

## ENFISEMA PULMONAR Y EL PACIENTE TERMINAL

Fernando CANO VALLE  
Ma. de Lourdes RAMÍREZ GARCÍA

### INTRODUCCIÓN

Si bien la eutanasia implica serios problemas de orden ético y jurídico, es propósito de este trabajo enfatizar la perspectiva del médico ya que es común abordar este problema desde supuestos hipotéticos. Su dimensión real la encontramos en el ejercicio profesional de la medicina. Por ejemplo, en Holanda, país que ha reglamentado su práctica, se circunscribe al área médica para garantizar el uso de métodos médicos apropiados en su ejecución, con la salvedad de que nadie puede ser obligado a satisfacer una petición de eutanasia. Es por ello que se considera necesario hacer algunas reflexiones desde la perspectiva de los hechos reales donde interactúan el paciente, el médico y la familia, actores a quienes involucra fundamentalmente este fenómeno.

La práctica diaria de la medicina clínica muestra que la atención que recibe el paciente terminal en nuestro medio es inconsistente. La mayoría de los hospitales carecen de un programa orientado a su atención. Al respecto se argumenta que en nuestro país, del presupuesto destinado a la salud, la mayoría de los recursos se orientan al control de los padecimientos infectocontagiosos, por ser éstos los problemas prioritarios de atención. Sin embargo, ¿qué sucede con los pacientes catalogados como fuera de tratamiento por considerar que “ya no se puede hacer más por ellos desde el punto de vista médico”? Concepción totalmente errónea, pues el objeto principal de la medicina no es la enfermedad o su control, ni siquiera la salud como elemento aislado, sino que debe ser la vida y su calidad. De ello deriva la importancia de la atención adecuada a estos pacientes que a pesar de encontrarse al final de su vida, mientras tengan ésta, mantienen el derecho de un trato digno y de una asistencia que en

nuestra nación se ha elevado a rango constitucional. No obstante, el paciente terminal no ha sido estudiado adecuadamente; no se tiene una cuantificación de ellos ni se conocen cabalmente sus necesidades. Por ello, la importancia de profundizar en el conocimiento de su problemática, la cual, dada la naturaleza tan compleja del problema debe hacerse desde una perspectiva interdisciplinaria a fin de proponer una solución integral alternativa a la eutanasia.

### 1. ENFISEMA PULMONAR. ETIOLOGÍA, PATOGENIA Y PATOLOGÍA

La palabra "enfisema" significa acumulación patológica de aire: aplicada al pulmón, indica un grado anormal de sobredistensión con aire que no puede eliminarse con la subsecuente ruptura alveolar paulatina. Se ha supuesto a menudo que un defecto congénito, que consiste en anomalías en la estructura elástica del pulmón, es una de las causas del enfisema; esta hipótesis no había sido comprobada, ni se había demostrado deficiencia alguna, sino hasta hace 15 años en que se demostró un fondo genético predisponente en personas de alto riesgo a contraer la enfermedad, como el tabaquismo, o en niños con deficiencia de  $\alpha 1$  antitripsina.

La senectud predispone al enfisema, y casi siempre se acompaña de algún trastorno que cabría atribuir a cambios degenerativos, tal vez pérdida de la elasticidad pulmonar, pero también a cambios acumulativos en el calibre bronquiolar producto del estado inflamatorio, hipersecreción y espasmo bronquial.

En el principio de la enfermedad, sólo se observa disnea de grandes esfuerzos, pero más tarde la respiración acaba siendo difícil incluso en reposo, en particular después de las comidas. El paciente con enfisema avanzado puede explicar que necesita una o dos horas para vestirse y bañarse por la mañana. Hablar puede resultarle muy fatigoso, e incluso la vida sedentaria a veces resulta casi intolerable. Cada respiración representa un esfuerzo físico máximo, y el paciente tiene conciencia de que ininterrumpidamente le falta aire. Su ámbito en los últimos días; horas; y aun años son 16 m<sup>2</sup> sin oxígeno suplementario con un grave impacto a la estructura funcional de la familia.

El componente emocional de la disnea es intenso, pero a menudo no es expresado voluntariamente por el sujeto; incluye miedo de que cada respiración sea la última. Es indudable que la "sed de aire"

es uno de los instintos animales más fuertes y el médico humanitario puede brindar gran alivio al paciente, si puede comunicarle esperanza. El enfermo fácilmente comparte la frustración que muchos de nosotros, como médicos, hemos sentido al enfrentarnos en las etapas tardías del enfisema. Ser testigos de la etapa avanzada de un paciente con enfisema es uno de los momentos más dolientes del médico.

El enfisema secundario a la bronquitis de fumador se desarrolla tan gradualmente que pasa mucho tiempo para que médico y paciente lo descubran. Lo que antes fue tos y disnea intermitentes con intervalos de normalidad, se transforma en disnea continua con periodos asintomáticos cada vez más breves. Finalmente, el trastorno se hace constante y todos los medios empleados para lograr alivio sintomático resultan inútiles.

El enfisema se acompaña de fatiga fácil, pérdida de peso, anorexia y sensación de malestar, especialmente en sus fases finales. Seguramente algunos de estos síntomas dependen de la desnutrición, tan característica y explicada por la dificultad para alimentarse bien. Los pacientes explican que después de comer tienen sensación de plenitud, y no toleran los alimentos de alto valor calórico. La disnea aumenta después de comer y las palpitaciones pueden resultar molestas. Por desgracia, la pérdida de peso ocasionada por esos trastornos digestivos disminuye la presión intraabdominal, importante para impulsar los hemidiafragmas hacia arriba y facilitar el esfuerzo respiratorio. El resultado es un círculo vicioso: la pérdida de peso aumenta la disnea y la disnea causa mayor pérdida de peso.

El enfisema es mucho más frecuente entre personas de edad avanzada; cierto grado de cambio enfisematoso es casi normal en los viejos. Excepto en los fumadores empedernidos, por lo general no se desarrolla enfisema generalizado antes de los 40 años de edad, y no suele ser grave antes de los 50. Sin embargo, posterior a esta edad, se cae en el tobogán de las manifestaciones clínicas y fisiológicas irremediablemente hasta la muerte.

## 2. PRONÓSTICO

En ningún paciente con enfisema sintomático cabe esperar la normalización de las funciones ventilatorias. El médico debe compren-

der que la serie de acontecimientos es progresiva y se considerará que la terapéutica brindó éxito si conserva el *status quo* o simplemente retrasa la tendencia al empeoramiento.

Antes de los antibióticos, la muerte por neumonía a causa de infección moderada del aparato respiratorio era común; ese factor explica la mayor frecuencia actual del trastorno. Sin embargo, las complicaciones infecciosas del enfisema continúan cobrando víctimas; el uso de los broncodilatadores y esteroides son fármacos de gran apoyo en el sostén de estos enfermos sin embargo, no resuelven a fondo el daño causado.

La enfermedad cardíaca en forma de insuficiencia derecha o trastorno coronario arterioesclerótico, es mal tolerada por personas con reserva respiratoria disminuida, y en particular enfisematosas, de ahí que estas personas presentan diversa patología cardíaca agregada.

El enfisema sintomático grave descompensado disminuye considerablemente las probabilidades de supervivencia. Cuando un trastorno de este grado se manifiesta a los 55 o 60 años de edad, lo más probable es que la víctima no viva más de cinco a 10 años, incluso con excelente y continuo tratamiento médico.

El enfisema pulmonar generalizado leve o moderado puede ser compatible con cierto bienestar y vida prolongada si se combaten todos los factores susceptibles de causar broncoespasmo e irritación bronquial. No es prudente alarmar a los pacientes que presenten síntomas iniciales del enfisema pulmonar, aunque conviene que el médico se percate de que pueden ser el principio de una enfermedad progresiva y mortal a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos.

### 3. DECIR LA VERDAD

La honestidad, la veracidad y la seguridad del secreto profesional constituyen las bases de la confianza que el paciente con enfisema deposita en su médico. Como es natural, también es necesaria una atmósfera seria cuando se dice la verdad y el paciente así lo comprende. El enfermo asiste a la consulta para saber la verdad sobre sí mismo, no para que se le engañe con medios tonos y oscuridades. Muchas veces es desagradable y difícil decir la verdad, pero todavía puede ser más duro aceptarla. Quizá cause preocupación leve o alarma seria, de forma que origine depresión o ansiedad aguda en el paciente. Debemos decidir "cuánto" diremos en una oca-

sión determinada y “qué” palabras emplearemos. ¿Desea el paciente toda la verdad? Quizá no. Si le cargamos con una verdad desagradable, también debemos ayudarlo para que haga frente a la inevitable reacción. Este apoyo suele corresponder al médico general, a la enfermera o al cónyuge del enfermo (que muchas veces es el más indicado para recibir las malas noticias). No hay regla de aplicación general en este difícil aspecto de nuestro trabajo, ya que cada persona es diferente de las demás. Si nos reservamos la verdad, nunca debemos hacerlo para evitarnos molestias a nosotros mismos.

Si un paciente entra en coma y la ventilación artificial es necesaria para mantener una oxigenación adecuada, ¿en qué circunstancias puede desconectarse el respirador? ¿Debe mantenerse funcionando hasta que la circulación se detenga a pesar de la ventilación continuada?

Esas y otras cuestiones derivadas del empleo de respiradores fueron consideradas en una alocución papal en 1957. La respuesta se basó en la distinción, ya tradicional entre los moralistas de la iglesia católica romana, entre medios médicos “ordinarios” y “extraordinarios”. “Ordinario” es lo que puede ofrecerse a un paciente sin imponerle una carga excesiva a él mismo o a su familia. “Extraordinario” ha sido definido como lo que en un momento dado y lugar determinados resulta muy costoso, inusual, doloroso, difícil o peligroso; o bien, aquellos cuyos efectos positivos predecibles no guardan proporción con las dificultades e inconvenientes que su uso conlleva. En otras palabras, el médico tiene obligación moral de usar medios ordinarios para conservar la vida y restaurar la salud, pero no está obligado a instituir o mantener medidas extraordinarias. Aparte de la dificultad obvia que supone el cambio continuo de límites, conforme la medicina avanza y de acuerdo con los recursos nacionales y personales, la distinción entre tratamiento ordinario y extraordinario es demasiado confusa y no constituye el mejor método para resolver el problema. Está más de acuerdo con las realidades clínicas, considerar la respiración artificial como aquello que permite un posible intento global de reanimación. De este modo, si el paciente permanece inconsciente e incapaz de mantener, sin soporte artificial, la respiración, ha fracasado; mantener la ventilación se convierte en biológicamente inapropiado y el respirador debe desconectarse, en este sentido debe considerarse que la definición no debe ser individualizada; de ahí la importancia de los comités de bioética en la vida institucional.

#### 4. EL ENFERMO TERMINAL

Intentar una definición de este tipo de paciente es una situación aún inconclusa, por la enorme diversidad de factores que caracterizan a cada uno de ellos en particular, sin embargo existen elementos comunes en la gran mayoría de pacientes en ese nivel de gravedad, circunstancia que permite intentar una definición en los siguientes términos: el paciente terminal es aquella persona portadora de un proceso patológico evolutivo, no resolutivo con labilidad biosicosocial extrema, cuya gravedad altera la homeóstasis al grado de hacerla insostenible, por lo tanto, sólo es posible ofrecer el manejo paliativo y en consecuencia implica un fuerte grado de afectación múltiple a su núcleo familiar y social.

En México, los cambios estructurales que están modificando el panorama de la salud y que pueden incidir en el incremento de pacientes fuera de tratamiento o terminales, destacan: 1) la llamada transición epidemiológica que consiste en la disminución de las enfermedades transmisibles y la emergencia de las enfermedades crónico-degenerativas, además de las producidas por el hombre; 2) el aumento de la esperanza de vida y, consecuentemente, el crecimiento absoluto y relativo de la población adulta y anciana. Asimismo, las políticas poblacionales de control de la natalidad y el hecho de que la mayor parte de nuestra población sea joven nos permite definir a mediano plazo un escenario que se significará por la demanda de servicios médicos para la atención de enfermedades crónico degenerativas y de atención especializada a ancianos.

Uno de los indicadores cuantitativos de esta problemática es que en las últimas décadas, una de las causas de muerte que ha venido aumentando es el cáncer y las enfermedades obstructivas pulmonares crónicas. En 1950, el cáncer era responsable del 3% del total de defunciones, para 1980 aumentó a 6.6%. En 1983, el porcentaje de muertes debido a este padecimiento se incrementó hasta el 7.9%, y es de esperar que en la década de los noventa, el porcentaje se encuentre cercano al 10%, lo que significa en otras palabras que de cada 10 defunciones que ocurran en nuestro país una será por cáncer.

El aumento en la esperanza de vida incide indirectamente en la composición por edades de la población, misma que en algunos grupos se estima de 70 años. Sin embargo, la ganancia cuantitativa en número de años por vivir también debe pugnar por la calidad

de vida que se tienen en esos años. Es importante considerar el incremento consecuente de la población de la tercera edad, ya que es el grupo en el que con mayor frecuencia se ve el paciente terminal, no porque sea privativo de ellos sino porque debido al mayor tiempo de evolución de la patología crónica y al mayor índice de probabilidades de desarrollar neoplasias, determina que un porcentaje considerable de pacientes terminales sean pacientes de edad avanzada.

## 5. REFLEXIÓN FINAL

Si bien es deseable no enfermarse, no tener padecimientos y sobre todo no morir, estas son aspiraciones que constituyen parte de una concepción ideal que enmascara el trasfondo del problema que analizamos. Ante el frecuente episodio de enfermedad, las personas, los conjuntos sociales carecen de los instrumentos necesarios para enfrentarlos y solucionarlos, evitando con ello que un padecimiento se transforme en muerte. El valor de la vida humana no consiste sólo en una escala de placer y dolor, sino también en una variedad de virtudes y dones. Además, enfrentarse al sufrimiento forma parte del proceso de maduración de la vida, aunque todos estamos de acuerdo en que el sufrimiento continuado e inútil resulta destructor.

A la eutanasia, como alternativa para evitar el sufrimiento innecesario del paciente terminal, se le han dedicado múltiples reflexiones consideradas bajo la luz de concepciones filosóficas sobre la vida, concepciones jurídicas, médicas, etc. Sin embargo, asumiendo la viabilidad de ella y la existencia de una normatividad jurídica, queda por abordar el problema que se crea cuando los actores que intervienen en este proceso deben ejecutarla. Si bien la decisión de solicitar la eutanasia es por parte del paciente y en todo caso con la anuencia de los familiares, la decisión final recae en el cuerpo médico, quien se convierte en el actor principal al emitir su diagnóstico, al reconocer la incapacidad de la ciencia para atenuar el dolor producto de un padecimiento sin cura y, finalmente, al ser el responsable de la ejecución de la eutanasia como única alternativa para garantizar el derecho del paciente terminal a una muerte digna. Por otra parte, la sociedad reclama el derecho a morir con dignidad y discute los límites del tratamiento médico y de la medicina en general, sobre todo en el caso que la enfermedad es irrever-

sible y la muerte es inevitable. Asimismo, el paciente reclama su derecho a decidir sobre su propia vida y a evitar sufrimientos innecesarios.

Es importante señalar que el concepto de eutanasia se basa en la desesperación, y hace de una actitud que podría resumirse como “ya no puedo hacer nada por usted”. El doctor Cicely Saunders, inspirado por ideales cristianos, demostró en el St. Christopher’s Hospice de Londres, que tal actitud nunca está justificada. El buen médico y la buena enfermera siempre pueden hacer algo. Cabe añadir, además, que los “cuidados preterminales intensivos”, de probada eficacia, apenas han sido explorados por la sociedad. *Conocimiento, desarrollos tecnológicos, uso y aplicación* tienen ahora un contexto diferente al de hace 5 años. Con la aparición de estos avances surgen nuevos marcos de referencia. El médico se encuentra en mejores condiciones de irrumpir con nuevos conceptos de vida y muerte. Se puntualizan con menos margen de error el momento del principio y el momento del fin. Paro cardíaco y paro respiratorio ya no es muerte, sino *evento* reversible; *muerte* no es el último momento de actuación del médico, sino consecuencia de reflexión. Ahora el médico está superdotado de recursos tecnológicos, sólo la moral y la inteligencia lo podrán aconsejar para tomar decisiones. Ya no *solo*; el poder ya es tan grande que la sociedad, en cualesquiera de sus formas de organización, debe participar.

La expansión del conocimiento y las nuevas tecnologías médicas señalan que hay abundantes pruebas de que el dolor que causa el cáncer avanzado, por ejemplo, puede aliviarse sin recurrir a la aceleración deliberada de la muerte. Los dos extremos, a saber, una agonía dolorosa o causar la muerte de forma deliberada, no agotan las posibilidades para el paciente grave. Incluso concediendo que en casos excepcionales puede estar justificada la aceleración temprana de la muerte para evitar un sufrimiento insoportable e imposible de controlar, habría que preguntarse si tales casos se producen en la práctica médica y si la ética de nuestra profesión puede considerarlos como excepciones al principio de no atentar contra una vida inocente. Asimismo podríamos preguntarnos si debe alterarse la ley para tener en cuenta estas situaciones. Está perfectamente justificado argumentar que la eutanasia podría ser permisible desde el punto de vista moral en algunos casos extremos, pero no se considera conveniente alterar la ley para permitirla en tales casos, puesto que en la práctica esto conduciría irremisiblemente a

recurrir a la eutanasia en otras muchas circunstancias. La ley es un instrumento fundamental pero no suficiente para enfrentar a las complejidades morales, y es preferible permitir que los casos difíciles se resuelvan a través de las diversas vías disponibles, que introducir un nuevo principio con el que no podría evitarse una excesiva permisividad.