XII

ACTUACIÓN DEL MÉDICO Y EL VETERINARIO ANTE EL DOLOR Y LA MUERTE

Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Antonio Fernández López

Discurso
Leído el 24 de noviembre de 2010, en el Solemne Acto de Recepción Pública como Académico de Número

Y contestación por la
Ilmo. Sr. Dr. D. Valentín Pinaglia Villalón

Presidencia del Solemne Acto

Lectura del Discurso de Ingreso como Académico de Número
del Dr. D. Juan Antonio Fernández López

El Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia, en nombre de S. M. El Rey da posesión al recipiendario del cargo de Académico de Número

Excelentísimo Sr. Presidente Profesor Dr. D. Benito Mateos-Nevado Artero.

Excelentísimos e Ilustrísimos Señores Académicos.

Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades.

Señoras y Señores.

Como decía el poeta romano Virgilio "***Mientras el rio corra, los montes hagan sombra y en el cielo haya estrellas, debe durar la memoria del beneficio recibido en la mente del hombre agradecido***". Es por ello que en este día tan especial, mis primeras palabras deben ser de agradecimiento y profundo reconocimiento a todos los miembros de esta Real e Ilustre Academia Sevillana de Ciencias Veterinarias, por admitirme en su seno como Académico Numerario.

Es un honor al que espero corresponder, al menos, con mi entusiasta colaboración en la extraordinaria labor que la Academia viene desarrollando y de la que he sido testigo privilegiado como Académico Correspondiente.

Tengo la esperanza de que mi actuación dentro de esta Corporación no desentone del alto nivel que han demostrados los Académicos que me han precedido y los que la integran hoy.

No quiero dejar pasar la oportunidad de hacer una especial mención a mi esposa María del Rosario López Zabala, quien no solamente ha sido un inquebrantable apoyo, sino también, un vivo ejemplo de constante y exitosa superación, dadora incansable de amor y comprensión. Sin ella no habría tenido el aliento y el estímulo que tanto me han impulsado.

A mis hijos Juan Manuel y María del Mar, motivos de orgullo para sus padres, y que son lo mas valioso e importante de nuestras vidas, a la que dan diariamente sentido y contenido.

A mis padres Juan Antonio y María Isabel como un merecido homenaje a sus valiosas enseñanzas, ejemplo de esfuerzo, tesón y superación. Les agradezco el tiempo de sus vidas que nos han dedicado a mis hermanas May y Nieves, para educarnos en valores y principios con paciencia y cariño.

A mis hermanas por su cariño.

Finalmente hago extensivo este agradecimiento a todos ustedes, por acompañarme en esta importantísima ocasión.

El ser humano es en gran parte historia. Aunque en la actualidad predomine la visión de futuro, con la que se corre el riesgo de desaprovechar el presente, los orígenes forman parte inherente de la personalidad de cada uno. En mi caso el contacto con la profesión veterinaria ha sido el que pasaré a describir brevemente:

Mis ascendentes familiares por parte de mi madre se remontan a mi bisabuelo José Ageo Sánchez García veterinario en la población de Pozoblanco. Mi abuelo Antonio López Villareal jefe de los servicios veterinarios de Hinojosa del Duque y su hijo José Aggeo López Sánchez que ejerce su profesión como veterinario clínico en la misma localidad. Ambos me enseñaron desde pequeño, cuando les acompañaba en los meses de verano en su quehacer profesional, el amor que tenían por su profesión, que yo comparto.

Los ascendetes por parte de mi padre, Juan Antonio Fernández Tavira se remontan a su tito Ángel Hortal Jiménez veterinario en la ciudad de Granada y a sus primo Manuel Díaz Cantero veterinario investigador de la industria farmacéutica Elanco-Lilly en Madrid y Francisco Correa Hortal veterinario titular de Puebla de Don Fabrique.

En mi padre convergen las dos profesiones a las que me refiero en el título de mi conferencia la Veterinaria y la Medicina. Como veterinario especialista en Zootecnia-Nutrición Animal desarrolló su labor profesional dedicado a la nutrición y a las explotaciones ganaderas. Desde mi infancia, en las múltiples veces que le acompañé pude ver otras facetas de la veterinaria. Recuerdo cuando, siendo yo pequeño, me llevaba muchas tardes a los laboratorios Seras, propiedad de su amigo y compañero Antonio Seras Chopard. En este centro pude ver por primera vez los animales de experimentación.

Quisiera recordar también a un gran profesional de la veterinaria y Académico de esta Corporación, que ya no se encuentra entre nosotros y con el que compartí experiencias en el campo de la clínica del ganado vacuno, sean mis palabras de reconocimiento y afecto para D. Luis García Ferrero.

2.INTRODUCCIÓN

El tema elegido para mi discurso es: ACTUACIÓN DEL MÉDICO Y EL VETERINARIO ANTE EL DOLOR Y LA MUERTE

Actualmente nuestra sociedad se encuentra inmersa en un amplio debate sobre el dolor que padecen los animales, el sufrimiento y la muerte de los mismos, centrándose en dos ámbitos, los empleados en la investigación, que se utilizan en las fases de experimentación y los animales que participan en los espectáculos.

Paralelamente existe otro debate en relación al derecho del hombre a morir dignamente, a que la muerte se produzca sin dolor, produciéndose una ardua polémica con postulados a favor y en contra de la eutanasia activa.

Dentro de nuestra sociedad hay dos profesiones que participan como protagonistas, por su actividad profesional, en el marco de esta preocupación social, me refiero a los veterinarios y a los médicos.

En mi discurso pretendo desarrollar de forma sintética y necesariamente incompleta, el papel de ambos profesionales. Aportando reflexiones personales que se sustentan en mi experiencia profesional y humana, en dos campos: La investigación con el empleo de animales de experimentación, que desarrollo desde el año 1989, y mi experiencia con el dolor , sustentada en la relación con pacientes críticos en su fase terminal y la muerte de éstos, que forma parte de mi trabajo desde el año 1986 como médico de las anteriormente llamadas unidades de vigilancia o cuidados intensivos, y actualmente denominadas unidades de cuidados críticos y coronarios.

2.1 El dolor

El dolor y la muerte forman parte de la vida humana. Son dimensiones o fases de ella.

Nadie es ajeno al dolor y a su aspecto subjetivo, el sufrimiento. El dolor como componente de la respuesta álgica conduce indefectiblemente

al sufrimiento, el cual se define como una reacción afectiva negativa, en la que se ven reflejados determinados síntomas, tales como depresión, aislamiento, ansiedad y temor. Ambos estarán presentes a lo largo de toda nuestra existencia.

Todo ser humano huye por instinto de todo aquello que le pueda causar dolor o sufrimiento. El dolor físico constituye un mecanismo fundamental de supervivencia, una señal de alarma prioritaria, común a todos los seres vivos.

En el doble aspecto físico y psíquico ¿sufren los animales de la misma manera y el mismo grado que los seres humanos?, se ha demostrado que los animales sufren en cuanto que tienen sensibilidad, y esta percepción física, sensorial es común al hombre y a los animales.

No todos los animales reaccionan del mismo modo ante estímulos dolorosos. Un animal siente dolor por una lesión causada por daño físico o por una enfermedad y se torna en sufrimiento cuando el dolor persiste en un estado continuo. El dolor en los animales es un tema que recibe poca atención, debido a que se ignora la importancia y el efecto negativo que tiene en la productividad. Desafortunadamente, pocas veces es percibido por el dueño, o éste muestra indiferencia ante este síntoma de sus animales.

El principal problema es que los animales tienen un lenguaje muy limitado o inexistente, por lo tanto les es casi imposible comunicar que se encuentran sufriendo algún estado de dolor. Aún cuando de alguna forma son capaces de expresarlo o transmitirlo, es difícil la evaluación de dicho estado, y ante la ignorancia o la ineptitud se opta por la apatía, o bien por la elección de un tratamiento inadecuado.

Un animal que vive bajo un estado de dolor continuo reduce su actividad física, deja de comer y beber. Se produce una alteración en la actividad del sistema inmune, se incrementa el metabolismo tisular y se altera la función respiratoria, llegando a un estado de deterioro general de la salud, que invariablemente termina con la muerte.

En el ser humano la experiencia vital refleja que el dolor no puede evitarse totalmente, y su vivencia puede ser fuente de humanización personal y de solidaridad social. Las alteraciones orgánicas que se producen son similares a las descritas para los animales.

La ciencia moderna está realizando hoy día un gran esfuerzo por mitigar el dolor. Sin embargo, si tratamos de convertir esta lucha en valor

absoluto, es además de quimérico, injusto, pues obliga a renunciar a otras dimensiones valiosas de la vida humana.

2.2. La muerte

La muerte es el destino inevitable de todo ser humano, una etapa en la vida de todos los seres vivos que constituye el horizonte natural del proceso vital. No es solo un hecho biológico, al menos para el hombre, que le ha querido buscar siempre un significado.

La historia de la humanidad trata de la vida del ser humano, pero también de su postura ante la muerte, que se ha situado de una forma ambigua entre el reconocimiento de su inevitabilidad y su rechazo. El ser humano adulto ha de aceptarla como tal, pues de lo contrario se situaría contra su propia realidad. Es natural sentir miedo a una muerte dolorosa, como es natural, tener miedo a una vida sumida en el dolor.

El ser humano tiene una característica fundamental, que es la de tener conciencia de la muerte. El animal envejece y muere. El hombre también envejece y muere. Sin embargo hay tres diferencias fundamentales: el hombre es el único animal que sabe que envejece, que ha de morir y al que le duele la vejez y teme a la muerte.

Arthur Schopenhauer manifestaba: "El animal conoce la muerte tan solo cuando muere, el hombre se aproxima a su muerte con plena conciencia de ella en cada hora de su vida".

En los animales existen comportamientos para morir. Tanto chimpancés como orangutanes, ante la sensación de muerte próxima se alejan de la manada y buscan cuevas y otros refugios, donde permanecen en quietud mientras le llega la hora de la muerte. Esta forma de actuar es innata y no aprendida, a diferencia de los hábitos y de las conductas.

En palabras de Epicuro de Samos, **"la muerte es una quimera: porque mientras yo existo, no existe la muerte; y cuando existe la muerte, ya no existo yo".**

3. EL VETERINARIO ANTE EL DOLOR Y LA MUERTE

El poeta y Premio Nobel Juan Ramón Jiménez describe la muerte en el siguiente texto:

"***Encontré a Platero echado en su cama de paja. Blando los ojos y tristes. Fui a él, lo acaricié, hablándole, y quise que se levantara…El pobre***

se removió todo bruscamente, y dejó una mano arrodillada…No podía… Entonces le tendí su mano en el suelo, lo acaricié de nuevo con ternura, y mandé venir a su médico. El viejo Darbón, así que lo hubo visto, sumió la enorme boca desdentada hasta la nuca, y meció sobre el pecho la cabeza congestionada, igual que un péndulo.

Nada bueno, eh? No sé qué contestó... Que el infeliz se iba... Nada... Que un dolor...Que no sé que raíz mala... La tierra, entre la hierba...

A mediodía, Platero estaba muerto. La barriguilla de algodón se le había hinchado como el mundo, y sus patas, rígidas y descoloridas, se elevaban al cielo. Parecía su pelo rizoso ese pelo de estopa apolillada de las muñecas viejas, que se cae, al pasarle la mano, en una polvorienta tristeza".

La relación entre el ser humano y los animales ha sido estrecha desde tiempos inmemoriales, y sigue siéndolo en la actualidad.

A lo largo de la historia se puede observar en las distintas culturas, la preocupación que ha existido por el cuidado de los animales y el aprovechamiento de los beneficios que éstos nos han aportado.

El cuidado de los animales ha sido y es una inquietud para el ser humano, ello ha motivado el que se haya incorporado al acervo de las normas morales comunes que rigen la conducta humana, es decir, a lo que podríamos denominar la "moral colectiva común", que al fin y al cabo es aquello que los filósofos denominan "ética".

Esta inquietud motivó que en 1641 la Corte de Massachussets, bajo dominio británico, adoptara la primera ley sobre bienestar de la que se tiene constancia, en uno de cuyos artículos se dice "*Ningún hombre podrá ejercer tiranía o crueldad hacia los animales que mantiene para su uso*".

En Inglaterra existen leyes, para la protección de los animales abandonados que datan del s. XVIII, y de los de granja de principios del s. XIX.

En el año 1974 se adopta la primera disposición firme (Directiva 74/577/CEE), referida a la protección en el momento del sacrificio.

A lo largo de los años recientes se ha ido acumulando un corpus legislativo de ámbito comunitario sobre la protección de los animales, que se ha incrementado con nuevas disposiciones a comienzos del siglo XXI.

El veterinario tiene la misión de procurar y promover el bienestar de los animales (BA). Es el profesional más indicado para investigar y determinar si la conducta o comportamiento que presentan los mismos,

son normales o se deben a signos clínicos como manifestaciones de algún padecimiento.

Los conocimientos, el desarrollo científico y la experiencia de estos profesionales, junto a sus valores éticos y morales juegan un papel muy importante en este campo. Dentro del ámbito legislativo los veterinarios, tienen y deben cumplir un compromiso de gran importancia, en la regulación legal de los diversos aspectos relacionados con el bienestar de los animales.

La Asociación Mundial de Veterinarios (AMV), acepta y afirma la gran importancia de la Profesión Veterinaria en el diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades animales. Reconoce también, la responsabilidad que esta Profesión tiene sobre todo aquello que es necesario para disminuir el sufrimiento, su dolor y angustia, promoviendo de esta manera el bienestar animal.

Desde 1990, la AMV, adoptó una política sobre BA con alcance mundial, la cual manifiesta, que se debe respetar las necesidades esenciales y fundamentales de los animales, para conseguir el bienestar de los mismos.

En el propio juramento profesional del veterinario se contempla la actuación ante el dolor de los animales, siendo la apatía ante el mismo una falta a dicho juramento y una carencia de Conciencia Ética.

Al veterinario se le ha atribuido el "privilegio" de poder decidir sobre la vida y la muerte de los animales, por lo que se requiere que tenga una adecuada formación que le haga tomar conciencia de la gran responsabilidad que esto implica, así como de sus límites. Este aspecto queda recogido en el artículo 22 del Código deontológico de la Profesión Veterinaria en su apartado primero, donde se recoge la actuación el profesional ante enfermedades incurables y terminales y su forma de proceder mediante una eutanasia activa. En su segundo apartado, si no se produce la muerte, se indica que la actuación se limitará a aliviar los dolores físicos del animal.

Dentro del marco legislativo, las principales obligaciones:

- En lo que se refiere a Los animales de producción, derivan de la Directiva 91/628/CEE del Consejo, de 19 de noviembre de 1991,
- En lo relativo a la protección de los animales en el momento de su sacrificio o matanza de la Directiva 93/119/CE del Consejo, de 23 de diciembre de 1993.

- En lo que se refiere a animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, debe tenerse en cuenta la Directiva 86/609/CEE, del Consejo de 24 de noviembre de 1986.

Las obligaciones previstas en la anterior normativa comunitaria se concretan en las siguientes normas básicas estatales:

En el Real Decreto 54/1995, de 20 de enero, sobre protección de los animales en el momento de su sacrificio o matanza. En su artículo 4 donde se establece que la condiciones de los mataderos deben ser las adecuadas para no ocasionar a los animales dolor o sufrimiento evitables. En su artículo 6 se establece que los instrumentos diseñados para el aturdimiento o la matanza deben ser adecuados para que esta se produzca de forma rápida y eficaz.

En el Real Decreto 1201/2005, de 10 de octubre, sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos.

La ley que recoge el espíritu de la normativa europea, y que deroga y actualiza el marco legislativo en esta materia en nuestro país queda recogida en la ley 32/2007, de 7 de noviembre, para el cuidado de los animales, en su explotación, transporte, experimentación y sacrificio.

El avance en la Ciencia Veterinaria está fundado en la investigación y por ello no puede prescindir, en muchos casos, de una experimentación con animales vivos, siendo el bienestar de estos prioritario para el investigador.

La experimentación será supervisada por los comités éticos de experimentación animal, y el sufrimiento de los animales utilizados deberá ser el mínimo posible. En estos comités es fundamental la presencia de un veterinario.

Estos aspectos se recogen en el marco legislativo y en el código deontológico de la profesión veterinaria de 16 de octubre de 2006, en sus artículos 36 y 37.

Podemos tener la seguridad de que ningún veterinario aceptaría que los experimentos de laboratorio con animales no lleguen a beneficiar, más pronto o más tarde, a estos seres, incluso antes que al hombre.

Recogiendo las palabras pronunciadas por Robert Walgate: ***"Tenemos que rechazar la extensión de la ética humana a los animales. El mundo de las criaturas no humanas no sabe de ética…. Muchos de los animales comen a otros animales y en una ininterrumpida disputa solamente los conjuntos de genes mejor adaptados , no los mas éticos , son los que han***

sobrevivido. Si tratamos de extender nuestra ética al mundo animal- aunque solo sea al de los animales superiores, trazando una línea divisoria en la escala zoológica arbitraria o legal, no filosófica- tenemos que justificar acciones que atentan contra la vida de los animales sin beneficio para ellos."

Como última consideración creo que las Facultades de Veterinaria deberían proveer a los estudiantes de oportunidades para aprender sobre la compleja naturaleza de la pena, en relación con la muerte de un animal de compañía. La sensibilidad hacia los clientes que se enfrentan con la eutanasia de sus animales de compañía y las respuestas culturales a la muerte de un animal, deberían ser fomentadas.

4. EL MÉDICO ANTE EL DOLOR Y LA MUERTE

En los primeros párrafos de "Las memorias de Adriano" de Marguerite Yourcenar, uno puede leer la experiencia del Emperador ante la enfermedad, y su reacción como paciente que se entrega al cuidado de un médico:

"...Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre. El ojo de Hermógenes sólo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y sangre. Esta mañana pensé por primera vez que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo más seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que terminará por devorar a su amo..."

A todos nos infunde temor la enfermedad y la muerte, pero no hablamos acerca de ella, ni con los demás ni con nosotros mismos. En lugar de sobreponernos a este temor saliendo con franqueza al encuentro de la enfermedad y de la muerte, como las más reales posibilidades de nuestra existencia y entablar al respecto una conversación grave, eludimos ésta haciendo ver que la enfermedad y la muerte no existen. Las costumbres sociales contemporáneas facilitan mucho esta actitud.

A los enfermos se les ingresa en los centros hospitalarios. A los más graves se les ubica en salas aisladas.

Comenzaremos haciendo una reflexión sobre la historia de cómo se ha transformando el concepto de muerte.

En épocas primitivas los únicos signos que se tomaban en cuenta eran la rigidez, el enfriamiento y la putrefacción.

La primera definición clásica de muerte fue dada por Hipócrates hacia el 500 a de C. y quedó consignada en el "De morbis", 2º libro, sección 5ª. Donde se detalla el estudio que realiza sobre las modificaciones de la cara de los seres humanos cuya existencia biológica había concluido.

Es en la edad moderna donde comienza el camino que recorreremos hasta nuestros días.

William Harvey, a comienzos del siglo XVII, investiga la circulación sanguínea y prueba que la muerte está determinada por el cese de los latidos del corazón y la desaparición del pulso. Aparece entonces, por primera vez en la historia, el criterio de muerte biológica basado en el paro cardiorrespiratorio que fue considerado como el método tradicional durante siglos.

En 1740 Jean Jacques Winslow presentó su tesis de que "la putrefacción es la única prueba segura de la muerte", que queda recogida en su obra "La incertidumbre acerca de los signos de la muerte".

Javier Bichat , en el siglo XIX, define la muerte como: "La detención funcional del sistema nervioso, de la circulación, de la respiración y de la temperatura corporal". Fue realmente novedoso para la época, vincular el sistema nervioso con la muerte, y constituye el antecedente histórico más relacionado con los actuales criterios de Harvard.

René Laennec en 1817 inventó el estetoscopio, instrumento importante en la práctica cotidiana para evaluar la función cardio-respiratoria y el diagnóstico de muerte.

El último gran cambio, que perdura en nuestros días, tiene su punto de partida en la segunda mitad del siglo XX, en la década de los 50. Se inicia con la terapia intensiva, cuyo objetivo era, y sigue siendo, responder a las necesidades de los pacientes en estado crítico y en peligro de muerte inminente, permitiendo mantener de forma artificial las funciones vitales de la ventilación y de la circulación.

En 1968 surge la nueva definición de muerte encefálica, propuesta por el Informe del Comité Ad Hoc de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard.

En 1981, la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research, constituido por un equipo multidisciplinar de expertos, elaboraron un "Acta uniforme sobre la determinación de la muerte", en el que se dice: "Un individuo está muerto cuando le ha sobrevenido, bien el cese irreversible de las fun-

ciones respiratoria y circulatoria, o bien, el cese irreversible de todas las funciones cerebrales incluyendo el tronco cerebral.

5. EVOLUCIÓN DE LA FORMA DE MORIR

Se debe hace una matización sobre la muerte y el morir. La muerte significa un fin, el fin de la persona humana en su proceso histórico, de su cuerpo concreto. El morir por el contrario, es el camino que el hombre tiene que recorrer en su última fase de la vida hasta la muerte.

El ser humano que muere se encuentra solo, con su pequeña humanidad, sus miedos, sus angustias, está aislado, marginado y sin apoyo.

A pesar de los cientos de miles de años de evolución cultural y de avances en el conocimiento científico, el hombre no ha podido dominar el miedo universal a la muerte y aun sigue sin resolver la angustia existencial de siempre acerca de nuestra propia finitud y el sentido de nuestra vida.

Nos podríamos preguntar ¿cómo afrontamos la muerte en el siglo XXI?. Para dar respuesta a esta pregunta debemos hacer un estudio de los cambios que se han producido a la hora de afrontar la muerte.

En la actualidad se ha experimentado una crisis de los dispositivos tradicionales que la sociedad tenía para afrontar la muerte.

La razón, el progreso y la tecnología, entre otras causas, han modificado la actitud ante la muerte, y este cambio ha quedado reflejado en la manera de enfrentarnos al dolor, a la forma de morir y a la estancia del moribundo en el centro hospitalario.

En nuestra sociedad, en la que prima el modelo del hombre moderno que "todo lo puede", la muerte ha sido excluida, debe disimularse, ocultarse y superarse rápidamente.

En la Edad Media existía una creencia de que la muerte avisaba. Se creía que se debía morir rodeado de los familiares, tener tiempo para las despedidas y para testamentar. En cambio en la actualidad, la muerte deseada es la muerte rápida y preferentemente la que llega cuando se está dormido. Se habla de la buena cuando se asocia a una muerte súbita sin dolor. La muerte se silencia, no se habla de ella, sobre todo cuando se tiene salud, y se deja para cuando llegue la hora, como puede ser, y no en todos casos, cuando se trata de enfermos terminales.

Hasta finales del siglo XIX la figura del médico estaba separada de la muerte. El médico acompañaba al paciente mientras "había algo que hacer", cuando consideraba que estaba desahuciado quedaba al cuidado de su familia.

Hacia la segunda mitad del siglo XX se produce un cambio importante, ya que la habitación del paciente moribundo, pasa de la casa al hospital.

La muerte oculta en el hospital se inicia tímidamente en los años 1930-40 y se generaliza a partir de 1950.

En este cambio influye la idea de bienestar, intimidad, higiene personal y asepsia. Además la presencia de un enfermo grave en un piso comenzó a ocasionar más de un trastorno a la familia. En la actualidad, éstas difícilmente pueden hacerse cargo del cuidado de un enfermo terminal. Se han elegido los hospitales con su masificación y deshumanización para que la muerte pase desapercibida y se convierta en algo ajeno, aséptico, silencioso y solitario.

La atención sanitaria a los enfermos graves ha mejorado. Debemos reconocer que al avanzar la tecnología de la salud y aparecer los cuidados intensivos, se ha posibilitado prolongar la vida a pacientes que de no ser por estos cuidados morirían. Como contrapartida se han modificado los límites de la vida, de la muerte y de la forma de morir, ya que el enfermo grave terminal no podrá estar acompañado de su familia. Como dato significativo diremos que un setenta y ocho por ciento de las personas que mueren en nuestro país, lo hacen en un hospital o en un centro sanitario.

Podríamos decir para explicar este cambio, que las causas que lo han motivado son producto de la evolución de la sociedad, el progreso de la tecnología y la medicalización de la sociedad. Como consecuencia se ha producido la simplificación o desaparición de los ritos, la ruptura con los lazos sociales y la medicalización de la muerte.

La medicalización de la sociedad ha traído consigo el fin de la época de la muerte natural. El hombre occidental ha perdido el derecho de presidir su acto de morir.

Por ser el sufrimiento uno de los sinsentidos de la muerte, el derecho a morir dignamente se ha plasmado en los esfuerzos para humanizar los cuidados destinados a los moribundos.

Llegados a este punto debemos de reconocer que los recursos que proporciona la alta tecnología y el progreso han permitido mitigar el dolor y

prolongar la vida. Pero debemos de restituir al ser humano su dignidad amenazada por los artefactos tecnológicos. El camino a recorrer deberá tener como meta el humanizar la sanidad y a los médicos.

6. EL MEDICO ANTE EL DOLOR DEL PACIENTE TERMINAL

El dolor es el síntoma de enfermedad más relacionado con nuestra propia existencia, el mayor indicador de sufrimiento y nuestro inseparable compañero en el tiempo, pues forma parte de nuestra existencia, desde la cuna a la tumba.

El alivio del dolor y el sufrimiento debe ser el objetivo fundamental del tratamiento de un enfermo en una condición terminal.

El enfermo en fase terminal no desea que le eliminemos, quiere que le aliviemos y que le cuidemos hasta que se muera.

En muchos procesos patológicos donde existe dolor y en concreto, en enfermedades graves que afectan a los pacientes en fase terminal, cuando un enfermo solicita la muerte y nos interpela diciendo ¿Doctor no quiero seguir viviendo así?, tenemos que intentar descubrir lo que quiere decir con esta petición. Tal vez no quiera vivir así porque le falta apoyo psicológico a su angustia y a su desesperanza o depresión. O porque presenta síntomas como dolor, insomnio, vómitos…, que no están siendo bien controlados. O porque se siente una carga para su familia por su dependencia de los demás y por su inutilidad.

Cicely Saunders que fue una enfermera británica que posteriormente estudió Medicina y que se dedicó desde los años 60 a cuidar a los enfermos en fase terminal, expresó muy bien esta idea que les acabo de exponer cuando escribió: ***"Si un enfermo pide la eutanasia es porque echa de menos a alguien, y este alguien en muchos casos es el médico. Muy a menudo la petición de hacedme morir debe traducirse por aliviadme el dolor y prestadme atención. Si se satisfacen estas dos necesidades, generalmente la petición no vuelve a repetirse".***

Ovidio en sus pónticas. ***"Non est in Medico semper ut relevatur aeger; interdum docta plus valet arte malum"*** (No siempre está en manos del médico el poder curar al enfermo, pues muchas veces la fuerza del mal es superior a toda ciencia y arte).

Nos plantearíamos ante esta situación la siguiente cuestión ¿Es adecuado administrar tratamientos vigorosos sabiendo que no van a ser efectivos?, partiendo de que siempre se ha de tener presente el derecho

del paciente a rehusar el tratamiento. Hemos de considerar que se deben tomar todas aquellas medidas que disminuyan su sufrimiento, ya que el paciente debe morir con dignidad, para ello siempre hay que identificar al paciente como persona y facilitarle la tranquilidad necesaria durante esta situación.

Los médicos no están en la obligación de continuar el uso de medidas extraordinarias para mantener con vida al paciente terminal. Siguiendo el humanitarismo estamos en la obligación de aliviar y evitar el sufrimiento.

7. OBSTINACIÓN TERAPEÚTICA

El llamado "encarnizamiento terapéutico" es una expresión coloquial, que se ha popularizado por los medios de comunicación social. Considero que esta expresión implica una intencionalidad o, por lo menos, conciencia de que se trata de algo inmoral, que no se corresponde en la mayoría de casos con la intención del médico. No hace justicia a los médicos, ni tampoco se adapta a todos los casos de prolongación del proceso de morir, en los que el médico está implicado. Por todo ello pienso y coincido con muchos autores e instituciones, cuando consideran que la expresión más adecuada es la de obstinación terapéutica.

La dignidad del ser humano reclama que en su muerte la persona sea cuidada hasta su último momento y no haya un exceso de tecnología inútil.

Nadie duda hoy que la obstinación terapéutica constituye un error, médico y ético, muy difícil de justificar. Todos comparten la idea de que aplicar tratamientos deliberadamente inútiles cuando ya no hay esperanza razonable de recuperación, en particular cuando provocan dolor y aislamiento, quebranta la dignidad del moribundo.

Las consecuencias de esta obstinación serían:

- Causar dolor y sufrimiento innecesario a pacientes y familiares.
- Los ciudadanos y pacientes reflexionarían sobre la necesidad de contar con apoyo legal para protegerse de lo que se considera un poder incontrolado de los médicos en el tratamiento de los enfermos.
- Se crearía un clima favorable a la despenalización de la eutanasia activa, al valorar que es mejor la muerte que el sufrimiento inútil.

- Disminuiría la confianza en los médicos y en la asistencia hospitalaria.

Por todo ello una vez el médico se ha convencido de la futilidad de un tratamiento, es decir, que éste no es clínicamente eficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas, las enfermedades intercurrentes, produce efectos perjudiciales, y en definitiva, que no conducen al beneficio esperado por el paciente. Tiene el deber ético de no continuarlo si con ello prolonga la agonía del paciente.

Para que una retirada de tratamiento sea éticamente correcta, debe haber proporción entre lo que se intenta y lo que se tolera. Es decir, los fines deben ser buenos, y los efectos tolerados, proporcionados con lo que se intenta. Por ejemplo: Retirada de tratamiento de UCI a un paciente que no tiene visos de recuperación. Lo que se intenta es bueno (evitar un dispendio inútil, pues el tratamiento se sabe ineficaz). Lo que se tolera es la muerte del paciente (que, por otra parte, está a las puertas). Si el paciente está inconsciente y no va a recuperar la lucidez, es claramente proporcionado, y la acción es buena.

En ocasiones la situación clínica puede hacer necesario la utilización de medidas como la sedación.

8. SEDACIÓN PALIATIVA

La cuestión ética que plantea el tema de la sedación paliativa, gira entorno al objetivo y al proceso en la toma de decisión de su aplicación.

La sedación paliativa es una maniobra terapéutica destinada al alivio de síntomas refractarios (disnea, delirium, dolor y sufrimiento psicológico), en situación de enfermedad avanzada, terminal o agónica, y que tiene el objetivo de disminuir el nivel de conciencia.

El Documento de consenso sobre situaciones al final de la vida, elaborado por el Consejo General del Poder Judicial, y el Ministerio de Sanidad y Consumo, define la situación de agonía, como aquella fase que precede a la muerte cuando ésta ocurre gradualmente y se manifiesta por la presencia de: deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos cognitivos, de conciencia, dificultad de relación e ingesta, y pronóstico vital de días.

Cuando se llega a esta fase se produce un cambio en la actitud terapéutica.

Una correcta asistencia implica que se recurra a la sedación en la fase de agonía sólo como recurso final, cuando exista una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos para el alivio de los síntomas.

En esta última fase se emplea la sedación terminal o sedación en la agonía, este último término es el que debe utilizarse, ya que la palabra "terminal" puede hacer creer que se trata de una eutanasia encubierta, cuando en realidad no es así. Las diferencias recaen en la intención (aliviar sufrimiento frente a causar la muerte), en el procedimiento (aplicar fármacos a dosis sedantes frente a aplicar fármacos a dosis letales), y en el resultado (disminución del nivel de conciencia hasta el alivio sintomático frente a la muerte), así como, en la indicación y el respeto a las garantías éticas.

La Comisión Central de Deontología, del Consejo General de Colegios de Médicos, en su documento "Ética de la sedación en la agonía", establece sus criterios éticos, a fin de mostrar que si está bien indicada, bien realizada y autorizada por el enfermo o en su defecto por la familia, constituye una buena práctica médica en el adecuado contexto asistencial.

Los equipos que atienden a enfermos en fase terminal necesitan una probada competencia en los aspectos clínicos y éticos.

Para su aplicación se debe seguir un protocolo, y disponer de las habilidades técnicas y actitudes éticas requeridas.

La identificación de la fase agónica debe conducir a un menor intervencionismo, y a aplicar cuidados que garanticen una muerte en paz, incluida la sedación si es precisa.

Los principios básicos de la bioética establecidos por Beuchamp y Childress, el principio ético del doble efecto, y los derechos de las personas en situación terminal, deben guiar las decisiones en la sedación paliativa en la agonía.

El principio de JUSTICIA lleva implícito ofrecer a todos los pacientes una atención adecuada en la agonía.

El principio de BENEFICENCIA requiere nuestra dedicación al enfermo para hacerle el bien. Se incumple cuando se omite la sedación ante algún síntoma refractario.

El principio de AUTONOMÍA exige el consentimiento informado, para tomar decisiones como: la limitación del esfuerzo terapéutico, o para aplicar procedimientos como la sedación en la agonía.

El principio de NO MALEFICENCIA no permite hacer mal a otro, aunque éste lo autorice. El obstinamiento terapéutico, y la eutanasia, lo incumplen.

Constituyen una garantía ética y una característica de calidad, registrar en la historia los motivos de la sedación, la justificación de la refractariedad del síntoma, el consentimiento del paciente o de su representante legal, la toma de decisiones, y la monitorización de los resultados.

En la sedación terminal, el efecto deseado es el alivio del sufrimiento, y el no deseado la privación de la conciencia. La muerte no puede considerarse efecto no deseado. El paciente fallecerá por la evolución y complicaciones de la enfermedad.

Se ha objetado que la supervivencia es breve desde la indicación de una sedación terminal, pero no existen diferencias significativas entre los pacientes que precisan ser sedados frente a los que no.

9. AGONIA Y MUERTE DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La fase agónica de un paciente es aquella en la que el proceso de morir se ha establecido claramente y la muerte se espera en un tiempo muy corto. Representa el momento más crítico de los cuidados por las cargas emocionales que conlleva.

La agonía se caracteriza habitualmente por un largo deterioro general, marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios.

No es difícil para el médico cooperar a la restauración de la salud de su paciente, mientras hay esperanza de alcanzarla, pero es muy arduo hoy para muchos profesionales, reconocer el valor de su trabajo cuando, en el trance de la enfermedad terminal y del proceso del morir, no hay ya lugar a aquella esperanza.

Un paciente tratado en el hospital con una terapia agresiva a consecuencia de una enfermedad grave, puede empeorar de repente y sólo se sabe que se está muriendo, algunas horas o días antes de fallecer.

Uno de los motivos por los que habitualmente el médico no es lo suficientemente solícito con los enfermos terminales, es la angustia ante la propia muerte, que se ve reflejada en la muerte del enfermo.

El médico necesita convencerse de que todo lo que podía hacerse, se ha hecho, cuanto mas medios tiene a su disposición en la lucha contra la

muerte y mas cree en la obligación de utilizarlos, menos acepta los límites de su poder.

Algunas veces al tratar de vencer la muerte los médicos someten al paciente a terapias agresivas que prolongan innecesariamente la agonía, aun sabiendo que muchos de ellos, no aceptan la prédica tradicional de seguir en silencio y resignación. Exigen una muerte digna en el tiempo y lugar de su propia elección, cuando padecen una enfermedad terminal.

Los profesionales tenemos la oportunidad única de compartir con los enfermos sus mejores cualidades y sentimientos, que afloran en las etapas finales de su vida. Son estos enfermos que se mueren los que nos enseñan a vivir, a distinguir entre lo superficial y lo fundamental.

Horacio: ***"Pallida mors aeguro pulsat pede tabernos pauperum regumque turres"*** (La pálida muerte se presenta indistintamente ante las cabañas de los pobres como ante los palacios de los ricos).

Este pensamiento se recoge de una forma plástica, en la obra pictórica de Valdés Leal, en la Iglesia del Hospital de la Caridad de nuestra ciudad.

El desarrollo de la medicina, junto con la mejora de la calidad de vida, ha producido un cambio con respecto a la reflexión entorno a la muerte como experiencia ineludible y el sentido de la vida cuando esta se acerca a su fin.

El objetivo del medico no es solo salvar vidas y curar enfermedades; también debe ser capaz de reconocer en que momento debe renunciar a ello y reorientar sus esfuerzos para aliviar el sufrimiento, consolar al paciente y ayudarlo a morir con dignidad

Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados críticos llegan en situaciones que les impiden participar de la toma de decisiones sobre la terapéutica que se les está aplicando.

El dilema bioético al que se enfrenta el equipo de salud en una unidad de cuidados intensivos, cuando debe decidir iniciar o suspender las medidas de soporte vital es muy complejo.

Mi responsabilidad como médico de una unidad de cuidados críticos no se limita a tratar de rescatar, al paciente que padece una enfermedad que amenaza su vida, sino que debe de encaminarse a aplicarle la medicación adecuada para que no tenga dolor, evitar su sufrimiento, y procurar que su camino hacia la muerte se sustente en los principios de la bioética y sean lo más humanizado posible, cuando la situación se hace irreversible.

Los médicos intensivistas están sometidos a una importante presión sicológica. El agotamiento, el estrés y la carga emotiva pueden constituir un problema de comunicación efectiva entre el médico y el paciente.

Llegados a este punto, centraré mi discurso en unos aspectos que son en la actualidad motivo de debate social y trataré de establecer algunos puntos que considero importantes y que nace de mi experiencia profesional como médico de cuidados intensivos durante veinticinco años.

En nuestro trabajo diario nos preguntamos: ¿Cómo dialogar con alguien que se encuentra a un nivel intelectual y evolutivo muy distinto al nuestro, siendo conscientes de que no tendremos respuestas para sus múltiples cuestionamientos?, ¿Cómo hablar de algo que no conocemos?, ¿Como hablar de la muerte con el que se muere?, ¿Cómo relacionarnos con los familiares cuyo ser querido va a fallecer?. Es difícil explicar lo inexplicable. Pero eso no implica que el tema no haya de ser abordado, comunicado y dialogado.

Se tiene que establecer un diálogo sobre el tema de la muerte, siempre con la mayor claridad posible. Para ello, es necesario conocer en qué momento personal se encuentra el paciente y así adaptar nuestro lenguaje y mensaje para que lo pueda entender.

En la actuación profesional que tendremos con nuestros pacientes en fase agónica, deberán de seguir escrupulosamente los siguientes principios que nos marca la ética profesional:

NO MALEFICENCIA. Si estamos seguros de este principio, mediremos con detalle, todas y cada una de las intervenciones.

JUSTICIA: "Trataremos a los demás como te gustaría que te tratasen a ti."

AUTONOMÍA. Evitaremos el paternalismo; o por el contrario, la servidumbre. El paciente ha de experimentar que es el verdadero protagonista del proceso y ello requiere que se tengan en consideración sus decisiones; sus preferencias; incluso hasta sus negaciones y mecanismos de defensa.

BENEFICENCIA. Se debe actuar buscando siempre el bien del enfermo y de su familia. La finalidad educativa de nuestra intervención nunca debe desaparecer del horizonte de la actuación. Sólo se prepara educando; solo educando se hace el bien.

Seneca: ***"La vida nos ha sido concedida con la limitación de la muerte, hacia esta nos dirigimos. Temerla es, por tanto, una insensatez, ya***

que los acontecimientos seguros se esperan, son los dudosos los que se temen".

10. FORMACIÓN MÉDICA

En la universidad se nos ha enseñado a salvar vidas. La muerte de nuestro enfermo la vamos a interpretar como un fracaso profesional.

Alejandro el Grande: ***"Estoy muriendo con la ayuda de demasiados médicos".***

Por ilógico que sea, ya que la muerte es inevitable (La mortalidad del ser humano continúa siendo del cien por cien: una muerte por persona), el médico tiende en lo mas íntimo a sentirse culpable de no ser capaz de curar a su enfermo.

Considero que en la actualidad hay una falta de formación. En la Universidad no se nos ha enseñado, nada en absoluto, sobre lo que tenemos que hacer con un enfermo incurable.

El estudiante comienza los estudios con una gran carga de empatía y de genuino amor por el paciente, antiguamente llamado vocación. A lo largo de los años de universidad el aspirante a médico va adquiriendo los conocimientos técnicos necesarios para hacer frente a las enfermedades orgánicas pero se le va inculcando un distanciamiento humano con respecto al enfermo al que conduce a una relación terapéutica fría y deshumanizada.

Tras algunos años de rutina profesional la transmutación se ha completado: ya no queda rastro de aquel joven estudiante que idealizaba la profesión como un servidor de los demás.

Los profesionales sanitarios son cada día más hábiles en el manejo de aparatos y en la utilización de técnicas complejas, pero a menudo se sienten desprovistos y desarmados de cara a la angustia y a la soledad del moribundo. Son incapaces de establecer una relación de ayuda con él. No han sido preparados para ello.

La correcta formación de los médicos para la atención a los enfermos terminales no puede demorarse por más tiempo.

Aristóteles: ***"La soberbia de un médico es la peor de las enfermedades".***

Dado que es una realidad que las sociedades envejecen, con el consecuente aumento de la carga que las enfermedades crónicas suponen, una

formación médica, que no sumerja a los estudiantes de manera profunda en la complejidad de este tipo de situaciones, quedará con toda seguridad muy lejos de cumplir, sus propios objetivos docentes, al tiempo que hará peligrar la asistencia médica de los futuros pacientes.

Los estudiantes necesitan ver que la muerte, tarde o temprano, les llega a todos los pacientes, y que el tránsito hacia la muerte se realiza, con toda seguridad, a través, de la puerta del envejecimiento y las enfermedades crónicas. Es preciso inculcarles virtudes como una perspicaz y tolerante percepción de la incertidumbre de la medicina, al igual que, ineludiblemente, la sensibilidad la conmiseración y el humanismo.

La medicina será una disciplina mas sólida en el futuro si se abordan de lleno estos retos y se introducen los cambios necesarios en los planes de estudios.

11. REFLEXIÓN FINAL

En nuestra sociedad contemporánea la muerte se ha convertido en una cuestión tabú. Ello significa que la muerte es una cuestión silenciada y escondida en el seno de nuestras sociedades modernas e industrializadas. Este hecho es particularmente grave y connota una profunda inmadurez de orden colectivo.

La aparición de los cuidados paliativos anuncia un cambio de actitudes frente a la muerte porque supone reconocer su carácter ineludible y la necesidad de hacerse cargo de todo el proceso. Los cuidados paliativos representan pues una corriente contraria al intervencionismo basado en el ensañamiento terapéutico y a la eutanasia activa.

Nuestra sociedad debe plantearse una postura coherente en su actuación ante el dolor y la muerte de los animales y los seres humanos.

En los debates sobre el sufrimiento animal, se debe tomar en consideración, que el número de animales que perece o padece sufrimiento por su empleo en la investigación representa un bajo porcentaje de las muertes animales por actividades humanas (muerte y sufrimiento por deforestación, pesticidas, construcción civil, etc.).

En otros aspectos muchos ciudadanos que respaldan la opción de abortar libremente o ser partidarios de una eutanasia activa, se oponen por razones morales a la pena de muerte, a esclavizar a personas o maltratar animales, de lo que se deduce que para ellos poner fin deliberadamente al desarrollo del feto no es una acción tan reprobable moralmente como

ejecutar a otras personas (aunque hayan cometido delitos muy graves), esclavizar a otros seres humanos o maltratar animales. En contraposición, la mayoría de quienes se oponen consideran el aborto un acto infinitamente más reprobable que maltratar a los animales, esclavizar a otras personas y hasta equiparable a ejecutar a un hombre.

En nuestros códigos deontológicos de veterinarios y médicos se establecen claramente nuestra actitud profesional, para dar respuesta con nuestras actuaciones a estos debates existentes en la sociedad.

Pero, considero que la postura más clara se establece en el Juramento Hipocrático, al cual me debo como médico:

"Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura".

He dicho