



**PREMIOS ENFERMERIA EN DESARROLLO
2022**

CATEGORÍA: UNIVERSIDAD “TESIS DOCTORAL”

Índice general

1. Categoría	3
2. Título	3
3. Resumen	3
4. Justificación	4
5. Desarrollo del trabajo	5
5.1 Material y métodos	5
5.2 Resultados	7
6. Discusión/conclusiones	8

1. Categoría

Este proyecto se presenta a la categoría 5.5 de Universidad, concretamente, a la de “Tesis doctorales”.

2. Título

Barreras en la gestión de las Voluntades Anticipadas en Urgencias y Emergencias. Conflictividad ética derivada.

3. Resumen

Objetivos: explorar las barreras, los elementos facilitadores y los conflictos éticos percibidos por las enfermeras y médicos de urgencias y emergencias relacionados con la gestión de las voluntades anticipadas, así como también, analizar el nivel de conocimientos y actitudes y las variables correlacionadas.

Metodología: En primer lugar, se realizó una revisión de tipo Umbrella Review en base a las directrices propuestas por Joanna Briggs Institute (JBI) y PRISMA. En segundo lugar, se elaboró un estudio cualitativo fenomenológico-hermenéutico. Por último, se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, correlacional y transversal en el Servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel y en el Sistema de Emergencias Médicas.

Conclusiones: Existen barreras que dificultan la consulta y el correcto manejo de las voluntades anticipadas en urgencias y emergencias. Estas barreras generan conflictos éticos en las enfermeras y médicos/as por la responsabilidad de decidir en unos contextos complejos de actuación y de rápida respuesta. Conocer las barreras relativas a las voluntades anticipadas puede ayudar a cambiar la cultura organizacional, crear nuevas estructuras e introducir nuevas formas de proceder para potenciar el respecto al principio de autonomía de las personas en las decisiones sobre su salud en los servicios de urgencias y emergencias.

4. Justificación

La complejidad de la atención sanitaria, especialmente la que se produce en el contexto de la urgencia y la emergencia, ha puesto de relieve la necesidad de analizar en profundidad aspectos concretos sobre la implementación de las voluntades anticipadas (VVA) a nivel práctico, puesto que se constatan barreras en el entorno clínico real (Fanta & Tyler, 2017).

De hecho, algunos estudios ya han señalado la existencia de dificultades o barreras por parte de profesionales, pacientes y familiares que explicarían el por qué en determinadas situaciones clínicas no se han podido considerar o llevar a cabo las directrices avanzadas de los pacientes en las decisiones clínicas (Boddy et al., 2013; De Vleminck et al., 2013). Dichas barreras estarían relacionadas con la falta de habilidades de los profesionales en relación a la gestión de las voluntades anticipadas; determinadas creencias o prejuicios sobre el tema; o el hecho de haber tenido experiencias previas negativas en relación a las decisiones al final de la vida de algún paciente (Butterworth, 2003; De Vleminck et al., 2013; Fanta & Tyler, 2017). Todas estas cuestiones acaban siendo obstáculos que dificultarían la participación de las personas implicadas en las decisiones sobre la propia salud.

Merece la pena destacar que la mayoría de estas investigaciones se centran en analizar los obstáculos producidos en el contexto de los cuidados paliativos, la atención primaria y sociosanitaria, siendo el entorno de las urgencias y de las emergencias muy poco abordado (Flo et al., 2016; Glaudemans et al., 2015; Lovell & Yates, 2014). Ciertamente, la gestión que se realiza de las VVA en el contexto de la urgencia y de la emergencia es substancialmente más compleja que el de otras áreas de actuación y los profesionales están expuestos a un mayor número de barreras que se correlacionan inversamente con la implementación de la consulta rutinaria de las VVA en estos servicios, pese a la buena voluntad de sus profesionales para llevarlas a cabo (Wong et al., 2012). Particularmente en estos entornos asistenciales, los profesionales están acostumbrados a actuar en beneficio de salvar el mayor número de vidas posibles y a desarrollar sus tareas en escenarios clínicos altamente complejos en los que la toma de decisiones se origina bajo grandes demandas asistenciales y en tiempos muy limitados. Todo ello hace que las enfermeras y médicos/as de estos servicios no conozcan los deseos y preferencias de las personas a las cuales atienden, por lo que existe el riesgo de utilizar procedimientos y terapias que pueden ser no deseadas por

aquellos que se encuentran inconscientes y que sí tienen completadas sus VVA (Casado,2016).

Lo anterior implica concebir a la presencia y al aumento de barreras como un fenómeno bidireccional del cual se podrían desprender dos efectos negativos, uno para el paciente y el otro para el profesional. De un lado, se produciría un atentado contra el principio de autonomía de la persona que se encuentra inconsciente, en tanto que no se consideraría su plan autoescogido y, del otro, el profesional podría entrar en una espiral de conflicto por no saber si está o no actuando correctamente, lo que podría llevarle a desarrollar sentimientos de ansiedad o depresión y acabar impactando negativamente en los cuidados prestados (Torabi et al., 2019) o, incluso, llevarle a abandonar su carrera o a cambiar su puesto de trabajo (Wood-Molina & Rivas-Riveros, 2017).

Pese a las mencionadas consecuencias, actualmente no existen suficientes estudios que analicen las barreras que dificultan o impiden la consulta sistemática de las VVA en el contexto de la urgencia y de la emergencia, si bien, tampoco se constatan evidencias que muestren la posible relación entre estos obstáculos y la génesis del conflicto ético. Siguiendo esta misma línea, tampoco se han estudiado las VVA como posible factor preventivo de la conflictividad ética acaecida en los servicios de urgencias y emergencias.

Por ello, la presente tesis doctoral tuvo por objetivos: explorar las barreras, los elementos facilitadores y los conflictos éticos percibidos por las enfermeras y médicos de urgencias y emergencias relacionados con la gestión de las voluntades anticipadas, así como también, analizar el nivel de conocimientos y actitudes y las variables correlacionadas.

5. Desarrollo del trabajo

5.1 Material y métodos

Para la elaboración de la presente tesis doctoral se utilizaron diferentes enfoques metodológicos.

Estudio 1: “Barriers to Advance Care Planning Implementation in Healthcare: An Umbrella Review with Implications for Evidence-based Practice”.

**ISI Journal Citation Reports 2020: 16/124 (Nursing), 16/122 (Nursing (Social Science)).
Impact Factor: 2.931 Quartile in category: Q1**

Se realizó una revisión sistemática de tipo *Umbrella Review* en base a las directrices propuestas por Joanna Briggs Institute (JBI) y PRISMA. Se consideraron únicamente metasíntesis y revisiones sistemáticas de estudios cualitativos y cuantitativos sin metaanálisis, en base a la definición realizada por JBI. Se formuló la pregunta estructurada para buscar evidencia científica sobre el tema en formato PICO. Para establecer los criterios de elegibilidad se tuvo en cuenta la definición de pregunta estructurada propuesta por JBI y se evaluó la calidad de las revisiones incluidas a partir de los once parámetros de *JBI Critical Appraisal Checklist*. La búsqueda fue realizada en noviembre de 2018 en las bases de datos MEDLINE, The Cochrane Library, Joanna Briggs, CINAHL, Scopus y EMBASE.

Estudio 2: “Managing ethical aspects of advance directives in emergency care services”

ISI Journal Citation Reports 2020: 11/56 (Ethics), 17/124 (Nursing -SCIE), 17/122 (Nursing-SSCI). Impact Factor: 2.874 Quartile in category: Q1

Estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico. Concretamente, en dicha investigación, se exploraron la percepción de barreras, los aspectos facilitadores y los conflictos éticos en la implementación de las VVA en los servicios de urgencias y emergencias.

El estudio se realizó en mayo de 2019, en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel (suprimido para revisión) y en el Sistema de Emergencias Médicas.

Respecto al procedimiento de selección de los participantes, se realizó un muestreo opinático y se incluyó a una población formada por enfermeras y médicos/as vinculados al servicio de urgencias y emergencias.

La información se recogió mediante la técnica de grupos focales. Los tres grupos estaban formados por un máximo de 10 participantes, y la muestra estaba compuesta por 24 participantes (G1 = 9; G2 = 5; y G3 = 10). La duración de cada sesión fue de aproximadamente una hora y treinta minutos. Finalmente, se realizó un análisis temático del discurso de tipo inductivo.

El presente estudio fue aprobado por la Junta Clínica del Sistema de Emergencias Médicas y por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital (suprimido para revisión) (Reg. HCB/2020/0158).

Estudio 3: “Association between knowledge and attitudes towards advance directives in emergency services “

ISI Journal Citation Reports 2020: 13/56 Ethics. Impact Factor: 2.652 Quartile in category:

Q1

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional y transversal en un hospital de segundo nivel (suprimido para revisión) y en el Sistema de Emergencias Médicas. Para la elaboración del presente estudio se siguieron las recomendaciones de STROBE. El período de recolección de los datos comprendió de enero de 2019 a febrero de 2020. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y se calculó a través de la ecuación de proporciones, estimando un nivel de confianza del 95% y una proporción esperada de pérdidas del 15%, siendo la muestra potencial necesaria de N=104 participantes. La muestra final incluida en el estudio fue de 173 participantes, 119 enfermeras y 54 médicos/as.

Para explorar los conocimientos y las actitudes de los participantes sobre las VVA se utilizó el cuestionario *Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de VVA*, con una fiabilidad de entre 0.5-0.88 y una estabilidad pre-retest Kappa 0.2 (Contreras-Fernández et al., 2017).

El presente estudio fue aprobado por la Junta Clínica del Sistema de Emergencias y por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital (suprimido para revisión) (Reg. HCB/2020/0158).

5.2 Resultados

En la *Umbrella Review* se incluyeron catorce revisiones sistemáticas. La calidad metodológica de los estudios incluidos osciló entre el 64% y el 91%. Las enfermeras y los médicos/as informaron cómo principales barreras el desconocimiento y falta de habilidades sobre su realización; el temor y la falta de tiempo para iniciar conversaciones sobre la

Planificación de Decisiones Anticipadas. Los pacientes y familiares consideraron cómo principales barreras el temor a deliberar sobre final de vida de sus allegados, la falta de habilidades para realizarla y el desconocimiento de la persona responsable de iniciar las conversaciones sobre la Planificación de Decisiones Anticipadas.

Respecto a las barreras concretas de los servicios de urgencias y emergencias, los 24 sujetos que participaron en el estudio cualitativo fenomenológico-hermenéutico expusieron que las principales barreras que dificultan la correcta gestión de las voluntades anticipadas son: las personales y profesionales; las familiares; las organizativas y estructurales y las derivadas del sistema sanitario. Estas barreras les conducen a conflictos éticos y legales y les dificultan la toma de decisiones.

Finalmente, un total de 173 enfermeras y médicos/as participaron en el estudio transversal. De ellos, el 91,3% consideró que no estaba suficientemente informado sobre las voluntades anticipadas, y el 74% reconoció no haberlas incorporado a su práctica habitual. El análisis multinomial indicó una relación estadísticamente significativa entre la variable servicio de emergencias y tener actitudes más favorables hacia la consulta de las voluntades anticipadas en su aplicación práctica (OR 2,49 [IC 95%: 1,06-5,88]; $p = 0,037$) y el cumplimiento en escenarios complejos (OR 3,65 [IC 95%: 1,58 -8,41]; $p = 0,002$). Trabajar en el turno de tarde y noche fueron variables predictoras para obtener una mayor puntuación con respecto a las actitudes en escenarios complejos.

6. Discusión/conclusiones

Para realizar un mejor abordaje de las VVA en los servicios de urgencias y emergencias es necesario que se produzca una comunicación eficaz entre los servicios y niveles asistenciales en cuanto a los valores y preferencias de los pacientes (Griffiths et al., 2014). Para que ello suceda, se considera de necesario que a) los profesionales de los centros de coordinación de emergencias sean los primeros responsables en investigar la existencia o no de VVA, ya que la adecuación de los recursos debería estar sujeta a la gravedad y al hecho de tener o no dichas VVA; b) se unifiquen los distintos sistemas de información en gestión sanitaria y por último, c) se cree un sistema de alerta que permita a los profesionales de urgencias y emergencias obtener una visualización rápida y eficaz de los DVA y/o PDA de los pacientes. Al mismo tiempo, para facilitar la implementación de la consulta rutinaria de las VVA en

estos servicios, es imprescindible la incorporación de asesores éticos y legales que ayuden a los profesionales en la resolución de los conflictos éticos generados (Schuchter & Heller, 2018). Además, la percepción de una falta de autonomía de la enfermera respecto a las VVA y la carencia de identificar un profesional que lidere esta gestión, dibuja a la enfermera como un profesional indicado para asumir dicha responsabilidad y hacer frente a una parte importante de las barreras identificadas, en la misma línea de las recomendaciones de la Cumbre de Enfermería Paliativa que recomendaba la inclusión de las VVA en todos los estándares de la práctica de todas las especialidades de enfermería (Mazanec et al., 2018).

Por último, la creación de programas de formación dirigidos a las enfermeras y médicos/as, la inclusión de las VVA en todas las guías y protocolos de actuación de los servicios de urgencias y emergencias, la difusión de éstas a través de campañas del Ministerio de Sanidad para fomentar su conocimiento entre la población en general, así como su potenciación en el contexto de la atención primaria, la atención comunitaria y los centros residenciales, se consideran propuestas esenciales para mejorar su uso y correcto manejo en el contexto de la urgencia y de la emergencia. Estas medidas podrían tener un impacto positivo en la reducción del número de derivaciones y de muertes producidas en urgencias y emergencias, puesto que, quizá, algunos pacientes, al conocer su pronóstico, desearían fallecer en su propio domicilio asistidos por profesionales experimentados en este tipo de atención.