

EL CASO DE KAREN QUINLAN: ¿HUMANISMO CRISTIANO O EUTANASIA?

Emilio Jesús Alegre del Rey

Farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

Experto colaborador de Profesionales por la Ética-Campaña Vida Digna

El caso de Karen Ann Quinlan fue un hito en la lucha contra el encarnizamiento terapéutico en sus aspectos legales. Los Quinlan eran católicos practicantes, y pidieron la retirada del ventilador mecánico después de consultar con su párroco, que estuvo de acuerdo con esta decisión (ABC Madrid, 28.10.1975). El matrimonio Quinlan argumentó en su petición que mantener con vida a su hija Karen por medios artificiales, cuando no existía ninguna esperanza de recuperación, iba en contra de la naturaleza humana, y que Karen debería encontrar cuanto antes su eterno descanso en el Señor. El propio obispo de New Jersey, su diócesis, transmitió públicamente y en nombre de la Iglesia, la aprobación de la doctrina católica ante la desconexión de un soporte vital extraordinario que no aportaba un beneficio proporcionado:

*“La opinion médica especializada ha establecido que Karen Ann Quinlan no tiene una esperanza razonable de recuperación de su estado comatoso a pesar del uso de las intervenciones médicas disponibles. La continuidad de medidas mecánicas de soporte cardiorrespiratorio para mantener sus funciones corporales y su vida constituyen medios extraordinarios de tratamiento. Por tanto, la decisión de Joseph y Julia Quinlan de pedir **la retirada de este tratamiento, de acuerdo con las enseñanzas de la Iglesia Católica, es una decisión moralmente correcta**”. Lawrence Casey, Obispo de New Jersey. “The Case of Karen Quinlan,” *Origins* 1975,5(22), 337-341.*

Situémonos en el contexto: las leyes obligaban al mantenimiento de las medidas de soporte vital. La diferenciación entre medidas de soporte ordinarias y extraordinarias estaba aún confusa en la mente de algunos profesionales sanitarios y no había llegado a consolidarse en la jurisprudencia, por eso este caso era particularmente importante. El rápido avance de la tecnología médica había hecho posible mantener con vida a personas que años antes habrían muerto rápidamente. Pero eso abría la puerta a un mal uso de la técnica en situaciones en las que no cabía esperar un beneficio razonable, mostrando una no aceptación de la muerte. En este caso, vemos como precisamente la distinción entre medidas ordinarias y extraordinarias, contribuyó a la lucha contra el encarnizamiento terapéutico, propugnada ya entonces desde el pensamiento cristiano.

El problema de Karen Quinlan surgió porque el facultativo que la atendía se negó a la retirada del tratamiento. Sin embargo, varios peritos alegaron en el juicio lo que ya entonces se asumía en la praxis médica: usar un ventilador mecánico en una paciente sin posibilidades de recuperación era aplicar una técnica extraordinaria y

desproporcionada (p. ej., Dr. Julius Korein, neurólogo; ABC, 24.10.1975). La clave del juicio se centró entonces precisamente en determinar la diferencia entre tratamiento “ordinario” y “extraordinario”. El Dr. Korein aclaró: *“Según mi opinión, es ordinario usar un respirador artificial cuando se trata de una situación aguda. Es ordinario usar todo tipo de recursos en una sala de emergencia”*.

Hoy, para referirnos a lo mismo, preferimos hablar de medidas “proporcionadas” o “desproporcionadas”, que son términos más claros. La falta de diferenciación entre medidas de soporte vital ordinario o extraordinario, proporcionadas o desproporcionadas, era entonces propia de un pensamiento integrista y alejado de la doctrina cristiana, que conducía al encarnizamiento terapéutico. Curiosamente, esa misma falta de diferenciación se produce también en el otro extremo: entre los defensores de la eutanasia. Así, la ley de *“muerte digna”* de Andalucía establece que puede ser reprobable el mantenimiento de medidas de soporte vital en pacientes terminales, sin especificar una distinción entre medidas proporcionadas –como la alimentación y la hidratación en muchos casos- o desproporcionadas –como la ventilación mecánica cuando no hay recuperación posible-. La ley navarra, aunque tampoco diferencia entre medios proporcionados y desproporcionados de soporte vital, afortunadamente no ha incluido la alimentación y la hidratación entre las demás medidas que pueden ser reprobables en un paciente terminal. Con ello se reconoce implícitamente que son cuidados básicos proporcionados en la mayoría de los casos -no en todos; por ejemplo, no parece proporcionado instaurar una nutrición enteral en situación agónica-. La diferenciación entre medidas proporcionadas y desproporcionadas, teniendo en cuenta que su valoración debe ajustarse a cada caso concreto, evita una aproximación al problema tan simplista como anacrónica y alejada de la praxis médica.

¿Por qué, entonces, sectores pro-eutanasia han hecho del caso Quinlan una bandera? En mi opinión, se trata de una maniobra de confusión, para hacer parecer que la lucha contra el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia son la misma cosa, cuando responden a concepciones tan distintas. Y de paso, para adjudicarse una medalla que no les corresponde a ellos, sino al humanismo cristiano.

Contra lo que todos esperaban, cuando a Karen le fue retirada la ventilación, tras una ardua batalla legal, no murió. Entonces, sus padres siguieron cuidándola y celebrando cada cumpleaños con una misa en su habitación. Murió nueve años después, de neumonía, en brazos de su madre (ABC Madrid 30.3.1983/13.6.1985). Con el dinero recaudado por la venta de un *“best-seller”* sobre el caso, el matrimonio fundó un hospicio al que pusieron por nombre *“Centro Karen Ann Quinlan de la Esperanza”*.

5 de marzo de 2011

