022];18:1-8. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020RW4852
14. Burkle CM, Mueller PS, Swetz KM, Hook CC, Keegan MT. Physician perspectives and compliance with patient advance directives: the role external factors play on physician decision making. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2012 [acesso 2 set 2022];13(31):1-9. DOI: 10.1186/1472-6939-13-31
15. Ribeiro URVCO, Swiech LM, Souza W, Guirro UBP, Corradi-Perini C. Distresse moral de médicos relacionado à incerteza moral frente às diretivas antecipadas de vontade. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [acesso 2 set 2022];10(14):1-13. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22290
16. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
17. Moreira MADM, Costa SFG, Cunha MLDM, Zaccara AAL, Negro-Dellacqua M, Dutra F. Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 2 set 2022];25(1):168-78. DOI: 10.1590/1983-80422017251178

Luisa Saemi Murasse – Especialista – luisamurasse@gmail.com

 0000-0002-9213-1715

Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro – Magíster – uiaravargasribeiro@gmail.com

 0000-0002-1624-2245

Correspondencia

Luisa Saemi Murasse – Rua José Francisco Dalledone, 105, casa 5, São Lourenço CEP 82200-164. Curitiba/PR, Brasil.

Participación de las autoras

Luisa Saemi Murasse y Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro diseñaron el estudio.
Luisa Saemi Murasse se encargó de la recogida y el análisis de los datos y redactó el artículo.
Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro contribuyó a la redacción y revisión final del artículo.

Recibido: 9.3.2022

Revisado: 11.8.2022

Aprobado: 2.9.2022

Apéndice

Instrumento de investigación – Cuestionario

1. Edad
2. Sexo () Masculino () Femenino () Otro
3. Año de graduación
4. ¿Cuál es la especialidad médica actual?
5. ¿En qué año de residencia te encuentras? () R1 () R2 () R3 () R4 () R5
6. ¿Tienes alguna experiencia en cuidados paliativos? () Sí () No
7. ¿Has escuchado sobre las directivas anticipadas de voluntad? () Sí () No
8. ¿Alguna vez has tenido contacto, en algún momento de su práctica médica, con la directiva anticipada de voluntad de un paciente? () Sí () No

Caso clínico

Paciente masculino, 40 años, casado, con 2 hijos, previamente sano y sin adicciones. Recibió un diagnóstico reciente de cáncer de pulmón metastásico, sin posibilidad de tratamiento curativo. Hace unos años perdió a su padre por un cáncer de esófago, que progresó rápidamente a la necesidad de intubación orotraqueal (IOT), hospitalización prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI), múltiples intentos de antibioticoterapia por neumonía asociada a ventilación mecánica y muerte, luego de decidir, en reunión con familiares, no realizar reanimación cardiopulmonar (RCP) en caso de paro cardiorrespiratorio (PCR).

Como relató a su médico oncólogo que la experiencia con su padre había sido traumática y que no le gustaría ser tratado de la misma manera, se le indicó que escribiera un documento en el que informara sus preferencias sobre su cuidado, en caso de que desarrollara una condición que afectara su capacidad para tomar decisiones. Seis meses después del diagnóstico, este paciente desarrolló sepsis con foco pulmonar y fue llevado por su esposa al servicio de urgencias con un nivel de conciencia disminuido y una insuficiencia respiratoria franca. La esposa trae el documento escrito y firmado por el paciente previamente, en el que expresa el deseo de no recibir IOT, RCP en caso de PCR u hospitalización en la UCI en caso de empeoramiento clínico. El documento no fue registrado en notario.

Las siguientes sentencias se basan en el caso clínico anterior. Por favor, marca la opción que mejor refleje tu nivel de acuerdo con ellas (totalmente de acuerdo; parcialmente de acuerdo; ni de acuerdo ni en desacuerdo; parcialmente en desacuerdo; totalmente en desacuerdo).

1. El documento presentado por la esposa del paciente, en el que constan las decisiones del paciente en relación a los tratamientos invasivos, puede ser considerado una directiva anticipada de voluntad, aunque no esté registrado en notario.
2. El documento presentado por la esposa del paciente debe influir en la toma de decisiones del médico que atiende a este paciente en Urgencias respecto a su tratamiento.
3. El documento presentado por la esposa del paciente tiene menos peso que la opinión del médico en la toma de decisiones.
4. El documento presentado por la esposa del paciente tiene mayor peso que la opinión de la familia en la toma de decisiones.
5. Suponiendo que el médico que atendió a este paciente en urgencias haya respetado la voluntad expresa del paciente, no instituyendo medidas invasivas y priorizando medidas de confort. El paciente

fallece en pocos días. Incluso si la familia afirma que el profesional acortó la vida de este paciente, el médico no puede ser acusado judicialmente.

6. Suponiendo que el paciente llegó ahora a urgencias todavía consciente y capaz de tomar decisiones, en posesión del documento. En este caso, prevalece la decisión ya descrita en el documento, no es necesario que el médico hable con el paciente sobre medidas invasivas en la atención actual.
7. Suponiendo que el paciente llegó ahora a urgencias consciente y con capacidad para tomar decisiones y pide al médico que le acorte la vida, haciendo uso de medicación en dosis letal, habiendo escrito este deseo en el documento que trae consigo. Aunque esté escrito en el documento, el médico puede ser acusado judicialmente si se cumple con la solicitud del paciente.
8. Aunque no existe una legislación específica para las DAV, están reguladas por la Resolución 1.995/2012 del Consejo Federal de Medicina y están en consonancia con el respeto a la dignidad de la persona, previsto en la Constitución Federal de 1988.

Las siguientes sentencias se refieren a sus percepciones con respecto a las DAV. Por favor, marca la opción que mejor refleje tu nivel de acuerdo con ellas (totalmente de acuerdo; parcialmente de acuerdo; ni de acuerdo ni en desacuerdo; parcialmente en desacuerdo; totalmente en desacuerdo).

1. Me siento cómodo usando una DAV en la toma de decisiones para pacientes con enfermedad incurable en una etapa avanzada.
2. Me siento cómodo con el conocimiento que actualmente tengo sobre las DAV.
3. Me siento cómodo, desde el punto de vista del soporte legal, en el uso de una DAV para la toma de decisiones.
4. Me gustaría que se abordara el tema de las DAV a lo largo de mi programa de residencia médica.