

# 34 días de lucha con la muerte

MADRID, 20. (INFORMACIONES).—Poco más de tres meses ha durado la última enfermedad de Franco. Una enfermedad cuajada de complicaciones, de situaciones críticas, de mejorías esperanzadoras, de fases estacionarias, de sufrimiento físico. Franco ha estado muriéndose durante semanas, en un claroscuro dramático de vida-muerte.

La historia clínica, la biografía de la enfermedad, empezó con un proceso gripal. Mal leve la mayoría de las veces, pero capaz de desencadenar evoluciones fatales en enfermos de edad avanzada y con un organismo deteriorado por enfermedades anteriores.

Al hilo de los partes médicos, cabe señalar en este largo proceso los siguientes capítulos, concatenados entre sí, en gravedad creciente hasta el desenlace fatal: trombosis, insuficiencia cardíaca y respiratoria, hemorragias digestivas, peritonitis, fallo renal agudo.

## 1. TROMBOSIS

La primera señal de alarma vino dada el 21 de octubre por un comunicado de la Casa Civil en el que se hablaba de una crisis de insuficiencia coronaria. Este término hacía presumir la existencia de un infarto de miocardio que, según fuentes dignas de crédito, afectaba ampliamente el corazón izquierdo con alteraciones electrocardiográficas muy expresivas. Esta situación quedó controlada inicialmente mediante un marcapasos encargado de regularizar los impulsos eléctricos nacidos en el nódulo sinusal cardíaco, y medicación anticoagulante (heparina).

El infarto (necrosis de una zona del músculo cardíaco) es el resultado de la oclusión de una arteria coronaria por la formación de un trombo.

La tendencia trombótica de Franco se manifestó ya en julio de 1974, y con posterioridad a la crisis de insuficiencia coronaria de los primeros días de su enfermedad, al presentarse una tromboflebitis femoro-iliaca del muslo izquierdo. Ha habido también una trombosis venosa mesentérica, aunque una serie de circunstancias hacen dudoso este diagnóstico.

El tratamiento anticoagulante instaurado ha contribuido en esta ocasión, al igual que sucedió el año pasado, a la presentación de hemorragias digestivas.

## 2. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y RESPIRATORIA

Ya en los primeros días de la enfermedad surge otra complicación severa: la insuficiencia cardíaca, es decir, que el corazón empieza a no estar en condiciones de reexpedir al torrente circulatorio todo el volumen de sangre que llega a las aurículas. La sangre, en estas condiciones, se remansa y altera la dinámica de órganos tan importantes como pulmones, hígado y riñones. Aparece edema pulmonar y, con él, cierto grado de insuficiencia respiratoria, la cual se irá incrementando al paso de los días hasta exigir imperativamente la aplicación de un respirador (respiración asistida).

Una bronconeumonía y un nuevo edema pulmonar agravaban aún más la situación y contribuyen, poco a poco, a hacerla irreversible.

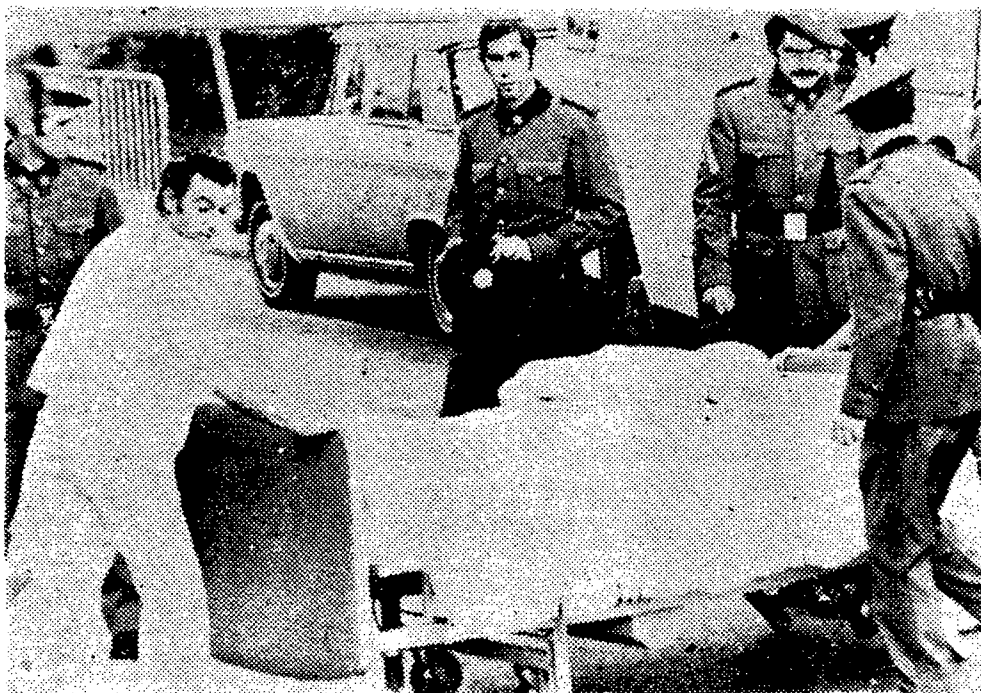
Por otra parte, la insuficiencia cardíaca favorece la aparición de ascitis (acúmulo de líquido en la cavidad peritoneal), que tiene que ser evacuada.

La mayor espectacularidad

en la evolución de la enfermedad la han dado las hemorragias digestivas.

Un parte médico del 26 de octubre anuncia la presencia de una hemorragia gástrica, la cual puede ser consecuencia, en un análisis inicial, tanto de la terapéutica anticoagulante indicada en su problema coronario como del estancamiento de la sangre —rotura de los vasos que irrigan la mucosa gástrica— fruto de la insuficiencia cardíaca. Se inician las transfusiones masivas, que luego se convertirán en el común denominador del tratamiento. En días sucesivos las hemorragias se hacen intermitentes, aumenta la ascitis y aparece circulación colateral abdominal. Significa esto que todos los vasos profundos experimentan una gran retención de sangre, la cual busca nuevos cauces en los vasos superficiales, que quedan repletos y sobresalientes en la piel. Las paredes intestinales se desvitalizan y se presenta un proceso peritoneal inflamatorio.

Todo ello obliga, en la noche del 3 de noviembre, a una intervención quirúrgica en un quirófano habilitado en El Pardo. Es una medida extrema. El objetivo era localizar



Poco después de ingresar en La Paz, camilleros y guardias de El Pardo introducían en la Residencia Sanitaria la cama de Franco. Una cama articulada y capaz de producir ligerísimas vibraciones como ayuda a la circulación sanguínea.

## Los últimos fue mantenido con vida sólo gracias a los recursos de la Medicina

el origen de la hemorragia y cerrar quirúrgicamente la salida de sangre. Una úlcera gástrica que interesaba una arteria importante, la gastropiploica, es la responsable. La situación crítica queda contenida. Seis litros de líquido son extraídos del peritoneo, pero la ascitis se repite una y otra vez.

Se transfunden varios litros de sangre, los cuales, junto con el desequilibrio electrolítico (sodio-potasio) existente, van a crear serios problemas de orden renal.

★ NUMERO 17 (GARCÍA) ★  
El enfermo pasa por varios episodios de parálisis intestinal.

Noventa horas después de una intervención quirúrgica de extraordinaria gravedad, Franco vuelve a ser operado. Es el viernes 7 de noviembre. Nueva hemorragia, muy

intensa. La operación se lleva a cabo en La Paz. Dura cuatro horas y se procede en ella a una gastrectomía subtotal, es decir, a la extirpación de una amplia zona del estómago, sin llegar a la totalidad. La pieza operatoria presenta numerosas ulceraciones y puntos hemorrágicos. La mucosa gástrica está extraordinariamente deteriorada. La operación no es, no puede serlo, resolutoria. Lo que cuenta no son los focos de enfermedad, sino el hombre enfermo en su totalidad.

## PERITONITIS

En días sucesivos aparecen nuevas hemorragias digestivas, ocasionadas tanto por la mucosa gástrica deteriorada que no se extirpó en la operación como por la

medicación anticoagulante indispensable para la aplicación de la hemodíalisis (riñón artificial).

El viernes día 14, nueva intervención quirúrgica. En once días, tres operaciones.

Se presenta hipotensión, abdomen agudo (peritonitis) y «shock» intenso. La cirugía pone de manifiesto una dehiscencia de suturas (rotura de las mismas) en la unión del estómago a intestino delgado, que se realizó en la anterior intervención. La salida del contenido intestinal en cavidad peritoneal provoca el gravísimo abdomen agudo. Suturada nuevamente la zona, se dejan los correspondientes drenajes externos.

Esta tendencia hemorrágica, prácticamente incoercible, así como el «stress» en el que esta sumergido el paciente, obliga a su sedación medicamentosa, e incluso a una hipotermia superficial (33-34 grados centígrados). La palabra hibernación, con su carga casi mítica, salta en todos los comentarios.

## FALLO RENAL AGUDO

Era inevitable que en un proceso de enfermedad de estas características surgiera, en algún momento de su curso, el fallo renal. El miércoles 5 de noviembre, el parte médico del mediodía señalaba ya «que las cifras de urea se han elevado». Elevación ante la cual había que partir presumiblemente de cifras que no eran normales. Se establece como recurso una diálisis peritoneal.

La diálisis tiene por objeto depurar la sangre, poniéndola en contacto, a través de una membrana semipermeable, con un líquido especial. En el caso del peritoneo, éste actúa como membrana —el líquido dializador se introduce directamente en la cavidad peritoneal—, depurándose así las sustancias tóxicas acumuladas en el organismo.

En la hemodíalisis (riñón artificial), la cual empezó a aplicarse unos días después, la sangre pasa por un aparato que suple las funciones eliminadoras del riñón. Se trata, en definitiva, de una circulación extracorpórea de la sangre, en la que hay que utilizar heparina para evitar su coagulación. Heparina que, por otra parte, puede

favorecer la presencia de nuevas hemorragias.

El fallo renal ha presidido toda la fase terminal de la enfermedad.

## SITUACIÓN ARTIFICIAL

La enfermedad de Franco ha evidenciado los gigantescos recursos, casi increíbles, con que cuenta la Medicina hoy. Recursos técnicos de cuya eficacia no cabe dudar y que tan lejos están de aquel arte de curar humanitario y limitado, con el que el hombre moría asido a una mano amiga y no a una máquina fría y distante. El médico siempre ha luchado por mantener la vida y hoy sigue haciéndolo con más ahínco, si cabe, que antes. Pero hay veces en que la máquina desborda al hombre, le domina casi y es ella la que rige, o intenta regir, al destino, enmendando la plana a la Naturaleza. Se llega así a una prolongación de la muerte, justificada porque muchas veces lo que se ha rescatado, cuando ya parecía imposible, es la vida.

Franco se ha mantenido con vida durante varios días gracias a los recursos extraordinarios de la técnica médica. Era una situación artificial. Respiración asistida, hemodíalisis, controles electrónicos del ritmo cardíaco, sedación, hipotermia, recursos todos ellos legítimos, mientras quedase, por pequeña que fuera, una opción vital. Mantenerlos por encima de todo no sólo hubiese sido inútil, sino cruel. Por eso, en determinado momento del miércoles 19 de noviembre, se pasó a unas medidas terapéuticas conservadoras, abandonando terapias activas. La clave estaba en la muerte cerebral, y ésta tardaba en llegar, entre otras cosas porque el respirador permitía un funcionamiento, aunque precario, de corazón y pulmones. Había bombeo y oxigenación de sangre, y con ello se mantenían algunas de las estructuras más nobles del sistema nervioso central. Esto no significaba, sin embargo, que el nivel humano de consciencia existiese, pero sí que «algo» quedaba todavía vivo en ese cerebro.

Esta situación se prolongó durante horas. La irreversibilidad era evidente. Vino luego el electroencefalograma plano, el signo riguroso de una muerte definitiva. La ciencia había dicho su última palabra.



El doctor don Manuel Lidalgo Huerta, eminente especialista de cirugía del aparato digestivo y director de las tres intervenciones quirúrgicas a que fue sometido el Generalísimo