

con una estimación de ingresos hospitalarios evitados del 19,3%. Es más, 405 pacientes (17,2%) procedieron del área de hospitalización convencional y se consideraron altas precoces, que favorecieron la disminución de la estancia hospitalaria.

En los últimos años hemos orientado el HDMP a la atención de pacientes pluripatológicos (PP)<sup>5,6</sup>. Estos pacientes se pueden beneficiar de dispositivos asistenciales alternativos que eviten su paso por consultas de Atención Primaria y por diversos despachos de especialidades hospitalarias, así como una hiperfrecuentación a los servicios de urgencias. La atención que dispensamos a los PP es programada, mediante sistema informatizado de citas desde Atención Primaria o mediante el internista referente de cada centro de salud, dentro de un programa amplio de atención al paciente crónico. Además, el HDMP puede ser un espacio compartido por médicos de Atención Primaria y por el referente hospitalario, el internista. Durante el año 2011 hemos atendido en el HDMP 1.414 pacientes, de los cuales 897 provenían del área de medicina interna y el resto del área oncohematológica. De esos 897 pacientes, 228 (25,4%) eran PP, con una edad media de  $75,7 \pm 7,8$  años (varones, 54,4%). Siguiendo la clasificación de PP<sup>7</sup>, 90 (39,5%) presentaban 3 o más categorías, siendo la más frecuente la categoría A —enfermedad cardiovascular— (79,4%). El 34,6% de los PP tenían un importante deterioro funcional (índice de Barthel < 60).

El impacto real del HDMP en el contexto de los recursos sanitarios es difícilmente medible, pero creemos que puede reducir la frecuentación a las áreas de urgencias, los ingresos hospitalarios y el paso repetido por distintas consultas, máxime si favorece la comunicación, accesibilidad y continuidad asistencial entre niveles asistenciales. Experiencias similares en otras áreas sanitarias así lo avalan<sup>8</sup>.

## Bibliografía

- Escobar MA, García-Egido AA, Carmona R, Lucas A, Márquez C, Gómez F. Ingresos evitados por el hospital de día médico polivalente. *Rev Clin Esp.* 2012;212:63–74.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Hospital de Día. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2009. [consultado 25/02/2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>.
- Jiménez Puente A, García-Alegría J, Lara-Blanquer A. Sistemas de información para clínicos. I. Cómo conocer qué tipo de pacientes se atienden en nuestros hospitales. *Rev Clin Esp.* 2010;210:298–303.
- García-Ordóñez MA, Moya-Benedicto R, Villar-Jiménez J, Sánchez Lora FJ. Hospital de día médico como alternativa a la hospitalización convencional en un servicio de medicina interna de un hospital comarcal. *An Med Interna.* 2007;24: 613–4.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud, 2006. [consultado 25/02/2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase>.
- Bernabeu-Wittel M, Barón-Franco B, Murcia-Zaragoza J, Fuertes-Martin A, Ramos-Cantos C, Fernández-Moyano A, et al. A multi-institutional, hospital-based assessment of clinical, functional, sociofamilial and health-care characteristics of polypathological patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53: 284–91.
- Ollero-Baturone M, Álvarez M, Barón-Franco B, Bernabeu-Wittel M, Codina A, Fernández-Moyano A, et al. Atención al paciente pluripatológico. Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de salud. Junta de Andalucía; 2007.
- Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencia. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalario y Atención Primaria. *Rev Clin Esp.* 2007;207:510–20.

M.A. García Ordóñez\*, A. Vera Carmona,  
C. Saavedra Sierras y F. Cabello Romero

*Servicio de Medicina Interna, Hospital de Antequera, Área Sanitaria Norte de Málaga, Málaga, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

[miguel.garcia.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:miguel.garcia.sspa@juntadeandalucia.es)

(M.A. García Ordóñez).

doi:10.1016/j.rce.2012.03.002

## Reflexiones sobre el documento de instrucciones previas

### Reflections on the previous instructions document

Sr. Director:

El excelente artículo de Molina et al.<sup>1</sup> analiza los conocimientos y actitudes sobre las instrucciones previas (IP) de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna (MI). Nos gustaría hacer algunas reflexiones sobre el mismo. Aunque es el primer estudio realizado en este ámbito (pacientes ingresados en un servicio de MI), los resultados son similares a los obtenidos en otros ámbitos<sup>2-4</sup> y reflejan una vez más

el escaso conocimiento de las IP por parte de los pacientes. Los autores achacan este déficit a que las campañas de educación a la ciudadanía no han sido suficientes, aunque también mencionan la importancia de la formación a los sanitarios como transmisores de este derecho a los pacientes. Nosotros creemos que el término de «transmisores de la información» no refleja el importante papel que tienen los profesionales respecto a las IP. En pacientes como los incluidos en el estudio, en el que un alto porcentaje padecen demencia y otras enfermedades crónicas y terminales, forma parte de nuestra buena práctica clínica informar al paciente de lo que un documento así puede ofrecerle, ayudarle en su reflexión y prestarle nuestra ayuda para definir situaciones futuras que son previsibles en la evolución de su enfermedad, para que de esta forma pueda concretar sus límites<sup>5,6</sup>. Por tanto, el bajo conocimiento que tienen

de las IP este grupo de pacientes, viene a reflejar que no estamos cumpliendo de forma adecuada con nuestras obligaciones profesionales y la razón principal para ello, como se refleja en diferentes estudios realizados en nuestro país, es que los profesionales carecemos de formación en este campo<sup>7-10</sup>. Estos resultados concuerdan con los de un estudio realizado recientemente en nuestra área sanitaria en el que se valoraba el grado de conocimiento de las IP, tanto por profesionales de Atención Primaria (AP) como Especializada (AE). Para dicho estudio se envió una encuesta a un total de 280 médicos: 169 de AP y 111 de AE. Respondieron un total de 120 médicos (42,85%), 60 procedentes de AP y 60 de AE. Solo 21 profesionales (17,5%) tenían un conocimiento objetivo sobre las IP y solo 18 (15%) reconocían sentirse capacitados para ayudar a sus pacientes en este terreno. También eran muy pocos los profesionales que habían expuesto a sus pacientes la conveniencia de tener redactado un documento de IP, solo 28 (23,3%) y menos aún los que habían ayudado al paciente en su redacción, solo 8 (6,7%).

En segundo lugar, nos gustaría también hacer un comentario respecto a uno de los ítems de la encuesta, en concreto, aquél en el que se le pregunta al paciente si le importaría que una vez realizado el documento de IP constase en la historia clínica. El objetivo fundamental de las IP es que los deseos del paciente sean respetados y para cumplir con este objetivo deben estar accesibles para los profesionales responsables de la asistencia en el momento en que tienen que tomar las decisiones. Entendemos, por tanto, que si se conoce el objetivo de las IP, no cabe otra respuesta que no sea la favorable a que las IP estén accesibles en la historia clínica. Por este motivo creemos que las respuestas favorables no son interpretables como una actitud positiva hacia las IP, sino que las respuestas en contra de que las IP estén recogidas en la historia clínica simplemente reflejan un desconocimiento de cuáles son sus funciones, que se debe corregir. Por último, uno de los resultados nos ha llamado poderosamente la atención, el hecho de que un porcentaje elevado de pacientes (72,9%), una vez informados sobre lo que son las IP, consideren que el tenerlas realizadas no va a cambiar la actitud del médico. Esto nos debería hacer reflexionar sobre la necesidad de transmitir de forma convincente al paciente la idea de que sus deseos sí van a ser respetados, que más allá de una obligación moral, los profesionales tenemos una obligación legal de respeto a lo recogido en los documentos de IP por el paciente. Si no se logra transmitir esto a los pacientes se habrá perdido la esencia de lo que suponen las IP, que el paciente siga influyendo en las decisiones sobre su

salud, aunque haya perdido su capacidad para tomar dichas decisiones.

## Bibliografía

1. Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín MD, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Rev Clin Esp.* 2011;211:450-4.
2. Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2003;32:30-5.
3. Angel López Rey E, Romero Cano M. Conocimiento y actitudes de la población ante el documento de voluntades anticipadas. *Enferm Clin.* 2008;18:115-9.
4. Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Álves D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a Urgencias. *Rev Clin Esp.* 2010;210:379-88.
5. Ameneiros E, Carballada Rico C, Garrido Sanjuán JA. Reflexiones sobre el documento de voluntades anticipadas. *Rev Clin Esp.* 2011;211:380-1.
6. Ameneiros Lago E, Carballada Rico C, Garrido Sanjuán JA. Los documentos de instrucciones previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. *Galicia Clin.* 2011;72:121-4.
7. Santos C, Forn MA. ¿Estamos preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer el testamento vital? *Rev Calidad Asistencial.* 2007;22:262-5.
8. Valle Sánchez A. Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN.* 2009;35:111-4.
9. Simón Lorda P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria.* 2008;40:61-8.
10. Mateos- Rodríguez A, Huerta Arroyo A, Benito-Vellisca MA. Instrucciones previas: actitud de los profesionales de emergencias. *Emergencias.* 2007;19:241-4.

E. Ameneiros-Lago<sup>a,\*</sup>, C. Carballada-Rico<sup>b</sup>  
y J.A. Garrido-Sanjuán<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Medicina Interna, Área Sanitaria de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España*

<sup>b</sup> *Unidad de Hospitalización a Domicilio, Área Sanitaria de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [eugenia.ameneiros.lago@sergas.es](mailto:eugenia.ameneiros.lago@sergas.es)  
(E. Ameneiros-Lago).

doi:[10.1016/j.rce.2012.03.021](https://doi.org/10.1016/j.rce.2012.03.021)