



PASIÓN POR EDUCAR



**Nombre del alumno: Julián  
Santiago Lopez**

**Nombre del profesor: Sergio Jiménez  
Ruiz**

**Nombre del trabajo: Reporte de  
lectura “Terapia de encarnizamiento  
medico”**

PASIÓN POR EDUCAR

**Materia: Antropología Medica II**

**Grado: Segundo semestre grupo “B”**

**Facultad de Medicina**

Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de Junio del 2021

## Terapia de encarnizamiento médico.

El llamado "encarnizamiento" terapéutico es una expresión coloquial popularizado por los médicos. Que traduce de manera parcial, el término "distanasia" que significa "muerte difícil o angustioso". La palabra distanasia se utilizó 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. La expresión de encarnizamiento terapéutico implica una intencionalidad o conciencia de que se trata de algo inmoral que no se corresponde en la mayoría de casos con la intención del médico. La literatura inglesa traduce este término como la prolongación innecesaria o fútil de los médicos de soporte vital. Por lo gran magnitud de la definición correspondiente y las grandes consecuencias morales que conlleva se presentan algunas de las consideradas o considerados factores causales:

- 1º. Convenimiento crítico de algunos médicos de que la vida biológica es bien por el que se debe luchar.
- 2º. Adopción de medidas terapéuticas que completan más los aspectos científicos de la enfermedad que el enfermo.
- 3º. Ignorancia o desprecio del derecho del paciente o de sus representantes legales o familiares en su nombre a rechazar el inicio o continuación de tratamiento médico que prolonguen el sufrimiento del enfermo crítico o la agonía del paciente.
- 4º. Angustia del médico ante el fracaso terapéutico y resistencia a aceptar la muerte del paciente.

Los factores predisponentes son los factores predisponentes de actitudes y conductas distonásicas, la exigencia de los familiares que se haga todo lo posible,



O incluso lo imposible, para salvar la vida del paciente; la falta de comunicación entre el equipo asistencial y la familia, en relación con los deseos del paciente, expresados antes de caer en este estado inusual.

La práctica muy extendida de aplicar procesos terapéuticos introducidos con el consenso de grupos pluri hospitalarios y que contemplan tratamientos para personas con segundas y terceras recaídas de enfermedades neoplásicas irreversibles, comportan un grado de toxicidad nada despreciable y la necesidad de múltiples controles, sometidos a menudo a los pacientes a sufrimientos incluso equiparables a los de la propia enfermedad. Los pacientes con mal pronóstico ingresados en unidades de cuidados intensivos de hospitales de referencia, se consideran que son objeto de especial atención por las razones siguientes:

- 1) Los médicos intensivistas son los que probablemente más subjetivos en sus decisiones además de que probablemente reciben más presiones por parte de los familiares, para agotar todas las posibilidades técnicas en un intento de salvarle.
- 2) Especialistas muy bien entrenados para trabajar eficazmente contra graves lesiones y que, consiguen recuperaciones de situaciones increíbles.
- 3) Reciben las jugas más duras, cuando las cosas no salen como se hubiera deseado.

Debido a que la gravedad de los pacientes en esta área es crítica, los médicos de esta área deben actuar de manera subjetiva pero siempre poniendo primero el bienestar o plano al paciente y no lo que quiere su familia de él.



Algunos de estos pacientes corren el riesgo de que la evolución no sea la esperada por los médicos, quienes fácilmente pueden caer en la obstinación terapéutica, con la mejor de las intenciones, empleando medios desproporcionados o fútiles que no deberían utilizarse. Las consecuencias de las conductas distanásicas son:

1) Causar dolor y sufrimiento innecesario al paciente y familia  
2) Reflexión de los cuidadores 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 autanásia activa al valor que es mejor la muerte que el sufrimiento inútil

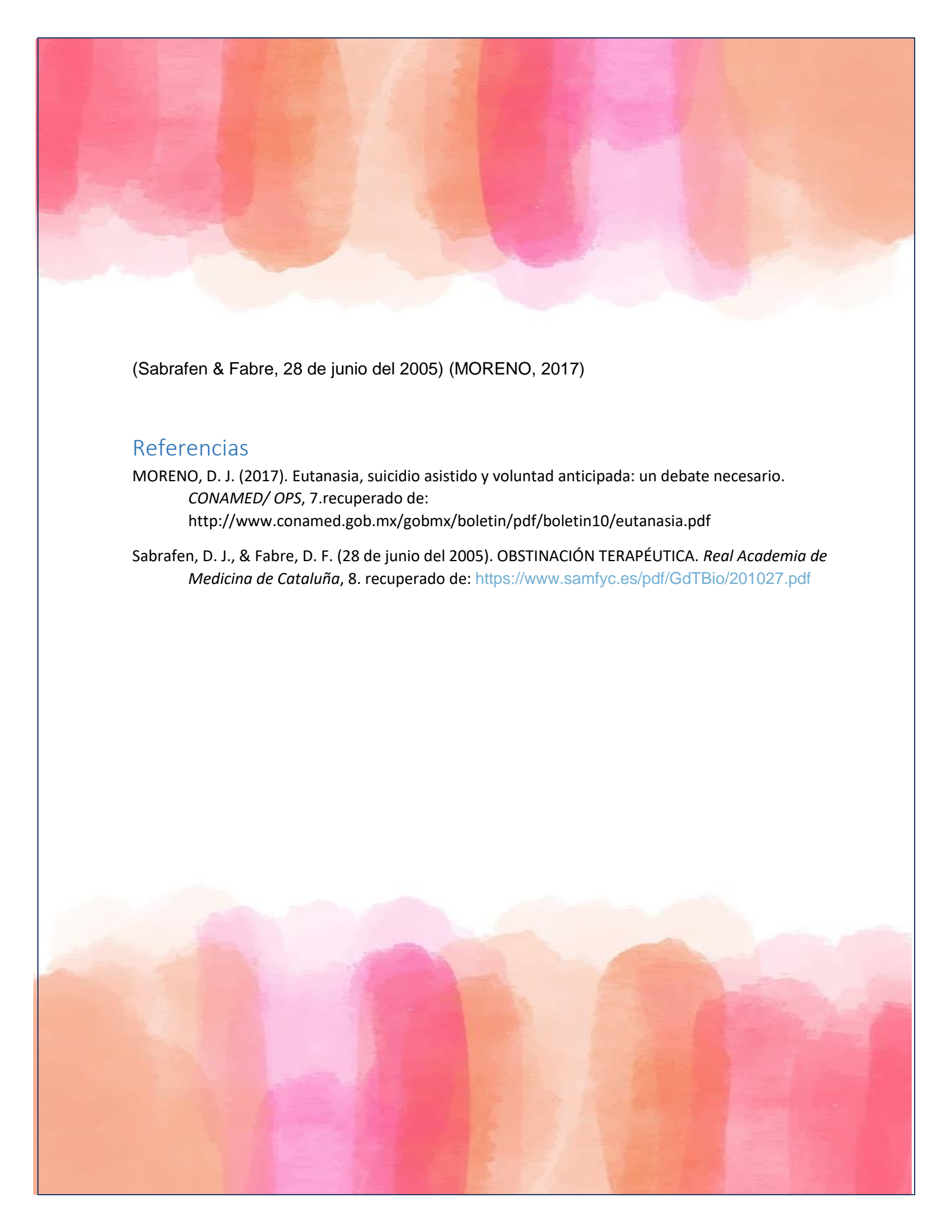
4) Disminución de la confianza en los médicos y asistencia hospitalaria  
Hablar de procesos que implique la autanásia son procesos de suma importancia médica y legal. Por lo que se considera un margen de prevención que implica:

1. Respetar el derecho de los pacientes o de sus representantes de aceptar o rechazar un tratamiento

2. Información y comunicación correctas al paciente y cuando ello no sea posible quien pueda representar mejor sus intereses.

3. Velar por la mejora de la docencia en las facultades de Medicina sobre el correcto tratamiento del dolor.

Para culminar el tema como manera de conclusión considero que como médicos y futuros médicos debemos de luchar hasta el último momento para mantener con vida y en condiciones favorables al paciente por lo que la autanásia no es opción.



(Sabrafen & Fabre, 28 de junio del 2005) (MORENO, 2017)

## Referencias

MORENO, D. J. (2017). Eutanasia, suicidio asistido y voluntad anticipada: un debate necesario. *CONAMED/ OPS*, 7. recuperado de:  
<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin10/eutanasia.pdf>

Sabrafen, D. J., & Fabre, D. F. (28 de junio del 2005). OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA. *Real Academia de Medicina de Cataluña*, 8. recuperado de: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>