

Circular N° 33

Mayo de 2007

Publicación bimensual en español y portugués

Para cambiar su dirección de correo-e comuníquelo a
alcp_secretaria@arnet.com.ar

Ediciones anteriores disponibles en
<http://www.cuidadospaliativos.org/menu4.php?id=6>

Para ser dado de baja, haga clic en Un-subscribe
http://www.ymlp.com/u.php?Noticias_ALCP+alcp_secretaria@arnet.com.ar+carolinamonti@yahoo.com.ar

Contacto

Lic. Carolina Monti

Belgrano 141, (2900) San Nicolás, Buenos Aires, Argentina

Telefax: 54 3461 43-3351, correo-E: alcp_secretaria@arnet.com.ar

Si desea publicar en este medio un artículo que desee compartir,
por favor contacte a alcp_secretaria@arnet.com.ar

EQUIPO EDITORIAL

Editor General: Dr. Roberto Wenk (Argentina)

Traducción al Portugués: Dr. Roberto Bettega (Brasil)

Coordinación: Lic. Ana Carolina Monti (Argentina)

CONTENIDO

Actividad regional: *Unidad de Medicina Paliativa del Instituto Nacional de Pediatría de México.*

Columna de investigación # 9: *Estudios de caso: utilizando métodos mixtos en investigación.*

Artículo Regional 1: *Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras.*

Artículo Regional 2: *Encuesta sobre la utilización de directivas anticipadas en médicos del Hospital Dr. Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina.*

Artículo internacional: *Atención a los enfermos terminales en los Países Bajos con la Ley de la Eutanasia.*

ACTIVIDAD REGIONAL.

Unidad de Medicina Paliativa del Instituto Nacional de Pediatría de México.
"Programa de atención integral a niños con enfermedades en estado terminal".

Autores: Méndez Venegas J, Garduño Espinosa A, Niembro Zuñiga AM, Ham Mancilla O.

Fundamentos.

La asistencia de los enfermos que sufren una enfermedad en situación avanzada o terminal, es objeto de la atención creciente de los profesionales de la salud. Como consecuencia, aumenta la

demanda de formación profesional en Cuidado Paliativo (CP), disciplina que tiene como objetivo la asistencia de este grupo de pacientes.

También, afortunadamente, la administración va progresivamente tomando conciencia y dedica recursos (todavía tímidamente) para reducir el gran problema socio-sanitario que generan estos pacientes (cada vez más frecuentes); pero todavía no apoya decididamente las actividades docentes destinadas a la formación de profesionales.

La enfermedad que, por su alta frecuencia y frecuente incurabilidad puede requerir CP, es el cáncer.

En Septiembre de 1998, la Secretaria de Salud informo que la tasa de mortalidad infantil de ese año que era de 14.26 (y estimó para los siguientes dos años tasas de 13.25 y 12.11), y que la cuarta causa de estas muertes eran las enfermedades oncológicas.

Cuando planteamos nuestro proyecto de una unidad de CP pediátrico consideramos los siguientes aspectos:

- Las limitaciones que tiene la pediatría (incluyendo todos los avances tecnológicos con los que cuenta) frente a las condiciones terminales.
- La necesidad de reconocer el estado terminal para poder racionalizar los recursos materiales y humanos necesarios para la asistencia integral de los pacientes.
- Las condiciones socioeconómicas del país y la necesidad de resolver la asistencia en salud a todos los niveles.
- Lo que es posible ofrecer con el uso adecuado de los recursos, en el hospital o en domicilio, a los pacientes del Instituto en estado terminal (PET)

Considerando estos aspectos, esto es posible mediante un programa que proporcione información, educación y recursos técnicos para la asistencia en domicilio, previa evaluación medico-social, de pacientes en estado terminal. Con este modelo de asistencia se posibilita la reducción del sufrimiento de la unidad paciente-familia.

Objetivos.

- Informar y concienciar a los pacientes y familias sobre el estado Terminal.
- Informar y orientar, a los pacientes y familiares, sobre las ventajas de la asistencia en domicilio, cuando es posible.
- Modificar la conducta social ante la situación de enfermedad terminal.
- Optimizar los recursos hospitalarios y el buen uso del patrimonio familiar y de la sociedad.
- Prevenir los trastornos en la dinámica familiar, y sus efectos en la sociedad, de la situación de enfermedad terminal.
- Favorecer el diagnóstico y reconocimiento del estado terminal por el equipo de salud.
- Favorecer la toma de decisiones adecuadas de los familiares y del equipo de salud en situación de enfermedades terminales.
- Educar sobre el uso racional de los recursos familiares.

El programa.

Criterios de admisión.

- Pacientes en estado terminal, o con diagnóstico de enfermedad crónica con pocas posibilidades de sobrevida.
- Pacientes con condiciones familiares y económicas que permiten la asistencia en su domicilio.

Recursos humanos.

Área médica	Clínica del dolor Oncología Pediatría Cirugía
Área salud mental	Psico-oncología Psiquiatría

Área trabajo social	Trabajo medico social
Área hospitalaria	Enfermería Nutrición Inhaloterapia
Área familiar	Red de apoyo Asistencia privada.

Actividad.

En un año se brindó atención integral a aproximadamente 100 pacientes con diagnósticos oncológicos, neurológicos y de otras enfermedades. En este período se logró que el personal del Instituto reconociera el Programa como un servicio importante y necesario.

Este es un gran logro para los Cuidados Paliativos en América Latina y en particular para la pediatría en México, que acepta un nuevo equipo interdisciplinario para ofrecer a los niños con enfermedades crónicas una mejor calidad de vida.

Los interesados en obtener las referencias y más información sobre el programa, pueden solicitarlas a los autores.

[Resumido y adaptado por R. Wenk.](#)

Nota del Editor.

Felicitaciones por esta nueva gran iniciativa. Gracias por compartirla.

Sería muy útil para otros profesionales de Latino América que pudiesen generar y compartir información precisa sobre volumen de pacientes, diagnósticos, actividad asistencial, tiempos de tratamiento, etc.

La ALCP puede colaborar con la provisión de una base de datos sencilla desarrollada en Microsoft Access.

[Volver a Contenido.](#)

COLUMNA DE INVESTIGACIÓN # 9.

Estudios de caso: utilizando métodos mixtos en investigación.

Jorge H. Eisenclas
Coordinador Comisión Investigación de la ALCP
Correo-E: jeisen@fibertel.com.ar

*"[...] la investigación empírica avanza sólo cuando va acompañada del pensamiento lógico, y no avanza cuando es tratada como un esfuerzo mecánico"
(Yin, 1994).*

Frecuentemente en esta columna hemos hecho referencia a la importancia de refinar la pregunta de investigación como estrategia inicial ineludible para la realización de cualquier estudio. También nos hemos referido a la necesidad de volver siempre a dicha pregunta a medida que avanzamos en la redacción del protocolo de investigación. Es así que, en forma directamente dependiente de dicha pregunta elegiremos el diseño de estudio apropiado y la más adecuada estrategia para llevarlo a cabo.

Algunos diseños nos resultan, a quien más, a quien menos, bastante conocidos. Por ejemplo, todos sabemos a que nos referimos cuando hablamos de un ensayo clínico randomizado, de una encuesta o de un estudio cualitativo realizado a través de entrevistas en profundidad. Pero también, no infrecuentemente, todos corremos el riesgo de no poder contestar ciertas preguntas por desconocer algunos tipos de estrategias de investigación. No os preocupéis, que esto no ocurre solo en nuestra región sino también en países con tradición y recursos de investigación mayores que los nuestros.

Existen oportunidades en las cuales un diseño único resulta insuficiente para estudiar lo que deseamos investigar, debiendo entonces recurrir a un enfoque de métodos mixtos, en cuyo contexto merecen una mención especial los *estudios de caso* (no confundir con estudios abiertos de *serie de casos* ni con *estudio de caso* como instrumento pedagógico).

Siguiendo a Yin, el autor de referencia "obligatoria" cuando se habla de este tipo de estudios:

"el estudio de casos es una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real; en dicha investigación los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente visibles y se utilizan distintas fuentes de evidencia"

Funcionalmente, los estudios de caso constituyen una estrategia de investigación que hace foco en un caso en particular (un individuo, un grupo o una organización) y que utiliza una variedad de métodos para explorar fenómenos complejos en el contexto del caso, o casos.

Las organizaciones en general son entidades complejas, por lo cual más allá de la búsqueda de explicaciones causales, resulta necesaria la investigación de carácter exploratorio y comprensivo. En dicho contexto, los estudios de casos constituyen un método apropiado. Tal como escribe Mintzberg (1990) "Sea cual fuere el estado del campo, sea nuevo o maduro, toda investigación interesante explora".

Los diseños de estudios de caso resultan sobremanera pertinentes cuando:

- la pregunta de investigación se refiere al "cómo" y al "porqué"
- el investigador posee poco control sobre los eventos
- el foco de la investigación se centra en un fenómeno contemporáneo que tiene lugar en el contexto de la vida real, por lo cual sus límites con el contexto suelen no ser bien definidos
- los factores contundentes podrían resultar imposibles de controlar

Pensemos por ejemplo en un ensayo clínico controlado, donde el control debería idealmente acercarse al 100 %, versus un estudio que desea explorar cómo la configuración de un servicio influye sobre la calidad y adecuación del CP y la colaboración interdisciplinaria. Será imposible en este último caso controlar todas las variables, con lo cual el uso de las metodologías más frecuentes se verá empañado por la diversidad de variables confundentes.

La aproximación a los estudios de caso puede resultar ardua y a veces difícil de comprender, dado que algunos de sus patrones son hallados en otros métodos y diseños de investigación. Los estudios de caso pueden abreviar en métodos cuantitativos y cualitativos; utilizar datos recogidos en forma retrospectiva y prospectiva; realizarse bajo un marco teórico inductivo o deductivo, y tal como se mencionó previamente, pueden describir explicar o evaluar, y por si fuera poco, frecuentemente se triangulan los datos como forma de dar sentido a información proveniente de diversas fuentes. Y lo mejor de todo es que a menudo se realizan varias de estas cosas al mismo tiempo!

Así, los estudios de caso constituyen una estrategia más que una metodología, recurriendo al empleo de distintas metodologías de recolección de datos utilizadas de tal manera de responder a la pregunta de investigación. Una vez más parecería ser, y así es, que la pregunta de investigación es casi todo!

Tal como comenta Clark, las características complejas, multidisciplinarias, centradas en el paciente y contexto-dependiente del CP podrían hacer a los estudios de caso un enfoque de extrema utilidad. Tal situación se presenta cuando se intenta estudiar situaciones dinámicas, cuando se desea evaluar intervenciones complejas nuevas y emergentes, cuando existe variabilidad en las intervenciones en diferentes períodos de tiempo, o al existir problemas éticos relacionados con la randomización y el grupo placebo de control.

Existen diferentes diseños de estudios de caso:

- estudio de caso único (p. e.: servicio y su contexto)
- caso único anidado (número de pacientes con una misma condición tratados en un único hospital)
- diseños de casos múltiples (número de pacientes con una misma condición tratados en diferentes hospitales)
- diseños de casos múltiples anidados (número de pacientes diferentes en diferentes hospitales).

El objetivo de la utilización de esta estrategia de investigación es presentar en forma precisa una relación completa y exacta de la realidad, no pudiendo bajo ningún concepto omitir dato alguno, por lo que el investigador debe realizar un esfuerzo adicional para presentar fielmente toda la evidencia disponible.

Citando una vez más a Yin, puede decirse que uno de los principales prejuicios asociados a los estudios de casos es que sus conclusiones no son generalizables estadísticamente. Los estudios de casos no representan a una muestra de una población o de un universo concreto, lo cual hace que los mismos no sean generalizables estadísticamente sino a proposiciones teóricas, ya que el objetivo del investigador es ampliar y generalizar teorías - generalización analítica- y no enumerar frecuencias -generalización estadística-.

En la práctica, los estudios de caso han estado predominantemente asociados con evaluaciones de procesos, si bien también se han utilizado para documentar y analizar los resultados de diferentes intervenciones.

Algunos ejemplos de preguntas que pueden ser respondidas a través de un estudio de caso resultarían apropiados en este momento para imaginar a qué se refieren estos estudios:

- Investigar el rol de los hospitales de agudos en la provisión de CP a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Evaluación de un servicio de soporte en duelo provisto desde un hospice.
- Evaluación de los centros de día en 3 países de América Latina.

Un ejemplo de un estudio de caso.

Durante el Forum de Investigación de la EAPC que tuvo lugar en Venecia, Italia, el año pasado, S. Payne presentó un estudio de caso cuyo objetivo era *evaluar el rol de los hospitales de la comunidad en la provisión de CP a pacientes añosos.*

A través del estudio se intentó entonces:

- a. identificar el grado en que los hospitales de la comunidad estaban involucrados en la provisión de CP y cuidados en el final de la vida a la población añosa con cáncer avanzado y enfermedades no neoplásicas y
- b. examinar la naturaleza y calidad del cuidado brindado desde la perspectiva del paciente, sus familiares y el equipo de cuidados.
- c.

Resulta claro que, con estos objetivos en mente, debía recurrirse a distintas metodologías de investigación. El estudio fue dividido en 3 fases:

Fase I. - Encuesta a 478 hospitales de comunidad.

Fase II – Entrevistas con 30 enfermeras de un grupo de los hospitales encuestados

Fase III – *Estudios de caso* en profundidad de 6 hospitales a través de observación no participante, cuestionarios y entrevistas.

La decisión de utilizar una estrategia de estudio de casos durante la fase III estuvo relacionada con diversos aspectos, tales como la necesidad de tener una visión profunda de la provisión del servicio desde distintas perspectivas, el uso de múltiples fuentes de datos y de múltiples tipos de datos, la imposibilidad de controlar todas las variables, la complejidad de las organizaciones y el interés en el contexto en que el hospital estaba situado.

Los hospitales estudiados en la última fase de este proyecto no eran homogéneos en términos de número de camas, localización (urbana, rural) ni en la organización de los cuidados (liderados por un médico generalista, por un médico especialista, etc).

Si volvemos ahora al inicio de esta columna veremos que, por el tipo de pregunta a responder, resultaba atinado un estudio de caso, dado que en el estudio de Payne:

- la pregunta de investigación se refiere al “cómo” y al “porqué”
- el investigador posee poco control sobre los eventos
- el foco de la investigación se centra en un fenómeno contemporáneo que tiene lugar en el contexto de la vida real, por lo cual sus límites con el contexto suelen no ser bien definidos.
- los factores contundentes podrían resultar imposibles de controlar.

Una vez más, todo recae en la pregunta de investigación.

Hasta la próxima columna!

Jorge Eisenclas

Lectura recomendada.

Yin, R.K. (ed.) (2003). Case Study Research: design and methods (3rd edition) Thousand Oaks, CA: Sage.

[Volver a Contenido.](#)

ARTÍCULO REGIONAL 1.

Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras.

Autores: Almanza-Muñoz JJ, Holland JC.

Publicado en: Revista Nacional del Instituto de Cancerología 2000; 46(3), 196-206.

Disponible en <http://medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf>

Este artículo tiene como objetivo presentar una revisión general de la Psico-oncología, en cuanto a su desarrollo histórico y las áreas de trabajo principales. Los autores hacen un recorrido detallado de aspectos centrales en la atención psico-social al paciente con cáncer tales como:

1. los procesos de adaptación al cáncer
2. la comunicación de malas noticias
3. la identificación y valoración de problemas psico-sociales que requieren la atención profesional del paciente con cáncer y/o su familia
4. los trastornos psicológicos y psiquiátricos más comunes y las especificidades de su presentación en la población oncológica

5. los modelos terapéuticos de abordaje. Adicionalmente, se hace una reflexión acerca de temas relacionados con la supervivencia y adaptación a largo plazo y la educación e investigación en psico-oncología.

La relevancia de este artículo radica en que hace un recorrido fiel y claro sobre el estado actual de la Psico-oncología, desde la mirada de un clínico latinoamericano. Lo escogí con el fin de cada lector tenga la oportunidad de acercarse al campo de la psico-oncología con un material que ofrece una amplia revisión de la literatura científica y que abarca todos los temas de trabajo otorgando, a quienes trabajamos en el área, una visión general de las aproximaciones que se han empleado en el mundo.

Desafortunadamente, dado que la investigación y publicación de experiencias clínicas latinoamericanas es tan escasa, el artículo en muchos aspectos se limita a hacer una recapitulación de las experiencias y hallazgos de otros países y culturas. Nos enriquece con la visión internacional, pero nos deja sedientos de conocimiento acerca de nuestros avances y nuestras necesidades. Los invito a leer este artículo y reflexionar en torno al mismo y en torno a nuestra propia práctica. Espero que este sea un espacio de generación de nuevas propuestas y de un compartir científico en nuestra especialidad.

Artículo seleccionado y resumido por Alicia Krikorian,
Psicóloga, directora de la Comisión de Psico-oncología de la ALCP.

[Volver a Contenido.](#)

ARTÍCULO REGIONAL 2.

Encuesta sobre la utilización de directivas anticipadas en médicos del Hospital Dr. Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina.

Autores: Rodríguez A, Rey V, Bertolino M, Gisela F, Bunge S, Mammana G et al.
Correos-E: aleja82@hotmail.com y ucptornu-femeba@fibertel.com.ar

Antecedentes.

Se define como documento de directivas anticipadas aquel en el que el firmante expresa su voluntad acerca de la atención médica que desea o no recibir en caso de padecer una enfermedad progresiva irreversible e incurable que lo haya conducido a un estado en el que le sea imposible expresarse por sí mismo.

Objetivos.

1. Identificar dificultades o dilemas éticos en la toma de decisiones durante la atención de pacientes con enfermedad incurable, progresiva y en etapa avanzada.
2. Evaluar la opinión de los médicos de internación de un hospital general de agudos sobre las directivas anticipadas y la utilidad de incorporarlas en la historia clínica.

Métodos.

Estudio descriptivo transversal. Se confeccionó una encuesta (Anexo I) que fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética del Hospital. Se distribuyó en un solo día entre los profesionales médicos que desempeñan su función en las salas de internación; fue respondida en forma anónima.

Resultados.

Se distribuyeron 85 encuestas y 49 fueron respondidas; tasa de respuesta: 58% (49/85)
Características demográficas: mujeres 26 (53 %); hombres 23 (47 %); edad promedio: 36 años.

Especialidades: 25 clínicos; 7 terapistas; 6 cirujanos; 3 cardiólogos; otros 8.

Cargos: residentes 24 (49 %); jefes de sala 5 (10 %); médicos planta 14 (28,5%); otros 4 (8%); ND 1.

94 % (n 46) respondió que atienden a pacientes con enfermedades incurables; 74 % (n 34) manifestaron conflictos éticos en la toma de decisiones durante la asistencia de estos pacientes; 15 % (n 5) concurren al comité de ética para presentar los casos vinculados a estos conflictos.

Las repuestas sobre las causas de conflictos éticos fueron: iniciar RCP 59 % (n 20), mantener soporte vital 50 % (n 17), suspender fármacos 44 % (n 15), suspender alimentación 50 % (n 17), mantener hidratación 35 % (n 12).

A la pregunta sobre si alguna vez analizaron con los pacientes estos temas, 32% (n16) respondió que si.

Catorce (87.5 %) profesionales analizaron con el paciente iniciar RCP, 9 (56.5 %) mantener soporte vital, 9 (56.5 %) suspender fármacos, 7 (43.5 %) suspender alimentación y 7 (43.5%) mantener hidratación.

Treinta y cinco (76 %) profesionales hablaron con los familiares sobre estos temas; 26 (74 %) analizaron iniciar RCP, 24 (68.5 %) mantener soporte vital, 16 (46 %) suspender fármacos, 17 (48.5 %) suspender alimentación y 12 (34%) mantener hidratación.

67 % de los profesionales encuestados recomendaría la incorporación del testamento vital en historia clínica y 82 % cree que debe ser debatido el tema a nivel institucional; el 37 % opina que los ayudaría a tomar decisiones.

Discusión.

La atención de pacientes con enfermedades incurables en las salas de internación es un hecho frecuente y la mayoría de los profesionales enfrenta con alta frecuencia conflictos éticos en la toma de decisiones.

Habitualmente, las decisiones sobre las medidas de soporte vital se toman después de que los pacientes han perdido su capacidad de expresar su voluntad; en nuestro estudio se observa que se analizan con más frecuencia con los familiares los temas relacionados al final de la vida, aunque un importante número de profesionales incorporan a los pacientes en la toma de decisiones.

Los temas relacionados con directivas anticipadas y toma de decisiones el final de la vida suscitaron interés y necesidad de análisis entre los profesionales encuestados; creemos necesario repetir la encuesta con un mayor número de médicos e incorporar otras preguntas p.e. la frecuencia de deliberación de temas éticos con pacientes y familiares.

Anexo I. ENCUESTA.

Datos:		
Edad:	Sexo: M/F	Religión:
Especialidad:		
Medico de planta	Residente	Jefe de sala
1. Usted ha atendido pacientes con daño cerebral severo e irreversible, o tumor maligno diseminado e incurable, o enfermedades degenerativas del sistema nervioso o del sistema muscular en fase avanzada; demencias seniles o similares u otras de gravedad comparables con las anteriores? SI/NO		
2. Ha experimentado usted conflictos éticos en la toma de decisiones en la atención de estos pacientes? SI/NO		
3. Cual/les han sido el ó los principales temas en esos conflictos?		
a. Iniciar reanimación cardio-pulmonar		
b. Mantener técnicas de soporte vital: asistencia respiratoria mecánica, diálisis		
c. Suspender los fármacos considerados fútiles		
d. Suspender la alimentación artificial		

<p>e. Mantener los fluidos parenterales d. Otros (especifique):</p>
<p>4. Ha presentado usted al Comité de Ética del Hospital casos con los temas vinculados en las preguntas 3 o 4? SI/NO</p>
<p>5. Usted ha analizado alguna vez con el paciente algún tema enunciado en la pregunta 3? SI/NO <u>Cual/les?:</u> a. Iniciar reanimación cardio-pulmonar b. Mantener técnicas de soporte vital: asistencia respiratoria mecánica, diálisis c. Suspender los fármacos considerados fútiles d. Suspender la alimentación artificial e. Mantener los fluidos parenterales d. Otros (especifique):</p>
<p>6. Usted ha analizado alguna vez con la familia del paciente algún tema enunciado en la pregunta 3? SI/NO <u>Cual/les?:</u> a. Iniciar reanimación cardio-pulmonar b. Mantener técnicas de soporte vital: asistencia respiratoria mecánica, diálisis c. Suspender los fármacos considerados fútiles d. Suspender la alimentación artificial e. Mantener los fluidos parenterales d. Otros (especifique):</p>

Se entiende por testamento vital o documento de voluntades anticipadas aquel en el que el firmante expresa aquello que representa su voluntad acerca de las atenciones medicas que desea recibir, o no, en caso de padecer una enfermedad progresiva irreversible e incurable y que lo haya conducido a un estado en el que le sea imposible expresarse por si mismo. En ese documento, la persona puede también designar a un representante, que es el interlocutor valido y necesario con el medico o el equipo sanitario, para que la sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por si misma.

<p>7. Recomendaría Ud. la incorporación de voluntades anticipadas en la historia clínica? SI/NO/NO SE Comentario:</p>
<p>8. Cree Ud. que la incorporación de voluntades anticipadas en la historia clínica debe ser debatida en esta institución? SI/NO/NO SE Comentario:</p>
<p>10. Cree Ud. que la presencia de voluntades anticipadas en la historia clínica lo ayudaría a tomar decisiones en las situaciones enunciadas en las preguntas 1, 2 y 3? SI/NO/NO SE Comentario:</p>

Los interesados en obtener las referencias pueden solicitarlas a los autores.

[Volver a Contenido.](#)

ARTÍCULO INTERNACIONAL.

Atención a los enfermos terminales en los Países Bajos con la Ley de la Eutanasia.

Autores: van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting MH, van Delden JJM, Hanssen-de Wolf JE et al.

Publicado en The New England Journal of Medicine 2007; 356(19):1957-1965.
Disponible en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/356/19/1957>

Antecedentes.

En el año 2002 entró en vigor en los Países Bajos una ley que regula la finalización de la vida por parte de un médico a petición de un paciente que padezca un sufrimiento insoportable. En 2005 llevamos a cabo un estudio de seguimiento de la eutanasia, el suicidio asistido por un médico y otras prácticas terminales.

Métodos.

Enviamos cuestionarios por correo a los médicos que habían atendido a 6860 fallecimientos identificados mediante certificados de defunción. El índice de respuesta fue del 77,8%.

Resultados.

En 2005, de todas las muertes acaecidas en los Países Bajos, el 1,7% se produjeron como consecuencia de una eutanasia y el 0,1% como consecuencia de un suicidio asistido por el médico. Estos porcentajes eran significativamente inferiores a los observados en 2001, año en el que el 2,6% del total de los fallecimientos fue consecuencia de una eutanasia y el 0,2% de un suicidio asistido. De todas las muertes, el 0,4% fueron el resultado de la finalización de la vida sin una solicitud explícita por parte del paciente. La sedación profunda continua se utilizó junto con una posible aceleración de la muerte en el 7,1% de los fallecimientos en 2005, un aumento significativo en comparación con el 5,6% del año 2001. En el 73,9% del total de los casos de eutanasia o suicidio asistido que se produjeron en 2005, se puso fin a la vida con relajantes neuromusculares o barbitúricos; en el 16,2% de los casos se utilizaron opiáceos. En 2005 se notificaron el 80,2% de los casos de eutanasia o suicidio asistido. Existían más probabilidades de que los médicos comunicaran sus prácticas terminales si las consideraban un acto de eutanasia o suicidio asistido, lo cual apenas ocurría cuando se usaban opiáceos.

Conclusiones.

Tras la entrada en vigor de la Ley de la Eutanasia en los Países Bajos se produjo una ligera disminución en las tasas de eutanasia y suicidios asistidos por un médico. Dicha disminución puede derivarse de la mayor aplicación de otras intervenciones terminales, como la sedación paliativa.

Se pueden solicitar copias del artículo a a.vanderheide@erasmusmc.nl