

La eutanasia. ¿El último derecho? The Economist. Semana, junio 23 1997. Pp. 86.
Llano-Escobar A. *Doctor, déjeme morir*. Editorial El Tiempo 8 junio, 1997. Pp. 5A.
Llano-Escobar A. ¡Inaudito! Editorial El

Tiempo 25 mayo, 1997. Pp. 5A.
Maeve M. Physician-assisted suicide and patients with HIV disease. *N Engl J Med* 1997; 337: 56.
Osorio G. *Eutanasia*. Artículo inédito. Comi-

té Ética Médica, Fundación Valle del Lili, junio 1997.
Singer P. *Rethinking life and death. The collapse of our traditional ethics*. St. Martinis Griffin Edition. May 1996.

Eutanasia vs. el derecho a morir feliz

Jaime Quevedo Caicedo, M.D.*

A raíz de la aceptación de la eutanasia, con previa aceptación del paciente o de sus familiares, la sociedad en general y los médicos en particular están sufriendo una crisis de conciencia. Para enriquecer el debate, creo muy útil esbozar algunas ideas, extractadas de un estudio hecho en la Universidad de Johns Hopkins sobre pacientes terminales, por el investigador Alfred Wu, quien en sus conclusiones afirma que “los días finales gastados en el hospital fueron de dolor físico y mental innecesarios.”

Los pacientes en sus últimas semanas de vida están más preocupados por morir dignamente que en prolongar su existencia. Esta parece ser una de las principales razones por las que la Corte Suprema de Justicia respaldó el derecho a morir con dignidad y justificó el suicidio asistido por un médico. Esta posición, acorde con la ley natural, mas opuesta a la legislación de otros países, por ejemplo, los EE.UU., cuestiona el cuidado paliativo que busca aumentar la supervivencia sin tener en cuenta la calidad de vida.

Toda esta polémica, según el Dr. Wu, se debe a que es muy poco lo que la mayoría de la gente conoce sobre el proceso de morir. Los mismos médicos, formados “para derrotar la enfermedad antes que la enfermedad derrote al cuerpo,” cada día, tienen menos oportunidad de asistir a los

enfermos terminales. Que son mercado de las unidades de cuidado intensivo en los grandes centros y de un reducido grupo de médicos especializados en combatir, con el auxilio de una amplia parafernalia electrónica, las más mínimas complicaciones que puedan acortar la vida del enfermo. Algunos de ellos, no obstante, intentan redefinir sus formas de actuación y de reexaminar los factores que se deben tener en cuenta para ayudar al enfermo a un “buen morir.” Muchos centros reconocidos por su gran habilidad para curar en la actualidad analizan formas de desarrollar medidas de confort para los moribundos.

El Dr. Wu, en colaboración con los investigadores de otros centros de los EE.UU. estudian 9,000 individuos en un programa denominado “support” para conocer el pronóstico y las preferencias sobre el futuro y los riesgos de los tratamientos. Los resultados ya se publicaron en los Anales de Medicina Interna.

Lo que más temen los enfermos, dice Wu, es morir con excesivo dolor, en abandono y/o aislados de sus seres queridos; este temor es más notorio en quienes se hallan recluidos en hospitales o clínicas. Los investigadores encontraron que 40% de estas personas, en sus últimos tres días, sufrieron dolor severo o moderado, que se pudo aliviar con medicamentos; estos enfermos, en su mayoría,

eran sujetos mayores de 80 años, con enfermedades terminales como cáncer avanzado, insuficiencia cardíaca congestiva, coma, cirrosis y falla orgánica múltiple. El programa contaba con la aprobación y ayuda de los miembros de la familia, que recibieron entrenamiento para brindar soporte al ser querido. Casi todos se mostraron agradecidos por el cuidado terminal que se brindó. No obstante, de cada diez familias una se quejó de atención poco adecuada, a pesar de las medidas extraordinarias que se tomaron para mantener vivos a los pacientes. Se comprobó que el enfermo y los familiares no eran la mejor fuente para averiguar satisfacción y calidad de la atención médica a pacientes terminales. Una verdadera paradoja, una colisión de intereses entre el médico y la familia en el afán de desafiar la muerte.

Cuando se les preguntó a los familiares qué consideraban ellos como “un buen morir,” respondieron: “una cama limpia, con toda la familia alrededor, poder cerrarle los ojos y estar al lado hasta el último suspiro.” Situación hipotética, que rara vez se da cuando el paciente está en una unidad de cuidados intensivos.

También se encontraron problemas de comunicación entre los médicos y los familiares. A pesar de los buenos oficios de las enfermeras, el diálogo entre el moribundo y los doctores fue incomprensible. Una falla notoria se pudo demostrar en que la

* Centro de Estudios Cerebrales, Universidad del Valle, Cali

mayoría de las veces “no hay sintonía en la misma longitud de onda.” El médico se sobrepasa en sus dosis de eufemismos por un lado y en la jerga técnica ininteligible que utiliza, que no hace más sino confundir a los pacientes. Mientras tanto, el enfermo sigue esperando, no sólo entender lo que el médico dice, sino sentirse cómodo con lo que le comunican. Enfermo y familiares esperan un pronto final; sin embargo los médicos continuaron tomando medidas heroicas para preservar la vida del enfermo, a pesar del pronóstico reservado, y enviaban, cada vez, mensajes erróneos sobre una posibilidad remota de curación. No poca veces esto se traduce en que los mismos familiares, acongojados por la pena, autorizan todo lo que sea posible para prolongar la vida, sin tener en cuenta el impacto que esta decisión tiene sobre el estado físico y emocional del enfermo y sobre las finanzas familiares.

El Dr. Wu afirma, que en el entrenamiento de los médicos no se le da a la atención terminal, el respeto que merece. Añade: “Hablamos de medidas heroicas, de medidas extraordinarias sin tener en cuenta que esas palabras pueden tener connotaciones negativas. Nunca decimos que atormentamos al paciente hasta que muere aunque, según los resultados del estudio, estas personas sí sintieron gran dolor hasta cuando murieron.”

Algunos centros se están especializando en el manejo del paciente terminal. Es un buen síntoma de preocupación y puede que esto ayude al buen morir de algunos individuos y es posible que sea lo único que se puede ofrecer hasta el momento. Infortunadamente, el médico sólo puede estar seguro cuando el mismo enfermo afirma que ya no siente dolor. La caracterización del grado de malestar es muy incierta; no se ha inventado el

“dolorómetro,” con buena sensibilidad, que ayude a medir el grado de algidez que afecta al paciente. Peor aún, los enfermos tienden a esconder la severidad de su dolor “para no molestar” y lo niegan con mucho énfasis. Al mismo tiempo, los médicos y las enfermeras no insisten lo suficiente para definir si el dolor necesita tratamiento. La mayoría de las veces se formulan analgésicos “preventivos,” por si acaso se siente dolor.

Los médicos a su vez, están reacios a suministrar fármacos para quitar el dolor. Son cada vez más frecuentes las demandas infortunadas por complicaciones inesperadas o casos fatales tras la administración de drogas -especialmente opiáceos como la morfina- a individuos terminales. Es bien sabido que la administración de grandes dosis de analgésicos puede acelerar la muerte. No interesa que el paciente manifieste que no le importa morir con tal de no sufrir ningún dolor; los médicos temen ser denunciados y perder sus licencias, por prescribir narcóticos a un sujeto terminal que bien puede fallecer por efecto de su enfermedad y no por la medicación.

No importa, tampoco, que el enfermo y la familia hayan recibido exhaustivas explicaciones sobre lo que se espera de la atención paliativa. Con frecuencia, los pacientes pueden tener ciertos grados de confusión mental, o estar deprimidos o tristes o angustiados, situaciones que pueden alterar la percepción del dolor y dificultar el tratamiento.

El caso de pacientes terminales en buen estado de conciencia no es el único problema de la eutanasia o del buen morir. La situación, al parecer más compleja y a la vez la menos estudiada, es la del paciente infantil con enfermedades incurables y esta-

dos vegetativos. Los niños mueren también por cáncer, falla cardíaca congestiva, deshidrataciones severas, infecciones del sistema nervioso central, asfixia por ahogamiento o por problemas al nacer, etc. Miremos un caso clínico para analizar la complejidad del problema.

Luis Tarcisio es un niño de 5 años de edad proveniente de la costa pacífica. A los 4 meses de nacido sufre una meningitis, que se trató tardíamente por problemas de transporte en medio de la selva. La destrucción del cerebro es muy marcada; se produjo taponamiento de los conductos de drenaje del líquido cefalorraquídeo. Su cabeza creció de modo descomunal y la escanografía sólo logra visualizar el cerebelo y el tallo cerebral; no hay hemisferios cerebrales. El pronóstico “reservado,” como se dice en la jerga médica; quiere decir que Luis Tarcisio **no** tiene ninguna posibilidad de recuperación. Su madre, una mujer campesina, de raza negra, no acepta esta decisión y ha recorrido varios centros en búsqueda de una ayuda para su hijo. Luis Tarcisio no se va a morir con rapidez; su supervivencia, sin ninguna calidad de vida, se puede prolongar por varios años. Medicamente no hay nada para ofrecerle; él no siente dolor, es un vegetal con vida. La angustia y el sufrimiento de esta madre son impacantes; su cara guarda una expresión difícil de olvidar. No obstante las explicaciones, con seguridad que confía por completo que su hijo volverá a la normalidad.

Hay muchos casos distintos de estudio, cuando se quiere hablar de pacientes terminales. Todos plantean problemas diversos. No sólo se mueren los individuos de tercera edad, avanzados en años. Hay también niños, adolescentes y adultos jóvenes en estados vegetativos después de

traumas craneoencefálicos. Después del caso de Karen Quinlan se los desconecta del respirador. ¿Un suicidio asistido? La ley colombiana lo permite. Sin embargo, a algunos les repugna y prefieren hospitalizar al enfermo para que le canalicen una vena y le apliquen drogas intravenosas, sin tener en cuenta que las muertes en los hospitales pueden ser solitarias, dolorosas y estériles para la mayoría de los enfermos.

Se está en mora, entonces, de

desarrollar programas para enfermos terminales, que consideren la posibilidad de la hospitalización en casa. El morir en el ambiente del hogar propio, rodeado de los seres queridos, puede ayudar a minimizar el tránsito a la muerte. Se deben crear cátedras para médicos y enfermeras donde aprendan todos los intrínquilos de la atención del paciente terminal. No se puede seguir en la improvisación de adaptar medidas para enfermos de cuidado intensivo con posibilidad de vida

útil, a personas desahuciadas y en estado terminal.

Es necesario, por último, que esos mismos grandes centros, a donde acude a fallecer un gran número de pacientes, inicien programas de atención domiciliaria, brindada por un equipo de salud especializado en tratar no el tumor del Sr. X, sino al Sr. X que está a punto de morir.

LECTURA RECOMENDADA

Lamerton R. *Care of the dying*. Priority Press Ltd., 1973. Pp. 99.

Sección: El caso radiológico

El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M.D.*

HAGASUDIAGNÓSTICO

Hombre que consulta por fiebre; durante la micción se «atranca» y tiene que cambiar de posición para que la micción se inicie de nuevo. Como antecedente sufre de para-plejia desde hace 4 años, cuando lo hirieron por arma de fuego que le afectó la columna vertebral y la médula espinal a la altura de T XII. El examen de orina revela bacterias, leucocitos abundantes y moco. En el examen de sangre se encuentra leucocitosis de 15,000 con 80% de neutrófilos.

POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

1. Flebolito.
2. Cálculo intravesical.
3. Cálculo prostático.

DESCRIPCIÓN RADIOLÓGICA

En la pelvis menor se observa una imagen calcificada, densa, por encima del pubis, en forma de huevo que mide 2.7 x 1.9 cm. La placa es ligeramente oblicua por lo que el recto está hacia la izquierda de la imagen descrita antes; el recto sigue la orientación del sacro que es posterior. Las estructuras óseas y articulares en la placa son normales.

DISCUSIÓN

1. Los flebolitos son muy comunes en la radiografía de la pelvis; por lo general son varios, a lado y lado de la línea media y no son mayores de 5 mm de diámetro. Una de las principales características es la de tener el centro radiolúcido lo que los diferen-

cia sustancialmente de otro tipo de calcificaciones. Como su nombre lo indica son formaciones que se originan en las venas de la pelvis tanto en hombres como en mujeres; asimismo, cuando son muy numerosos, se debe sospechar la presencia de tumores de origen vascular como los hemangiomas de tipo racemoso o cavernoso. En el común de la gente los flebolitos no dan ningún síntoma y carecen de significado patológico; en raras ocasiones se pueden confundir con cálculos en el uréter; el cuadro clínico y el parcial de orina ayudan a diferenciarlos¹.

2. Los cálculos en la vejiga son comunes en parapléjicos por la dificultad que tienen para orinar, también en ancianos, y en casos de estenosis uretral. Los parapléjicos al orinar, de modo habitual lo hacen por rebosamiento y en estos casos siempre hay residuos postmiccionales

* Profesor Titular (r). Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.