



Nombre del alumno: Jhoana Guadalupe Arreola Mayorga

Nombre del profesor: Sergio Jiménez Ruíz

Nombre del trabajo: Terapia de encarnizamiento médico

Materia: Antropológica médica II

Grado: 2do semestre Medicina Humana

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de junio del 2021

Terapia de encarnizamiento médico

Obstinación terapéutica

Dr. Jordi Sans Sabrafen y Dr. Francesc Abel Fabre

Es una preocupación grande la aparición de enfermedades irreversibles y terminales, se relaciona con la eutanasia activa. Por otro lado, una situación más frecuente y que causa sufrimiento innecesario es la "distanacia", caso contrario a la eutanasia, y consistente en la aplicación no justificada en algunos pacientes, de tratamientos que en lugar de beneficiar, empeoran su calidad de vida más que la propia enfermedad. Por esta misma razón, no es extraño que la distanacia sea muchas veces una causa de la eutanasia y por ello, se requiere de una consideración seria y rigurosa.

Definición.

El "encarnizamiento terapéutico", una expresión coloquial para denominar a la "distanacia", proveniente del griego que significa "muerte difícil o angustiosa". En la ética se emplea este término para nombrar la práctica durante el proceso de muerte el uso de tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente. Para la aplicación de la distanacia debe considerarse que se trata de algo inmoral y que no corresponde en la mayoría de los casos la intención del médico. Comprende la prolongación innecesaria de los medios de soporte vital. Esta práctica se origina a la situación frecuente de pacientes con enfermedad irreversible pero no terminal con terapias potentes que analizan los aspectos científicos de la enfermedad por encima de la calidad de vida del paciente que la padece. El último concepto mencionado se ajusta más al significado que se le quiere dar a la distanacia, ya que anula la intención de causar daño como se señala en la palabra "encarnizamiento". Sin embargo, esta visión no corresponde con la

realidad, no hace justicia a los médicos, ni adapta en todos los casos la prolongación del proceso de morir. Por ello, se analiza que la expresión más adecuada es "obstinación terapéutica".

Factores causales

Los factores causales de la conducta distanciosa u obstinación terapéutica son:

- 1.- El convencimiento de algunos médicos de que la vida biológica y su mantenimiento es un hecho por el cual se debe luchar, sobre las consideraciones de la calidad de vida y que al final deben utilizarse todas las posibilidades técnicas que existen a manera de su preservación.
- 2.- La aceptación de medidas terapéuticas que se centran en los aspectos científicos de la enfermedad del paciente, que sufre de un proceso irreversible.
- 3.- Ignorancia e indiferencia hacia los derechos del paciente, involucrando las representaciones legales o familiares, con el que el paciente puede rechazar el inicio o continuación de los tratamientos y terapias que prolonguen el sufrimiento del enfermo y la agonía de la enfermedad terminal.
- 4.- La angustia del médico ante el fracaso terapéutico y la resistencia a aceptar la muerte del paciente. Existe ciertos factores que pueden influir por un largo tiempo la ilusión de que la evolución del proceso que lleva a la muerte se detendrá o modificará, mejorando el pronóstico (como la dificultad del pronóstico, la experiencia del médico, las circunstancias del paciente como la edad, y responsabilidad familiar, social o política, etc).

Factores predisponentes

Algunos factores que pueden predisponer las conductas distanciosas son

la exigencia de los familiares de que se haga todo lo posible e incluso hasta lo imposible para salvar la vida del paciente; la falta de comunicación entre el equipo de profesionales de salud y la familia, en relación con los deseos del paciente expresados antes del estado inconsciente; la juventud del paciente y circunstancias que dificultan el pronóstico respecto a las posibilidades de supervivencia y calidad de vida.

Algunos de los pacientes que tienen alto riesgo de recibir tratamientos inútiles son los siguientes:

- a) Niños pretérmino, de bajo peso al nacer y pocas semanas de gestación.
- b) Pacientes crónicos con historias clínicas graves.
- c) Pacientes terminales
- d) Pacientes tetraplégicos; pacientes de evolución lenta, que requieran de respiración asistida, nutrición artificial enteral o parenteral.
- e) Pacientes con un gran deterioro psíquico.
- f) Pacientes inconscientes en estado vegetativo crónico.

Consecuencias.

Entre las consecuencias de las conductas distorsionadas se puede encontrar:

- 1.- Dolor y sufrimiento innecesario en pacientes y familiares.
- 2.- El entendimiento de los ciudadanos y pacientes sobre la necesidad de apoyo legal para protegerse del poder incontrolado del tratamiento.
- 3.- Creación de un ambiente favorable para la despenalización de la eutanasia, al valorar que es mejor la muerte que el sufrimiento.
- 4.- Disminución de la confianza a médicos y asistencia hospitalaria.

Prevención

Para prevenir esta clase de conductas a continuación se presentan algunas medidas:

- Respetar el derecho de los pacientes o representantes en caso de estar inconscientes.

- Informar de manera adecuada al paciente sobre su estado de salud y posibilidades terapéuticas
- Mejorar la docencia en las facultades de ciencias de la salud para el correcto tratamiento del dolor.

Práctica médica científicamente correcta y correcta decisión ética.

Ya que en la actualidad existe una gran competencia médica con esta práctica, se anotan los siguientes principios y conductas:

Principios:

- No todos los tratamientos que prolongan la vida resultan de beneficio para el paciente.
- El beneficio del paciente tiene prioridad ante cualquier otro objetivo.
- El médico debe cumplir las exigencias éticas y legales del consentimiento informado.
- Deben aplicarse cuidados paliativos de calidad por profesionales competentes.
- Se debe redactar y elaborar correctamente la Historia Clínica del paciente.

Actitudes y conductas:

- 1.- Debe respetarse en todo momento el derecho del paciente a rechazar algún tratamiento. Debe respetarse la autonomía del paciente.
- 2.- Nadie se encuentra obligado a someterse a tratamientos desproporcionados para preservar la vida.
- 3.- Una vez el médico se ha convencido de la futilidad de un tratamiento, tiene el deber ético de no continuarlo si con ello prolonga la agonía del paciente.
- 4.- La valoración del respeto a la autonomía del paciente no puede anular el deber médico de procurar su bien de forma competente.
- 5.- El temor que generan las neoplasias pueden disminuir la libertad del ejercicio de esta autonomía. El médico no debe silenciar que la apli-

cación de ciertos tratamientos comporta la multiplicación de ingresos hospitalarios o de actos médicos, diagnósticos y terapéuticos.

6.- En el caso de neoplasias irreversibles es necesario que los pacientes y sus familias conozcan las ventajas e inconvenientes del procedimiento terapéutico que se elige.

7.- Algunos pacientes afectados por enfermedades incurables no se ven beneficiados por tratamientos considerados por la comunidad científica.

Estado Vegetativo Persistente o Perenne (EVP).

Referencias

Sans Sabrafen J., y Fabre F. A. (28 de junio de 2005) Obstinación terapéutica. Real academia de Medicina de Cataluña. Recuperado de: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>