



Original

Conocimientos acerca de su enfermedad y de los documentos de voluntades anticipadas en los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas descompensadas que consultan en urgencias

A. Antolín*, À. Ambrós**, P. Mangirón**, D. Alves**, M. Sánchez*, Ò. Miró*

*MÉDICOS. **ENFERMERÍA. SECCIÓ D'URGÈNCIES MEDICINA, ÀREA D'URGÈNCIES. HOSPITAL CLÍNIC. BARCELONA.

RESUMEN

Objetivos: Analizar el grado de conocimiento del paciente con enfermedad crónica que acude a urgencias respecto a diferentes aspectos de la evolución natural de su enfermedad y si existen factores asociados a este conocimiento, así como su posicionamiento con diferentes aspectos del testamento vital, su predisposición a redactarlo y si existen factores asociados a esta predisposición.

Material y método: Se incluyeron pacientes afectados de diversas enfermedades crónicas cuya evolución natural supusiera un acortamiento de la expectativa de vida que fueron atendidos en una unidad de urgencias medicina hospitalaria. Se recogieron características clínico-epidemiológicas y se les realizó una encuesta con preguntas referentes al grado de conocimiento de su enfermedad y del testamento vital. Como variables independientes se consideraron el buen o mal conocimiento de las posibilidades evolutivas de su enfermedad y su predisposición o no a redactar un testamento vital, y se analizó si existía alguna variable clínico-epidemiológica o de opinión asociada a estas variables independientes.

Resultados: Se entrevistaron 160 pacientes, con una edad de 74±11 años y el 67% mujeres. El 47% tenía un grado de conocimiento de su enfermedad bueno, que se asoció de forma significativa con una edad inferior o igual a 70 años ($p < 0,001$) y con haber estado ingresado previamente en una unidad de cuidados intensivos ($p < 0,001$). A pesar de ello, el 78% se consideraba globalmente bien informado por su equipo médico habitual y sólo el 38% deseaba recibir mayor información. El conocimiento previo acerca de en qué consiste el testamento vital lo tenían el 19% de pacientes y en sólo un 3% alguno de sus médicos habituales le había hablado del mismo. El 50% de pacientes se mostraron favorables a realizarlo, y no existió ningún factor asociado a dicha predisposición.

Conclusiones: En los pacientes afectados de enfermedades crónicas que consultan en urgencias se constata una mala información acerca de su enfermedad y un desconocimiento mayor aún de la posibilidad que tienen de poder realizar un documento de voluntades anticipadas.

ABSTRACT

Knowledge and awareness about their condition and about the "Vital Testament" documents among patients with evolutive decompensated chronic diseases consulting at Emergency Departments

Aims and purpose: To analyse, among patients with chronic conditions attending the Emergency Departments, the degree of awareness and knowledge regarding various aspects of the natural course of their conditions and whether there are factors associated thereto, as well as their personal position regarding various aspects of the so-called "Vital Testament", their predisposition to prepare such a document and eventual factors associated thereto.

Material and methods: The study population included patients with diverse chronic diseases, the natural course of which might entail a shortening of their life expectancy, who attended a hospitalary Outpatient Emergency Department. Clinico-epidemiological features were recorded and a survey questionnaire was administered with items regarding their degree of knowledge about their condition and about the "Vital Testament". The independent variables were the good or bad knowledge of the evolutive possibilities of their condition and their predisposition to prepare or not a "Vital Testament"; and an assessment was performed regarding whether there was any clinico-epidemiological or opinion variable associated to the independent variables.

Results: One hundred and sixty patients were interviewed (age range 74 ± 11 years; 67% females). Forty-seven per cent of them evidenced good knowledge of their conditions, in association with age ≤70 years ($p < 0.001$) and with previous admission into an Intensive Care Unit ($p < 0.001$). Despite this, 78% of the interviewed patients considered themselves to be overall well informed by their usual attending medical teams, and only 38% wished to receive further information. Previous knowledge about what a "Vital Testament" is and entails was present in 19% of the patients, and only 3% stated that their attending physicians had talked to them about it. Fifty percent of the patients declared themselves willing to prepare such a document, and there was not any factor associated to such predisposition.

Conclusions: Among patients with chronic conditions attending Emergency Departments there is an insufficient degree of awareness and knowledge regarding their conditions, and an even poorer one regarding their possibility to prepare a "Vital Testament" (Anticipated Last Will) document.

Correspondencia: Dr. Òscar Miró

Área de Urgencias
Hospital Clínic
Villarroel 170
08036 Barcelona
E-mail: omiro@clinic.ub.es

Fecha de recepción: 8-6-2007
Fecha de aceptación: 12-6-2007

INTRODUCCIÓN

Entre los innegables avances que durante los últimos años se han producido en el campo de la bioética aplicada a la medicina y que, desde el punto de vista jurídico, se han acompañado de algunos avances legislativos en España, cabe destacar el desarrollo de leyes encaminadas a establecer, de forma clara, los mecanismos por los cuales un paciente puede dejar constancia de su voluntad respecto a la toma de decisiones al final de sus días en el supuesto que, llegado ese momento, él no pudiera expresarlo por motivos inherentes a la propia enfermedad. Esta voluntad queda plasmada en el documento denominado "testamento vital" o de "voluntades anticipadas", el cual se encuentra a su disposición en un registro centralizado. Además, el paciente puede nombrar un representante para que sea éste quien tome las decisiones en su nombre, si él no estuviera en condiciones, siempre y cuando el supuesto a discutir no se hubiere expresado explícitamente en dicho testamento vital¹.

Los servicios de urgencias y emergencias constituyen lugares que, por las características inherentes al tipo de trabajo que en ellos se desarrolla, la toma de decisiones en pacientes graves o con una capacidad de decisión mermada se producen con cierta frecuencia²⁻⁵. En cambio, y a pesar de los esfuerzos divulgativos de las diversas administraciones por dar a conocer la existencia de la posibilidad de redactar un testamento vital, la percepción que tenemos los profesionales que trabajamos en urgencias es que el conocimiento es subóptimo entre los pacientes que padecen enfermedades crónicas evolutivas que acuden descompensados al servicio de urgencias. El presente trabajo analiza el grado de conocimiento del paciente crónico respecto a diferentes aspectos de la evolución natural de su enfermedad, así como su posicionamiento con diferentes aspectos del testamento vital. Así mismo, investigamos si existe algún factor que se asocie con un buen conocimiento de las posibilidades evolutivas de la enfermedad y con la predisposición a redactar el testamento vital.

MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo se realizó durante los meses de enero, febrero y marzo de 2003 en la sección de urgencias medicina del Hospital Clínic de Barcelona. Las características de la organización de la asistencia en dicha unidad han sido previamente descritas en otros trabajos^{6,7}.

Los criterios para ser incluido en el estudio fueron los siguientes: estar diagnosticado de una enfermedad cuya evolución natural supusiera un acortamiento de la expectativa de vi-

da durante los siguientes años; y especialmente enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca crónica (ICC) o cirrosis hepática (CH); acudir a urgencias entre las 8 y las 15 horas (horario de trabajo de los autores); y la autorización expresa para participar en el estudio.

A los pacientes incluidos en el estudio se les consignaron las siguientes variables clínico-epidemiológicas: edad, sexo, nivel de estudios terminados (ninguno, primarios, secundarios, universitarios), estado civil (soltero, casado, viudo, otros), convivencia en domicilio (solo, pareja, hijo, otros, residencia de ancianos), número de personas en el domicilio, tipo de enfermedad crónica (MPOC, ICC, CH u otras), existencia de ingresos previos en el hospital o en unidades de cuidados intensivos (UCIs) y tiempo transcurrido desde los últimos ingresos si los hubiese.

Una vez finalizada la asistencia en urgencias y controlada la sintomatología por la que el paciente había consultado, se realizó la encuesta con las preguntas que más adelante se especifican. La entrevista se desarrolló independientemente que el destino final del paciente tras su paso por urgencias fuese el ingreso hospitalario o el alta domiciliaria. La encuesta fue oral y se desarrolló de forma privada entre el entrevistado y el entrevistador. Las preguntas fueron las siguientes: ¿Sabe que padece una enfermedad crónica? ¿Sabe que la enfermedad que padece es evolutiva? ¿Sabe qué es una unidad de cuidados intensivos? ¿Sabe qué es la ventilación mecánica? ¿Se considera bien informado respecto a su enfermedad? ¿Desearía tener más información médica? ¿Considera que participa suficientemente en la toma de decisiones médicas? ¿Desearía una mayor participación en la toma de decisiones médicas? ¿Sabe en qué consiste el testamento vital? ¿Algún médico le ha hablado del testamento vital? ¿A quién designaría como responsable del testamento vital? ¿Le parecería bien repartir folletos informativos acerca del testamento vital en urgencias?

Para identificar factores asociados con un buen conocimiento de las posibilidades evolutivas de su enfermedad y con la predisposición a realizar un testamento vital se consideraron dos variables dependientes distintas. En el primer caso, se consideró que el paciente tenía un buen conocimiento de las posibilidades evolutivas de su enfermedad si al menos respondía afirmativamente 3 de las 4 preguntas siguientes: ¿Sabe que padece una enfermedad crónica? ¿Sabe que la enfermedad que padece es evolutiva? ¿Sabe qué es una unidad de cuidados intensivos? ¿Sabe qué es la ventilación mecánica? En el segundo caso, una vez finalizada la entrevista, y a la vista de las explicaciones facilitadas durante la misma, se le preguntó al paciente directamente si era partidario de hacer testamento vital. Las variables clínico-epidemiológicas y el resto de preguntas de la encuesta que no intervinieron en la definición de



las variables dependientes fueron consideradas como variables independientes.

Todas las variables se expresaron como media±desviación estándar si eran cuantitativas y en porcentajes si eran cualitativas. La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba de la ji al cuadrado o, alternativamente, mediante la prueba exacta de Fisher cuando los efectivos calculados fueron inferiores a 5 y se calculó la razón de Odds con su intervalo de confianza del 95%. Se consideraron estadísticamente significativas aquellas variables en las que el valor de p fue inferior a 0,05 o bien el intervalo de confianza de la razón de Odds excluía el valor 1.

RESULTADOS

Se valoraron un total de 208 pacientes, de los cuales 161 aceptaron participar en el estudio. La edad media fue de 74±11 años y el 67% mujeres. El resto de características clínico-epidemiológicas se recogen en la Tabla 1.

Respecto a los resultados de la encuesta (Tabla 2), el 76% de los pacientes afirmó padecer una enfermedad crónica, el 68% sabía que era evolutiva, el 58% sabía qué era una UCI y el 78% en qué consistía la ventilación mecánica. El 78% se consideraba globalmente bien informado por su equipo médico habitual y sólo el 38% deseaba recibir mayor información de la que recibía. Aunque sólo el 38% afirmaba participar suficientemente en las decisiones médicas, únicamente el 40% de pacientes pensaba que debía intervenir más de lo que lo hacía. El conocimiento acerca del testamento vital lo tenía el 19% de pacientes y en sólo un 3% alguno de sus médicos habituales le había hablado del mismo. El 91% de pacientes se mostró partidario que en urgencias se distribuyeran folletos informativos.

Respecto al grado de conocimiento de su enfermedad, se consideró que en 75 pacientes (47%) éste era bueno y que en 85 pacientes (53%) malo (en un caso no existían suficientes datos suficientes para valorarse). En este sentido, se asoció a un buen conocimiento de la enfermedad una edad inferior o igual a 70 años ($p<0,001$) y el haber estado ingresado previamente en una UCI ($p<0,001$; Tabla 3).

Cuando al final de la entrevista-encuesta se le explicó al paciente en qué consistía dicho documento, 80 (50%) de ellos se mostraron favorables a realizarlo, 34 (21%) desfavorables y 47 (29%) no tenían una idea claramente definida. No existió ningún factor asociado a la predisposición a redactar testamento vital, y sólo se apreció una discreta tendencia favorable entre los pacientes que conocían de antemano en qué consistía ($p=0,09$; Tabla 4).

TABLA 1. Características clínico-epidemiológicas de los 160 pacientes incluidos en el estudio

Edad en años (media±DE)	74±11
Sexo n (%)	
– Hombre	108 (67%)
– Mujer	53 (33%)
Estudios terminados n (%)	
– Ninguno	44 (27%)
– Primarios	91 (56%)
– Secundarios	18 (11%)
– Universitarios	8 (5%)
Estado civil n (%)	
– Soltero	17 (11%)
– Casado	91 (56%)
– Viudo	50 (31%)
– Otros	3 (2%)
Convivencia en domicilio n (%)	
– Solo	27 (17%)
– Pareja	52 (32%)
– Hijo/a	49 (30%)
– Otros	29 (18%)
– Residencia de ancianos	4 (3%)
Número de personas en el domicilio (media±DE)	2,6±1,3
Tipo de enfermedad crónica n (%)	
– Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	82 (51%)
– Insuficiencia cardiaca	57 (35%)
– Cirrosis hepática	17 (11%)
– Otros	5 (3%)
Ingreso previo en el hospital n (%)	
– Sí	143 (89%)
– No	17 (11%)
– No sabe/No contesta	1 (0%)
Meses desde el último ingreso en el hospital (media±DE)	18±55
Ingreso previo en cuidados intensivos n (%)	
– Sí	42 (26%)
– No	115 (72%)
– No sabe/No contesta	4 (2%)
Meses desde el último ingreso en cuidados intensivos (media±DE)	15±51

DISCUSIÓN

Podemos resumir los principales hallazgos del presente trabajo en dos grandes apartados. En primer lugar, menos de la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas que acuden a un servicio de urgencias hospitalario tienen un buen conocimiento de su enfermedad, y los factores asociados a un buen conocimiento de la misma son una edad inferior o igual a 70 años y haber estado ingresado en una UCI. En segundo lugar, la mitad de estos pacientes estarían de acuerdo con redactar un documento de voluntades anticipadas

TABLA 2. Resultados de la encuesta

¿Sabe que padece una enfermedad crónica?	
- Sí	122 (76%)
- No	35 (22%)
- No sabe/No contesta	4 (2%)
¿Sabe que la enfermedad que padece es evolutiva?	
- Sí	110 (68%)
- No	47 (29%)
- No sabe/No contesta	4 (3%)
¿Sabe qué es una unidad de cuidados intensivos?	
- Sí	93 (58%)
- No	68 (42%)
- No sabe/No contesta	0 (0%)
¿Sabe qué es la ventilación mecánica?	
- Sí	118 (73%)
- No	43 (27%)
- No sabe/No contesta	0 (0%)
¿Se considera bien informado respecto a su enfermedad?	
- Sí	126 (78%)
- No	29 (18%)
- No sabe/No contesta	6 (4%)
¿Desearía tener más información médica?	
- Sí	61 (38%)
- No	77 (48%)
- No sabe/No contesta	23 (14%)
¿Considera que participa suficientemente en la toma de decisiones médicas?	
- Sí	55 (34%)
- No	97 (60%)
- No sabe/No contesta	9 (60%)
¿Desearía una mayor participación en la toma de decisiones médicas?	
- Sí	64 (40%)
- No	82 (51%)
- No sabe/No contesta	15 (9%)
¿Sabe en qué consiste el testamento vital?	
- Sí	31 (19%)
- No	123 (77%)
- No sabe/No contesta	7 (4%)
¿Algún médico le ha hablado del testamento vital?	
- Sí	4 (3%)
- No	155 (96%)
- No sabe/No contesta	2 (1%)
¿A quién designaría como responsable del testamento vital?	
- Familiar	137 (85%)
- Médico	17 (11%)
- Amigo	4 (2%)
- Otro	3 (2%)
¿Le parecería bien repartir folletos informativos acerca del testamento vital en urgencias?	
- Sí	147 (91%)
- No	1 (1%)
- No sabe/No contesta	13 (8%)

o testamento vital, sin que en este caso existan factores asociados a esta predisposición. A continuación profundizaremos en estos dos aspectos.

El conocimiento limitado que tienen los pacientes con enfermedades crónicas acerca de las posibilidades evolutivas de su enfermedad es bien conocido. Así, en un trabajo similar realizado por Miró et al. en pacientes infectados por el VIH⁸, sólo el 74% era conocedor de la posible evolución futura de la misma. En otro trabajo de estos mismos autores realizado en pacientes EPOC⁹, sólo el 49% de los mismos tenía un buen conocimiento de su enfermedad, porcentaje muy similar al encontrado por nosotros. Además, el único factor que se asoció a un buen conocimiento fue su estancia previa en una UCI, al igual que en nuestro estudio. Llama la atención que, a pesar de este conocimiento deficiente, el 78% de pacientes se consideró bien informado y sólo el 38% desearía tener más información de la que tiene. Resultados similares se encontraron en los dos estudios mencionados anteriormente^{3,4}. Probablemente todo esto no sea más que el reflejo de la relación médico-paciente tradicionalmente paternalista en la que se ha desarrollado la medicina en España y que aún hoy en día impregna unos segmentos amplios de nuestra profesión. En todo caso, y a juzgar por la relación estadísticamente significativa que existe entre conocimiento de la enfermedad e ingreso previo en UCI, parece que el primero se adquiriera más en relación a condiciones de agudización grave de la enfermedad que no en el diálogo habitual con el equipo asistencial del paciente en situación de estabilidad clínica.

Y probablemente gran parte de estas razones discutidas hasta ahora justifiquen también los resultados obtenidos referentes al conocimiento y predisposición a elaborar un testamento vital. Ésta es una importante herramienta en pro de preservar el principio de autonomía del paciente que sin embargo tiene, y posiblemente tendrá, una repercusión en la práctica clínica diaria limitada. Por muchas razones. En primer lugar, pocos pacientes son conocedores de su existencia (menos de la quinta parte en nuestro estudio) y aún muchos menos realizan los pasos necesarios para disponer del mismo. En segundo lugar, la accesibilidad del profesional a estos documentos, y especialmente en las situaciones en las que desarrollan su labor los *urgenciólogos*, puede tener importantes limitaciones, si bien la creación de registros centralizados con acceso electrónico puede mejorar estas limitaciones¹⁰. En tercer lugar, la vinculación real del contenido del testamento vital para el médico queda condicionada por factores como la urgencia para decidir, las divergencias entre las situaciones previstas y la realmente presentada, el tiempo transcurrido entre la redacción y su necesidad de utilización (aunque no cada-que, las circunstancias pueden haber variado respecto al

**TABLA 3. Factores asociados a tener un buen conocimiento de las posibilidades evolutivas de la enfermedad**

	Buen conocimiento de la enfermedad (n = 75)	Mal conocimiento de la enfermedad (n = 85)	Razón de odds (IC 95%)	Valor de p
Edad inferior o igual a 70 años	37 (49%)	14 (16%)	4,94 (2,38 a 10,25)	<0,001
Sexo femenino	52 (69%)	54 (64%)	1,30 (0,67 a 2,51)	0,54
Estudios secundarios o universitarios terminados	15 (20%)	11 (13%)	1,68 (0,71 a 3,93)	0,28
Estado civil casado	47 (63%)	43 (51%)	1,64 (0,87 a 3,09)	0,17
Vive solo en domicilio	13 (17%)	14 (16%)	1,06 (0,46 a 2,43)	1,00
Afectado por enfermedad pulmonar obstructiva crónica	40 (53%)	41 (48%)	1,23 (0,66 a 2,28)	0,63
Ingresado previamente en el hospital	70 (93%)	72 (85%)	2,53 (0,86 a 7,46)	0,13
Ingresado previamente en cuidados intensivos	31 (41%)	10 (12%)	5,28 (2,35 a 11,81)	<0,001
Se considera bien informado respecto a su enfermedad (n=154)*	63 (84%)	62 (78%)	1,44 (0,64 a 3,26)	0,42
Desearía tener más información médica (n=137)*	29 (46%)	32 (43%)	1,12 (0,57 a 2,20)	0,88
Considera que participa suficientemente en la toma de decisiones médicas (n=151)*	30 (41%)	25 (32%)	1,42 (0,73 a 2,76)	0,39
Desearía una mayor participación en la toma de decisiones médicas (n=145)*	34 (49%)	30 (39%)	1,49 (0,77 a 2,88)	0,31
Sabe en qué consiste el testamento vital (n=153)*	19 (26%)	12 (15%)	1,93 (0,86 a 4,32)	0,11
Algún médico le ha hablado del testamento vital (n=158)*	1 (1%)	3 (4%)	0,37 (0,04 a 3,64)	0,62
Le parecería bien repartir folletos informativos acerca del testamento vital en urgencias (n=147)*	69 (100%)	77 (99%)	2,69 (0,11 a 67,18)	1,00
Partidario de realizar testamento vital (n=153)*	37 (73%)	42 (68%)	1,26 (0,56 a 2,84)	0,68

*Los porcentajes se han calculado sobre el total de pacientes (que se consignan como n) que expresaron una opinión (excluyendo el grupo "no sabe/no contesta").

TABLA 4. Factores asociados a ser partidario de realizar testamento vital

	Partidario de testamento vital (n = 80)	No partidario de testamento vital (n = 34)	Razón de odds (IC 95%)	Valor de p
Edad inferior o igual a 70 años	27 (34%)	10 (30%)	1,22 (0,51 a 2,92)	0,83
Sexo femenino	27 (34%)	9 (27%)	1,41 (0,50 a 3,45)	0,58
Estudios secundarios o universitarios terminados	18 (22%)	3 (9%)	3,00 (0,82 a 10,97)	0,14
Estado civil casado	42 (52%)	19 (56%)	0,87 (0,39 a 1,96)	0,90
Vive solo en domicilio	18 (22%)	5 (15%)	1,68 (0,57 a 4,98)	0,49
Afectado por enfermedad pulmonar obstructiva crónica	42 (52%)	19 (56%)	0,90 (0,39 a 1,96)	0,90
Ingresado previamente en el hospital	73 (91%)	30 (88%)	1,39 (0,38 a 5,10)	0,88
Ingresado previamente en cuidados intensivos	19 (24%)	9 (26%)	0,86 (0,34 a 2,17)	0,94
Sabe que padece una enfermedad crónica	61 (77%)	23 (68%)	1,53 (0,63 a 3,72)	0,47
Sabe que la enfermedad que padece es evolutiva	57 (71%)	21 (62%)	1,53 (0,66 a 3,57)	0,44
Sabe qué es una unidad de cuidados intensivos	46 (58%)	14 (41%)	1,93 (0,86 a 4,36)	0,16
Sabe qué es la ventilación mecánica	19 (24%)	9 (26%)	0,86 (0,34 a 2,17)	0,94
Se considera bien informado respecto a su enfermedad	65 (81%)	23 (68%)	2,07 (0,83 a 5,16)	0,18
Desearía tener más información médica	31 (40%)	18 (53%)	0,56 (0,25 a 1,26)	0,23
Considera que participa suficientemente en la toma de decisiones médicas	28 (35%)	13 (38%)	0,87 (0,38 a 2,00)	0,91
Desearía una mayor participación en la toma de decisiones médicas	37 (46%)	14 (41%)	1,23 (0,55 a 2,77)	0,77
Sabe en qué consiste el testamento vital	22 (27%)	4 (12%)	2,84 (0,90 a 9,01)	0,09
Algún médico le ha hablado del testamento vital	1 (1%)	2 (6%)	0,20 (0,02 a 2,31)	0,21
Le parecería bien repartir folletos informativos acerca del testamento vital en urgencias	77 (96%)	31 (91%)	2,48 (0,47 a 12,99)	0,36

momento de la redacción), las renovaciones posteriores o las posibles lecturas que se puedan realizar a tenor del lenguaje utilizado¹⁰. Finalmente, y como resulta obvio, el testamento vital no obliga a los médicos a seguir voluntades que vayan contra el ordenamiento jurídico o la buena práctica clínica.

En este aspecto y una vez más, los servicios de urgencias y emergencias deben intentar enmendar disfunciones o carencias procedentes de otros ámbitos asistenciales. Así, en numerosas ocasiones, son los *urgenciólogos* quienes plantean la conveniencia o no de determinados tratamientos, en un ámbito absolutamente subóptimo como son los servicios de urgencias hospitalarios^{2,3} o los servicios de emergencias extrahospitalarios^{4,5}. Y resulta evidente que un equipo médico-enfermero que no es el habitual del paciente (y que, en la mayoría de ocasiones, desconoce de la realidad médica y social del mismo), no es el más indicado para dar explicaciones y tomar decisiones que debieran haberse dado o tomado en una situación de mayor serenidad y con el tiempo suficiente para poder madurarlas. Creemos que, a día de hoy, una buena práctica médica obliga a los equipos médicos habituales de los pacientes a informarles de la posibilidad de redactar un testamento vital,

de las ventajas que ello comporta, prestarles ayuda si se deciden a hacerlo definiendo posibles situaciones futuras y canalizando adecuadamente sus miedos y sus deseos¹⁰. Con todo, los servicios de urgencias pueden jugar un papel importante como iniciadores del proceso, máxime a juzgar por la opinión de la práctica totalidad de los pacientes incluidos en este estudio, quienes encontraron adecuado el recibir folletos divulgativos durante su paso por urgencias. Y en concreto, creemos que enfermería puede realizar una labor clave en la difusión de esta información, ya que su permanente contacto con el enfermo y su familia facilita el inicio del diálogo acerca de los aspectos de autonomía y toma de decisiones, el cual puede complementarse perfectamente con la entrega del material divulgativo elaborado para este fin.

A pesar que el estudio cuenta con las limitaciones de tener un tamaño moderado y proceder de un solo centro, constata una mala información acerca de las posibilidades evolutivas de las enfermedades crónicas de los pacientes que acuden a urgencias su enfermedad, y un mayor desconocimiento de la posibilidad que tienen de poder realizar un documento de voluntades anticipadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Broggi MA. El documento de voluntades anticipadas. *Med Clin (Barc)* 2001;117:114-5.
- 2- Carbonell Torregrossa MA, Girbés Borrás J, Calduch Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias* 2006;18:30-5.
- 3- Jairod Pamias M, Carretero Bellón J, Closa Monasterolo R, Allué Martínez X. La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. *Emergencias* 2006;18:215-8.
- 4- Vargas Romás MI, Gil de Miguel A, Carrasco Garrido P, Suárez Bustamante R, Medina Álvarez JC, Gilarranz Vaquero JL. Gravedad y supervivencia de pacientes atendidos por un servicio de emergencia sanitaria prehospitalaria. *Emergencias* 2005;17:44-51.
- 5- De la Flor Magdaleno B, Castelo Tarrío I, Andetxaga Vivanco I, Peláez Corres N, Gil Martín FJ, Aguirre Goitia A. Presencia familiar durante las maniobras de reanimación: Estudio en el ámbito extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca. *Emergencias* 2006;18:135-44.
- 6- Miró O, Sánchez M, Espinosa G, Coll-Vinent B, Bragulat E, Milla J. Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganisation. *Emerg Med J* 2003;20:143-8.
- 7- Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un servicio de urgencias de medicina. *Med Clin (Barc)* 2000;115:294-6.
- 8- Miró G, Pedrol E, Soler A, Serra-Prat M, Yébenes JC, Martínez R, et al. Conocimiento de la enfermedad y documentos de voluntades anticipadas en el paciente seropositivo para VIH. *Med Clin (Barc)* 2006;126:567-72.
- 9- Miró Andreu G, Féliz Flor M, Solsona Durán JF. Toma de decisiones médicas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Clin (Barc)* 2001;116:536-8.
- 10- Fernández Herráez E, Martínez López MJ. Instrucciones previas. Es necesario cerrar el circuito de información entre los clientes y el registro. *Med Clin (Barc)* 2006;127:719.