

## Muerte, dignidad y voluntades anticipadas

### *Death, dignity and advance directives*

Sra. Directora:

Hemos leído con atención el interesantísimo estudio publicado en su revista por Nebot et al<sup>1</sup> acerca de los documentos de voluntades anticipadas. Compartimos con ellos muchas de las consideraciones que realizan, las cuales resultan más evidentes y necesarias si cabe para un servicio de urgencias hospitalario, un lugar con espacios limitados, frecuentes problemas de saturación, alto riesgo de eventos adversos y donde, en ocasiones, el tiempo para la toma de decisiones médicas vitales es escaso y con frecuencia sin un conocimiento profundo del paciente y de su enfermedad<sup>2-4</sup>. Por ello, al hilo de su trabajo, quisiéramos hacer las siguientes consideraciones.

La primera, la necesidad de una mayor extensión de la formalización del documento de voluntades anticipadas, que los propios autores cifran actualmente en un 0,16% de la población mayor de 16 años en la Comunidad Valenciana. Aunque este porcentaje podría ser mayor en subgrupos de población seleccionados, nuestra experiencia apunta deficiencias en ese sentido. En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas que consultan a urgencias (una población claramente diana en la cual estos documentos deberían tener una mayor penetración), éstos no tienen una buena información sobre el carácter evolutivo de su enfermedad ni sobre la posibilidad de redactar un documento de voluntades anticipadas, lo cual conocen menos del 25% de los pacientes<sup>5-7</sup>. La segunda deficiencia es la necesidad de mejora del diálogo entre médico y paciente en la práctica clínica diaria, en situaciones de serenidad y de estabilidad clínica de la enfermedad. Esto tampoco está sucediendo actualmente en España. El porcentaje de pacientes crónicos que acuden a urgencias y a quienes sus médicos habituales les han hablado del documento de voluntades anticipadas no supera un pírrico 5%<sup>6,7</sup>. La tercera es que la situación puede no ser la misma en todas las comunidades autónomas. Así, cuando se valoraron pacientes con enfermedades crónicas evolutivas en una situación clínica aguda similar en servicios de urgencias de las comunidades de Madrid, Cataluña y Valencia, se constató, en esta última, que sus pacientes tenían una menor información sobre el carácter evolutivo de su enfermedad, mientras que en Cataluña había un mayor deseo de información y más predisposición a redactar un documento de voluntades anticipadas por parte de los enfermos<sup>7</sup>. Finalmente, no parece que en relación al conocimiento del documento de voluntades anticipadas y a la implicación de los médicos en su divulgación haya cambiado nada de manera sustancial en los últimos años, al menos cuantitativamente, ya que en nuestra experiencia no se ha

producido una mejora de ninguno de estos aspectos en la práctica clínica asistencial, al menos detectable en los servicios de urgencias hospitalarios durante los últimos años<sup>8</sup>. La resolución de este problema de insuficiente información, parte fundamental en la relación médico-paciente, permitiría que el documento de voluntades anticipadas pase a ser un instrumento útil en la práctica asistencial y en la toma de decisiones clínicas, y en definitiva adecuar las medidas y los recursos sanitarios a la voluntad del paciente, respetando así su principio de autonomía<sup>9,10</sup>.

### Bibliografía

1. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, et al. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit.* 2010;24:437-45.
2. Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias.* 2010;22:244-6.
3. Juan A, Enjamio E, Moya C, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias.* 2010;22:249-53.
4. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, et al., Grupo de Trabajo Evadur-Semes. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias.* 2010;22:415-28.
5. Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, et al. Enfermos crónicos en urgencias: grado de conocimiento y concordancia con el acompañante respecto a sus posibilidades evolutivas. *Med Clin (Barc).* 2009;132:501-4.
6. Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, et al. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. *Rev Clin Esp.* 2010;210:379-88.
7. Antolín A, Sánchez M, Llorens P, et al. Conocimiento de la enfermedad y del testamento vital en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:1410-8.
8. Antolín A, Sánchez M, Miró O. Evolución temporal en el conocimiento y el posicionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al testamento vital. *Gac Sanit.* 2011; doi:10.1016/gaceta.2011.03.009.
9. Jiménez S, Aguiló S, Gil V, et al. Los factores psicosociales determinan la aceptación de la hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias. *Gac Sanit.* 2010;24:303-8.
10. Saldaña Martínez MJ, Vegas Ibáñez F, Cebollero Leu N. Asistencia domiciliar de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio. *Emergencias.* 2010;22:441-4.

Albert Antolín\*, Òscar Miró  
y Miquel Sánchez

Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, Grupo de Investigación «Urgencias: procesos y patologías», IDIBAPS, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antolin@clinic.ub.es (A. Antolín).

doi:10.1016/j.gaceta.2011.03.017