

Si el paciente no ha expresado claramente sus deseos de no ser mantenido artificialmente, es de aplicación otro principio básico de la bioética, que es actuar siempre en beneficio del paciente.

Pacientes en estado vegetativo crónico. ¿Qué hacemos con ellos?

Los medios de comunicación se han hecho eco del penoso caso de la paciente T. Schiavo y de la polémica judicial y política que se ha creado a su alrededor. Desgraciadamente, no es la primera vez que ocurre. Otros sonados debates éticos y legales en Estados Unidos —casos Cruzan y Brody—, y en el Reino Unido —caso Bland—, concernientes al estado vegetativo crónico (EVC), ganaron la batalla a favor de la supresión de la ventilación y alimentación artificiales. Las alternativas posibles son la eutanasia mediante inyección letal y el mantenimiento indefinido de la asistencia. Cada una de ellas tiene sus defensores, y en una sociedad avanzada, plural, aconfesional y democrática todas serían, probablemente, aceptables si los poderes ejecutivo y legislativo llegaran a ponerse de acuerdo. El principal objeto de este artículo es, sólo, defender, desde una perspectiva neurológica, la posibilidad de la supresión de la alimentación artificial y explicar sus consecuencias.

El EVC es secundario, casi siempre, a lesiones traumáticas o anóxicas del cerebro. Y no es raro que haya una combinación de ambas. Su base neuropatológica es la destrucción de la mayor parte de la corteza cerebral y de otras estructuras donde asientan las funciones mentales superiores. Por el contrario, están preservadas, al menos parcialmente, las áreas del hipotálamo y del tronco cerebral que permiten mantener las funciones vegetativas. Los pacientes están despiertos y tienen períodos de sueño. Pueden percibir estímulos elementales como el ruido o el dolor, pero no son capaces de seguir con la mirada aunque desvíen los ojos; son capaces de emitir ruidos con la boca o gruñidos, pero no hablan ni se comunican de ninguna otra manera; pueden realizar movimientos rudimentarios con las extremidades, pero no gestos voluntarios intencionados. No tienen conciencia ni memoria de sí mismos ni del entorno.

Desde el punto de vista del diagnóstico, se plantean dos problemas. En primer lugar, establecer pronto, tras el accidente, cuáles son las probabilidades del paciente de quedar en EVC. Este pronóstico en la fase aguda es incierto y el porcentaje de errores por falsos positivos supera el 5%. Éste es uno de los principales escollos que en la práctica encontrarán los decretos de voluntades anticipadas a la hora de no aplicar medidas de reanimación en una situación aguda.

En segundo lugar, y pasado un cierto tiempo, se plantea el diagnóstico de si la situación es definitiva. ¿Cuándo se puede diagnosticar que un paciente está en EVC? En el caso de una anoxia cerebral, el diagnóstico se puede establecer con gran certeza a los 3 meses. Sin embargo, en las lesiones traumáticas hay recuperaciones sorprendentes, aunque parciales, hasta 2 años después del traumatismo.

La supervivencia de la mayoría de los EVC es breve, pero algunos pueden sobrevivir durante años, dependiendo de los cuidados que reciban. Y aquí entramos en el meollo de la cuestión. ¿Qué hacemos con los pacientes en EVC? ¿Hay que mantener la asistencia respiratoria o la alimentación por sonda?

En este punto se entrecruzan los principios de la bioética, las disposiciones legales, las creencias religiosas, los condicionantes culturales, los deseos de los familiares y las opiniones de los médicos. No es fácil encontrar una fórmula o un punto de partida para el mutuo acuerdo. El principio básico de la bioética defiende la autonomía del paciente para decidir y que todos los demás la respeten. Para que esto sea de aplicación poco conflictiva, es preciso que el paciente lo haya expresado claramente en un documento de voluntades anticipadas y que la ley —como ya ocurre en España— ampare esa decisión por encima de las opiniones de familiares o médicos.

Si el paciente no ha expresado claramente sus deseos de no ser mantenido artificialmente, es de aplicación otro principio básico de la bioética, que es el actuar siempre en beneficio del paciente. Pero este principio está sujeto a más interpretaciones. ¿Qué es lo mejor para el paciente en EVC, vivir o morir? Muchos expertos en bioética defienden que sobrevivir en EVC es peor que morir y que, en consecuencia, y pensando en el beneficio del paciente, está justificado suprimir todos los cuidados extraordinarios y dejar al paciente morir. Para ello hay que ponerse de acuerdo en considerar que la alimentación por sonda es un cuidado extraordinario y, sobre todo, sin sentido. Al ser llamadas a asesorar a los jueces en los casos arriba mencionados, la Academia Americana de Neurología y la Asociación Británica de Neurología se pronunciaron claramente en este punto. La alimentación por sonda es un cuidado médico extraordinario y sin sentido en estos casos y puede ser suprimida. Un comité *ad hoc* de la Sociedad Española de Neurología se adhirió hace años a la misma interpretación. Por supuesto, nadie está obligado a suscribir esta opinión y quienes estén en contra pueden reclamar mantener a su familiar en EVC indefinidamente.

Las consecuencias que tiene para el paciente la supresión de la alimentación no se parecen al horror de las muertes por hambre prolongada. Los pacientes en EVC no sufren hambre ni sed debido a sus lesiones cerebrales, y su supervivencia es tan corta que no ha lugar a ninguna imagen tétrica de caquexia. De hecho, la situación no es muy diferente a la de la mayoría de las personas que fallecen de muerte natural y que tampoco comen ni beben durante las últimas horas o días de su vida. Además, con los analgésicos y sedantes, se puede asegurar a los familiares que el paciente no sufrirá en absoluto en los días que tarde en morir.

Como es bien evidente, no todo el mundo está de acuerdo en la supresión de los cuidados a los enfermos en EVC. En un extremo, algunos familiares prefieren la supervivencia prolongada. Esto se debe a respetables motivos religiosos o psicológicos y otras veces a razones económicas. En el otro extremo, están los partidarios de la inyección letal. Pero esta posibilidad plantea más dificultades legales y éticas que la supresión de la alimentación. ■