



Elecciones al final de la vida: opinión y actitud del personal sanitario frente a la población general

Choices at the end of life: opinion and attitude of health staff in comparison with the general population

AUTORAS

(1,2) Yanira Aranda Rubio
[ORCID: 0000-0003-1901-5811]

(3) Beatriz Corrales González

FILIACIONES

(1) Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Central de la Cruz Roja, San José y Santa Adela.
MADRID, ESPAÑA.

(2) Profesora asociada, Universidad Alfonso X El Sabio.
VILLANUEVA DE LA CAÑADA (MADRID), ESPAÑA.

(3) Graduada en Medicina, Universidad Alfonso X El Sabio.
VILLANUEVA DE LA CAÑADA (MADRID), ESPAÑA.

FINANCIACIÓN

Este proyecto no ha recibido financiación.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Todos los autores han contribuido de manera equitativa al desarrollo de este artículo. Su participación incluyó la conceptualización del proyecto, la investigación de campo, el análisis de los datos obtenidos y la redacción del manuscrito. Asimismo, cada autor revisó y aprobó la versión final del documento, garantizando la calidad y la integridad del trabajo presentado.

CORRESPONDENCIA

Yanira Aranda Rubio

Yanira.aranda@salud.madrid.org

Av. de la Reina Victoria, 22-26. CP 28003. Madrid, España.

CITA SUGERIDA

Aranda Rubio Y, Corrales González B. Elecciones al final de la vida: opinión y actitud del personal sanitario frente a la población general. Rev Esp Salud Pública. 2025; 99: 16 de julio e202507039.

En una población cada vez más envejecida, los pacientes necesitan con mayor frecuencia una atención sanitaria de final de la vida con actitud paliativa, ante el aumento de las patologías crónicas y de órgano avanzadas. Por ello, se hace imprescindible una planificación anticipada de la atención que reciben **(1)**, en la que los pacientes, en base a sus principios y experiencias, pudieran de forma libre y autónoma decidir cuáles serán sus preferencias. Las ventajas que tiene la aplicación de este proceso son **(2)**: respetar la autonomía del paciente; fortalecer las relaciones entre médico y paciente; liberar la carga que pueda recaer sobre la familia en la toma de decisiones en los momentos finales; mejorar el grado de satisfacción con el trato recibido; evitar tratamientos excesivos o invasivos, con dudoso beneficio, o bien ingresos hospitalarios en contra de los deseos del paciente.

Este trabajo tuvo como objetivo conocer si la toma de decisiones al final de la vida es diferente en los profesionales sani-

tarios comparados con la población general. Se pretendió determinar si el nivel de conocimientos clínicos puede condicionar las decisiones en la planificación de la atención en los últimos momentos de la vida. Para ello, buscamos comparar las elecciones de los sanitarios frente a los no sanitarios. Se realizó mediante el método descriptivo transversal con un cuestionario online (formulario de *Google Forms*), previa cumplimentación de documento de consentimiento informado de protección de datos, con la aprobación del Comité ético del Hospital Severo Ochoa (Madrid).

Los criterios de inclusión fueron: el personal sanitario y resto de la población mayor de dieciocho años, que completaran la encuesta entre el 1 de enero y el 15 de febrero de 2024. La encuesta fue respondida por 448 participantes. De los encuestados, 295 eran mujeres (65,8%) y 153 fueron hombres (34,2%). 236 fueron personal sanitario (52,7%) y 212 fueron no sanitarios (47,3%). Del personal sanitario, la mayoría fueron médicos (43,2%) o enferme-

ros (28%). Del personal sanitario: 175 (74,8%) desempeñaban su función en el ámbito hospitalario, 26 (11,1%) en el centro de salud, 20 (8,51%) en un centro sociosanitario y 13 (5,6%) se encontraban en formación académica en el momento en que completaron la encuesta.

En el cuestionario se preguntaba si en una situación de final de vida (con pronóstico de meses de supervivencia) se someterían a diferentes procedimientos. Al dividir a los participantes en sanitarios y no sanitarios **[Figura 1]** observamos que, en todas las medidas, a excepción del tratamiento para el dolor con opioides, existe un mayor porcentaje de personas que se someterían a estos procedimientos en los no sanitarios respecto a la población sanitaria. El tratamiento más aceptado en ambos grupos fue el tratamiento para el dolor con opioides, con un 99,6% en los sanitarios y con un 94,8% en los no sanitarios, seguido del tratamiento antibiótico con un 83,3% en los sanitarios y un 84,8% en los no sanitarios. El tratamiento menos aceptado entre la población sanitaria fue la reanimación cardiopulmonar con un 15%, seguido de la ventilación mecánica con un 17,4%. Entre la población no sanitaria el tratamiento menos aceptado fue la ventilación mecánica invasiva con un 48,8%, seguido de la sonda nasogástrica con un 54,4%. Hubo porcentajes similares de aceptación de ambos grupos en relación con los siguientes procedimientos: tratamiento antibiótico, con opioides e hidratación intravenosa.

En cambio, los porcentajes de aceptación de otros procedimientos eran bastante diferentes en ambos grupos, llegando incluso a ser más del doble en la población no sanitaria respecto a la sanitaria en cuanto a:

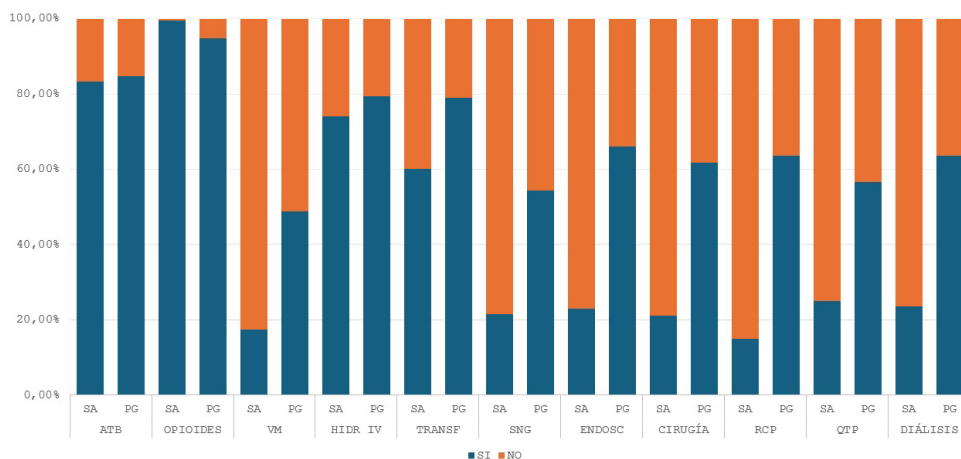
- Ventilación mecánica invasiva: 17,4% en sanitarios y 48,8% en no sanitarios.
- Sonda nasogástrica: 21,6% en sanitarios y 54,4% en no sanitarios.
- Pruebas invasivas como endoscopias: 23% en sanitarios y 66% en no sanitarios.
- Procesos quirúrgicos: 21,2% en sanitarios y 61,7% en no sanitarios.
- Reanimación cardiopulmonar: 15% en sanitarios y 63,6% en no sanitarios.
- Quimioterapia: 25% en sanitarios y 56,7% en no sanitarios.
- Diálisis: 23,6% en sanitarios y 63,6% en no sanitarios.

Se utilizó el test de Chi-Cuadrado para comparar la aceptación cada uno de los procedimientos en los dos grupos: sanitarios y no sanitarios. La diferencia de la demanda de procedimientos entre los dos grupos es estadísticamente significativa en los siguientes:

- Tratamiento para el dolor con opioides ($p=0,002$).

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Figura 1
 Comparación población general (PG) frente a sanitarios (SA) respecto a medidas al final de la vida.



Abreviaturas: ATB (Antibiótico); VM (Ventilación mecánica); HIDR IV (Hidratación intravenosa); TRANSF (Transfusión); SNG (Sonda nasogástrica); ENDOSC (Endoscopia); RCP (Reanimación cardiopulmonar); QTP (Quimioterapia).

- Ventilación mecánica invasiva ($p < 0,001$).
- Transfusión sanguínea ($p < 0,001$).
- Sonda nasogástrica ($p < 0,001$).
- Procesos quirúrgicos ($p < 0,001$).
- Pruebas invasivas como endoscopias, colonoscopias... ($p < 0,001$).
- Reanimación cardiopulmonar ($p < 0,001$).
- Quimioterapia ($p < 0,001$).
- Diálisis ($p < 0,001$).

Después de analizar los datos recogidos encontramos que, excepto el tratamiento para el dolor con opioides, que puede ser considerada la medida

más inocua para aliviar el sufrimiento físico, el resto de medidas tienen un porcentaje de aceptación más elevado en la población general que en los sanitarios. Como se muestra en la **FIGURA 1**, en las medidas menos invasivas como el tratamiento antibiótico y la hidratación intravenosa, el grado de aceptación era alto y similar en los dos grupos; en cambio en las medidas más invasivas, las diferencias de aceptación son importantes, oscilando entre el 14,4%-25% de los sanitarios frente al 48,8%-66% de los no sanitarios. Esto nos hace pensar que los sanitarios, al poder disponer de una información más profunda sobre los métodos y las consecuencias de aplicar estas medidas, hace que rechacen este tipo de actuaciones con más frecuencia.

Si bien es cierto que, como limitación, se trata de una muestra pequeña

para poder generalizar los resultados, existen diferencias en las preferencias del personal sanitario frente a la población general respecto a los procedimientos médicos a los que se someterían al final de vida, ya que encontramos porcentajes de aceptación de medidas invasivas más elevados entre los no sanitarios. Por ello, debemos fomentar e implementar una educación sanitaria básica para toda la población, que les empoderará en su futuro, para entender la adecuación del esfuerzo terapéutico, mejorando y enriqueciendo el proceso de toma de decisiones compartidas en su atención sanitaria. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Babarro A, Altisent R. *Planificación anticipada de decisiones: un instrumento clínico esencial para la calidad asistencial*. Med Palliat. 2019;26(3):187-189.
2. Wang J, Zhou A, Peng H, Zhu N, Yang L, Zheng X et al. *Effects of advance care planning on end-of-life decisions among community-dwelling elderly people and their relatives: a systematic review and meta-analysis*. Ann Palliat Med. 2023 May;12(3):571-583.