

Adherencia a tratamientos farmacológicos

Los tratamientos se inician con la intención de tratar de los médicos y la aceptación del tratamiento por parte de los pacientes. Así como hay una distancia entre la intención de tratar del médico y la prescripción del tratamiento, existe también una distancia entre la aceptación y la adherencia del paciente al tratamiento. La adherencia del paciente se inicia en la aceptación y debe prolongarse en su cumplimiento. La aceptación es un acto momentáneo, el cumplimiento es un acto que se reedita a lo largo del tiempo con cada toma del medicamento.

¿Cómo se hace para que una aceptación se convierta en cumplimiento? Parece claro que se requiere una fuerza docente convincente del médico y una memoria con fuerza compulsiva internalizada en el paciente. Este recordar compulsivo a lo largo del tiempo revela una estructura obsesiva, hipocondríaca porque se refiere a la presencia permanente cercana a la conciencia de la enfermedad o una médico-dependencia. Por otra parte el abandono del tratamiento puede representar un acto revelador de aspectos depresivos y ocasionalmente suicidas. La fuerza convincente del médico depende de su ingenua convicción, de su capacidad docente de transmitir un conocimiento, y a veces de incentivos que hacen dudar de tal ingenuidad. La adherencia al tratamiento dependerá no sólo de las condiciones físicas y psicológicas del paciente sino también de su contexto familiar y social, racional, emocional y económico.

Aceptar y cumplir un tratamiento significa no sólo admitir el poder persuasivo del médico sino también admitir su filosofía y una invasión de la intimidad capaz de alterar hábitos en aras de un resultado futuro. La adherencia al tratamiento se admite pues, como una disminución de la incertidumbre de lo que depara el futuro. Los médicos vemos en la no adherencia al tratamiento una falla en nuestra capacidad didáctica, estolidez del paciente o una expresión de su rebeldía como ocurre muy frecuentemente en adolescentes. Debe reconocerse que la población de pacientes es heterogénea no sólo por las distintas enfermedades que se padecen, sino también por capacidades intelectuales, económicas, hábitos culturales, y equilibrio emocional. Debe tenerse en cuenta también la influencia del contexto familiar y social que pueden ayudar a la adherencia al tratamiento o por el contrario socavar las intenciones de adherencia. En niños y ancianos, depresivos, psicóticos y dementes el contexto familiar y social es fundamental pero también puede serlo en adultos sin alteraciones psiquiátricas manifiestas cuando los efectos adversos de la medicación perturban las relaciones interpersonales y también cuando en pacientes con enfermedades transmisibles existen riesgos de propagar una enfermedad si no se adhiere a los tratamientos.

En Filadelfia se ha propuesto el 90SI (noventa segundos de intervención) que consiste en llamar por teléfono a la persona que el paciente refiere como alguien que puede ayudarlo a adherir al tratamiento e informarlo de cómo puede ayudar al paciente. Por otra parte la adherencia depende de las dificultades que encuentra el paciente para el acceso a la medicación y al control periódico profesional, escollos económicos y estupideces burocráticas que dependen de los sistemas de organización médica. Enseñar técnicas de autocontrol o el control participativo de personal paramédico pueden facilitar este acceso y contribuir a una mejor adherencia.

La aceptación y cumplimiento de una medicación debe tener en cuenta dos aspectos distintos, el primero es si alivia síntomas o previene consecuencias catastróficas, el segundo aspecto se refiere a la duración del tratamiento. Es más fácil la adherencia al tratamiento cuando cualquier omisión es seguida por la reaparición de síntomas. Es más fácil cuando la muerte parece inexorable si se suspende el tratamiento y se vive esta suspensión como un suicidio. El segundo aspecto se refiere a la duración del tratamiento y aquí pueden considerarse tres situaciones distintas, la primera se refiere a los tratamientos de corta duración (de menos de 1 mes), la segunda a los tratamientos de larga duración (entre 1 mes y dos años) y la tercera a los tratamientos de por vida, sea en forma continua o intermitentemente.

La adherencia a los tratamientos de corta duración suele ser satisfactoria aunque a veces aceptada a regañadientes. Los obstáculos en esta situación se refieren sobre todo a molestias por la vía de

administración, sabor desagradable o efectos adversos digestivos. La industria farmacéutica se ha esmerado en conseguir fármacos que puedan ser administrados por vía oral, mejorar los sabores hasta hacerlos atractivos y mejorar su tolerancia digestiva. El campo de los antibióticos, analgésicos y antitusígenos ofrecen buenos ejemplos. En estos tratamientos las normas suelen ser claras aunque en general los médicos solemos excedernos en la magnitud y en la extensión de los tratamientos en aras de una mayor certidumbre, aunque esto repercute en un mayor costo económico. La excepción a esta regla ocurre cuando los propios médicos se convierten en pacientes, en estos casos los tratamientos se acortan por debajo de las indicaciones y de las normas. Debe reconocerse que no por eso ocurren mayores complicaciones. La justificación de esta actitud podría ser la confianza que tiene el médico en su nivel de alerta, del que carece el paciente no médico. En los tratamientos cortos el médico suele tener una convicción, acertada o errada, pero que de todos modos constituye un factor que influye poderosamente en la adherencia de los pacientes.

La adherencia a tratamientos largos es más complicada, a las dificultades anteriores se suman efectos adversos de mayor riesgo o que interfieren más con la calidad de vida del paciente y aparecen problemas económicos para solventar los costos de los medicamentos, de las visitas médicas y los controles de laboratorio. Múltiples medicamentos, múltiples visitas médicas y múltiples controles atentan contra la capacidad económica de los pacientes y socavan su adherencia, excepto la de la población ansiosa hipocondríaca que estimulada por la ola cultural de medicalización seudocientífica se siente más segura con la gran utilización de recursos. El uso masivo de medicamentos, convertido este uso en tema social, se convierte en una presión que ayuda a mantener la adherencia del mismo modo que la presión social ayuda a no fumar o a hacer dietas adelgazantes. Aquí hay que agregar también las dudas que socavan la convicción médica.

La adherencia a tratamientos de por vida agrega a las dificultades anteriores el tener que aceptar una dependencia médica. Para aceptar la dependencia médica se requieren rasgos de personalidad capaces de contrarrestar una tendencia natural de rebeldía que no acepta ver violada su autonomía. Es precisamente en los tratamientos crónicos donde se dan más frecuentemente las fallas en la adherencia al tratamiento. El médico debe estar alerta a esta circunstancia y debe explicar claramente al paciente cuales pueden ser las consecuencias de esta falta de adherencia. La supresión de la medicación no sólo puede dejar al descubierto la protección que se ejercía sobre una enfermedad sino en algunos casos provocar un fenómeno rebote con exacerbación de los procesos previamente inhibidos por el tratamiento.

Las catástrofes que ocurren en los hipertensos malignos que abandonan el tratamiento antihipertensivo, aun en los hipertensos moderados si suspenden la clonidina, y los accidentes tromboembólicos en los que suspenden el tratamiento anticoagulante son buenos ejemplos de este efecto rebote. El coma diabético, las convulsiones en los epilépticos, los accesos de asma y los ataques de gota son buenos ejemplos de la desprotección a la que se someten los pacientes al abandonar el tratamiento. El médico debe tener cabal conocimiento de las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento, explicarlas claramente a los pacientes y asegurarse que el paciente y algún familiar cercano hayan comprendido exactamente estas advertencias.

Este es uno de los ejemplos en los que se advierte la necesidad imperiosa de que el médico tenga como cualidad deseable una adecuada capacidad docente con sus pacientes. Una insatisfacción del paciente con respecto a las instrucciones del médico o una falla en la comprensión de las mismas evidencian una incapacidad docente del médico que tiene una significativa repercusión en la falta de adherencia a los tratamientos. Una exigencia insoslayable para con los médicos es que tengan la capacidad de hacer que sus indicaciones sean comprensible para los pacientes. No puede dejar de reconocerse que las indicaciones terapéuticas ocurren al final de la entrevista médica y que después de una historia clínica plagada de tensiones el médico puede estar agotado para ese último esfuerzo y nuevamente influyen una falta de convicción, muchas veces más que justificada dado el sutil fraude de la promoción de algunos recursos preventivos.

La indicación del tratamiento puede ser una larga negociación con el paciente y a veces merecerá una entrevista especial para ella. Es necesario recordar que una mayor adherencia al tratamiento puede ser un factor fundamental para el éxito terapéutico, horarios, vías de administración, costo de la medicación, facilidades de acceso a los controles pueden hacer elegir un esquema de tratamiento sobre otro por conseguir mejor adherencia, aunque otro tratamiento que consigue menor adherencia pueda parecer teóricamente más apropiado.

Reconocer las barreras a la adherencia al tratamiento farmacológico es un imperativo para una buena asistencia médica ya que permite desarrollar las estrategias que aseguren un mejor resultado terapéutico. En este sentido el médico de familia está en mejores condiciones que los especialistas y la industria médica para optimizar estas estrategias. No es lo mismo la adherencia a los tratamientos farmacológicos en una investigación hospitalaria y en la práctica abierta en la que el sometimiento es menor y la influencia del contexto más poderosa. Elementos de lógica racional y elementos del pensamiento mágico pueden disponerse en proporciones variables para conseguir el mayor beneficio para el paciente y la sociedad, se obedece así al juramento hipocrático explícito de curar y confortar y al juramento implícito, si se aceptan los principios de una medicina científica, que exige decir la verdad. No es fácil acertar en una proporción de pensamiento mágico y racionalidad científica que nos aleje del charlatanismo y del cientificismo que pretende ignorar las consecuencias de sus actos. Este es un desafío ético para cada uno de los médicos.

Quizás un principio ético simple sería preguntarse si uno mismo seguiría las indicaciones que está dando. Simplemente no hagas a los demás lo que no te gustaría que te hicieran a ti y tampoco deja de hacer a los demás lo que no te gustaría que dejaran de hacer por ti. Esto no es absoluto pero es un buen modo de empezar para luego justificar las desviaciones a esa regla.

Creo que la evolución hacia la industrialización de la atención médica provocará la aparición de los especialistas terapéuticos. De hecho los oncólogos, los infectólogos y los especialistas en tratamiento del dolor ya se han convertido en esto. La proliferación de medicamentos hará imposible que un médico esté informado de todos los medicamentos, sus acciones terapéuticas, sus acciones adversas, sus interacciones, sus diferencias farmacocinéticas y sus precios. El paciente, en una planta de montaje, verá distintos operarios tratando de armar su vida a partir de los diagnósticos de sus enfermedades. El médico de familia será un héroe de nuestro tiempo si logra racionalizar una era postindustrial. Hay que ser optimista, sólo se requiere una informática de buena calidad y asequible y varias toneladas de sentido común y honestidad.

Alberto Agrest
Castex 3575, 1425 Buenos Aires

...no class of men need friction so much as physicians... The daily round of a busy practitioner tends to develop an egoism of a most intense kind, to which there is no antidote. The few setbacks are forgotten, the mistakes are often buried, and ten years of successful work tend to make a man touchy, dogmatic, intolerant of correction and abominably self-centered ... a man misses a good part of his education who does not get knocked about a bit by his colleagues in discussions and criticisms.

...ninguna clase de hombre necesita tanto los enfrentamientos como el médico... La diaria visita de sala de un médico muy ocupado suele conducir a un enorme egoísmo, para el cual no hay antídoto. Los reveses son olvidados, los errores a menudo enterrados, y diez años de trabajo exitoso convierten a un hombre en alguien susceptible, dogmático, intolerante de las correcciones y abominablemente egocéntrico ...tal hombre pierde de una buena parte de su educación al no verse enfrentado por sus colegas con discusiones y críticas.

William Osler

The functions of a state faculty. *Md State Med J* 1897; 37: 73-7. (citado en Roland CG. Osler's rough edge. *Ann Intern Med* 1974; 81: 690-2)

La muerte cerebral y la muerte

El diagnóstico de muerte cerebral sigue siendo conflictivo para la sociedad y para la medicina a pesar de haber transcurrido casi treinta años desde que fuera propuesta como una alternativa frente a la clásica y tradicional muerte cardiorrespiratoria. El célebre informe del Comité de la Escuela de Medicina de Harvard publicado en 1968¹ propone por primera vez definir el hasta entonces llamado coma irreversible como un nuevo criterio de muerte, y reconoce como motivación esencial para esta propuesta la «carga o el peso (*burden*)» que significaban los pacientes con cerebro dañado severa e irreversiblemente y la «controversia» existente para obtener órganos para trasplante. Para la medicina y para la sociedad este hecho significó la internalización de una nueva definición que cambió el concepto y el criterio sustentado hasta entonces y que se basaba en la completa interrupción del flujo sanguíneo (paro cardíaco o asistolia) y la cesación consecuente de las funciones vitales (respiración, ruidos cardíacos, pulso, etc.). El corazón ya no podía ser considerado el órgano central de la vida y la muerte como sinónimo de ausencia de latido cardíaco. Se elegía el cerebro como el órgano cuyo daño debía definir el final de la vida.

Los requerimientos y pruebas diagnósticas que demostrarían la detención en las funciones del cerebro fueron establecidos taxativamente en el informe Harvard: coma (ausencia completa de conciencia, motilidad y sensibilidad), apnea (ausencia de respiración espontánea), ausencia de reflejos que involucren pares craneanos y tronco cerebral, y trazado electroencefalográfico plano o isoelectrónico. Cumplidas estas condiciones durante un tiempo estipulado, y previo descarte de la existencia de hipotermia o intoxicación por drogas depresoras del sistema nervioso, debía diagnosticarse la muerte ahora «cerebral» y suspenderse todo método de soporte asistencial.

A partir de 1968 y en sucesivos documentos publicados sobre este tema en la década del 80^{2,3} se fundamentó la abolición de la función cerebral completa (*whole brain criterion*) como paradigma de la muerte en tanto significaba la cesación de la función integradora del organismo como un todo. La cesación en su actividad de las neuronas responsables de la organización de los principales subsistemas orgánicos proveyó, en la hipótesis de Bernat de 1981⁴, el sustento conceptual de una determinación tomada trece años antes. A partir de entonces, y a propuesta de la Comisión Presidencial, en el Acta sobre la Definición de la Muerte se considera como muerte a: 1) la irreversible cesación de la función circulatoria o respiratoria y 2) la irreversible cesación de la función cerebral completa. Esto último implicaba tanto las funciones corticales (coma, ausencia de motilidad voluntaria y sensibilidad) como aquellas dependientes del tronco cerebral (reflejos que involucran pares craneanos, ausencia de respiración espontánea). Con este acuerdo la certificación de la muerte cerebral no requería del cese de la circulación que sólo ocurre al cabo de unas horas o días según se retiren inmediatamente todos los métodos de soporte vital o se mantengan hasta la ablación de los órganos involucrados.

A partir de entonces el estudio de ciertas funciones encefálicas ha comprobado la fragilidad científica del concepto clínico del cese de la función cerebral total y completa, ya que la exploración minuciosa en casos de muerte cerebral verifica un correcto funcionamiento neurohormonal (regulación hipotalamohipofisaria), se registra actividad cortical a través del trazado electroencefalográfico, se evidencian resultados variables en los estudios de potenciales evocados multimodales y se ha probado la existencia de respuesta hemodinámica frente a estímulos externos⁵⁻⁷. Asimismo otros estudios realizados con SPECT, RMN, centellografía planar, angiografía, pruebas de estimulación hormonal, ecografía transcraneal, consumo de oxígeno cerebral y potenciales evocados permiten adelantarse en forma predictiva al establecimiento de la muerte cerebral pero no a precisar su diagnóstico. Estos hechos han puesto en duda actualmente el concepto de cese completo e irreversible de la función cerebral⁸ y el criterio inicial sustentado se ha modificado en el sentido de no ser necesario la abolición de la función de cada una de las neuronas, y ni siquiera de muchas de ellas, sino sólo de un número crítico en la corteza, diencéfalo y tronco que son responsables de integrar las funciones del organismo como un todo⁹.

En nuestro país la ley N° 21.541/77 y su reglamentación expuso las condiciones requeridas para el diagnóstico de muerte cerebral, siguiendo los lineamientos del informe Harvard, pero durante un largo período esta certificación sólo fue válida en aquellos pacientes cuyos órganos fueran requeridos para ser trasplantados. Sólo a partir de una nueva ley de reformas (Ley N° 23.464/87 después ratificada por la Ley N° 24193/93) se igualó a todos los hombres en la determinación formal de la muerte, con prescindencia del destino de sus órganos.

En general en las legislaciones de los distintos países se tiende a disminuir los requerimientos que exijan alguna tecnología, aun la necesaria para tomar un electroencefalograma que explora la actividad cortical, como en Gran Bretaña donde es suficiente la demostración clínica de la lesión troncal¹⁰. Actualmente en Dinamarca, que fue el último país europeo en aceptar la muerte cerebral en 1990, todavía existen dos *standard* de muerte, la cerebral para la donación de órganos para trasplante y la cardíaca para toda otra situación.

La aparición de la muerte cerebral como un estricto diagnóstico neurológico ante cuadros claramente irreversibles, permitió la inmediata creencia de que estábamos en presencia de un nuevo adelanto médico capaz de descubrir por el método científico el verdadero sustrato de la muerte. La irrecuperabilidad e irreversibilidad de este cuadro prestó absoluta credibilidad a la interrupción del soporte vital: en efecto, la muerte por asistolia ocurriría en pocos días indefectiblemente. No obstante estos cuerpos no parecen muertos (*look dead*), se ha demostrado que la prosecución del tratamiento de sostén en algunos casos permiten «sobrevidas» superiores a los doscientos días, las mujeres embarazadas con fetos no viables al tiempo de la patología cerebral han permitido —luego de varias semanas— el nacimiento de recién nacidos normales y el esperma de varones es apto para la fertilización.

Desde el comienzo de esta nueva etapa resultó claro que el tema en cuestión no era simplemente un problema médico o científico sino que afectaba a toda la sociedad requiriendo una profunda reflexión sociológica y moral. Ya R. Morrison argumentó en 1971¹¹ que este fenómeno final no era un evento sino un proceso continuo, gradual y complejo que excedía la biología y la medicina y que todo acuerdo sobre este punto necesitaba, además de una intensa indagación filosófica, ética, legal y social, ser asumido y comprendido por la sociedad, quien en definitiva tendría que delinear y aceptar el nuevo concepto sobre la misma. Sin embargo, la circunstancia inicial de denominar como muerte a la nueva situación y ciertos desarrollos conceptuales posteriores impidieron quizás un adecuado conocimiento sobre la naturaleza íntima de los hechos. S. Youngner¹² se pregunta con razón si al declarar a estos pacientes muertos, en lugar de plantear la necesidad de la interrupción del soporte vital o la ablación de órganos para permitir la llegada de la muerte, no significó una tergiversación conceptual para toda la sociedad.

La caracterización neurológica del estado vegetativo persistente (EVP) y de la anencefalia —su equivalente lesional en los niños— identifica un grupo importante de pacientes en los que se plantea frecuentemente importantes problemas de decisión médica. En estos casos, en que no se cumplen los requisitos de la muerte cerebral (idemnidad del sistema reticular activador del tronco cerebral), se verifica un deterioro irreversible de las funciones corticocerebrales superiores: tienen permanentemente abolida la conciencia, la afectividad y la comunicación con conservación de los ciclos sueño-vigilia, de los reflejos y movimientos oculares, de la respiración espontánea y de los reflejos protectores del vómito y de la tos^{13, 14}. La existencia de este grado de lesión neurológica cerebral superior ha dado origen al criterio de muerte neocortical (*high brain criterion*) sustentado en la pérdida de las funciones cognoscitivas superiores, que tienen su asiento en la corteza⁵⁻⁸. En estos casos la suspensión de la hidratación y la nutrición provoca la muerte por paro cardíaco en un lapso de 10 a 15 días.

Si se examina reflexivamente el problema desde el informe Harvard hasta nuestros días se puede ver como un continuo todo este proceso que se inicia por la posibilidad de reemplazar con soporte externo la casi totalidad de las funciones vegetativas en pacientes en coma permanente con diverso grado de lesión neurológica. La visualización de la muerte cerebral como el establecimiento cierto de un límite convencional en la asistencia médica permitiría una mayor comprensión de esta situación. La rápida aceptación de este criterio cerebral para la interrupción de la asistencia respiratoria mecánica o el soporte circulatorio se debió justamente a que se proponía una solución para un problema grave y cierto. Del mismo texto del informe Harvard surge que ante determinadas circunstancias hubo una imperiosa necesidad de establecer un límite en la atención médica. Por un lado la carga (*burden*) para el paciente o para otros (familia, hospitalares, falta de camas para pacientes recuperables) prestó

el fundamento lógico para el planteo efectuado. Por otro el no saber claramente cuando era razonable efectuar la ablación de órganos para trasplantes.

Quizá la ausencia de comprensión y aceptación plenas de la muerte cerebral por parte de la sociedad ocurra por el desconocimiento de parte de esta realidad que tratamos de describir. Si la muerte cerebral se viera como un límite convencional, que exige la suspensión de acciones fútiles, el temor de algunos podría ser que fuera considerado como la primer práctica de eutanasia pasiva que debió aceptar la sociedad. Si en cambio se la ve como un fenómeno exclusivamente médico no se plantea la verdad en su totalidad y se excluye a la sociedad de un debate y un acuerdo en el que debe participar porque el tema le atañe absoluta y completamente.

La muerte ya no es más un evento terminal y ajeno que llega espontáneamente sin nuestra intervención; no sólo ha cambiado su definición formal en la mayoría de los países (y quizás pueda aún cambiar) sino que además podemos influir en su llegada por la acción u omisión de nuestros actos médicos, por la utilización de órganos para los planes de trasplante y por la política de asignación de recursos. Considerada como un límite es más fácil admitir y comprender que la muerte cerebral es una convención que determina la aproximación de la muerte más que la muerte misma, y que dada la irreversibilidad del cuadro puede ser ciertamente aconsejable aceptar su existencia para evitar sufrimientos y para donar órganos. Sin duda será más difícil debatir un problema tan complejo como éste, en el marco del principio de autonomía que la sociedad rescató para sí, que imponer autoritariamente una verdad absoluta que no es tal.

Así las cosas, desde hace varios años existe un permanente reexamen del problema desde el punto de vista bioético. Muchos eticistas, médicos y filósofos, se han preguntado por qué tomar en cuenta la falla neurológica que regula la homeostasis de las funciones vegetativas, como el caso de la respiración, para definir la muerte y no simplemente la pérdida irreversible de la conciencia que es la que define absolutamente la naturaleza y condición humanas^{5,6}. Este criterio cerebral superior (*high brain criterion*) da sustento a la hipótesis de muerte neocortical que abandona completamente el sentido puramente biológico de la vida y prioriza en cambio los aspectos vinculados a la existencia de la conciencia, afectividad y comunicación como expresión de la identidad de la persona¹⁵. Cuando queda abolida totalmente la conciencia como en el EVP la persona desaparece quedando en cambio el cuerpo biológico que la albergó. El desarrollo filosófico de la diferenciación entre el concepto de persona y organismo también puede enriquecerse a partir del estudio de la ontogénesis del cerebro humano desde el embrión hasta el lactante en donde se establece la existencia de cuatro fases evolutivas secuenciales; organismo, individuo biológico, ser humano y persona¹⁶. La distinción entre ser humano y persona como conceptos bien diferenciados desde el punto de vista ontogenético ayudará a la comprensión de los fenómenos operados en el fin de la vida cuando se producen diversas afectaciones del sistema nervioso central.

La definición de la muerte como una convención acordada nos conduce al problema de las decisiones sobre el morir o lo que es lo mismo sobre el cese de la vida. Esta decisión implica siempre el no-tratamiento y esto ya es así en la muerte cerebral cuando se autoriza el retiro de un respirador y todo otro tipo de asistencia o a la ablación de órganos. El no-tratamiento en este caso se basa en la *futilidad* de las acciones médicas cuando están dadas las condiciones que fueron propuestas por el informe Harvard. En el análisis de la *futilidad médica* no interesa la naturaleza de la *acción* sino la pertinencia del *objetivo terapéutico* y en la muerte cerebral todas las acciones no son conducentes en principio a ningún objetivo por la irreversibilidad del cuadro. En cambio el verdadero objetivo de su diagnóstico es permitir la extracción de órganos o la llegada del paro cardíaco.

En estos últimos años se ha planteado el no-tratamiento para pacientes menos afectados neurológicamente pero con igual pérdida de su identidad personal como en el EVP aunque en este cuadro no existan tests diagnósticos seguros ni marco legal continental¹⁷. En EE.UU. se han autorizado judicialmente muchos casos de no-tratamiento en EVP (retiro de asistencia respiratoria y de la hidratación y nutrición) atendiendo a las conocidas preferencias del paciente o por solicitud de los familiares, para permitir la llegada de la muerte. Asimismo recientemente se ha examinado la posibilidad de que los niños anencefálicos fueran donantes de órganos con el debido consentimiento familiar y pese a no cumplimentar los requerimientos de la muerte cerebral¹⁸. A pesar de ello, en ambos casos no es la situación legal la que resuelve la situación moral. La ley podrá definir la condición legal del paciente pero la vida y la muerte son algo más que problemas legales.

Pero si es difícil considerar como muertos en la muerte cerebral a pacientes que son capaces de mantener funciones vegetativas tan importantes como para viabilizar un feto durante un tiempo a veces prolongado, aunque con un respirador mecánico, cuánto más difícil será aceptar en el EVP que no viven cuerpos que respiran, mantienen los ojos abiertos por momentos y son capaces de deglutar y toser. Sin embargo, es cierto que ambos grupos de pacientes han perdido el único atributo que los identifica como persona: su conciencia, afectividad y capacidad de comunicación⁸⁻¹⁵.

Esta misma reflexión puede hacerse desde el punto de vista estrictamente médico y ya hemos mencionado las controversias que se han suscitado sobre la misma muerte cerebral en este periodo de casi treinta años. Podrá argumentarse, desde un punto de vista formalmente científico o jurídico, que no es no-tratamiento lo que se efectúa en la muerte cerebral pero en términos reales ocurre ciertamente una interrupción (límite) en la atención médica frente a una situación clínica claramente convencional. El debate es ahora mucho mayor en el EVP existiendo casos en que los propios médicos han solicitado judicialmente en EE.UU. el no-tratamiento cuando no han tenido el debido consentimiento familiar. También aquí debemos decir que la vida y la muerte son algo más que problemas médicos o científicos.

En todas las situaciones que examinamos, más allá del debate ético, médico o legal se debe enfrentar un problema práctico: la definición existente sobre la muerte cerebral y cualquier otra basadas en la afectación del cerebro superior no permite el enterramiento del cuerpo (cadáver) mientras no se haya producido el paro cardíaco. A la ausencia de actividad circulatoria (asistolia), que tradicionalmente definía la muerte y hoy sólo es un requisito para disponer el enterramiento del cadáver, se llega en la muerte cerebral por el abandono de todos los métodos de asistencia en pocas horas o días, mientras que en el estado vegetativo persistente son necesarios 10 a 15 días desde la suspensión de la hidratación y nutrición.

Toda esta compleja situación que se genera en la práctica ha llevado a algunos autores¹⁹ a obviar la discusión sobre cuando ocurre la muerte y proponer en cambio una respuesta para cada una de las tres preguntas centrales: a) cuándo se puede suspender el cuidado del paciente, b) cuándo pueden extraerse los órganos para trasplante y c) cuándo es posible el enterramiento del cuerpo. Para Halevy y Brody¹⁹ los médicos debieran estar autorizados a suspender unilateralmente el tratamiento ante la pérdida irreversible de la conciencia, —situación discutible porque margina al paciente o a su representante en la determinación de la futilidad de una acción médica—, y la ablación podría efectuarse cuando se cumplan los criterios clínicos hoy vigentes de muerte cerebral— aunque hoy se propone la posibilidad de efectuarla en situaciones como en la anencefalia¹⁸. La tercer pregunta es la que tiene acuerdo unánime: para enterrar el cuerpo es condición necesaria el paro cardíaco.

Finalmente en el análisis ético del «permitir morir» se debe considerar que, más allá de los métodos que deben suspenderse, la toma de decisión sobre la muerte se encuentra en el marco del «derecho a morir» de cada paciente. El consenso moral, médico y legal que tiende a producirse sobre las decisiones del morir debiera cumplir tres principios fundamentales: el pleno conocimiento de la sociedad sobre la necesidad del establecimiento de un límite convencional en la atención médica en determinadas circunstancias; el respeto por las preferencias del paciente; y que la aplicación de alguna regla no permita arbitrariamente la muerte programada de minusválidos mentales o físicos.

Será muy difícil aceptar moralmente si existen varios tipos de muerte (la cardiorrespiratoria tradicional, la cerebral actual y alguna otra), aunque necesitemos una definición médico-legal aceptable de la muerte real. Lo importante y trascendente es que la muerte será siempre una sola y que su interpretación y significado es un problema filosófico que no tiene una respuesta biológica ni médica. Resulta todavía impensable o por lo menos muy lejano el tiempo en que sea posible encontrar una solución que ponga fin a la incertidumbre que hoy tenemos sobre todos los aspectos que se relacionan con la vida y la muerte. Sólo el pleno debate nos enriquecerá y ninguna decisión deberá tomarse en cada caso sin el absoluto respeto por el paciente o su representante. El derecho a morir y el derecho a vivir sólo le pertenecen a cada uno.

Carlos R. Gherardi

División Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires

1. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. A definition of irreversible coma. *JAMA* 1968; 205, 337-40.
2. Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President's Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Guidelines of the determination of death. *JAMA* 1981; 246: 2184-6.
3. President's Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research: Defining the death: medical, legal and ethical issues in the determination of death. Washington DC, US Government. Printing Office, 1981.
4. Bernat JL, Culver CM, Gert B. On the definition and criterion of death. *Ann Inter Med* 1981; 94: 389-94.
5. Truog RD, Fackler JC. Rethinking brain death. *Crit Care Med* 1992; 20: 1705-13.
6. Grigg MM, Kelly MA, Celesia GG, Ghobrial MW, Ross ER. Electroencephalographic activity after brain death. *Arch Neurol* 1987; 44: 948-54.
7. Chioléro R, Berger M. Endocrine response to brain injury. *New Horizons* 1994; 2: 432-42.
8. Youngner SJ, Bartlett ET. Human death and high technology: the failure of the whole-brain formulations. *Ann Inter Med* 1983; 99: 252-8.
9. Bernat JL. Brain Death. *Arch Neurol* 1992; 49: 569-70.
10. Roy DJ, Verret S, Roberge C. Death, dying and the brain. *Crit Care Clinics* 1986; 2: 161-72.
11. Morrison RS. Death: Process or event? *Science* 1971; 173: 694-8.
12. Youngner SJ. Defining Death. *Arch Neurol* 1992; 49: 370-2.
13. The multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state. (*First part*) *N Engl J Med* 1994; 330: 1499-1508.
14. The multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state. (*Second part*) *N Engl J Med* 1994; 330: 1572-9.
15. Wikler D. Who defines death? Medical, legal and philosophical perspectives. Brain death. Amsterdam: Elsevier, 1995; 13-22.
16. Korein J. Brain ontogenesis. The life and death of human being and person. 2nd International Symposium on brain death, 1996, 37.
17. Angell M. After Quinlan: the dilemma of the persistent vegetative state. *N Engl J Med* 1994; 330: 1524-5.
18. Fackler JC, Truog RD. Life, death and solid organ transplantation without brain death. *Crit Care Med* 1993; 21 (Suppl. 3): S356-7.
19. Halevy A, Brody B. Brain death: reconciling definitions, criteria and tests. *Ann Inter Med* 1993; 119: 519-25.

- - -

Son ustedes [los sudamericanos] más sensibles que precisos, y, mientras esto no varíe, dependerán ustedes íntegramente de Europa, en el orden intelectual -único al que me refiero-. Porque, al ser sensibles, toda idea graciosa y fértil que se produzca en Europa comoverá, quieran o no, el fino receptor que es su organismo; pero al querer reaccionar frente a la idea recibida -juzgarla, refutarla, valorarla y oponerle otra- encontrarán ustedes, dentro de sí, esa impresión, esa vaguedad -llamémoslo por su nombre-, esa falta de criterio certero, firme, seguro de sí mismo, que sólo se obtiene mediante rigurosas disciplinas.

José Ortega y Gasset (1883-1955)

Carta a un joven argentino que estudia filosofía (1924), en *El Espectador*, 3ra. Edición, Madrid: 1961, p 493.

CITAS CON EXPLICACIONES

Aubrey sobre el Dr. Harvey y el Dr. Butler

El juicio que el público —y los propios médicos tiene de los médicos suele no estar relacionado con sus conocimientos, habilidades o eficiencia; la moda y la irracionalidad pesan mucho en el plato de la balanza. Cuando los médicos poco podían hacer por sus enfermos hacer nada era, la mayoría de las veces, la caridad bien entendida.

En las citas y noticias que siguen comparemos las terapéuticas y la opinión que tenían sus contemporáneos de nuestro conocido Dr. William Harvey (1578-1657) y de nuestro desconocido Dr. William Butler (1565-1618). Las citas y noticias fueron tomadas de las «Vidas Breves» de John Aubrey (1626-1697), anticuario, biógrafo, etcétera¹. Para presentarlo sigamos, esta vez, al accesible Marcel Schwob (1867-1905) en el prólogo y comienzo de sus «Vidas imaginarias»². Schwob sostiene que Aubrey tuvo instinto de biógrafo, pero que su estilo no estuvo a la altura de su concepción. Si lo hubiera estado las «Vidas breves» hubieran sido «la recreación eterna de los espíritus avisados». Tampoco estableció Aubrey —opina Schwob— la relación entre los detalles individuales y las ideas generales y nunca caracterizó suficientemente a sus desparejas celebridades, «pero cada uno de ellos tiene un rasgo único, que lo diferencia para siempre entre todos los hombres». Pero Schwob procede luego —con probidad— a citar textualmente a Aubrey en casi la mitad del prólogo, transcribe gran parte de su «Vida» de Descartes y sigue comentándolo casi tres páginas más.

Presentado Aubrey comenzemos con las citas. Este fragmento es de la biografía de Harvey:

All his Profession would allow him to be an excellent Anatomist, but I never heard of any that admired his Therapeutique way. I knew severall practisers in London that would not have given 3d. for one of his Bills; and that a man could hardly tell by one of his Bills what he did aime at. (He did not care for Chemistrey, and was wont to speake against them with an undervalue)³.

Toda su profesión admitiría que era un excelente anatomista, pero nunca oí de nadie que admirara su terapéutica. Conocí algunos médicos en Londres que no hubieran dado un centavo por una de sus recetas, y que difícilmente alguien pudiera, por una de sus recetas, saber adonde apuntaba. (No le importaba la química y solía hablar contra ellos [los químicos] con menoscopo).

Aubrey conoció a Harvey a los 16 años, lo trató asiduamente desde los 25 años, lo admiraba, estuvo en su funeral y ayudó a llevarlo a la bóveda. Harvey no murió pobre; era el hijo mayor de una próspera y numerosa familia. Aubrey cuenta que murió valiendo 20.000 libras que dejó a su hermano Eliab y que, como muestra de amistad, legó 10 libras a su viejo amigo Thomas Hobbes (1588-1679).

Aubrey no conoció ni trató al Dr. Butler, nació 8 años después de muerto Butler y escribió su biografía de oídas. William Butler estaba licenciado para practicar la medicina; nunca tomó el título de Doctor aunque era el más grande médico de su tiempo, afirma Aubrey. Era un hombre de buen temperamento, un humorista; Aubrey piensa que nunca se casó. Butler no era codicioso de dinero, prefería piezas elegidas de oro o rarezas.

Veamos ahora una práctica terapéutica del Dr. Butler:

The Dr. Illyeing at the Savoy, in London next to the water side, where there was a Balcony look't into the Thames, a Patient came to him that was grievously tormented with an Ague. The Dr. orders a boate to be in readiness under his windowe, and discoursed with the patient (a Gent.) in the Balcony, when on a signall given, two or three lusty Fellowes came behind the Gentleman and threwe him a matter of 20 feete into the Thames. This surprize absolutely cured him³.

El Dr. paraba en el Savoy en Londres [no el hotel actual, que es del 1889, sino en el hospital de entonces] cerca del borde del agua, donde había un balcón mirando el Támesis, vino un paciente a verlo porque estaba atormentado por una fiebre palúdica. El Dr. ordenó que un bote estuviera listo bajo su ventana y conversó con el paciente (un caballero) en el balcón cuando, dada una señal, dos o tres tipos fuertes aparecieron detrás del caballero y lo arrojaron unos 6 metros hasta el Támesis. Esta sorpresa lo curó absolutamente.

Las vidas profesionales de Harvey y Butler coincidieron por unos 10 años, tal vez se hayan conocido y tratado ¿qué habrá opinado uno del otro?

Nunca faltó el histrionismo en la práctica médica, el Dr. Butler no es la excepción. No cuesta imaginarse lo que pensarán de nosotros, dentro de unos 350 años, si encuentran una historia de la cirugía de los transplantes que refiere, por ejemplo, que Denton Cooley no creía que valiera la pena ir al hospital si no tenía, por lo menos, 10 pacientes para operar y que de los 17 transplantes cardíacos que hizo en 1968 sólo 3 sobrevivieron más de 6 meses⁴. O —si sobrevive para entonces algún periódico— esta anécdota, atribuida a Michael De Bakey, en la que el gran cirujano, después de 11 intervenciones, sale al pasillo del hospital y pregunta con ironía: «¿Alguien más por ahí quiere una operación?»⁵.

Juan Antonio Barcat

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari,
Donato Alvarez 3150, 1427 Buenos Aires

1. Barcat JA. Cita con explicaciones. Aubrey sobre Boyle. *Rev Asoc Bioq Arg* 1996; 60: 169-70.
2. Schwob M. Vidas imaginarias («*Vies imaginaires*», 1896); traducción de J. Pérez Millán; prólogo de JL Borges, Buenos Aires: 1985. pp 11-20.
3. Aubrey J. Aubrey's Brief Lives. Edited by OL Dick, with a foreword by E Wilson. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1985. pp 128-133 (Harvey), 48-50 (Butler).
4. Porter R. The new body-snatchers. *Times Literary Supplement*: August 23, 1996. (No. 4873), p 36.
5. Barone O. Puerto Libre. Con el corazón en la mano. *La Nación*: Noviembre 10, 1996, Sección 7, p 5.

- - -

Es gran consuelo de no poder leerlo todo, esta conciencia de que resultaría vana la empresa imposible. Una biblioteca es ante todo un cementerio: contiene mil autores muertos por uno vivo - que pronto morirá. El monumento enorme de la ciencia se viene edificando sobre un tremedal: no sólo en razón de su frágil estructura, sino porque al peso de cada hilada nueva se hunde otra a flor de tierra hasta desaparecer. El aspecto de la ciencia cambia cada quince años, cualquiera publicación extensa tiene ya partes caducas. Consiste el progreso científico en substituir la semiverdad de ayer por la cuasiverdad de hoy - que durará hasta mañana. [...].

Paul Groussac (1848-1929)

Del Plata al Niágara (1894). Prefacio, XII. Segunda edición. Buenos Aires:
Menéndez, 1925