



Nombre de alumno: Axel Rodrigo Hernández

Nombre del profesor: DR. Sergio Jiménez Ruiz

Nombre del trabajo: control de lectura

Materia: antropología medica II .

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 2do.

Grupo: A

Encarnizamiento Terapéutico

El llamado encarnizamiento terapéutico, es una expresión coloquial popularizada por la media de comunicación social en la lengua románica, que traduce de manera poco afortunada el término más académico de obstinacia, palabra de origen griego que significa muerte difícil o angustiosa. En el vocabulario se utiliza la palabra obstinancia para indicar la utilización en el proceso de morir de tratamientos que no tienen más sentido (para prolongación de la vida biológica del paciente). La traducción hace la literatura inglesa del problema que tratamos es la de prolongación in necesaria o pútil de la media de soporte vital, esta aceptación, no abarca suficientemente la situación tan frecuente, en situación irrobabil, pero no terminal, los factores causales. Obviamente los factores causales de la conducta obstinada terapéutica son el convencimiento acético de algunos médicos de que la vida biológica es un bien por el que se debe luchar al margen de consideración sobre la calidad de esa vida y que al fin daro realizarse todo lo posible que la técnica ofrece. 2 adaptación de medidas terapéuticas que contemplan mal los aspectos científicos de la enfermedad que al enfermo afectado de un proceso irrobabil o la ignorancia o desprecio del derecho del paciente o de su representantes legales o familiares, e su nombre - a rechazar el inicio o continuación de tratamientos médicos que prolongan en sufrimiento del enfermo un bien o la agonía del paciente terminal y la angustia del médico ante el recurso.

Las consecuencias de las conductas duras de
causar dolor y sufrimiento innecesario a pacientes
y familiares, reflexión de los cuidados y
pacientes con la necesidad de contar con
apoyo legal para proteger con lo
que se consideren un dolor incontrolado
de los médicos en el tratamiento de los
médicos en el tratamiento de los enfermos.
Creación de un clima favorable de
disponibilización de la asistencia actual
al valor que es mayor la muerte en el
sufrimiento, disminución de la confianza
en los médicos en la asistencia hospitalaria,
en la prevención consideramos las siguientes
medidas como las más eficaces para prevenir
las conductas duras: respetar el derecho
de los pacientes o representantes de
aceptar o rechazar un tratamiento, poder
ayudar la protección de fomentar a la
funcionamiento de mantener a la función
del consentimiento (ver) sobre la comprensión
de la demanda que se puede promover la función
pueden ayudar la protección o de su representa-
tante de aceptar según las normas de
información y comunicación correctas del
paciente y cuando ello no sea posible
quien puede representar mejor sus intere-
ses, velar por la mejora de la docencia
o la facultad de medicina sobre el
correcto tratamiento del dolor insuportable
en el dolor y responsabilidad de con respecto

el fracaso terapéutico y resistencia a aceptar
muerte del paciente, la dificultad del pronóstico
la experiencia del médico, las circunstancias del
paciente (edad, prestigio, responsabilidad, familiar
sociedad política etc. pueden alimantar por
tiempo excesivo la ilusión de que la muerte
de procesos que lleva a la muerte se detendrá que
o cambie de sentido, mejorado el pronóstico
factores predisponentes son factores predisponentes
de actitud y conductas distorsionadas, la por
exigencia de los familiares de que se haga todo lo
necesariamente posible o incluso imposible para
salvar la vida del paciente por falta de
comunicación con entre el equipo asistencial
y la familia en relación con los deseos en
pacientes expresados antes del estado inconstante
la juventud del paciente y circunstancias que
hacen particularmente difícil el pronóstico respecto
a la posibilidad de supervivencia y la calidad de
vida. La práctica muy extendida e incluso en
algunos casos (consciente) sin duda de aplicar por
protocolos terapéuticos inadecuados con el consenso
de grupo plurihospitalario que contemplan trata-
miento con personas con segundos y terceros de
recursos de enfermedades neoplásicas irreversibles
comportan un grado de toxicidad no de despre-
siable y necesidad de múltiples controles de
síntomas amenables los pacientes a sufrimiento
intenso equiparable a lo de la propia enfermedad
en casos extremos podemos hablar de un fracaso
moderado del proceso del morir.

Referencia

<https://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>