

Boletín No.39 Octubre 2005

EDITORIAL

Sobre algunas novedades

En la página que publicó el diario El Tiempo a mediados de Junio pasado, al lado del documento tradicional “Esta es mi voluntad” que nuestros afiliados conocen muy bien desde tiempo atrás y que, vale la pena destacarlo, se está convirtiendo en modelo para ideas similares en otros países de habla castellana, apareció un agregado o adendo en el cual pide la persona que no se la “resucite”, reanime ni apoye artificialmente de ningún modo si llega a sufrir un daño cerebral cuyas consecuencias sean limitaciones físicas o mentales que la hagan dependiente de otras personas.

Este adendo surgió de la preocupación que algunos miembros de la Fundación hemos tenido en ese sentido, por cuanto sabemos que los llamados “accidentes vasculares cerebrales”, mas conocidos como hemorragias, “derrames”, oclusiones vasculares o infartos cerebrales, pueden dejar al afectado con pérdidas parciales pero notorias de sus movimientos voluntarios, gran dificultad o imposibilidad para hablar, lentitud o pérdida de muchos procesos mentales, lo que significa en último término que no se pueden llevar a cabo de modo independiente ni siquiera los más elementales actos de la vida diaria y es forzoso depender de otros para que suministren alimentos y bebidas llevándolos hasta la boca, realicen el aseo corporal, levanten a la persona del lecho a una silla si ello es posible o, en otros casos, le cambien de postura dentro de la cama.

Con facilidad se comprende que tal clase de limitaciones pone una carga muy grande de sufrimiento y angustia tanto en el enfermo mismo, hasta donde se alcance a dar cuenta, como en aquellos que lo rodean y la tienen estimación o cariño. Para muchos de nosotros, parece preferible no llegar a ese estado aunque para lograrlo sea necesario abstenerse de ayudas científicas y técnicas como las conocidas con el nombre general de resucitación o reanimación, y en cambio morir cuando se presenta el estado inicial de máxima gravedad.

Hasta ahora, como es evidente en el texto publicado, el adendo es un agregado especial y personal al documento “Esta es mi voluntad”, que debe ser firmado e informado a parientes y amigos igual que éste. Pero hemos recibido sugerencias en el sentido de incluir el párrafo respectivo en el documento original para que forme parte integral, de manera que no sea necesario hacer dos manifestaciones sino una sola global; para las directivas de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente es de suma importancia conocer la opinión del mayor número posible de afiliados, y si es el caso, proceder a

imprimir nueva versión del documento con el adendo incorporado. Esperamos sus mensajes.

* * * *

Algunos casos recientes que han tenido resonancia mundial, como el doloroso e infortunado episodio de Terry Schiavo en Miami, han producido renovado interés entre la gente de todos los estratos y condiciones, por pensar en lo que se desea y lo que definitivamente no se quiere para el momento de la propia muerte.

La posición de DMD-Colombia, que considera la dignidad del morir como uno de los derechos fundamentales para toda persona y que, al explicar este concepto, sostiene que la muerte digna no se limita a la eutanasia aunque ésta sí debe figurar como una de las opciones que pueda escoger la persona cuyas convicciones filosóficas o religiosas no se lo impidan, se ve como una actitud perfectamente compatible con la ética y la bioética, respetuosa de la dignidad de todo ser humano y por ello capaz de aglutinar a gran mayoría de los colombianos.

Cuidados paliativos, respeto estricto a la voluntad que se haya dejado expresada en el documento “Esta es mi voluntad”, aplicación de los progresos científicos y técnicos mientras subsista razonable posibilidad de que sean útiles para la persona enferma, suspensión de los mismos cuando se entra en la etapa final que precede a la agonía, todo esto forma parte de esa muerte digna que todos queremos tener. Y la posibilidad, bueno es repetirlo, de escoger el tiempo y el modo de morir si hay estado terminal con gran sufrimiento que no se consiga dominar, lo cual en ese caso no es autorización a nadie para cortar una vida humana sino apenas respeto por la autonomía de ese ser humano que sufre y que resuelve, él voluntaria y deliberadamente, dejar de ejercer su derecho a la vida con poderosas razones.

El apoyo de nuestros afiliados, sus donaciones y sobre todo su labor de difusión de esta idea y de atracción de nuevos afiliados, son la garantía de supervivencia y crecimiento de nuestra Fundación.

Juan Mendoza-Vega M.D.
Presidente

ADENDO

Como adición especial y personal al documento:
“ESTA ES MI VOLUNTAD”, manifiesto que en caso de sufrir enfermedad o lesión por ejemplo: accidente vascular cerebral, hemorragia, derrame, oclusión vascular, infarto, a

consecuencia de la cual quede con limitaciones físicas o mentales que me hagan dependiente de otras personas no deseo ser resucitado, reanimado, ni apoyado artificialmente, porque prefiero morir que estar en tales condiciones.

A título personal

Por María Elvira Samper

De nuevo está sobre el tapete el tema de la eutanasia, más concretamente el del suicidio asistido, por cuenta de Mar adentro, la película del español Alejandro Amenábar, basada en un caso real. Una cinta hecha desde una perspectiva ética secular, filosófica y racional que incluso la ley entiende –nadie es detenido por intento de suicidio–, y que desde el comienzo toma partido por el derecho del protagonista tetrapléjico, Ramón Sampederro, a decidir su muerte.

Se trata de la defensa que hace una persona incapacitada, que depende de otros para realizar hasta sus funciones más íntimas, del derecho a poner fin a su vida porque se le ha hecho intolerable. La enfermedad terminal, el dolor intratable no son las principales razones para no querer vivir. Es algo más fundamental: la pérdida de la independencia, de las capacidades, de la dignidad...

Respeto los argumentos de quienes creen que Dios es el único dueño de la vida, que sólo Él puede quitarla y que el suicidio es, como dice Juan Pablo II en la encíclica *Evangelium Vitae*, “un rechazo de la soberanía absoluta de Dios sobre la vida y sobre la muerte”. Sin embargo, no me parece que los argumentos de la Iglesia católica sean universales, ni justificación suficiente para decidir política y públicamente sobre todos aquellos que, con todo y sus creencias o su falta de ellas, aceptan la eutanasia como una opción moral en casos críticos y excepcionales.

En Colombia, la Corte Constitucional , con ponencia del magistrado Carlos Gaviria, despenalizó en 2002 la eutanasia en pacientes terminales que lo soliciten en forma expresa, y hoy existe consenso, aun dentro de la Iglesia , en que si la medicina no puede hacer más y la lucha contra la enfermedad es infructuosa e inútil, es legal y ético dejar que la naturaleza siga su curso, haciendo énfasis en el tratamiento paliativo.

¿Qué diferencia hay entre dejar que la vida se extinga como una llama o soplar para que se apague?

Entiendo que un tercero no pueda pedir la muerte de alguien en estado de coma, pero ¿por qué si una persona, en uso de sus facultades, pide morir porque no resiste más – por incapacidad, dolor, pérdida total de la calidad de vida–, no puede acudir a un médico para que le de el empujoncito final? Si vivir se convierte en sinónimo de sufrimiento, ¿cuál es la gran diferencia entre dejar que la vida se extinga lentamente como una llama o soplar para que la llama se apague más pronto?

Creo que las personas son autónomas, dueñas y responsables de sus actos, capaces de gestionar no sólo su vida sino aun, llegado el caso, su propia muerte. Que, además, les debería asistir el derecho de que alguien idóneo les ayude a bien morir cuando ya no haya más salidas. Es cierto que la autonomía tiene sus límites en la autonomía de los demás, pero no entiendo por qué si hay acuerdo paciente-familiares-médico, no es posible acelerar la partida.

Sobre el tema hay muchas reservas y múltiples interrogantes. Legalizar el suicidio asistido podría inducir a personas con intereses oscuros a presionar a un familiar enfermo para que pida su muerte; los que sufren depresión clínica severa –que puede ser controlada– querrán morir sin más, y muchos temen por la posibilidad de que médicos inescrupulosos puedan expedir partidas de defunción antes de tiempo.

Todos son argumentos válidos que apuntan a la necesidad de establecer las normas éticas y jurídicas necesarias para evitar abusos; controles estrictos para confirmar el grado de conciencia del paciente –que no esté bajo influencia de otros–; protocolos para verificar el diagnóstico, comisiones éticas hospitalarias. Si está permitido ayudar a bien morir con tratamientos paliativos, ¿por qué no permitirlo con una inyección piadosa? Cada caso es único. No se trata de hacerlo obligatorio, se trata de ampliar el margen de la discusión.

Tomado de la Revista Cambio

Febrero 28 de 2005

MUCHAS GRACIAS, DONANTES!

Los ingresos de DMD-Colombia provienen principalmente de las donaciones que a la Fundación hacen nuestros afiliados y las entidades que apoyan nuestra causa.

Queremos expresarles a todos ellos nuestra gratitud, a la Casa Editorial “El Tiempo” y a la revista “GATOPARDO” por las recientes publicaciones del documento “Esta es mi Voluntad”. A Seguros Bolívar que nos apoya permanentemente con la elaboración de estos boletines.

Pero sobre todo, deseamos reconocer que para DMD-Colombia no hay donación “pequeña”, todas son importantes y bienvenidas porque contribuyen a la marcha de una idea benéfica para todos los colombianos.

¡Mil Gracias!

Estimado Doctor

(Esta carta fue verdaderamente enviada a un profesional de la salud)

Hace un mes me senti enfermo. Algo malo pasaba dentro de mí. El dolor no era intenso, pero si incómodo. No tenía fiebre, pero si molestia. No sabía como expresar mi inquietud, pero no podía trabajar. Quería reír, pero solo podía llorar. Algo malo había dentro de mí. Yo lo sentía.

Acudí a su consulta en busca de ayuda. Llegué a la hora establecida en la cita. Después de esperar una hora y leer aquellas revistas viejas y maltratadas, una señorita anunció mi tan esperada entrevista con usted. Ella fue amable, pero no simpática. Sonreía con la cara, pero no con el corazón. Hablaba con su rostro, pero su mente estaba en otra parte. Probablemente sus preocupaciones la llevaban a muchas cuadras de distancia.

Una vez en su oficina, me sorprendió esa fría elegancia. Todo estaba en su puesto, con papeles organizados sobre su escritorio y varias recetas inconclusas sobre los mismos. Al estrechar su mano, sentí el profesionalismo de una simpatía lejana. Pido disculpas por haber tomado parte de su tiempo, sin poder explicar el verdadero motivo de mi dolor, ni la causa de mi molestia. Me apena haber gastado parte de su valioso día y me acongoja haber visto en su mirada aquella angustia que solo se encuentra en quien valora cada segundo de su existir. Si, usted me atendió y examinó. Hizo un trabajo lleno de ciencia y estoy seguro que el diagnóstico fue acertado. Prueba de ello, es que hoy me siento mejor. Puedo trabajar y sonreír. Le doy gracias por ser un profesional efectivo.

Solo quiero pedirle un favor. Cuando regrese a su oficina, recuerde que yo busco a un profesional que me escuche y cuyo tiempo no sea de él, sino mío. Busco a un doctor que me brinde su amistad, aunque sea durante 15 minutos, A un médico que no se encuentre en un pedestal, sino a mi nivel. Un doctor que sonría y pueda llorar conmigo. Busco a un amigo que sea débil y científico. A un ser humano que me comprenda y

ayude. A un ser con una blusa blanca, serio y humilde. Amable y cordial. Simpático y alegre. Busco a un individuo que me diga cuando sabe y cuando no. Que me hable con la verdad de la razón y la bondad del sentimiento. Quiero que entienda, que yo busco a un ser humano que me ayude. A un ser HUMANO, en todos sus sentidos.

Muchas gracias por su ayuda y disculpe por pedirle que lea estas líneas. Son sólo un acto de buena voluntad, llena de ilusión.

Reciba un caluroso saludo,

Un paciente esperanzado.

Tomado del periódico "Paciente al Día"

Volumen 3 Número 20

Enero – Febrero 2005

EN MEMORIA

D.M.D. está ofreciendo para la venta unas tarjetas que enviaremos a los familiares en memoria del ser querido, desde \$30.000. (Este es un apoyo a la Fundación para seguir cumpliendo con sus ideales)

SEDACION TEMPORAL

El dolor es potenciado por estados de ansiedad del mismo modo que la ansiedad es potenciada por el dolor. En consecuencia, el control del dolor puede ser favorecido mediante una adecuada sedación, de la misma forma que una analgesia eficaz puede ayudar a controlar la ansiedad. Por ello los pacientes con dolor agudo o crónico pueden ser tratados con alguna combinación de sedación y analgesia. Con ello se reduce no solo el sufrimiento del paciente, sino también la incidencia de complicaciones y el tiempo de recuperación.

SEDACION TERMINAL

Es un procedimiento estándar de cuidado paliativo para pacientes terminales.

La fase Terminal de la vida se entiende como el período cuando la muerte esta cerca y no hay ya posibilidad de tratamientos curativos. Esta fase puede durar desde algunas horas hasta semanas, los más afectados son los pacientes en edad avanzada o con enfermedades crónicas. El paciente, la familia y el personal de enfermería no pueden hacer más que esperar el final.

Durante la fase Terminal los procesos físicos tienden a cambiar, la respiración falla, la presión sanguínea desciende, el paciente presenta dificultades para comer y beber y los periodos de conciencia son irregulares. El dolor, la tensión en el pecho y la ansiedad se pueden incrementar. Estos factores pueden llevar al medico a decidir aplicar sedación Terminal a su paciente.

Su intención es acabar con el dolor y el sufrimiento, y tranquilizar al paciente Terminal, que en ocasiones puede estar extremadamente agitado y muy nervioso. Este hace que el paciente permanezca dormido, de tal manera que no esté consciente de su condición y de lo que sucede a su alrededor.

Una vez el paciente está bajo sedación, un largo período de sueño no significa necesariamente que haya habido un exceso en la dosis administrada, el paciente puede estar realmente exhausto por todas las experiencias sufridas y necesita de un período de sueño más prolongado para recuperarse.

La decisión de sedar a un paciente Terminal idealmente debe estar precedida de su consentimiento, cuando esto no es posible por su estado de confusión, debe ser su familia, con el acompañamiento del equipo médico quienes tomen la decisión, teniendo siempre en mente que el objetivo de la sedación es aliviar la agitación y el sufrimiento del paciente.

Es necesario establecer que tan importante es para la familia el hecho de que su ser querido este despierto: ¿están ellos igualmente angustiados y confusos cuando su ser querido se encuentra despierto o hay momentos que aún disfrutan? Para la familia, el hecho de tomar ésta decisión implica adelantar la despedida de su ser querido. Si el paciente sólo se encuentra calmado cuando esta sedado, es vital para él y para su familia, el establecimiento de un régimen de sedación regularmente administrado y por un período prolongado, lo cual es muchísimo más importante en los últimos días de vida del paciente. El deber del médico es siempre mantener al paciente lo más confortablemente posible.

Lamentable

Rosa Montero

Ignoro si el jefe de urgencias del hospital de Leganés se habrá extralimitado al sedar enfermos terminales, pero si sé que quienes le denunciaron anónimamente y la Consejera de Salud de la Comunidad , que ha revelado al médico con prisa inusitada en vez de investigar discretamente, han hecho un daño incalculable a toda la sociedad española. Ante tanta precipitación y tanto escándalo, una no puede por menos que sospechar el acicate de un prejuicio, de este arcaico prurito ultracatólico por el cual el enfermo ha de sufrir hasta el final de apurar su cáliz de dolor. Este criterio reaccionario es la causa última de muchas agonías insoportables, de un sufrimiento indebido y atroz. La sedación no tiene nada que ver con la eutanasia: puede que acelere un poco al fin, pero no mata, sino que endulza el transito. Un informe de la Organización Mundial de la Salud , ha denunciado que, en Europa, los enfermos terminales sufren sin razón porque no se les proporcionan los cuidados más elementales. Cuando se hizo el estudio, más del 25% de los enfermos que agonizaban de cáncer en los hospitales llevaban más de 24 horas sin tomar un solo calmante. Y en 2002 unos médicos españoles analizaron la muerte de 56 pacientes en un hospital de Almería y descubrieron que el 70% no tuvo ayuda suficiente y que el 30% no recibió ninguna sedación. Según la OMS , cuanto más viejo es el paciente menos se le socorre.

Yo les he visto. He visto a esos ancianos abandonados a su suerte en los hospitales, ignorantes, empavorecidos e indefensos, sufriendo un martirio estúpidamente innecesario. Eso si se merecería una denuncia y una inspección de la Consejera de Salud: esa falta de compasión, esa incomprensible reticencia que muestran muchos profesionales de la salud a la hora de administrar un maldito analgésico para aliviar un sufrimiento agudo. Pero no, resulta que esa actitud feroz y displicente es más bien la “normal”, mientras que los médicos que intentan suavizar la agonía de sus pacientes pueden acabar teniendo problemas. ¿Quién se va a atrever a administrar sedantes después de este lamentable caso de Leganés? Contra toda razón, triunfan la burricie y la inclemencia.

Tomado del diario “El País”

España, Marzo 22 de 2005

CAMBIO DE DIRECCION

Les solicitamos insistentemente nos avisen los cambios de dirección y teléfonos, con el objeto de seguir en contacto con ustedes; de lo contrario al perderlos, no podriamos darles el apoyo necesario cuando lo soliciten, como es nuestro deseo.

