



60 DÍAS: RELATO DE UN PACIENTE



Gonzalo Greene Domínguez

Paciente



Gonzalo Hormazábal Rioseco

Kinesiólogo
Magister en Bioética

INTRODUCCIÓN:

Vine al mundo acompañado de una rara enfermedad neuromuscular llamada central core disease, enfermedad que raramente se manifiesta en su grado más grave. Es una miopatía que fue diagnosticada en 1958, con una frecuencia de uno en trescientos mil. Las secuelas que esta dejaría serían profundas y definitivas,

como, por ejemplo, una escoliosis dorso lumbar, comprometiendo para siempre mi sistema respiratorio, convirtiéndome en un hombre dependiente de por vida de un ventilador.

¿Cómo podía imaginar que de un coloquial almuerzo con mis queridos amigos Carlos, Patricio y María mi amada y devota mujer, todo cambiaría tan radicalmente en mi vida?



Todo partió como son generalmente nuestras reuniones, buena conversación y por supuesto acompañado de un trago o varios; reunidos en la cocina, mi lugar preferido después de mi habitación.

Todo estaba bien hasta que comí mi primer pedazo de filete. Masqué no con mucho empeño, pensando justamente en las cualidades de esta carne y su blandura, acto seguido en cuestión de segundos, la oscuridad invadió el lugar, sumiéndome en la total inconsciencia, dejando a su paso la desesperación y el descontrol de los comensales.

Sin acordarme de lo antes pasado, despierto en un cuartucho donde había un hombre que me maltrataba misericordiosamente, lo primero que pensé fue que me habían secuestrado. Al despertar nuevamente era claro que no era tal y mientras yo trataba de encontrar alguna

razón que justificara esta surrealista situación, otro hombre se me acerca y con más vehemencia comienza a torturarme y todo esto en el silencio más absoluto, salvo el aterrador sonido de una máquina de la cual ignoraba su utilidad. Siempre pensé que estas eran situaciones que se daban en el cine o en el bajo mundo y era de todos sabido que yo no era actor ni mafioso.

Es difícil creer este cambio tan radical en la biografía de cualquier persona y es evidente que estoy en el cuarto de un hospital; las preguntas se vienen como un torbellino a mi cabeza. Intempestivamente entra mi hijo, me besa y me pregunta cómo me siento. Yo con evidente cara de súplica y vos muda trato de modular con miedo descontrolado, que me saque de ahí con premura, ya que la gente de este lugar quiere a toda costa terminar con mi vida, pero mi hijo, leyendo mis labios, con voz firme me explica lo de mi accidente, recalcando que



estoy en la Clínica y que no puedo estar en un mejor lugar. Inmediatamente después de lo explicado me doy cuenta de que respiro a través de una traqueotomía, y que pequeños trozos del pedazo de carne que se me atoro en mi garganta infectaron mis pulmones provocando una bronco neumonía severa, mi brazo derecho no tiene movilidad, salvo mis manos y he estado dopado por una semana; lo que me lleva a pensar que mi supuesto secuestro no ha sido otro producto más que el de mi delirio.

Hoy me queda por delante la secuela de mi dura realidad. Mental y espiritualmente en estos momentos soy incapaz de plantearme nada, desde este momento paso a ser un simple y traumatizado paciente.

LA UCI

Si yo tuviera que describirla no podría dejar de ser implacable, para mí fue el infierno; nunca conocí (salvo bellas excepciones), gente más deshumanizada, donde tú eres un paciente que hay que salvar a toda costa, pero sin tomar en cuenta lo que significa para la persona postrada, los dolores que sufre, la ausencia familiar, el daño moral y espiritual que se clava y encarna, mientras tu lloras clamando para que el momento desaparezca y aparezca alguien que te contenga y te muestre un poco de compasión. En general, las camas de cualquier establecimiento hospitalario son insoportablemente incómodas y este fue el elemento que transformo mi estadía en la UCI en un tormento constate. Esto sumado a mi inmovilidad total, no me quedaba otra que tocar el timbre si es que me lo hubieran dejado mano, para que me cambiaran de posición, generalmente pasaban entre diez a quince minutos y cuando sientes

que tu espalda te está atormentando por el dolor cada minuto, esta situación se torna insostenible.

En una ocasión entró a mi pieza la que yo consideraba la mejor enfermera de la UCI, tanto es así que yo le hubiera confiado mi vida sin pensarlo un segundo, pero al mismo tiempo nunca había visto una profesional de una carrera humanista, tan deshumanizada. En un encuentro que tuvimos le dije con silenciosa oratoria y argumentos mudos, que yo no era un objeto más de este lugar y que yo no era el paciente de la pieza N° 564, sino que era un ser humano llamado Gonzalo Greene, y el momento que estaba viviendo por decir lo menos era durísimo, que mis penurias eran atroces y mi soledad llenaba todo mi ser y entorno, que lo único que necesitaba era un poco de compasión. La enfermera leyó atentamente mis labios, hizo una pausa de silencio y con voz serena me dijo; Gonzalo tienes razón y te prometo que no volverá a suceder, acto seguido dio media vuelta y se marchó de mi habitación. Contento por ese pequeño gesto de humildad, al dejar ella la pieza, nuevamente quede sumido en árida soledad, preso del dolor y del tedio lanzándome a los brazos de mi mejor compañero, Morfeo.

COMENTARIOS

Este texto extraído del documento “60 días: relato de un paciente”, escrito por Gonzalo Greene, nos relata la experiencia de haber sido paciente de Unidad de Paciente Crítico (UPC) de una clínica privada chilena. En él, nos muestra narrativamente diferentes elementos asociados a la seguridad en el proceso de atención. Los procedimientos en la sala de reanimación, los problemas de comunicación con el perso-

nal dejan entre ver algunas omisiones de gran significado para el paciente y que, sin tanta imaginación, la experiencia nos ha mostrado que en algunos casos terminan transformándose en eventos adversos o centinelas.

Por otra parte, vemos un profundo conflicto humano - existencial en donde las fuerzas propias de la persona parecen no ser suficientes para abordar esta crisis total.

E.D Pellegrino¹, define a la enfermedad como un proceso desintegrador del ser humano, donde todas sus dimensiones entran en una crisis profunda y “la persona del enfermo” no puede restituirlas en base a las propias capacidades humanas. Es ahí donde los equipos de atención clínica salen al encuentro, para generar inicialmente una relación “con sentido” (base del consentimiento informado) sobre la que se fundamente el actuar clínico correcto y se asuma el rol para intentar desarrollar junto al paciente y familia un proceso que permita reestablecer dicha integridad en forma gradual con significado coherente para la biografía de la persona enferma y en último término, con dignidad.

Por otra parte, los profesionales de la salud día a día nos desenvolvemos en escenarios de comprensible desolación: falta de recursos económicos, descontento e insatisfacción de pacientes, familiares e integrantes del equipo de salud, lo que redundará en mayor distanciamiento en las relaciones humanas. Consciente o inconscientemente buscamos en la normativa vigente y en la tecnocracia el refugio que nos brinde la ansiada tranquilidad y certeza para recuperar el valor y sentido de nuestro rol. Dóminic Wilkinson², director de ética médica

de la Universidad de Oxford, nos entrega información que el menos merece una pequeña reflexión. El 72 % de los médicos de medicina intensiva entrevistados experimentó algún conflicto valórico durante su trabajo con pacientes la semana anterior. Tales conflictos fueron percibidos como graves y peligrosos pudiendo afectar la calidad de atención y sobrevivencia de los pacientes. En un día dado, cerca del 27% de las enfermeras y médicos de UCI proporcionaron tratamientos, contrarios a sus creencias profesionales y personales. Estos hechos nos dan evidencia de un fenómeno que al parecer se desestima e infravalora.

En la atención de pacientes vivimos permanentemente en conflictos de valor, más aún en escenarios clínicos en las fronteras de la vida y la muerte donde el vacío existencial generado por la crisis total del enfermar, socaba la habilidad de nutrir relaciones humanas y en último término las energías compasivas se gastan con escasa posibilidad de restauración³. Es necesario, desarrollar estrategias de trabajo colaborativo - reflexivo, en donde se incorpore a elementos de análisis clínico positivistas, todas las dimensiones de la persona, de tal manera que se pueda intentar reestablecer un sentido, una nueva significación del proceso de enfermar tanto para quien la padece como a quienes otorgamos tratamientos y cuidado en coherencia con los valores de dicha realidad biográfico temporal que yace frente a nosotros. En definitiva, una persona como yo.

Bibliografía:

- 1.- Abel Francisc: Filosofía de la medicina: basado en la obra de Edmund Pellegrino, editorial Mapfre, Barcelona 2011.
- 2.- Wilkinson D. Cambridge quarterly of health care ethics. American Journal of respiratory care 2009. 26; 132-142
- 3.- Davidson J. The Ethics of Post - Intensive Care Syndrome. Ethics in Critical Care. 2016