



Universidad del Sureste



Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Antropología Medica II

Trabajo:

Control de lectura

Docente:

Dr. Jiménez Ruiz Sergio

Alumna: ALUMNOS POR EDUCAR

Espinosa Alfonso Margarita del Carmen

Semestre y grupo:

2° "A"

Comitán de Chiapas a 05 de Junio del 2020

4 UNIDAD

Antropología
03 Junio 20

<https://www.sanfyce.es/pdf/GdT->

TERAPIA DE ENCARNIZAMIENTO. BB/201027.pdf.

• Definición. Encarnizamiento terapéutico: Es una expresión coloquial popularizada por los medios de comunicaciones social, en las lenguas románicas.

En el vocabulario de la ética se utiliza (distansia) para indicar la utilización en el proceso de morir de tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente.

Implica una intencionalidad o por lo menos, conciencia de que se trata de algo inmoral, que no se corresponde a la mayoría de los casos con la intención del médico.

Factores causales de la conducta distansia u obstinación terapéutica son las siguientes.

1º Convenimiento de algunos médicos de que la vida biológica es bien por el que se debe luchar, deben utilizar todas las posibilidades que la técnica ofrece.

2º Adopción de medidas terapéuticas que contemplan más los aspectos científicos de la enfermedad que al enfermo.

3º Ignorancia o desprecio del derecho del paciente -o de sus representantes legales o familiares.

4º Angustia del médico ante el fracaso terapéutico y resistencia a aceptar la muerte del paciente.

Factores predisponentes, de actitudes y conductas distansias la existencia de los familiares de que hagan todo lo humanamente posible, o incluso imposible, para salvar la vida del paciente, la falta de comunicación entre el equipo asistencial y la familia. * La presión que se efectúa para la introducción de nuevos fármacos, de eficacia altamente discutible "a priori" concluye en gran medida a facilitar situaciones. Objetivos de especialidad de atención por las razones. 1. médicos intensivistas, son los que probablemente re-

1- Reciben más presiones por parte de los familiares del paciente.

2- Son especialistas muy bien entrenados para trabajar eficazmente contra graves lesiones.

3- Reciben las quejas más duras, cuando las cosas no salen como se hubiera deseado.

Además de algunos pacientes que ingresan en UCI, consideramos que también tienen alto riesgo de recibir tratamientos inútiles o desproporcionados.

a) Niños muy prematuros, de muy bajo peso al nacer y pocas semanas de gestación (< 26 semanas y < 650 g de peso).

b) Pacientes crónicos con historias clínicas graves y remisiones.

c) Pacientes terminales, entre ellos, pacientes oncológicos en situación terminal y los enfermos de SIDA.

d) Pacientes tetrapléjicos, pacientes con enfermedades de evolución lenta.

e) Pacientes con grave deterioro psíquico afecto de patologías tipo Alzheimer.

f) Pacientes inconscientes, en estado vegetativo persistente o permanente.

Como consecuencia de las conductas.

1- Causar dolor y sufrimiento innecesario a pacientes y familiares.

2- Reflexión de los ciudadanos y pacientes sobre la necesidad de contar con apoyo legal para protegerse de lo que se considera poder incontrolado.

3- Creación de un clima favorable a la despenalización de la eutanasia activa al valorar que es mejor la muerte que el sufrimiento prolongado.

4- Disminución de la confianza en médico y en la asistencia hospitalaria.

Prácticas médicas científicamente correcta y correcta decisión ética, por lo hecho que se da la necesidad competencia profesional, creemos conveniente formular unos principios fundamentales, actitudes y conductas, más en consonancia con la práctica correcta de la profesión médica.

Estado vegetativo persistente o (EVP).

Dada la importancia de estos cuadros clínicos y la trascendencia de las decisiones a tomar ante estos casos, este documento cree necesario pronunciarse al respecto. Estar despierto, pero inconsciente, es neurologicamente el resultado

del funcionamiento del tronco encefálico aún cuando exista una pérdida total irreversible de las funciones de la corteza central.

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0=k2f5xq=tempia+de+encarnizamiento
Los recientes procesos de la ciencia repercuten de manera creciente en la práctica médica, en particular en lo que se refiere al cuidado de enfermos graves y moribundos.

Así, el enfermo agonizante en su lecho, que necesita consuelo en el trance de muerte, es persona, y es razón de nuestro ejercicio profesional.

El término de la vida no es solo un proceso biológico, que acontece al organismo que el hombre es, sino algo respecto de lo cual el hombre adopta una postura y desarrolla una conducta.

Es cierto que los médicos no son responsables de la muerte, pero sí de las circunstancias a través de las cuales ella se presenta. Es importante que como médicos, adquiramos conciencia de nuestra propia muerte, para poder ayudar a morir de una forma más humana. Si defendemos la calidad de vida, también con la misma fuerza y orientación defendere mos la calidad humana de la muerte.

Una primera y fundamental, en todos los temas relacionados con el final de la vida y con la muerte, es que consideren que las decisiones sobre la vida y la muerte han de ser tomadas en condiciones de certeza, y cualquier cosa menor que ella resulta inasumible, por inhumana.

Siempre resulta posible efectuar un acto médico más en el transcurso de una enfermedad, cualquiera que sea su evolución o pronóstico. Que un acto médico sea posible no significa que sea bueno, y mucho menos razonable. La posibilidad indica solo que es factible; en

campos, la razonabilidad implica la consideración de su racionalidad y su condición de no excesivo. El concepto de razonabilidad integra el significado preciso del término futilidad y no lo sustituye.

First-page-pdf.

Definición como la inapropiada prolongación del proceso de morir, utilizando cualquier medio necesario. Algunos autores discrepan de este término, ya posee matices de ensañamiento o lo que es lo mismo intención del término alternativos

o Es actitud ante la enfermedad que se ve favorecida por factores socioculturales, factores propios de pacientes y sus familiares y factores que afectan al personal sanitario. La actitud para evitarlo deberá ajustarse a cada caso particular.

Bibliografía

Dr. Jordi Sans Sabrafen y Dr. Francesc Abel Fabre. 2005, OBSTINACION TERAPEUTICA. *Documento academica de medicina cataluña*. Recuperado 03 de Junio del 2020. PDF.

Diego Severiche Hernandez.2000. ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO. *Scholar*. Recuperado el 03 de junio del 2020. PDF.

M Nabal, M León, J Porta. 2005. ENCARZINAMIENTO TERAPÉUTICO: COMO EVITARLO. Cap 9. *ScienceDirect*. Recaudado el 03 de Junio del 2020. PDF

