

La muerte: un momento de paz y de confianza

Jaime Duclos H.

Death as a moment of peace and trust

A young woman with aphagia, probably caused by an esophageal cancer that could not be confirmed, is reported. Fully respecting the will of the patient at the end of her life, palliative care measures were instituted, even though the diagnosis was uncertain. This case emphasizes the integrative role of internists and the difficulty of making decisions about life and death without being in close touch with desires of our patients (Rev Méd Chile 2005; 133: 983-6).

(Key Words: *Death; Empathy; Ethics, medical; Palliative care*)

Recibido el 9 de mayo, 2005. Aceptado el 11 de mayo, 2005.
Servicio de Medicina, Hospital Naval «Almirante Nef», Viña del Mar, Chile.

Me tocó recibirla un lunes de marzo de 2005 y falleció en paz exactamente sesenta días después sin enterarse de cuánto me enseñó y cuánto me ayudó en reafirmar mi convicción de Internista.

Ella tenía 54 años. Tres meses antes había comenzado una disfagia lógica progresiva hasta llegar a la afagia con pérdida ponderal no cuantificada. En el examen físico destacaba una paciente aún en buen estado general y nutritivo, activa, comunicativa y ansiosa por recibir la visita médica para informarse de su condición. El examen segmentario destacaba sólo algunos roncus en ambos campos pulmonares. Había sido sana toda su vida y sólo se reprochaba su hábito tabáquico.

La endoscopia alta inicial demostró estenosis infranqueable del esófago superior con abundante contenido alimentario. Luego de tres días de ayuno total, una nueva endoscopia mostró a 24

cm una lesión ulcerada cubierta por gruesa capa de fibrina que producía estenosis infranqueable del lumen. Las biopsias demostraron una esofagitis crónica moderada.

El escáner de tórax mostró un engrosamiento parietal nodular del tercio medio del esófago de aspecto probablemente proliferativo, con aumento de la densidad del mediastino a ese nivel. Habían algunos linfonódulos de hasta 9 mm en la cadena aorto-pulmonar. El escáner de abdomen y pelvis no mostró alteraciones.

Con estos antecedentes me reuní con la enferma, su esposo y sus seis hijos, cuatro de ellas mujeres. Les expliqué que había una obstrucción esofágica probablemente «mala» y que había que solicitar la opinión de otros especialistas.

Se inició alimentación parenteral total y se programó, de acuerdo con el equipo oncológico, radioterapia diaria y quimioterapia semanal. Sin preguntarme más detalles acerca de «cuán malo» era lo del esófago, vi en sus ojos la esperanza de vida al partir en camilla al Departamento de Radioterapia.

Correspondencia a: Dr. Jaime Duclos H. Los Fresnos 320, casa 4, Viña del Mar. Fax 32-687472. E mail: jduclos@vtr.net

A la semana de iniciar su radio y quimioterapia, mantenía buen ánimo y contagiaba alegría a su entorno familiar, que permanentemente la acompañaba. A los pocos días sin embargo, apareció dolor intenso en el hemitórax derecho y regurgitación de material hemático. Al séptimo día de radioterapia comenzó con calofríos solemnes, fiebre, gran apremio respiratorio y compromiso de conciencia. En el examen pulmonar se auscultaban roncus, sibilancias y estertores en ambos campos. La oximetría bajó a 85%.

Solicité hemocultivos e inicié tratamiento con antibióticos de amplio espectro, se hizo kinesioterapia intensiva, con nebulizaciones y medidas generales de apoyo. Había logrado establecer una buena relación con la paciente y su familia y permití que todos permanecieran a su lado en ese momento crítico. Una posibilidad era la ruptura de un cáncer de esófago al mediastino y sepsis secundaria y podía fallecer en minutos.

En ese momento de gran angustia y aún con apremio respiratorio importante pidió que me acercase y me dijo: «doctor, quiero confiar en Ud. y no deseo a nadie más a mi lado, deseo que sólo Ud. decida con respecto a mi enfermedad y mi vida. Lo que le pido ante todo es que no se me hagan cosas innecesarias, no deseo sufrir ni tener dolor, mi vida es mi familia y quiero estar lo mejor posible para disfrutar el máximo de tiempo con ellos». Inútiles fueron mis argumentos aduciendo que yo no era el mejor ni el más indicado para decidir en algunos aspectos del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad pero finalmente le prometí que la acompañaría siempre y respetaría su voluntad. Desde entonces comencé a dirigir todos los pasos de su enfermedad y nunca encontré alguna duda u objeción a mis actos por parte de ella ni su familia.

La paciente continuaba grave, angustiada, con síntomas de asfixia. Le hice tomar una radiografía de tórax portátil que solo pudo excluir un neumotórax. La situación era crítica y de mi parte me sentía indefenso ante la gran responsabilidad que había asumido: se me estaba muriendo una mujer joven sin un diagnóstico de certeza, con una patología que escapaba en parte a mis capacidades y competencia. ¿Era ética mi postura de haberle prometido asumir solo como tratante? Confieso que viví momentos de gran angustia antes de tomar finalmente, en soledad, mi deci-

sión final: priorizé su voluntad y deseos de vivir sin dolor ni sufrimientos y adopté varias decisiones: no la trasladé a la Unidad de Cuidados Intensivos, le administré 200 mg de hidrocortisona endovenosa en bolo y luego 100 mg cada 6 h. Al poco tiempo la paciente había mejorado en forma importante, se alivió su apremio respiratorio al mismo tiempo que disminuían las sibilancias y mejoraba la oximetría. A través de la mascarilla de alto flujo de oxígeno pudo decirme «Gracias». Había paz en su mirada. Nunca le dije que yo no sabía qué estaba tratando y que al dejarla con corticoides y suspenderle la alimentación parenteral ya había iniciado el camino irreversible de su enfermedad. Suspendí la radio y quimioterapia pensando en no alterar su calidad de vida. ¿Eran medios extraordinarios de tratamiento en esos momentos? ¿Había hecho bien? ¿Mal?

Al día siguiente amaneció mucho mejor, me preguntó, con cierta coquetería, si sus hijas podrían teñir su pelo, a lo cual ciertamente accedí. Para ella todo mejoraba, para mí cada vez se complicaba más mi accionar.

Eran una familia de situación media y se distinguían por el tremendo respeto a las personas, todos tenían un trato afable y directo. La comunicación con ellos era fluida y amigable. Toda vez que me preguntaban por el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de la madre y veían la desesperanza en mi mirada, los hijos guardaban respetuoso silencio. Entendían que yo estaba cumpliendo un pacto con ella y tenía mis limitaciones como médico. Permanentemente habían dos hijas que la acompañaban en su habitación. En las noches una dormía, la otra la acompañaba con sus manos entrelazadas a las de su madre. Lo constaté al hacer mis rondas de Residente tanto a las 2 como así también a las 4 ó 6 de la mañana. Pese a que no compartía la costumbre, no puse reparos a que todos los días le trajeran flores, colocaron no menos de 8 fotografías de familiares y varios trípticos de oraciones en su habitación. Celebraron dos cumpleaños de respectivos nietos junto a ella.

Mi enferma tenía un cuadernillo de oración que era su preferido y que pedía le leyese diariamente. De él, extracté las siguientes oraciones: «Cuanto más confía el alma, tanto más alcanza» y «En los momentos de dolor y angustia acude con absoluta confianza a la misericordia del

corazón de Jesús». «Vete preparándote para encontrarte con El en la hora de la muerte». Mi angustia diaria persistía. Jamás había tomado una decisión médica importante sin haber tenido una sólida base de estudio y diagnóstico, sobre todo sabiendo que le había suspendido una eventual, aunque remota, posibilidad de tratamiento (muy probablemente solo paliativo).

La convencí en dos oportunidades de repetir la endoscopia con la finalidad de lograr una nueva biopsia con el diagnóstico definitivo y ver si la quimioterapia había logrado desobstruir el esófago. Ni lo uno ni lo otro, la obstrucción seguía infranqueable y las biopsias sólo demostraron esofagitis crónica inespecífica.

Pocos días después apareció edema en esclavina, desarrollo de circulación colateral en el tórax y edema de la extremidad superior derecha, junto a derrame pleural del mismo lado y exacerbación de su disnea y sensación de asfixia. Con el aumento de la dosis de esteroides el cuadro regresó lentamente. Ello, sin embargo, aumentaba la posibilidad de complicaciones y podía acelerar la muerte.

Me reuní nuevamente con mi enferma y toda su familia. Ella, nuevamente con voz firme y decidida me comunicó que depositaba toda su confianza en mis procedimientos y que me pedía no tener dolor ni percibir la sensación de asfixia que ya había experimentado. Me reiteró que deseaba la mejor calidad de vida posible para estar con su familia. Se negó a mi propuesta de efectuar una gastrostomía de alimentación como también a que llamase en consulta a especialistas en nutrición. ¡La inconsecuencia de mi proceder me pesaba pues yo ya le había suspendido la alimentación parenteral! Creo que nadie me pudiese haber criticado si en estos momentos hubiese solicitado cambio de médico tratante pues el tema era muy complejo, no tanto en la toma de decisiones biológicas, sino en cuanto a las disyuntivas éticas y morales.

Me reafirmé yo mismo en lo que siempre he pensado y en lo que me han enseñado mis docentes de excelencia: el Internista es uno de los pocos que no rehuye conflictos y acepta todos los desafíos. Acepté por lo tanto esta compleja misión y me empeñé en otorgarle la mejor calidad de vida posible. Traté de optimizar el tratamiento de tal manera que le permitiera estar lo suficiente-

mente atingente y vigil para comunicarse con su familia pero que al mismo tiempo no tuviese dolor ni sufrimientos.

Finalmente, en sus últimos días su tratamiento de base consistió en soluciones parenterales, oxígeno, y diariamente 10 gr de dipirona, aminofilina 2 ampollas, clorfenamina 5 ampollas, hidrocortisona 300 mg, diclofenaco 2 ampollas, domperidona 3 ampollas, nebulizaciones, lorazepam 1 ampolla en la noche y Dormonid® en la madrugada, y morfina 6 ampollas en infusión en 24 h. Además, Amparax® en caso de requerimiento o crisis de pánico frente a la asfixia. No niego que llegué a pensar si esta labor realmente me correspondía a mí, un médico que se supone debe sanar y llevar alegría a sus enfermos.

Al verla, comprendí que dentro de mis deberes también estaba el otorgarle a mis pacientes una vida sin sufrimientos a la vez que darle un alivio espiritual a la familia. Es una labor ingrata para el médico exitista pero muy profunda para el simple Internista.

La Sra. N. me enseñó y recordó muchas cosas. En primer lugar, que el paciente y el médico somos seres humanos con angustias y temores semejantes. Me hizo ver el tremendo significado de ser médico, de ser Internista: el que un ser humano le confie la vida a otro, sin más, sin explicaciones ni dudas, sin temores, con fe. Me di cuenta, una vez más, de la inmensa responsabilidad que tiene al ejercer la Medicina, en especial la Medicina Interna.

Somos la única profesión encargada de velar por el espíritu y el cuerpo del ser humano y, para ello, tenemos la obligación de estar preparados.

Le agradecí infinitamente haberme otorgado la confianza de dirigir sus últimos días, aun sin tener la competencia necesaria en varios aspectos de su enfermedad. Pero capté que lo que ella deseaba era recibir la atención en forma integral y con respeto de la calidad de vida antes que lo «tecnológicamente correcto». Le agradecí, desde luego, no sin gran angustia de mi parte, que «haya creído sin dudas en mi proposición diagnóstica de cáncer aun sin tener la confirmación diagnóstica».

Reafirmé mis experiencias previas en relación a que en Medicina Interna es mucho más difícil cuidar y tratar de dar alivio a un ser humano que a un órgano enfermo. Y me temo que la enseñanza actual de la Medicina se centra más bien en lo

particular antes que en el todo. Y el todo incluye creencias, entorno familiar, capacidad económica, voluntades, deseos y libertad.

Morir joven, lúcida y en plazo breve no debe ser fácil. Mi paciente me enseñó con grandeza que necesariamente hay que incorporar la muerte a la vida y que hay que dejar de considerar la Medicina como algo que consiste en que la gente no muera y que el último acto de la vida debe ser protagonizado por la propia persona, respetando sus valores, creencias y prioridades.

La sociedad en que vivimos, no favorece en nada a la persona que le toca estar enferma. La gente se aparta, física y emocionalmente, del que habla de la muerte y del que recibe un pronóstico

de muerte. Ha cambiado la orientación religiosa de la vida y la muerte hacia una perspectiva dominada por valores científicos, comerciales y de interés¹.

Necesitamos angustiosamente a un médico que pueda hablar con su paciente, tomarle la mano, mirarle a los ojos y que sea capaz serenamente de comunicarle la muerte próxima. Necesitamos a un médico que le baste a veces sólo su palabra y un estetoscopio. Necesitamos formar a un ser humano cuya principal motivación sea ayudar a otro. Necesitamos, en fin, preservar al Internista. Será el último bastión frente a lo arrollador de este mundo tecnificado y deshumanizado que quiere apartar a la muerte de la vida.

REFERENCIAS

1. SANZ ORTÍZ J. ¿Puede ser confortable el final de la vida? Documentos. Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria, España.

FE DE ERRATAS

- En el artículo «Propuesta y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso. Año 2004» *Rev Méd Chile* 2005; 133; 699-706 la inicial del apellido materno de la co-autora Lorena Rodríguez es O en vez de H.
- En el artículo «Docencia e investigación en Medicina Legal: situación actual y desafíos para las Facultades de Medicina de Chile» *Rev Méd Chile* 2005; 133: 803-812, de LEONARDO GONZÁLEZ ET AL, la dirección de correo electrónico dice: lagista@gmail.com
Debe decir: legista@g.mail.com