



MEDICINA HUMANA

Nombre del alumno: Sanchez Chanona Jhonatan

Docente: Jiménez Ruiz Sergio

Nombre del trabajo: "Terapia de encarnizamiento médico"

Materia: Antropología Medica II

Grado: 2°

Grupo: "B"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de junio de 2021.

TERAPIA DE ENCARNIZAMIENTO MÉDICO

El llamado "encarnizamiento terapéutico" es una expresión coloquial popularizada por los medios de comunicación social, en las lenguas románicas, que traduce de manera parcial aunque expresiva, el término más académico de "distanasia" que significa "muerte difícil" o "angustiosa". Consideramos que la expresión de encarnizamiento terapéutico implica una intencionalidad o por lo menos, conciencia de que se trata de algo inmoral, que no se corresponde en la mayoría de casos con la intención del médico. La traducción que hace la literatura inglesa del problema que tratamos, es la de prolongación innecesaria o fútil de los medios de soporte vital. Este concepto se ajusta más al significado de distanasia, ya que suprime la intencionalidad maliciosa de causar un daño, implícito en la palabra "encarnizamiento".

Factores causales. Los factores causales de la conducta distanásica u obstinación terapéutica son:

- 1: Convencimiento acritico de algunos médicos de que la vida biológica es un bien por el que se debe luchar, al margen de consideraciones sobre la calidad de esa vida y que, a tal fin, deben utilizarse todas las posibilidades que la técnica ofrece.
- 2: Adopción de medidas terapéuticas que contemplan más los aspectos científicos de la enfermedad que al enfermo, afectado de un proceso irreversible
- 3: Ignorancia o desprecio del derecho del paciente

o de sus representantes legales o familiares en su nombre, a rechazar el inicio o continuación de tratamientos médicos que prolonguen el sufrimiento del enfermo crítico o la agonía del paciente terminal.

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

Factores predisponentes.

La exigencia de los familiares de que se haga 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 juventud del paciente y circunstancias que hacen particularmente difícil el pronóstico respecto a las posibilidades de supervivencia y calidad de vida. Los pacientes con mal pronóstico ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos de hospitales de referencia, consideramos que son objetos de especial atención. Además de algunos pacientes que ingresan en UCI, consideramos que también tienen alto riesgo de recibir tratamientos inútiles o desproporcionados, los siguientes:

a) Niños prematuros de muy bajo peso al nacer y pocas semanas de gestación (menos de 26 semanas y por debajo de 650 gramos de peso).

b) Pacientes crónicos con historias clínicas graves y remisiones, cuando entran en procesos irreversibles.

c) Pacientes terminales

d) Pacientes tetraplégicos (enfermedades de evolución lenta, necesidades de respiración asistida, nutrición artificial enteral o parenteral).

e) Pacientes con gran deterioro psíquico efectos de patologías tipo Alzheimer u otras enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central (SNC).

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

Consecuencias. 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 un poder incontrolado de los médicos en el tratamiento de los enfermos; 3) Creación de un clima favorable a la despenalización de la eutanasia activa al valor que es mejor la muerte que el sufrimiento inútil; 4) Disminución de la confianza en los médicos y en la asistencia hospitalaria.

Prevención: Respetar el derecho de los pacientes o de sus representantes de aceptar o rechazar un tratamiento, Información y comunicación correctas al paciente. Velar por la mejora de la docencia en las Facultades de medicina sobre el correcto tratamiento del dolor, insistiendo en el deber y responsabilidad de controlarlo correctamente.

Práctica médica científicamente correcta y correcta decisión ética.

Principios: No todos los tratamientos que prolongan la vida biológica resultan humanamente beneficiosos para el paciente. El beneficio del paciente tiene prioridad estrictamente en procesos patológicos. El médico debe cumplir siempre las exigencias éticas y legales del consentimiento informado. Debe aplicarse cuidados paliativos de calidad y por profesionales competentes.

Actitudes y conductas

- 1) Debe respetarse el derecho de toda paciente competente, a rechazar un tratamiento si lo hace libremente, ha sido debidamente informado y ha comprendido el alcance y consecuencia de su opción.
- 2) Nadie está 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 sin con ello prolonga la agonía del paciente.
- 4) La necesidad de valoración del respeto a la autonomía y del paciente no puede anular el deber médico de procurar su bien de forma competente.
- 5) El temor de generar neoplasias irreversibles puede llegar a disminuir la libertad del ejercicio de esta autonomía. La frecuencia de pacientes irrecuperables en UCI se debe fundamentalmente a exigencias familiares y la carencia de áreas asistenciales adecuadas para la contención del enfermo terminal, circunstancias que puede favorecer el encarnizamiento terapéutico y la prolongación de la vida vegetativa.

Bibliografía

Dr. Jordi Sans Sabrafen (q.e.p.d.) y Dr. Francesc Abel Fabre, s.j.. (2005). Obstinación Terapéutica. Recuperado el 20 de junio de 2021. <https://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>

Gherardi, C. R; Biancolini, C. A; Del Bosco, C. G. Med. Intensiva; 17(1): 15-20, (2000). Recuperado el 20 de junio de 2021. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-273717>