



Revista científica ciencias de la salud

ISSN: 2664-2891

Universidad del Pacífico

Alcaraz-Britez, Adriana Guadalupe
Distanasia, un dilema del personal médico
Revista científica ciencias de la salud, vol. 4, núm. 2, 2022, Julio-Diciembre, pp. 108-111
Universidad del Pacífico

DOI: <https://doi.org/10.53732/rccsalud/04.02.2022.108>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=749878847014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Distanasia, un dilema del personal médico

Adriana Guadalupe Alcaraz Brites 

Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Medicina Interna. Asunción, Paraguay

**Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article**

Alcaraz Brites, Adriana Guadalupe. Distanasia, un dilema del personal médico. Una revisión bibliográfica. Rev. cient. cienc. salud 2022; 4(2):108-111

RESUMEN

"La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico". Pero, ¿cuál es el límite y las condiciones para hacerlo? Se realiza una búsqueda bibliográfica descriptiva, sobre la distanasia, conceptos, abordajes bioéticos y posibilidades de solución, entre ellos el aprendizaje sobre bioética, medicina paliativa y comunicación médico-paciente. La distanasia, consiste en la prolongación exagerada del proceso de morir de un paciente, resultante del empleo inmoderado de medios terapéuticos extraordinarios o desproporcionados, que linda con el ensañamiento, encarnizamiento terapéutico. Hipócrates formuló como objetivos de la medicina: aliviar el sufrimiento de los enfermos, minimizar la agresividad de la enfermedad y rechazar hacer tratamientos cuando la medicina reconoce que ya no puede contribuir. El personal médico tiene el deber y la responsabilidad de informar al paciente y a la persona más allegada, sobre el pronóstico de su enfermedad y sobre los beneficios y complicaciones de los tratamientos implementados. Por lo que debemos comprender que limitación del Esfuerzo Terapéutico no es equiparable a la eutanasia, a la omisión del deber de socorro, a la denegación de auxilio o abandono del servicio sanitario. Y aprender que todo lo técnicamente posible no siempre es éticamente admisible.

Palabras claves: médicos; cuidados paliativos; medicina paliativa

Dysthanasia, a problem for the medical staff

ABSTRACT

"The medical profession is at the service of man and society. Consequently, respecting human life and the dignity of the person and caring for the health of the individual and the community are the primary duties of the doctor". But what are the limit and the conditions to do it? A descriptive bibliographic search is carried out on dysthanasia, concepts, bioethical approaches and possible solutions, including learning about bioethics, palliative medicine and doctor-patient communication. Dysthanasia consists of the exaggerated prolongation of the dying process of a patient, resulting from the immoderate use of extraordinary or disproportionate therapeutic means, bordering on cruelty, therapeutic fierceness. Hippocrates formulated the objectives of medicine: relieve the suffering of the sick, minimize the aggressiveness of the disease and refuse to treat when medicine recognizes that it can't no longer contribute. The medical staff has the duty and responsibility to inform the patient and the person closest to them about the prognosis of their illness and about the benefits and complications of the implemented treatments. Therefore, we must understand that limitation of Therapeutic Effort is not comparable to euthanasia, to the omission of the duty to help, to the denial of assistance or abandonment of the health service. And learn that everything that is technically possible is not always ethically admissible.

Key words: physicians; palliative care; palliative medicine

INTRODUCCIÓN

"La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico"¹.

Fecha de recepción: 20 de junio de 2022

Fecha de aceptación: 20 de octubre 2022

*Autor correspondiente: **Adriana Guadalupe Alcaraz Brites**

email: adrialcaraz96@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Pero, ¿cuál es el límite y las condiciones para hacerlo?

En la práctica médica existe un pensamiento incrustado en el que salvar al paciente es proporcionarle todas las medidas posibles para salvar su vida, para vencer la enfermedad y ofrecer una salida a su padecimiento. Aunque a veces se pierde el objetivo.

Actualmente se cuenta con innumerables pruebas laboratoriales, de imágenes y estudios complementarios que se pueden realizar, incluyendo las formas artificiales de garantizar la vida de los pacientes a través de respiradores mecánicos.

En estos casos, ¿qué vida se les proporciona a las personas?, o mejor planteado, ¿qué calidad de vida le ofrecemos a los pacientes y a sus familiares?

En el ámbito sanitario reina el ambiente curativo; la muerte no se acepta como válida si la labor es correcta. Además, no iniciar un tratamiento, a pesar de ser igual de válido y ético, no es considerado igual que retirarlo², lo cual genera una mayor incidencia de situaciones en las que se brindan atenciones que, de una forma, prolongan la agonía de los pacientes y no les proporcionan confort.

Los cuidados paliativos forman parte de la ciencia médica, sin embargo, es poco abordada desde el punto de vista académico, y trae como consecuencias una negativa e ignorancia hacia temas como la muerte y la enfermedad terminal.

Además, en la cultura de nuestro país la desinformación es predominante y tratar temas "delicados" de bioética, son de abordaje complicado.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica descriptiva, sobre la distanasia, conceptos, abordajes bioéticos y posibilidades de solución, entre ellos el aprendizaje sobre bioética, medicina paliativa y comunicación médico-paciente.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

La distanasia, consiste en la prolongación exagerada del proceso de morir de un paciente, resultante del empleo inmoderado de medios terapéuticos extraordinarios o desproporcionados, que linda con el ensañamiento, encarnizamiento terapéutico³.

En Paraguay, la población en general tiene un nivel elevado de desinformación (que produce dificultad para la comprensión de conceptos), o al contrario una sobre información (lo que provoca conceptos equivocados o exigencias sobre tratamientos de acuerdo a lo que se encuentra en una búsqueda por la web) que producen obstáculos en la parte más importante de la relación médico paciente, la comunicación.

El personal médico tiene el deber y la responsabilidad de informar al paciente y a la persona más allegada, sobre el pronóstico de su enfermedad y sobre los beneficios y complicaciones de los tratamientos implementados.

No se debería emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas¹.

Se tiene que tener en cuenta la voluntad del paciente y si este no se encuentra en condiciones de toma de decisiones, prestar atención a la voluntad de las personas más cercanas responsables de él.

Evitar el encarnizamiento terapéutico no es suspender todos los tratamientos implementados, sino que "sólo aquellas terapias intensivas que roban al enfermo la necesaria tranquilidad, lo aíslan de cualquier contacto humano con familiares y amigos, y acaban por impedirle que se prepare interiormente a morir en un clima y en un contexto verdaderamente humanos: cosa que, a estas alturas, es verdaderamente lo único importante para él. De ahí que, más que hablar de suspensión, deba hablarse de reducción o limitación de la terapia"⁴.

Se debe implementar tratamientos en el que el beneficio supere los riesgos, evitar la prolongación injustificada de la vida aparente y puramente artificial, después de que las funciones cerebrales principales hayan cesado irreversiblemente; y el uso de medios desproporcionados a los que el paciente ya ha renunciado. Sin embargo, en este último punto se presenta una dificultad: el peso de la decisión de dos partes.

La primera: Las personas cercanas del paciente. La noticia de la probable muerte del paciente es una noticia que produce múltiples reacciones entre ellas la negación, el enfado, la culpa, que llevan a solicitudes, que pueden ser extraordinarias para la situación actual del enfermo. Entonces, se involucra una segunda parte que consiste en el personal médico. Hipócrates formuló como objetivos de la medicina: aliviar el sufrimiento de los enfermos,

minimizar la agresividad de la enfermedad y rechazar hacer tratamientos cuando la medicina reconoce que ya no puede contribuir⁵. Son principios que no se han perdido, sino que no han sido abordados dentro de la formación médica.

A los médicos, se los capacita para salvar y sanar, la muerte se asocia con sentimientos de fracaso o error. Que tiene como consecuencias el desgaste emocional del personal, que puede arrastrar depresión y ansiedad, y un gran conflicto moral, con uno mismo y con los pares o, en el otro extremo, la insensibilidad, se pierde la empatía por el otro, tal vez en un intento de protegerse a uno mismo.

Varios estudios muestran que el médico debe reconocer los enfermos terminales y modificar su comportamiento, pasando de la lucha por la vida para la prestación de confort⁵.

En donde se debería implementar una definición importante: los Cuidados Paliativos; que son los cuidados activos hacia los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual⁶.

De la lectura de los artículos se deduce una falta de formación humanista respecto del tratamiento de los pacientes en estados terminales. Establecer protocolos de actuación no está del todo aceptado debido a que se pierde la individualidad del tratamiento implementado dependiendo del contexto del paciente, pero la existencia de una guía terapéutica podría facilitar la toma de decisiones complejas y la actuación de los profesionales implicados².

Por lo que se plantea mejorar el abordaje desde la facultad de medicina sobre "brindar malas noticias". Continuar con la formación ética de los profesionales para poder brindar una atención más humana. Y cambiar la actitud entretejida en nuestra gente, que consiste en la ignorancia, educar a los familiares y especialmente a los pacientes sobre sus patologías. Es deber del médico brindar esa información para facilitar la toma de decisiones en situaciones como una enfermedad terminal.

CONCLUSIÓN

Todas las decisiones se deben tomar de acuerdo con los deseos del paciente, la opinión de la familia o la persona responsable y en algunas ocasiones del Comité de Bioética Hospitalario⁷.

Para ayudar a esta toma de decisión por parte de los familiares es fundamental una formación humanista, ética y académica del equipo de salud en busca de la relación médico-paciente compasiva.

En cada paciente en particular se debe valorar el costo-beneficio de los procedimientos y medicamentos aplicados, no dejar de usar lo estrictamente necesario y las medidas ordinarias de la medicina paliativa para suprimir el dolor y el sufrimiento, pero tampoco empecinarse en la realización de todos los procedimientos y medicamentos que la ciencia y la tecnología pone a nuestra disposición, cuando la valoración clínica y los índices pronósticos sugieren que en nada ayudan al enfermo⁷.

Por lo que debemos comprender que limitación del Esfuerzo Terapéutico no es equiparable a la eutanasia, a la omisión del deber de socorro, a la denegación de auxilio o abandono del servicio sanitario⁶.

Y aprender que todo lo técnicamente posible no siempre es éticamente admisible⁶.

Conflictos de interés

No se presentaron conflictos de interés.

Financiamiento: financiamiento propio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martínez P, Vega J. Distanasia: aspectos legales y deontológicos. Bio.etica Red. 2004.
<https://www.bioeticaweb.com/eutanasia-y-distanasia-aspectos-legales-y-deontologicos-p-martinezvega-y-j-vega/>
2. González Y. Obstinación terapéutica, una realidad en el ámbito sanitario. Revisión bibliográfica. Tesis de grado en Enfermería. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería en Soria. España. 2017.

- <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28133/TFG-O%201090.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Sivila M. El derecho de las personas al Testamento Vital y el respeto a su autonomía.
<https://biblio.upmx.mx/Estudios/Documentos/distanasia051.asp>
 4. Gutiérrez C. ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?. Cir. gen. 2016;38(3):121-122.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000300121&lng=es
 5. De Mestral de Gimenez E, De mestral E, Mazzotti U, Riveros M, Taboada P, Miranda A, et al. La protección de la persona humana en fase terminal. Corte suprema de justicia, Instituto de investigaciones jurídicas.
 6. Cordero J, Almeida L, Carvalho L, Kleber R. Distanasia y ortotanasia: prácticas médicas bajo la visión de un hospital privado. Rev. bioét. 2014;22(2):360-68.
https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/844/1094
 7. Riofrio Martínez-Villalba JC. Eutanasia y distanasia: dos extremos opuestos. RFJ, No. 6, 2019:289-310
<http://www.revistarfjpuce.edu.ec/index.php/rfj/article/view/215/131>