

La consulta de atención primaria: una oportunidad para abordar los cuidados al final de la vida

Primary care consultation: An opportunity to address end of life care

Sr. Director:

Pacientes y profesionales sanitarios presentan actitudes positivas frente al documento de voluntades anticipadas (DVA)¹⁻³, sin embargo, este documento tiene escasa difusión^{1,2} y baja formalización. Para analizar los factores que determinan la cumplimentación del DVA se realizó un estudio de casos y controles. Se propuso la participación a todas las personas (126) que durante 2011 acudieron al Registro de Voluntades Anticipadas de la Delegación de Sanidad de Albacete para formalizar un DVA. Otorgaron su consentimiento por escrito 123 personas que, seleccionadas según su entrada en el registro, fueron comparadas con 123 sujetos que no habían realizado el documento. Los controles fueron seleccionados consecutivamente y emparejados respecto a edad (± 3 años) y sexo, entre los pacientes que durante el periodo de estudio acudieron a 3 consultas de medicina de familia de 2 centros de salud del Área Sanitaria de Albacete.

Encuestadores adecuadamente entrenados aplicaron, mediante entrevista personal, un cuestionario diseñado específicamente para el estudio. Las variables estudiadas incluyeron: salud autopercebida, situación funcional, morbilidad, características sociodemográficas, utilización de servicios sanitarios, actitudes hacia el DVA y aspectos psicosociales.

Se realizó un análisis comparativo de casos y controles mediante pruebas de comparación de medias (t de Student) y proporciones (ji al cuadrado y test exacto de Fisher). Como medida de asociación se calculó la razón de odds (odds ratio) con un intervalo de confianza del 95%. A continuación se construyó un modelo de regresión logística que utilizó como variable dependiente la pertenencia al grupo de casos o de controles y como variables independientes las

consideradas relevantes y con asociación estadística en el análisis bivariante ($p < 0,05$).

Comprobamos un predominio del sexo femenino (64,2%) entre quienes realizaron el DVA, siendo la edad media de 53,3 años, datos similares a los observados por Nebot et al.⁴. Mediante regresión logística, las variables asociadas con la variable dependiente, una vez realizado el ajuste estadístico, se muestran en la [tabla 1](#).

La existencia, en mayor proporción, de niveles de instrucción elevados entre quienes realizaron un DVA, consistentes con un estudio previo⁵, permite suponer una mayor comprensión de los contenidos del documento. En este grupo, aparecen con más frecuencia formas de convivencia diferentes a vivir en pareja y con hijos y menores niveles de interacción social, probablemente por tratarse de situaciones que dificultan la posibilidad de dejar la toma de decisiones en manos de otros. El predominio entre quienes formalizaron el DVA de un mayor consumo de medicación, como consecuencia de presentar algún tipo de enfermedad crónica, así como una frecuentación superior al medio especializado y una mayor continuidad en la relación con el médico de familia, comparable con estudios anteriores^{4,5}, indican probablemente en este grupo un mejor acceso a la información sobre el DVA y las vías para realizar su formalización, a la vez que la posibilidad de mantener con el profesional sanitario conversaciones sobre cuidados al final de la vida. Destaca entre los que realizaron un DVA el antecedente de formalización del documento por parte de algún familiar. Conocer previamente el documento a través de un allegado animaría al paciente a dejar por escrito qué tratamientos desea recibir al final de su vida y por qué situaciones no está dispuesto a pasar, buscando otorgar sus instrucciones conforme a sus valores y criterios.

Existen factores, derivados tanto de la situación socio-demográfica como del estado de salud o de la situación funcional, que son capaces de intervenir en la decisión de formalizar el DVA.

La atención primaria es el medio más adecuado para impulsar las instrucciones previas³. Establecer conversaciones sobre ellas, rutinarias y estructuradas⁶, dentro de nuestras consultas constituye la forma más efectiva de hacer llegar el DVA a la población.

Tabla 1 Variables asociadas mediante regresión logística a la formalización del documento de voluntades anticipadas

Variables	B	Wald	p	OR	IC 95%
Estudios secundarios, medios o superiores	0,916	4,892	0,027	2,500	1,110-5,633
Convivencia diferente a vivir en pareja con hijos en el domicilio	0,925	5,189	0,023	2,522	1,138-5,592
Consumo de medicación de forma crónica	1,163	6,978	0,008	3,199	1,350-7,582
Frecuentación al medio especializado (4 o más visitas)	1,376	7,032	0,008	3,961	1,432-10,954
Relación duradera con el médico de familia	1,251	10,355	0,001	3,493	1,631-7,483
Formalización previa del DVA por parte de algún familiar	2,849	29,574	0,000	17,267	6,185-48,207
Menores niveles de interacción social	1,096	6,121	0,013	2,993	1,256-7,132

Bibliografía

1. Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32:1-8.
2. Navarro B, Sánchez García M, Andrés-Pretel F, Juárez I, Cerdá R, Párraga I, et al. Declaración de voluntades anticipadas. Estudio cualitativo en personas mayores y médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2011;43:11-7.
3. Andrés-Pretel F, Navarro B, Párraga I, de la Torre MA, Jiménez MD, López-Torres J. Conocimientos y actitudes de los mayores hacia el documento de voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2012;26:570-3.
4. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2010;24:437-45.
5. Wenger NS, Kanouse DE, Collins RL. End-of-life discussions and preferences among persons with HIV. *JAMA*. 2001;285:2880-7.
6. Tamayo-Velázquez MI, Simón-Lorda P, Villegas-Portero R, Higuera-Callejón C, García-Gutiérrez JF, Martínez-Pecino F, et al. Interventions to promote the use of advance

directives: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns*. 2010;80:10-20.

Katia del Pozo Puente^{a,*}, Jesús López-Torres Hidalgo^b, M. José Simarro Herráez^c y Vicente Gil Guillén^d

^a *Servicios Periféricos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Albacete, España*

^b *Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha, España*

^c *Centro de Salud de Villarrobledo, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Albacete, España*

^d *Departamento de Medicina Clínica, Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: kdelpozo@jccm.es (K. del Pozo Puente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.005>

Elementos para mejorar la difusión de la reanimación cardiopulmonar entre la población leiga

Some key points for improving the spread of cardiopulmonary resuscitation knowledge among general population

Sr. Director:

He leído con interés el comentario de Parrilla Ruiz et al. publicado recientemente en su Revista¹. Los autores aciertan en señalar los 2 problemas fundamentales que hacen que los programas de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica no hayan encontrado una penetración suficiente entre la población leiga: el mantenimiento de lo aprendido por parte del educando y la pervivencia de los programas por parte de los educadores. La solución de la primera barrera está en el reciclaje de lo aprendido; la solución de la segunda, en la implicación directa de administraciones y empresas privadas, convencidas que se puede hacer mucho bien a la sociedad a un coste muy razonable. Efectivamente, y como publicaba también recientemente *ATENCIÓN PRIMARIA*, a pesar de que la evidencia demuestra que las posibilidades de éxito en la RCP son mayores cuando estas maniobras son realizadas de forma precoz, son pocos los casos en los que los testigos las realizan previamente a la llegada de los equipos de emergencias².

Un posible abordaje simultáneo a estos 2 problemas, que también es comentado por Parrilla Ruiz et al. en su artículo¹, es realizar este tipo de programas formativos en el seno de la enseñanza obligatoria, por la cual transitan todos los ciudadanos durante muchos años de su vida³. Además, esta es una etapa de la vida en la que el aprendizaje es más fácil y efectivo. Adicionalmente, la receptividad por parte de toda la comunidad educativa es altísima⁴. Existen múltiples experiencias en este sentido en España, algunas de las cuales han aportado elementos innovadores o han puesto al

servicio del colectivo educativo herramientas que pueden facilitar este aprendizaje, y que merecerían ser repasadas por quienes tienen la capacidad de darles soporte de forma mantenida⁵⁻⁸. Obtienen buenos resultados y los costes son bajos. A pesar de ello, seguimos identificando este último aspecto, el coste, como uno de los mayores hándicaps a superar⁹.

En este sentido, la incorporación de los médicos de familia y la implicación de los centros de salud en el desarrollo de estos cursos podría contribuir a superarlos, dadas su arraigada implantación en la comunidad y su capacidad de ejercer liderazgo e influencia sobre ella. Esta idea tampoco es nueva, pues el Dr. Caballero Oliver¹⁰ ya lo defendía hace casi una década desde estas mismas páginas: «[...] se debe recordar que la práctica de la RCP entra dentro del contenido de la especialidad en Medicina de Familia y Comunitaria y en el perfil profesional del médico de familia. Y que la enseñanza de la RCP básica se contempla ya como una tarea que el médico de atención primaria podría ofertar a la población que atiende». Creo que debemos seguir aunando y empeñando esfuerzos, desde todas las perspectivas y por parte de todos los actores implicados, hasta conseguir que la enseñanza de la RCP entre a formar parte del currículo de la educación obligatoria en España. Y los médicos de familia pueden contribuir de forma decisiva.

Bibliografía

1. Parrilla Ruiz FM, Cárdenas Cruz D, Cárdenas Cruz A. Futuro de la metodología formativa en reanimación cardiopulmonar básica para población general. *Aten Primaria*. 2013;45:175-6.
2. Horneño Bermejo RM, Cordero Torres JA, Garcés Ibáñez G, Escobar Escobar A, Santos García AJ, Fernández de Aguilar JA. Análisis de la asistencia a la parada cardiorrespiratoria por una unidad medicalizada de emergencias. *Aten Primaria*. 2011;43:369-76.
3. Miró O, Díaz N, Sánchez M. Aprender reanimación cardiopulmonar desde la escuela. *Emergencias*. 2012;24:423-5.