

La distanasia y la limitación del esfuerzo terapéutico

Eduardo Casillas González

Máster en Bioética

La distanasia

Nos ocuparemos en esta ocasión, amables lectores, de un tema de actualidad, que es prolongar la vida a cualquier costo, también llamado 'distanasia', lo opuesto a la eutanasia. Para definir este concepto es necesario hacer uso, antes que nada, de los criterios de «constatación de muerte». Se sabe que el problema de la definición del «juicio de muerte» ha sido objeto de varias «cartas» internacionales que fijan los parámetros dentro de los cuales el médico puede firmar el certificado de defunción. La Carta de Ginebra de 1968 define el «estado de muerte» cuando se determinan los siguientes datos, considerados acumulativamente: cesación de todo signo de vida de relación, ausencia de respiración espontánea, atonía muscular y falta de reflejos, caída de la presión arterial a partir del momento en que no es sostenida farmacológicamente, y ausencia del trazado electroencefalográfico (EEG).

Gracias al progreso conjunto de las ciencias neurológicas y de las técnicas diagnósticas, se reconoce casi por unanimidad que la muerte clínica del individuo puede ser lícitamente definida después de constatar el estado de «muerte cerebral total», es decir, de la muerte encefálica. En este ámbito es oportuno considerar ulteriormente algunos casos delicados, de pacientes en coma, tomando en cuenta los documentos de algunos episcopados, en particular lo que afirma el documento del Secretariado del Episcopado Francés, que nos brinda luz en nuestra búsqueda de orientación en este delicado tema:

- a) En el caso del coma considerado «reversible», es obligatorio usar todos los medios a disposición, ya que la recuperación posible o probable de la vida, vale todo tipo de sacrificio económico. La obligación de usar los medios a disposición se vuelve cada vez más imperativa en la medida en que el paciente no puede expresarse y dar un consentimiento; por lo tanto, en los parientes y cuerpo médico grava el deber de hacer todo lo posible con los medios de reanimación, incluso extraordinarios, siempre y cuando sean accesibles.
- b) Cuando el coma se presenta «irreversible » desde el punto de vista de los expertos, permaneciendo firme la obligación de las curas ordinarias (entre las cuales están incluidas, como hemos expuesto en ocasiones anteriores, la hidratación y nutrición parenteral), no existe la obligación de emplear medios particularmente duros y costosos para el paciente, condenándolo a la prolongación de una agonía vivida en condiciones ajenas de toda posibilidad de recuperación de la conciencia y de la capacidad relacional. Se tendría en este caso un indebido «ensañamiento terapéutico» o 'distanasia'. El juicio sobre la irreversibilidad del coma y sobre las condiciones de irrecuperabilidad de la conciencia no es fácil; se remite para ello a la valoración de sanitarios competentes y rigurosos.
- c) Prolongar la vida puramente aparente y totalmente artificial, una vez que las funciones cerebrales hayan cesado completa e irreversiblemente, como hoy nos puede ilustrar el EEG

silencioso, es decir, con signos de muerte en todas las zonas del encéfalo, sería una ofensa al paciente y a su muerte, además de un engaño a sus parientes.

El EEG silencioso es signo de irreversibilidad de las funciones corticales una vez que permanece de esa manera por un cierto tiempo. Por poner un ejemplo concreto, para el trasplante de órganos algunas legislaciones requieren que transcurran seis horas de EEG silencioso; además de dicho signo son considerados de forma acumulativa también los otros parámetros ya indicados, relativos a la muerte de todo el encéfalo.

Limitación del esfuerzo terapéutico

Sin embargo el concepto de ensañamiento terapéutico, que muchas veces parece intencionalmente dramatizado, no solamente se configura cuando el uso de los medios técnicos es llevado a cabo en quien prácticamente está muerto, por lo tanto después de la «muerte cerebral», sino también cuando la administración de las terapias médicas o quirúrgicas (exceptuando las ordinarias) sea llevada a cabo en sentido «desproporcionado» a los efectos previsibles.

Es necesario tener en cuenta que, no obstante estas indicaciones dadas a detalle, existen casos no sólo de coma profundo e irreversible, sino también de coma «prolongado»: el enfermo permanece en coma «también con las solas curas ordinarias». Ha habido casos en los cuales el estado de coma irreversible con una vida puramente biológica ha durado por varios meses o años (estado vegetativo persistente). Quizá tal fue la situación de Karen Ann Quinlan, la joven estadounidense de quien se han ocupado las crónicas por casi diez años. Análogo fue el caso de Nancy B. Cruzan, que en estado vegetativo persistente fue alimentada cerca de ocho años mediante una gastrostomía. Después de diversas sentencias de tribunales se decidió el cese de tal alimentación, determinando la muerte una decena de días después, en la presunción, sostenida por testimonios, que ésa era su voluntad. Surge la pregunta: ¿se trata de una verdadera vida, cuando es prácticamente cierta la irreversibilidad del coma, del estado de inconsciencia y de la ausencia de vida de relación, incluso cuando algunas funciones vitales no han cesado, no obstante que el EEG sea ya silencioso por un considerable número de horas?

El documento de los obispos franceses (Secretariado de la Conferencia del Episcopado Francés: «Problemas éticos planteados hoy por la muerte y el morir», 1976) afirma que no se debería hablar de eutanasia en caso que se hicieran cesar completamente las curas en ciertos casos de coma dépassé, porque no se trataría de anticipación sino de constatación de la muerte. El mismo documento afirma sin embargo que se trata de un problema teórico, porque para los médicos sigue siendo difícil definir, incluso después de semanas, la irreversibilidad del coma y, por lo tanto, la irrecuperabilidad de las funciones de conciencia y de relación.

Por lo tanto, en la práctica, nos parece difícilmente justificable abstenerse de suministrar la asistencia ordinaria, incluso en ciertos casos verdaderamente piadosos. Es necesario tener presente que es único el acto existencial y personal que sostiene en el hombre la vida vegetativa, sensitiva y relacional; por lo tanto no nos parece que se pueda introducir una distinción entre «vida humana», entendida como vida biológica, y «vida personal», entendida como vida de relación.

La limitación del esfuerzo terapéutico se lleva a cabo cuando se decide no aplicar, o suspender, ciertos recursos terapéuticos (excluidos los de soporte vital) en pacientes sin expectativas razonables de recuperación, a quienes dichos recursos les están retrasando inútilmente la muerte; valorando cada caso de forma individual y frecuente, para adecuar lo médicamente indicado a su evolución, respetando la voluntad del paciente o su familia. Se considerarían medidas de soporte vital, entre otras, las siguientes: ventilación mecánica o asistida, diálisis, drogas vasoactivas y antibióticos. Después de tomada la decisión se podrían iniciar o continuar los cuidados paliativos (calor, sedación y analgesia, etcétera).