

ASPECTOS ÉTICOS DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON SIDA

Manuel Leal

*Grupo Estudio Hepatitis Vírica y SIDA
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

No soy un experto en la naciente especialidad de Bioética. Mi actividad profesional se desarrolla en una Unidad especializada en la evaluación y tratamiento de pacientes infectados por el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); esta Unidad desarrolla, además de su actividad asistencial, programas de investigación y actividad docente de pregrado y formación de médicos residentes. La visión que voy a exponer sobre los aspectos éticos que plantea el paciente infectado por VIH es la de un clínico que palpa diariamente (y desde el inicio de la pandemia) los problemas éticos que se plantean a médico y paciente. Esta visión es muy personal y puede estar sesgada por la forma en que yo me implico en las vivencias de mis enfermos (muchos ya se fueron) y en mi propia concepción del hombre. La exposición de mis puntos de vista, sin embargo, pueden tener la ventaja de la frescura que da la experiencia vivida a "pié de cama" y la de ser en muchas ocasiones testigo directo de las inseguridades, angustias y miedos de mis pacientes. Para muchos de ellos he sido su único o más directo confidente, y los he acompañado hasta el último momento.

El cambio de rumbo de la epidemia

Una de las características más importantes de la pandemia por VIH es su carácter dinámico, derivado de las propiedades biológicas del virus. Este dinamismo se refleja en cambios sobre la predominancia de las vías de transmisión que van a influir en planteamientos de nuevos problemas éticos y formas de abordarlos. Al inicio de la epidemia en España, antes de que empezara a despuntar el incremento progresivo de los casos de transmisión heterosexual, el discurso social sobre el SIDA se centraba mayoritariamente en el dilema Grupo frente a Factor de riesgo, carácter reivindicativo y movimientos asociativos de las personas pertenecientes a las categorías clásicas de transmisión (mayoritariamente personas homosexuales), debates sobre la prevención, politización de la epidemia (especialmente en los mensajes preventivos), y desde el punto de vista del entorno familiar por el clásico "hijo problema". En los últimos años, tal como ha ido aumentando la importancia de la transmisión heterosexual del virus, la epidemia adquiere perspectivas adicionales, creando situaciones que inciden muy directamente en el núcleo familiar. Cada vez vemos con más frecuencia en las consultas de nuestra Unidad o en la sala de hospitalización, infecciones o SIDA "sorpresa" (habitualmente adquirido en relaciones

heterosexuales extra conyugales); el problema se agrava cuando al estudiar a la esposa o al marido (según el caso) se detecta que también está infectado. En no pocas ocasiones la infección familiar es múltiple: el pediatra detecta la infección en un recién nacido, resultando infectados también padre y madre. Esta nueva dimensión de la epidemia, distorsiona notablemente el entorno familiar: ahora la infección se "engendra" en los padres; de la incertidumbre individual se pasa a la incertidumbre familiar sobre el futuro de los hijos, cuando los padres mueran; se oculta férreamente el problema por miedo a la discriminación o a que pueda decaer el posicionamiento social; ello hace muy difícil poder penetrar desde fuera y ayudar.

Etapas de la infección

La infección por el VIH es un largo proceso que se inicia con la exposición al virus y termina en un colapso del sistema inmune que conduce a la muerte generalmente en el plazo de siete a diez años; la historia natural de la infección por VIH se divide en tres fases sucesivas bien delimitadas: primoinfección (síntomas derivados de la introducción del virus en el organismo), fase asintomática (la de mayor duración, caracterizada por la ausencia de sintomatología, pero durante la cual el virus replica y va destruyendo las células inmunocompetentes) y fase sintomática (cuyo paradigma es el desarrollo de infecciones o tumores que definen al SIDA). Desde el punto de vista de los problemas éticos y de la labor de información y consejo, es útil clasificar las fases de la infección de un modo más funcional:

1ª) La comunicación a la persona de que está infectada;

2ª) El seguimiento en consultas durante el largo proceso de infección asintomática;

3ª) Fase precoz del SIDA con desarrollo de los primeros eventos oportunistas;

4ª) Fase avanzada con demanda de hospitalizaciones frecuentes;

5ª) Fase terminal con muerte próxima.

Dar la noticia: la comunicación de que la "prueba del SIDA" ha resultado positiva

Una cuestión previa es que el tiempo que transcurre entre la obtención de la muestra de sangre y la disponibilidad del resultado sea lo más corto posible. Lamentablemente en muchos centros sanitarios la sobrecarga asistencial a que se encuentran sometidos condiciona que esta espera sea de un mes o más, lo que genera una situación de incertidumbre verdaderamente angustiada. No es infrecuente que algunas personas con personalidad obsesiva y sin ningún factor de riesgo soliciten la realización de un prueba para antiVIH. Tras una conversación detenida, el médico no encuentra razones para su realización. En ocasiones es suficiente una charla detenida, explicándole que el VIH "camina" por unas rutas muy concretas y que en su caso no es necesario practicarle la prueba. Si el solicitante no queda tranquilo no habrá más remedio que solicitar un test para anticuerpos, único modo de conseguir anular su angustia con el resultado negativo. No es infrecuente que esta misma persona acuda a otro médico, o incluso se haga donante de sangre para "estar más seguro" de su negatividad.

Un resultado positivo para antiVIH es una grave noticia que va a tener gran tras-

endencia para el futuro del paciente. El objetivo fundamental del momento es ayudar al paciente a que "digiera" esta primera información. La comunicación del resultado debería reunir una serie de condiciones que, con frecuencia, olvidamos por falta de tiempo:

1°. Una conversación a solas, relajada y sin prisa, informando del resultado inmediata, directa y claramente. Nunca debe darse por teléfono o sin asegurar un soporte psicológico posterior;

2°. La reacción que una persona puede experimentar al conocer la seropositividad depende de la estructura de su carácter, recursos psicológicos, que el resultado sea esperado o se trate de una "sorpresa" y del grado de información previa que posea el paciente. En cualquier caso es una grave noticia que generará angustia e inseguridad;

3°. Las palabras de aliento y la extensión de la información inmediata que debemos suministrar deben ser adecuadas a cada caso particular. También dependerá de la intuición del médico para captar la personalidad y reacción del paciente. Informar es empezar a educar, pero no podemos empeñarnos en suministrar toda la información sobre la naturaleza de la infección y posibilidades de tratamiento en la primera entrevista (especialmente si el paciente no lo pide). En cualquier caso la información sobre su enfermedad debe ser real y esperanzadora, pero nunca se puede intentar endulzarla hasta llegar a falsearla;

4°. Tras comunicar un resultado positivo y observar la primera reacción, yo animo al paciente a que me cuente lo que siente para saber "el terreno psicológico que piso". Le tranquilizo sobre la confidencialidad del

resultado y, salvo que demande más, le explico superficialmente la historia natural de la infección, con especial referencia a la diferencia entre ser portador sano y padecer SIDA, cómo se transmite y cómo no se transmite el virus, qué son los linfocitos CD4+, la necesidad de practicarle un estudio inmunológico y los recursos terapéuticos hoy disponibles. Es necesario esperar a que el paciente se "desahogue" y comience a formularnos preguntas a veces muy comprometidas. La experiencia enseña a encontrar respuestas razonables y tranquilizadoras: "Doctor, ¿cuánto me queda de vida?", "¿puedo embarcarme en la hipoteca de un piso?", etc... Aún a riesgo de aumentarle su carga de angustia, es necesario en este primer encuentro prevenirle sobre la posibilidad de que haya infectado o pueda infectar a otras personas y en consecuencia la necesidad de estudiar a los contactos. Al finalizar la entrevista, el médico debe tener una idea sobre los recursos psicológicos de la persona y valorar la conveniencia de citarlo a la semana (ya mejor digerida la noticia), darle un teléfono de contacto o ponerle en relación con Grupos de Apoyo. Es importante animarle que busque apoyo familiar (más fácil de conseguir en pacientes con SIDA que en asintomáticos) que puede ser de una ayuda insustituible; en muchas ocasiones el SIDA propicia el reencuentro de los padres con los hijos, uniendo lo que había roto las prácticas de riesgo.

Este primer encuentro es particularmente angustioso para el médico cuando tiene que comunicar que marido y mujer están infectados. Hay aquí una doble vertiente: en un mismo momento uno de ellos "descubre" que su pareja no sólo le ha sido infiel, sino

que además le ha transmitido una infección letal. El binomio culpable/inocente emerge, y no es fácil en un primer contacto atemperar este fuego de vivencias bidireccionales de fraude, culpa e ira. El papel del médico que ha dado la noticia y que se encargará del seguimiento de la pareja es fundamental; el conocimiento de la naturaleza humana que lleva aparejado el arte de hacer medicina debe encontrar las primeras palabras de aliento y consuelo que hagan más soportable la noticia. En mi experiencia tengo que decir que en la inmensa mayoría de las veces en que me he encontrado con estas situaciones, después de pasado un primer momento lógico de rabia y fraude, el miembro víctima de la pareja reacciona positivamente, permaneciendo al lado de su cónyuge hasta los momentos finales. Resulta sorprendente, porque dicho en lenguaje coloquial, antes o después le tocará a él pasar por el mismo trance, con una cuestión adicional: ¿que será de los hijos, cuando ambos hayan muerto?. Cuando en algunos foros hablo sobre los problemas derivados de la transmisión heterosexual del VIH y de la distorsión que ocasiona la infección de varios miembros de la familia, alguien del público me suele decir que es imprescindible el concurso de un psicólogo. Posiblemente. Pero de lo que si estoy seguro es que es imprescindible la implicación del médico en aminorar tensiones, por no se que poder mágico de su presencia.

La fase asintomática de la infección: el seguimiento en consultas

Es la fase de mayor duración. La visita periódica en consultas permite que se vayan estrechando los lazos entre el médico y el

paciente que, en muchas ocasiones, cristaliza en una verdadera amistad. A veces los médicos necesitamos el apoyo de otros compañeros cuando nos acecha el desaliento por la muerte de un paciente especialmente querido o nos cuestionamos la utilidad de nuestras actuaciones, al no poder curar personas jóvenes que tienen roto su proyecto existencial. Desde lo que yo veo en consultas la vivencia más angustiosa por parte de los pacientes es la sensación de que se “dispara el reloj del tiempo”. Luis Cernuda expresó muy bien en *Ocnos* cómo existe un momento existencial en que el paso del tiempo empieza a adquirir relieve: “Llega un momento en la vida cuando el tiempo nos alcanza.. .Quiero decir que a partir de tal edad nos vemos sujetos al tiempo y obligados a contar con él. ¡Años de niñez en el que el tiempo no existe!. Un día, unas horas son entonces cifras de eternidad”. Yo creo que este momento (que habitualmente se produce en la madurez) se adelanta en los pacientes infectados; no es fácil para el médico encontrar argumentos sólidos que proporcione sosiego suficiente al enfermo para que no se deslice por la vida a contrarreloj. En la Tabla 1 se señalan los problemas más importantes a los que se enfrentan los pacientes en esta fase de la infección.

El núcleo central cuantitativo sobre el que gira el mundo del paciente en esta fase de la infección es el recuento de linfocitos CD4+, habitualmente practicado cada tres meses. Espera con ansiedad el próximo control para que el médico le comunique el último resultado. Algunos pacientes, tras unos primeros años de vivir pendientes de este parámetro biológico, y ver que están estables entran en

una fase de sosiego, sin presentar especiales problemas vivenciales (especialmente si existe un buen apoyo familiar). Otros se cansan de tantos controles médicos o de tener que tomar diariamente un número considerable de medicamentos y terminan psicológicamente extenuados; es ésta una situación difícil porque el paciente abandona la medicación, se le van las ganas de vivir y empeora desde el punto de vista inmunológico; yo resumiría esta actitud en que se cansan de esperar lo que tiene su tiempo en llegar (sea el remedio milagroso o la muerte). Afortunadamente esta situación no es frecuente, y quizás la ayuda de un psicólogo experimentado pueda resultar de utilidad.

Tabla 1. Vivencias del paciente en la fase asintomática

- Discriminación familiar, laboral, social, escolar
- Miedo al "contagio"
- Futuro incierto
- Dudas sobre la eficacia de los tratamientos
- Dilema ante la opción de participar en ensayos clínicos
- Angustia ante la próxima visita médica

En las visitas médicas deberemos estar atentos:

a) Escuchar y contestar con paciencia todas las dudas y preguntas que el paciente ha acumulado desde la última revisión (no olvidemos que en muchas ocasiones es el médico su único confidente);

b) Informarle de su situación clínico-bio-

lógica con claridad, pero con una visión esperanzadora;

c) Explicarle las razones de los cambios de actitud terapéuticos y discutirlos con él;

d) Dentro de lo posible, asegurarse de que se está produciendo un cambio de conducta en lo que se refiere a las prácticas de riesgo y de que los contactos seguros están suficientemente advertidos y ofrecerles la posibilidad de que sean estudiados.

La labor de consejo

Analizaremos de modo más preciso el contenido de los mensajes que hemos de ir transmitiendo a lo largo del seguimiento. El objetivo final a conseguir con nuestra información y labor educativa es doble: por un lado evitar la discriminación y autodiscriminación del paciente; por otro evitar que pueda transmitir la infección a otras personas.

Nunca insistiremos demasiado en la necesidad de que el paciente no sea o se sienta discriminado. Esta vivencia, junto a un futuro incierto, puede hacerle insufrible el correr de sus días. Frecuentemente la discriminación se origina en la propia familia; a la persona infectada no sólo se le niega todo tipo de relación sexual, sino que la ropa, vajilla, toallas, etc., se manejan aparte; incluso se evita que bese a los familiares o se tolera con reparo, circunstancia que la persona capta. Estas situaciones se dan especialmente entre familiares mal informados o con estructura neurótica del carácter. Si percibimos que existe discriminación familiar, podemos animar al paciente a que en la siguiente revisión venga acompañado por el(los) miembro(s) de la familia que estime más conveniente. Tendremos entonces la oportunidad de vol-

verles a explicar cómo se transmite y cómo no se transmite la infección, hacerles conscientes de la carga de angustia que supone el aislamiento del paciente y de lo innecesario de otras medidas preventivas que las dirigidas a evitar la transmisión sexual del virus. Tendremos que repetir las veces que sean necesarias que no hay pruebas que indiquen que el virus pueda transmitirse por vía respiratoria o digestiva, o por contactos ocasionales de persona a persona en el hogar o en otros lugares; tampoco hay pruebas que sugieran la posibilidad de la transmisión del virus a través de insectos, alimentos, agua, retretes, piscina, sudor, lágrimas, uso en común de cubiertos o vajillas o de otros objetos como teléfono o prendas de vestir (OMS 1991). Salvo que los pacientes se encuentren incapacitados por lo avanzado de la enfermedad, es necesario animarles a que sigan desarrollando su actividad profesional normalmente.

Toda persona infectada, no obstante, debe conocer que tiene una serie de limitaciones impuestas por la necesidad de evitar la transmisión a otras personas. Cuando se les vaya a realizar una maniobra médica cruenta (una intervención quirúrgica, por ejemplo, deben advertir al personal sanitario de su seropositividad; así mismo no pueden ser donantes de órganos, sangre ni de otros productos biológicos (semen). En la esfera sexual se les debe advertir que eviten el contacto directo entre mucosas y secreciones genitales, y de que el riesgo de infección existe tanto de hombre a mujer como de mujer a hombre, así como por vía anal o vaginal. La forma más segura de evitar la transmisión es la abstinencia, y es el mejor método preventi-

vo si las personas involucradas están dispuestas a asumirlo. El preservativo (correctamente usado) disminuye ostensiblemente el riesgo, pero no lo convierte en cero. Las caricias, besos y abrazos no transmiten la infección. Lo ideal es conseguir que los drogadictos se rehabiliten totalmente; mientras se consigue, o si ésto no es posible, se les debe persuadir para que se administren la droga con material de inyección no compartido, o cambien a la vía inhalatoria.

La mujer embarazada

Cuando la infección se produce durante el embarazo o cuando una mujer infectada queda embarazada, se requiere un asesoramiento especial. La labor de consejo sobre las medidas que caben adoptar se limitan en general a prestar apoyo moral y examinar conjuntamente con la interesada los desenlaces posibles. El médico tiene que ser consciente de las fuertes presiones a las que su enferma se encuentra sometida: deseo de querer tener a su hijo, pero a la vez temor a que pueda nacer infectado, presiones del entorno social, familiar (incluso médico) para que aborte, inseguridad de lo que ocurrirá con el niño cuando ella muera. El destino del hijo (aborto o parto) va a depender mucho de lo que se implique el médico con su paciente, pero en cualquier caso tiene la obligación de dar la información médica sobre riesgo hoy disponible:

1º) No existen datos que demuestren que el embarazo acelere el curso de la enfermedad en la mujer;

2º) La paciente debe ser informada de que el riesgo de transmisión al hijo se estima entre 15% a 30%, pero se puede reducir hasta un

8% (y posiblemente más con los modernos fármacos antirretrovirales) si se administra AZT (el antirretroviral más conocido) durante el embarazo, en el momento del parto y al recién nacido durante los dos primeros meses de vida. Dichos con otras palabras: con un manejo adecuado de fármacos durante el período de gestación, parto y postparto lo habitual es que el niño nazca sin infección (aunque durante algún tiempo se detectarán en sangre anticuerpos frente la virus que proceden de la madre). Aunque en muchos países es legal el aborto en estas circunstancias, yo no lo aconsejo a mis pacientes porque es destruir a un inocente que, infectado o no, tiene derecho a la oportunidad de la Vida.

Confidencialidad

El derecho a la confidencialidad sobre cualquier enfermedad es un derecho del individuo perfectamente establecido. En el caso de la infección por VIH, este derecho debe ser especialmente protegido por dos razones:

1^ª) Amplios sectores sociales siguen manteniendo una postura de miedo y rechazo a las personas infectadas, que genera discriminación a nivel familiar, escolar, social y laboral;

2^ª) El VIH se transmite por vías bien conocidas (básicamente secreciones genitales y sangre) y no lo hace por las relaciones sociales, escolares o laborales. En consecuencia, saber si una persona está o no infectada no debe influenciar la decisión de admitir o mantener en un puesto de trabajo o en un colegio a alguien. Proceder de otro modo será injusto y no cambiaría nada. El derecho a la confidencialidad debe ser protegido no sólo por los médicos responsables del

paciente, sino también por los poderes públicos. En caso de vulneración de este derecho, las autoridades competentes deberán asegurar (y esto no siempre se consigue) que la persona no sea discriminada en su ámbito escolar o laboral. Todo esto está muy bien como meta a conseguir, pero la realidad es bien distinta. Por el sólo hecho de acudir a determinadas consultas del Hospital (donde se sabe que se visitan pacientes con infección por VIH) y ser visto en la sala de espera se pierde la confidencialidad.

El derecho a la confidencialidad, sin embargo, no es absoluto cuando entra en conflicto con el derecho a la salud de otras personas. Aunque no es frecuente, esta situación puede plantearse al clínico cuando:

1^º) Tiene conocimiento de que alguna persona concreta ha sido expuesta al virus a través de su paciente y éste se niega a advertirle sobre el riesgo de infección;

2^º) Un sanitario ha sido expuesto accidentalmente al virus a través de un pinchazo con material procedente de un paciente en riesgo o infectado. En el primer caso, el médico se puede encontrar en el dilema de ser acusado de romper la confidencialidad de su paciente por advertir al contacto en riesgo, o de la situación contraria; hay un gran vacío legal sobre esta cuestión, por lo que no se pueden dar normas concretas de actuación. Es clara la obligación de persuadir a nuestro paciente para que advierta de su seropositividad a las personas que han estado o están razonablemente en riesgo (por ejemplo, su pareja sexual), con objeto de que se les pueda ofrecer un estudio serológico.

Puede ser conveniente invitarle a que seamos nosotros quienes le ayudemos a

comunicar la noticia a su pareja. Pero cuando el médico tiene fundadas sospechas de que este objetivo no se ha satisfecho, se echa en falta una normativa legal que asegure su cumplimiento y proteja a terceros. Es razonable que la rotura de la confidencialidad sólo debiera plantearse cuando:

- a) Existe un riesgo real para con otros;
- b) Se conoce la persona concreta sometida al riesgo;
- c) No hay forma de convencer al paciente de su deber de informar.

La posibilidad de infección por VIH-1 tras una exposición accidental por un pinchazo es remota, pero posible (menor de 0,50%). Durante unos seis meses (tiempo razonable para asegurar la ausencia de infección, aunque con las modernas técnicas de diagnóstico para identificar material genético del virus en sangre, este período puede acortarse), la persona que ha sufrido el accidente puede verse sometida a una gran tensión en espera del resultado de las determinaciones periódicas de antiVIH. Ello puede interferir con su vida normal, limitando su actividad sexual por miedo a transmitir la infección a su compañero. El conocimiento de la seronegatividad del caso índice ahorraría todos estos problemas, a lo que tiene derecho la persona expuesta. Idéntico planteamiento es aplicable a policías o personal de prisiones que hayan sufrido una exposición cierta (por ejemplo, una mordedura) a partir de personas con prácticas de riesgo.

Las fases sintomáticas de la infección

Cualquier médico con experiencia en el manejo de los pacientes infectados por VIH sabe que con el paso del tiempo las posibili-

dades de tratamiento son cada vez más limitadas y las hospitalizaciones más frecuentes. En la Tabla 2 se recogen los problemas más importantes que se plantea con estos pacientes. Durante esta fase el paciente resultará cada vez más invalidado, motivado por sus continuas molestias y frecuentes hospitalizaciones. Hemos de vigilar que disminuyamos la calidad de vida de nuestro paciente lo menos posible, balanceando lo mejor que podamos los riesgos frente a los beneficios de nuestra actuación diagnóstica y terapéutica. La realización de una biopsia hepática o aspirado de médula ósea puede estar justificada ante un paciente con fiebre de origen desconocido en el que se sospecha que podemos estar ante la primera infección indicadora de SIDA, ya que el enfermo se puede beneficiar de un tratamiento para una tuberculosis diseminada o una leishmaniasis. Sin embargo, en un paciente muy deteriorado, con marcada invalidez que presenta fiebre puede estar justificado la simple administración pautada de antitéticos. Ya que estos pacientes pasaran muchas horas en hospitalización permanente o en el hospital de Día debemos esforzarnos en conseguir un buen ambiente en estas áreas, prestando un especial apoyo cuando fallece un paciente amigo o conocido.

Tabla 2. Problemas más importantes en la fase sintomática de la infección

- Hospitalizaciones frecuentes
- Pérdida progresiva de la independencia
- Incapacidad para valerse por si mismo
- Pérdida de la confidencialidad
- Agresión médica por maniobras

diagnósticas o terapéuticas

- Pérdida de la confianza en la Medicina
- Abandono familiar
- Inquietudes espirituales

La Medicina Paliativa ocupará cada vez mayor protagonismo, mientras que las maniobras diagnósticas (especialmente las agresivas) se retirarán a segundo plano. El alivio sintomático de la tos que no deja conciliar el sueño, la diarrea o el dolor mejoran la calidad de vida. Hemos de contribuir a que se produzca la reconciliación familiar (facilitada por la hospitalización) que será de un gran apoyo para el paciente y que deja más libre al personal sanitario para poder dedicarse a otros pacientes. En las largas noches de hospital algunos enfermos tienen deseos de conversar (debemos ser sensibles y estar abiertos a esta inquietud) sobre temas espirituales, especialmente sobre la existencia de Dios, el sentido del dolor y de la muerte. Al paciente le gusta hablar con su médico de estos temas.

Orquestando el momento final

Al final la muerte acecha. Algunos pacientes siguen con la venda puesta en los ojos, esperando la medicina milagrosa que

los cure o prolongue su vida. Otros son conscientes de que se mueren, incluso lo desean. Personalmente aprovecho las noches de guardias en el Hospital para conversar con ellos y estar receptivo a sus planteamientos existenciales. Con los cuidados paliativos, el cariño de los familiares y una buena dosis de realismo y humanidad por parte del médico el tránsito es sosegado. La creencia en Dios y la existencia de otra vida por parte de médico y paciente hacen de los momentos finales una experiencia dramática y a la vez profundamente enriquecedora. Aunque algunos países europeos tratan de exportar la Eutanasia y el Suicidio asistido como una actitud médica aplicable a los enfermos terminales con SIDA, yo tengo que decir que en los casi veinte años de epidemia viviendo entre enfermos terminales ninguno me ha solicitado la Eutanasia ni me ha pedido que le ayude a matarse; la alternativa a estos nuevos planteamientos son los que siempre han imperado en el buen quehacer clínico: curar, aliviar y siempre consolar. Otro problema es que estamos tan ocupados y no podemos disponer de algún tiempo para dedicarlo a saber estar ante un paciente joven al que no podemos arrebatar a las garras de la muerte, y sentir nuestra propia limitación.