

La distanasia: ¿una epidemia de nuestro tiempo?

El siglo XX fue el siglo de la salud pública y de la mejoría en la esperanza de vida, un anhelo de todas las sociedades que se ha logrado fundamentalmente con la mejoría en las condiciones de vida, incluyendo la mejor educación, una mejor infraestructura sanitaria y el advenimiento de las vacunas y los antibióticos. El siglo XXI avanza con un desarrollo científico y tecnológico creciente sin precedentes en ciencias de la salud, lo cual ha convertido a la medicina en un ritual tecnológico que ha acrecentado la medicalización de la vida y se ha acompañado del fenómeno denominado deshumanización de la atención, con dificultades en la relación profesional de la salud –paciente-familia–, por limitaciones de comunicación, fragmentación de la atención y pérdida de la mirada holística del paciente. A la par, heredamos del siglo XX una rica herencia, consistente en la valoración de la autonomía como una característica fundamental del ser humano, ligada a su dignidad, que ha ido empoderando progresivamente a los pacientes en la conducción de su proceso de vida y en la toma de decisiones que conciernen a su salud y a la calidad de su existencia.

En este contexto, de múltiples recursos científicos y tecnológicos, muchos médicos no han sido conscientes que el énfasis ha cambiado de la búsqueda de una mayor esperanza de vida, a la consecución de una vida longeva pero con calidad, percibida desde la cosmovisión del paciente. Ello ha traído como consecuencia un cambio en el concepto de salud y empezar a hablar de la denominada ‘salud sostenible’: un bienestar razonable y prudente que haga posible desarrollar una vida personal y social valiosa que permita perseguir nuestros objetivos vitales e interactuar en la vida social. El no entender este cambio y seguir pensando que la muerte es el enemigo que la medicina puede derrotar o, al menos, posponer, olvidando que el gran objetivo de nuestra disciplina es disminuir el dolor y el sufrimiento humano ayudando a vivir una vida de calidad, ha traído como consecuencia un excesivo intervencionismo médico que empleando todos los medios posibles y generando tratamientos desproporcionados, intenta prolongar, a veces artificialmente, la vida de pacientes sin posibilidad de curación. A este intervencionismo, a veces irracional, se le denomina téc-

nicamente, distanasia (dys: difícil, mala, trastorno, y thanasia: muerte) y coloquialmente, encarnizamiento terapéutico.

Es frecuente que el médico contemporáneo ante un paciente con problemas graves de salud y sin posibilidad de curación, no se pregunte qué es lo correcto recomendar, qué es lo legítimo hacer y cuál es el verdadero objetivo de su intervención, sino que simplemente decida utilizar todo el arsenal terapéutico disponible para prolongar la vida del paciente y generarle una falsa esperanza de supervivencia, sin aclarar las reales condiciones de ésta y, en muchos casos, ignorando la autonomía del paciente expresada previamente en decisiones anticipadas o manifestada directamente en el momento en que el médico solicita el consentimiento autónomo para las intervenciones. Es la aceptación implícita y sin crítica alguna del dogma: “mientras hay vida, hay esperanza”.

La pregunta debería ser: ¿hasta cuándo se debe prolongar el proceso de morir cuando no hay esperanza razonable de vida de calidad, ni de que la persona vuelva a gozar de salud, y todo el esfuerzo terapéutico solo retarda lo inevitable prolongando la agonía y el sufrimiento

humano?

Existen algunos criterios para identificar la distanasia:

- Inutilidad o ineficacia de la terapia.
- Posibilidad de que ésta resulte penosa para el enfermo incrementando su sufrimiento y alargando innecesariamente la vida.
- Carácter de excepcionalidad de las intervenciones o medios terapéuticos (medios desproporcionados).

Para prevenir la distanasia, se requiere que el médico en ejercicio y el estudiante de medicina de pre y postgrado, se concienticen del rol actual del médico y se capaciten y profundicen en este tema, adquiriendo claridad en que momento pasamos de lo que podríamos denominar un tratamiento pertinente y razonable a una verdadera distanasia.

Lo anterior conlleva tener en cuenta varios elementos:

- Claridad acerca del concepto de autonomía del paciente con el fin de respetarla siempre y promover la toma de decisiones autónomas como parte integral del respeto por sus derechos.
- Reflexión acerca del sentido y alcance de la intervención médica y del concepto actual de salud y de calidad de vida.
- Desarrollo de un compromiso personal irrenunciable con el objetivo de la medicina que es aliviar el dolor y el sufrimiento del paciente. Esto implica utilizar los tratamientos e intervenciones necesarias para reducir el dolor y el malestar y atenuar el sufrimiento, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o conti-

nuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles y obstinadas.

- Adecuada comunicación con el paciente y su familia para que éstos tengan un concepto claro de su estado de salud, del pronóstico más probable y de las posibilidades de intervención para lograr mantener una vida de calidad, comprometiéndose a asistir al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del ser humano.
- Capacidad y decisión para hacer análisis riesgo – beneficio, utilizando la MBE, para no someter al paciente a riesgos injustificados que no mejorarán significativamente su salud ni contribuirán a una muerte digna y en paz.
- Claridad de la relación costo-beneficio de un tratamiento para no afectar innecesariamente el presupuesto del paciente o su familia si éstos deben asumir los costos de un tratamiento o afectar la viabilidad financiera del sistema de salud. Como los recursos siempre son insuficientes frente a las necesidades de los pacientes, el médico sensato no deberá utilizarlos inadecuadamente solo para tener la tranquilidad que hizo el máximo esfuerzo por el paciente sin probabilidades de recuperación o que dio tranquilidad a la familia con intervenciones innecesarias que crean falsas expectativas.
- Los comités de Ética Clínica (hospitalaria) y los grupos de staff de las diferentes especialidades, deberían analizar al estudiar los diferentes casos clínicos, ya sea para recomendar intervenciones o para aprender de su manejo y complicaciones, cuales son

"La pregunta debería ser: ¿hasta cuándo se debe prolongar el proceso de morir cuando no hay esperanza razonable de vida de calidad, ni de que la persona vuelva a gozar de salud, y todo el esfuerzo terapéutico solo retarda lo inevitable prolongando la agonía y el sufrimiento humano?"

las intervenciones proporcionadas, es decir, pertinentes y ajustadas a las posibilidades reales de recuperación de un paciente, para decidir en que momento se está pasando de un manejo que podríamos llamar razonable y apropiado a la realidad clínica del paciente (ortotanasia), al que pudiéramos considerar desproporcionado, constituyéndose en una verdadera distanasia. Si abordáramos sistemáticamente y con sinceridad este análisis, evitaríamos un silencio cómplice, violatorio de los principios éticos, que sería la expresión de la ignorancia o de la incomodidad de llevar esta discusión con transparencia y honestidad.

En conclusión, la distanasia se ha convertido en un problema ético creciente y de primera magnitud, pues el progreso técnico científico comienza a interferir de forma decisiva en la fase final de la vida humana a pesar de que en desarrollo de la consciencia de su autonomía, hoy los seres humanos queremos asumir el control de nuestra vida y por ende, nuestra muerte. A nivel mundial hay hoy una importante reflexión acerca de los límites éticos de las intervenciones en salud en la fase final de la vida, una realidad que es más crítica ante la escasez de recursos para atender la salud de todos los ciudadanos. Son ingentes los gastos en situaciones críticas consideradas irreversibles mientras escasea la inversión en programas y situaciones para promover la salud y prevenir la enfermedad e igual aten-

der problemas de salud que de intervenir oportunamente se logra la recuperación de una vida con calidad. En la lucha por la vida, en circunstancias de muerte inminente e inevitable, la utilización de todo el arsenal tecnológico disponible, se traduce en obstinación terapéutica que, recusando la dimensión de la mortalidad humana, obliga a quienes se encuentran en la fase final de la vida a una muerte muchas veces tortuosa y dolorosa. Lo anterior, no implica abandonar a los enfermos terminales o con patologías irreversibles sino acompañarlos con cuidados paliativos para que la realidad de su muerte transcurra de una forma digna y lo menos dolorosa posible, porque su cuidado merece tanta prioridad como todas las otras etapas, no solamente por parte de los

profesionales médicos sino de toda la sociedad.

José María Maya

..."No implica abandonar a los enfermos terminales o con patologías irreversibles sino acompañarlos con cuidados paliativos para que la realidad de su muerte transcurra de una forma digna y lo menos dolorosa posible, porque su cuidado merece tanta prioridad como todas las otras etapas, no solamente por parte de los profesionales médicos sino de toda la sociedad."