



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL GENERAL DEL
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA
"DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"**

**CONOCIMIENTO SOBRE EL DOCUMENTO DE
VOLUNTAD ANTICIPADA EN PACIENTES MAYORES
DE 70 AÑOS CON NECESIDAD DE CUIDADOS
PALIATIVOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

TESIS

**PARA OBTENER EL:
GRADO DE ESPECIALISTA**

**EN:
GERIATRÍA**

**PRESENTA:
DRA. CYNTHIA DENISE MEDINA PERALTA**

**ASESOR DE TESIS:
DR. JOSAFAT FRANCISCO MARTINEZ MAGAÑA**



CIUDAD DE MÉXICO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dr. Josafat Francisco Martínez Magaña

Asesor de tesis. Médico No Familiar (Médico geriatra) del servicio de Medicina Interna del Hospital General del CMN La Raza del IMSS.

Matrícula: 98056834

Domicilio: Calzada Vallejo y Av. Paseo de la Jacarandas S/N, Col. La Raza, CP. 02990, Ciudad de México.

Teléfono: 2291337947

Email: dr.josafatmtz@gmail.com

COLABORADOR TESISTA

Dra. Cynthia Denise Medina Peralta

Médico residente de cuarto año de la especialidad en Geriátría del servicio de Medicina Interna del Hospital General del CMN La Raza del IMSS.

Matricula: 97364827

Domicilio: Calzada Vallejo y Av. Paseo de la Jacarandas S/N, Col. La Raza, CP. 02990, Ciudad de México.

Teléfono: 6181499080

Email: medinadenise9221@gmail.com.

INDICE

INDICE	PAGINA
ANTECEDENTES	5
MARCO TEORICO	6-11
Introducción	
Cuidados paliativos	
Percepción del proceso de muerte	
Cuidados al final de la vida	
Principios bioéticos	
Calidad de vida	
Directrices anticipadas	
Objetivo de las directrices anticipadas	
Futilidad	
Modalidades de voluntad anticipada	
	11
JUSTIFICACIÒN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÒN	13
OBJETIVO	13
HIPOTESIS	
MATERIAL Y METODOS	13-16
Diseño del estudio	
Grupo de estudio	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Criterios de eliminación	
Descripción de variables	
Tabla de definición de variables	
Tamaño de la muestra	
Descripción del estudio	
Análisis estadístico	
ASPECTOS ETICOS	17
Posibles beneficios	
Confidencialidad y privacidad	
Conflicto de intereses	
RECURSO, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	18
Recursos físicos	

Recursos humanos
Recursos financieros
Factibilidad

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

RESULTADOS	18
DISCUSIÒN	19-29
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30
ANEXOS	30-32
	33-34
Anexo 1 (Hoja de recolección de datos)	
Anexo 2 (Solicitud de excepción de la carta de consentimiento informado)	

Antecedentes

Título: Conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada en pacientes mayores de 70 años con necesidad de cuidados paliativos en el Hospital General del Centro Médico Nacional "La Raza"

Antecedentes: El **documento** de voluntad anticipada es un instrumento otorgado ante Notario Público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la obstinación terapéutica. Karnofsky es un índice que sirve para la toma de decisiones clínicas, hospitalariamente y valorar el impacto de un tratamiento y el pronóstico de la enfermedad de los pacientes.

Objetivo: Determinar la prevalencia del conocimiento sobre la existencia del documento de voluntad anticipada en pacientes mayores de 70 años con necesidad de cuidados paliativos.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisarán expedientes de pacientes mayores de 70 años hospitalizados entre el periodo de septiembre 2021 a febrero 2022 en el servicio de medicina interna y se recolectará de las valoraciones geriátricas los pacientes que cuenten con un Karnofsky de 50% o menos, así mismo se recabarán respuestas sobre si tenían o no conocimiento del documento voluntad anticipada. Para el análisis de datos se utilizara estadística descriptiva.

Recursos e infraestructura: En el servicio de medicina interna de la UMAE CMNR se recabarán expedientes de pacientes mayores de 70 años y de los mismos se obtendrán los datos de la valoración geriátrica integral.

Experiencia del grupo: El Dr. Josafat Martínez Magaña tiene experiencia como médico especialista en Geriatria en la UMAE CMNR con pacientes geriátricos hospitalizados y ambulatorios.

Tiempo en desarrollarse: Se revisarán expedientes de pacientes mayores de 70 años que estuvieron hospitalizados en un periodo comprendido entre septiembre del 2021 a febrero del 2022.

Marco Teórico

Introducción

Las controversias modernas sobre la inutilidad médica surgen cuando los médicos y los pacientes (o miembros de la familia) no están de acuerdo sobre si un tratamiento en particular es inútil o inapropiado/desaconsejable/no beneficioso en una circunstancia particular. La incertidumbre sobre la adecuación o el beneficio de las intervenciones es producto de diferentes perspectivas sobre lo que constituye un beneficio para los pacientes y cómo los individuos (pacientes/familias y médicos) pueden variar drásticamente en la forma en que definen el valor en relación con la vida (1).

El consentimiento informado ha involucrado al paciente en la toma de decisiones sobre los tratamientos médicos que desea recibir o rechazar, reconociendo de esta forma el principio de autonomía de la persona; en este contexto surge el testamento vital, directrices anticipadas o voluntades anticipadas. Estas últimas cumplen dos cometidos básicos: respetar la autonomía del paciente, al considerar esta decisión prioritaria y por encima de criterios profesionales o familiares que pueden no ser coincidentes y tiendan a la aplicación de medidas no deseadas por él; por otra parte, hace al paciente corresponsable de su proceso terapéutico, legitimando las decisiones tomadas anticipadamente para ser aplicadas en su momento. En este sentido, se debe entender que el paciente entra a compartir esta responsabilidad con el equipo profesional que debe actuar, reforzando la validez de la decisión tomada, si está en consonancia con lo expresado en el documento, incluso cuando la decisión pueda ser contraria al parecer de la familia o personas allegadas (2).

Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos son aquellos que se encargan de prevenir y abordar de manera eficaz todos aquellos síntomas que causan sufrimiento en pacientes con enfermedades terminales. Para comprender el abordaje de este trabajo definiremos conceptos que una vez integrados nos sumergirá en el mundo de los cuidados paliativos y sus objetivos (3).

Entendemos como enfermedad terminal a aquella que es crónica, progresiva, irreversible y que en la mayoría de los casos suscita síntomas intensos, multifactoriales que pueden conllevar a un gran sufrimiento físico, psicológico y/o espiritual tanto en el paciente como en la familia, culminando su proceso en un periodo variable tiempo (generalmente un año) con la muerte (4).

Al hablar de sufrimiento maquinamos inmediatamente una expresión negativa, y es que nos referimos a toda sensación que pueda causar dolor físico o emocional por un estímulo repetitivo a nivel de sistema nervioso (5).

Hago énfasis en estas tres esferas biopsicosociales porque la manera en la que se concibe el proceso de enfermedad terminal precisará la calidad de vida tanto del paciente como de su familia, es decir, si el paciente tiene la sensación de dolor físico que le impida realizar sus actividades básicas y/o instrumentadas de la vida diaria lo relaciona con una experiencia negativa, la cual a su vez lo llevará a presentar ansiedad, miedo y/o tristeza causando un sufrimiento no solo físico sino emocional, que si no es tratado a tiempo hará que el paciente entre en una fase de sufrimiento espiritual, y es

justo en esta parte en donde no solo podemos participar activamente con administración de fármacos, si no de ir más allá y guiar el proceso de enfermedad terminal con acompañamiento físico y espiritual con la finalidad de ofrecer bienestar y calidad al final de la vida (5,6).

Percepción del proceso de muerte

Koko fue un gorila adiestrado por la doctora Francine Patterson y otros científicos de la Universidad de Stanford, la finalidad de su entrenamiento era poder comunicarse con ella, era capaz de comprender 2000 palabras en inglés hablado y de comunicarse a través de 1000 signos. Tenía un gato como mascota. Cuando los científicos preguntaron a Koko que era la muerte para ella, el gorila utilizó los símbolos de dormir, adiós y agujero cómodo, comprendía vagamente, pero de forma más compleja de lo esperado el significado de la muerte como un sueño eterno. Sin embargo, al morir su gatita unos años después Koko quedó desolada, dijo estar triste, que la muerte era mala.

Cada cultura y religión interpretan a su manera el significado de la muerte y lo que ocurrirá después de la vida. El doctor Fernando Plascencia Martínez, profesor investigador del Departamento de Sociología explica que en nuestra tradición simbólicamente negamos la muerte, los ritos para dar sepultura y despedir a las personas son factores que aminoran el dolor. Hay que tener presente que la única muerte social es el olvido, de ahí que la conmemoración del Día de Muertos sea la negación simbólica de la muerte (7,8).

El libro llamado "Palabras de vida y Muerte" comienza con la frase "A menos que usted piense que va a vivir para siempre lea este libro" y es que nos relata cómo la idea de morir nos causa angustia y esto a su vez sufrimiento, lo que nos lleva a evadir hablar acerca del tema con las personas que nos rodean, tal vez se nos olvida que siempre existe la posibilidad, aunque la probabilidad sea baja (9).

El 24 de enero del 2022 el INEGI publicó la estadística preliminar de defunciones registradas de enero a junio del 2021. Durante este periodo las defunciones por COVID-19 fueron la primera causa a nivel nacional con 145,159 casos, seguidas por enfermedades del corazón con 113,899 y complicaciones de diabetes mellitus con 74,418 casos; Estado de México y Ciudad de México las entidades federativas con mayor registro de personas fallecidas. Las diez principales causas de muerte en mayores de 65 años en este periodo de tiempo fueron: enfermedades del corazón, covid-19, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades del hígado, enfermedad renal crónica terminal y por último accidentes (10).

Cuidados al final de la vida

Justo en medio del espectro que hay entre los cuidados paliativos y la muerte se encuentran los cuidados al final de la vida encargados de dar confort al paciente y su entorno en lo que se considera como "situación de los últimos días" que hace referencia al estado que precede a la muerte. La duración de este proceso habitualmente es inferior a una semana y en el caso en que el paciente presente deterioro del estado de alerta sería no mayor a 3 días (11,12).

Es importante mencionar lo anterior debido a que esta situación de los últimos días genera un impacto emocional en el paciente, la familia y el personal de salud, ya que lo asocian con agonía y por ende con un sentimiento negativo productor de tristeza, sufrimiento y miedo. De esta forma el conocer los deseos del paciente referente a cómo le gustaría vivir su proceso de muerte es de suma importancia, con la finalidad de mitigar emociones que puedan interferir con un buen morir y los objetivos de los cuidados al final de la vida como lo es el acompañamiento físico y espiritual. Cuando colocamos los cuidados paliativos frente al paciente con enfermedad terminal y su familia debemos tener en cuenta el valor que tiene la autonomía y capacidad de decisión sobre cómo se quieren portar dichos cuidados (13).

Principios bioéticos

Los cuatro principios bioéticos son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. De estos cuatro, el principio bioético más elemental y sobre el cual se basan los ya mencionados anteriormente, es el respeto a la dignidad de la persona. La dignidad humana es una cualidad esencial del ser humano, un atributo universal, dicha cualidad inherente a todas las personas es el pilar sobre el cual se construyeron las normas constitucionales como lo es la declaración universal de los derechos humanos. Al hablar de dignidad consideramos hablar a su vez de aspectos filosóficos, políticos, sociológicos, bioéticos, antropológicos y jurídicos (14,15).

Elisabeth Kübler-Ross afirmó que morir hoy en día es algo solitario, mecánico y deshumanizado, en donde las decisiones se toman sin tener en cuenta la opinión del paciente. La norma oficial mexicana 011 elaborada en 2014 hace referencia sobre las características de los pacientes con una sobrevida limitada (Progresión de la enfermedad documentada clínicamente, progresión de la enfermedad primaria, múltiples visitas al servicio de urgencias, mayores cuidados, deterioro del status funcional con un Karnofsky <50% y dependencia en al menos 3/6 de las actividades básicas de la vida y deterioro del estado nutricional con pérdida de peso de al menos 10% en los últimos 6 meses) y tiene como objetivo proporcionar al paciente bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de su autonomía, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como evitar la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica (16).

En base a todo lo previamente comentado, la mejor forma en la que el paciente puede expresar sus deseos para que estos sean respetados, es mediante la realización de un documento legal que respalde la decisión/ autonomía sobre cómo le apetece recibir los cuidados al final de la vida (17).

Dentro de este proceso jurídico hablaremos de la voluntad anticipada, no sin antes hacer énfasis sobre el proceso neurológico en la toma de decisiones. El ser humano se distingue del resto de los seres vivos por la capacidad de decidir, es decir, es un ser que tiene la consciencia para realizar procesos cognitivos complejos que lo llevan a interactuar con su medio ambiente (18).

La autonomía como principio bioético se lleva a cabo mediante la expresión de la persona sobre los deseos de cómo vivir y/o desarrollarse en su entorno. Al hablar de

toma de decisiones y autonomía necesitamos dar mención a valores éticos de nuestra sociedad como lo son el respeto y la dignidad, y como ya mencionamos anteriormente, en esta última tienen base todos los tratados internacionales que se han postulado para la defensa de la calidad de vida en las personas sea cual sea su condición (15).

Calidad de vida

La OMS define calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en el mundo en el contexto de su cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes”, siendo un término valorativo. El individuo adquiere un valor intrínseco desde que nace, desarrollando durante toda su vida el poder de autorrealización mediante la independencia, la cual nos gustaría preservar hasta el momento de la muerte, sin embargo, al hablar de enfermedad terminal hablamos de un proceso degenerativo y progresivo que muchas veces llevan al enfermo a un estado de dependencia física y con ello a un estado de vulnerabilidad donde la calidad de vida estará gravemente afectada (19).

Directrices anticipadas

En este punto hemos hablado sobre enfermedad terminal, cuidados paliativos, cuidados al final de la vida, muerte, principios bioéticos, dignidad humana y calidad de vida, entonces ¿de qué manera podemos hacer que el paciente con una enfermedad terminal y/o situación de los últimos días de vida, siga preservando su capacidad de decisión, autonomía y dignidad a pesar que sus condiciones físicas estén afectadas? Mediante el consentimiento informado se ha involucrado al paciente en la toma de decisiones sobre los tratamientos médicos que desea recibir o rechazar dando lugar al principio de autonomía, a partir de esto surge la voluntad anticipada la cual es un tema de reciente regulación en nuestro país, específicamente la Ciudad de México siendo la primera entidad de la nación en aprobar la Ley de Voluntad anticipada en 2008, la cual tiene como objetivo el planificar los cuidados y tratamientos de salud que el paciente desea recibir o rechazar en un futuro, así cuando el paciente no esté en condiciones de decidir por él mismo, se respete dicha voluntad previamente establecida. Actualmente ha sido aprobada en 14 estados de la república (Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán y Tlaxcala) dentro de los cuales más de 10 mil personas han firmado el documento desde el momento en que se estableció.

La voluntad anticipada regula la ortotanasia; es decir, la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal, ofertando una muerte digna.

El documento de voluntad anticipada es un “instrumento, otorgado ante Notario Público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica” (Art. 3, Fracción III de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal) (20).

La comunicación efectiva entre el paciente, familia y médico es esencial para definir los objetivos de la atención médica. Existe una variedad de opciones terapéuticas que

pueden afectar la cantidad y calidad de vida, por lo que el paciente al enfrentarse a una situación de enfermedad terminal puede verse influenciado en la toma de decisiones, es por ello de suma importancia establecer las metas sobre el cuidado y la terapia que desea recibir. Si bien las discusiones sobre los objetivos de la atención ocurren con mayor frecuencia en el contexto de una hospitalización, idealmente estas discusiones deberían ocurrir antes, en la trayectoria de la enfermedad (1)(5).

Objetivos de las directrices anticipadas

La influencia de varios factores en este momento pueden ser variables, entre ellos los valores relacionados con la salud que pueden guiar la forma en que las personas conceptualizan los objetivos específicos de atención médica y las decisiones médicas, los cuales incluyen la autosuficiencia, el disfrute de la vida, la conexión y el legado, el equilibrio entre la calidad y la duración de la vida, y el deseo de participar en las decisiones de atención (21).

La buena comunicación mediante la discusión activa sobre las metas y preferencias de un individuo, específicamente en lo que se refiere a los problemas del final de la vida, está relacionada con reducciones en la utilización del hospital y la agresividad de la atención al final de la vida, mayor uso de los servicios de cuidados paliativos, disminución de los conflictos familiares, una mayor probabilidad de recibir la atención que desea y morir en el lugar de muerte preferido (22).

La incertidumbre sobre la adecuación o el beneficio de las intervenciones es producto de diferentes perspectivas sobre lo que constituye un beneficio para los pacientes y cómo los individuos pueden variar drásticamente en la forma en que definen el valor en relación con la vida. Las intervenciones médicas pueden mantener la función de los órganos, prolongando así la vida. Sin embargo, a veces, la calidad de esa vida llevaría a muchos a determinar que dicha vida carece de la calidad o el valor que justifica intervenciones continuas para sostenerla (23).

Futilidad

Nos referimos al término futilidad como "fugaz, vano, que se sale del fin deseado por un defecto intrínseco", es decir, con referencia a cuestiones médicas es una actuación que es inútil para conseguir un objetivo beneficioso (24). Un caso representativo es el siguiente:

Helga Wanglie tenía 86 años cuando, en diciembre de 1989, se fracturó la cadera. Después de recibir atención en el hospital fue dada de alta a un hogar de ancianos para recibir atención de rehabilitación. Allí, desarrolló complicaciones pulmonares y fue trasladada de regreso al hospital donde posteriormente fue intubada durante muchos meses. Durante este tiempo, ella estaba consciente de su entorno. Finalmente, durante los intentos de destete, sufrió un paro cardiorrespiratorio con lesión cerebral anóxica grave. Fue diagnosticada en estado vegetativo persistente. Se sometió a meses de apoyo continuo con ventilación mecánica, alimentación por gastrostomía y antibióticos para múltiples infecciones recurrentes. Su esposo e hijos reconocieron la gravedad de su lesión cerebral y la opinión médica de que era irreversible. El personal médico creía que la atención adicional no era lo mejor para la Sra. Wanglie. Su familia creía que el personal médico no debería "jugar a ser Dios" y que interrumpir la atención médica iría en contra

de sus puntos de vista religiosos. Se convocaron múltiples conferencias familiares y se obtuvo una consulta de ética. La familia finalmente accedió a la colocación de una orden de no resucitar, pero continuando con toda la terapia farmacológica. El personal médico y la administración estuvieron de acuerdo con la recomendación del comité de ética de detener las intervenciones. El hospital solicitó que la familia obtuviera una orden judicial para continuar con la atención. Cuando la familia no lo hizo, el hospital presentó una petición ante el tribunal. El tribunal designó al Sr. Wanglie como tutor de su esposa y apoyó su decisión de continuar con el cuidado. La decisión se tomó tres días antes de la muerte de la Sra. Wanglie el 4 de julio de 1991 a la edad de 88 años por sepsis (25).

Modalidades de voluntad anticipada

Es importante aclarar que voluntad anticipada no es lo mismo que eutanasia (26). La voluntad anticipada regula la ortotanasia. Para poder ejercer la voluntad anticipada existen dos modalidades, a) el documento, el cual se tramita ante notario público, y b) el formato que se otorga en instituciones de salud públicas, privadas y sociales.

El documento de voluntad anticipada es un "instrumento, otorgado ante Notario Público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica" (Art. 3, Fracción III de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal).

Para tramitar el documento se necesita cumplir con los siguientes requisitos: Ser mayor de edad, estar en pleno uso de sus facultades mentales, acudir ante un notario público, elegir un representante y un representante sustituto, firmar ante dos testigos, presentar identificación oficial vigente de solicitante, representantes y testigos, cubrir el costo.

Por su parte el formato es un "documento de Instrucciones de Cuidados Paliativos previamente autorizado por la Secretaría de Salud, suscrito por el enfermo terminal, ante el personal de salud correspondiente y dos testigos, en el que se manifiesta la voluntad de seguir con tratamientos que pretendan alargar la vida o bien la suspensión del tratamiento curativo y el inicio de la atención en cuidados paliativos, preservando en todo momento la dignidad de la persona" (Art. 3, Fracción V de la Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal).

Para tramitar el formato se necesita cumplir con lo siguiente: Llenar Formato de Voluntad Anticipada solamente ante personal de salud, firmar ante dos testigos, nombrar un representante según corresponda, identificación oficial vigente de solicitante, representantes y testigos y se valida con una nota clínica. Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el documento o formato de voluntad anticipada, el signatario o en su caso su representante, deberá solicitar al personal de salud correspondiente se efectúen las disposiciones establecidas en dicho documento (20).

Justificación

La idea de que los médicos no deben recomendar ni proporcionar tratamientos que no puedan ayudar a un paciente ha sido parte de la mayoría de los códigos de ética médica durante siglos. Las intervenciones médicas pueden mantener la función de los órganos,

prolongando así la vida. Sin embargo, a veces, la calidad de esa vida llevaría a muchos a determinar que dicha vida carece de la calidad o el valor que justifica intervenciones continuas para sostenerla.

Los médicos y enfermeras que atienden a pacientes extremadamente enfermos pueden resonar con la sensación de llevar agua en un balde agujereado, trabajando continuamente hacia una meta que no se puede alcanzar. Existe una clara distinción entre rentabilidad y futilidad, y entre tratamientos inútiles y racionados, algunos creen que el tema de la inutilidad inevitablemente quedará sumergido en el debate sobre la reforma de la atención de la salud y la utilización de recursos limitados, y la necesidad de que la sociedad determine dónde se gastan adecuadamente los recursos. Las sociedades con atención médica nacionalizada ciertamente han tomado decisiones sobre cómo se deben asignar el dinero y los recursos en función de la rentabilidad.

Los pacientes no pueden ser discriminados por su edad, se debe alentar a los pacientes, en particular a las personas mayores, a que den a conocer sus deseos a largo plazo y designen a un sustituto, en caso de que queden incapacitados. Los médicos deben llevar a cabo la planificación para el final de la vida, dando tiempo a los pacientes para que consideren sus deseos y valores y para que estén lo más informados posible sobre las diferentes intervenciones médicas que podrían buscarse o rechazarse.

Este trabajo de investigación nos ayudará a entender que el poco reconocimiento de pacientes terminales nos lleva a omitir los deseos que el paciente tiene al final de la vida, y como consecuencia la futilidad médica con utilización de recursos puede llevar a desenlaces esperados por la pobre respuesta de los pacientes a los tratamientos médicos. Al sensibilizarnos acerca de estos temas podremos prevenir estas situaciones.

Planteamiento del problema

Decidir sobre cuestiones de inutilidad en los tratamientos médicos puede ser lo suficientemente desafiante cuando un paciente puede comunicar sus propios objetivos y valores.

Algunos encargados sustitutos de la toma de decisiones, siguen sintiéndose incómodos cuando se les pide que retiren o retengan los tratamientos, pero pueden entender que se han alcanzado ciertos límites de la intervención terapéutica. Para las familias, cumplir con la recomendación de un médico sobre estos límites puede parecer menos agobiante.

El no conocer los deseos del paciente sobre su proceso de muerte puede llevar a que la toma de decisiones tanto de familiares como del personal médico se vuelva un tema difícil de sobrellevar con una probabilidad muy alta de llegar a la futilidad médica.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia del conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada en pacientes mayores de 70 años con necesidad de cuidados paliativos en el Hospital General del Centro Médico Nacional "La Raza"?

Objetivo

General: Determinar la prevalencia del conocimiento sobre la existencia del documento de voluntad anticipada en pacientes mayores de 70 años con necesidad de cuidados paliativos.

Hipótesis

De acorde a la bibliografía (27) se estima que hay una prevalencia del 2.5% al 10% sobre el conocimiento del documento de voluntad anticipada en la población general. Por las condiciones sociodemográficas se espera que la prevalencia del conocimiento del documento de voluntad anticipada en nuestro entorno sea menor al porcentaje reportado en países desarrollados.

Material y métodos

Diseño del estudio

De acuerdo con el grado de control de la variable: observacional.

De acuerdo con el objetivo que se busca: descriptivo.

De acuerdo con el momento en que se obtendrá o evaluarán los datos: retrospectivo.

De acuerdo con el número de veces que se miden las variables: transversal.

Grupo de estudio

Expedientes de pacientes mayores de 70 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza con necesidad de cuidados paliativos.

Criterios de inclusión

1. Expedientes de pacientes mayores de 70 años que hayan sido hospitalizados una o más ocasiones en el servicio de medicina interna en el periodo comprendido entre septiembre 2021 a febrero 2022.
2. Expedientes de pacientes que cuenten con un Karnofsky de 50% o menos.
3. Expedientes de pacientes que hayan respondido a la pregunta ¿conoce la existencia del documento de voluntad anticipada?

Criterios de exclusión

1. Expedientes de pacientes con diagnóstico de demencia.

Criterios de eliminación

1. Expedientes de pacientes con diagnóstico de Delirium.
2. Expedientes de pacientes bajo ventilación mecánica.
3. Expedientes de pacientes bajo efecto sedante, Escala de coma de Glasgow <14.

Descripción de variables

Variables: Estado civil, sexo, edad, escolaridad, religión, funcionalidad, pérdida de peso, comorbilidades, enfermedad terminal, conocimiento sobre documento de voluntad anticipada, aceptación de maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Definición de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicadores
Estado civil	Situación de personas físicas determinada por sus relaciones de familia.	Condición de unión social actual	cualitativa nominal	1 Casado 2 Soltero 3 Viudo
Sexo	Características fenotípicas que determinan a un hombre y una mujer.	Mujer: género gramatical propio de la mujer Hombre: género gramatical propio del hombre	cualitativa dicotómica	0 Mujer 1 Hombre
Edad	Tiempo de vida de un individuo.	Años cumplidos hasta la fecha actual	cuantitativa	1 70 años o más
Escolaridad	Nivel de educación en una población.	Grado académico máximo alcanzado	cualitativa ordinal	5 Sin estudios 4 Primaria 3 Secundaria 2 Preparatoria 1 Licenciatura
Religión	Conjunto de creencias y costumbres fundamentadas en la divinidad.	Tipo de religión que practica/profesa a la fecha	cualitativa nominal	1 Cristiana 2 Testigo de Jehová 3 Católica 4 Ninguna
Comorbilidad	Presencia de 2 o más enfermedades en un individuo.	Afección orgánica crónica la cual puede ser controlada pero no curada	cualitativa dicotómica	0 No 1 Si
Enfermedad terminal	Enfermedad crónica, progresiva e incurable, con pronóstico de vida limitado.	Afección orgánica irreversible la cual por diferentes medios culminará con la muerte	cualitativa dicotómica	0 No 1 Si
Funcionalidad	Capacidad de realizar actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.	Perdida de 3 o más actividades básicas de la vida diaria	cualitativo	0 Independiente 1 Dependiente

Pérdida de peso	Disminución del peso corporal total en una unidad de tiempo	Pérdida de músculo, masa magra o grasa de al menos 10% relacionado con enfermedad en los 6 meses previos a su ingreso hospitalario	cualitativa dicotómica	0 No 1 Si
Conocimiento de voluntad anticipada	Documento de preferencias de tratamiento médico completados de forma voluntaria por la persona y pueden incluir el consentimiento futuro o el rechazo de la atención médica y/o la designación de un sustituto en la toma de decisiones	En el apartado de directrices anticipadas de la valoración geriátrica integral se realiza la pregunta a los pacientes sobre si conoce o no el documento de voluntad anticipada	cualitativa dicotómica	0 Si 1 No
Aceptación de maniobras de reanimación cardiopulmonar	<i>Maniobras</i> que se realizan para sustituir las funciones circulatoria y respiratoria cuando existe una parada cardiaca	En el apartado de directrices anticipadas de la valoración geriátrica integral se realiza la pregunta sobre si aceptan o no maniobras de reanimación cardiopulmonar en caso de requerirlas	cualitativa dicotómica	0 Si 1 No

Tamaño de la muestra

De acorde a la prevalencia descrita en la bibliografía (27) se estima que existe un 2.5% a 10% de conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada en la población general en países desarrollados. Se realizara el calculó de tamaño de muestra para una proporción infinita con una precisión del 5% y una seguridad estadística del 90%. Con los datos previos se calcula el tamaño de la muestra según la siguiente fórmula:

n_0 = Tamaño de la muestra
Z = Nivel de confianza 90% (1.645)
P = Proporción de la población que posee la característica 10% (0.1)
q = Probabilidad en contra 80%
e = Margen de error dispuesto a aceptar 5% (0.05)

$$n_0 = \frac{z^2 * p * q}{e^2}$$

$$n_0 = \frac{(1.645)^2 * 0.1 * 0.9}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = 97$$

Descripción del estudio

Se realizara la revisión de expedientes de pacientes mayores de 70 años durante el período comprendido entre septiembre del 2021 a febrero del 2022 y de los mismos se recolectarán los datos de la valoración geriátrica integral que cumplan con los criterios de inclusión.

Las actividades del investigador asociado será la planeación, elaboración del protocolo de investigación, revisión de expedientes, recolección de datos y análisis estadístico.

Análisis estadístico

Se diseñará una base electrónica en el sistema EXCEL de Microsoft Office para el vaciado de datos de la hoja de recolección. Se capturará a la población de 70 años o más con necesidad de cuidados paliativos atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital General del Centro Médico Nacional "La Raza" que cumplan con los criterios de inclusión.

El análisis estadístico se realizara con el programa IBM. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v25. Se utilizara Kolmogorov Smirnov como prueba de distribución de las variables cuantitativas de la población. Para el análisis descriptivo de las características demográficas se utilizaran medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango, percentiles) y para las variables cualitativas valores absolutos (n y porcentaje), mismos que se registraran en tablas y gráficos ponderados al 100%.

Aspectos éticos

El presente protocolo corresponde a una investigación sin riesgo para el **paciente mayor de 70 años con necesidad de cuidados paliativos** quienes en nuestro estudio se considera población vulnerable, con base en el **artículo 17 de la Ley General de Salud** en materia de investigación para la salud en nuestro país (Título segundo/Capítulo I: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio), debido a que se revisará prevalencia del conocimiento del documento de voluntad anticipada en pacientes mayores de 70 años con necesidad de cuidados paliativos se clasifica como categoría **I. Investigación sin riesgo**. Se mantendrá la confidencialidad de los pacientes.

Artículo 17: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de reglamento, las investigación entra en el grupo de clasificación I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Este protocolo de investigación cumple con las consideraciones emitidas en el **código Núremberg**, la **declaración de Helsinki**, promulgada en 1964 y sus diversas modificaciones incluyendo la actualización de fortaleza, Brasil 2013, así como las pautas internacionales para la investigación médica con seres humanos, adoptadas por la OMS y el consejo de organizaciones internacionales para investigación en seres humanos.

Se someterá a evaluación por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza "Dr. Gaudencio González Garza" Unidad Médica de Alta Especialidad en Av. Vallejo y Jacarandas s/n, Col. La Raza, Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. Dirección de Enseñanza e Investigación en Salud, teléfono 57425900 del CMN "La Raza".

Posibles beneficios: Aunque no existirá un beneficio directo sobre los pacientes incluidos en este estudio, se podrán ver reflejados en la evaluación futura de pacientes con necesidad de cuidados paliativos. Esperamos que la difusión de este trabajo de investigación sirva como un instrumento para poder implementar estrategias educativas con los médicos tratantes de este tipo de pacientes, como beneficio a largo plazo referente a los deseos y preferencias del mismo, respetando siempre su autonomía en la toma de decisiones sobre su proceso de enfermedad y muerte.

Confidencialidad y privacidad: Todos los datos obtenidos y derivados de este protocolo de investigación serán utilizados en forma confidencial por los investigadores, quienes serán los únicos con acceso a dicha base de datos; y serán utilizados para el análisis, recolección, procesamiento e interpretación de resultados. Todas las hojas de recolección de datos contendrán una clave alfanumérica que se corresponderá con los

datos confidenciales del paciente bajo los principios de confidencialidad de acuerdo al **Artículo 19 de la Ley Federal de Protección de datos personales**. Estará garantizada en todo momento la confidencialidad de la información y la divulgación científica de los datos obtenidos no contendrá de ninguna forma datos confidenciales que identifiquen a pacientes individuales.

Conflicto de intereses: No existe ningún conflicto de interés, económico o personal.

Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos Físicos: Se utilizó cuaderno, papel, bolígrafo, computadora, formatos para la recolección de datos.

Recursos humanos: Dr. Josafat Martínez Magaña y Dra. Cynthia Denise Medina Peralta.

Recursos financieros: Para este protocolo no se requerirá la utilización de recursos financieros extra a los destinados para la atención habitual del paciente. El resto de los gastos que resulten de la elaboración e impresión serán cubiertos por los investigadores en cuestión.

Factibilidad: La unidad cuenta con los recursos humanos, la infraestructura y equipo necesario para la realización de este estudio; así como con el número de pacientes considerados para este estudio.

Cronograma de actividades

AÑO	2022											
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Revisión bibliográfica		X	X									
Elaboración de protocolo				X	X	X						
Revisión de protocolo por comité local de investigación							X	X	X			
Recolección de datos										X		
Análisis de resultados											X	
Elaboración de tesis												X

Resultados

Se revisaron 240 expedientes clínicos de los cuales se excluyeron 127. El total de expedientes que cumplieron con criterios de inclusión fue de 113 (47.08%). Se encontró que solo en 3 (2.7%) expedientes se tenía el conocimiento sobre la existencia del documento de voluntad anticipada. Los 110 expedientes restantes no tenían conocimiento sobre el documentos, lo cual corresponde a un 97.3%.

Tabla 1. Datos demográficos

Variable	N= 113	
Género.		
Femenino.	56 (49.6%)	
Masculino.	57 (50.4%)	
Edad.	78.42 ±6.18	
Comorbilidades.	Si	No
	98(86.7%)	15 (13.3%)
Estado civil.		
Soltero	18 (15.9%)	
Casado	51 (45.1%)	
Viudo	44 (38.9%)	
Escolaridad.		
Sin estudios	16 (14.2%)	
Primaria	57 (50.4%)	
Secundaria	20 (17.7%)	
Preparatoria	13 (11.5%)	
Licenciatura	7 (6.2%)	
Religión.		
Cristiana	4 (3.5%)	
Católica	105 (92.9%)	
Testigo de Jehová	2 (1.8%)	
Otra	2 (1.8%)	
Enfermedad terminal.	Si	No
	90 (79.6%)	23 (20.4%)
Funcionalidad.		
Dependiente	40 (35.4%)	
Independiente	73 (64.6%)	
Pérdida de peso.	Si	No
	60 (53.1%)	53 (46.9%)
Acepta reanimación cardio-pulmonar.	Si	No
	53 (46.9%)	60 (53.1%)
Paciente conoce documento de voluntad anticipada.	Si	No
	3 (2.7%)	110(97.3%)

Relación de variables con el conocimiento del documento de voluntad anticipada

Haciendo referencia a los expedientes clínicos los cuales presentaban enfermedad terminal, el 87% no conocía el documento de voluntad anticipada. Así mismo de los pacientes que expresaron no aceptar maniobras de reanimación avanzada el 58% no tenía conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada.

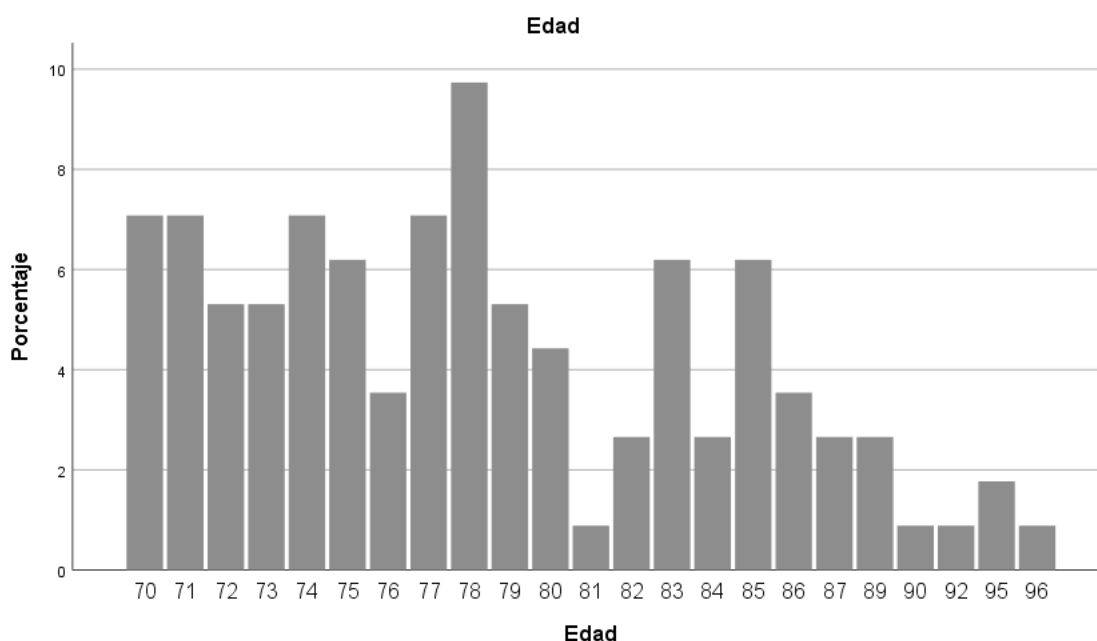
Tabla 2. Datos demográficos

El paciente conoce directrices avanzadas	Si	No
Variable N= 113	3 (2.7%)	110 (97.3%)
Género.		
Femenino.	3 (100%)	53 (48.2%)
Masculino.	-	57 (51.8%)
Edad.	77 (74-77)	78 (73-83)
Comorbilidades.	Si 3 (100%) No -	Si 95 (86.4%) No 15 (13.6%)
Estado civil.		
Soltero	1 (33.3%)	17 (15.5%)
Casado	2 (66.7%)	49 (44.5%)
Viudo	-	44 (40%)
Escolaridad.		
Sin estudios	-	16 (14.5%)
Primaria	2 (66.7%)	55 (50%)
Secundaria	1 (33.3%)	19 (17.3%)
Preparatoria	-	13 (11.8%)
Licenciatura	-	7 (6.4%)
Religión.		
Cristiana	-	4 (3.6%)
Católica	3 (100%)	102 (92.7%)
Testigo de Jehová	-	2 (1.8%)
Otra	-	2 (1.8%)
Enfermedad terminal.	Si 3 (100%) No -	Si 87 (79.1%) No 23 (20.9%)
Funcionalidad.		
Dependiente	1 (33.3%)	39 (35.5%)
Independiente	2 (66.7%)	71 (64.5%)

Pérdida de peso.	Si	Si
	2 (66.7%)	58 (52.7%)
	No	No
	1 (33.3%)	52 (47.3%)
Acepta maniobras de reanimación cardio-pulmonar.	Si	Si
	1 (33.3%)	52 (47.3%)
	No	No
	2 (66.7%)	58 (52.7%)

Promedio de edad en los pacientes mayores de 70 años con necesidad de cuidados paliativos.

Aunque el estudio se realizó en expedientes clínicos de pacientes mayores de 70 años se observó que el promedio de edad en los pacientes que tenían necesidad de cuidados paliativos era de 78 años.



Género y conocimiento del documento de voluntad anticipada.

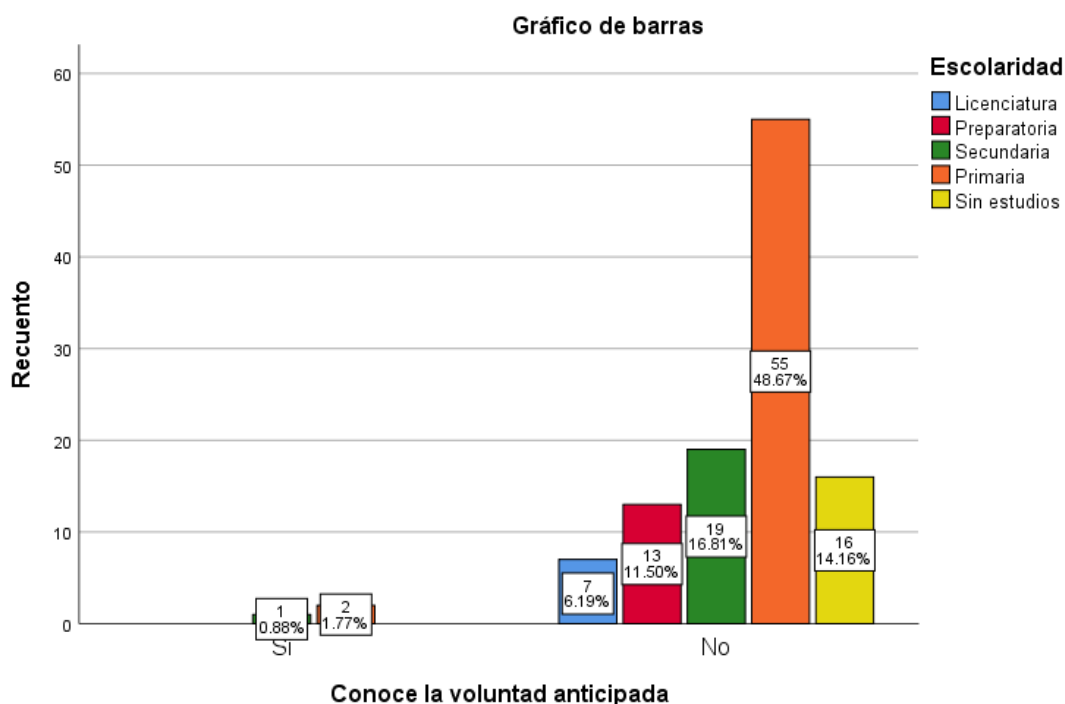
Del total de expedientes incluidos, se observó que del 2.7% total que si tenían conocimiento sobre la existencia del documento de voluntad anticipada el 100% eran mujeres.

			Sexo		
			Mujer	Hombre	Total
Conoce la voluntad anticipada	Sí	Recuento	3	0	3
		% del total	2.7%	0.0%	2.7%
	No	Recuento	53	57	110
		% del total	46.9%	50.4%	97.3%
Total	Recuento	56	57	113	
	% del total	49.6%	50.4%	100%	

Escolaridad y conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada.

De los expedientes clínicos de pacientes que no tenían conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada (un total de 110 expedientes), 55 de ellos (48.67%) tenían escolaridad primaria. De los expedientes de pacientes que si tenían conocimiento sobre dicho documentos (un total de 3), 2 de ellos (1.77%) la escolaridad fue primaria, el otro 0.88% fue secundaria.

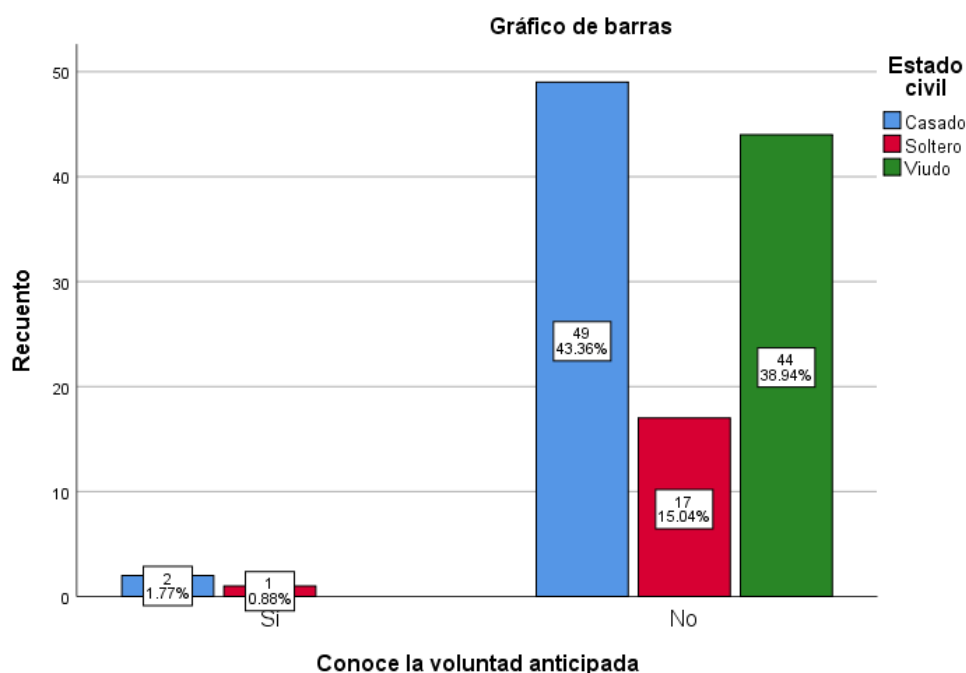
			Escolaridad					
			Licenciatura	Preparatoria	Secundaria	Primaria	Sin estudios	Total
Conoce la voluntad anticipada	Sí	Recuento	0	0	1	2	0	3
		% del total	0.0%	0.0%	0.9%	1.8%	0.0%	2.7%
	No	Recuento	7	13	19	55	16	110
		% del total	6.2%	11.5%	16.8%	48.7%	14.2%	97.3%
Total	Recuento	7	13	20	57	16	113	
	% del total	6.2%	11.5%	17.7%	50.4%	14.2%	100%	



Estado civil y el conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada.

Del total de expedientes recabados en número de 113, en los cuales 110 no tenían conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada 51 expedientes de ellos que corresponde a un 45.1% tenían de estado civil: casados y 44 expedientes (38.9%) eran viudos. De los que si tenían conocimiento sobre dicho documento (3 expedientes clínicos) 2 de ellos (1.8%) eran casados y el 1 (0.9%) restante soltero.

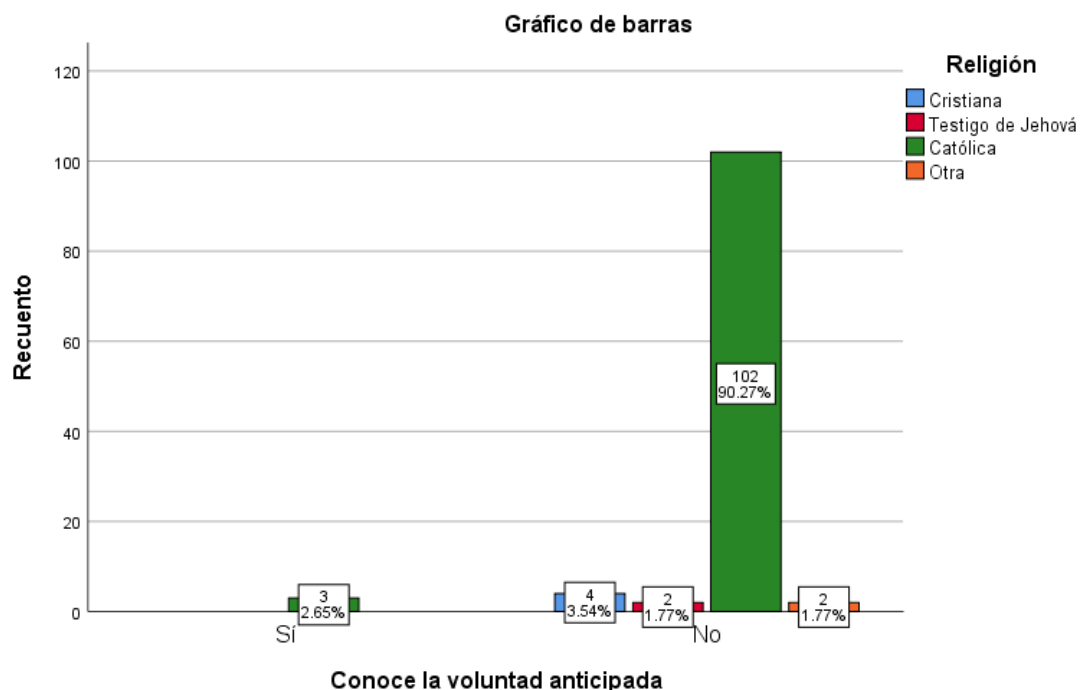
		Estado civil			Total	
		Casado	Soltero	Viudo		
Conoce la voluntad anticipada	Sí	Recuento	2	1	0	3
		% del total	1.8%	0.9%	0.0%	2.7%
	No	Recuento	49	17	44	110
		% del total	43.4%	15.0%	38.9%	97.3%
Total	Recuento	51	18	44	113	
	% del total	45.1%	15.9%	38.9%	100.0%	



Religión y conocimiento del documento de voluntad anticipada.

Se observó que de los 110 expedientes en los cuales los pacientes que no tenían conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada 102 expedientes que corresponde al 90.3% profesaban la religión católica. De los 3 que si conocían (2.7%) al igual profesaban la religión católica.

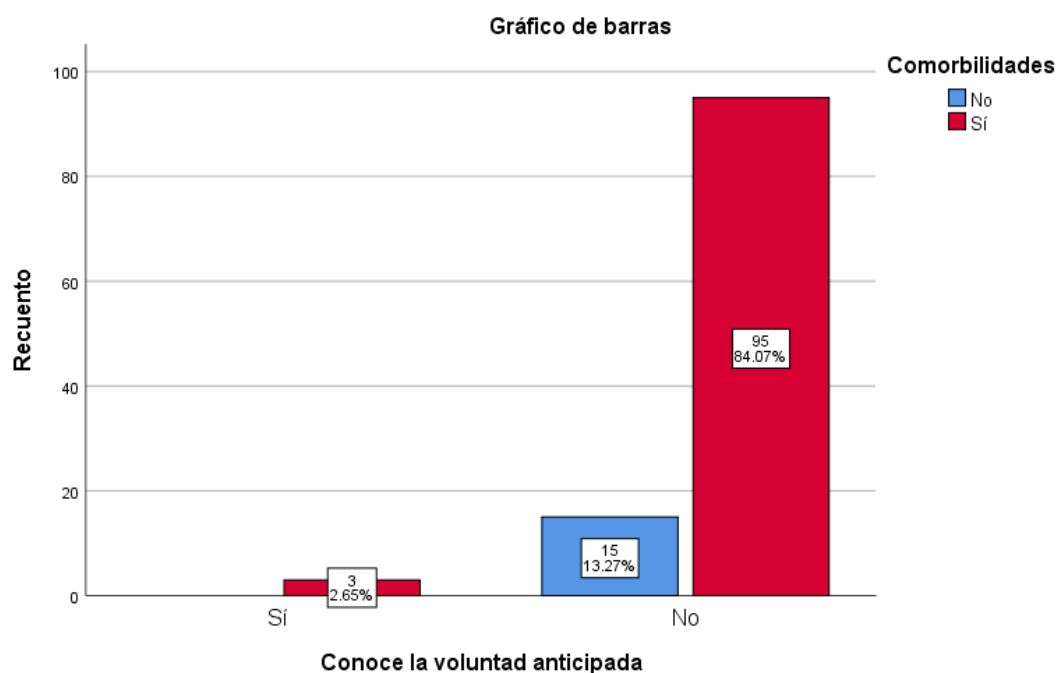
		Religión				Total	
		Cristiana	Testigo de Jehová	Católica	Otra		
Conoce la voluntad anticipada	Sí	Recuento	0	0	3	3	
		% del total	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	2.7%
	No	Recuento	4	2	102	2	110
		% del total	3.5%	1.8%	90.3%	1.8%	97.3%
Total	Recuento	4	2	105	2	113	
	% del total	3.5%	1.8%	92.9%	1.8%	100%	



Conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada en expedientes clínicos de pacientes que presentaban comorbilidad.

De los 110 expedientes clínicos de los pacientes que no tenían conocimiento del documento de voluntad anticipada (97.3%), 95 expedientes tenían presencia de comorbilidad (84.1%). Los 3 expedientes clínicos en los que los pacientes si tenían el conocimiento sobre el documento el 100% tenían presencia de comorbilidad.

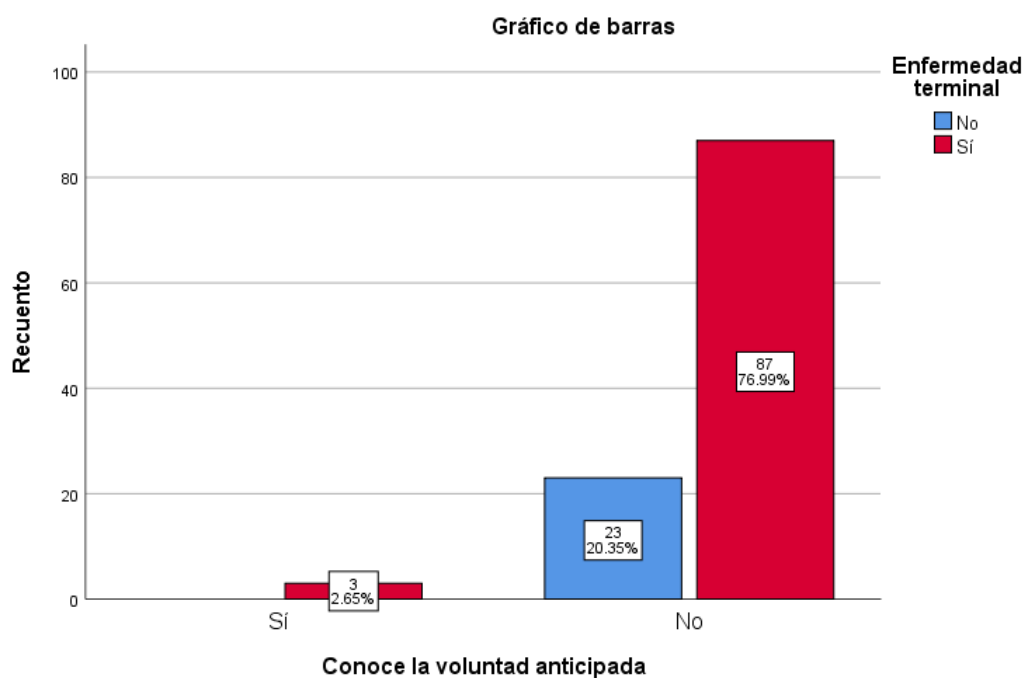
		Comorbilidades		Total
		No	Sí	
Conoce la voluntad anticipada	Sí	Recuento	0	3
		% del total	0.0%	2.7%
	No	Recuento	15	95
		% del total	13.3%	84.1%
Total		Recuento	15	98
		% del total	13.3%	86.7%



Conocimiento del documento de voluntad anticipada en expedientes clínicos de pacientes que tenían enfermedad terminal.

Se encontró que 87 (77%) expedientes clínicos de pacientes que no tenían conocimiento sobre el documentó de voluntad anticipada, tenían presencia de enfermedad terminal. El 2.7% que si tenían conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada los 3 expedientes (100%) también tenían presencia de enfermedad terminal.

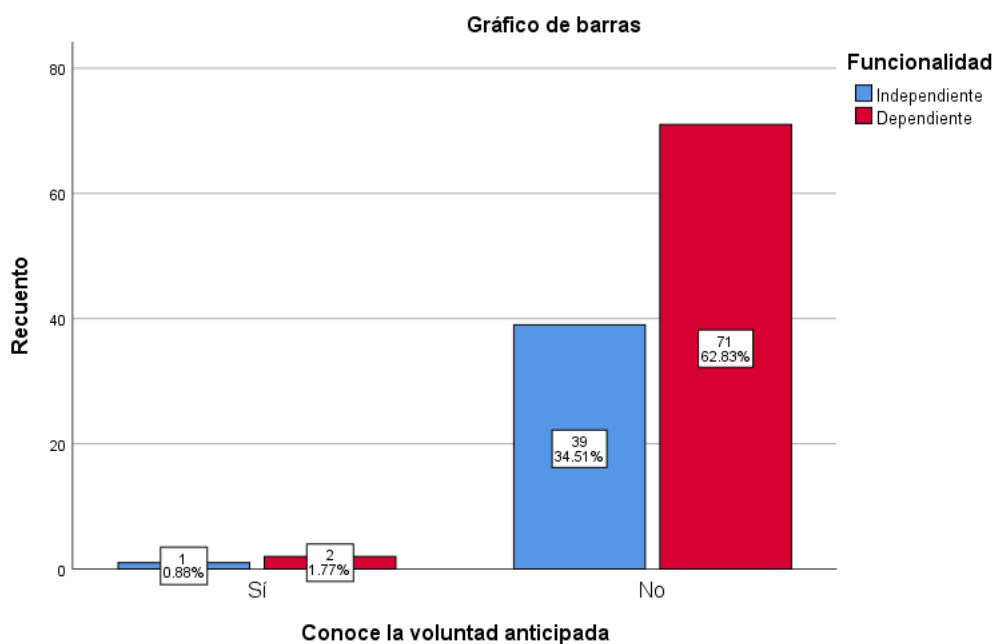
		Enfermedad terminal		Total
		No	Sí	
Conoce la voluntad anticipada	Sí	Recuento	0	3
		% del total	0.0%	2.7%
	No	Recuento	23	87
		% del total	20.4%	77.0%
Total		Recuento	23	90
		% del total	20.4%	79.6%



Funcionalidad y conocimiento del documento de voluntad anticipada.

Se observó que de los expedientes clínicos de pacientes que si tenían conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada (2.7%) 2 expedientes de los 3 que corresponde a 1.8%, presentaban dependencia física. Del total de los que no tenían conocimiento el 62.8% (71 expedientes) tenían dependencia física.

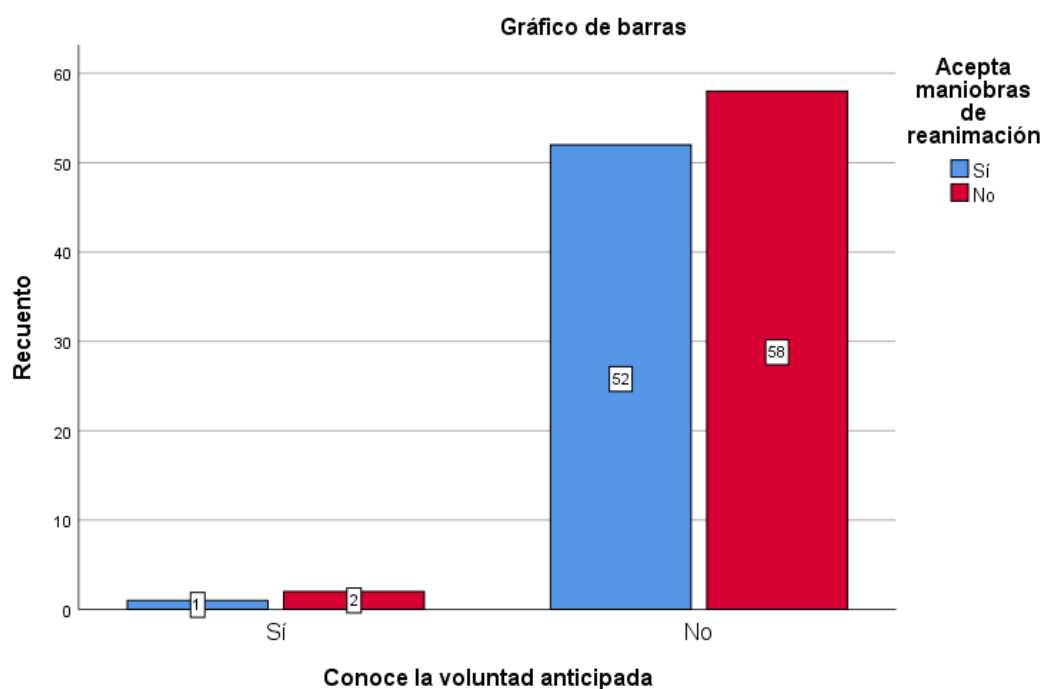
		Funcionalidad		Total	
		Independiente	Dependiente		
Conoce la voluntad anticipada	Sí	Recuento	1	2	3
		% del total	0.9%	1.8%	2.7%
	No	Recuento	39	71	110
		% del total	34.5%	62.8%	97.3%
Total		Recuento	40	73	113
		% del total	35.4%	64.6%	100%



Maniobras de reanimación cardiopulmonar y conocimiento del documento de voluntad anticipada.

Del total de expedientes clínicos incluidos en el estudio (113) un número de 60 expedientes (53.1%) reportaban que los pacientes no aceptaban maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada y de ellos 58 expedientes (51.3%) no tenían conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada.

			Acepta maniobras de reanimación		Total
			Sí	No	
Conoce la voluntad anticipada	Sí	Recuento	1	2	3
		% del total	0.9%	1.8%	2.7%
	No	Recuento	52	58	110
		% del total	46.0%	51.3%	97.3%
Total	Recuento	53	60	113	
	% del total	46.9%	53.1%	100%	



Discusión:

En el presente estudio se buscó exponer la baja prevalencia sobre el conocimiento del documento de voluntad anticipada en pacientes con necesidad de cuidados paliativos mayores de 70 años, los cuales se identificaron de acuerdo a los criterios indicados por la Norma Oficial Mexicana numero 011 publicada en 2014. De los 240 expedientes clínicos de pacientes hospitalizados entre el periodo de septiembre de 2021 a febrero de 2022, solo 113 cumplieron con los criterios de inclusión y de estos 113 (100%) solamente 3 pacientes tenían conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada (2.7%), los restantes 110 expedientes (97.3%) no tenían el conocimiento sobre dicho documento.

Asimismo se identificó que de los 113 expedientes clínicos, 98 expedientes clínicos reportaban que los pacientes tenían algún tipo de comorbilidad (86.7%), 90 expedientes tenían presencia de una enfermedad terminal (79.6%), 73 expedientes reportaban dependencia física (64.6%) y en 60 expedientes los pacientes no aceptaban maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada en caso de requerirse (53.1%).

Como se refiere en la bibliografía extranjera reportada, la baja prevalencia sobre el conocimiento del documento de voluntad anticipada (menor al 10%) también se presenta en nuestra población.

Conclusiones:

- De acuerdo a la transición demográfica, para el 2027 los adultos mayores serán el 15% de la población de México, esto es de suma importancia ya que con el incremento en la esperanza de vida también hay un incremento en la prevalencia de enfermedades crónica degenerativas y con esto mayor dependencia física lo que conlleva a mayor demanda en los servicios de salud y personal médico.
- El aumento en el número de enfermedades crónicas lleva a los pacientes a presentar un mayor número de complicaciones, en especial si son tratadas de forma tardía, dando así mayor probabilidad de presentar falta de respuesta a los tratamientos curativos.
- El artículo 166 Bis de la Ley general de salud habla sobre la prestación de cuidados paliativos a la población, con un mejor desempeño en los servicios de los médicos tratantes y el equipo sanitario, de tal manera que deberán estar debidamente capacitados técnica y humanamente.
- El poco conocimiento sobre los cuidados paliativos nos lleva a una desinformación general, lo que lleva a que se oferten de manera tardía, asimismo, la baja prevalencia sobre el conocimiento del documento de voluntad anticipada hace que los pacientes no planifiquen como es que quieren vivir su proceso de muerte con un mayor riesgo de no respetar la autonomía del mismo en el momento del fin de su vida y la presencia de futilidad médica.
- El saber sobre este tema nos lleva a reflexionar sobre la implementación de programas y campañas de información en la población sobre los cuidados paliativos para dar a conocer cuándo son requeridos y deben de ser llevados a cabo y con ello sensibilizar a los pacientes sobre la planificación del proceso de enfermedad mediante el conocimiento del documento de voluntad anticipada aún en plena consciencia de sus deseos y necesidades para así respetar su autonomía.

Referencias bibliográficas

1. Zheng R jun, Fu Y, Xiang Q fen, et al. Knowledge, attitudes, and influencing factors of cancer patients toward approving advance directives in China. *Support Care Cancer* [Internet]. 2016;24(10):4097–103.
2. Jimenez G, Tan WS, Virk AK, et al. Overview of Systematic Reviews of Advance Care Planning: Summary of Evidence and Global Lessons. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2018;56(3):436-459.e25.
3. Martínez-Hernández J. Ética en Cuidados Paliativos. [Internet]. Vol. 12, *Medicina paliativa*. 2005. 61 p.
4. Sociedad española de cuidados paliativos [Internet] España; 2014 [consultado 2022 Mar-01] Disponible en: https://secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal#DescargarDoc.
5. Detering KM, Buck K, Ruseckaite R, et al. Prevalence and correlates of advance care directives among older Australians accessing health and residential aged care services: Multicentre audit study. *BMJ Open*. 2019;9(1):1–9.
6. Fernández-Isla LE, Conde-Valvis-Fraga S, Fernández-Ruíz JS. Grado de satisfacción de los cuidadores principales de pacientes seguidos por los equipos de cuidados paliativos. *Semergen* [Internet]. 2016;42(7):476-81.
7. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG da, et al. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):591–601.
8. Hernández-Arellano F. El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*. 2006;7 (8): p.2-6.
9. Ganga S. Palabras de vida y muerte. 1era. España: Ediciones B;1999.
10. INEGI [Internet] México; 2022 [consultado 2022 Feb-20] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>
11. Smedbäck J, Öhlén J, Årestedt K, et al. Palliative care during the final week of life of older people in nursing homes: A register-based study. *Palliat Support Care*. 2017;15(4):417–24.
12. Akgün KM. Palliative and End-of-Life Care for Patients with Malignancy. *Clin Chest Med* [Internet]. 2017;38(2):363–76.
13. Marilaf Caro M, San-Martín M, Delgado-Bolton R, et al. Empathy, loneliness, burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enferm Clin* [Internet]. 2017;27(6):379–86.
14. Congedo M, Causarano RI, Alberti F, et al. Ethical issues in end of life treatments for patients with dementia: REVIEW ARTICLE. *Eur J Neurol*. 2010;17(6):774–9.
15. Márquez-Mendoza O, Olvera-García J, Ruiz-Peña S, et al. El final de la vida y las voluntades anticipadas. 1era. México: Ediciones Gedisa; 2017.

16. Diario Oficial de la Federación [Internet] México; 2014 [consultado 2022 Mar-15] Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5534718&fecha=14/08/2018
17. MacKenzie MA, Smith-Howell E, Bomba PA, Meghani SH. Respecting Choices and Related Models of Advance Care Planning: A Systematic Review of Published Evidence. *Am J Hosp Palliat Med*. 2018;35(6):897–907.
18. Coleman AME. End-of-life issues in caring for patients with dementia: The case for palliative care in management of terminal dementia. *Am J Hosp Palliat Med*. 2012;29(1):9–12.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet] Ginebra, Suiza; 2015 [consultado 2022 Mar-05] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
20. Instituto Nacional de las personas adultas mayores. Ley de voluntad anticipada: el derecho a una muerte digna [Internet] México; 2019 [consultado 2022 Feb-10] Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/ley-de-voluntad-anticipada-el-derecho-a-una-muerte-digna>
21. Buck K, Nolte L, Sellars M, et al. Advance care directive prevalence among older Australians and associations with person-level predictors and quality indicators. *Heal Expect*. 2021;24(4):1312–25.
22. Braun UK. Experiences with POLST: Opportunities for Improving Advance Care Planning: Editorial & Comment on: “Use of Physician Orders for Life-Sustaining Treatment among California Nursing Home Residents.” *J Gen Intern Med* [Internet]. 2016;31(10):1111–2.
23. Chen YH, Ho CH, Huang CC, et al. Comparison of healthcare utilization and life-sustaining interventions between elderly patients with dementia and those with cancer near the end of life: A nationwide, population-based study in Taiwan. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(12):2545–51.
24. Staats K, Christensen K, Grov EK, et al. Healthcare professionals’ perceptions of dignity-preserving care for older home-dwelling women with incurable cancer in Norway. *J Women Aging* [Internet]. 2021;00(00):1–15.
25. Marcia Angell, MD. El caso de Helga Wanglie: un nuevo tipo de caso del derecho a morir. *N Engl J Med* [Internet] 1991 [consultado 2022 Mar-28] Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199108153250712>
26. Yadav KN, Gabler NB, Cooney E, et al. Approximately one in three us adults completes any type of advance directive for end-of-life care. *Health Aff*. 2017;36(7):1244–51.
27. Evans N, Bausewein C, Meñaca A, et al. A critical review of advance directives in Germany: attitudes, use and healthcare professionals compliance. *Patient Educ Couns* 2012 jun; 87 (3): 277-88.

Anexo 1. Hoja de recolección de datos

Clave de registro:
Edad:

Sexo	Hombre	Mujer							
Estado civil	Casado	Soltero	Viudo						
Escolaridad	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura				
Religión	Cristiana	Testigo de jehová	Católica	Otra					
Comorbilidad	No	Si							
Enfermedad terminal	No	Si							
Funcionalidad	Independiente	Dependiente							
Pérdida de peso >10%	No	Si							
Conocimiento de documento de voluntad anticipada	Si	No							
Aceptación de maniobras de reanimación cardiopulmonar	Si	No							

Anexo 2. Solicitud de Excepción de la Carta de Consentimiento Informado

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación: Conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada en pacientes mayores de 70 años con necesidad de cuidados paliativos en el Hospital General del Centro Médico Nacional "La Raza" es una propuesta de investigación SIN RIESGO que implica la recolección de los datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Estado civil
- d) Escolaridad
- e) Religión
- f) Comorbilidad
- g) Enfermedad terminal
- h) Funcionalidad
- i) Pérdida de peso > 10%
- j) Conocimiento del documento de voluntad anticipada
- k) Aceptación de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS en apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo. La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo: Conocimiento sobre el documento de voluntad anticipada en pacientes mayores de 70 años con necesidad de cuidados paliativos en el Hospital General del Centro Médico Nacional "La Raza" cuyo propósito es producto comprometido (tesis, artículo, cartel, presentación, etc.) Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigente y aplicable.



Atentamente

Dr Josafat Francisco Martínez Magaña

Médico Geriatra adscrito al servicio de Medicina Interna

Hospital General Gaudencio González Garza CMN La Raza

Investigador Responsable