DISTANASIA, ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO, OBSTINACION TERAPEÚTICA.

Mg. Sc. Dra. Bustamante C. Gladys ¹

RESUMEN

Al momento de atender a un paciente en estado terminal y que cursa con procesos agónicos e intensamente dolorosos, el profesional en salud se cuestiona sobre la función que le atinge, sobre la vida y su responsabilidad en el alivio del dolor de estas personas.

Es este momento, en el que la virtud de la decisión crítica del profesional en salud, debe brindar luces para la toma de la decisión correcta, en bien del paciente y de su familia. Es de este modo, que la posesión de la vida, debe ser dejada al único dueño de la misma, "el Creador", ya que la función del los prestadores de salud, no es la de disponer quien vive o quien muere, en base a un teórico fundamentalismo de un modelo de "calidad de vida", y un objetivismo equívoco de tener el poder de "curar" o decidir sobre "el tiempo de vida" de una persona.

De esta forma, la presunción idealista de los profesionales en salud, de "perpetuar" la vida, se transforma en algunos momentos, en actitudes agresivas, violentas y crueles, al tratar de mantener el mayor tiempo posible, la vida de un sujeto, que a sabiendas no responderá a la terapia instaurada, aún utilizando medios artificiales de sostén de vida, para lograr tal cometido.

PALABRAS CLAVE

Encarnizamiento terapéutico. Muerte digna. Derechos humanos.

INTRODUCCION

El tratamiento médico de los pacientes ha cambiado en la percepción ética desde la segunda mitad del siglo XX, a partir del desarrollo tecnológico, con el uso desmedido de medidas físicas o químicas con el fin de salvar la vida en casos de pacientes que tienen mal pronóstico o enfermedad terminal, este procedimiento denominado "obstinación terapéutica" ¹ o encarnizamiento terapéutico" ha sido analizado por diferentes contextos sociales, considerándose en algunos casos como "una lucha extrema para preservar la vida", y en otros como "violencia al ser humano". ^{1,2}

De esta forma en el año 2007 Francisco Mayer define que "el encarnizamiento terapéutico es una forma de violencia a los seres humanos, en la cual se plantea la atención médica con cuidados extremos en aquellos pacientes que no tienen cura", estableciendo en forma clara la connotaciones clínicas y terapéuticas del manejo médico en aquellos pacientes donde el pronóstico es conocido y la posibilidad de supervivencia es nula.

Por lo tanto la obstinación terapéutica es el grupo de maniobras de prevención, diagnóstico o tratamiento que no es considerado útil o es excesivamente utilizado, generando inversiones económicas a la familia de pacientes cuya evolución clínica es irremediable. ²

Consiguientemente, la toma de decisiones de los profesionales de salud

¹Médico Internista. Diplomado en Bioética UNESCO. Docente Emérito UMSA. Mg.Sc. Psicopedagogía y Educación Superior. Mg.Sc. Gestión, Planificación, Evaluación de proyectos. MBL. Dirección de Desarrollo. Concluyendo Mg. Sc. Bioética ULIA.

responsables de la vida de un paciente, debe ser racional, respetando la vida como una virtud, no como un bien. En este entendido, la prudencia, virtud fundamental del ser humano debe permitir que las acciones sean las adecuadas en cada momento y que el acto voluntario orientado por la bondad y respeto a la individualidad sean los que definan el actuar profesional.

DISTANASIA

La distanasia es un procedimiento contrario a la eutanasia, en el cual se aplican tácticas injustificadas en ciertos pacientes, que en vez de mejorar su calidad de vida, la empeoran, prolongando la vida biológica del paciente.² Esta conducta, denominada en el diccionario bioético como “*encarnizamiento terapéutico*” u “*obstinación terapéutica*”, es considerada moralmente inaceptable, al existir concientemente la intencionalidad de mantener la vida de un sujeto más allá de los límites del respeto, utilizando medios de soporte vital innecesarios.³

Algunos autores consideran que la denominación de distanasia, se orienta hacia una acción moral injusta, mientras que el “*encarnizamiento terapéutico*” se transforma en una intencionalidad maliciosa del actuar profesional. Mientras que la “*obstinación terapéutica*”, será considerada como una conducta profesional en la cual no hay claridad en los objetivos terapéuticos y en el conocimiento del tema a tratar.³

MORAL Y CONDUCTA PROFESIONAL

De este modo, es que el análisis de la conducta del ser humano ha sido permanentemente estudiada, relacionando el acto de bondad y la virtud con la moral personal, por lo que el conocimiento racional o previsión

(primer elemento voluntario) se define por la acción o intención (segundo elemento) y los fines o medios con los que logra el objetivo propuesto (cuarto elemento).¹

El encarnizamiento terapéutico es el resultado de algún cambio en la percepción social de alguno de los cuatro elementos, donde la persona prioriza las bondades personales sobre la bondad hacia las personas, que es el fin esperado de los profesionales en salud.

De este modo es que el actuar profesional que no atiende con pertinencia un cuadro clínico o en otras palabras no prevee adecuadamente los resultados de un cuadro clínico o tratamiento, no logrará alcanzar el objetivo de la cura del mismo, aplicando medidas extremas ante la presencia de resultados o efectos no deseables, pese a que su objetivo inicial, era bueno.^{1,4,5}

La inadecuada aplicación de medios, en base a tratamientos interventivos o no interventivos aun a costa del sufrimiento del paciente o conociendo que su aplicación no dará resultados óptimos es cuestionada éticamente, ya que la proporción de acciones aplicadas no debe ser mayor a los objetivos planificados. De esta forma es que Pio XII plantea en la primera guía ética, “la ausencia de obligación de aplicar medios técnicos extraordinarios para conseguir la curación, mientras que sí existe la obligación de aplicar los medios ordinarios”, orientación que ha sido aceptada en su generalidad.¹

Sin embargo, algunos han generado contradicciones semánticas, sobre lo que se considera extraordinario y aquello que se considera ordinario.¹ En este sentido, la opinión ética establece que en cada caso en particular, el profesional en salud es el responsable

de establecer los medios a ser utilizados sin que se generen efectos indeseables desproporcionados esperando la mejora de un cuadro cuyo fin es inevitable.⁴ Todo ello debe ser considerado, en función a la patología que cursa el paciente, la compleja biología de respuesta individualizada al tratamiento y a la percepción social de "vida y muerte".^{1,6}

PRACTICA PROFESIONAL CIENTIFICAMENTE Y ETICAMENTE CORRECTA

Si bien la decisión profesional se basa en principios científicos y morales, se considera que algunas orientaciones éticas podrían promover conductas responsables y humanas al indicar que:

1. No todos los tratamientos instaurados serán humanamente beneficiosos para el paciente.^{2,4}
2. El consentimiento informado se constituye en el único instrumento ético legal, donde se explica los procedimientos, consecuencias, límites y riesgos a los que se expone el paciente.
3. No iniciar o interrumpir tratamientos cuando su inicio o continuación no tenga sentido con criterios clínicos científicamente aceptados.
4. Debe respetarse el derecho de todo paciente con competencia mental, de rechazar bajo información clara, cualquier tratamiento que considere innecesario, así como la de los pacientes incapacitados de tomar decisiones por voluntad propia y que han sido representados por terceros.²
5. La cesación del dolor, no se refiere a la inducción de la muerte, sino a la utilización de medios que reduzcan esta percepción desagradable, mitigando el sufrimiento del enfermo.⁸

6. Se debe mantener el soporte vital, relacionado con la administración, de alimento y agua, debiendo el aire ser utilizado en forma individual, si el caso convence sobre la inutilidad de la aplicación de otras medidas. Todo tratamiento considerado como inútil debe ser retirado, evitando la agonía del paciente, buscándose el momento adecuado para dicha interrupción, y previo informe detallado y claro a la familia.
7. En casos de conflictos o dudas sobre la interrupción del tratamiento, es conveniente la consulta con un Comité de Ética Asistencial, para que oriente sobre el actuar profesional en estos casos.^{2,6}

FACTORES QUE INDUCEN EL ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO

Los factores que inducen al encarnizamiento terapéutico varían en cada modelo social y país, en función al valor que se dé a la vida y a la muerte.

Es así que en algunos grupos sociales, el mantenimiento de la vida de un anciano, paciente psiquiátrico o portador de alguna limitación física, es menospreciado al considerarse económicamente improductivo, por lo que el esfuerzo realizado en el manejo terapéutico de esos grupos no refleja la magnitud de trabajo instaurado como sucedería en el caso de gobernantes, personas productivas, científicos, etc.

De la misma forma, la percepción religiosa de familiares o profesionales en salud sobre la dependencia de la decisión divina para morir, llevando al uso desmedido de conductas médicas, con el fin de preservar la vida.

La escasa reglamentación en el país, sobre este tema en particular, además de la confusión sobre la definición de "encarnizamiento terapéutico" y

“eutanasia”, lleva a que los profesionales en salud, deriven decisiones complejas como la “desconexión de un ventilador”, hacia los familiares del paciente, sin explicar las connotaciones sobre dicho acto, y sin evaluar los conflictos personales, morales y éticos a los que se somete a los familiares, quienes tendrán durante el resto de su vida, el interrogante sobre la decisión tomada.^{1,3,7}

A todo ello, se incorporan las relaciones interprofesionales y de jerarquía, sobre todo en aquellos centros médicos asistenciales educativos, donde los estudiantes o residentes acatan órdenes superiores, por encima de sus decisiones morales, y toman decisiones que en su conocimiento pueden ser limitadas para la severidad del cuadro.¹

De igual forma, la presión de los familiares de los pacientes, que exigen un manejo permanente y la aplicación de medidas desmedidas aun en conocimiento de un diagnóstico irremediable, obligan psicológica y emocionalmente al profesional en salud a realizar manejos y solicitar exámenes innecesarios, llevando a conductas de obstinación terapéutica en conocimiento de que el fin del paciente será el esperado, con cualquier tipo de medidas.³

Otro factor es el denominado por el Dr. Herrans como el de “el síndrome del paciente interesante”¹, que afecta al profesional en salud, cuando se encuentra con algún caso clínico poco frecuente o evolución diferente a la descrita en la literatura, realizándose pruebas que documenten el caso, sin que ellas puedan aportar nada en beneficio del paciente. El objetivo en este caso, será “el conocimiento científico” y la publicación que beneficia solo al profesional tratante, utilizando a un ser humano y el entorno del mismo

para un fin de menor jerarquía que el de “respeto y dignidad” del individuo.

De esta manera el paciente terminal, que está sometido a decisiones de terceros, no puede intervenir física o verbalmente en este tipo de violencia hacia su humanidad, siendo obligado a recibir un tratamiento que probablemente él o ella no lo desean.

A todo ello, se añade el convencimiento acrítico de algunos profesionales en salud, de que la vida biológica del sujeto debe ser sostenida al margen de las consideraciones de la calidad de vida que se les ofrece, para lo cual utilizan todas las técnicas que tengan a disposición.²

CONSECUENCIAS DE LA DISTANASIA

El resultado de las conductas distanásicas lleva a causar dolor emocional intenso al paciente y a los familiares de éste, que finalmente impondrán críticas sociales sobre el “poder” desmedido de los profesionales en salud en el tratamiento de los enfermos, lo cual favorece a la despenalización de la “eutanasia” para evitar el sufrimiento inútil de las personas con enfermedades no curables y en estadio final.^{2,7,9}

Las consecuencias económicas derivadas de este acto, favorecerán administrativamente a los centros asistenciales y a los profesionales a cargo, desfavoreciendo a los familiares y al propio enfermo, quienes generalmente desconocen que el desenlace será fatal, aún a costa del uso de soporte artificial de vida. Es en este sentido, que los familiares, en ocasiones se ven presionados por las instituciones prestadoras de salud, para realizar pagos, que están fuera de su alcance, utilizando emocionalmente, al sujeto

enfermo, como instrumento de presión para la cancelación respectiva, que a veces, se extiende incluso en el momento del fallecimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Pardo A. Obstinación terapéutica. *Bioética y Ciencias de la Salud* 2001;4(4):30-38.
2. Sans Sabafren, Abel Fabre F. Obstinación terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, aprobado por unanimidad en sesión Plenaria de 28 de Junio de 2005. URL disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>. Fecha de acceso 19 de abril del 2013.
3. Valbuena A. Dysthanasia. The Biomedical Progress Paradox. N Artículo de Investigación, elaborado en la Universidad del Bosque. 2008: 145-198. URL disponible en: <http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/Revista5/Articulo5.pdf>. Fecha de acceso 19 de abril del 2013
4. Betancourt Betancourt . Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión Bioética. *Revista de Humanidades Médicas*. URL disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/56>. Fecha de acceso 14 de abril del 2013.
5. De Lillo L. Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna. URL disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/56>. Fecha de acceso 10 de abril del 2013.
6. Domínguez Márquez O. H. Objeción de conciencia, la muerte y el morir en enfermedades en etapa terminal. *Acta Bioethica* 2009;15(1):94-99
7. Medina Sansón A., Adame Vivanco M.J., Scherer Ibarra A., Obstinación terapéutica. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex* 2006: 63 (5). URL disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462006000500001&script=sci_artt ext. Fecha de acceso 19 de abril del 2013.
8. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment-recommendations for compassionate clinical management. *N Engl J Med*. 1997; 336: 652-7
9. Smith A., Nicol E. Teoría de los sentimientos morales. 1^{era} edición. México 2004: 40-44. URL disponible en: <http://books.google.com.br/books?hl=es&lr=&id=hpX3duNnrFIC&oi=fnd&pg=PP1&dq=+Teor%C3%ADa+de+los+sentimientos&ots=YYywYzz-gt&sig=NGT6bzS0KpAYR9eGM9hY9Nm6VfU>. Fecha de acceso 12 de abril del 2013.