



**Universidad del Sureste**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Materia:**

**Antropología Médica**

**Trabajo:**

**Obstinación Terapéutica**

**Docente:**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Dr. Jiménez Ruiz Sergio**

**Alumno:**

**Diego Lisandro Gómez Tovar.**

**Semestre y grupo:**

**2º "B"**

**Comitán de Chiapas a 05 de junio del 2020**

## Obstinación terapéutica.

06/06/2020

Se trata de un tema amplio preocupante en nuestra sociedad, sobre todo en las enfermedades terminales, (eutanasia activa). Por otra parte la distanacia, más frecuente motivo de sufrimiento innecesario para el paciente, donde participa la administración de medicamentos innecesarios que pueden empeorar la calidad de vida de los pacientes. El término encarnizamiento terapéutico se popularizó por los medios de comunicación social (distanacia, que significa muerte difícil o angustiosa). término utilizado para indicar el mal uso de tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente, suprime la intencionalidad maliciosa de causar daño, implícito en la palabra encarnizamiento. Por todo ello se cree que la expresión más adecuada es "Obstinación terapéutica". Factores causales: 1) convencimiento acrítico de algunos médicos de que la vida biológica es un bien por el que se debe luchar. 2) Adopción de medidas terapéuticas que contemplan más los procesos científicos de la enfermedad que al enfermo. 3) Ignorancia o desprecio del derecho al



paciente o de sus representantes legales o familiares en su nombre a rechazar el inicio o continuación de tratamientos médicos. 4) Angustia del médico ante el fracaso terapéutico y resistencia a afectar la muerte del paciente (edad, prestigio, responsabilidad familiar, social o política). Factores predisponentes. Actitudes y conductas distancistas, la exigencia de los familiares de que se haga todo lo humanamente posible, o incluso imposible, para salvar la vida del paciente. La práctica muy extendida y en algunos casos beneficiosas, de aplicar protocolos terapéuticos, introducidos en el consenso de grupos plurihospitalarios. En casos extremos podemos hablar de una auténtica "medicalización del proceso de morir". La presión que se efectúa para la introducción de nuevos fármacos, de eficacia altamente indiscutible. Consecuencias: 1) causar dolor y sufrimiento innecesario a pacientes y familiares 2) Reflexión de los ciudadanos y pacientes. 3) Creación de un clima favorable a la despenalización de la eutanasia activa. 4) Disminución de la confianza de los



médicos y en la asistencia hospitalaria.

Prevención: 1) Respetar el derecho de los pacientes o de sus representantes de aceptar o rechazar un tratamiento. 2) Información y comunicación correctas al paciente. 3) Velar por la docencia en las facultades de medicina. Práctica médica científicamente correcta y correcta decisión ética mantener la competencia necesaria profesional. Principios. 1) No todos los tratamientos que prolongan la vida biológica benefician al paciente. 2) Se debe buscar en primera instancia el beneficio del paciente. 3) No debe iniciarse o debe interrumpirse un tratamiento cuando su inicio no tiene sentido. 4) El médico debe cumplir siempre los exigencias éticas. 5) Deben aplicarse cuidados paliativos de calidad y por profesionales calificados. 6) Debe hacerse con especial cuidado y redacción la historia clínica del paciente. Estado Vegetativo persistente o permanente. (EVP) Cuadros clínicos permanentemente descritos en 1972 por Brian Jennet. Estar despierto pero inconsciente, es neurológicamente el resultado del funcionamiento del tronco encefálico aún cuando exista una pérdida total irreversible de las funciones de la cerebral.

**BIBLIOGRAFIA:**

(Dr. Jordi Sans Sabrafen (q.e.p.d.) y Dr. Francesc Abel Fabre, 2005)