

El derecho a morir

Archibaldo Donoso.

Durante los estudios de Medicina se nos enseña a combatir las enfermedades, a prolongar la vida, a mirar la muerte como una adversaria contra la cual debemos luchar.

Creemos que esto es adecuado en muchas oportunidades, pero no siempre.

Como neurólogos hemos visto casos en los cuales se trata la enfermedad sin considerar lo que es la biografía, la vida de las personas. Hemos visto el caso de un paciente demente internado en una institución de larga estada, que ingresó al hospital por un cuadro médico con insuficiencia

renal, en el cual se inició un programa de diálisis. Hemos visto el caso de un hombre con una encefalopatía hipóxica - isquémica en estado vegetativo, que sobrevivió 4 ó 5 meses durante los cuales se trataron varias neumopatías agudas con antibióticos de última generación. Hemos visto el caso de una mujer con un tumor cerebral infiltrante, en estado vegetativo, que fue sometida a varias intervenciones y al tratamiento de repetidas infecciones antes de fallecer.

Por eso nos interesa señalar que en pacientes con un daño cerebral severo, que están condenados a la postración en cama, debemos reflexionar antes de pedir exámenes o de indicar medidas terapéuticas. ¿Estamos prolongando su vida o su agonía? ¿Estamos ayudando al enfermo o realizando un acto reflejo, de tratar la enfermedad sin detenernos a pensar qué es lo mejor para la vida del paciente?

Muchas veces declaramos «no querría vivir así» «preferiría que no me hicieran nada». Sin embargo frente a los pacientes nos empeñamos en tratar la hiponatremia o la infección, aún cuando sabemos que la vida del paciente no va a cambiar con un sodio nor-

*Departamento de
Neurología y
Neurocirugía.
Hospital Clínico
Universidad de Chile.*

mal o con la prolongación durante algunos días o semanas más de estado de sopor.

El «encarnizamiento terapéutico» muchas veces nace del temor a una acusación judicial, a que se diga que no se hizo todo lo posible por prolongar una vida (¡una agonía!). El temor es una débil justificación para hacer lo indebido. Por otra parte, en estas circunstancias lo que deberíamos hacer es compartir con la familia del paciente la angustia por su futuro, lograr que comprendan que no es posible hacer más por él, que el enfermo se encuentra en una situación sin otra salida que la muerte. Las decisiones que se tomen deben ser tomadas en conjunto entre el médico y la familia que sabe lo que habría decidido el paciente.

Para los creyentes en una religión, la muerte es sólo el tránsito hacia una vida superior; para los no creyentes, es el fin inevitable de la vida. Es comprensible mirarla con temor, pero es necesario aceptarla. Debemos aprender a considerarla una parte indisoluble de la vida, el fin de los goces pero también de nuestros afanes y angustias. Debemos ser piadosos con nuestros enfermos, y permitirles llegar al descanso -o la transición a una vida mejor- que significa la muerte. Los médicos somos técnicos que debemos ponernos al servicio de los pacientes o sus familias; si ellos quieren prolongar la vida a pesar de su mala calidad, podemos ayudarles a hacerlo; pero si ellos valoran el término de la agonía, no debemos prolongarla a pesar de contar con los recursos para ello.

La eutanasia activa y pasiva están condenadas por nuestra legislación, pero esa legislación vigente no es necesariamente perfecta, y creemos que esta situación debe ser analizada desde el punto de vista de la justicia y de la piedad. Frente a un ser humano que sufre, tal vez sea más importante la piedad.

Cuando me encuentre en una situación terminal, cuando mi futuro se reduzca a permanecer inconsciente y dependiendo del cuidado de otros, espero que mis médicos sean más piadosos que expertos en

la prolongación de la agonía. Si no es así, espero que mi familia pueda decir «Doctor, délo de alta. Nosotros le permitiremos morir en la casa».