

Federico I. Mordeglia (1931-1995)

Hace ya más de un año, fue el 5 de diciembre de 1995, que falleció el Dr. Federico I. Mordeglia, integrante del Comité de Redacción de la Revista Medicina desde 1982. Se había graduado de médico en 1954, y desde 1955 se incorporó a la III Cátedra de Medicina, bajo la dirección de Alberto C. Taquini al comienzo y la de Alfredo Lanari después. A partir de 1960, se desempeñó por dos años en París, como becario del gobierno francés. Su vocación docente, que habría de culminar con su designación como Profesor Adjunto de Medicina, se evidenció tempranamente. Cuando la III Cátedra fue trasladada a lo que es hoy el Instituto de Investigaciones Médicas, Mordeglia se destacó por la colaboración brindada a Lanari y a sus sucesores, tanto en sus actividades docentes como asistenciales. Fue particularmente apreciable su labor en aquellos difíciles comienzos del Instituto, cuando pocos comprendían la importancia de la dedicación exclusiva y de la iniciación del sistema de residencias hospitalarias.

Todo su quehacer médico se caracterizó por el equilibrio de sus actos y la exactitud de sus diagnósticos. Desde su graduación se inclinó por la cardiología, especialidad en la que se destacó tanto en el aspecto asistencial como en la investigación clínica, siendo de destacar sus publicaciones acerca de las complicaciones cardíacas de la insuficiencia renal aguda y del tromboembolismo pulmonar.

Mordeglia era un gran lector, y no sólo de temas médicos; le interesaban los clásicos, la historia, la música, la pintura y el cine, además de ser un reconocido gourmet. Muy querido, consultado y respetado por sus amigos, colegas y alumnos, Mordeglia siguió con profundo interés y gran preocupación el devenir de los grandes temas de nuestro tiempo, en especial aquellos tópicos relacionados con la enseñanza a nivel universitario, manifestándose opositor a aquellos sistemas que conducen a la superpoblación estudiantil y que por tanto imposibilitan aquel directo trato docente-alumno que Mordeglia preconizaba y practicaba.

Su paso por la Revista Medicina será siempre recordado por la ecuanimidad de sus juicios y lo parejo de su carácter. En el curso de su última enfermedad mostró serenidad y coraje, que son virtudes difíciles de encontrar en un paciente

médico que conozca el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad. Renunció a su cargo en el Comité Editorial cuando creyó que no podría cumplir con lo que él juzgaba sus obligaciones, y al hacerlo dejó un espacio difícil de llenar.

El Comité de Redacción

Eutanasia

En relación al artículo original «Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de los pacientes»¹, agradecería publicaran las siguientes consideraciones:

1. Sería de interés conocer los criterios de selección de la muestra encuestada. Si ha sido accidental, mencionar esta condición puede descartar o no algún sesgo, validando la representatividad de la muestra.

2. El contenido seleccionado de las preguntas se ha basado en los problemas elegidos por los autores en relación a la frecuencia o importancia con que son considerados por la literatura médica mundial. No caben dudas que uno de los temas considerados (alivio de los síntomas) es relevante en las decisiones concernientes al final de la vida (DCFV). Otros temas como consideraciones sobre la futilidad, la limitación de tratamientos o el encarnizamiento terapéutico no incluidos en la encuesta, son también de importancia. Cabría preguntarse si el tema de la eutanasia es realmente el más importante en función de las DCFV asumidas o bien su importancia radica en la discusión antropológica y filosófica que subyace.

3. La definición Eutanasia Pasiva es ambigua. No aplicar o suspender cuidados médicos puede ser una forma de conducta eutanásica (dejar morir deliberadamente a un paciente) mientras, que en otras, el abstenerse de someter a un paciente incurable y terminal a tratamientos inútiles o ineficaces. En otras ocasiones puede ser la conducta necesaria en respeto a la autonomía del enfermo². En estos casos, es preferible referirse a la abstención de tratamientos fútiles o limitación en tratamientos extraordinarios ante la presencia de un paciente con muerte inminente o inevitable (Distanasia). Desde un punto de vista ético, pueden definirse como conductas eutanásicas decisiones como no iniciar o retirar un tratamiento

ordinario en función de sus condiciones o calidad de vida esperables.

En referencia a la suspensión deliberada de la hidratación o alimento a un paciente, con el propósito de acortar su agonía (Ortotanasia), es probable que una conceptualización más precisa ayudaría a conocer las actitudes de los encuestados con mayor validez. La marcada diferencia entre las opiniones opuestas a la eutanasia definida como activa (próximo al 80%) y la definida como pasiva (20%) desde una posición religiosa/moral (Fig 6) también podrían verse modificadas.

4. En las consideraciones sobre aspectos legales de las DMFV cabe consignar que en estos días se discute en el Parlamento el proyecto de ley sobre «muerte digna» el cual es esperable que ampare los derechos de autonomía del paciente sin convalidar el derecho al suicidio en cualquiera de sus formas³. Respecto a la Eutanasia, hasta el presente sólo en Alemania en épocas del nazismo y muy recientemente en el territorio norte de Australia, existieron o existen leyes que la amparen. Es conocida la práctica extendida de la eutanasia voluntaria en Holanda, donde existe una jurisprudencia que la ampara. Entre los resultados es preocupante el hallazgo de un 9% de médicos que optan por acciones claramente ilegales. El respeto del marco legal en la asistencia al paciente es el mínimo esperable en un ejercicio digno de la profesión. Otra posible explicación es que algunos encuestados hayan considerado —erróneamente— que medidas empleadas con intención de aliviar los síntomas han contribuido a la muerte como efecto indirecto (Eutanasia lenitiva), bajo la forma de una eutanasia activa⁴. La referencia sobre la creencia acerca de la necesidad de legislar sobre eutanasia no implica la aceptación de la misma por los encuestados.

5. Efectivamente, la incorporación del pacto de San José consagra al igual que la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, el derecho a la vida como el primero de los derechos y condición para todos los demás. Estos derechos no son obstáculo para aquellas DMFV que no implican la eliminación directa o indirecta de personas.

6. La información sobre estos temas debe ser analizada necesariamente bajo una mirada antropológica profunda. Esta reflexión es nece-

saria antes de discutir «praxis» que impliquen riesgos para los derechos fundamentales.

Eduardo J. Schnitzler

Mendoza 4650, 1431 Buenos Aires

1. Falcon JL, Alvarez MG. Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de los pacientes. *Medicina (Buenos Aires)* 1996; 56: 369-77.
2. Herranz GH. Reproducción, respeto a la vida y a la dignidad de la persona. En: Comentarios al código de Ética y Deontología Médica. GH Herranz (ed) EUNSA, 1992, p 115-58.
3. Aprobarían hoy el derecho a morir. *La Nación*, (13/11/1996).
4. Ravaoli LA. Eutanasia, definición y clasificación. En: Valoración Ética de la Eutanasia. LA Ravaoli (ed), Serviam, 1993, p 47-55.

- - -

En respuesta a las consideraciones del Dr. Schnitzler, que desde ya agradecemos, deseamos puntualizar:

1.- El criterio de selección de la muestra fue al azar.

2.- No tratamos de *jerarquizar* sino de *evaluar* el tema Decisiones médicas del final de la vida (DMFV) para intentar una aproximación al problema en la Argentina. No cabe duda que la discusión antropológica y filosófica es fundamental en este tema y en general en los problemas de bioética, pero la misma no era objetivo del trabajo. También es cierto que los tópicos elegidos por su relación con eutanasia que se muestran en la Tabla 2 y la Figura 7¹ pueden ser ampliados, pero se procuró enmarcar las respuestas en relación a una base lo más objetiva posible, de ahí la elección en función de lo hallado en la literatura mundial.

3.- Estamos de acuerdo en que la definición de eutanasia pasiva es discutible, más por ser demasiado abarcativa que por ambigüedad, al contener situaciones tan disímiles como la suspensión del tratamiento y la no indicación del mismo, pero se trató de dejar librado a interpretación del contestante lo menos posible dentro de las definiciones de trabajo para que las conclusiones sean más valederas. De hecho, términos como

ortotanasia y distanasia han enriquecido el panorama del tema al acotar y precisar situaciones de DMFV, pero la idea era obtener datos en función de pocas variables iniciales, pues la arborización geométrica de las respuestas en múltiples subgrupos hubiera impedido obtener conclusiones estadísticamente significativas.

4.- Efectivamente la creencia acerca de la necesidad de legislar sobre eutanasia no implica la aceptación de la misma, pero revela un sentimiento de vacío legislativo que dificulta la toma de decisiones del médico.

5.- Como decimos en el trabajo, si no tenemos una aproximación a la magnitud del problema, en cuanto a incidencia, conocimiento de derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud, preparación pre y posgrado, etc., es difícil discutir seriamente las DMFV en nuestro país. De ahí nació la idea de realizar esta encuesta como intento de mapeo de la situación en nuestro medio.

Jorge L. Falcón, María G. Alvarez

Clínica y Maternidad Suizo Argentina,
Buenos Aires

Acidosis tubular renal y cuadriplejía flácida como forma de presentación del síndrome de Sjögren

La cuadriplejía flácida como expresión de parálisis periódica hipokalémica ha sido referida en distintas situaciones como la tirotoxicosis, el síndrome de Bartter, la descompensación diabética, en formas familiares de etiopatogenia desconocida y en la acidosis tubular renal. La acidosis tubular renal puede entre otras causas deberse al síndrome de Sjögren, que cursa con afectación renal en el 30 a 40% de los pacientes¹. Sólo 14 casos de asociación de acidosis tubular renal, parálisis muscular y síndrome de Sjögren han sido comunicados^{2,3}.

Se presenta una paciente en la que la cuadriplejía flácida fue la forma de presentación de su síndrome de Sjögren.

Caso

Mujer de raza blanca, de 60 años de edad y sin antecedentes familiares o personales relacionados, que in-

gresó a terapia intensiva por debilidad muscular progresiva, disnea de reposo y disfagia de 10 días de evolución. El examen neurológico evidenció cuadriplejía flácida.

Laboratorio: Sangre: Na 135 mEq/L (135-145), K 1,5 mEq/L (3,6-5), Cl 110 mEq/l (95-105), Bic 10,4 mEq/l (22-31) Anion gap: 14,6 Relación Na/Cl 1,2. Gases en sangre: pH 7,16 (7,34-7,44). PCO₂ 30,2 mmHg (35-45) PO₂ 83 mmHg (75-100).

Orina: pH 6,6 densidad 1006 Na 27 meq/l K 31 mEq/l, Cl 45 mEq/l. Anion gap u + 13.

Función renal, magnesemia, calcemia y enzimas musculares normales. Lactacidemia normal y ausencia de cetosis.

Rx de abdomen: nefrocalcinosis.

La fracción excretada de bicarbonato filtrado fue de 0,3% con pH sanguíneo normal. La pCO₂ urinaria con infusión de bicarbonato y alcalinización de la orina encima de 7,8 de pH fue de 41 mmHg.

La comprobación de acidosis metabólica con AG normal y delta AG/delta Bic normal, el pH urinario elevado, el anion gap urinario positivo, el resultado de la prueba de CO₂ y la hipokalemia configuraron el diagnóstico de acidosis tubular renal distal (tip 1) clásica. La parálisis respondió al aporte de potasio. La paciente recibió en los primeros cuatro días de tratamiento 1000 mEq de K (400 el primer día). Quedó luego con K oral y solución de Scholl. Las kaliurias oscilaron entre 40 y 60 mEq/día, con hipokalemia, lo que indica pérdida urinaria.

La paciente es dada de alta y derivada meses después a Reumatología por poliartralgias. El interrogatorio reveló xerostomía, xeroftalmia, dispareunia. Test del Latex positivo (1/160). AntiRo (SSA) positivo. El examen oftálmico confirmó la presencia de ojo seco y la biopsia de glándula salival menor certificó el diagnóstico de Sjögren. (puntaje de foco mayor de 1).

Discusión: La cuadriplejía flácida como expresión de parálisis periódica hipokalémica secundaria a acidosis tubular renal fue la forma de presentación del síndrome de Sjögren en esta paciente. La presencia de un pH urinario mayor de 5,5 en situación de acidemia, la excreción menor de 10% de bicarbonato por orina con bicarbonatemia normal y la ausencia de aumento de la pCO₂ urinaria con infusión de bicarbonato para obtener una máxima alcalinización de la orina, sitúan el defecto de acidificación en el túbulo distal⁴.

La hipokalemia asociada ubica el defecto preferencial en la H⁺K⁺ATPasa; esta variante recibe el nombre de Acidosis Tubular Renal Distal (tipo 1) Clásica.

Dado que los buffers óseos son los encargados de regenerar el bicarbonato consumido por el

metabolismo normal, se puede producir desmineralización ósea, hipercalcemia, litiasis y nefrocalcinosis.

En la acidosis tubular renal la pérdida urinaria de potasio y la depleción del potasio total del organismo pueden ser severas. Las manifestaciones de esta hipokalemia van desde una debilidad muscular leve para deambular hasta la oftalmoplejía, íleo y tetraplejía flácida arrefléxica.

El uso del anion gap urinario durante la acidosis puede obviar la necesidad de realizar una carga ácida o tests de excreción de bicarbonato para confirmar el diagnóstico de acidosis tubular renal⁴.

La paciente cumplió con los criterios establecidos para síndrome de Sjögren⁵; como en la mayoría de los 14 pacientes relatados en la bibliografía consultada, la parálisis muscular fue previa a las manifestaciones del complejo de sicca²⁻³.

Histológicamente, en el síndrome de Sjögren se observa nefritis intersticial con infiltrado linfoplasmocitario y atrofia tubular cuya expresión funcional puede ser tanto la acidosis tubular renal proximal cuanto distal, sin deterioro de la función renal^{1,6}.

Teniendo en cuenta que el síndrome de Sjögren puede ser primario o estar asociado a síndromes de superposición, enfermedad mixta del tejido conectivo o bien presentar dentro de sus manifestaciones clínicas una miopatía inflama-

toria, es necesario realizar un adecuado examen del medio interno para descubrir una acidosis tubular subyacente, no siempre tan evidente como en esta paciente.

Por otro lado un exhaustivo interrogatorio y un estudio con lámpara de hendidura en pacientes con acidosis tubular renal idiopática pueden ser de utilidad para diagnosticar un SS subyacente.

Alejandro Nitsche, Alicia Fernández, Osvaldo López Gastón, Norma Zanetti

Servicios de Reumatología, Nefrología y Terapia Intensiva, Policlínico Bancario, Buenos Aires

1. Siamopoulos KC, Elisaf M, Drosos AA, Mavridis AA, Moutsopoulos HM. Renal tubular acidosis in primary Sjögren Syndrome. *Clin Rheumatol* 1992; 11: 226-30.
2. Chang YC, Huang CC, Chiou YY, Yu CY. Renal tubular acidosis complicated with hypokalemic periodic paralysis. *Pediatr Neurol* 1995; 13: 52-4.
3. Dowd J, Lipsky P. Sjögren syndrome presenting as hypokalemic periodic paralysis. *Arthr Rheum* 1993; 12: 1735-8.
4. Battle DC, Hizon M, Cohen E, Gutterman C, Gupta R. The use of the urinary anion gap in the diagnosis of hyperchloremic metabolic acidosis. *N Engl J Med* 1988; 318: 594-9.
5. Fox R, Saito I. Criteria for the diagnosis of Sjögren syndrome. *Rheumatic Disease Clinics NA* 1994; 20: 391-407.
6. Pavlidis NA, Karch S, Moutsopoulos HM. The clinical picture of primary Sjögren syndrome: a retrospective study. *J Rheumatol* 1982; 9: 658-90.

Two limitations may constrain the march of predictability. First, as the artifacts of science and engineering grow ever larger and more complex, they may themselves become unpredictable. Large pieces of software, as they are expanded and amended, can develop a degree of complexity reminiscent of natural objects, and they can and do behave in disturbing and unpredictable ways. And second, embedded within our increasingly artificial world will be large numbers of complex and thoroughly idiosyncratic humans.

Dos limitaciones pueden constreñir la marcha de la predictabilidad. Primera, como los artefactos de la ciencia y la ingeniería se vuelven siempre mas grandes y complejos, pueden, ellos mismos, convertirse en impredecibles. Grandes programas, que se expanden y mejoran, pueden desarrollar un grado de complejidad reminiscente a la de los objetos naturales y pueden, y lo hacen, comportarse en forma perturbadora e impredecible. Segunda, inmersos dentro de nuestro mundo cada vez más artificial habrá grandes números de complejos y profundamente idiosincráticos humanos.

Ralph E. Gomory
President, Alfred P. Sloan Foundation

The Known, the Unknown and the Unknowable: *Scientific American*, 272; 88, 1995.