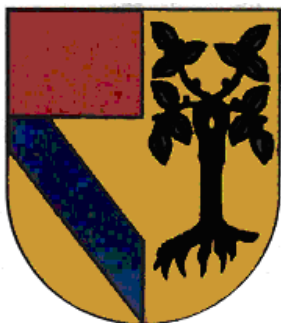


UNIVERSIDAD PANAMERICANA



MAESTRÍA EN BIOÉTICA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA SEP RVOE 20100494
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE BIOÉTICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

**“CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS MÉDICOS ONCÓLOGOS MEXICANOS ANTE LA
SEDACIÓN PALIATIVA”**

Tesis que para obtener el grado de

Maestra en Bioética

Sustenta

Edith Artemisa Monreal Carrillo

Bajo la dirección de

Tutor: Dra. María de la Luz L. Casas M.

Co-tutor: Dra. Silvia Rosa Allende Pérez

Cd. De México

Agosto de 2017

PREFACIO

La sedación paliativa se considera como una opción terapéutica útil ante una serie de síntomas que han sido tratados con diversas opciones de tratamiento sin respuesta favorable, provocan sufrimiento en el paciente que los presenta y afectan la integridad del mismo, así como su calidad de vida, lo que les proporciona el carácter de síntomas refractarios.

Dentro de los principales obstáculos ante la aplicación de esta opción de tratamiento en pacientes con cáncer en terreno paliativo se encuentran las inconsistencias para identificar una definición operativa de la sedación paliativa. Esta tesis busca conocer el concepto de sedación paliativa para los médicos oncólogos en pacientes con cáncer en estadio paliativo por medio de una encuesta validada por expertos.

DEDICATORIA

*A mis padres : mi más grande bendición,
inspiración y apoyo siempre.*

En agradecimiento a:

*Mis profesoras tutoras: Dra. Ma. de la Luz Casas y Dra. Sílvia Allende
por su dedicación y esfuerzo en la creación de este proyecto.*

*A mis compañeros que con su amistad y alegría iluminaron el camino de
mi aprendizaje en la Bioética.*

CONTENIDO

RESUMEN	6
CAPITULO I. MARCO TEORICO.....	8
GENERALIDADES.....	8
Epidemiología.....	9
Cáncer y síntomas.....	10
CUIDADOS PALIATIVOS.....	12
SEDACION PALIATIVA.....	15
Indicaciones de Sedación Paliativa	18
Sufrimiento.....	18
ASPECTOS ETICOS.....	20
Principio del doble efecto.....	24
LA LEY Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	27
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
CAPITULO III. JUSTIFICACIÓN	30
CAPITULO IV. OBJETIVOS E HIPOTESIS.....	31
CAPITULO V. METODOLOGIA.....	32
Método de selección de los participantes.....	35
Variables.....	36
Técnicas de análisis estadístico.....	40
Técnicas, procedimientos y métodos de confiabilidad.....	40
ASPECTOS ETICOS.....	41
ORGANIZACIÓN.....	43
CRONOGRAMA.....	45
CAPITULO VI. RESULTADOS.....	46
Tablas y gráficas.....	48
CAPITULO VII. DISCUSION.....	73
CAPITULO VIII. CONCLUSIONES	77

BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS.....	87
ENCUESTA.....	87
INSTRUMENTO PARA EXPERTOS.....	90
DICTAMENES.....	95
EXPERTOS PARA VALIDEZ DE INSTRUMENTO.....	97
GLOSARIO DE TERMINOS.....	102

RESUMEN

Introducción: La enfermedad terminal conlleva el control de síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales bajo el estándar de cuidados paliativos. Sin embargo, no siempre es exitoso el control sintomático del dolor y otros síntomas angustiantes convirtiéndose en síntoma refractario por su nula respuesta terapéutica. La sedación paliativa en estos casos es útil porque evita el sufrimiento innecesario y mantiene la calidad de vida hasta el último momento de vida.

En la actualidad existen diferentes puntos de vista que limitan la implementación de esta terapéutica a pacientes oncológicos vulnerables al final de la vida, entre las que encontramos deficiencias contextuales desde la misma definición de sedación paliativa y la indicación clínica en particular: a quién, cuándo, en dónde se realiza y quién la aplica, así como otros factores de orden legal, social, cultural y religioso que forma parte de la percepción del médico y que influyen en la toma de decisión para iniciar el tratamiento con el cuestionamiento ético implícito respecto a la sedación como una medida que quizá pueda acelerar la muerte.

Objetivo: El presente estudio busca conocer el concepto de sedación paliativa que tienen los médicos oncólogos mexicanos a través de una encuesta validada por expertos.

Material y Métodos: Encuesta electrónica por medio de la plataforma Survey Monkey con acceso por la Sociedad Mexicana de Oncología, anónima, confidencial, observacional, descriptiva de factores sociodemográficos de la población, con análisis estadístico de los puntajes de las competencias de acuerdo al instrumento transversal. El cuestionario consta de 17 ítems para conocer los términos como: eutanasia, sedación paliativa, suicidio asistido y cuestionamientos destinados a conocer la intención y creencias de la sedación paliativa.

Resultados: Respondieron 268 médicos la encuesta de los cuales el 86.5% refiere que es falso que la sedación paliativa acorta la vida; que disminuye el sufrimiento en 94.3% de igual porcentaje consideran que la sedación paliativa no es igual a eutanasia en el 94.3%, que estarían de acuerdo con la eutanasia si fuera legal en 68.9 % y la solicitarían para terminar con el sufrimiento de sus pacientes en 52.8% .

Conclusiones: Los oncólogos se encuentran informados respecto a de que no son sinónimos eutanasia, suicidio asistido y sedación paliativa así como sobre la importancia,

uso y práctica de ésta última sin embargo, se observa débil su conocimiento ya que un 68.9% se encuentra de acuerdo con la eutanasia aunado a que solo el 65% de ellos cuenta con Unidades de Cuidados Paliativos.

Es imperativo generar información y entrenamiento en el campo de Cuidados Paliativos para mejorar el control de síntomas de los pacientes ya que el pragmatismo y tecnicismo actual ponen en riesgo la toma decisiones de manera inmediata encubriendo erróneamente la dignidad, la autonomía de los pacientes, el acceso a los cuidados de la salud y el derecho a una muerte sin dolor.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES

El “Cáncer» es un “proceso incontrolado de crecimiento y diseminación de células”, (Organización Mundial de la Salud) una condición que engloba un numeroso grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; dado por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir órganos vecinos o distantes. ¹

La etiología del cáncer proviene de la “oncogénesis” que es un desequilibrio entre la proliferación y muerte celular. Es todo un proceso complejo desde su origen clonal, sus múltiples mutaciones acumulativas, diversa etiología bioquímica como en sus variantes fenotípicos^{2,3} que finalmente adquiere características propias de un tumor maligno como son: ⁴

1. Potencial replicativo ilimitado.
2. Auto-suficiencia en señalización del crecimiento con insensibilización a sus inhibidores.
3. Evasiva a la apoptosis
4. Angiogénesis mantenida
5. Capacidad de invadir los tejidos y generar metástasis.

Todo este proceso es dado por un mecanismo de alimentación tumoral que se lleva a cabo mediante la vascularización por medio de la que es posible difundir el oxígeno, los nutrientes así como los desechos desde y hacia los vasos sanguíneos. Así pues la angiogénesis es necesaria para la malignidad, las células endoteliales estimulan el crecimiento tumoral y la vascularización permite también generación de células anormales a distancia. ²

Como sucede en otros países de ingresos medios, los mayores énfasis en los programas contra el cáncer están orientados a la prevención y tratamiento; sin embargo, a pesar de la

suma de esfuerzos lamentablemente la mayor parte de las neoplasias son diagnosticadas en etapa avanzada, lo que se traduce en pocas posibilidades de curación, altos costos para su diagnóstico y tratamiento así como un mayor sufrimiento para los pacientes y sus familias.^{5, 6}

Epidemiología

La incidencia de enfermedades crónicas ha incrementado notablemente y los padecimientos oncológicos entran dentro de este rubro convirtiéndose en un grave problema de salud pública pues es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. No obstante, son múltiples los factores que influyen en su epidemiología, al tabaco se le atribuye más del 20% de la mortalidad en el mundo por cáncer especialmente su impacto en el cáncer pulmonar. De acuerdo a Stewart (2014) la incidencia del cáncer también varía según la región geográfica, esto se debe en parte a diferencias genéticas así como a las distintas exposiciones ambientales y alimentarias.

De acuerdo a datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud más del 70% de todas las muertes por cáncer se produce en países con ingresos económicos bajos y medios. El ingreso económico es un factor importante para la asequibilidad de los tratamientos ya que solo 10% de los países de ingresos altos no ofrecen tratamiento a los enfermos con padecimientos de cáncer en contrastante comparativa a los países en los que el ingreso es bajo, pues solo aproximadamente a 30% de los pacientes les ofrece tratamiento. Lamentablemente este impacto económico va incrementando y solo uno de cada cinco países con mediano ingreso cuenta con los recursos suficientes para impulsar estrategias de mejora contra esta enfermedad.⁸ En 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad.⁹

Más de la mitad de los mexicanos viven en situación de pobre y alta marginación ^{10, 11} y por lo tanto, con limitación importante en el acceso y la calidad de los servicios de salud particularmente para los más vulnerables¹¹

Se preveé que el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70% en los próximos 20 años. ⁷ Actualmente en México el cáncer se encuentra como segundo lugar en causa de muerte seguido de las enfermedades isquémicas del corazón y la tercera dada por diabetes mellitus.

En el año 2012 la tasa de incidencia de cáncer fue de 127.4 por cada 100,000 habitantes Siendo el sexo femenino el más afectado, con una incidencia de 140.1 por cada 100,000 habitantes y el sexo masculino con 114.1 por cada 100,000 habitantes. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2012)¹²

Por mencionar un ejemplo del gran impacto en nuestra sociedad de acuerdo al Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento de cáncer mamario (2015) actualmente el cáncer de mama se considera la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer a nivel mundial con aproximadamente 500 mil defunciones por año, diagnosticándose en etapas tardías hasta en un 52% en donde las mujeres de estrato socioeconómico alto tienen mayor riesgo de enfermarse, pero las de estrato socioeconómico más bajo tienen más riesgo de morir.

Cáncer y síntomas

Previo al diagnóstico oncológico los signos y síntomas que se pueden manifestar son inespecíficos, vagos y en ocasiones de baja importancia; éstos se exacerban a su diagnóstico y se añaden otros más propios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos hasta que en fase avanzada aproximadamente el 75% de los pacientes con cáncer experimentan dolor y otros síntomas como fatiga, depresión, constipación, delirium, ansiedad por mencionar algunos. ^{13,14} Todos ellos tienen un impacto severo en la calidad de vida y se asocian además con numerosas respuestas psicosociales.

El dolor es sin duda uno de los síntomas más temidos por los pacientes y a pesar de una mayor atención a la evaluación y sus tratamientos, sigue siendo un síntoma frecuente en

quienes padecen de cáncer. Actualmente las tasas de prevalencia son de 55% durante el tratamiento contra el cáncer, se incrementa a 66.4% en estadio avanzado, metastásico o terminal siendo este síntoma de severa intensidad cercano al 40% de los pacientes.¹⁵

Al ser el dolor una sensación desagradable que si bien se asocia a un daño tisular también tiene un componente emocional y en el que existen factores que pueden contribuir a un tratamiento insuficiente como:^{16,17}

- La complejidad etiológica pues el sitio tumoral puede generar un componente de daño sensorial nervioso así como crisis súbitas de dolor lo que hace aún más difícil su control.
- Barreras inherentes a los médicos; subdiagnóstico de la presencia de dolor o desconocimiento en el uso de analgésicos entre los profesionales.
- Factores relacionados al paciente como el miedo al uso de opioides, adicción o de tolerancia así como la falta de adherencia terapéutica.
- El papel de los factores cognitivos, afectivos y sensoriales con respecto a su impacto en el alivio del dolor.
- Situaciones culturales, creencias religiosas del padecimiento de dolor.
- Políticas de salud que dificultan el acceso de la población a opioides y la falta de cumplimiento de las convenciones internacionales sobre el acceso a medicamentos esenciales.
- Ignorancia en el equipo de salud de alternativas para alivio sintomático.

El dolor llega a ser un mecanismo de defensa y alerta para el organismo al referirse de padecimientos agudos, no así al transcurrir el tiempo y afectar otras esferas de la persona. Conforme evoluciona el cáncer, el entorno puede ser sombrío pues cambios de imagen corporal, dependencia de otros en cuidados personales y muchas veces básicos, sentimientos de minusvalía, baja autoestima y distrés económico afectan la calidad de vida de las personas y la percepción de su dignidad. En el siglo XIX el escritor ruso Tolstoi en su obra “La Muerte de Iván Ilich” plasma su cruel proceso de la enfermedad y el misterio de

la muerte pues refleja los últimos días de un hombre y su percepción de estorbo, la batalla constante entre vida-muerte y miedo a morir, manifestando dolor más allá de lo físico, un dolor total, concepto fundamental en la aplicación moderna de los Cuidados Paliativos.¹⁸

*“Iván Ilich veía que se moría y estaba desesperado. En el fondo de su alma sabía que estaba muriéndose, pero no sólo no se acostumbraba a esa idea, sino que no llegaba a concebirla”. Leon Tolstoj.*¹⁹

Hasta la década de los 60's del siglo pasado, los desafíos biopsicosociales para aliviar el dolor crónico que caracterizan a la enfermedad terminal fueron estudiados por Cicely Saunders quien explicó que cuando el dolor no es aliviado, es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano porque contiene los siguientes elementos:

- Físicos (daño tisular, compresión nerviosa)
- Emocionales (depresión, insomnio, desfiguración, enfado, fatiga crónica)
- Sociales (pérdida de la posición social, problemas económicos)
- Espirituales (sensación de culpabilidad, reproches e inseguridad ante la muerte).

Así pues el dolor total es una de las bases para la fundación y el desarrollo del movimiento paliativo y solo un análisis cuidadoso de sus diferentes elementos y trabajo en conjunto de un equipo transdisciplinario ayudará a formular un plan de tratamiento. ^{21,21}

CUIDADOS PALIATIVOS

El cuidado del paciente al final de la vida por siglos ha sido por órdenes religiosas. Inicialmente la palabra “hospicio” era referida a un lugar de reposo para peregrinos, concepto que hoy en día se ha modificado pues es dado para aquellos sitios en los que se otorgan los cuidados necesarios para un final de vida no doloroso, por lo que de manera alternativa se les ha llamado como Unidades de Cuidado Continuo. El concepto hospice empezó a utilizarse en Irlanda, en 1967, se inauguró en Londres, el Saint Christopher

Hospice, dirigido por Cicely Saunders, un sistema formal de cuidados para pacientes con cáncer al final de la vida, un sitio donde los enfermos y sus familiares podían adaptarse mejor emocional y espiritualmente y que este concepto de mayor humanismo fue el sustento para la medicina paliativa.²²

El desarrollo de la Medicina Paliativa ha surgido como una necesidad ante la inversión de la escala de población, aumento de sobrevivencia, los avances tecnológicos en la medicina, el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, la morbilidad así como la mortalidad por cáncer; lo que conlleva a un incremento en la demanda de atención en servicios de salud ya que la inadecuada atención sanitaria a causa de la cantidad insuficiente de recursos materiales, humanos y financieros puede derivar en manejo inadecuado de información, extremos terapéuticos como la obstinación-abandono, desgaste económico, prolongación de agonía, inadecuada calidad de vida y sufrimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como “el cuidado global y activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, en los que es esencial el control del dolor y otros síntomas, la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales y el conseguir la mejor calidad de vida para ellos y sus familias. Los cuidados paliativos afirman la vida, consideran la muerte como un proceso natural, no prolongan ni aceleran la muerte, ofrecen un sistema de apoyo, tienen como objetivo promover el confort y mejorar la calidad de vida del paciente en el final de la vida recuperando el acercamiento a una muerte humanista sin estorbos terapéuticos innecesarios.”²³

Sin embargo, este concepto ha cambiado en los últimos años; tomando en cuenta el concepto inicial de la OMS es posible notar que éste ha pasado del objetivo de mejorar la calidad de vida en sus últimas fases a hacer énfasis en que la atención paliativa se debe proveer desde las primeras etapas del padecimiento.²⁴

Para los Cuidados Paliativos es sumamente importante una exploración fina y cautelosa para identificar qué percibe el paciente como desagradable o amenazante para su confort

y entorno bio-psico-social. Ante la variabilidad de los síntomas y necesidades de un paciente el trabajo transdisciplinario es fundamental.²⁵

Muchos autores han señalado verazmente que la Medicina Paliativa está relacionada con tres cosas: la calidad de vida, el valor de la vida y el significado de la vida. ^{26,27,28}

Hablar acerca del pronóstico de vida es un tema importante para los pacientes, familias y equipo de salud particularmente en una enfermedad avanzada. Decisiones como la aplicación de quimioterapia, referencia a un hospice, planes de cuidados son dependientes de la expectativa de sobrevida. Los términos de “final de vida”, “enfermedad terminal” y “muerte activa” tienen implicaciones pronósticas y son frecuentemente utilizadas, sin embargo, el significado de estos términos en ocasiones es confuso. ²⁹

Dentro del amplio espectro de atención de los profesionales de salud en cuidados paliativos, se encuentran ubicados los pacientes con enfermedad terminal, ³⁰ los cuales en un amplio porcentaje presentan una situación compleja respecto al adecuado control de síntomas, llegando a ser incluso, síntomas refractarios a múltiples opciones terapéuticas.

Así pues, es importante considerar conceptos claros y precisos dentro de la evolución de enfermedad de los pacientes, por lo que a continuación se presentan las definiciones más importantes para este trabajo:

Enfermedad incurable avanzada. Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o mediano plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo terapéutico.³¹

Enfermedad terminal: Enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.³¹

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 1993) define terminalidad como “la presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable en ausencia de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento que involucren numerosos problemas físicos, multifactoriales y cambiantes con impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico que puede incluir la presencia de idea de muerte, un pronóstico de vida limitado inferior a seis meses, sufrimiento y muerte social” ²³

SEDACION PALIATIVA

Una de las opciones de tratamiento para el control de sintomatología refractaria dentro de las Unidades de Cuidados Paliativos, es la administración de medicamentos específicos a dosis individualizadas que tienen el efecto de disminuir el nivel de conciencia necesario para así anular la percepción de la sintomatología que está amenazando la calidad de vida de los pacientes y su familia que incluso son causa de sufrimiento. ³⁰

No sólo es el paciente quien padece sino también quienes se encuentran a su lado, el vivir con su familiar pobre control de síntomas y muchas veces contar con información insuficiente con respecto a metas de tratamiento o pronósticos les invade la desesperación y angustia. De tal manera que cuando les es planteada la sedación paliativa aparece el dilema sobre si ésta puede acortar la vida, apareciendo un sentimiento opresivo por la responsabilidad de aceptar o no esta medida terapéutica. ³²

Así pues, Cuidados Paliativos protege el binomio paciente-familia; por el paciente que sufre y está muriendo así como a la familia, ya que ésta no solo es sujeto cuidador del enfermo, sino que también acaba siendo objeto de cuidados debido a que su participación no es meramente instrumental sino también es afectiva y existencial. ²⁵ .

No obstante, existe una gran variabilidad en los patrones de uso de la sedación paliativa en distintas regiones del mundo pues tan solo el número de los servicios de Cuidados Paliativos varían de manera importante, en América Latina la cantidad de médicos paliativistas

acreditados por las autoridades nacionales responsables es de 1.7 por millón de habitantes (rango de 0 a 11.4) ³³ en comparación con grandes potencias. ³⁴.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos, define Sedación Paliativa como la “administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios con su consentimiento explícito, implícito o delegado.” ²³

El haber insuficiente oferta de Cuidados Paliativos, con lleva desconocimiento a diversos niveles de atención por lo que términos como sedación paliativa son ignorados y finalmente condiciona que haya una baja prevalencia sobre su aplicación. Distintos aspectos pueden influir en la decisión de aplicar o no esta terapéutica; por ejemplo conocimientos acerca de este tratamiento, el criterio de cada uno de los médicos en cuestión, heterogeneidad en el tipo de pacientes, enfermedades, actitudes así como el contexto cultural que influya en cada uno de ellos; la variación en las técnicas de uso e inducción, mantenimiento y monitorización de la sedación; así como en los diferentes aspectos de administración o la intención. ³⁵

Morita y cols en el 2002 define sedación paliativa como aquel tratamiento que incluye el uso de fármacos que producen sedación con la finalidad de aliviar el distrés intolerable y refractario de un paciente, mediante la disminución del nivel de conciencia. Sin embargo, se deben considerar el principio del doble efecto, proporcionalidad y la autonomía ³⁶ así como la identificación también del concepto de buena muerte y explorar la mejor solución de forma individual, particularmente a través del control de síntomas, grado de conciencia y lugar de preferencia. ³⁷

La sedación paliativa puede ser distinguida de acuerdo al nivel de sedación, al tiempo y al modo de aplicación, dichas características dependerán y se ajustarán básicamente, de acuerdo a la evolución clínica del paciente, así como del síntoma a tratar.

Clasificación de la sedación. ³⁸

a) De acuerdo a el objetivo:

- Sedación primaria: en la que se busca al realizar una intervención terapéutica, por ejemplo, para llevarse a cabo una cirugía.
- Sedación secundaria : la que se presenta como efecto secundario de un medicamento, ejemplo: la somnolencia que provoca la morfina.

b) Por la temporalidad

- Sedación intermitente: es aquella que permite la fluctuación del nivel de alerta. .
- Sedación continua: en la que de manera constante el nivel de alerta se encuentra disminuido.

c) De acuerdo la intensidad

- Sedación superficial: es aquella en la que es posible elevar el nivel de alerta con un estímulo que incluso puede permitir la comunicación del paciente.
- Sedación profunda: en ésta se encuentra al paciente en nulo nivel de alerta.

De acuerdo a Cherny y Rousseau la sedación paliativa puede ser clasificada en tres tipos:

39

1. La sedación para el manejo de síntomas refractarios al final de la vida.
2. Una sedación de emergencia en la que los pacientes desarrollan de inicio súbito síntomas intratables que requieren de sedación inmediata y urgente.
3. La sedación de respiro en la cual Rousseau describió como aquella en la que se indica al paciente por un intervalo corto predeterminado antes de incrementar a la dosis sedativa para mejorar sus síntomas.

Es importante aclarar el status de sedación que se utilizará en la práctica clínica con cada paciente, ya que dependiendo del contexto de la sedación, acorde a sus características, se determinarán implicaciones clínicas y éticas; ya que cuando se trata de sedación superficial, el paciente tiene la capacidad de ingerir alimentos e hidratarse y dirigir sus cuidados, versus la sedación paliativa, en donde disminuye el estado de alerta del paciente

para obtener el adecuado control de síntomas y se sacrifican todas sus capacidades directivas para la alimentación o hidratación; en consecuencia en la mayoría de los casos este aspecto se tiene que discutir con el equipo médico transdisciplinario, el paciente y la familia para la toma de la mejor decisión en consenso. .

Indicaciones de sedación paliativa

A pesar del progreso en la medicina paliativa en lo que se refiere al control de síntomas, aún hay muchos pacientes que tienen síntomas incontrolables debido a que el tratamiento es inefectivo o intolerable.⁴⁰ Es frecuente que los pacientes desarrollen delirium en los últimos días de vida así como pérdida de la capacidad para comunicar y reportar sus síntomas.⁴¹ El problema se complica aún más con la heterogeneidad de la sintomatología en las distintas poblaciones oncológicas, así como en los distintos tipos de atención (hospice, hospital, domicilio) ⁴² ya que los pacientes con cáncer avanzado incurable enfrentan complejas situaciones físicas, psicológicas, sociales y espirituales, como consecuencia de su enfermedad y sus tratamientos ⁴³, llegando a afectar su calidad de vida por la gravedad de la enfermedad y los síntomas que se agregan en estadios avanzados. ⁴⁴ Se han desarrollado múltiples estrategias de tratamiento, sin embargo, la mayoría de los estudiosos se han enfocado en investigar y mejorar las alteraciones físicas mientras que los trastornos relacionados al sufrimiento en las dimensiones psicológicas, sociales o existenciales aún quedan desvanecidas.

La sedación paliativa es utilizada en pacientes al final de la vida como alivio ante un estado inaceptable de sufrimiento o sintomatología que es refractaria a otras opciones terapéuticas, ^{45,46} no es sinónimo de eutanasia. ^{47,48.}

Hay que recalcar que el manejo de síntomas refractarios es la única indicación para el uso de sedación paliativa.^{40,49}

Es frecuente el uso de diferentes conceptos como similares, ejemplo final de la vida vs enfermedad terminal sin embargo, actualmente se pone manifiesto la imperativa necesidad de desarrollar conceptos consensuados para facilitar la comunicación en los diferentes niveles de atención y programas de capacitación, pues de acuerdo a una revisión realizada por Hui y cols el objetivo de cada uno de los conceptos y sus variantes es dado por el lugar, nivel y objetivos de la atención.⁵³

La definición más aceptada actualmente de síntoma refractario es propuesto por Cherny y Portenoy: “Síntomas en los cuales todo posible tratamiento ha fallado, o es estimado que no hay métodos disponibles para la paliación dentro del tiempo considerable y el índice de riesgo-beneficio que el paciente pueda tolerar.”^{50,51,52}.

Los síntomas más frecuentemente refractarios son delirium y disnea, ambos se presentan en etapa cercana a la muerte así como dolor y vómito entre algunos otros. Sin embargo, todas las dimensiones de los síntomas deben ser tomados en cuenta.⁵²

Sufrimiento

El síntoma es subjetivo y el sufrimiento también lo es afirma Barbero y además sostiene que el apoyo psicológico y el establecimiento de niveles adecuados de comunicación terapéutica son imprescindibles, “limitar el apoyo psicológico especializado a casos de psicopatología supone un desconocimiento de la repercusión de las alteraciones emocionales inherentes al proceso de morir limitando una perspectiva fundamental de los Cuidados Paliativos, la prevención de aquella parte del sufrimiento que pueda ser evitable.”²⁵

El sufrimiento es una experiencia individual, subjetiva y compleja que implica la asignación de un significado profundamente negativo ante un evento o una amenaza percibida, tiene además los elementos de aislamiento, desesperanza, vulnerabilidad y pérdida. Es una experiencia que se decide sentir y que muestra la fragilidad del hombre, a diferencia de la presencia de una enfermedad en la vida de la persona, que es un evento en su historia de vida. ⁵⁵

Representa uno de los principales temores de los pacientes moribundos, ⁵⁴ por lo que el aliviarlo es un objetivo fundamental de la práctica médica, pues tan importante debe ser el objetivo de curar y prolongar la vida como el de ayudar a proveer una muerte tranquila. ⁵³

El sufrimiento psico-existencial refractario se define como distrés psicológico no acompañado de síntomas físicos, tales como minusvalía, sentimiento de dependencia a otros/incapacidad para el autocuidado, sentimientos de ansiedad, pánico a morir, aislamiento o ausencia de apoyo social así como el distrés económico. ⁵⁶

Actualmente los programas de cuidados paliativos constituyen la forma práctica más viable para lograr una adecuada atención integral, ya que éstos persiguen lograr en primer lugar, el máximo control de síntomas y bienestar subjetivo, aspectos fundamentales en la preservación de la calidad de vida, tanto del paciente como de la familia. ⁵⁷

Así también existen otros términos como eutanasia y suicidio asistido que han sido confundidos con respecto a la autonomía y dignidad de las personas, que disfrazan el máximo bienestar por el de muerte piadosa o la acción de acortar la vida.⁵⁸

ASPECTOS ETICOS

La brillante ciencia y tecnología que hoy en día permiten prolongar la vida aunado a la autonomía de los pacientes cada vez más empoderada ha creado el mundo de la inmediatez donde lo inconcebible actualmente es posible y los límites en ocasiones son

impensables y como consecuencia diversos conflictos no sólo dentro del ámbito médico pues relaciones en muchas de ellas el aspecto social, jurídico, ético.

No es sinónimo la ética médica de la bioética, pues ésta última describe los fundamentos morales y normas de comportamiento del hombre a todo lo biológico, es decir, rebasa con mucho a la primera pues engloba múltiples áreas del conocimiento y disciplinas con el objetivo de responder a los dilemas que surgen por las oportunidades que ofrecen la tecnología y la ciencia y de esta manera minimizar sus consecuencias en cualquier nivel. Es común relacionar a la Etica Médica con Códigos formulados hace años, sin embargo, el actuar del médico de preservar la vida se ha vuelto complejo pues las circunstancias, la ciencia, el ambiente se han modificado con el tiempo y actualmente la relación médico-paciente es un binomio vulnerable y en constante amenaza en la que la ética Médica favorecerá una relación buena y positiva.⁶⁰

Así pues Diego Gracia (1996) afirma en la obra *Cuestiones Morales* de Guariglia “la bioética debe ser racional, autónoma, laica y pluralista.” (p. 279)

La implicación de la ética se encuentra ligada en todo ámbito de la vida diaria, no meramente en el proceso de final de vida. Dentro del área médica y en el contexto de cuidados paliativos se mencionan los siguientes principios éticos: ²⁵

- “Derecho a la atención médica. Incluye invariablemente el acceso a los Cuidados Paliativos, independientemente de ser pública o privada la institución que preste la atención médica.
- Los Cuidados Paliativos no son opcionales ni discrecionales. Para el médico ni para el Estado. Constituyen el mínimo que un sistema de salud puede ofrecer a la persona que está muriendo.
- Ayuda especializada y transdisciplinaria. El objetivo de CP será para los pacientes y su familiar en la fase final de una enfermedad terminal.
- Excelencia técnica y ética. Los CP deben acompañar, cuidar y procurar la mejor calidad de vida.
- La muerte no es un fracaso. No acelera el proceso de morir ni prolonga maleficientemente la vida.

- Reconocimiento y expectativas de los pacientes. Los CP no son para la mayoría, sino para todos y cada uno.
- Se alude al descuido de los CP por parte de las políticas sanitarias para defender la postura en contra de la despenalización de la eutanasia o del suicidio asistido.
- Para la eficacia de los CP no es necesario que se contengan en un documento de voluntad anticipada. Sin embargo, deben ser considerados en su redacción porque forman parte de la planeación estratégica de la atención médica.
- Una forma de garantizar el acceso a los CP es por medio de una ley que los regule y establezca los mecanismos adecuados para su organización y funcionamiento. “

Uno de los parámetros más importante al final de la vida se refiere a la calidad de vida que es definida por el paciente como la “ausencia del dolor, del temor y de otros síntomas molestos y en su derecho de alivio al sufrimiento” de que aquí que ante la urgente necesidad de cubrir necesidades en ocasiones espirituales²⁶ de los pacientes surgen medidas extremas para su alivio y al ser la sedación paliativa una medida terapéutica que controla síntomas a expensas del estado de alerta del paciente puede ser interpretado como acto eutanásico y ocasionar la limitación insuficiente de los síntomas⁶¹. No es sinónimo de eutanasia, ya que la sedación es una intervención proporcionada con la intención de promover el alivio de sufrimiento con dosis de medicamentos individualizadas a cada caso mientras que la eutanasia es la administración directa de fármacos en dosis letales con la intención de provocar la muerte como consecuencia inmediata. ¹¹ Un miedo que existe es el hecho de que se pueda emplear la sedación con la intención de acelerar la muerte del paciente. ⁵¹ Por tanto, la decisión de iniciar este procedimiento es complejo y debe involucrar a los pacientes, sus familiares y equipo de salud ⁶² ya que la sedación paliativa puede ser vista como el sucesor del cocktail de Brompton, una mezcla de morfina, cocaína, alcohol y cloroformo que consideraban tener un poder místico ampliamente utilizado hasta finales de 1970.⁶³

La diferencia más importante entre eutanasia y sedación paliativa es la intención detrás de cada una de las acciones: la intención de la sedación paliativa es el alivio del sufrimiento

y, si el paciente muere, este hecho es visto como un efecto secundario, no deseado, pero permitido, de acuerdo con el principio moral de doble efecto así como el principio de proporcionalidad terapéutica; en cambio, la eutanasia, como Wilkinson afirmó, destruye el problema en lugar de resolverlo, elimina el sufrimiento por medio de la muerte del paciente; ⁵⁸ es decir, el resultado perseguido es la muerte del paciente para liberarlo del sufrimiento.⁶⁴ Ahora bien, la modernización, el materialismo y la abolición de valores han encontrado en el suicidio asistido por el médico la manera de presentar la eutanasia como una medida que protege la autonomía de los pacientes y deslinda de la responsabilidad de mano ejecutora lo cual es éticamente inaceptable. La eutanasia y el suicidio asistido son lo mismo, solamente en el segundo se señala la persona a cargo de la ejecución pero en ambas se pretende lo mismo en la que la muerte se concibe como la fuente de liberación del sufrimiento. (Manuel Quijano 2001)

Aunque en Europa la utilización de Cuidados Paliativos tiene una tradición más antigua que la mexicana, en algunos lugares como Oregón, Estados Unidos (1997), Holanda (2001) y Bélgica (2003), se ha despenalizado la eutanasia, aduciendo que se respeta la autonomía de las personas y solamente se consideraría delito si no existiera la voluntariedad expresa del paciente, lo cual se denomina, eutanasia involuntaria.⁶⁵ Desde la perspectiva de la bioética personalista, esta práctica, en cualquiera de sus modalidades, debería mantenerse como delito y acción antiética.

En relación con la opinión social acerca del suicidio asistido, un estudio nacional concluye que 56% de los ciudadanos de México estaría de acuerdo con que existiera el suicidio asistido para quienes padecen enfermedades terminales, mientras que 42% lo desaprobaba lo cual coincidió con el estudio realizado por Casas en 2007.⁶⁶

El hecho es que la sedación paliativa no es eutanásica y no causa una reducción del tiempo de sobrevivencia⁶⁷. Algunos autores han comparado el tiempo de supervivencia entre los pacientes sedados y los no sedados y no hallaron diferencia estadística en los resultados.

^{68,69}

Es sumamente importante resaltar que, como se señala en la literatura , los médicos que se encuentran mejor informados acerca del final de la vida sienten menos la necesidad de usar eutanasia y suicidio asistido. ⁷⁰

Principio del doble efecto

Los cuidados paliativos continuo han surgido para mantener en los pacientes el máximo bienestar posible máxime en aquellos pacientes en situación de terminalidad. Sin embargo, la transición del estadio curativo a meramente paliativo no es sencillo y se requiere un enlace paulatino, cautela, elementos científicos para un acertado diagnóstico de enfermedad avanzada, terminal o incluso agonía.

Será importante su identificación para ofrecer tramientos de soporte avanzados, sintomáticos y de confort. Sin embargo, los límites pueden resultar confusos y entonces como retoma Sanchez Barroso (2012) en Aristóteles “ la racionalidad moral no es matemática ni analítica, sino deliberativa y prudencial”. De tal manera que puede presentarse en la administración de medicamentos un doble efecto, que se utiliza para valorar lo ético de las decisiones y medicamentos en los que es conocido que tienen efectos opuestos, es decir, uno bueno y otro dañino que se puede explicar como esperado mas no de manera intencional.⁵⁰ y es así que es moralmente permitido.

En este sentido al encontrarse un paciente al final de la vida y con un síntoma refractario no sería posible controlar el síntoma si no fuera dado por medicamentos potentes que pueden ocasionar la muerte mas no intencionadamente, sino como un efecto secundario de una acción buena. ²⁷ Es decir, al administrar medicamentos a la dosis necesaria para controlar los síntomas, el efecto buscado es aliviar el sufrimiento, mientras que el efecto no deseado, es la disminución del estado de alerta. Al encontrarse el paciente en una situación de últimos días, con una enfermedad terminal la muerte no se considera como el

efecto indeseado, ya que el paciente fallecerá irremediablemente a consecuencia de su enfermedad ⁶¹.

Para la OMS , uno de los elementos de una buena muerte es la ausencia del dolor que domina la mente del enfermo y lo incapacita física y mentalmente para lograr los objetivos que se ha puesto antes de morir. Los criterios para justificar moralmente el doble efecto de una medicación son: ⁷².

- “La acción debe ser buena o al menos indiferente.
- El efecto buscado es igualmente bueno. Es decir, que no se puede obtener el bueno por medio del malo (simultaneidad).
- El buen resultado no es consecuencia del malo (este es un efecto colateral).
- Se busca solo el bueno (aliviar el sufrimiento) y se tolera el malo (la muerte) (intencionalidad)
- El bien buscado debe ser proporcionalmente mayor que el mal permitido (proporcionalidad)”

En Cuidados Paliativos la administración de fármacos sedantes, per se, no supone un problema ético cuando se han prescrito bajo las indicaciones correctas y con el consentimiento del paciente ⁷³ pues la toma de decisiones debe basarse en conocer y respetar no solamente la actitud y/o decisión de la familia sino, sobre todo, la del paciente porque no todas las personas quieren mantenerse alertas hasta que fallecen. ^{74,75}

Puesto que la sedación paliativa es un procedimiento terapéutico que es consensado con equipo médico, familia y paciente es importante plasmar en el expediente el síntoma refractario, obtener un consentimiento, proceso de sedación con medicamentos y dosis así como la titulación necesaria de acuerdo al control de síntoma, estado de alerta así como estado anímico de la familia.

La práctica de la sedación paliativa en sus indicaciones y realización es dada por una amplia gamma de conceptos culturales y convicciones relacionadas a la edad, vulnerabilidad,

dependencia, sufrimiento y muerte; estos a su vez, tiene las mismas convicciones que maneja la práctica de la eutanasia.⁴⁷

Hay algunos autores que señalan que la sedación profunda no acorta la vida, por tanto, la muerte no es resultado de la sedación misma, sino de la evolución natural de las enfermedades del paciente^{69, 76} pues se ha estudiado también la supervivencia de los pacientes que se encuentran bajo sedación paliativa y se ha demostrado que en varios estudios el periodo es corto oscilando entre 1.3 y 3.9 días con una media de solo 2.4 días y en algunos trabajos comparan la supervivencia entre los que se sedaron y los que no, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa.^{77,78, 68}

Además, en otro trabajo no fue encontrada ninguna relación entre el tiempo de supervivencia de los pacientes sedados y los fármacos utilizados.⁷⁹

Habiéndose demostrado científicamente que la sedación paliativa no es la causa de la muerte de los pacientes, aludir como justificación de su utilización el Principio de Doble Efecto en este momento ya no es necesario, pues la sedación paliativa científicamente está fundamentada en forma suficiente.⁸⁰

La mayoría de los moribundos no requiere suicidio médico asistido ni eutanasia activa y la solución no radica en su legalización sino en lograr unos buenos Cuidados Paliativos y agotar todas las otras formas de protección social.

El derecho a una muerte digna incluye varios elementos que deben ser respetados como lo es lo que respecta al acceso de información clara y veraz, .garantizar la autonomía del paciente y el respeto a sus decisiones mediante directrices anticipadas así como su deseo de recibir los cuidados que requiera para mejorar el confort de su existencia hasta la muerte.

^{81,82}

LA LEY Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La dignidad humana constituye el vínculo por excelencia entre la Ética y el Derecho como los dos grandes sistemas normativos de una sociedad. ²⁵

Los derechos humanos son la expresión jurídica de la dignidad humana vinculada a toda actividad humana. Así pues, la ley está principalmente destinada a garantizar la dignidad de la persona, y por lo tanto, debe fijar las bases para el respeto de la persona ante la amenaza de las nuevas tecnologías.²⁵

El derecho a no sufrir torturas ni tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes constituye un derecho humano fundamental reconocido en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos. Como arte de esta prohibición positiva, los Estados deben tomar medidas para proteger a las personas del padecimiento innecesario de dolor vinculado con una condición de salud. ⁵³

El día 5 de enero de 2009 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación la reforma al artículo 184 de la Ley General de Salud y se adiciona el artículo 166 Bis que contiene la Ley en Materia de Cuidados Paliativos un título dedicado a los cuidados paliativos para los enfermos en situación terminal. Éste, a su vez, contiene cuatro capítulos: uno de disposiciones comunes, otro que trata sobre los derechos de los enfermos en situación terminal, uno que versa sobre las facultades y obligaciones de las instituciones de salud y, finalmente, uno que establece los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y el personal sanitario. Adicionalmente, destaca el derecho de cualquier persona a negarse a recibir cualquier tratamiento, entonces, el orden jurídico mexicano no solo permite que el paciente rechace la atención, sino que lo concibe como una forma propicia para preservar la dignidad humana. ⁵³

En la Ley General de Salud, Artículo 166 Bis, DOF: 05/01/2009 menciona como disposiciones comunes en materia de CP:

- “Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal y garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, asegurando una muerte natural, rechaza la eutanasia o suicidio asistido.
- Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal.
- Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo.
- Determinar los medios ordinarios y extraordinarios para evitar la obstinación terapéutica”.

Ahora bien, es importante mencionar que la Ley de Voluntad Anticipada surge como resultado de la evolución misma de nuestra sociedad ligada a la idea de la autonomía desarrollando la necesidad de información y consentimiento informado así como al miedo que desencadena el entorno a la obstinación terapéutica y la prolongación de la agonía.²⁵ Sin embargo, existen importantes vacíos legales pues no existe una ley federal que se aplique actualmente, creando evidente confusión entre términos, Estados y Leyes como lo afirma Sanchez-Barroso (2012) en su obra *Voluntad Anticipada* .

CAPÍTULO II.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

La sedación paliativa no es sinónimo de eutanasia, ya que la primera es una intervención proporcionada con la intención de promover el alivio de sufrimiento con dosis de medicamentos individualizadas a cada caso, mientras que la eutanasia es la administración de fármacos a dosis letales con la intención de la muerte como consecuencia directa.

Sin embargo, existen múltiples problemas en la percepción que los médicos oncólogos tienen sobre la aplicación de la sedación paliativa y ello interfiere en la buena atención médica de los pacientes terminales, en ocasiones es confundida con eutanasia.

Las preguntas de investigación para ésta tesis son:

- ¿Cuál es el concepto de sedación paliativa en médicos oncólogos mexicanos?
- ¿La sedación paliativa para los oncólogos mexicanos es sinónimo de eutanasia?
- ¿Los médicos oncólogos mexicanos están a favor de la eutanasia?

CAPÍTULO III.

JUSTIFICACIÓN

La referencia de los pacientes terminales a la Unidad de Cuidados Paliativos por los médicos oncólogos se realiza tardíamente, en ocasiones hasta el estado agónico o posibilidad de muerte inminente y con ello se impide poder aplicar adecuadamente todas las posibilidades de manejo que los Cuidados Paliativos pueden ofrecer a un paciente.

El término “sedación terminal” fue introducido por primera vez por Enck en 1991, en la literatura de los cuidados paliativos. Desde entonces, ha existido un debate extenso acerca de la evaluación ética de éstas prácticas. Los críticos de esta técnica, establecían que se trataba de “eutanasia lenta”, e insistían en que el adjetivo “terminal” no era solo un término para hablar de indicador de tiempo, reflejando la fase final de la vida del paciente, sino que también se refería al propósito real de la intervención, que buscaba acabar con la vida del mismo.

Se espera que al término de esta investigación, la misma pueda ser utilizada como un elemento para generar información y esclarecimiento de conceptos así como un buen aporte académico para las instituciones participantes al ser formadoras de futuros profesionales y de ésta forma mejorar la atención de las personas que padecen una enfermedad terminal, acciones acordes tanto a la ética como a la legislación actual de nuestro país.

CAPÍTULO IV.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el concepto de sedación paliativa en médicos oncólogos mexicanos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el conocimiento sobre los términos de eutanasia, sedación paliativa y suicidio asistido.
- Determinar actitudes que guarda el oncólogo frente a la sedación paliativa.
- Explorar la percepción que tiene el oncólogo ante la sedación paliativa.
- Examinar si es entendida la sedación paliativa como un medio para acortar la vida
- Identificar si la utilización de sedación paliativa es considerada una forma de eutanasia.
- Identificar qué porcentaje de médicos oncólogos se encuentran a favor de la eutanasia.

HIPÓTESIS

Para los médicos oncólogos en México la aplicación de sedación paliativa a pacientes terminales equivale a eutanasia.

CAPÍTULO V.

METODOLOGÍA.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo transversal, original, tipo encuesta, cuantitativa, con instrumento tipo encuesta original validado por expertos.

MÉTODO

El instrumento corresponde a una encuesta electrónica, anónima y confidencial, siendo un estudio observacional al no modificar el sujeto de estudio; descriptivo porque se presentarán las características sociodemográficas de la población, con análisis estadístico de los puntajes de las competencias de acuerdo al instrumento (encuesta descriptiva); transversal porque la recolección de datos se realizará en un solo momento sin mediciones posteriores, para alcanzar el objetivo del estudio seguiremos los siguientes pasos:

- 1) Creación del instrumento de acuerdo a los objetivos de la investigación.
- 2) Validación del instrumento por expertos en el tema por oncólogos, paliativistas así como bioeticistas.
- 3) Prueba piloto en 30 médicos para aplicar el instrumento en personal médico de mismas características al de la población última de estudio para determinar la confiabilidad interna del instrumento, comprensión de ítems así como posibilidad de recordatorios electrónicos
- 4) Aplicación del cuestionario a través de un servidor electrónico. (SurveyMonkey)
- 5) Análisis estadístico de los datos.
- 6) Análisis de resultados.

Se diseñó un cuestionario de 17 ítems relacionados a:

- Conocer información sobre variables demográficas.

- El segundo respecto a conocimiento de términos como: eutanasia, sedación paliativa y suicidio asistido.

- El tercer apartado consistirá en cuestionamientos destinados a conocer la intención y creencias de la sedación paliativa.

Finalmente, el último se destinará a conocer la actitud y decisiones que tomarían si la sedación paliativa fuera una medida terapéutica a realizarse en él (ella) como paciente. Las preguntas se componen de respuestas dicotómicas, siendo falso o verdadero las posibilidades.

La aplicación del instrumento se realizó por medio de la plataforma SurveyMonkey la cual es una herramienta en línea relativamente fácil de utilizar y con acceso por la Sociedad Mexicana de Oncología mediante nombre de usuario y contraseña única que debe ingresarse cada vez que se desea acceder a la sesión. Contiene conexiones de seguridad que garantiza los datos del usuario en su aplicación sean seguros y se encuentran únicamente disponibles para los destinatarios, protegiendo así el anonimato y la privacidad de la información.

El servidor electrónico descarga los datos en varios formatos y proporciona los resultados procesados.

El instrumento es *original*, de novo, por lo que fue sometido a validación por médicos expertos (cuatro oncólogos, tres bioeticistas y tres paliativistas del Instituto Nacional de Cancerología) cuyos resultados dieron elementos para adecuar la redacción de algunos ítems para mejorar la validez de los mismos.

El piloto se aplicó de manera no virtual a 30 médicos del Instituto Nacional de Cancerología para la detección de dificultades de comprensión del texto y de ser necesario rediseñar las preguntas en un lenguaje más claro y posterior aplicación a población de estudio.

Se acudió con Dra. Laura Torrecillas Torres, Presidenta de la Sociedad Mexicana de Oncología actualmente, para solicitar la autorización de proyecto de investigación y posterior extensión de encuesta a los oncólogos que formen parte de esta Sociedad vía electrónica a través de su correo electrónico en el que fue incluido directamente el

instrumento, de tal manera que el investigador no tuvo acceso a información alguna respecto a los encuestados siendo anónimos los resultados que se obtuvieron.

Se extendió la encuesta por un mes, con recordatorio electrónico semanal en caso de no obtener respuesta.

Los sistemas de registro central capturan y archivan el acceso a todos los sistemas internos, incluidos los intentos de autenticación fallidos. Posteriormente se realizó el análisis cuantitativo correspondiente.

LUGAR

La encuesta se respondió de manera electrónica, en el sitio en el cual el encuestado tuvo acceso a internet.

UNIVERSO, MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La Sociedad Mexicana de Oncología cuenta con 1170 socios del área de oncología.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

En la que:

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población, con valor de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. En relación al 95% de confianza es igual a 1,96

e = Límite aceptable de error muestral del 5% (0,05)

Con resultado de 284.

Sin embargo, el tamaño muestral analizado fue de 268 médicos al ser la cantidad de médicos que respondió la encuesta.

MÉTODO DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Serán parte de la investigación aquellos médicos que ejerzan la oncología que cuenten con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y SUSPENSIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Criterios de inclusión

- Personal médico con especialidad en oncología que laboren en área de oncología médica, cirugía oncológica, radioterapia, hematología oncológica.
- Médicos registrados dentro de la Sociedad Mexicana de Oncología.
- Práctica médica en territorio nacional mexicano.

Criterios de exclusión

- Médicos que no laboren en territorio mexicano.
- Médicos con formación oncológica no clínica.

Criterios de suspensión

- Médicos que suspendan la encuesta.

VARIABLE	Definición	Variable cualitativa			Variable cuantitativa		Cronológica	Intervalo	Dependencia	
		Nominal		Ordinal	Discreta	Continua				
		Dicotómica	Categorica							
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona.					x			x	Independiente
SEXO	Conjunto de características biológicas por las que se identifica como femenino o masculino o.	X								Independiente
ESPECIALIDAD	Rama de la medicina cuyo objeto es una parte limitada de ellas.		X							Independiente
TIEMPO EN LA PRÁCTICA ONCOLÓGICA	Tiempo activo en el tratamiento de pacientes oncológicos.				X		x			Independiente
EUTANASIA	Aquella acción encaminada a dar muerte, de una	x								Dependiente

	manera indolora, a los enfermos incurables . Son características esenciales de la eutanasia el ser provocada por personal sanitario y la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o liberadora .									
SUICIDIO ASISTIDO	Es la acción de un médico, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que	x								Dependiente

	le proporci na los conocimie ntos y los medios para hacerlo.									
SEDACIO N PALIATIV A	Es la administr ació de fármacos, en la dosis y combinac iones requerida s, para reducir la concienci a de un paciente en situación terminal, tanto como sea preciso, para aliviar adecuada mente uno o más síntomas refractario s, con su consenti miento, o si no es factible, con el de su familia o	x								Dependi ente

	represent ante									

TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó análisis estadístico descriptivo de la información recopilada. Los datos se emplearon para un análisis cuantitativo.

El sistema SurveyMonkey de manera automática reporta los datos absolutos de cada una de las respuestas en total y porcentaje por lo que no es posible la obtención de moda, mediana u otro dato estadístico. De acuerdo a resultados se relacionaron datos comparativos entre actitudes y creencias con análisis de datos numéricos no paramétricos.

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS Y MÉTODOS DE CONFIABILIDAD

Validez del instrumento.

De acuerdo a los comentarios y observaciones de los expertos se obtendrán resultados para validación del instrumento mediante:

Fórmula índice de validez por ítem:

$$IVXI = \frac{\text{No. De reactivos totales menores de 3 puntos}}{\text{Total de expertos}}$$

Fórmula de criterio de validez:

$$CV = \frac{IVXI}{\text{Total de reactivos}}$$

El resultado corresponderá a un porcentaje de posibilidad de error.

Posteriormente, se tomarán en cuenta los reactivos aceptables mediante la *fórmula de Índice de Validez del Contenido*:

$$IVC = \frac{\text{No. de reactivos totales igual o mayor a 3 puntos}}{\text{Total de reactivos}}$$

Total de reactivos

Si el resultado es cercana a 1, el IVC es aceptable.

El cuestionario final presentó la siguiente validación: 0.99

ASPECTOS ÉTICOS

CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: Sin riesgo, anónima, voluntaria y confidencial. Se solicitó aprobación por el Comité de Ética de la Investigación la cual se agrega como anexo más adelante.

RIESGOS PREVISIBLES Y PROBABLES

Se considera una investigación sin riesgo, debido a que los procedimientos que fueron realizados es la aplicación dirigida del instrumento y no causará ningún daño físico, emocional, espiritual o social para los sujetos de investigación.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN FRENTE AL RIESGO FÍSICO Y/O EMOCIONAL

Ninguna

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para los encuestados no se llevará a cabo carta de consentimiento informado ya que será una encuesta en la cual no se solicitará el nombre de quien corresponda, siendo este procedimiento anónimo y siendo investigación sin riesgo de acuerdo al reglamento de Investigación en Humanos de la Ley General de Salud Mexicana, no requiere consentimiento por escrito. El consentimiento es tácito, por el hecho de que la persona decide responder la encuesta.

ARCHIVO CONFIDENCIAL DE LA INVESTIGACIÓN

- **Autenticación de usuarios:** los datos de los usuarios incluidos en la base de datos de SurveyMonkey se clasifican en función de reglas de acceso basadas en la cuenta. Las cuentas de usuario tienen nombres de usuario y contraseñas únicos que deben ingresarse cada vez que el usuario inicia sesión. SurveyMonkey emite una cookie de sesión solo para registrar la información de autenticación cifrada mientras dure la sesión específica. La cookie de sesión no incluye la contraseña del usuario.
- **Contraseñas de usuarios:** las contraseñas de aplicación de los usuarios deben cumplir con ciertos requisitos de complejidad. Las contraseñas se clasifican y se revisan en forma individual.

Seguridad del centro de datos: El centro de datos cuentan con personal y vigilancia las 24 horas, los 7 días de la semana. El acceso se encuentra vigilado por guardias de

seguridad y para ingresar es necesario completar el registro de visitas. Además, se aplican ciertos requisitos para el ingreso, como tarjetas de acceso y reconocimiento biométrico.

Se garantizará el anonimato, la información que sea recopilada será archivada de manera interna en el surveymonkey en equipo de cómputo personal y exclusiva de la investigadora, el cual será resguardada con clave de acceso sin poder tener posibilidad de ingreso a la misma el personal ajeno a la investigación.

El software para el manejo estadístico de los datos estará custodiado según legislación vigente para confidencialidad de datos personales y de investigación.

ORGANIZACIÓN

RECURSOS HUMANOS

No se requiere capacitación de recursos humanos para la aplicación de la encuesta.

RECURSOS MATERIALES

1. Que la población encuestada tenga computadora con acceso a internet o bien el equipo necesario para contestar en línea el instrumento.
2. El acceso a servidor electrónico es particular de la Sociedad Médica de Oncología.

CAPACITACIÓN DE PERSONAL

Conocimiento por el aplicador del funcionamiento del servidor electrónico utilizado,
Survey Monkye.

FINANCIAMIENTO.

Interno.

CRONOGRAMA

A

RESPONSABLE
nombre
EDITH ARTEMISA MONREAL CARRILLO
MA. DELA LUZ CASAS
SILVIA ALLENDE PEREZ

M

TITULO : _CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS MEDICOS ONCOLOGOS ANTE LA SEDACION PALATIVA

FECHA DE INICIO: ENERO 2015

FECHA DE TERMINACIÓN: ABRIL 2016

ACTIVIDADES	FASE DE DESARROLLO	MESES CALENDARIO PROGRAMADO																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
DISEÑO DEL PROTOCOLO	I	X	X	X																					
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	II			X	X																				
APLICACIÓN PRUEBA PILOTO						X	X																		
APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y DE ÉTICA. INVESTIGACIÓN EN							X	X																	
APLICACIÓN DE ENCUESTAS	III								X	X															
ANÁLISIS DE RESULTADOS	IV										X	X	X												
DISCUSION	V																	X	X	X	X	X			
		M	-	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A		

CAPÍTULO VI .

RESULTADOS

Se obtuvieron 268 encuestas en total, de un universo de 1170 médicos de la Sociedad Médica de Oncología. No fue alcanzada el total de muestra calculado, sin embargo, es significativa al ser el 22.9% del universo.

A la encuesta respondieron médicos del sexo masculino 176 (66.4%), predominantemente edad joven encontrándose en el rango de 30-40 años de edad que corresponde al 59%.

En cuanto a las especialidades a las que pertenecieron los médicos en su mayoría correspondieron al área quirúrgica en 50.2%, a seguir oncología médica en 24.7%, radioterapia en 7.2% y en 17.9% de alguna otra especialidad no incluida. Ningún médico del área de hematología respondió encuesta.

La antigüedad laboral en el rango de 0-10 años se encontró en el 60% de los médicos, con solo 8.2% con más de 30 años de ejercicio laboral.

El 55 % de los médicos trabajan en institución pública y privada que corresponde a 147 del total que respondió la encuesta, en institución pública el 29.2% y únicamente privada en 14.2%. En la mayoría trabajan en territorio mexicano, 254 médicos.

Los Estados de la República en que se encuentran concentrados principalmente son en el Distrito Federal (55.1%), a seguir el Estado de México con 7.4%, Yucatán en 4.3% , Chihuahua y Tamaulipas en 3.1% aminorando la concentración aún más en el resto de la República Mexicana.

Consideraron 255 médicos encuestados (95.5%) que siempre se debe respetar la vida y en lo que respecta a conceptos dirigidos en el 86.5% refiere que la sedación paliativa no

acorta la vida así también consideran que la sedación paliativa no es igual a eutanasia en el 94.3% y sí disminuye el sufrimiento en un alto porcentaje (97.7%).

Con respecto al suicidio asistido 176 médicos saben que es un medio para causar la muerte al paciente.

Estarían de acuerdo con la eutanasia si fuera legal en 68.9 % médicos (182) y la solicitarían para terminar con el sufrimiento de sus pacientes en 52.8% , sin embargo, si fuera el médico encuestado quien se encontrara con sufrimiento incrementa el porcentaje a 65.2% , es decir 173 médicos, el otro porcentaje solicitaría Cuidados Paliativos.

Mencionan tener conocimiento de la Ley de Voluntad Anticipada en 64.9% de los médicos, y no es una petición de eutanasia para el 78%.

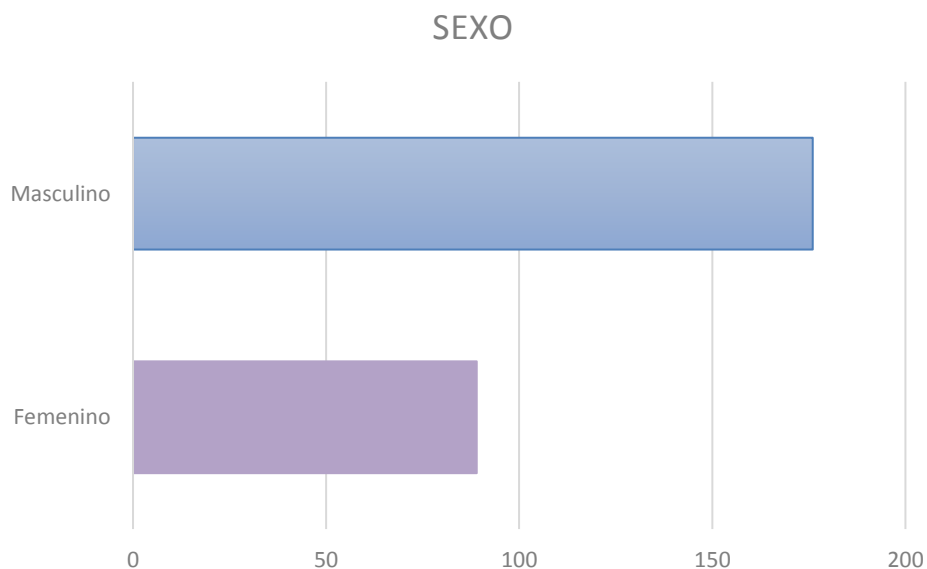
Consideran que no son sinónimos sedación paliativa, eutanasia y suicidio asistido en alto porcentaje (96.2%) . Así también no son los Cuidados Paliativos únicamente para los pacientes al final de la vida en 88.7% de los médicos encuestados y no aceleran la muerte responden 266 oncólogos. El 65% cuenta con el servicio de Cuidados Paliativos en el lugar que trabaja y el 84% de éstos envía a sus pacientes frecuentemente a Cuidados Paliativos.

Finalmente envían a sus pacientes a Cuidados Paliativos solo cuando no hay más tratamiento curativo que ofrecer en 34% (77).

TABLAS Y GRÁFICAS.

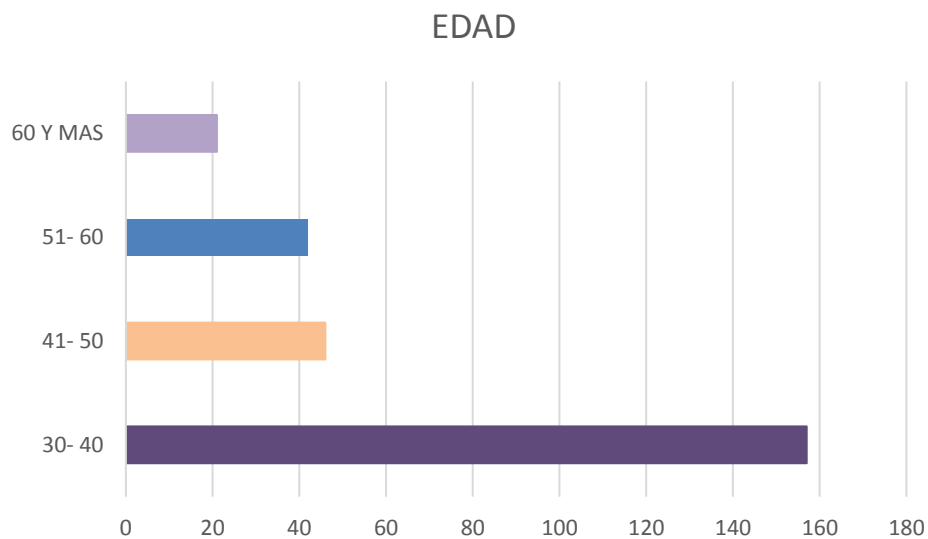
1. SEXO

Opciones de respuestas	Respuestas	
Femenino	33.58 %	89
Masculino	66.42 %	176
Total		265
Respondido : 265		Omitidos: 3



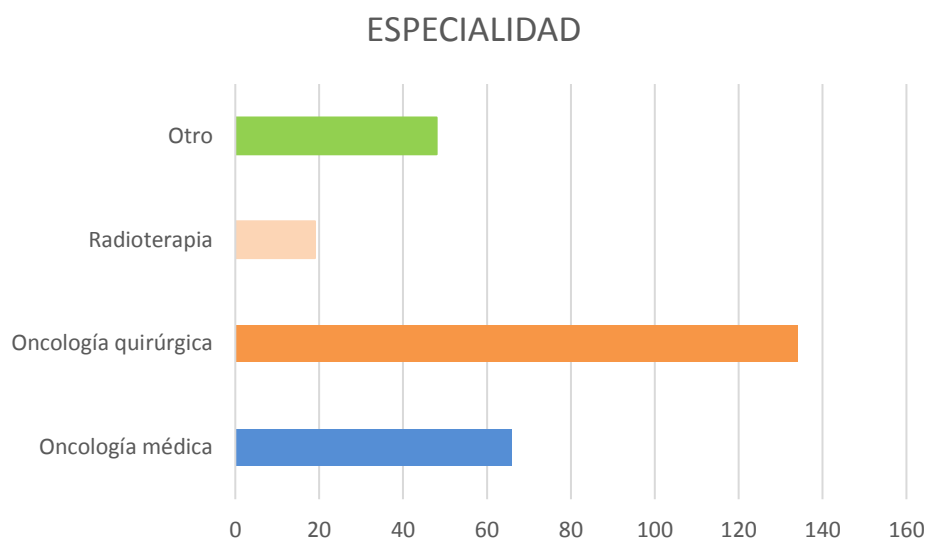
2. EDAD

Opciones de respuestas	Respuestas	
30-40	59.02 %	157
41- 50	17.29 %	46
51-60	15.79 %	42
60 y más	7.89 %	21
Total		266
Respondido : 266		Omitidos: 2



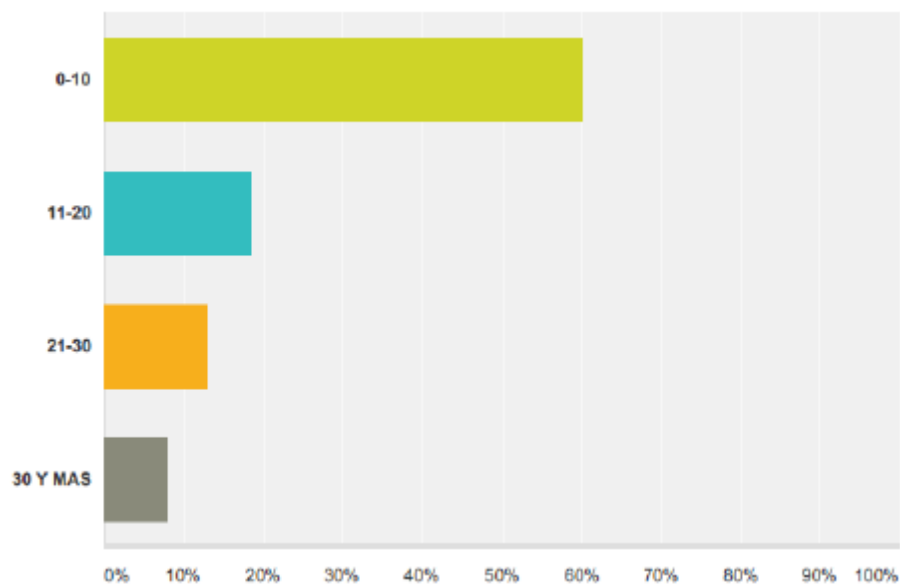
3. ESPECIALIDAD:

Opciones de respuestas	Respuestas	
Oncología médica	24.72 %	66
Oncología quirúrgica	50.19 %	134
Radioterapia	7.12 %	19
Hematología	0	0
Otro	17.98 %	48
Total		267
Respondido : 267		Omitidos: 1



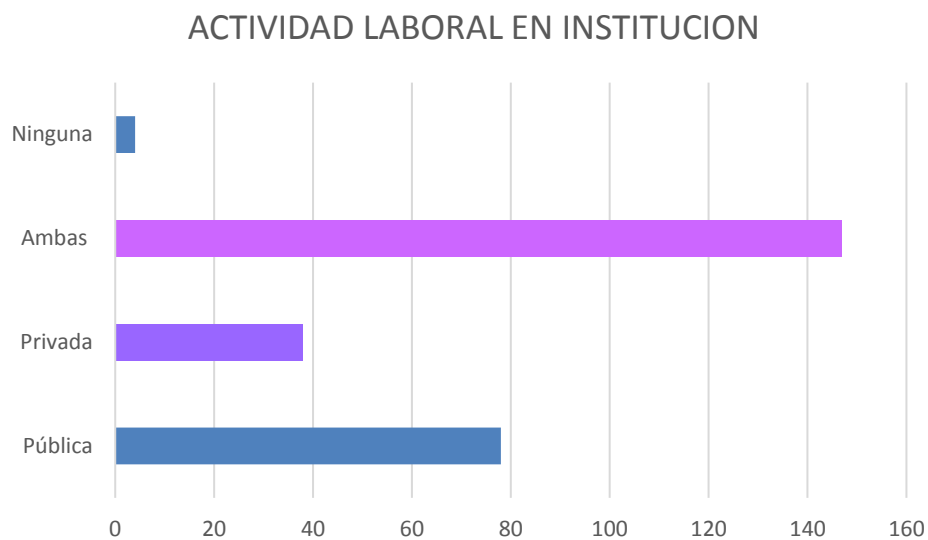
4. ANTIGÜEDAD LABORAL EN AÑOS:

Opciones de respuestas	Respuestas	
0 – 10	60.07 %	161
11 – 20	18.66 %	50
21 – 30	13.06 %	35
30 y más	8.21 %	22
Total		268
Respondido : 268		Omitidos: 0



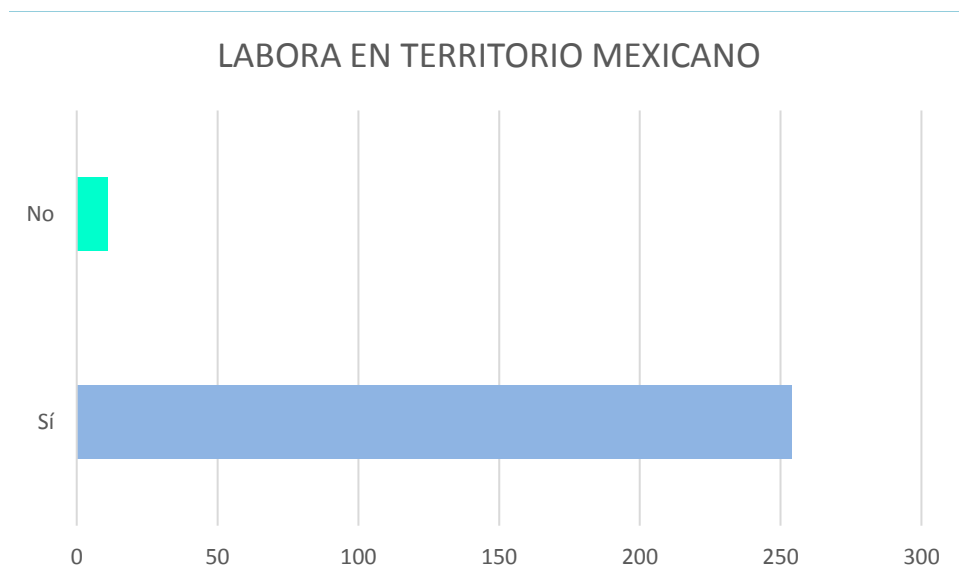
5. ACTIVIDAD LABORAL EN INSTITUCIÓN:

Opciones de respuestas	Respuestas	
Pública	29.21 %	78
Privada	14.23 %	38
Ambas	55.06 %	147
Ninguna	1.50 %	4
Total		267
Respondidos : 267		Omitidos: 1



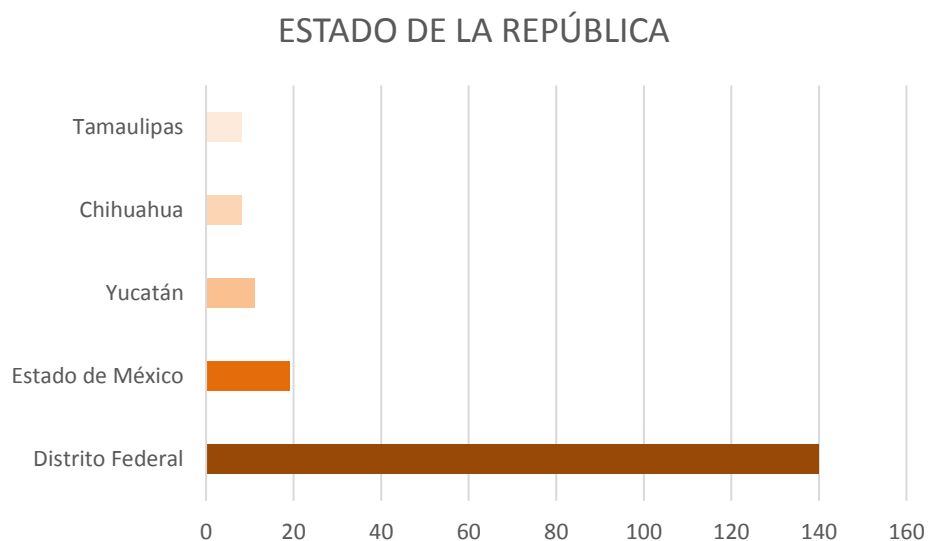
6. LABORA EN TERRITORIO MEXICANO

Opciones de respuestas	Respuestas	
Sí	95.85 %	254
No	4.15 %	11
Total		265
Respondidos : 265		Omitidos: 3



7. ESTADO DE LA REPÚBLICA:

Opciones de respuestas	Respuestas	
Distrito Federal	55.12 %	140
Estado de México	7.48 %	19
Yucatán	4.33 %	11
Chihuahua	3.15 %	8
Tamaulipas	3.15 %	8
Total		
	Respondidos : 254	Omitidos: 14



8. ¿SIEMPRE SE DEBE RESPETAR LA VIDA?

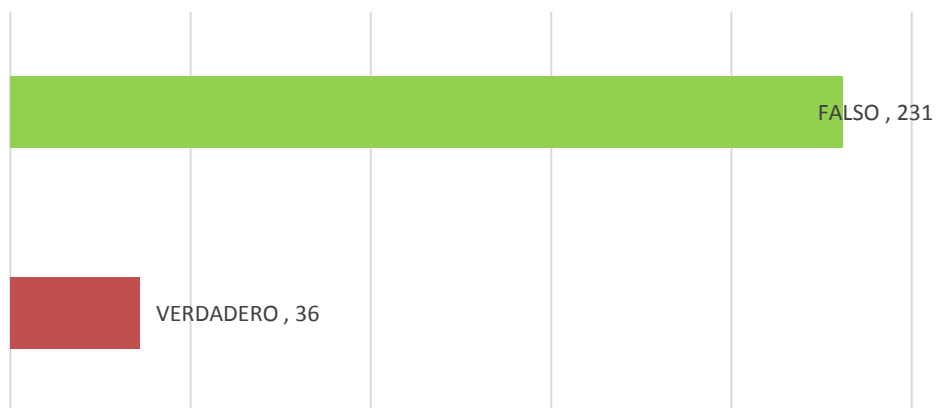
Opciones de respuestas	Respuestas	
Verdadero	95.51 %	255
Falso	4.49 %	12
Total		267
Respondidos : 267		Omitidos: 1



9. ¿CONSIDERA USTED QUE LA SEDACIÓN PALIATIVA ACORTA LA VIDA?

Opciones de respuestas	Respuestas	
Verdadero	13.48 %	36
Falso	86.52 %	231
Total		267
	Respondidos : 267	Omitidos: 1

¿CONSIDERA USTED QUE LA SEDACIÓN PALIATIVA ACORTA LA VIDA?



10. ¿CONSIDERA QUE LA SEDACIÓN PALIATIVA ES IGUAL A EUTANASIA?

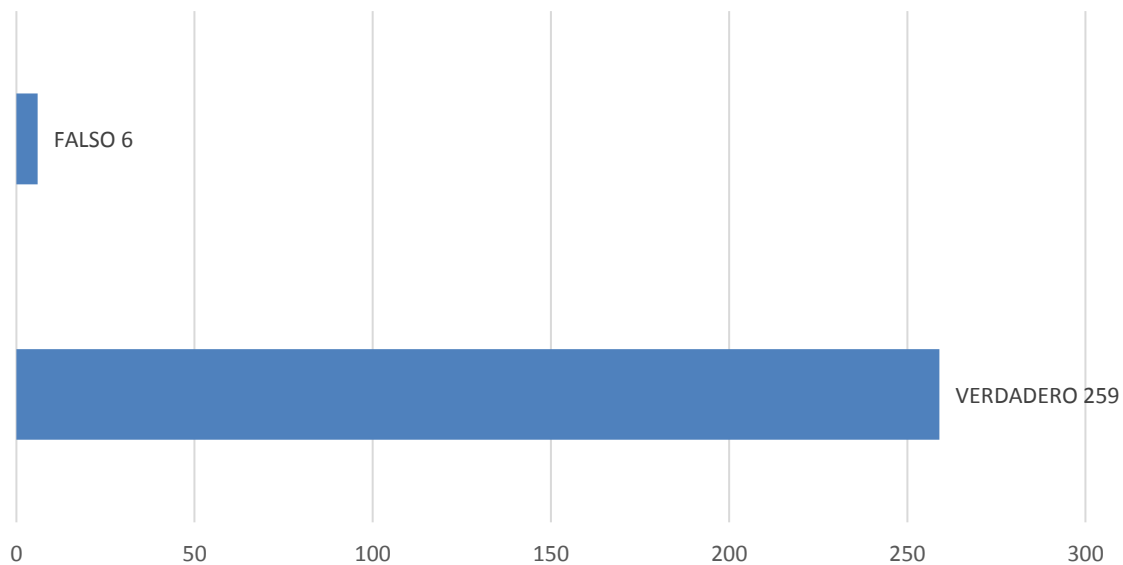
Opciones de respuestas	Respuestas	
Verdadero	5.68 %	15
Falso	94.32 %	249
Total		264
	Respondidos : 264	Omitidos: 4



11. ¿LA SEDACIÓN PALIATIVA DISMINUYE EL SUFRIMIENTO?

Opciones de respuestas	Respuestas	
Verdadero	97.74 %	259
Falso	2.26 %	6
Total		265
	Respondidos : 265	Omitidos: 3

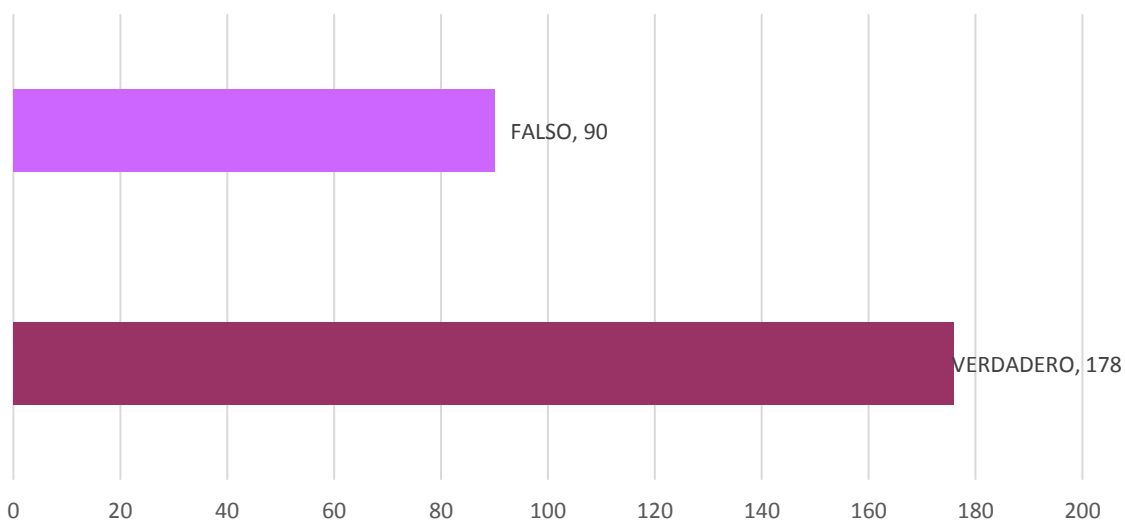
¿LA SEDACION PALIATIVA DISMINUYE EL SUFRIMIENTO?



12. ¿EL SUICIDIO ASISTIDO ES UN MEDIO PARA CAUSAR LA MUERTE AL PACIENTE?

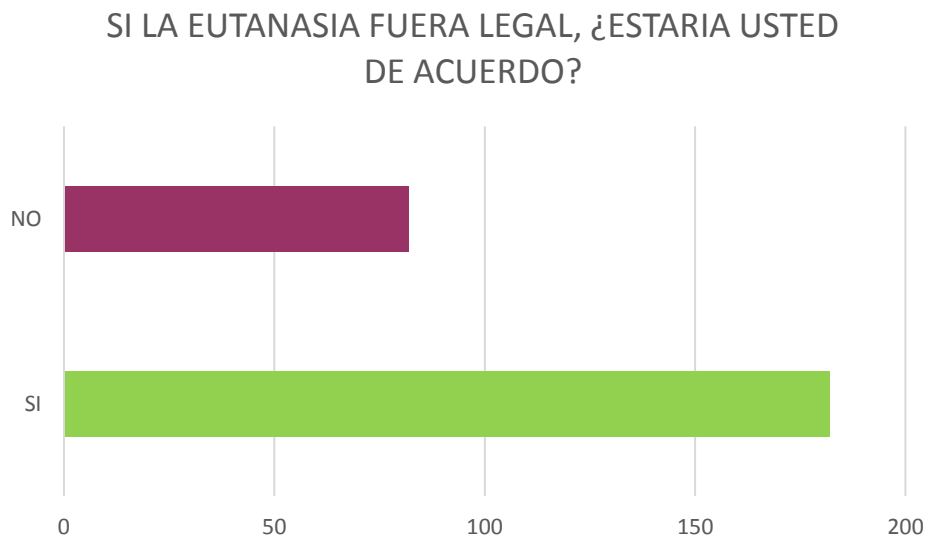
Opciones de respuestas	Respuestas	
Verdadero	66.17 %	178
Falso	33.83 %	90
Total		268
Respondidos : 268		Omitidos: 0

¿EL SUICIDIO ASISTIDO ES UN MEDIO PARA CAUSAR LA MUERTE AL PACIENTE?



13. SI LA EUTANASIA FUERA LEGAL, ¿ESTARÍA USTED DE ACUERDO?

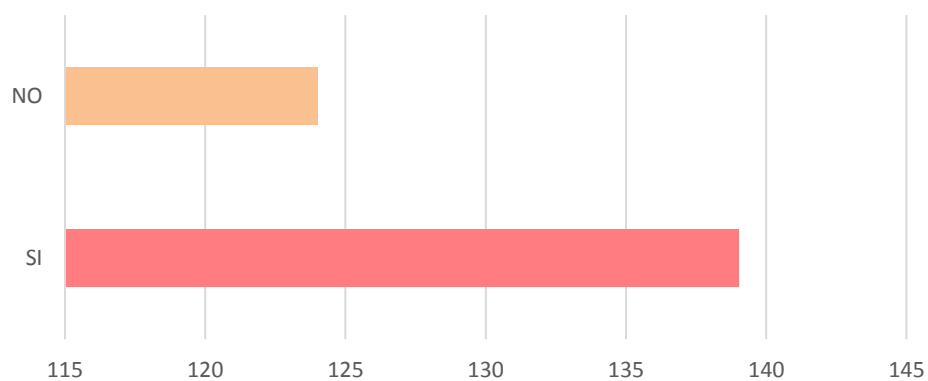
Opciones de respuestas	Respuestas	
Sí	68.94 %	182
No	31.06 %	82
Total		264
Respondidos : 264		Omitidos: 4



14. SI LA EUTANASIA FUERA LEGAL, LA SOLICITARÍA PARA TERMINAR CON EL SUFRIMIENTO DE SUS PACIENTES?

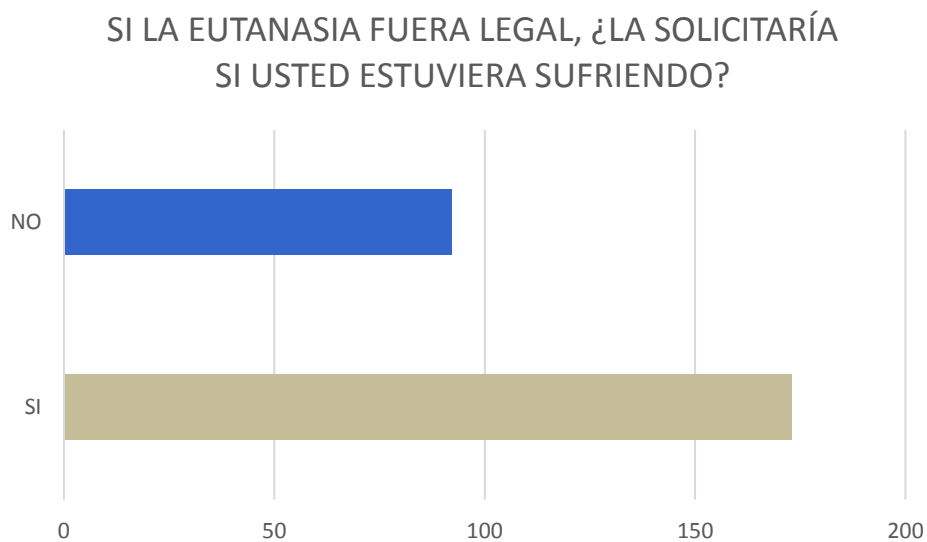
Opciones de respuestas	Respuestas	
Sí	52.85 %	139
No	47.15 %	124
Total		263
Respondidos : 263		Omitidos: 5

SI LA EUTANASIA FUERA LEGAL, ¿LA SOLICITARIA PARA TERMINAR CON EL SUFRIMIENTO DE SUS PACIENTES?



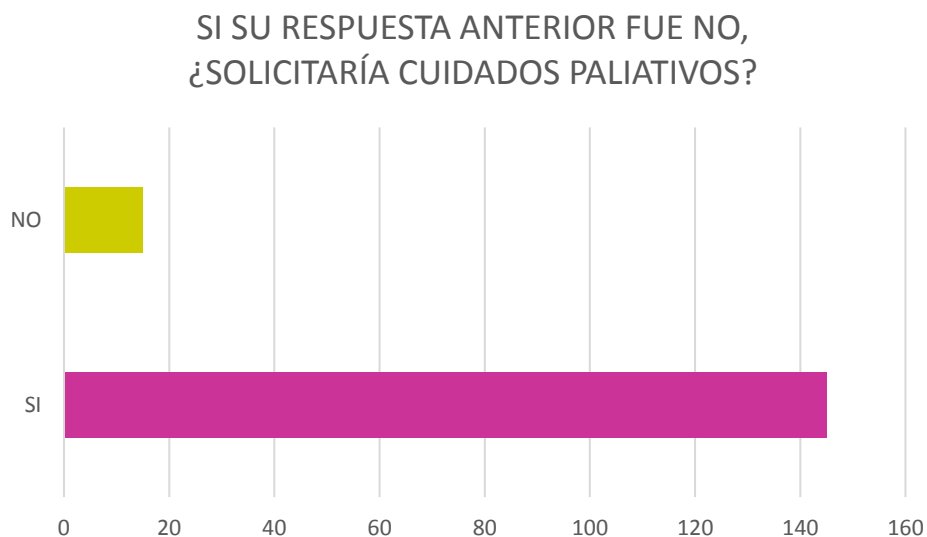
15. SI LA EUTANASIA FUERA LEGAL, ¿LA SOLICITARÍA SI USTED ESTUVIERA SUFRIENDO?

Opciones de respuestas	Respuestas	
Sí	65.28 %	173
No	34.72 %	92
Total		265
	Respondidos : 265	Omitidos: 3



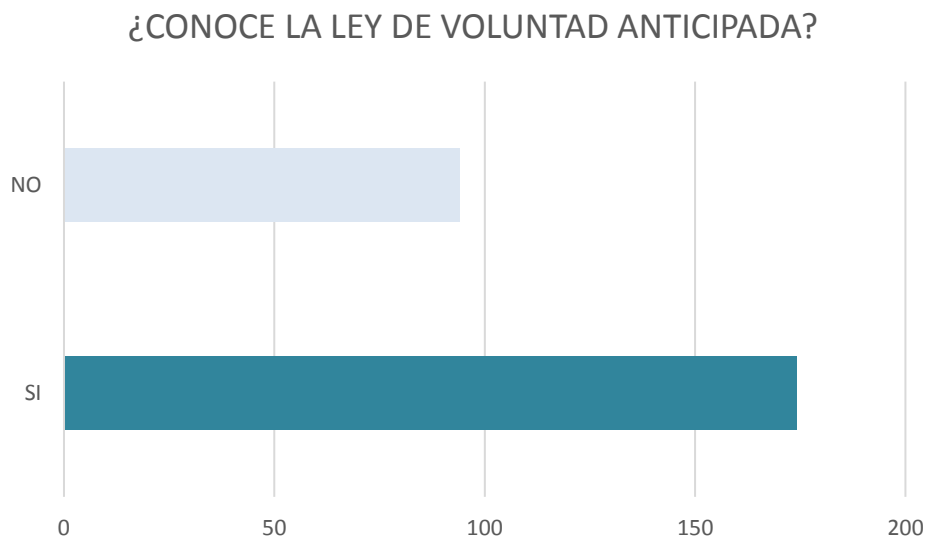
16. SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE NO, ¿SOLICITARÍA CUIDADOS PALIATIVOS?

Opciones de respuestas	Respuestas	
Sí	90.63 %	145
No	9.38 %	15
Total		160
Respondidos : 160		Omitidos: 108



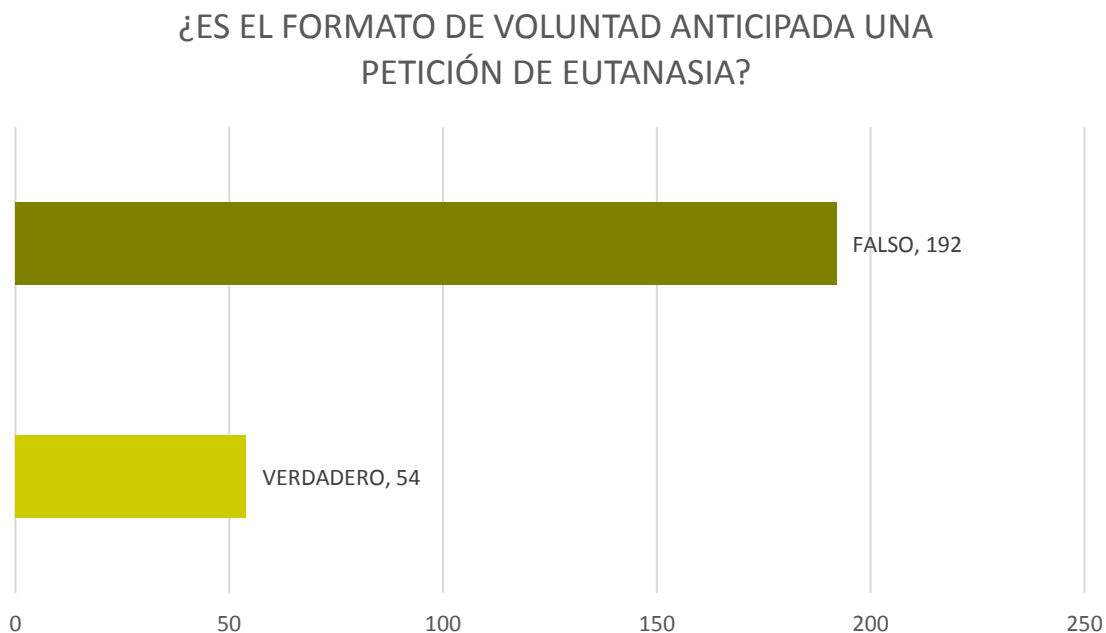
17. ¿CONOCE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA?

Opciones de respuestas	Respuestas	
Sí	64.93 %	174
No	35.07 %	94
Total		268
	Respondidos : 268	Omitidos: 0



18. ¿ES EL FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA UNA PETICIÓN DE EUTANASIA?

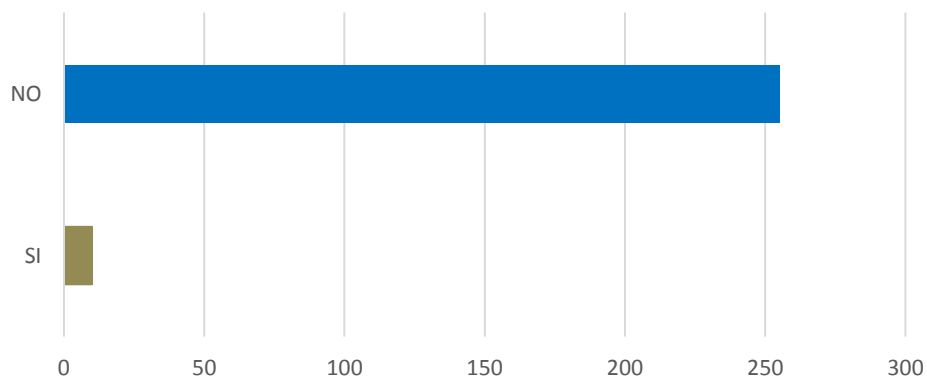
Opciones de respuestas	Respuestas	
Verdadero	21.95 %	54
Falso	78.05 %	192
Total		246
	Respondidos : 246	Omitidos: 22



19. ¿CONSIDERA USTED QUE SON SINÓNIMOS SEDACIÓN PALIATIVA, EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO?

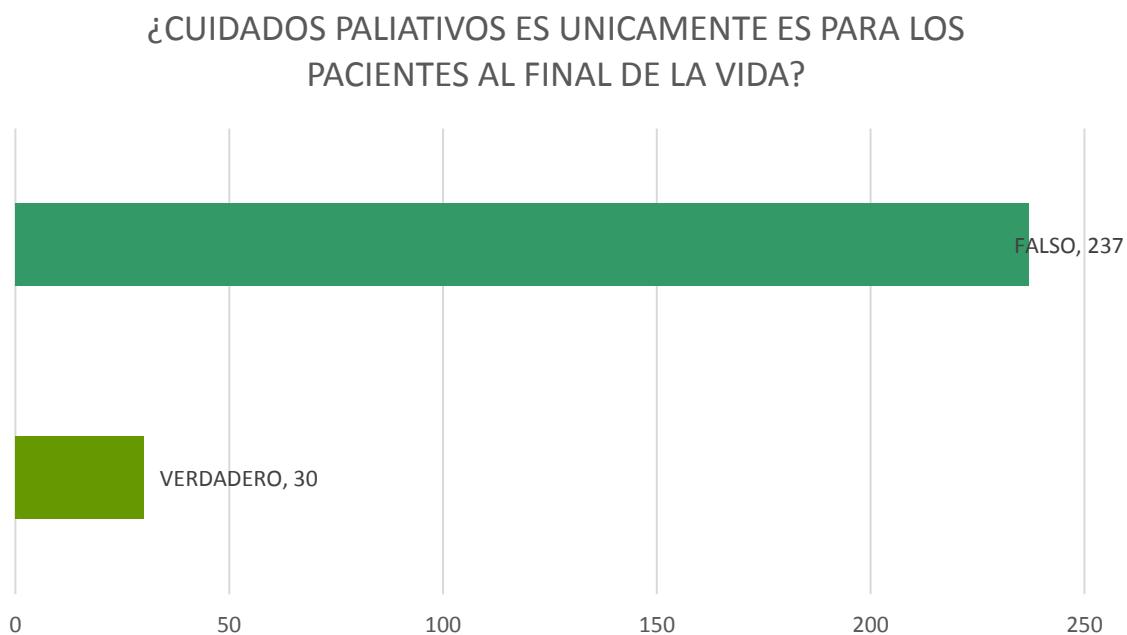
Opciones de respuestas	Respuestas	
Sí	3.77 %	10
No	96.23 %	255
Total		265
	Respondidos : 265	Omitidos: 3

¿CONSIDERA USTED QUE SON SINÓNIMOS
SEDACION PALIATIVA, EUTANASIA Y SUICIDIO
ASISTIDO?



20. ¿CUIDADOS PALIATIVOS ÚNICAMENTE ES PARA LOS PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA?

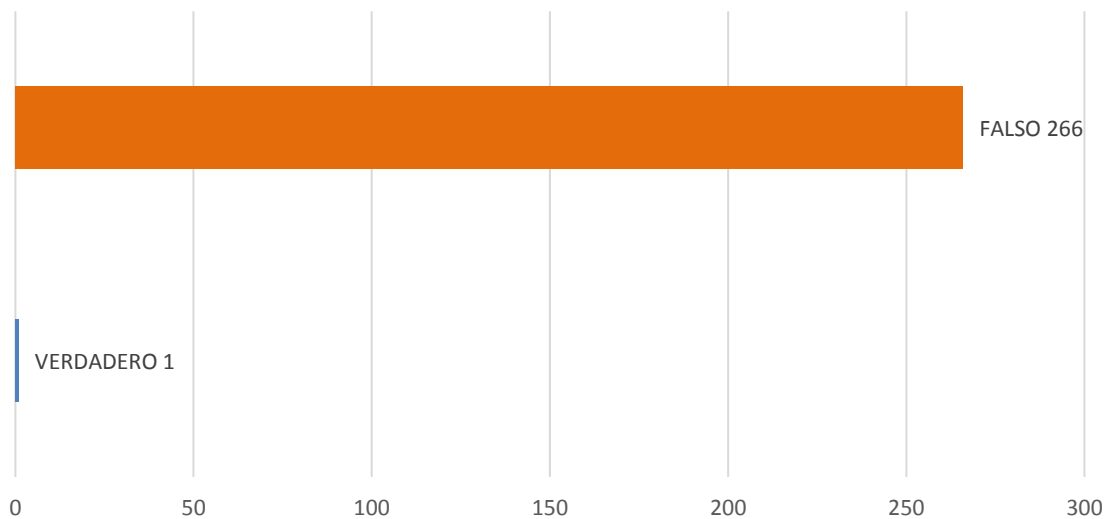
Opciones de respuestas	Respuestas	
Verdadero	11.24 %	30
Falso	88.78 %	237
Total		267
Respondidos : 267		Omitidos: 1



21. ¿LOS CUIDADOS PALIATIVOS ACELERAN LA MUERTE DE LOS PACIENTES?

Opciones de respuestas	Respuestas	
Verdadero	0.37 %	1
Falso	99.63 %	266
Total		267
Respondidos : 267		Omitidos: 1

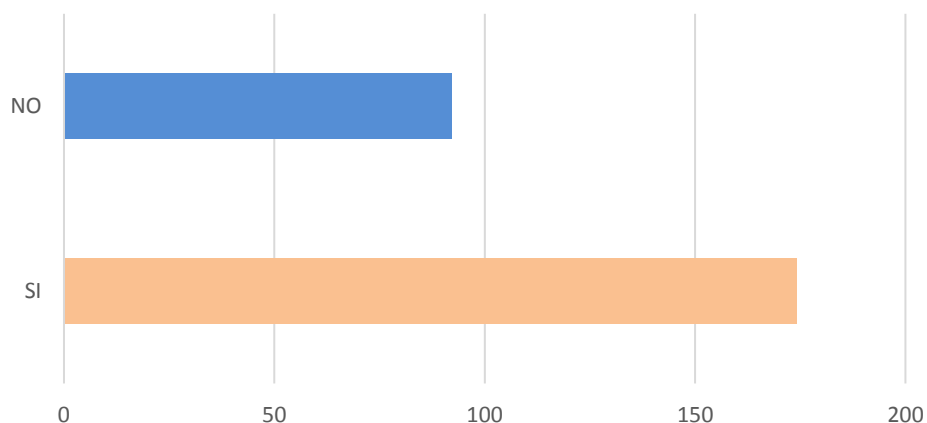
¿LOS CUIDADOS PALIATIVOS ACELERAN LA MUERTE DE LOS PACIENTES?



22. ¿EXISTE EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL LUGAR QUE TRABAJA?

Opciones de respuestas	Respuestas	
Sí	65.41 %	174
No	34.59 %	92
Total		266
	Respondidos : 266	Omitidos: 2

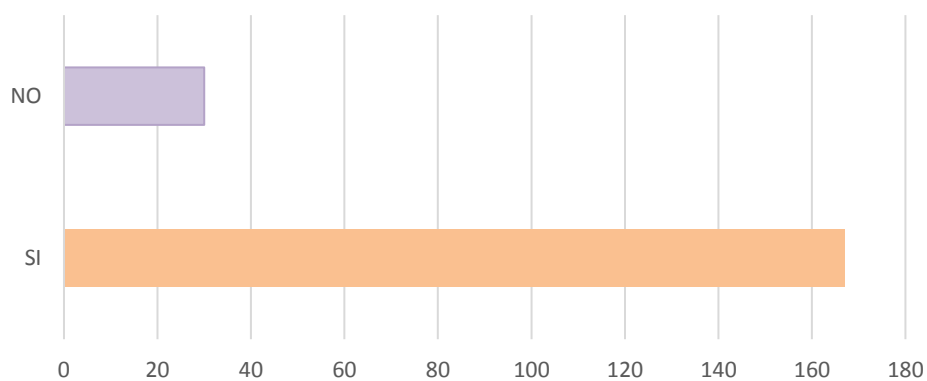
¿EXISTE EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL LUGAR QUE TRABAJA?



23. SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA ¿ENVÍA A SUS PACIENTES FRECUENTEMENTE A CUIDADOS PALIATIVOS?

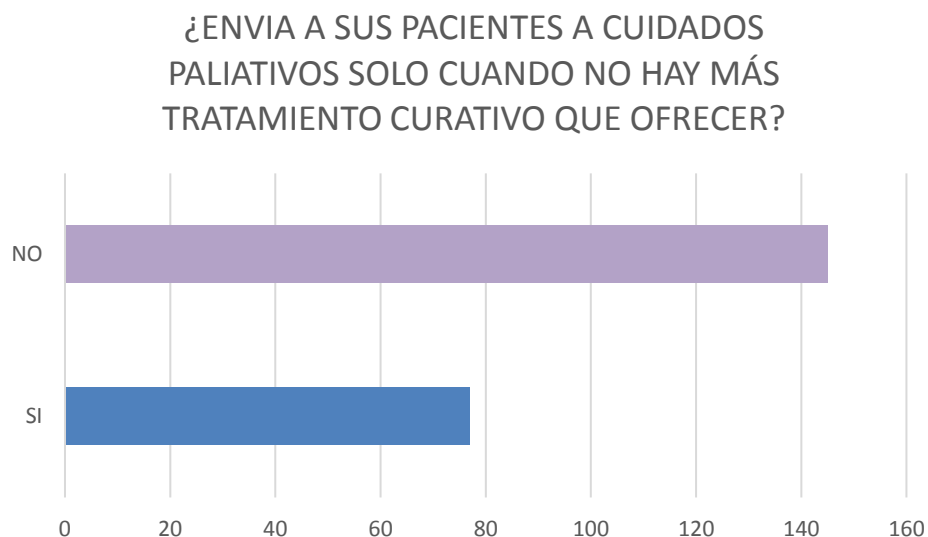
Opciones de respuestas	Respuestas	
Sí	84.77 %	167
No	15.23 %	30
Total		197
Respondidos : 197		Omitidos: 71

SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA ¿ENVIA A SUS
PACIENTES FRECUENTEMENTE A CUIDADOS
PALIATIVOS?



24. ¿ENVÍA A SUS PACIENTES A CUIDADOS PALIATIVOS SOLO CUANDO NO HAY MÁS TRATAMIENTO CURATIVO QUE OFRECER?

Opciones de respuestas	Respuestas	
Sí	34.68 %	77
No	65.32 %	145
Total		222
Respondidos : 222		Omitidos: 46



CAPITULO VII.

DISCUSIÓN

La hipótesis para ésta tesis fue formulada de la siguiente manera: “Para los médicos oncólogos mexicanos, la aplicación de sedación paliativa a pacientes terminales es mismo acto que eutanasia.”

A través de los resultados obtenidos se refuta ésta hipótesis, pues la mayoría de los oncólogos respondieron acertadamente a las definiciones diferenciales entre eutanasia y cuidados paliativos (que corresponde a la segunda y tercera pregunta) pues en un 94.3 % respondieron sin confusión que la sedación paliativa no era equivalente de eutanasia.

Con esta respuesta se alivia la preocupación de que altas dosis de opiáceos y sedantes podrían acortar la supervivencia del paciente y esto contribuir a la insuficiente resolución de los síntomas en los pacientes con cáncer terminal,. Como concluyó Morita y cols en 2001 ⁶¹ los opiáceos y sedantes utilizados para el control de los síntomas en los últimos días no están asociados al acortamiento de la supervivencia del paciente siendo estos medicamentos seguros y útiles para paliar graves dificultades en la etapa terminal de cáncer cuando se administra una dosis baja inicial y la titulación adecuada.

Las preguntas de investigación formuladas para ésta tesis fueron:

1. ¿Cuál es el concepto de sedación paliativa en médicos oncólogos mexicanos?
2. ¿La sedación paliativa para los oncólogos mexicanos es sinónimo de eutanasia?
3. ¿Los médicos oncólogos mexicanos están a favor de la eutanasia?

Sobre la pregunta número uno puede responderse que los oncólogos encuestados tienen un concepto acertado del uso y significado de la sedación paliativa, pues como se expresó anteriormente 94.3% respondió acertadamente que no acorta la vida ni equivale a eutanasia y que aunado a como se menciona en la pregunta cuatro, disminuye el

sufrimiento siendo respondido correctamente por los médicos en 97.7%, también señalan que el uso de sedación paliativa no acelera la muerte y esto fue afirmado por el 99.6% de los encuestados. (ítem 14)

La pregunta número dos de ésta tesis también se resolvió favorablemente, pues 94.3% respondieron a la pregunta número tres, mencionando que la sedación paliativa no era equivalente a eutanasia. Ésta respuesta nuevamente se encuentra de acuerdo con los autores Rusell y cols ⁸⁰ en donde se señala que la sedación paliativa, moral y legalmente es distinta a eutanasia. ^{45,47,48}

La pregunta número tres es muy importante para el manejo práctico de la enfermedad terminal y como se aprecia en los resultados de la encuesta también fue resuelta. Las respuestas muestran que el 53.8% de los médicos sí están a favor de la aplicación de la eutanasia, especialmente si se trata de solicitarla ellos mismos (65.28%) y es que, desde la perspectiva emocional ante el sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado puede en algunas personas suscitar el deseo de acelerar la muerte, incluso solicitud de eutanasia o suicidio asistido para acabar con el dolor de los pacientes. ^{84,85}

Con base a las respuestas obtenidas, en la población estudiada por nosotros, los médicos tienen el conocimiento para diferenciar cuidados paliativos de eutanasia, saben que la sedación elimina el sufrimiento, pero aún así el 52.8 % se encuentra a favor de la eutanasia. ¿Cómo podría explicarse ésta diferencia?

Por una parte el ítem 15 nos indica que no todos los médicos oncólogos tienen acceso a Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), aunque aparentemente el 65.4% de ellos cuentan con éste apoyo y 84.7% de ellos, de acuerdo a la penúltima pregunta, envía a sus pacientes a las UCP y aunque no señalan la efectividad de las mismas, puede suponerse que no son excelentes, pues 52.8% de los médicos persisten en la idea eutanásica. Por otra parte, es posible también, aunque sin afirmar categóricamente, que un porcentaje importante de médicos aprueban la eutanasia, aunque existen los medios para disminuir el dolor y sufrimiento de sus pacientes. El estudio actual, en base a los

items propuestos no es susceptible de realizar el análisis de éstas diferencias de criterio. Siendo que la respuesta a favor de la eutanasia coincide con otros estudios, la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) ha emitido una recomendación provisional para incluir los cuidados paliativos tempranamente en el manejo oncológico.^{87,88}

Tomando en cuenta que la encuesta no pudo diferenciar adecuadamente si aquellos que no tenían Unidades de Cuidados Paliativos fueron quienes se pronunciaron a favor de la eutanasia o fueron quienes si tenían éste apoyo, es importante que la determinación de argumentos pudiera ser estudiado adecuadamente en otro proyecto.

Otro punto importante a considerar, como tercera reflexión, es el hecho de que vivimos en una sociedad plural, la cultura actual tiende a evitar el sufrimiento a cualquier costo y considera que solamente la vida plena es digna de vivirse, aunque para ello se infrinjan reglas éticas, morales y legales. La sociedad actual es en gran medida edonista, liberal y pragmática y por ello se comprende que existan diferentes valores sociales, aunque desde la perspectiva Deontológica, en la profesión médica, todos los Códigos, antiguos como el Hipocrático o moderno como el de Ginebra, señalan que la práctica médica ética está en contra de la eutanasia.

Una última reflexión para explicar estas cifras podría ser la consideración de que la encuesta fue respondida en la mayoría por el gremio de cirujanos oncólogos y debido a que en la práctica, ellos no son los médicos tratantes principales en etapas finales de los pacientes, es posible que no estén muy familiarizados con los resultados obtenidos en las Unidades de Cuidados Paliativos, aunque para asegurar esto se requerirían de preguntas que vincularan éstos dos conceptos y queda como tema de estudio para una nueva investigación.

Una pauta interesante encontrada en los resultados es que debido a que en México la eutanasia es un delito, los médicos no la aplican; los ítems 6, 7 y 8 señalan que si fuera legal, algunos aplicarían la eutanasia, lo que infiere que los médicos siguen la Ley y por

tanto, ésta debe apoyar la ética médica y dar facilidades al ejercicio de Cuidados Paliativos de calidad, asíevitar que los médicos se encuentren en el dilema de cómo ayudar a sus pacientes a no sufrir. .

Por lo que respecta a México, en concreto la Ciudad de México, se cuenta con la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal y su Reglamento¹⁴, la cual es conocida por los oncólogos en 64.93% de acuerdo al ítem número diez, "estableciéndose en la primera, en su artículo 3.V, que el Documento de 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. " Éste requisito jurídico es llevado a cabo dentro de la unidad institucional con el nombre de Formato de Voluntad Anticipada, la cual para los médicos oncólogos no es una petición de eutanasia en el 78% de ellos según lo señala el ítem once.

Como se mencionó anteriormente una limitante de este proyecto consistió en que no fue posible conocer las diferencias de las respuestas entre los oncólogos de las diversas partes de la República. Sí se aprecia que el 55.1% de los oncólogos se concentran en la Ciudad de México, pero no se pudo correlacionar el tipo de respuestas con el lugar en que ejercía cada uno de ellos.

CAPITULO VIII.

CONCLUSIONES:

A través de esta investigación sobre conceptos de sedación paliativa en oncólogos mexicanos, puede concluirse que esta población se encuentra adecuadamente informada respecto a de que no son sinónimos los términos: eutanasia, suicidio asistido y sedación paliativa así como sobre la importancia, uso y práctica de ésta última. Es una población heterogénea en valores, solamente el 65% de ellos cuenta con Unidades de Cuidados Paliativos, sin precisar su calidad y un 68.9% de ellos se pronuncia a favor de la aplicación de la eutanasia.

La bibliografía mundial señala que cuando existen Unidades de Cuidados Paliativos de calidad, los pacientes al final de la vida disminuyen en forma significativa la petición de suicidio médico asistido o eutanasia.

Considero que la solución al sufrimiento final de los pacientes, no radica en la legalización del suicidio asistido sino en lograr buenos Cuidados Paliativos y agotar todas las otras formas de protección social. Es imperativo generar información y entrenamiento en Cuidados Paliativos en los médicos para mejorar el control de síntomas de los pacientes ya que el pragmatismo y tecnicismo actual ponen en riesgo la toma decisiones de manera inmediata, presentando confusión al paciente y su médico tratante, confundiendo la eutanasia con una muerte digna.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Health topics. Cancer. [Internet]. [updated 2017 Apr 18; cited 2016 dic 19]. Available from: <http://www.who.int/cancer/en/> .
2. Stricker T, Kumar V. Neoplasias. En: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Patología estructural y funcional. 8ª Ed. España. Elsevier, 2010
3. Bonilla D; Lecuona M. Carcinogenesis. In . Leucona M; Guerrero A; Leyva L; (eds). Medicina general, diagnóstico en oncología. Primera edición. Ciudad de México: Elsevier, 2015: 5-21
4. Hanahan D, Weinberg RA. The hallmarks of cancer. Cell. 2000. Jan 7; 100(1): 57-70.
5. Mohar Alejandro, Bargalló Enrique, Ramírez Ma. Teresa, Lara Fernando, Beltrán-Ortega Arturo. Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. Salud Pública Mex 2009 (51) : S263-S269
6. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 18/Abril/2017.
7. Stewart BW, KleihuesP, (2014) World cancer report Recuperado de: <https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2003/WorldCancerReport.pdf>
8. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016 Oct; 388 (10053):1659-1724 consultado el 03 marzo 2017
9. The double burden of disease in developing countries: The Mexican experience. In: chernichovsky D, Hanson K (ed.) Innovations in Health System Finance in

- Developing and Transitional Economies (Advances in Health Economics and Health Services research, Volume 21). Emerald Group Publishing Limited; 2009. p. 3-22.
10. Organisation for Economic Co-operation and Development. . OECD Health Statistics 2016. [Internet]. [updated 2016; cited 2017 ene 18]. Recuperado de: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
 11. OECD HCQI and Health Data 2009 HCQI Cancer Care <http://>
 12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Registros administrativos. Mortalidad [Internet]. [updated 2012; citado 2017 marzo 18]. Recuperado en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/>
 13. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization, 1 Geneva, 1990 (WHO Technical Report Series, No. 804). Printed in Switzerland.
 14. Addington-Hall J, McCarthy M. Dying from cancer: results of a national population-based investigation. Pall Medicine, 1995, 9:295–305.
 15. van den Breuken-van Everdingen MH, . Hochttenbach LM, . Joosten EA, . Tjan-Heijnen VC et al. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage 2016; 51(6): 1070- 1090.e9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340
 16. Jacobsen R, Moldrup C, Christrup L, Sjogren P: Patient-related barriers to cancer pain management a systematic exploratory review. Scand J. Caring Sci 2009, 23 (1): 190-208
 17. Human Rights Watch, “Unbearable Pain: India’s Obligation to Ensure Palliative Care”. [Internet]. [updated Oct 28, 2009; cited July 13, 2012]. Recuperado de <https://www.hrw.org/report/2009/10/28/unbearable-pain/indias-obligation-ensure-palliative-care>
 18. Viv Lucas. The Death of Ivan Ilych and the concept of ‘Total pain’. Clinical Medicine 2012 vol 12, No 6; 601 – 602.
 19. Leon Tolstoli. *La muerte de Iván Ilich*. Ed. Fontamara. 2ª ed 2008. México. p. 69.

20. Yasmin Gunaratam. Learning to be affected: social suffering and total pain at life's borders. *The Sociological Review*. 2012 pp 108 – 123.
21. Saunders, C. M. Baines M., *Living with Dying. The management of the terminal disease*. Londres. Oxford. Oxford University Press. 1983; 12-13
22. Astudillo W, Mendinueta C y Orbegozo A. Retos y posibilidades de los Cuidados Paliativos. In: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E. *Cuidados del Enfermo en el Final de la Vida y atención a su familia*. 5a Ed. Eunsa 2008 Pamplona. p. 49-59.
23. Espinar C V. Los Cuidados Paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuad Bioét* XXIII, 2012; 23 (77): 169-76
24. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, U.S: Cancer Pain Relief Committee, Nueva York. 2002;24(2):92. Disponible en: <http://www.hpca.co.za/pdf/publications/Sepulveda.pdf>. Consultado el 21 de septiembre de 2013.
25. Sanchez Barroso J. A.. In: Sanchez Barroso J. A. *Voluntad Anticipada* 1ª ed. Porrúa 2012 México.
26. Astudillo, W., Mendinueta, C., Orbegozo A. Presente y futuro de los Cuidados Paliativos, In: Astrudillo W, Morales E, Clavé A, Carbacos y E. Urdaneta (ed) *Avances recientes en Cuidados Paliativos*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián , 2002, 15-46.
27. Doyle, D., Hanks., Cherny, N., Calman, K., Introduction, In: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, K. Calman K. (ed.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, Third Ed. 2005, 1-4
- 28 . Proyecto de Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, 2006
- 29 . Hui D., Mori M, Parsons H, et al. The lack of standard definitions in the supportive and palliative oncology literature. *J. Pain Symptom Manage* 2012; 43:582-59

- 30 Facultades de Medicina, Ciencias y Farmacia. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. [Internet]. [updated 2002 Abril 24; cited 2016 dic 19]. Available from: <http://www.unav.es/cdb/secpal4.html>
- 31 Organización Médica Colegial de España. Atención médica al final de la vida. Conceptos. [Internet]. [updated 2002, cited 15 oct 2010] Disponible en: www.cgcom.org
- 32 Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y et al. Family Experience with Palliative Sedation Therapy for Terminally Ill Cancer Patients. J. Pain Symptom Management 2004; 28(6): 557-565
- 33 Pastrana T, Torres-Vigil I, De Lima L. Palliative care development in Latin America: An analysis using macro indicators. Palliat Med. 2014 Dec; 28(10): 1231–1238.
- 34 Christopher A Klingler, Doris Howell, David Zakus, Raisa Deber. Barriers and facilitators to care for the terminally ill: A cross-country case comparison study of Canada, England, Germany, and the United States. Palliative Medicine 2014, vol 28 (2): 111-120. doi: 10.1177/026921631349342
- 35 .Morita T, et al. Palliative Sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. Journal of pain and symptom management 2004; 28: 445-450.
- 36 Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishitateno K et al. Ethical Validity of Palliative Sedation Therapy: A multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. J. Pain Symptom Manage 2005; 30(4): 308- 319.
- 37 Sanjo M, Miyashita M, Morita T, Hirai , Kawa M, Akechi T, Uchitomi Y.I. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. Annals of Oncology 2007; 18 (9): 1539–1547
- 38 Lara SA. Sedación en el paciente terminal. Revista Mexicana de Anestesiología, 2006; 29 (1): S148-S150.
- 39 Cherny, NI. (2008) Palliative sedation for the relief of refractory physical symptoms. Progress Palliative Care, 16 (1) : 51-62

- 40 Marco Maltoni, Emanuela Scarpi, Marta Rosati, Stefania Dorni, Laura Fabbri et al. Palliative Sedation in End of-Life Care and Survival: A Systematic Review. *J. Clin Oncol* (2012) 30: 1378-1383
- 41 Hui D, dos Santos R, Chisholm G, Bruera E. B Symptom Expression in the Last Seven Days of Life Among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units. *J. Pain Symptom Manage* 2015; 50 (4): 488-94. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.09.003
- 42 Freeborne N, Lynn J, Desbiens NA. Insights about dying from the SUPPORTt Project. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments *J Am Geriatr Soc* 2000; 48 (5 Suppl): S199-205
- 43 Allende-Pérez, Silvia, Verástegui-Avilés E. La Medicina Paliativa y el paciente con cáncer. *Gac Mex Oncol*. 2015;12(4):211–2.)
- 44 Polanski J. , Jankowska-Polanska B. Rosinczuk J, Chabowski M et al. Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets Ther*. 2016; 29(9):1023–8. doi: 10.2147/OTT.S100685
- 45 Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Kizawa Y et al. Family Experience with Palliative Sedation Therapy for Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain Management* 2004; 28: 557-565
- 46 Olsen M, Swetz K, Mueller P. Ethical decision making with end of life care: Palliative sedation and withholding of withdrawing life-sustaining treatments: *Mayo Clin Proc* 2010; 10: 949-954
- 47 Ten Have H, Welie JV. Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47(1): 123- 136. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.03.008
- 48 Taboada PR. Sedacion paliativa (Parte I). Controversias sobre términos, definiciones y aplicaciones clínicas. *Acta Bioethica* 2012; 18 (2): 155-162 .
- 49 Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J. Palliat Care* 1994; 10(2): 31-38 .

- 50 Cherny N, Radbruch L. The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med.* 2009; 23 (7): 581-593.
- 51 Cherny NI on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical practice guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol.* 2014; 25 (suppl 3): iii143-11152.
- 52 Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, et al. Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada. *J Palliat Med.* 2012; 15(8): 870-879 doi: 10.1089/jpm.2011.0498
- 53 David Hui , Zohra Nooruddin , Neha Didwaniya , Rony Dev , Maxine De La Cruz , Sun Hyun Kim , Jung Hye Kwon , Ronald Hutchins , Christiana Liem , y Eduardo Bruera , Concepts and Definitions for “Actively Dying,” “End of Life,” “Terminally Ill,” “Terminal Care,” and “Transition of Care”: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47(1): 77-89 .
- 54 Astudillo W, Mendinueta C. Principios básicos para el control del dolor total. *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 1998; 6:29-40
- 55 Molina J. La sedación paliativa ante síntomas refratarios. *Revision bibliográfica* 2008
- 56 Morita T. Palliative Sedation to Relieve Psycho-Existential Suffering of Terminally Ill Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28 (5): 445-450
- 57 Redondo R. B., Chacon R. Mr, Grau AJ et al. Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico terminal. *Rev Cubana Oncol* 1998; 14 (2): 83-6
- 58 Azulay Tapiero A. La doctrina del doble efecto y la eutanasia activa en la práctica de los cuidados paliativos. *Med. Pal* 2011; 8; 113-115
- 59 Adame Gayosso Ma. de los Angeles. Algunas consideraciones bioéticas sobre los cuidados paliativos. *Gaceta CONBIOETICA* 2014; 14: 24-26. Delgado G. La universidad médica y los problemas bioéticos actuales. La educación e investigación en bioética. *Apuntes para una historia de la enseñanza de la ética en Cuba. Cuadernos de Historia de la Salud Pública.* [Septiembre 2007].

- 60 D. Gracia. Etica médica. In: Libro Medicina Interna. Farreras Rozman, 13 ed.
- 61 Morita T, Tsunoda J, Inoue S Chihara s. Effects of High Dose Opioids and Sedatives on Survival in Terminally Ill Cancer Patients. J. Pain Symptom Manage 2001; 21(4): 282-9 .
- 62 Marco Maltoni, Elisabetta Setola. Palliative Sedation in Patients with Cancer. Cancer Control 2015; 22: (4): 433-441
- 63 Davis AJ. Brompton's cocktail: making goodbyes posible. Am J Nurs 1978; 78: 610-612
- 64 Manzini J. Palliative sedation : Ethical Perspective from Latin American in comparision with European recommendations 2011
- 65 Royes A. La eutanasia y el suicidio medicamente asistido 2008
- 66 Casas, María de la Luz; Pichardo, Luz María; Manzano, María del Carmen; Torres, Julio C.; Gómez, José; (2007). Encuesta piloto comparativa de opinión de médicos, enfermeras y estudiantes de medicina sobre el suicidio asistido en un hospital privado del distrito federal. *Persona y Bioética*, julio-diciembre, 186-195. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83202908>
- 67 Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckert B and Palsed Consortium. Palliative sedation, not slow euthanasia: A prospective, longitudinal study of sedation in Flemish Palliative Care Units. J Pain Symptom Manage, 2011; 41(1): 14-24. Doi: 10.1016/j.painsymman.2010.04.019.
- 68 Vitetta L, Kenner D, Sali A. Sedation and analgesia-prescribing patterns in terminally ill patients at the end of life. Am J Hosp Paliat Care, 2005; 22(6): 465-473.
- 69 Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. Arch Intern Med, 2003; 163: 341- 344.
- 70 Emanuel E, Fairclough D, Clarridge B, Bluum D, Bruera E, Penley W et al. Attitudes and Practices of U.S. Oncologist regarding euthanasia and physician-assisted suicide. Ann Intern Med 2000; 133(7): 527-32.

- 71 Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N., Calman, K., Introduction, In: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, K. Calman K. (ed.), Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press, Third Ed. 2005, 1-4
- 72 Gómez Rubí J., Conflictos al final de la vida, en: *Ética en Medicina Crítica*, Triacastela, 2002, San Sebastián, 225-266
- 73 Thorns A, Sykes N. Opioid use in the last week of life and implications for end of life decision making. Abstract 6 th Congress EAPC, Septiembre 1999, Ginebra (Suiza). Abstract book. Ginebra: EAPC Onlus, 3
- 74 Stiefel, FI, What, Whay and How. Time-consuming but inevitable questions in ethical decisions making, *Support Care Cancer*, 2001, 9:329
- 75 Astudillo, W., Mendinueta, C., Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad, en: W. Astudillo, E. Clavé y E. Urdaneta (eds.), *Necesidades Psicosociales en la terminalidad*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián, 2001, 18-41.
- 76 Hallenbeck J. Terminal sedation for intractable distress. Not slow euthanasia but a prompt response to suffering. *Ed. West J Med* 1999; 171 (4): 222-223.
- 77 Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassieth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care*, 1990; 6: 7-11.
- 78 Claessens P, Menten J, Schotsmans P et al. Palliative sedation, not slow euthanasia: A prospective, longitudinal study of sedation in Flemish Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage*, 2010; 41(1).
- 79 Rietjens J, Van Zuylen L, Van Veluw H, Van der Wijk L, van de Heide A, van der Rijt. . Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Management*, 2008; 36(3): 228-234. . doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.10.014
- 80 Russell JA, Williams MA, Drohan O. Sedation for the imminently dying. Survey results from the AAN Ethics Section. *Neurology* 2010; 74 (16): 1303-1309
doi: <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181d9edcb>

- 81 Human Rights Watch. Estado Global del tratamiento del Dolor. El acceso a cuidados paliativos como derecho humano. 2011: 89
- 82 Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. Diario Oficial de la Federación 09/12/2014
- 83 Sanchez Barroso J.A. Regulación Jurídica de la Voluntad Anticipada. In: Sanchez Barroso. Voluntad Anticipada. p. 236-237.
- 84 Breibart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, Nelson CJ, Brescia R . Depression, Hopelessness and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. JAMA. 2000; 284(22):2907- 11. doi:10.1001/jama.284.22.2907
- 85 Kelly B, Burnett P, Pelusi D, Badger S, et al. Terminally ill cancer patients' wish to hasten death . Palliat Med. 2002; 16(4): 339-45. doi: 10.1191 / 0269216302pm538oa.
- 86 Pastrana T, Torres-Vigil I, De Lima L. Palliative care development in Latin America: An analysis using macro indicators. Palliat Med. 2014; 28(10): 1231–8. doi: 10.1177/0269216314538893
- 87 Smith TJ, Temin S, . Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care in to Standard Oncology Care. J Clin Oncol 2012. 30 (8) :880-887 doi: 10.1200/JCO.2011.38.5161.
- 88 Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. Ann Palliat Med 2015;4(3):89-98. doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2015.04.01

ANEXO 1: ENCUESTA

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, MEXICO Maestría en Bioética

Le pedimos dedique unos minutos para contestar la presente encuesta con la seguridad que los datos que proporcione serán confidenciales y permanecerán en anonimato. Marque con "X" en el sitio que corresponda su respuesta.
Gracias

Sexo : Femenino
Masculino

Edad: 30- 40
41- 50
51- 60
60 y más

Especialidad Oncológica : Oncología Médica
Oncología Quirúrgica
Radioterapia
Hematología
Otra

Antigüedad laboral en años: 0-10
11-20
21-30
30 y más

Su actividad laboral es en institución: Publica
Privado
Ambas
Ninguna

Labora en territorio mexicano: Sí
No

Estado de la República _____

1	¿La vida se debe respetar siempre? () Verdadero () Falso
2	¿Considera usted que la sedación paliativa acorta la vida? () Verdadero () Falso
3	¿Considera que la sedación paliativa es igual a eutanasia? () Verdadero () Falso
4	¿La sedación paliativa disminuye el sufrimiento? () Verdadero () Falso
5	¿El suicidio asistido es un medio para causar la muerte al paciente? () Verdadero () Falso
6	Si la eutanasia fuera legal, ¿estaría usted de acuerdo? () Sí () No
7	Si la eutanasia fuera legal, ¿usted la solicitaría para terminar con el sufrimiento de sus pacientes? () Sí () No
8	Si la eutanasia fuera legal, ¿usted la solicitaría si estuviera sufriendo? () Sí () No
9	Si su respuesta anterior fue No, ¿solicitaría cuidados paliativos? () Sí () No
10	¿Conoce la Ley de Voluntad Anticipada? () Sí () No
11	¿Es el formato de Voluntad Anticipada una petición de eutanasia? () Verdadero () Falso
12	Considera usted que son sinónimos : sedación paliativa, eutanasia y suicidio asistido? () Sí () No
13	¿Cuidados paliativos únicamente es para los pacientes al final de la vida? () Verdadero () Falso

14	¿Los cuidados paliativos aceleran la muerte? () Verdadero () Falso
15	Existe el servicio de Cuidados Paliativos en el lugar que trabaja? () Sí () No
16	Si su respuesta fue afirmativa, conteste las siguientes preguntas. ¿envía a sus pacientes frecuentemente a Cuidados Paliativos? () Sí () No
17	¿Envía a sus pacientes a Cuidados Paliativos sólo cuando no hay más tratamiento curativo que ofrecer? () Sí () No

ANEXO 2. INSTRUMENTO PARA LOS EXPERTOS

Dr (a) : ----- (CADA UNO DE LOS EXPERTOS)

La que suscribe Edith Artemisa Monreal Carrillo, alumna de la maestría en Bioética, se encuentro realizando el proyecto de Tesis para obtener el grado de Maestría en la Universidad Panamericana con el tema CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS MEDICOS ONCOLOGOS MEXICANOS ANTE LA SEDACION PALIATIVA, cuyo tutoría se encuentra a cargo de la Dra. Ma. de la Luz Casas, jefe del departamento de Bioética de la Universidad Panamericana.

El motivo de la presente es la solicitud de su apoyo para el análisis del instrumento que se pretende aplicar como encuesta de novo a médicos oncólogos mexicanos vía electrónica por medio del servidor SurveyMonkey.

Su análisis tiene el objetivo de validar el instrumento para ser aplicado a los médicos integrantes de la Sociedad Mexicana de Oncología.

Ha sido seleccionado como jurado experto para la evaluación de este instrumento a aplicarse en los médicos oncólogos.

Para guiar su evaluación, le menciono los siguientes conceptos:

Ética: Es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta que alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano.

Sedación paliativa: Es la administración de fármacos, en la dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente en situación terminal, tanto como sea preciso, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, con su consentimiento, o si no es factible, con el de su familia o representante.

Eutanasia: Aquella acción encaminada a dar muerte, de una manera indolora, a los enfermos incurables. Son características esenciales de la eutanasia el ser provocada por personal sanitario y la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o liberadora.

Suicidio Asistido por el Médico: Es la acción de un médico, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo.

Indicaciones para el experto: Lea cuidadosamente cada uno de los ítems y conteste si la afirmación está relacionada con cada dimensión respecto al ítem de acuerdo a la siguiente escala:

0 = Definitivamente no está relacionado

1 = No relacionado

2 = No seguro de su relación, las respuestas requieren más revisión

3 = Relacionado, pero es necesario realizar modificaciones

4 = Muy relacionado, no requiere modificación.

Por favor, realice comentarios o sugerencia de cambios que considere necesarios.

Definitivamente no relacionado	No relacionado	No seguro de su relación, las respuestas requieren más revisión	Relacionado, pero es necesario realizar modificaciones	Muy relacionado, no requiere modificación
0	1	2	3	4

Ítems		0	1	2	3	4
1	¿La vida se debe respetar siempre? () Verdadero () Falso					
2	¿Considera usted que la sedación paliativa acorta la vida? () Verdadero () Falso					
3	¿Considera que la sedación paliativa es igual a eutanasia? () Verdadero () Falso					
4	¿La sedación paliativa disminuye el sufrimiento? () Verdadero () Falso					
5	¿El suicidio asistido es un medio para causar la muerte al paciente? () Verdadero () Falso					
6	Si la eutanasia fuera legal, ¿estaría usted de acuerdo? () Sí () No					
7	Si la eutanasia fuera legal, ¿usted la solicitaría para terminar con el sufrimiento de sus pacientes? () Sí () No					
8	Si la eutanasia fuera legal, ¿usted la solicitaría si estuviera sufriendo? () Sí () No					
9	Si su respuesta anterior fue No, ¿solicitaría cuidados paliativos? () Sí () No					
10	¿Conoce la Ley de Voluntad Anticipada?					

	() Sí () No					
11	¿Es el formato de Voluntad Anticipada una petición de eutanasia? () Verdadero () Falso					
12	Considera usted que son sinónimos : sedación paliativa, eutanasia y suicidio asistido? () Sí () No					
13	¿Cuidados paliativos únicamente es para los pacientes al final de la vida? () Verdadero () Falso					
14	¿Los cuidados paliativos aceleran la muerte? () Verdadero () Falso					
15	Existe el servicio de Cuidados Paliativos en el lugar que trabaja? () Sí () No					
16	Si su respuesta fue afirmativa, conteste las siguientes preguntas. ¿envía a sus pacientes frecuentemente a Cuidados Paliativos? () Sí () No					
17	¿Envía a sus pacientes a Cuidados Paliativos sólo cuando no hay más tratamiento curativo que ofrecer? () Sí () No					

Le agradezco la atención por participar así como su valiosa colaboración.

Dra. Edith Artemisa Monreal Carrillo
Estudiante de Maestría en Bioética en la Universidad Panamericana, México.
Augusto Rodin No. 498. Col. Insurgentes Mixcoac CP 03920
Del. Benito Juárez México, DF
Conmutador: +52 (55) 5482 1600 /54821700

ANEXO 3. RESULTADOS DE LOS EXPERTOS AL INSTRUMENTO

ITEM	EXPERTOS										A	NA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
13	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	9	1
14	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	
TOTAL											168	2

Criterio de validez: 0.0007

Indice de validez del contenido: 0.99

ANEXO 4. DICTAMEN COMITÉS

DICTAMEN

Dra. Edith Artemisa Monreal Carrillo

Estudiante de Maestría en Bioética

Universidad Panamericana, Campus México.

Con relación a su proyecto de investigación titulado:

**“CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS MEDICOS ONCÓLOGOS MEXICANOS ANTE
LA SEDACION PALIATIVA.”**

El Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Panamericana dictaminó que:

PROCEDE SU APROBACIÓN CON OBSERVACIONES.

Anexamos las observaciones y sugerencias emitidas por este Comité.

Atentamente,

Dr. Antonio Villa Romero
Presidente del Comité de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Panamericana



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

México D. F. 08 de diciembre del 2015

Asunto: Dictamen
Protocolo No. E1512

Edith Artemisa Monreal Carrillo

PRESENTE

Con relación al protocolo No. E1512, turnado al Comité de Ética de Investigación de la Universidad Panamericana denominado:

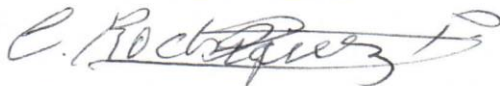
**"CREENCIAS Y ACTITUDES DE MÉDICOS ONCÓLOGOS MEXICANOS ANTE LA
SEDACIÓN PALIATIVA."**

Hago de su conocimiento que después de evaluarlo; el dictamen del Comité de Ética de la Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana es de:

APROBADO

La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento. Los responsables del estudio se comprometen a cumplir con todas las disposiciones éticas nacionales e internacionales, así como a presentar al Comité cualquier enmienda, cambio o irregularidad detectada durante la aplicación del protocolo, así como de dar aviso al Comité de la finalización del mismo.

ATENTAMENTE



Dra. Consuelo Rodríguez Palomares
Presidente del CEIUP

ANEXO 5. EXPERTOS PARA VALIDEZ DE INSTRUMENTO DE NOVO

El instrumento aplicado fue modificado para mejorar la comprensión de las preguntas por cuatro oncólogos, tres bioeticistas y tres paliativistas que a continuación enlisto con una breve semblanza:

ONCÓLOGOS

Dr. José Antonio Acevedo

Médico Cirujano por la Universidad Autónoma de Zacatecas Francisco García Salinas
Especialidad en Medicina Interna por la Universidad Juárez del Estado de Durango
Sub-Especialidad en Oncología por la Universidad Nacional Autónoma de México
Actualmente médico adscrito al servicio de Oncología Médica en Star Médica Zapopan, Jalisco.

Dr. Efraín Cruz Rodríguez

Médico Cirujano por ITESM Campus San Luis Potosí
Ginecología por la Universidad Juárez del Estado de Durango
Sub-Especialidad en Ginecología Oncológica por la Universidad Nacional Autónoma de México.
Actualmente médico adscrito al servicio de Ginecología Oncológica en Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí

Dr. José Antonio Bahena Gonzalez

Médico Cirujano por la Universidad Anáhuac

Especialidad en Medicina Interna por la Universidad Nacional Autónoma de México

Sub- Especialidad en Oncología por la Universidad Nacional Autónoma de México

Actualmente médico adscrito al servicio de Oncología Médica en Instituto Nacional de Cancerología.

Dra. Wendy Rossemary Muñoz Montaña

Médico Cirujano por la Universidad Católica Boliviana- Santa Cruz.

Especialidad en Medicina Interna en Universidad Mayor de San Simón.

Sub-Especialidad en Oncología por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Actualmente médico adscrito al servicio de Oncología Médica en Instituto Nacional de Cancerología.

PALIATIVISTAS

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez

Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México (UNAM); realizó la especialidad de Anestesiología en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad Picacho, PEMEX. La subespecialidad de Clínica del Dolor en el Instituto Nacional de Cancerología y el Fellow of Hospice and palliative care at Marie Curie Hospice Holme and Tower in London, England. Maestría en Bioética Humana, Universidad Panamericana.

Profesor titular de la materia de pregrado de cuidados paliativos optativa en UNAM
Profesor Titular del diplomado de Cuidados Paliativos en Oncología de la UNAM-INCAN
Profesor titular del Curso de Alta Especialidad de Medicina Paliativa UNAM-INCAN
Profesor Adjunto del curso de alta especialidad de Algología de la UNAM-INCAN
Invitado en múltiples cursos nacionales e internacionales en material de manejo de dolor y cuidados paliativos.

Ha sido autora de publicaciones diversas nacionales e internacionales de su especialidad.

Profesionalmente ejerce la medicina institucional como Jefe de Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología

Dra. Georgina Domínguez Ocadio.

Médico cirujano por la Universidad Benemérita de Puebla

Anestesiología por la Universidad Benemérita de Puebla

Curso de Alta Especialidad en Algología por la Universidad Nacional Autónoma de México

Curso de Alta Especialidad en Algología Intervencionista por la Universidad Nacional Autónoma de México

Diplomado de Cuidados Paliativos en Oncología por la Universidad Nacional Autónoma de México Iztacala.

Actualmente labora como médico adscrito al Servicio de Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología.

Profesor adjunto al Curso de Alta Especialidad en Cuidados Paliativos en Oncología.

Dra. María Fernanda García Salamanca

Médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México

Anestesiología por la Universidad Nacional Autónoma de México

Curso de Alta Especialidad en Algología por la Universidad Nacional Autónoma de México

Curso de Alta Especialidad en Cuidados Paliativos en Oncología por la Universidad Nacional Autónoma de México

Actualmente labora como médico adscrito al Servicio de Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología.

BIOETICISTAS

Dra. Emma Libertad Verástegui Avilés

- Médico Cirujano, Escuela Mexicana de Medicina, Universidad La Salle
- Maestría en Ciencias Biomédicas-Inmunología, Facultad de Medicina, UNAM
- Doctorado en Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, UNAM
- M.Sc. Bioscience Biomedicine and Society London School of Economics and Political Sciences Universidad de Londres UK
 - Integrante del Comité Científico Instituto Nacional de Cancerología (2000-2004)
 - Subdirectora de Ética en Investigación. Ingreso por Concurso al Servicio Civil de Carrera Comisión Nacional de Bioética. (2006-2007)
 - Integrante del Comité de Ética, Instituto Nacional de Cancerología (2006-2009)
 - Presidente del Comité de Ética, Instituto Nacional de Cancerología (2005-2006)
 - Coordinadora de la Unidad de Ética Clínica, Instituto Nacional de Cancerología (2007-2010)
 - Médico Adscrito al Servicio de Cuidados Paliativos, INCan

Edén González Roldán

Licenciado en Derecho por la Facultad de Derecho de la Barra Nacional de Abogados, maestría en Derecho Constitucional en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y cursó el Diplomado de Bioética en el Programa Universitario de Bioética de la UNAM, Actualmente forma parte de la Dirección Operativa como Subdirector Científico apoyando en la integración de líneas de desarrollo académico e investigación, .

J.A. Nallely Arce Hernández

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Cursó el diplomado Práctica Educativa innovadora con Tecnología Integrada, impartido por la Universidad Abierta y a Distancia de México. Ha laborado en el área de Reclutamiento y Selección de mandos medios y gerenciales para la industria farmacéutica, ha participado como Docente de Licenciatura y en Administración Escolar de sistemas educativos presenciales y virtuales. Ocupó el cargo de subcoordinadora de Diseño de Materiales y Programas Académicos en la Comisión Nacional de Bioética y actualmente se desempeña como Jefa del Departamento de Organización y Registro.

GLOSARIO

Enfermedad incurable avanzada. Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o mediano plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo terapéutico.

Enfermedad terminal: Enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

Cuidados paliativos: el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes de la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Sedación paliativa: es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático.

Eutanasia: Es la intervención activa y directa para provocar en un enfermo, generalmente con grandes sufrimientos, la muerte que pide de forma voluntaria y en completa libertad.

Suicidio Asistido por el Médico: Es la acción de un médico, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo.

Obstinación terapéutica: Conocida como “encarnizamiento terapéutico” es la instauración o continuación de medidas carentes de ningún otro sentido que prolongar la vida del paciente cuando este está abocado a la muerte irreversiblemente.

Abreviaturas

CP . Cuidados Paliativos

SP. Sedación Paliativa

OMS. Organización Mundial de la Salud.

SECPAL. Sociedad Española de Cuidados Paliativos