

¿HASTA DÓNDE PODEMOS LLEGAR? SIEMPRE EXISTE UNA LÍNEA QUE NO SE DEBERÍA SOBREPASAR

A lo largo de la historia la figura médica ha pasado del chamán, dónde se utilizaban curaciones emanadas de la magia y la religiosidad; a la figura omnipotente, dónde se sobreentiende que el médico tiene todas las soluciones para conseguir nuestro bienestar y reponer nuestra salud. Atravesando el paternalismo tradicional que ha marcado esta disciplina durante siglos⁽¹⁾.

Esta idea basada en que la medicina tiene la solución a todos los problemas de salud, conlleva tanto a que las actitudes del personal sanitario vayan enfocadas a la salvaguarda de la vida biológica, un bien que debe ser salvado ante todo pronóstico, cómo a que los propios familiares quieran salvar la vida de su ser querido, sin importar las consecuencias de esa decisión y sin escuchar las nulas posibilidades de éxito. Todo esto hace que se intente por todos los medios preservar la vida del paciente, sin atender la decisión de nuestro objeto del cuidado, que quizá sea la de morir con dignidad⁽¹⁻⁴⁾.

Se entiende por encarnizamiento terapéutico, furor, obstinación o distanacia a la realización de prácticas clínicas diagnósticas y/o terapéuticas, que no benefician al enfermo que se encuentra en estado terminal e incluso llegan a provocarle un sufrimiento añadido^(2,3).

Esta obstinación terapéutica, como se expresa en párrafos anteriores, es debida a la intención, por parte del médico de realizar todo lo posible para conservar la vida del paciente, bien, por miedo a ser acusado por negligencia y/u omisión ante las presiones familiares, o bien, por su propia ética personal de salvaguardar la vida. Además, en algunas ocasiones puede existir un interés personal de carácter científico, investigador (aprender más sobre el caso)^(2,3).

Para identificar este conflicto, los profesionales de la salud deben saber adoptar y saber desarrollar una comunicación eficaz, incluyendo una escucha activa, que es primordial en toda atención sanitaria. Para ello, se debería aumentar la formación sobre enfermedades terminales, con el fin de aprender, no solamente a instaurar un tratamiento, sino también a enfocar la situación hacia un ámbito psicosocial, utilizando herramientas que no sólo nos permitan evitar el dolor y el sufrimiento, sino que también nos ayuden a enfrentarnos a los pensamientos y actitudes tanto del paciente como de las familias^(5,6,7).

Una vez identificada la situación, es necesario conocer la legislación publicada en nuestro país que aunque es muy escasa nos ayuda a saber cómo debemos actuar.

En primer lugar debemos referenciar la Ley de Autonomía del Paciente (14/2002) que desarrolla dos temas importantes. Primero, respetar el derecho de los pacientes o representantes legales, cuando éste no pueda expresar sus decisiones y segundo, dar la información completa del proceso asistencial al paciente o representante legal, si procede⁽⁸⁾.

Además, esta ley incluye el Documento de Instrucciones Previas. Este documento deja por escrito las voluntades que una persona quiere tomar cuando se encuentre en un estado en el que no pueda tomar sus propias decisiones, así como, el destino de su cuerpo una vez haya fallecido. Aunque es un documento de obligado cumplimiento, a excepción de que pongan en peligro la salud pública, la realidad es que no se efectúan, en ocasiones por desconocimiento del mismo^(8,9).

Otra legislación a tener en cuenta se encuentra en el código penal en su artículo 143, que regula el proceso final de la vida pero nunca la euta-

nasia o el suicidio colectivo. Este artículo fue modificado en 1995, dejando impune la eutanasia indirecta, como el adelantamiento de la muerte por sedación paliativa, o los comportamientos omisivos^(10,11).

Existen legislaciones en ciertas comunidades autónomas como son Andalucía, Aragón y Navarra que han desarrollado leyes que prohíben el encarnizamiento terapéutico, así como el rechazo por parte del paciente de tratamientos que prolonguen su vida de forma innecesaria, el resto de CCAA, se siguen acogiendo a la Ley Básica Reguladora de Autonomía del Paciente⁽¹²⁾.

Por otro lado, Los códigos deontológicos tanto del personal médico, cómo del de enfermería recogen en un artículo las premisas a tomar en situaciones de trabajo con enfermos terminales^(13,14).

Con todas estas palabras, intentamos que se reflexione acerca de la idea del encarnizamiento terapéutico, el cual, forma parte de nuestra rutina habitual de trabajo de forma inconsciente, puesto que, el no conocimiento de este concepto junto al desconocimiento del trato de enfermos terminales y las situaciones conflictivas que alrededor de estos se producen, hacen que, no sepamos identificar cuál es el riesgo-beneficio de una prueba diagnóstica o de un tratamiento, es decir, que no sepamos reconocer donde está la línea que no se debe sobrepasar si no existen posibilidades de curación.

David Ramos Sáiz y Marta Saiz Echezarreta
Graduados en Enfermería

Referencias bibliográficas

- Gherardi C. Encarnizamiento Terapéutico y Muerte Digna. Mitos y Realidades. Medicina. Buenos Aires. 1998; 58: 755-762. Disponible en: www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/gherardi.pdf
- Moreno Fraile R, Garoyo Irigoyen B. Encarnizamiento Terapéutico. [video] Zaragoza; Slideshare; 2015. Disponible en: <http://es.slideshare.net/aduyan/encarnizamiento-terapeutico-45769272>
- Sans Sabrafen J, Abel Fabre F. Obstinación Terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña. Barcelona: 2005. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>
- Bustamante Cabrera G. Distanacia, Encarnizamiento Terapéutico, Obstinación Terapéutica. Rev Act Clin Med. 2013; 32: 1643-1647. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000500009&script=sci_arttext
- Subiela García JA, Abellón Ruiz J, Celdrán Baños AI, Manzanares Lázaro JA, Satorres Ramis B. La Importancia de la Escucha Activa en la Intervención Enfermera. Enferm Glob. 2014; 34(13). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000200013&script=sci_arttext
- Martínez Martínez E. Formación de Valores en el Personal de Salud. Rev Cub Med Mil. 2001; 3(30). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572001000300009&script=sci_arttext&tling=pt
- Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S, García Valdés M. Necesidades de Aprendizaje de Profesores de Psicología de la Carrera de Licenciatura de Enfermería. Educ Med Super. 2012; 4(26). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412012000400007&script=sci_arttext
- Ley Básica Reguladora de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. BOE nº 274 (15-11-2002).
- Mateos Rodríguez AA, Huerta Arroyo A, Benito Vellisca MA. Instrucciones Previas: Actitud de los Profesionales de Emergencias. Emergencias. 2007; 19: 241-244. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alonso_Mateos-Rodriguez/publication/28183691_Instrucciones_previas_actitud_de_los_profesionales_de_emergencias/links/0deec52d0725705353000000.pdf
- Ley Orgánica del Código Penal. Ley 10/1995 de 23 de Noviembre. BOE nº 281 (24-11-1995)
- Gómez Colomer JL, González Cussac JL. La Reforma de la Justicia Penal (Estudios en homenaje del prof. Klaus Tiedemann). 1ª ed. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I; 1997.
- Aragón es una de las Seis Regiones con Muerte Digna. El Periódico de Aragón. 4 de Octubre de 2015; Reformas Legislativas. Disponible en: http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/aragon-es-seis-regiones-ley-muerte-digna_1057730.html
- Código Deontológico de la Enfermería Española. Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería (14-07-1989)
- Código de Ética Médica de España. Organización Médica Colegial Española. (Marzo 2011)