

**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

**“VOLUNTAD ANTICIPADA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
TERMINALES”**

**TESIS QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS**

PRESENTA:

ANTONIO MONTAÑO PALACIOS

DIRECTOR DE TESIS

ESP. ENRIQUE ELGUERO PINEDA

MÉXICO, D. F.

MAYO 2011



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D. F. siendo las 14:00 horas del día 01 del mes de febrero del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de la Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la E. S. M. para examinar la tesis titulada:
"VOLUNTAD ANTICIPADA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES"

Presentada por la alumna:

Montaño	Palacios	Antonio							
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)							
		Con registro:	A	0	8	0	8	9	9

aspirante de:

Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

Después de intercambiar opiniones, los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

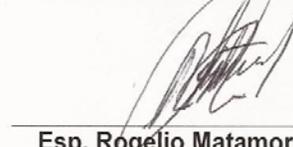
Director de tesis


Esp. Enrique Elguero Pineda


Dr. Eleazar Lara Padilla


M. en C. Evangelina Muñoz Soria


Dra. María del Rosario Arnaud Viñas


Esp. Rogelio Matamoros Montero

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES


Dr. Eleazar Lara Padilla



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
I. P. N.
SECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F. el día 01 del mes febrero del año 2011, el que suscribe **Antonio Montaña Palacios** alumno del Programa de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas con número de registro **A080899**, adscrito a la **Escuela Superior de Medicina**, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de la **Esp. Enrique Elguero Pineda** cede los derechos del trabajo intitulado "**VOLUNTAD ANTICIPADA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES**", al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección mopantonio@yahoo.com.mx Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Antonio Montaña Palacios

INDICE

Acta de revisión de tesis	.....	2
Carta de cesión de derechos	.....	3
Indice	.....	4
Glosario	.....	5
Resumen	.....	7
Summary	.....	8
Introducción	.....	9
Antecedentes	.....	11
Justificación	.....	13
Hipótesis	.....	14
Objetivos	.....	15
Material y método	.....	16
Resultados	.....	17
Discusión	.....	20
Conclusiones	.....	21
Bibliografía	.....	22
Anexos	.....	24

GLOSARIO

Cuidados Paliativos: cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente

Voluntad Anticipada: consiste en el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica

Enfermo en Etapa Terminal: es el que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:

- a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;
- b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico; y/o
- c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes;

Obstinación Terapéutica: utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal;

Ortotanasia: significa muerte correcta. Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal.

Reanimación: conjunto de acciones que se llevan a cabo para tratar de recuperar las funciones y/o signos vitales

Tanatología: significa tratado o ciencia de la muerte. Consiste en la ayuda médica y psicológica brindada tanto al enfermo en etapa terminal como a los familiares de éste, a fin de comprender la situación y consecuencias de la aplicación de la Ortotanasia.

RESUMEN

Introducción: El incremento de pacientes con enfermedades terminales en los servicios de urgencia ha hecho que los clínicos estén predispuestos a identificarlos. Con el progreso de la medicina es posible mantener con vida y por tiempo prolongado estos pacientes en cierto estado de confort, una solución que ayudaría a conocer la voluntad de los pacientes son los documentos de Voluntad Anticipada, documento en el que cualquier persona manifiesta la petición libre, consciente y reiterada de no someterse a tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica. En el servicio de urgencias adultos del hospital regional Lic. Adolfo López Mateos, cerca del 70% de los pacientes que ingresan al área de observación son portadores de enfermedades crónico-degenerativas, de estos el 20% se encuentran en fase terminal, desconociéndose cuantos de ellos no desean que se le efectúen maniobras diagnóstico-terapéuticas en la etapa final de su vida.

Objetivo: Determinar el número de pacientes con enfermedades terminales que ingresan al servicio de urgencias y han firmado la carta de voluntad anticipada.

Material y Método: Se realizó estudio prospectivo con grupo de pacientes comprendido desde el mes de julio del 2009 al mes de julio del 2010, portadores de alguna enfermedad en fase terminal. Se aplicó cuestionario escrito, para determinar si se había elaborado carta de voluntad anticipada y en caso de que no sea así el motivo por el cual aun no la tiene. El método para tamaño de muestra fue de acuerdo a la fórmula de valor de Z.

Resultados: El promedio de edad fue de 69 años, la mayoría de los pacientes no se encontraban en uso pleno de sus facultades mentales al momento de su ingreso. La mayoría no tenía conocimiento de la ley de voluntad anticipada y el 3.38% de los pacientes contaba con carta de voluntad anticipada.

Conclusiones: Se demostró que un porcentaje muy pequeño de pacientes con enfermedades en fase terminal, cuenta con carta de voluntad anticipada, como consecuencia del desconocimiento de la existencia de la ley de voluntad anticipada, por lo que se necesita mayor difusión de la existencia de esta, al haber mayor conocimiento se obtendría un aumento de pacientes que son portadores de enfermedades en fase terminal con carta de voluntad anticipada y por lo tanto se disminuiría la obstinación terapéutica.

Palabras clave: voluntad anticipada, obstinación terapéutica, reanimación,

SUMMARY

Introduction: The increase in terminally ill patients in emergency departments has meant that clinicians are inclined to identify them. With the progress of medicine can be kept alive and for a long time for these patients in a state of comfort, the that would help to know the will of the patients is the advance directive letter, a document that anyone manifests a free request, conscious and not to undergo treatments and / or medical procedures that favor medical futility. In the adult emergency department of the regional hospital Adolfo Lopez Mateos, about 70% of patients entering to the observation area are carriers of chronic degenerative diseases of these 20% are terminally ill, unknowing how many of them do not want to be engaged in diagnostic and therapeutic maneuvers in the final stage of his life.

Objective: To determine the number of patients with terminal illness who are admitted in the emergency room and have signed the advance directive letter.

Material and Methods: A prospective study was conducted with a group of patients included from July 2009 to July 2010 with carriers of terminal illnesses. A written questionnaire was applied to determine if an advance directive letter had been drafted and if not why and which still does not. The method for sample size was made according to the Z value formula.

Results: The average age was 69 years, most patients were not in full use of his mental faculties at the time of admission. Most had no knowledge of the law of advance and 3.38% of patients had advance directives letter.

Conclusions: We demonstrated that a very small percentage of patients with terminal diseases, had advance directive letter, that as a result of ignorance of the existence of the advance directive act, thus greater dissemination of the existence of this is required, as having greater knowledge would increase the amount of patients in terminal disease with the advance directive letter and therefore decrease therapeutic futility.

Key words: advance directive, therapeutic obstinacy, resuscitation

INTRODUCCION

Tradicionalmente, el paciente ha sido mantenido al margen en la toma de decisiones que le afectaban a el mismo, mucho más había de serlo en sus momentos finales en que, su propio estado de enfermedad, era considerado como un ser incapaz de decidir; su cuerpo, su destino y hasta su dignidad personal quedaban en manos de sus familiares, amigos o allegados y de los facultativos que contribuían con su trabajo al mantenimiento de la vida (1).

Cuando clasificamos a los pacientes dentro de un término general como “*enfermedad terminal o etapa al final de la vida*”, existe una importante controversia y confusión en qué cuidados hay que aplicar a estos pacientes. Estas cuestiones se complican todavía más cuando utilizamos el término de paciente terminal sin hacer referencia a su situación, estadio de la enfermedad o la percepción individual de cada enfermo sobre la calidad de muerte. Para entender y diferenciar estas situaciones podemos establecer tres diferentes patrones evolutivos en función de unas características determinadas de la enfermedad.

- 1) El primer patrón englobaría a los pacientes con enfermedades avanzadas terminales, que habitualmente pueden continuar realizando las actividades de la vida diaria y mantener su capacidad de decisión hasta una fase muy avanzada de la enfermedad.
- 2) El segundo patrón corresponde a aquellos enfermos que fallecen fundamentalmente por un fallo orgánico crónico como corazón, pulmón, riñón o enfermedad hepática. Estos pacientes habitualmente están muy enfermos durante meses o años con exacerbaciones recurrentes. En ellos el pronóstico de la muerte habitualmente permanece impredecible hasta una fase muy avanzada de su enfermedad.
- 3) Las personas con incapacidad cognitiva progresiva como accidente cerebrovascular agudo, demencia o edad avanzada siguen un tercer patrón.

Por todo lo enumerado cuando el enfermo se encuentra “*al final de la vida*”, las decisiones y las percepciones de las necesidades de tratamiento por parte del paciente, familia y médico se pueden ver enfrentados. Sobre todo, cuando hay que tomar la decisión de realizar tratamientos de soporte (como puede ser la nutrición e hidratación artificial) o cuando, ante la presencia de síntomas de alta severidad vividos por el paciente como insoportables se debe valorar la sedación; pudiendo ser todas estas percepciones muy diferentes entre los tres patrones evolutivos descritos anteriormente.

Por último, el incremento de pacientes avanzados y/o terminales en los servicios de urgencia ha hecho que los clínicos estén predispuestos a identificar al grupo de pacientes que realmente se encuentran en fase agónica, para establecer los máximos cuidados de confort. Pese a un cambio de actitud tan positivo, muchos pacientes continúan falleciendo con fluidos intravenosos y pruebas diagnósticas no necesarias para su situación clínica.(2)

Una solución que ayudaría a conocer la voluntad de los pacientes son los documentos de Voluntad Anticipada, procedimientos para poder respetar la voluntad de los pacientes en situaciones terminales, y los Testamentos Vitales que especifican las intervenciones a las que renuncia y se designa un representante sobre el que delega la responsabilidad de la decisión final.(3)

El respeto a la voluntad de la persona y a los derechos de los pacientes adquiere una especial relevancia en el marco de las relaciones asistenciales, ámbito en el que la autonomía de la persona constituye un elemento central cuyas manifestaciones más evidentes, pero no exclusivas, se plasman en la necesidad de suministrar información y de recabar el consentimiento de las personas enfermas.(4)

Una de las repercusiones de mayor interés consiste en la posibilidad de establecer previsiones sobre las actitudes terapéuticas que desee recibir –o no- en el futuro, posibilidad que ahora se abre a los ciudadanos como consecuencia de las últimas decisiones normativas habidas en nuestro país.(5)

La Voluntad Anticipada, consiste en el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica.(6)

En esencia, las voluntades anticipadas son un manuscrito que contiene una serie de estipulaciones que hace una persona competente desde el punto de vista mental acerca de los tratamientos que desearía o no recibir si llegara a caer en estado de incompetencia intelectual. En las naciones donde esta iniciativa es legal, el documento debe contar con dos testigos y ser sometido a un notario público.(7)

En este trabajo nos propusimos investigar el número de pacientes con enfermedades terminales que ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE de julio de 2009 a julio de 2010 habiendo firmado la carta de voluntad anticipada

ANTECEDENTES

La muerte ha acompañado al hombre desde siempre como parte de un proceso natural de vida, como algo que inexorablemente deberá ocurrir, y siguiendo tal vez un orden en su propio entorno, formando parte de un eterno nacimiento-muerte, siendo esta última lo más natural y consecuencia obligada de la primera, destino obligado para cualquier ser que siempre involuntariamente se ha visto embarcado en esta aventura de la vida por el simple hecho de haber iniciado una existencia, por lo que debemos tomar en cuenta que desde que nacemos, únicamente tenemos algo seguro: vamos a morir.(8)

Algunas de las aspiraciones históricas y genuinas del ser humano han sido vivir el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles, y además que el periodo final de su existencia trascorra sin sufrimiento. Para hacer menos penosa y dolorosa esta última etapa de la vida, desde hace muchos años los médicos que atienden a pacientes en etapa terminal de alguna enfermedad incurable, restringen su actuación e imponen en la práctica sus propios límites, sin embargo, los límites y las acciones son muy diversos e imprecisos y los médicos actúan, y han actuado según sus conocimientos y criterios.(9)

Con el progreso de la medicina es posible mantener con vida y por tiempo prolongado pacientes que se encuentran en estado terminal, sin dolor, razonablemente confortables y con mejor calidad de vida. Además, ningún estudio ha logrado demostrar que un tratamiento intenso y excesivo modifique de manera significativa la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades terminales.(10)

Con los cambios sociales y sobre todo, la modernización de la ética médica, la autonomía de los pacientes ha adquirido una enorme importancia y cada día es más común observar que se responsabilicen y participen en las decisiones vitales y no deleguen en el médico todo el compromiso de su atención, esto último adquiere relevancia en algunas culturas, como la mexicana, en la que familiares o pacientes casi siempre se niegan a ejercer su autonomía y prefieren sólo acatar la decisión del médico.(11) Con el desarrollo y la práctica de la tanatología, hoy en día se tienen los elementos para proporcionar a los familiares y pacientes mayor información y apoyo para lograr una mejor aceptación de la muerte.(12)

En el campo de la investigación médica, tanto el Código de Nuremberg de 1947,(13) como la Declaración de Helsinki de 1964 con sus revisiones posteriores(14) y el Informe Belmont de 1978,(15) destacan la obligatoriedad del consentimiento informado de los sujetos de investigación.(16)

En 1967, un abogado de Chicago, Luis Kutner, preocupado por la repercusión negativa que los avances tecnológicos en el ámbito sanitario podían tener sobre los pacientes, en el sentido de imponerles tratamientos no deseados, confeccionó un documento mediante el cual cualquier ciudadano pudiera expresar su negativa a ciertos tratamientos en caso de enfermedad terminal, el denominado testamento vital.(17)

En 1976 se aprobó la ley sobre la muerte natural en California (The California Natural Death Act), que inició la creación de leyes estatales en EEUU sobre testamentos vitales.

En 1991 se aprobó la ley de autodeterminación del paciente (Patient Self-Determination Act) que obliga a que las instituciones sanitarias requieran a los pacientes acerca de su voluntad para establecer documentos de voluntades anticipadas y se establecen formularios para facilitar su cumplimiento.(16)

El tema de “ayudar al bien morir”, principalmente a enfermos terminales surge en Holanda con la expedición de la Ley de Eutanasia, misma que entró en vigor el 1° de abril de 2002, transformando a este país como el primero en el mundo en legalizar este tema.(18)

En diciembre del 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la Ley de Voluntad Anticipada, cuyo objetivo es respetar la decisión del paciente que se encuentre en etapa terminal de una enfermedad incurable, para no someterse a medios, tratamientos o procedimientos que pretendan prolongar su vida u ocasionar sufrimiento de manera innecesaria.6

En virtud de que en el Servicio de Urgencias del Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE no encontramos estudios sobre este tema, el propósito de este trabajo fue investigar el número de pacientes con enfermedades terminales que ingresaron a dicho Servicio de julio de 2009 a julio de 2010 habiendo firmado la carta de voluntad anticipada

JUSTIFICACIÓN

En el servicio de urgencias adultos del hospital regional Lic. Adolfo López Mateos se atienden cerca de 81,000 pacientes al año, de los cuales ingresan al área de observación cerca de 31,000 y en estado crítico ingresan cerca de 2,000 pacientes al año, de los cuales cerca del 70% son portadores de enfermedades crónico-degenerativas, de estos el 20% se encuentran en fase terminal, desconociéndose cuántos de ellos no desean que se le efectúen maniobras diagnóstico-terapéuticas en la etapa final de su vida; decidiendo frecuentemente los familiares por ellos. Es en estos pacientes donde se puede presentar obstinación terapéutica, lo que conlleva a mayor sufrimiento para el paciente y su familia.

En los hospitales de concentración como esta unidad, se han establecido servicios de cuidados paliativos y apoyo tanatológico para pacientes terminales, lo cual orienta al paciente y a sus familiares al conocimiento, realización y aceptación de la ortotanacia.

Es importante conocer cuántos pacientes que son portadores de enfermedades terminales cuentan con la carta de voluntad anticipada, así se decidirá por parte del personal médico el manejo que se le dará a dicho paciente al momento de su ingreso para no provocar obstinación terapéutica en este, así como también poder identificar si hay necesidad de mayor difusión en el conocimiento de la carta de Voluntad Anticipada.

HIPÓTESIS

Menos del 5% los pacientes que ingresan al servicio de urgencias y son portadores de enfermedades terminales cuentan con la carta de voluntad anticipada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el número de pacientes con enfermedades terminales que ingresan al servicio de urgencias y tienen realizada la carta de voluntad anticipada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las causas por que los pacientes con enfermedades terminales no han elaborado la carta de voluntad anticipada.
- Identificar si los familiares están de acuerdo en no realizar maniobras de reanimación aún cuando no se cuente con la carta de voluntad anticipada

MATERIAL Y METODOS

Se realizó estudio prospectivo con grupo de pacientes mayores de 18 años de edad que ingresaron al servicio de de urgencias adultos del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, comprendido desde el mes de julio del 2009 al mes de julio del 2010, sin distinción de género, que sean portadores de alguna enfermedad en fase terminal y que tuvieran conocimiento de esto. No se incluyó en este estudio grupo testigo y se excluyó a pacientes cuya patología ponía en riesgo la vida y se suscitara de forma aguda, así como aquellos pacientes que se diagnosticaran con enfermedades terminales y no tuvieran conocimiento de esto. Se eliminaron a pacientes o familiares que se negaran a contestar el cuestionario.

Se aplicó un cuestionario de forma escrita a los pacientes que cumplieran con los criterios establecidos o a los familiares de estos en caso de que no se encontraran en condiciones de responder, para determinar si se ha elaborado la carta de voluntad anticipada y en caso de que no sea así el motivo por el cual aun no la tiene.

El método para el tamaño de muestra fue de acuerdo a la fórmula de valor de Z, realizándose de la siguiente forma:

Por ser población finita se realizó la corrección siguiente

$$N(Z^2 \times p \times q) \quad 300(3.8416 \times 0.05 \times 0.95) \quad 300 \times 0.182476$$

$$\frac{\quad}{(d^2 \times N - 1) + (Z^2 \times p \times q)} = \frac{\quad}{(0.0025 \times 299) + (3.8416 \times 0.05 \times 0.95)} = \frac{\quad}{0.929976} =$$

$$\frac{54.7428}{0.929976} = 58.86 = 59 \text{ encuestas}$$

$$0.929976$$

$$Z^2 = Z = 1.962 = Z(2) = 3.8416$$

$$P = 0.05$$

$$q = 0.95$$

$$d^2 = 0.05 = 0.0025$$

por lo tanto fueron 59 encuestas

RESULTADOS

Se realizó estudio prospectivo de un grupo total de 59 sujetos, mayores de 18 años de edad, hombres y mujeres, los cuales tuvieran como característica común, el diagnóstico conocido de alguna enfermedad en fase terminal, que ingresaron al servicio de urgencias adultos del hospital Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, obteniéndose la información a través de la aplicación de un cuestionario directamente a los pacientes o a los familiares en caso de lo que los primeros no se encontraran en condiciones para contestar. En un periodo comprendido de julio del 2009 a julio del 2010.

Del grupo total de sujetos la distribución de población fue 25 hombres y 34 mujeres 42% y 58% respectivamente. Con un promedio de edad de 69 años mediana de 71 y DE 16.62 (Gráfico 1).

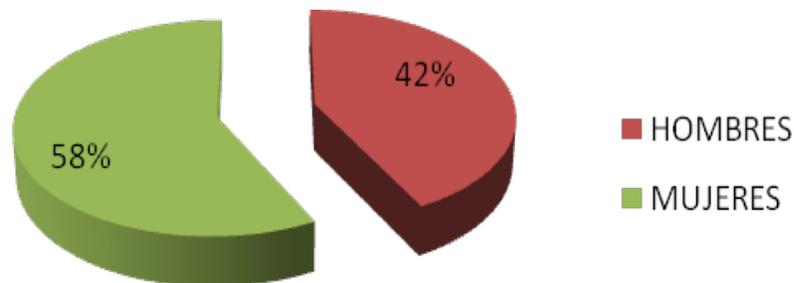


Gráfico 1. Distribución de población del grupo estudiado

En el interrogatorio se distribuyo de forma directa (17%) 10 miembros e indirecto (83%) 49 miembros, lo que demuestra que la mayoría de los pacientes no se encuentran en uso pleno de sus facultades mentales. (Grafico 2)

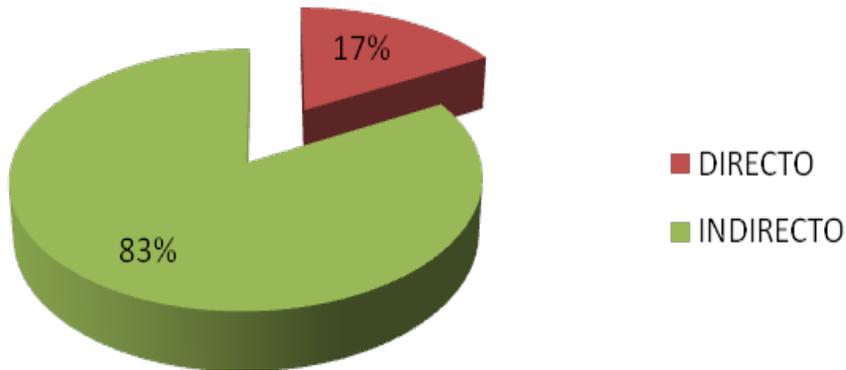


Grafico 2. Porcentaje de interrogatorios directos e indirectos

En el interrogatorio ya fuera el paciente o los familiares 85% no conocen la ley de voluntad anticipada y el 15% tenían conocimiento o habían oído hablar de ella, correspondiendo a 9 y 50 encuestas respectivamente. (Grafico 3)

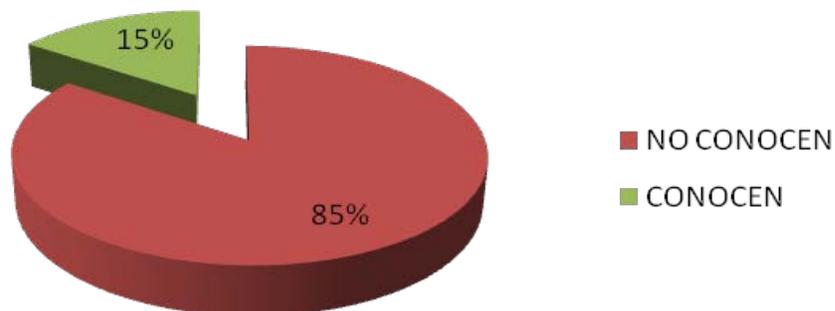


Grafico 3. Porcentaje de pacientes y/o familiares que conocen la ley de voluntad anticipada

Del total de la muestra solo 2 pacientes contaban con carta de voluntad anticipada siendo el 3%, el resto no contaba con esta es decir el 97% correspondiendo a 57 pacientes. (Grafico 4)

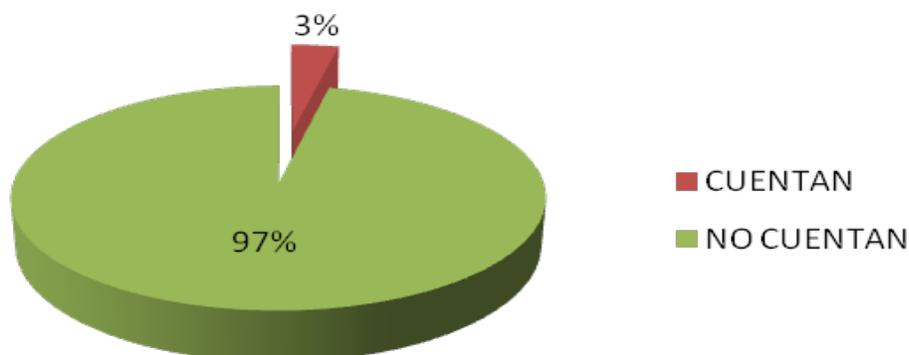


Grafico 4. Porcentaje de pacientes que cuentan con carta de voluntad anticipada

Considerando el resultado anterior, de los 57 pacientes que no contaban con carta de voluntad anticipada, se identificó que la causa principal fue el desconocimiento de la existencia de esta carta en 50 pacientes, correspondiente al 88% y 12% (7) pacientes restante no hubo interés de hacerlo.

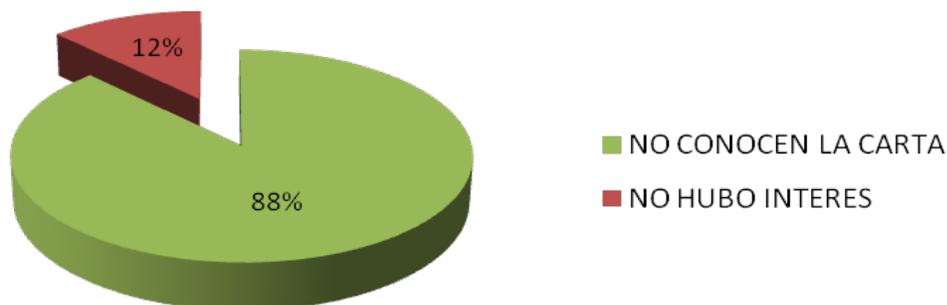


Gráfico 5. Causas por las que no se elaboró carta de voluntad anticipada.

En el 100% de los familiares de pacientes con enfermedades terminales estuvieron de acuerdo en no realizarse maniobras de reanimación.

DISCUSIÓN

El desconocimiento de muchas leyes por parte de la población general incluyendo la Ley de Voluntad Anticipada, conlleva a no tomar decisiones en relación a lo establecido de acuerdo a esta ley. De cierta manera los pacientes portadores de enfermedades en fase terminal y/o sus familiares, cuando toman la decisión de no llevar a cabo tratamientos invasivos, pueden entrar en un dilema por aspectos éticos, religiosos o jurídicos.

Al aplicar el cuestionario de forma escrita, se dedujo que la mayoría de los pacientes con enfermedades en fase terminal, no se encuentran en pleno uso de sus facultades mentales al momento de su ingreso, secundario al deterioro de la propia enfermedad y algunos otros en fase agónica, por lo que los familiares son en ese momento los que toman la decisión de no reanimación, como medida para evitar la obstinación terapéutica.

Lo anterior puede llevar a iniciar tratamientos invasivos a estos pacientes, como parte de la obligación del servicio médico, esto si los familiares no tienen la firme decisión de no efectuar dichos tratamientos, ya que puede haber división de ideas entre los propios familiares cuando la responsabilidad de dicho paciente no recae en un solo miembro de la familia y no hubo algún consenso familiar previo para la toma de decisión ante dicha situación.

Aunque ciertas publicaciones (16) mencionan cifras alentadoras del público general con respecto al conocimiento sobre la Ley de Voluntad Anticipada, en México la situación es contrario a lo publicado. Al no demostrar dichas cifras en la población general, se esperaba una mayor información en poblaciones susceptibles que pueden cursar en situaciones en las cuales se aplique dicha ley. Esta susceptibilidad se da en los pacientes portadores de enfermedades terminales, pero desafortunadamente la cifras del desconocimiento de la Ley de Voluntad Anticipada son altas.

Este grupo susceptible mencionado, tiene que ser el mayor informado con respecto a la ley, aunque lo ideal es que sea toda la población. El obtener información sobre esta ley no está limitada para nadie, mas sin embargo es una cuestión cultural, de acuerdo a estudios realizados el pequeño grupo que cuenta con la carta de voluntad anticipada realizada es el denominado de nivel socio cultural media-alta, siendo pacientes o familiares de estos con estudios universitarios por lo menos.

Hay estudios y reportes que mencionan el aumento de petición de cartas de voluntad anticipada (7) lo que no se pudo demostrar en este estudio.

CONCLUSIONES

Una vez expuestos y analizados los resultados de este trabajo, llegamos a las siguientes conclusiones:

La distribución de población de acuerdo a este estudio, arrojo un porcentaje discretamente elevado de casos para el sexo femenino.

1. 9 pacientes (15 %) de estos tenían conocimiento o habían oído hablar de la carta de voluntad anticipada
2. Solo 2 pacientes (3%) de los pacientes contaba con carta de voluntad anticipada elaborada
3. Por lo anterior es de gran importancia hacer difusión sobre la existencia de la ley de voluntad anticipada, durante un programa de distribución de información, a los grupos susceptibles, como lo son, todos los pacientes con enfermedades crónico degenerativas y así evitar realizar maniobras o tratamientos invasivos que fomenten la obstinación terapéutica y llevar a cabo la ortotanacia del paciente, para conservar su dignidad como persona al final de la vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Borsellino P. Bioética entre autonomía y derecho, Cajica 2004, p.181.
2. Valentín M V, Murillo G M. Dilemas al final de la vida. Clin Transl Oncol. 2005;7(7):285-94.
3. Pascucci E. Entorno a la Eutanasia. Saberes, vol. 1. Universidad Alfonso X.2003.
4. Ley 21/2000 29 sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente y la documentación clínica. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya. 2001.
5. Organización Panamericana de la salud. Documento de voluntades anticipadas. Acta Bioethica, año/vol. II, num. 001. Santiago; Chile pp.171-178.
6. 14 Gaceta Oficial del Distrito Federal 4 de abril de 2008 Reglamento de la ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.
7. Periódico Milenio; reportaje la voluntad anticipada, oportunidad al enfermo. 05 marzo 2009.
8. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, Cometarios a la ley de voluntad anticipada para el distrito federal, año XLI, num 123, septiembre-diciembre de 2008, pp. 1533-1556.
9. D.C, OPS, OMS. Publicación científica La atención en los ancianos, un desafío para los años noventa. Washington.
10. Revista de Medicina Interna de México. La voluntad anticipada. Un dilema ético sustentado en una ley vigente. Vol. 24, num 5, septiembre-octubre; 2008
11. García CG. Normatividad en bioética, derechos humanos, salud y vida. México, D.F. Trillas; 2009.
12. Encinas R. Cuidado terminal en Geriátría. García Colorado, G McGraw-Hill Interamericana, pp. 286-28; 2009.
13. El código Nuremberg www.unav.es/humbiomedicas/nuremberg.html
14. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación médica de sujetos humanos. Octubre 2000

15. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. 18 abril de 1979.
16. Dr. Jose-Ramón A. Fundamentos éticos de las voluntades anticipadas. La perspectiva del enfermo en el hospital. Hospital universitario miguel Seret. Zaragoza
17. Kutne L., Due Process of Euthanasia: The Living Will, a Proposal, Indiana Law Journal, vol. 44, 1969, p. 549
18. Juan Manuel SG. Alunas reflexiones acerca de la ley de voluntad anticipada. Artículo de opinión. Enero 2008.

ANEXOS

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.

Lugar: ISSSTE Fecha: _____

Por medio de la presente AUTORIZÓ mi participación en este estudio de investigación, con pleno conocimiento de que se realizara interrogatorio, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, en el proyecto de investigación titulado: VOLUNTAD ANTICIPADA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES

Registrado ante el comité de Ética del ISSSTE, Distrito Federal con el número: 0482009

Declaro que se me ha explicado en que consistirá mi participación; así como también, se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio

Se me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Convengo en participar en este estudio de investigación.

No acepto participar en este estudio de investigación.

Nombre y Firma del participante o del padre o tutor o representante legal

Nombre y Firma del participante o del padre o tutor o representante legal

Fecha

Fecha

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre:

Edad:

Registro:

Diagnostico:

Genero:

1. Hombre

2. Mujer

Interrogatorio:

1. Directo

2. Indirecto

¿Conoce la ley de voluntad anticipada?

1. Si

2.No

¿Cuenta con carta de voluntad anticipada?

1. Si

2.No