

Cómo citar este documento

Castanedo Córdoba, Isabel María; de la Rubia Montero, Concepción. Efectividad de una intervención enfermera sobre voluntades anticipadas en urgencias para usuarios mayores de 65 años. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0846.php>

Efectividad de una intervención enfermera sobre voluntades anticipadas en urgencias para usuarios mayores de 65 años

Isabel María Castanedo Córdoba*, Concha de la Rubia Montero*

* Enfermera. Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, España

Resumen

Los pacientes pluripatológicos que acuden a urgencias a menudo son sometidos a una variabilidad práctica que oscila entre la aplicación de medidas de confort al encarnizamiento terapéutico. Consideramos la variabilidad en la práctica, el escaso registro de las voluntades anticipadas en ancianos y el gasto sanitario derivado como principales motivos para investigar si un programa de intervención de enfermería en urgencias con usuarios mayores de 65 años basado en información sobre voluntades vitales repercute sobre la actitud del usuario hacia el registro. Se realizará un estudio de carácter cuasiexperimental cuyo emplazamiento será el servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. La población de estudio serán usuarios mayores de 65 años que cumplan criterios de inclusión. La recogida de datos se hará en base a los registros disponibles en la base de datos informatizada del hospital. Se realizará un análisis descriptivo e inferencial de los datos.

Palabras clave: anciano, efectividad, enfermería de urgencias, intervención precoz

Abstract

The increase in life expectancy and the aging of the population are key factors in the appearance of the pluripathology. Approach of aged diseases patients who come to the emergency room with critical relapses arising from any of the diseases that suffer from health staff is diverse, while sometimes the patient receives palliative or comfort measures, are not few others that overflows a medicalized treatment. We consider the variability in practice, insufficient registration of wills advance in elderly and health expenditure derived as main reasons to investigate whether an intervention program of nursing in emergency patients older than 65 years based on information about vital directives has an impact on the attitude of the user towards the record. You will carry out a study whose design is proposed as of character quasi-experimental with control group, longitudinal and prospective whose location will be the emergency service of the Hospital Clinico Universitario Virgen de la Victoria, Malaga. The study population will be older than 65 users. Data collection will be based on the records available in the computerised database of the hospital mainly. There will be a descriptive and inferential data analysis.

Key Words: aged, early intervention, effectiveness, emergency nursing

CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

A) Formulación, antecedentes y estado actual del tema

Esta investigación se proyecta en base al respeto de la autonomía del paciente, y más concretamente a las instrucciones previas, voluntades vitales anticipadas (VVA) o testamento vital.

Los motivos que nos han conducido a abordar este tema es la diversidad en la forma de abordaje por parte del personal sanitario de los pacientes pluripatológicos longevos que acuden a urgencias con reagudizaciones críticas derivadas de alguna de las patologías que padecen. Mientras que en algunas ocasiones el paciente recibe tratamiento paliativo o medidas de confort, no son pocas otras en las que se desborda un tratamiento medicalizado o como en algunas ocasiones se ha denominado un “encarnizamiento terapéutico”.

La importancia del tema que nos ocupa no radica solamente en términos de satisfacción o calidad de vida del paciente. En el concepto de paciente pluripatológico se engloba a aquellos usuarios que poseen enfermedades que no tienen cura, que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía, así como riesgo de sufrir distintas patologías interrelacionadas, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas. El incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población son factores claves en la aparición de la pluripatología en una misma persona que representa importantes repercusiones en la salud de la población puesto que supone un incremento en la frecuencia de la demanda sanitaria, aumenta la probabilidad del ingreso hospitalario, la polimedicación, alteración de la calidad de vida y generación de discapacidad o aumento del riesgo de muerte en estas personas. El ritmo de crecimiento en Andalucía en el registro de voluntades vitales anticipadas ha sido notable en los últimos años, siendo Málaga la provincia que actualmente presenta mayor índice de presentación del documento, aun así los pacientes dependientes pluripatológicos críticos que acuden al servicio de urgencias no poseen en su mayoría voluntades vitales anticipadas (VVA).

La finalidad de esta investigación es dilucidar la relación que guarda la intervención enfermera en la planificación anticipada con el registro de voluntades vitales anticipadas. La carencia de registro de VVA por parte de los ancianos que acuden a los servicios de urgencias en estado crítico puede suponer una medicalización de su proceso asistencial. La finalidad de esta investigación es identificar si la intervención enfermera en la planificación de las VVA con los pacientes mayores de 65 años en urgencias asegura el derecho de autonomía en las decisiones de estos usuarios.

Los resultados de esta investigación serán beneficiosos principalmente para el ciudadano puesto que garantizará la actuación del personal sanitario en base a las preferencias señaladas por el usuario como garante de la aplicación de la ley de autonomía del paciente. De otra parte el beneficio estará basado en la oportuna gestión de los recursos sanitarios.

En Andalucía el envejecimiento demográfico en el último siglo se ha impulsado, entendemos envejecimiento demográfico como el continuo aumento del promedio de edad de las personas mayores de 65 años. La reducción de la mortalidad y el alza en la

esperanza de vida de los individuos explica el incremento en cifras absolutas de las personas longevas que se viene produciendo en Andalucía, de modo incesante, desde hace más de cien años, otros factores como la acusada disminución de la fecundidad y las migraciones también contribuyen en estas cifras¹. Aunque con frecuencia se ha pensado que la esperanza de vida habría llegado a su límite, la tendencia actual nos muestra que ésta aumenta en 2,5 años por decenio, sin quedar claro cuánto llegará a prolongarse en el futuro².

Según el Instituto Nacional de Estadística España se enfrenta a un progresivo envejecimiento de su estructura demográfica, a 1 de enero de 2013 cifra la población andaluza en 8.394.209 habitantes, el porcentaje de personas de 65 o más años ha ido aumentando en los últimos años y seguirá aumentando, acompañado de lo que se ha denominado «envejecimiento del envejecimiento», o aumento porcentual del grupo de más de 80 años, un fenómeno que, además, es eminentemente femenino, ya que los grupos de más edad estarán compuestos mayoritariamente por mujeres³.

Aproximadamente el 32% de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad. En general, se estima que un 5,6% de la ciudadanía andaluza necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). De cada 100 personas con dependencia, cerca de 70 son personas mayores de 65 años. Por término medio, en Andalucía, los hombres viven 7,9 años de su vida en situación de dependencia y las mujeres 12,1 años. Así pues, las mujeres, que tienen una esperanza de vida mayor que los hombres viven en promedio más años pero una parte importante de estos años los viven en situación de discapacidad. Esta tendencia que incrementa el número de personas que requerirán cuidados de larga duración llevarán a la reconfiguración de las políticas y recursos sanitarios y sociales que mejoren los niveles de eficiencia en la atención a las personas mayores, esto es, que permitan redefinir la provisión de los cuidados, tanto desde los servicios de salud como de asistencia social, sea a través del apoyo familiar, informal y de atención domiciliaria o residencial⁴.

El incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento del envejecimiento son factores claves en la aparición de la pluripatología en una misma persona que representa importantes repercusiones en la salud de la población puesto que supone un incremento en la frecuencia de la demanda sanitaria, aumenta la probabilidad del ingreso hospitalario, la polimedicación, alteración de la calidad de vida y generación de discapacidad o aumento del riesgo de muerte en estas personas^{5,6}. En la vejez se produce un aumento del número de pluripatologías crónicas que suelen dar lugar a frecuentes descompensaciones agudas debido a la fragilidad y la vulnerabilidad de las personas ancianas.⁷ Una de las implicaciones del envejecimiento, desde el punto de vista clínico, es el hecho de que cada vez son más las personas que presentan dos o más enfermedades crónicas. En Andalucía, la descripción del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Atención al Paciente Pluripatológico, en el año 2002, representó la apuesta andaluza por una alternativa novedosa que pretendía identificar y dar una respuesta asistencial a los pacientes con una especial fragilidad clínica, condicionada por la concurrencia de determinados procesos. Trataba de identificar y organizar la atención de pacientes con enfermedades que no tienen cura, que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía, así como riesgo de sufrir distintas patologías interrelacionadas, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas. Agruparon las enfermedades en categorías clínicas teniendo presente el daño sobre el órgano diana y la repercusión funcional que éste genera. Las primeras publicaciones y comunicaciones que utilizaron la definición

propuesta ponen de manifiesto que en el entorno hospitalario, los criterios de paciente pluripatológico permiten identificar a una población de mayor edad, mayor limitación funcional, mayor mortalidad y mayor consumo de recursos. La prevalencia de pacientes pluripatológicos en servicios de Medicina Interna se ha mostrado superior al 30% en servicios de medicina interna general y cercana al 60% en servicios con una orientación a pacientes crónicos⁸⁻¹⁰. Por todo ello, la acumulación de patologías crónicas en un mismo usuario, el incremento en uso de la asistencia sanitaria y la mayor frecuentación hospitalaria condicionados por la pluripatología hace que se haya convertido en un problema de salud pública^{5,9}

En los servicios de urgencias los profesionales sanitarios nos encontramos frecuentemente con pacientes pluripatológicos de edad avanzada que acuden con frecuencia por agudización crítica de alguna o varias de las patologías que padecen. Las enfermeras de urgencias se ven envueltas a menudo en situaciones críticas en las que el paciente no puede comunicarse por estar inconsciente y debido a las características del servicio además puede no disponer de un familiar presente en ese momento que indique la existencia de sus voluntades vitales anticipada. Por otro lado otras veces nos encontramos que el médico no está entrenado y/o formado en cuyo caso desconoce cómo comprobar si el paciente dispone de VVA. Todo ello puede ocasionar un conflicto en estos profesionales para garantizar el principio de autonomía del paciente^{11,12}.

Es evidente que todos hemos de morir, la muerte es una realidad que pretendemos postergar, pero que siempre nos alcanza, sin embargo, la sociedad actual parece rechazar tal afirmación y la muerte se ha convertido en un tabú. Supone un fracaso de la medicina en dos formas de huída por parte del profesional. La primera basada en abandonar al paciente a su suerte evitando enfrentarse al proceso de muerte con el paciente o familiares. La segunda empecinándose a no rendirse ante la evidencia y relacionada con el encarnizamiento terapéutico como forma de postergar la muerte de un paciente haciendo uso de todas las técnicas invasivas disponibles¹³. Las enfermeras nos planteamos en esos casos si se tienen en cuenta los deseos del paciente ya que se viene observando con frecuencia una relación entre la dependencia que supone la enfermedad y la hospitalización y la capacidad de tomar decisiones en el sentido de “a mayor dependencia de los demás menor autonomía en las decisiones”. La práctica nos demuestra que las decisiones en situaciones difíciles de salud, como puede ser la atención en urgencias críticas debe tomarlas el profesional o experto, limitando así la libertad que sobre sí mismo posee el usuario. Es por ello que detectamos la necesidad de implantación precoz de la planificación anticipada evitando la responsabilidad de decisión a otros en nuestro lugar.

En las últimas décadas Enfermería como profesión ha experimentado grandes cambios éticos. Hemos pasado de trabajar con paradigmas centrados en la enfermedad y su curación a los que se centran en la persona y la salud¹⁴. Derivada del cambio en la relación médico-paciente, la participación activa del paciente es cada vez más una realidad mayor y hace que la actuación sanitaria ya no quede limitada sólo por las posibilidades terapéuticas y por los medios disponibles, sino que también lo sea por la toma de decisiones de los usuarios. La idea del buen profesional hace ahora alusión a aquel que establece relaciones en las que la opinión, valores y decisión de la persona enferma toma un lugar central, por tanto, la importancia de la comunicación con el paciente parece el eje central de nuestros cuidados¹⁵.

Las voluntades vitales anticipadas, instrucciones previas o el testamento vital, son documentos escritos en los que el paciente expresa sus preferencias de tratamiento para que en caso de volverse incapaz de tomar decisiones por él mismo, los profesionales partan de sus deseos a la hora de abordar su tratamiento.

En España, en 1986, el Parlamento Español aprobó la Ley General de Sanidad, que en su artículo 10 introduce la primera “Carta de Derechos de los Pacientes”, que de forma innovadora recoge el modelo de relación médico-paciente basado en la idea del consentimiento informado y supera el paternalismo médico tradicional que había existido hasta la fecha¹⁶. Paralelamente en los códigos éticos profesionales se han producido cambios con respecto a la información y a la voluntad del paciente, incluso en las situaciones donde su decisión puede llevarle a consecuencias fatales o muy negativas para su vida.

Las normas éticas de las profesiones sanitarias y las normas legales defienden la autonomía de los usuarios y por tanto enfermería debe llevar a cabo acciones que respeten dicha autonomía pero en la realidad nos encontramos con situaciones contradictorias. Existen estudios que demuestran que existe un gran desconocimiento por parte de los usuarios hacia el testamento vital pero manifiestan que la mayoría de la población expresa la intención de rellenar el documento una vez conocido¹⁷. Las voluntades anticipadas ayudan a pensar en la enfermedad y en la muerte de una manera más natural, facilitan la descripción de los deseos personales sobre estas situaciones con el médico y los familiares, fomentan hablar del miedo a quedar atrapado en las redes del sistema sanitario y aclaran las preferencias sobre tratamientos además permiten nombrar a un sustituto que decida por el usuario en aquellos casos que no le permitan hacerlo por sí mismo. Por todo ello nace la idea de la “planificación anticipada”, entendiéndose ésta como el proceso por el cual un paciente tras deliberación con su médico y familiares principalmente toma decisiones sobre la atención sanitaria que desea en el futuro. La planificación anticipada puede objetivarse mediante el registro de voluntades vitales anticipadas o también de manera informal mediante instrucciones verbales, anotaciones en la historia clínica, etc. La importancia de realizar trabajos de investigación en esta área radica en que la atención adecuada de las enfermeras en momentos críticos son determinantes para que el ciudadano esté satisfecho con la atención recibida y perciba el cumplimiento de sus deseos expresos en voluntades vitales anticipadas o testamento vital¹⁸.

Conocer si las intervenciones de las enfermeras en un grupo de pacientes mayores de 65 años conforme a las voluntades vitales anticipadas supone una garantía que asegura el derecho de autonomía y su cumplimiento como parte del proceso de enfermería del paciente crítico puede ayudarnos a mejorar con respecto a la calidad de los cuidados proporcionados a los usuarios así como a evitar incrementar el gasto sanitario en tratamientos fútiles en los usuarios donde lo que prima es la calidad y no la cantidad en esos momentos finales de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez-Villegas, J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Aten Primaria*. 2006; 37(5):249-50
2. Equipe Démographie et Santé, Centre Val d'Aurelle, Parc Euromédecine. Are we living longer, healthier lives in the EU? Disability-Free Life Expectancy (DFLE) in EU Countries from 1991 to 2003 based on the European Community Household Panel

(EHP). [internet] Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_08_rep2_en.pdf.

[Consultado el 11 de Noviembre de 2014]

3. España. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la Población de España a Largo Plazo. 2009-2049; 2010 [en línea] Madrid [Acceso 25 de Noviembre de 2014] Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np587.pdf>

4. Layte R et al. Projecting the impact of demographic change on the demand for and delivery of health care in Ireland. Disponible online en www.esri.ie. [Consultado el 17 de Noviembre de 2014]

5. Ollero Baturone M et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2007. Disponible en <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/576>. [Consultado el 17 de Noviembre de 2014]

6. Ramírez Duque N, García Morillo S, Nieto Guindo M y cols. Mapa de interacciones medicamentosas con relevancia clínica tras entrevista domiciliaria, en una cohorte de pluripatológicos y polimedicados del área de Sevilla. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev. Clin. Esp. 2006.

7. Bilotta C, Casè A, Nicolini P, Mauri S, Castelli M, Vergara C. Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. *Aging & Mental Health* 2010; 14: 1024-36.

8. García Morillo JS, Bernabéu Wittel M, Ollero Baturone M, Aguilar Guisado M, Ramirez Duque N, González de la Puente MA, Limpo P, Romero Carmona S, Cuello Contreras JA. Incidencia y características clínicas de los pacientes pluripatológicos ingresados en una unidad de medicina Interna. *Med Clin* 2005;125 (1):5-9.

9. Zambrana García J.L, Velasco Malagón M.J, Díez García F., Cruz Caparrós G., Martín Escalante M.D, Adarraga Cansino M.D. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en los servicios de Medicina Interna. *Rev. Clin. Esp.* 2005;205(9):413-7.

10. García-Morillo J. S, Bernabéu Wittel M., Ollero Baturone M, González de la Puente M. A, Cuello-Contreras J. A. Factores de riesgo asociados a la mortalidad y al deterioro funcional a la insuficiencia cardiaca del paciente pluripatológico. *Rev. Clin. Esp.* 2007; 207:1-5.

11. Díaz JL. Morir en un hospital. Reflexiones y comentarios de la obra de Philippe Ariés [en línea]. *Cultura de los cuidados* 2006 ene-jun;19 (10). En:<<http://www.index-f/cultura/19.pdf/19-10-3107.pdf>> [Consultado:15 dic.2009]

12. Brito PR, Reverón Brito D. La enfermería ante la muerte. *Metas de Enferm.* 2006 mar; 9(2):29-32.

13. Sanz J. ¿Es posible gestionar el proceso de morir?. *Voluntades anticipadas. Med Clin (Barc).* 2006; 126:220-3.

14. Busquets M. La autonomía, una visión desde el cuidado enfermero. *Nursing.* 2004; 22:58-65.

15. Jovell AJ, Navarro MD. El paciente existe, luego no lo ignores. *FMC. Form Med Contin Aten Prim.* 2006; 13: 73-7.

16. Tamayo MI, Simón P, Barrio IM, Seoane J A. Las voluntades anticipadas España: una visión general. *Ética de los cuidados.* 2008. Dic; 1(2).

17. Santos C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria.*2003; 32:1-6.[Medline] [Artículo]

18. Montoya R. Morir. Una revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa [en línea]. *Evidentia* 2006 sep-oct;3(11). En: <<http://www.index-f.com/evidentia/n11/259articulo.php>> [ISSN 1697-638X] [Consultado:15 dic.2014]

B) Marco Teórico

De la revisión bibliográfica realizada se plantea esta investigación desde la perspectiva de que las enfermeras de urgencias son una pieza clave en la relación con el usuario para informar sobre el principio de autonomía. Dado que la población envejecida va en aumento y que los recursos sanitarios son limitados suponemos que debe hacerse un replanteamiento de la gestión de recursos ajustados a las necesidades y decisiones principalmente que el usuario elija garantizando una atención de calidad.

C) Objetivos

Objetivo General

- Valorar la eficacia de la intervención enfermera en urgencias con pacientes mayores de 65 años para dotar a los usuarios de conocimientos que les conduzcan al registro de las voluntades vitales anticipadas.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociosanitarias que poseen los usuarios de la población de estudio.
- Valorar los efectos que tiene la intervención para aumentar la tasa de registro de voluntades vitales anticipadas.
- Detectar usuarios pluripatológicos e hiperfrecuentadores.
- Detección de necesidad de derivación a enfermera gestora de casos en estos usuarios.

II. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

Metodología

a) *Diseño del estudio*

El diseño de nuestro estudio se propone como de carácter cuasiexperimental, con grupo de intervención y grupo control, longitudinal y prospectivo.

b) *Emplazamiento*

El Área Hospitalaria Virgen de la Victoria cuenta con dos Hospitales, dos Centros Periféricos de Especialidades, ocho Unidades de Salud Mental Comunitaria y un Hospital de Día de Salud Mental.

Nuestros centros son referencia para la mitad de los centros de Atención Primaria del Distrito Sanitario Málaga, la totalidad de los centros del Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce y la Zona Básica de Salud de Torremolinos-Benalmádena. Además es hospital de referencia en determinadas especialidades y procesos

asistenciales de Hospital Costa del Sol de Marbella, el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena y el Área Sanitaria Serranía de Ronda.

c) *Sujetos de estudio*

Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

La población accesible de estudio se compone de los pacientes mayores de 65 de nuestra zona de salud.

El muestreo será por conveniencia y la muestra estará formada por aquellos sujetos que acudan a urgencias y cumplan los criterios de inclusión. Serán reclutados tras informarles de los beneficios y la integridad de la investigación.

Los criterios de inclusión serán ser mayor de 65 años, no tener realizado el registro de VVA y aceptación de su inclusión en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión serán aquellos usuarios con deterioro cognitivo y aquellos que anteriormente a la intervención hubiesen registrado sus VVA.

Tamaño muestral:

Para conseguir una potencia del 80% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula $H_0:p1=p2$ mediante una prueba χ^2 bilateral para dos muestras independientes, teniendo en cuenta que el nivel de significación es 5%, y asumiendo que la proporción en el grupo de Referencia sobre las voluntades anticipadas es del 9,5%, la proporción en el grupo Experimental es del 28,0%, en estudios similares como la tesis doctoral de Tamayo Velázquez (2010): Efectividad de una intervención comunitaria integral para facilitar la cumplimentación de las voluntades vitales anticipadas, y que la proporción de unidades experimentales en el grupo de Referencia respecto el total es del 50,0% será necesario incluir 89 sujetos en el grupo de Referencia y 89 sujetos en el grupo Experimental, totalizando 178 sujetos en el estudio.

d) *Variables de estudio*

Atendiendo a la relación causa-efecto del estudio distinguiremos como variable dependiente el registro de las VVA por parte del sujeto.

Como variable independiente está la intervención de educación sanitaria basada en información que se le ofrece al sujeto en forma de tríptico informativo sobre su derecho a decidir ofertado mediante las voluntades anticipadas. (Anexo 1)

Otras serán las variables se exponen en la siguiente tabla:

VARIABLE	TIPO	VALOR
SEXO	Cualitativa/Dicotómica	Hombre/Mujer
EDAD	Cuantitativa/Continua	Rango de 65-100
NIVEL DE ESTUDIOS	Cualitativa/Nominal	Ninguno Primarios

		Secundarios Universitarios
FECHA DE INGRESO EN URGENCIAS	Fecha	Día/Mes/Año
ZONA DE RESIDENCIA	Cualitativa/Nominal	Centro de Salud al que pertenece
NÚMERO DE INGRESOS EN EL ÚLTIMO AÑO	Cuantitativa/ Discreta	Nº de Episodios
PATOLOGÍAS QUE PADECE	Cualitativa/Nominal	Enfermedades del usuario
REGISTRO DE VVA TRAS INTERVENCIÓN	Cualitativa/Dicotómica	Si/No

e) *Recogida de datos*

La recogida de datos se llevará a cabo mediante los registros disponibles en documentación clínica de nuestro hospital, principalmente en los historiales clínicos y programa informatizado DIRAYA. Los datos serán volcados en una base de datos única creada para tal fin.

Se elegirá primeramente el grupo control y una vez completado éste se reclutará el grupo intervención, esta medida se acuerda por la accesibilidad a la muestra y para evitar posible sesgo de que llegue la información al grupo control.

La intervención constará de la facilitación a los sujetos del grupo intervención de un tríptico informativo sobre VVA. (Anexo1). El tiempo de seguimiento será de dos meses.

f) *Análisis de los datos*

Se realizará un análisis descriptivo de las variables del estudio, los valores de las variables continuas se resumirán en una tabla donde se mostrarán sus correspondientes medias, desviación estándar o medianas según la distribución de la variable sea o no simétrica, rango de valores: máximo y mínimo. Las variables categóricas se presentaran en frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

Para analizar si las diferencias observadas en las frecuencias de las variables de interés cualitativas son estadísticamente significativas, se evaluarán mediante el test de la Chi-cuadrado o a través de la prueba exacta de Fisher en el caso de que el porcentaje de valores esperados menores de 5 supere el 20%. Se calculará la razón de ventajas (odd ratio) y sus correspondientes intervalos de confianza al 95% para el caso de tablas bidimensionales.

En el caso de que se estudien las diferencias entre variables cuantitativas continuas se aplicará el test de la T de Student para muestras independientes siempre que se satisfaga la condición de normalidad (se comprobará mediante el test de Shapiro-Wilk) y en caso contrario se aplicará el correspondiente test no paramétrico.

Los análisis estadísticos serán realizados con R software versión 3.1.2. (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; available at <http://www.R-project.org>)

g) *Limitaciones del estudio y consideraciones éticas*

No se perciben a priori limitaciones explícitas para el estudio, si bien cabe señalar la dificultad que plantea para el usuario pensar en su muerte al relacionarlo con las voluntades anticipadas. En cuanto a las consideraciones éticas el usuario deberá firmar un consentimiento informado en el cual se le dará a conocer las condiciones de participante así como el resto de aspectos referentes a la investigación. (Anexo 2)

La asignación no será aleatoria con respecto a la pertenencia al grupo intervención o al grupo control. Decidimos reclutar primero al grupo control para evitar cruzar información con el grupo intervención y que el estudio resultara lo más estéril posible, ya que por las características del servicio de urgencias donde el usuario puede estar varias horas a la espera de la resolución de su episodio de salud cabría la posibilidad de que personas pertenecientes al grupo control fuesen informadas por sujetos que perteneciesen al grupo intervención.

III. PLAN DE TRABAJO

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
A1															
A2															
A3															
A4															
A5															

- Actividad 1 (A1): Presentación del cronograma y ajuste de calendario. Adjudicación de tareas. Información general sobre el proyecto en la unidad de Urgencias y aclaración de dudas. Calendario de reuniones.
- Actividad 2 (A2): Puesta en marcha de la intervención enfermera en urgencias y captación de la muestra. Diseño de la base de datos.
- Actividad 3 (A3): Recogida e inclusión de datos en la base correspondiente.
- Actividad 4 (A4): Análisis e interpretación de los datos.
- Actividad 5 (A5): Elaboración de los resultados y las conclusiones del estudio. Difusión de los resultados. Elaboración de la memoria del proyecto. Elaboración del artículo científico.

IV. EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Isabel María Castanedo Córdoba.

Enfermera. - Isabel María Castanedo Córdoba. Diplomada en Enfermería por la EUE de Córdoba. Trabaja actualmente como enfermera en la Unidad de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga donde comenzó desde 1997. Ha realizado varios cursos de Metodología de investigación. Participa como revisora en la Revista Enfermería Docente. Es docente en talleres en el área de urgencias del Hospital y forma parte del equipo de docentes del Plan de Acogida a nuevos profesionales que con carácter anual ofrece el servicio. Pertenece al Grupo de Revisores del Centro colaborador JBI. Miembro de la Red FORMMA, para la formación de profesionales ante el maltrato, ha formado parte del equipo que ha realizado el de Protocolo para actuación ante el maltrato en el Hospital Clínico Universitario y Hospital Regional. Ha participado en Congresos Nacionales e Internacionales y ha publicado varios artículos de carácter científico sanitario.

Concha de la Rubia Montero

Enfermera.- Concha de la Rubia Montero Diplomada en Enfermería por la Universidad de Málaga. Antropóloga con especialidad en Salud. Máster en Bioética. Ha realizado los cursos de la DECA y la DEA, actualmente doctoranda en Bienestar Social en la Facultad de Medicina en el departamento de Medicina Preventiva. Trabajó como registradora de Voluntades Anticipadas en Málaga en el Hospital Clínico Virgen de la Victoria, en el 2012-2013, ha pertenecido al Comité ético del Hospital Virgen de la Victoria en 2009-10-11 y 12. Actualmente está como enfermera en la Unidad de Urgencias del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga donde comenzó en 1992 hasta el 2005 que estuvo de supervisora en la Unidad de Urgencias hasta el 2008 que paso a ser la Responsable de Atención Ciudadana, desde allí fue formadora de cursos de ciudadanía (Voluntades Anticipadas, Derechos y Deberes de los pacientes, Manejo de situaciones conflictivas...) Desde septiembre del 2013 vuelve a su puesto de enfermera en la Unidad de Urgencias. Ha participado en Congresos como ponentes tanto de enfermera, Responsable en Atención Ciudadana, cómo en los de Bioética, el último en Noviembre del 2014 en Granada con el tema ``Conocimiento de las Voluntades Anticipadas en la ciudadanía``

V. UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

La utilidad práctica se traduce principalmente en la garantía para el usuario de la participación en las actividades que garanticen el principio de autonomía, lo que se plasma en menos frecuentación de estos pacientes en urgencias, tratamientos adecuados a sus decisiones finales, mayor satisfacción del usuario, gestión eficaz de los recursos sanitarios y disminución del gasto sanitario en última instancia.

VI. JUSTIFICACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

Presupuesto:

Material inventariable

2 Ordenadores portátiles	1800 euros
--------------------------	------------

Material fungible

Material de oficina	300 euros
---------------------	-----------

Fotocopias díptico	500 euros
--------------------	-----------

Material bibliográfico

200 euros

Traducciones	400 euros
Viajes y dietas	800 euros
Formación y difusión de resultados	1000 euros
Total	5000 euros

ANEXO 1.
TRIPTICO INFORMATIVO

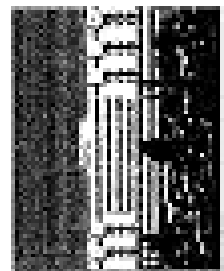
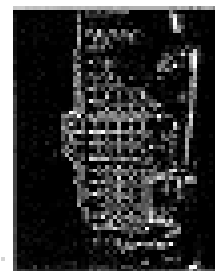
**Voluntad
Vital
Anticipada**



HOSPITALES UNIVERSITARIOS
REGIONAL Y VINCEN DE LA VICTORIA
MALLAGA



TELÉFONOS DE INTERÉS
 Centro de Hospital Regional U. Málaga
 952 28 08 08
 Unidad de Emoción Psíquica
 951 28 13 81
 Centro de Hospital U. Páez de la Peña
 951 28 28 26
 Atención al Usuario
 951 81 24 11



HOSPITALES UNIVERSITARIOS
REGIONAL Y VINCEN DE LA VICTORIA
MALLAGA

VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

(VVA)

- ¿Qué es?
- ¿Quién puede hacer?
- ¿Cómo se hace?
- ¿Dónde se puede hacer?

ANEXO LEGAL

Ley 4/2000 de las de navegación, técnica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
 Ley 20/2000 de el de abril, de derechos y garantía de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
 Decreto 20/2012 de 13 Mayo por el que se regula la organización y funcionamiento Registros Voluntades Vitales Anticipadas.



Servicio Social de Salud
CONSERVIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

¿QUÉ ES UNA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA (VVA)?

Es un derecho que la persona tiene de decidir anticipadamente las acciones que se realizarán que en un futuro podrá necesitar. (Ejemplo: voluntad de Alimento, y no tener la capacidad de decidir por sí mismo, por su estado físico, psíquico, etc... (Ejemplo: daño cerebral, coma irreversible, estado vegetativo persistente...)). Esto se utilizará en situaciones "graves e irreversibles". Este derecho hay que declararlo mediante un documento escrito llamado Testamento VITAL, donde se recoge toda la información en el que la persona quiere dejar constancia por escrito de su voluntad, y de un representante al que le otorga. Se puede modificar a lo largo de su vida en cualquier momento.

¿CÓMO PUEDO HACER LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA?

- Las personas mayores de edad
- Las personas menores de edad incapacitadas
- Las personas incapacitadas judicialmente, siempre y cuando la ausencia de capacidad no se lo impida y estén en situación de capacidad en el momento de formalizar su Declaración.

¿QUÉ SE NECESITA PARA HACER LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA?

Para hacerla necesita el DNI o pasaporte y cumplimentar los documentos que está disponible en todos los centros sanitarios públicos de Andalucía y también puede consultar en la página web de la Consejería de Salud, (puede imprimir la guía y los formularios)

<http://www.juntadeandalucia.es/saludtra>

- Solicitudes de inscripción en el registro.

Descargar PDF (24 MB) Anexo 1)

- Declaración de Voluntad Vital Anticipada (VVA).

Descarga PDF (24 MB) Anexo 3)

- Asignación del representante por el caso que pueda recibir un representante).

Descarga PDF (4 MB) Anexo 3)

Habla con un profesional sanitario de tu consulta sobre sus preferencias actuales y futuras, si es necesario que lo ayude en el proceso.

¿CÓMO Y DÓNDE SE HACE LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA?

Una vez que la tenga decidida, usted debe ir a visitar al médico de Salud responsable



Salud Documentos
608502000

donde le otorgará los distintos puntos de registro de su Voluntad, para que usted elija, día y hora.

Hospital Universitario Regional de Málaga
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

IMPORTANTE: LOS DOCUMENTOS QUE HAY QUE LLEVAR CONSIGO:

- Documento que acredite su personalidad
- DNI (Pasaporte y más, si es necesario).
- Solicitudes de inscripción en el Registro (Anexo 1)
- Declaración de Voluntad Vital Anticipada (Anexo 3)
- Asignación del representante (en el caso que quien nombra un representante Anexo 3).

Si nombra a una persona que le represente debe presentar la aceptación del representante y una fotocopia del DNI de la persona elegida, esta fotocopia solo es necesaria en el caso de que el representante no concierte el acceso a la base de datos de verificación del DNI/NIE (Descarga PDF (2) MB) Anexo 4)

¿Dónde queda registrada la VVA?

En Andalucía existe un Registro Único de VVA centralizado.

Este Registro está a su vez conectado con el "Registro Nacional de Instrucciones Previas" lo que permite consultar la VVA de personas que hayan registrado estos documentos en otra Comunidad Autónoma.

El cambio de opinión se puede cambiar o renovar la Declaración de Voluntad Vital Anticipada!

Puede cambiar el contenido de su declaración e incluso revocarla, siempre que usted lo desee por el mismo procedimiento que se realizó.

¿Quién tiene acceso al documento de la Voluntad Vital Anticipada?

Solo el personal médico a quien se le otorga el código podrá ver el momento en el que está registrada su declaración.

Portal de Salud de la Junta de Andalucía



<http://www.juntadeandalucia.es/saludtra>

ANEXO 2.

Consentimiento informado del usuario

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Implicaciones para el usuario:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El usuario puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal de enfermería de urgencias del Hospital Clínico Universitario en el teléfono: 951032000

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL USUARIO

< EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN URGENCIAS PARA USUARIOS MAYORES DE 65 AÑOS >

Yo (Nombre y Apellidos):.....
.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente)

He podido hacer preguntas sobre el estudio < EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN URGENCIAS PARA USUARIOS MAYORES DE 65 AÑOS >

He recibido suficiente información sobre el estudio < EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN URGENCIAS PARA USUARIOS MAYORES DE 65 AÑOS >

- He hablado con el profesional sanitario informador:
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

- Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado* <
EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA SOBRE VOLUNTADES
ANTICIPADAS EN URGENCIAS PARA USUARIOS MAYORES DE 65 AÑOS >

Firma del paciente
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional
sanitario informador

Nombre y apellidos:.....
Fecha:
.....

Nombre y apellidos:
Fecha: