

## **MESA REDONDA «CUESTIONES BIOÉTICAS Y SOCIALES»**

Dentro del ciclo institucional «España, 2008: reflexiones fundamentales» en la mesa «Cuestiones bioéticas y sociales», han intervenido los doctores don Jesús Martínez-Falero con el trabajo «Solución de enfermos en estado clínico terminal, agonía. Eutanasia, estudio dentro de la Deontología médica», y el doctor Juan Antonio Martínez Camino con el trabajo «Biotecnología y antropología teológica».

## **SITUACIÓN DE ENFERMOS EN ESTADO CLÍNICO TERMINAL, AGONÍA. EUTANASIA, ESTUDIO DENTRO DE LA DEONTOLOGÍA MÉDICA**

DOCTOR JESÚS MARTÍNEZ-FALERO

Descontando los casos en los que la muerte sobreviene de manera súbita, en la evolución de la enfermedad grave, se llega a una situación clínica terminal, que es el prólogo del desenlace fatal; el síndrome que en medicina se denomina agonía.

Se caracteriza por la presencia de un conjunto de síntomas y signos que se producen de una manera constante y sistemática, antes de la muerte, se observan en los pacientes cuando el desarrollo de la enfermedad hace imposible el mantenimiento, de forma equilibrada, de las funciones vitales.

Surge en este momento una nueva situación que se establece por la alteración de los sistemas neurológicos y cardio-respiratorios, que es irreversible y que conduce de manera inequívoca hacia la muerte.

Lo primero que vamos a tener en cuenta, para valorar este proceso, es el concepto que estableció Bichat; conjunto de órganos que designó con el nombre de «trípode vital»: corazón y grandes vasos, tracto respiratorio y sistema nervioso central, fundamentalmente el bulbo raquídeo. Estos órganos son esenciales para la conservación de la vida, que se van manteniendo en actividad, aunque con disminución progresiva de sus funciones, durante la denominada agonía, hasta llegar a la muerte.

De estos órganos que componen el trípode vital, el primero que sucumbe es el cerebro, el bulbo, donde están situados los centros supremos de la circulación y de la respiración. Dentro del orden establecido, el que acaba al final es el corazón que sería el «último moriens», según Nothangel. Con él termina el proceso de la agonía, que es de duración variable en dependencia de la fortaleza de la víscera cardíaca.

El síndrome de la agonía se caracteriza por la aparición de unos signos ciertos que anuncia que el fin está próximo. Puede surgir una fase de ligera excitación, con falsa mejoría y alivio del paciente. Pero en cualquier caso la actividad sensorial decrece, hasta llegar a anularse completamente.

Los músculos se relajan, el enfermo cae en postración y ocasionalmente aparecen movimientos automáticos en las manos y en los dedos, como si el agonizante quisiera coger algo que flota en el aire, fenómeno que se llama carfología.

En el rostro se aprecia una expresión peculiar del moribundo; la cara se alarga con marcados ángulos, la mandíbula inferior caída y colgante, los ojos hundidos con la mirada apagada, la nariz afilada. El color de la piel es pálido, con irisaciones moradas y cubierta de sudor frío.

Los movimientos respiratorios son superficiales y poco frecuentes, con pausas de apnea, la respiración tipo Cheyne-Stokes. No suele faltar el «estertor agónico», muy ruidoso, que se percibe a distancia, que está ocasionado por el aumento de exudados de las vías respiratorias y por la debilidad de la musculatura bronquial.

El pulso apenas se nota, con arritmia y bradicardia. En la auscultación no se perciben los tonos o están muy apagados; no se palpa el latido cardíaco en la punta y no se registra la tensión arterial.

Cuando se observan todos estos signos que hemos señalado, podemos decir que el enfermo se encuentra en estado terminal agónico; fatalmente el moribundo va a dejar de existir.

Este hecho lo tiene que conocer el médico de manera clara y evidente, para que no lo pueda confundir con otras situaciones clínicas, de extrema gravedad, pero que no son la agonía y que tiene que diferenciar; fundamentalmente los comas, que como es sabido tienen distintas etiologías: apopléctico por lesiones encefálicas; o metabólicos: urémico, hepático, diabético, suprarrenal, o también por diarreas copiosas con fuerte deshidratación, que aún siendo enfermedades graves, se resuelven con un tratamiento adecuado, atendiendo la causa. En estos casos, el paciente se recupera, lo que no ocurre en la agonía, que no tiene solución, y que como hemos dicho termina con la muerte.

¿Cuál es nuestro cometido ante un enfermo agónico? En este momento es cuando el médico tiene que dar su dimensión. Si como decía Epaminondas, general de Tebas, siglo IV antes de J.C., vencedor de los espartanos, que para juzgar a un soldado era necesario verle morir y valorar su actitud en ese trance, nosotros podemos decir que al enjuiciar la actividad profesional y humana de un médico, hay que conocer la conducta y el comportamiento ante el enfermo agónico, moribundo, que va a dejar de existir.

Otro aspecto diferente a éste que acabamos de exponer es la actuación del médico en casos de pacientes en una situación límite de su enfermedad.

Supongamos un caso con enfermedad muy grave, con un diagnóstico cierto, comprobado con las técnicas rigurosas que hoy tenemos, y que hemos agotado todos los recursos terapéuticos que la ciencia pone a nuestro alcance y que se llega a un momento clínico en fase terminal, que se puede prolongar más o menos en el tiempo; que el proceso es irremediable, con sintomatología dramática y con alteración de las constantes vitales, presa de gran sufrimiento y profundo dolor físico y moral. En esta situación crítica, el médico debe tener claramente precisada su actuación.

Para nosotros es válido, totalmente, el siguiente párrafo recogido del Código de Deontología: «El médico está obligado a utilizar los medios preventivos y terapéuticos necesarios para conservar la vida. El médico debe esforzarse para aliviar el sufrimiento del enfermo, y nunca tendrá derecho, ni siquiera en los casos que le parezcan desesperados, de apresurar deliberadamente la muerte».

Desde la consideración de estas premisas, tiene que arrancar nuestra actuación como médico, frente al paciente que se encuentre en las circunstancias que antes hemos descrito y que no puede ser otra que la de aliviar el sufrimiento del enfermo y la de consolar a los familiares del entorno.

Surge aquí la valoración de otros conceptos que también recogen los Códigos de Deontología, que dicen: «El enfermo tiene derecho a rechazar aquellos medios técnicos, aptos únicamente para alargar la vida, y el médico tiene la obligación de respetar la posibilidad que el enfermo elige, de morir dignamente».

Esto es así y puede ser válido siempre que la actuación del médico no se haya encaminado a producir la muerte, lo que sería una eutanasia activa que, desde nuestro criterio, es siempre condenable.

Lo que creemos permitido, en estricta moral médica, ya lo hemos dicho antes, es: actuación que sin restar un momento de duración de la vida natural del enfermo, le suprima el dolor y le pueda paliar la sintomatología que le perturba en las horas finales, para esperar que la muerte llegue; a esto se llama, sin temor al nombre, eutanasia lenitiva.

Hay que contemplar también otro aspecto, al llegar a este orden de conceptos, que es el de la eutanasia pasiva, modernamente llamada distanasia, que tiene como principio suprimir los medios y los métodos con tecnologías extraordinarias y sofisticadas realizadas en unidades especiales y que muchas veces sólo sirven para prolongar estados aparentes de vida; en otras ocasiones la distanasia va encaminada a efectuar actos quirúrgicos arriesgados, que logran sólo ciertas supervivencias de la existencia vegetativa que tiene el paciente.

Los criterios terapéuticos de la Medicina moderna, altamente tecnificada, nos quieren llevar al conocimiento a que casi no existe la muerte natural, como si el hombre actual no tuviera derecho a estar presente en su fallecimiento. En este sentido cabe decir aquí la expresión de Rilke: «quiero morir mi propia muerte y no la de los médicos». El poeta quería una muerte honrosa, que fuera el final de una vida respetable.

Frente a estas corrientes existen otras, que dentro del enjuiciamiento general de la eutanasia, predicán el advenimiento de una muerte natural, sin actuación médica a ultranza, que pueda prolongar el proceso que se considera científicamente irreversible.

Es aquí, en este punto, donde el médico debe tener en cuenta el deseo del enfermo, si está lúcido, o de los familiares responsables, y valorar el vocablo eutanasia, que etimológicamente significa muerte buena, sin sufrimiento del individuo que va a dejar de existir, que debe tener una muerte serena, que aceptarán los familiares como culminación de su ciclo biológico.

Este concepto es el que los tratadistas en estos temas llaman eutanasia agónica y que nosotros hemos definido como agonía, de la que nos hemos ocupado al comienzo de nuestra intervención, que complementamos ahora diciendo que, llegado a esta situación, el médico tiene reducida su actuación: ayudarle a que alcance la muerte con dignidad, respetando sus creencias religiosas y comprender el trance final como catársis, como purificación.

Recordemos como Goethe, instantes antes de morir dijo: «Luz, más luz»; iluminación para purificar el espíritu. Valle-Inclán, poco antes de su final, pidió que le prepararan un baño; purificación del cuerpo.

Diremos para terminar, que nuestros comentarios puedan contribuir a poner en claro los aspectos tan debatidos sobre la situación terminal de estados clínicos y lo relacionado con la eutanasia.

Nosotros hemos expuesto nuestro criterio, encuadrado dentro de las coordenadas de la más estricta deontología médica.