



La distanacia, encarnizamiento, obstinación o ensañamiento terapéutico es el empleo de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para prolongar artificialmente la vida y por tanto retrasar el advenimiento de la muerte en pacientes en el estado final de la vida, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación.

Ésta consiste en la aplicación de medidas desproporcionadas, cuyo beneficio real es poco probable en pacientes graves, los que de acuerdo con la experiencia previa e índices pronósticos son considerados terminales o no recuperables, se continúan aplicando estas medidas fútiles a pesar de las molestias, riesgo, costo económico y moral, conducta que no tiene justificación técnica ni ética.[1]

El personal sanitario, cuando se enfrenta con una enfermedad progresiva e incurable que evoluciona hacia la muerte, cuando no es posible la curación, es invadido por un estado de duda constante sobre qué es lo más adecuado hacer para beneficiar al enfermo. La actitud que debe tomar ante los dilemas que aparecen no debe ser producto de la intuición, sino que debe estar basada en una reflexión prudente, informada, discutida y compartida por el resto de los miembros del equipo interdisciplinar y, a ser posible, conociendo y teniendo muy en cuenta cuáles son las preferencias del enfermo. Por lo que se pone de manifiesto la necesidad de conocer los factores causales y los efectos de la distanacia para poder prevenir situaciones como éstas.



Objetivo:

Determinar los factores causales y efectos de la distanacia en nuestra sociedad.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden y Medline en artículos publicados desde el 1999 hasta la actualidad.

Las palabras claves fueron: distanacia, causas, efectos, encarnizamiento.

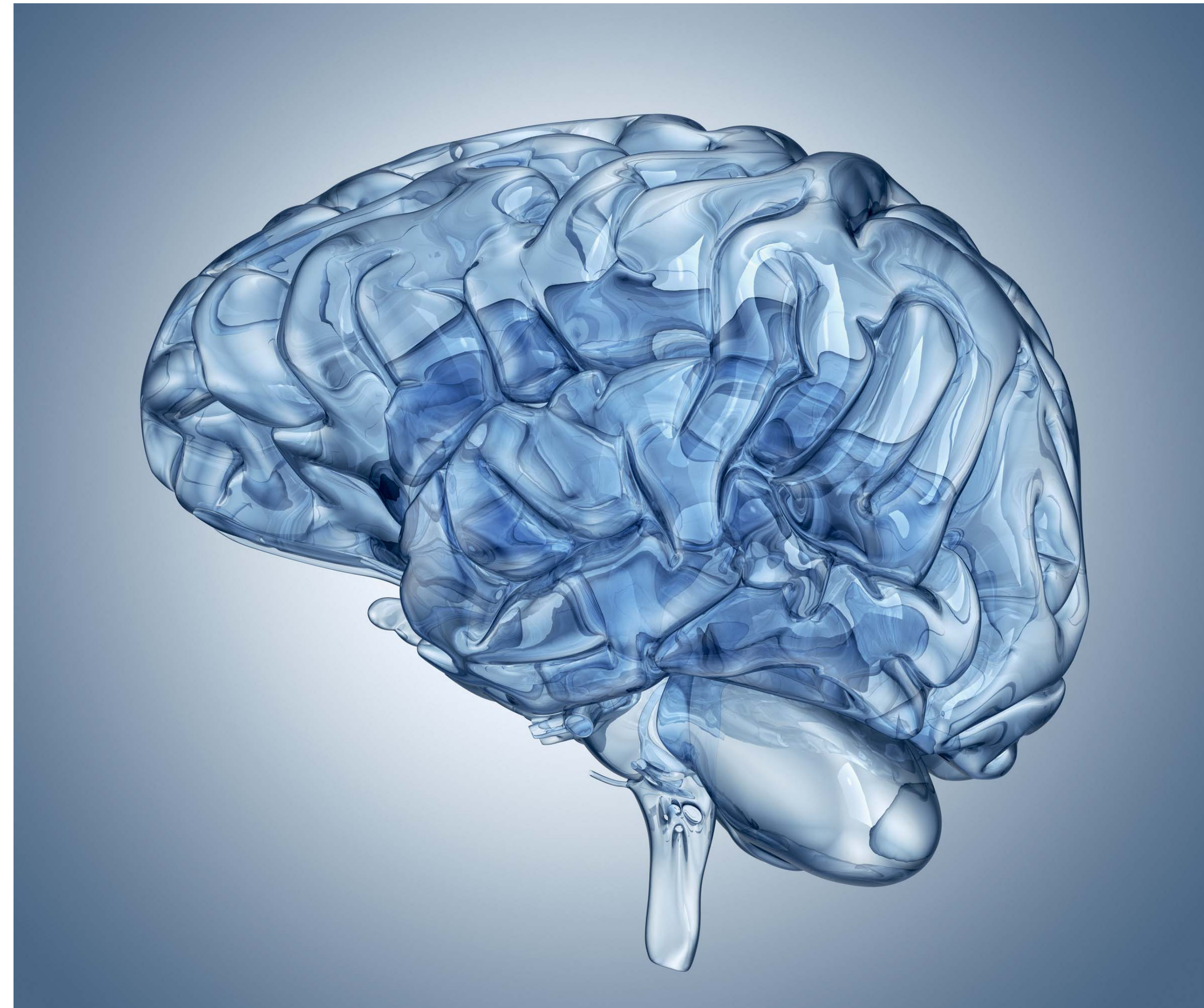
Resultados:

FACTORES CAUSALES:

- Factores culturales e históricos: estamos en un periodo en el que la muerte es medicalizada, permitiendo que el proceso de morir sea administrado por las instituciones médicas.[1]
- Factores tecnológicos: actualmente, la tecnología deja de ser un recurso al cual se acude ocasionalmente, para convertirse en pilar estructural de la actividad médica.

Esto es aplicable a los desarrollos tecnológicos que evitan la muerte pero también prolongan la agonía.[2]

- **Factores derivados de la evolución de la biomedicina:** la búsqueda de una mayor certeza diagnóstica o el deseo de conocer el comportamiento de una variable fisiológica, puede llevar a solicitar estudios o a practicar manejos que aparte de la curiosidad investigativa no aportan beneficio al paciente. Al contrario, pueden someterlo a riesgos poco justificados.[2,3]
- **La influencia de lo jurídico:** los profesionales sanitarios en un ejercicio adaptativo, empiezan a transitar hacia la medicina defensiva, con la cual se aumenta la solicitud de exámenes de diagnóstico, interconsultas, estancia hospitalaria, consumo de medicamentos, etc. A su vez, aumentan los costos y se expone a los pacientes a riesgos innecesarios. Un ejemplo de esto es el estudio señala que la mitad de los médicos encuestados iniciaron reanimaciones a pesar de la expectativa que esos intentos podían ser inútiles. La mayoría de los encuestados indicaron que idealmente los asuntos legales no deberían influir en la práctica médica respecto a la reanimación (78%). Sin embargo, el 94% de los encuestados opina que en el contexto actual los asuntos legales influyen en la práctica. Esta actitud en el caso de pacientes críticos promueve la distanacia.[3,4]
- **Factores formativos:** se hace evidente que la formación de los profesionales sanitarios aún tienen una base meramente biomédica y curativa. Por lo que es necesario que se aumenten las competencias de cuidados paliativos en las carreras universitarias de dichas profesiones.[4]
- **La influencia de la familia:** Se ha visto que las decisiones de los familiares inducen tratamientos fútiles en alta proporción, lo cual demuestra que asociar la distanacia exclusivamente con el médico es equivocado y también que la distanacia se reconfigura con la reconfiguración social. Un trabajo de Rivera mostró que el 62% de los manejos que se valoraron como fútiles en la UCI fueron propiciados por familiares en contraste con el 37% atribuido a los médicos.[5,6]



EFFECTOS DE LA DISTANACIA:

- Sobre el paciente: El sufrimiento se expresa más intensamente en los pacientes en estado crítico, a pesar de lo cual no se le presta suficiente cuidado. El no entender la naturaleza del sufrimiento puede promover intervenciones que, aunque técnicamente adecuadas, no lo alivian y pueden ser fuente de mayor sufrimiento. En un estudio se encontró que la mitad de los pacientes gravemente enfermos gastaban los últimos días de su vida en la UCI, con ventilación mecánica.

Que más de la mitad de aquellos pacientes agonizantes, que permanecían conscientes, experimentaban dolor moderado a severo.[1,7,8]

- Sobre los familiares y allegados: Dos terceras partes de los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI presentan signos de ansiedad (69.1%) y una tercera parte sufren de depresión. (35.4%). Ellos sufren por verlos conectados a múltiples equipos, por la incapacidad de comunicación, por las variaciones en el estado de consciencia y por el malestar que puedan estar experimentando. En estas condiciones, muchos de ellos se ven obligados a participar en la toma de decisiones que rodean el final de la vida. La ansiedad y depresión hacen que los familiares sobreestimen los riesgos y subestimen los beneficios, se afectan la comprensión y la capacidad para tomar decisiones.[5]

- Sobre el personal sanitario: El personal sanitario también se ve afectado cuando está involucrado en entornos distanásicos. La atención de pacientes críticamente enfermos genera en el personal médico emociones específicas que se expresan en la necesidad de rescatar al paciente, en sentimientos de frustración cuando la enfermedad del paciente progresa, sentimientos de impotencia frente a las enfermedades, junto con culpa, temor de enfermar, deseo de separarse o evitar pacientes para escapar de estos sentimientos. Esta mezcla de emociones, afecta la calidad del cuidado clínico, la propia sensación de bienestar del médico y si ello no es reconocido genera angustia, desgaste profesional y juicios incorrectos. [7]

- Sobre las instituciones: El efecto de la distanacia sobre las instituciones es inicialmente de orden económico. Y lo es en dos escenarios aparentemente antagónicos: por una parte la distanacia aumenta los gastos innecesariamente, por la otra es posible que mantener un paciente con soporte vital genere pagos y ganancias extra, esto determinado por las condiciones contractuales.[2,4].

Conclusiones:

La revisión bibliográfica pone de manifiesto que el avance de la tecnología, como medio estructural imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades "incurables" junto con la formación y pensamiento sanitario actual dificultan hacer el cambio de dirección hacia el tratamiento paliativo de éstas enfermedades.

Diversos estudios también afirman que las familias son determinantes en la elección de tratamientos "curativos". Por lo que podríamos concluir que es necesario aumentar la formación de los profesionales sanitarios en el ámbito de los Cuidados Paliativos y desarrollar sus habilidades para tratar y trabajar con las familia en la tan importante tarea de la toma de decisiones compartida.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Ariès, P. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus.1999. p. 465 y ss
- 2.- Callahan, D. "Living and dying with medical technology". En: Critical Care Medicine: 31; 2003. pp. S344-S346.
- 3.- Marco, C.A., Bessman, E.S., Schoenfeld, C.N., et al. "Ethical issues of cardiopulmonary resuscitation: current practice among emergency physicians". En: Academic Emergency Medicine: 4; 1997. pp. 898-904.
- 4.- Wolfe, S.M. "The destruction of medicine by market forces: teaching acquiescence or resistance and change?". En: Academic Medicine: 77; 2002. pp. 5-7.
- 5.- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S. "Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units". En: Critical Care Medicine: 32; 2004. pp. 1832-1838.
- 6.- Rivera, S., Kim, D., Garona, S., et al. "Motivating factors in futile clinical interventions". En: Chest: 119; 2001. pp. 1944-1947.
- 7.- Cassell, E. J. "The nature of suffering and the goals of medicine". En: The New England Journal of Medicine: 306 (Abstract); 1982. p. 639.
- 8.- Desbiens, N. A., Wu, A.W., Broste, S.K. "Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the support research investigations". En: Critical Care Medicine: 24; 1996. pp. 1953-1961.