Distanasia: evitarla es el mejor tratamiento para el enfermo no tratable

José M.Á. Llamas-Montes*, Liliana B. Alcázar-García, Darlene C. Pérez-Gómez, Javier Solís-Estrada, Antonio Duran-Plaza, Jorge A. Hernández-Gonzalez y Héctor I. Ruíz-Rodríguez

Centro Integral de Urgencias, Benemérito Antiquo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal., México

Resumen

Introducción: La aplicación de métodos extraordinarios de soporte vital en enfermos en los que estos no proveen ningún beneficio y simplemente prolongan la agonía constituye ensañamiento terapéutico o distanasia. **Del diccionario al enfermo, ¿qué es la distanasia?** La prolongación del proceso de la muerte y no de la vida propiamente dicha. **¿Por qué se genera la distanasia? Deslindando responsabilidades.** La tecnología ha permitido desarrollar técnicas que suplen la función vital de algún órgano y que, al aplicarlas de forma inadecuada, prolongan el sufrimiento y la agonía. **No siempre es distanasia.** Existen dos momentos en los que ocurre: el primero cuando el médico no dispone de información ni tiempo suficiente, el segundo cuando el estado clínico del paciente avanza hasta llegar a requerir de un soporte importante para la vida. **¿Qué hacer para evitar la distanasia?** Es indispensable que se apliquen cuatro principios éticos básicos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. **Limitación del esfuerzo terapéutico.** Se trata de la adecuación o restricción de determinados procedimientos. **Tratamiento para el paciente no tratable.** Primera línea de tratamiento, los cuidados paliativos. **Conclusión:** La distanasia debe evitarse a toda costa.

Palabras clave: Distanasia. Muerte digna. Limitación terapéutica. Cuidados paliativos.

Dysthanasia: avoiding it is the best treatment for the untreatable patient

Abstract

Introduction: The application of extraordinary life support methods in patients in whom it does not provide any benefit and simply prolongs the agony, constitutes therapeutic cruelty or dysthanasia. **From the dictionary to the patient, what is dysthanasia?** It is the prolongation of the process of death and not of life itself. **Why is dysthanasia generated? Demarcating responsibilities.** Technology has allowed the development of techniques that supplement the vital function of any organ, applied improperly, prolongs suffering and agony. **It is not always dysthanasia.** There are two times when it occurs: the first when the doctor does not have enough information or time, the second when the patient's clinical status progresses until it requires significant support for life. **What to do to avoid distance?** Indispensable apply four basic ethical principles: beneficence, non-maleficence, autonomy and justice. **Limitation of therapeutic effort.** It is the adequacy or restriction of certain procedures. **Treatment for the untreatable patient.** First line of treatment palliative care. **Conclusion:** Dysthanasia should be avoided at all costs.

Key words: Dysthanasia. Dignified death. Therapeutic limitation. Palliative care.

Correspondencia:

*José M. Á. Llamas-Montes

E-mail: llamas_montes@hotmail.com

Fecha de recepción: 28-12-2019

Fecha de aceptación: 12-02-2021

DOI: 10.24875/REIE.19000078

Disponible en internet: 16-04-2021

Rev Educ Invest Emer. 2021;3(1):15-18

www.medicinadeemergencias.com

2604-6520 © 2021 Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencias, AC. Publicado por Permanyer México SA de CV. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La dignidad y la protección de la vida humana es el valor supremo en el mundo civilizado¹. El Acta de Derechos Humanos de 1998 en su artículo 2° garantiza la protección de la vida, sin embargo, en el artículo 3° declara que ninguna persona debe ni será objeto de tortura, trato o castigo inhumano o degradante; esto incluye el mantener con vida a una persona en estado de inconsciencia y dependencia total o el no tener una muerte digna².

Es indispensable en el quehacer médico definir qué procedimientos son de beneficio para el paciente y decidir cuál se ha a implementar³. No todos los tratamientos aplicados serán de beneficio para el enfermo, por lo que ningún tratamiento se debe iniciar cuando no tenga sentido con criterios clínicos⁴. En la práctica médica la instauración de determinado tratamiento y el pronóstico del enfermo al final de la vida independientemente de que se emplee o no dicha terapéutica se han asociado a dilemas éticos¹.

Con la evolución y el exponencial crecimiento de la tecnología se han desarrollado técnicas modernas de soporte vital que permiten suplantar artificialmente las funciones vitales del cuerpo y han surgido nuevos dilemas éticos que obligan a replantear el límite del esfuerzo terapéutico³. La aplicación de estos métodos extraordinarios de soporte vital en enfermos en los que debido al grado de deterioro no proveen ningún beneficio y simplemente prolongan la agonía, constituye ensañamiento terapéutico o distanasia, lo cual representa un tipo de violencia hacia el ser humano⁵.

Del diccionario al enfermo, ¿qué es la distanasia?

Distanasia proviene del griego *dys*, que significa malo o difícil, y *tanasia*, que significa referente a la muerte, es decir, dificultar la muerte de los pacientes en estado terminal^{1,6}. Si bien la muerte ha de llegar en algún momento, la distanasia es la prolongación del proceso de la muerte y no de la vida propiamente dicha, siendo lo contrario a la eutanasia^{1,4,7}.

El encarnizamiento, obstinación o ensañamiento terapéutico es la acción de someter a un paciente que tiene mínimas o nulas posibilidades de recuperación a procedimientos dolorosos, costosos y que realmente no le benefician, provocándole un sufrimiento innecesario⁸.

Esta prolongación de la vida biológica de un paciente cuya patología no tiene cura ni esperanza de recuperación se logra con procedimientos diagnósticos o

terapéuticos injustificados, como la reanimación, el soporte vital o la administración de fármacos, entre otras, las cuales en vez de mejorar la calidad de vida o lograr la curación, la empeoran o alargan innecesariamente la agonía de estos pacientes al alejar el momento de la muerte, por lo que representa una acción moral injusta y éticamente inaceptable^{1,4,5,8,9}.

En pocas palabras, la distanasia es sinónimo de tratamiento fútil o inútil, sin beneficios y totalmente inefectivo para el paciente, cuya evolución clínica es irremediable, por lo que supone indignidad humana y su causa es multifactorial^{4,7,10}.

¿Por qué se genera la distanasia? Deslindando responsabilidades

Como se mencionó, la tecnología ha permitido desarrollar técnicas que suplen la función vital de algún órgano, sin embargo, si estas técnicas se aplican de forma inadecuada, se prolonga, más que la vida y la calidad de esta, el sufrimiento y la agonía que conlleva el proceso de muerte de un paciente en estado terminal³.

Si bien es por medio de los avances tecnológicos que se logra retrasar el momento de la muerte, los responsables del dilema ético que conlleva el alargar la vida en sufrimiento son las creencias y valores que están profundamente arraigados en los médicos, así como las desmesuradas expectativas de curación que existen en la sociedad y la exigencia de preservar la vida como valor sagrado^{1,10}.

En el caso de los médicos, son cuatro principales puntos que causan conflicto moral los que los llevan a la distanasia: para los médicos es más difícil retirar un tratamiento que ya ha sido instaurado, la limitación del esfuerzo terapéutico les genera la sensación de «dejar morir al paciente», el concepto de distancia lo llegan a confundir con eutanasia y existe desconocimiento de las implicaciones éticas de evitar la distanasia¹¹.

Por una parte, los pacientes tienen, al menos desde el punto de vista social e incluso religioso, la obligación de preservar su vida y aceptar los tratamientos para salvarla, por otra parte, el médico está obligado a brindar ayuda y atención a los pacientes, por lo que la muerte ha sido medicalizada, considerándola como el fracaso de la praxis médica^{11,12}.

Aun cuando los pacientes que se encuentran desahuciados en muchas ocasiones reflejan su poco deseo de un tratamiento intensivo prolongado, sin embargo, son los familiares quienes en muchos de estos casos expresan el deseo de prolongarlo con la frase «salvar la vida a cualquier costo», por lo que la

familia es descrita como el principal obstáculo, principalmente porque no comprenden la situación y a raíz de esto los médicos se muestran temerosos de un posible proceso judicial; paradójicamente, la falta de experiencia de los médicos demora la toma de decisiones, lo que condiciona encarnizamiento terapéutico^{6,11}.

No siempre es distanasia

Existen dos momentos en los que ocurre la distanasia: el primero es cuando el médico no dispone de información ni tiempo suficiente para llevar a cabo una evaluación clínica exhaustiva, como puede ocurrir en los servicios de urgencias o en terapia intensiva, donde confluyen presiones emocionales, creencias y valores; el segundo es cuando el estado clínico del paciente avanza hasta llegar a requerir un soporte importante para la vida⁹.

Cuando no se dispone de información suficiente para determinar el pronóstico del paciente, como se dijo en servicios de atención crítica, la decisión de limitar o no iniciar un tratamiento puede ser éticamente menos apropiada, por lo que en caso de duda razonable sobre el posible beneficio de las maniobras de soporte vital y dado que el no aplicarlas significará en la mayoría de los casos la muerte del paciente, se aconseja actuar en pro de la vida, pues en última instancia el soporte vital no es una acción terapéutica, sino más bien humanitaria, por lo que se puede considerar de carácter obligatorio ante tales circunstancias y por lo que se podría intentar durante un tiempo razonable e incluso a modo de prueba. Sin embargo, si no se regulan y aplican de forma correcta las medidas de soporte vital se puede incurrir en distanasia^{3,9}.

¿Qué hacer para evitar la distanasia?

Para evitar la distanasia es indispensable que ante toda decisión se apliquen cuatro principios éticos básicos: beneficencia, pues lo primordial es el bien del paciente; no maleficencia, *primum non nocere*; autonomía del paciente y la familia para la toma de decisiones, y justicia para evitar conflicto de intereses y aplicar con igualdad de condiciones estas decisiones¹⁰.

Los médicos deben abstenerse de dar tratamientos agresivos, desproporcionados e inútiles a los pacientes terminales en quienes hay pocas posibilidades de respuesta^{10,12}.

Es posible que el médico sepa qué es mejor para el paciente, sin embargo, la obligación primordial del médico es respetar la dignidad del ser humano, por lo que los enfermos tienen el derecho de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, derecho que debe respetarse a todo paciente con competencia mental^{4,8,10}. De igual modo, en el caso de pacientes incapacitados para la toma de decisiones, la familia tiene derecho a tomar estas decisiones, por lo que es de suma importancia conocer la postura que la familia tenga respecto al tratamiento. Por todo ello, el éxito de que se implemente a tiempo la limitación terapéutica y se evite así la distanasia se basa en una adecuada relación médico-paciente y médico-familia, sin embargo, hay que hacer énfasis en que esta decisión no debe ser sesgada por el médico y debe siempre buscar apoyar la muerte digna del paciente, pues la distanasia no constituye un verdadero tratamiento^{4,5,9,11}.

El objetivo primordial en estos pacientes no es conseguir la curación, sino mantener lo mejor posible la calidad de vida, brindando siempre los cuidados paliativos necesarios como analgesia, sedación y alimentación^{8,10,11}.

Limitación del esfuerzo terapéutico

Se trata de la adecuación o restricción de determinados procedimientos que ya no ofrecen beneficio y se consideran extraordinarios y desproporcionados, siendo legítimo y bueno para el paciente abstenerse de aplicarlos, aceptando la condición humana y la etapa evolutiva de su enfermedad, sin embargo, la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico debe tomarse en equilibrio multidisciplinario^{3,8}.

La limitación del esfuerzo terapéutico consiste en limitar medidas como: intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva, administración de fármacos vasoactivos o antibióticos de última generación, o no ingresar a la unidad de terapia intensiva¹¹.

Esta práctica no entra en contradicción con los designios tradicionales de la medicina y la bioética, pues únicamente se limitan aquellas medidas consideradas como heroicas, que lo único que hacen es prolongar el momento de muerte en pacientes que irremediablemente han de morir, manteniendo las medidas paliativas³.

Es importante señalar que la limitación del esfuerzo terapéutico no provoca la muerte, pues este proceso ya se ha instaurado en el paciente, entendiendo esto, la acción de dejar que la muerte siga su curso natural cuando hay certeza de muerte y el tratamiento es o será ineficaz queda como una práctica ética¹².

Tratamiento para el paciente no tratable

La aplicación de esfuerzo terapéutico limitado no implica abandono del paciente, sino que se da prioridad a otros aspectos del tratamiento, pasando a primera línea de tratamiento los cuidados paliativos, haciendo énfasis en que encuentre confort y alivio a su sufrimiento^{10,11}.

Una adecuada analgesia, alimentación e hidratación, acompañamiento por los familiares, un ambiente digno y de respeto, evitando la invasión, para mantenerlo lo más tranquilo posible sin sufrimiento ni angustia, y de este modo buscar ofrecerle una muerte digna¹¹. En este punto el apoyo psicológico es imprescindible¹⁰.

Conclusión

La distanasia no es más que la obstinación en retrasar el momento en que ocurrirá la muerte, por lo que debe evitarse a toda costa, pues esto es primordial para un tratamiento más adecuado a los pacientes en quienes su patología es en esencia intratable, a quienes se les debe ofrecer mantener su calidad de vida, sin buscar la curación. Esto debe investigarse aún más y enseñarse desde el pregrado en las facultades de medicina, para que en un futuro sea posible evitarla, e incluso llegar a considerar su erradicación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Monteiro F. Beliefs, values and morals: the philosophical underpinnings of dysthanasy. *Open J Philos.* 2016;6:406-11.
2. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. Guidance from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. 3rd edition [Internet]. British Medical Association, Resuscitation Council (UK), Royal College of Nursing; 2016. Disponible en: <https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2020-05/20160123%20Decisions%20Relating%20to%20CPR%20-%202016.pdf>
3. Betancourt-Reyes GL. Un dilema ético actual: ¿enseñamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico? *Rev Med. Electron.* 2017; 39(4):975-86.
4. Bustamante G. Distanasia, encarnizamiento terapéutico, obstinación terapéutica. *Rev Act Clin.* 2013;32:1643-7.
5. Arenas-Márquez H, Jiménez-Tornero J, Arenas-Moya D, Díaz-Moreno AL, Baltazar-Sánchez I. Enseñamiento terapéutico. *Cir Gen.* 2011;33(2):S130-S134.
6. Corke C, Silvester W, Bellomo R. Avoiding nosocomial dysthanasia and promoting eleoethanasia. *Crit Care Resusc.* 2010;12(4):221-2.
7. Biondo CA, Silva MJ, Secco LM. Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensiva e implicaciones en la asistencia. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009;17(5):613-9.
8. Villagomez-Ortiz AJ. Postura del Colegio de Medicina Interna de México respecto a la atención del enfermo en estado terminal y la eutanasia. *Med Int Mex.* 2008;24(1):59-64.
9. Vallejo J. Encarnizamiento terapéutico: entre la técnica y la humanización. En: Universidad Católica de Oriente. Conferencias. Ponencias. Humanismo y tecnologías. Fondo editorial Universidad Católica de Oriente; 2014. pp. 168-181.
10. Betancourt-Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. *Rev Hum Med.* 2014;14(2):407-22.
11. Paredes-Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos del hospital público de adultos de la Región Metropolitana. *Acta Bioethica.* 2012;18(2):163-71.
12. Betancourt-Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Rev Hum Med.* 2011;11(2):259-73.