



EL PROCESO DE LA MUERTE

Dr. Joaquín Belon Carrión

CONFERENCIA

*Conferencia realizada en el Ilustre Colegio de
Notarios de Granada*

Dr. Joaquín Belon Carrión

Conferencia realizada en Ilustre Colegio de Notarios de Granada

EL PROCESO DE LA MUERTE

Intento exponer(ante tan docto auditorio de profesionales de un campo tan arduo e ignoto para mí como es el Derecho con mayúscula en sus distintas áreas científicas y vivenciales,)los pasos y caminos que, a la vista de un Profesional de la Medicina en una Especialidad tan polifacética como es la Oncología, damos, dan y daremos todos los mortales sin distinción hasta cumplir el último de esos pasos, más o menos consciente, de esta vida a la que tanto solemos amar y a la que tan fuertemente nos agarramos.

Incrementamos a diario las esperanzas en una mayor y mejor vida media, merced a dietas, nuevas drogas, fitness, fisioterapia dirigida, Cirugías Estéticas...que nos ofertan permanecer en “escena” más tiempo y con más disfrute de placeres, de amigos, de aplausos, de premios, de familia...

Doy por supuesto que todos los aquí presentes estamos “al cabo de la calle” en lo referente a conceptos archidiscutidos como son vida, muerte, dignidad, derechos, obligaciones, familia, profesionalidad, salud...fundados en estudios y experiencias históricamente enraizados en nuestra propia existencia, distinta en cada uno, pero común a una serie de grupos sociales entre los que nos contamos, y merced a cuyas adquisiciones, podemos entender cuestiones planteadas a diario en sus múltiples aplicaciones: sociedad, poder, actividades políticas y económicas, legislación, inversiones, enfermedad, sujetos y pacientes, docencia y aprendizaje...ejercicios todos ellos, propios de una Humanidad que evoluciona hacia unos fines, no siempre adecuados a los principios que nos inspiran más respeto a esos derechos y obligaciones, emanados de la Ley Natural o de los distintos pactos establecidos de modo consensuado para podernos desenvolver con seguridad en nuestras mutuas relaciones.

Todo este cúmulo de verdades naturales o adquiridas, contempladas a vista de un Médico dedicado a la asistencia de pacientes frecuentemente puestos en camino de finalización de su existencia-por cierto, dentro de la convicción de que todo mortal, por serlo, está en ese camino, quizá con poco conocimiento de su cronología, pero que sabe o debe saber que está “en lista de espera”-, y empeñado tanto en ayudarles -y ayudarse a sí mismo-a afrontar esa realidad con serenidad y juicio crítico, como, al tiempo, deseando cumplir cotas de investigación básica y clínica en las patologías oncológicas, de modo que pueda ser más útil cada día; esas realidades, digo, hacen surgir a diario nuevos frentes de lucha: no solo buscando el incremento de supervivencia y de la calidad de la vida inherente a ella, sino aún más, escrutando senderos más difíciles de identificar pero que se ofrecen como seguros para mejorar ese final, alejando esas incidencias crecientes de disturbios en la salud que llamamos cáncer terminal, o enfermedad preterminal o muerte inminente...Vemos que son términos todos ellos que nos ponen en ruta de finalidad: qué buscamos, a donde nos dirigimos, qué esperamos alcanzar, qué deseamos evitar, qué premio o qué castigo vamos a ganar...se impone, pues, en estas profesiones(Medicina y Derecho)robustecer dos tipos de fe: :la primera y básica, en un Ser Supremo-para

nosotros, Dios Creador y Salvador-que nos puso en marcha y que nos espera al final en el punto y hora que El ha decidido para cada uno: iremos, nosotros, con las manos-esperamos-llenas de lo bueno que debimos hacer, y vacías de lo malo que evitamos; El con los brazos abiertos, para una “Amistad” iniciada y eterna a su lado; la otra fé es el depósito que nos exigimos cada cual en aquellos plazos vivenciales y de esfuerzo continuo que nos damos, y que los radicamos en la confianza en la Humanidad y en que tiene mejoras posibles: fé en el hombre, fé en la ciencia, fé en la fidelidad a nuestras promesas: fé en lograr metas alcanzables si bien difíciles de superar, y que hacen más posible la vida actual y preparan su término de modo más consciente y agradable, constituyendo una nueva virtud: la esperanza.

Y justamente la presentación que Vdes. han tenido la amabilidad de ofertarme como reto en esta mañana, sobre “el proceso de la muerte”, ha de basarse en estos datos humanos y humanísticos que podemos revisar juntos en estos momentos: la muerte no es un mero acontecimiento, sino un paso más en la existencia del hombre. Y ese paso puede ocurrir de diversas formas, llegar de modo inesperado-accidente de cualquier tipo: tráfico, inundación, incendio, violencia callejera o terrorismo, derrumbamiento, pérdida de control en un deporte, etc., o como complicación o disturbio grave de tipo cardio-respiratorio o vascular o metabólico, o perinatal o infeccioso ...agudo e irreversible-, o bien de modo pausado, esperado, mas o menos tolerable, como ocurre en los padecimientos crónicos que nos hacen etiquetar al paciente como preterminal...o, por último, como el fruto de una torpeza decisoria sobre la propia supervivencia: el suicidio, o por parte del responsable próximo y externo a nosotros en ese momento, nuestro médico o cuidador... el error médico.

Son pues, distintos procesos los que nos debemos plantear como posibles puertas de acceso a ese final, y nos debemos fijar, en estos minutos de exposición, en el debut, desarrollo, y culminación psico-física y fisio-patológica, de estos distintos procesos. Pues todos decimos desear conocer como será nuestra muerte, e incluso a veces gustamos de hacer “teatro”, o novela, incluso música o cine, utilizando la muerte como tema central; pero la verdad es que nos asusta, la sentimos medularmente como enemiga, usurpadora de unos derechos que juzgamos conseguidos a pulso, históricamente realizados para sentirnos inmersos en el centro de la existencialidad, y tener como inamovible nuestro lugar en el Universo...y sin embargo, a veces nos atrevemos a mirarla de frente, casi a los ojos, para convencer-nos de su existencia y su poder, admitimos incluso su necesidad, su indefectibilidad; es igualadora, a veces justa, otras veces, desajustada a “nuestros” derechos.

Pero continuamos nuestra marcha, preferimos-y quizá es mejor-hablar de la vida, seguir haciendo planes y proyectar, olvidando que en cualquier esquina que doblamos, en cada metro que caminamos o dejamos atrás, puede estar, paciente-mente, esperándonos la Parca. En ese aspecto, nos encuadramos en el grupo de aquellos escolásticos que preferían hablar y discutir entre ellos sobre el sexo de los ángeles, antes que sentarse y meter codos para discernir lo más agudamente posible los conceptos reales definatorios de Dios, Estado, Iglesia, Derecho, Ciencia y dejamos para otro momento la toma de decisiones que implican mayores responsabilidades en muchos aspectos vitales, en concreto, en el dilema vida-muerte.

Por todo ello, hoy queremos dedicar unos minutos a esclarecer en lo posible la identidad de la muerte y los pasos que recorreremos en pos de ella; eso constituye todo un proceso, no se trata de un simple suceso: cronografiamos una sucesión de hechos que incluyen éxitos y fracasos parciales, vida parcialmente creciendo y perdiéndose; cada porción o sistema fisiopatológico, vive una adquisición y una pérdida, un amanecer y una muerte celular u orgánica, y puede ocurrir, a pasitos o a zancadas, lenta y progresiva o súbitamente, pero siempre nos conduce al final, a la muerte o parada cerebral y cardio-respiratoria.

Estamos de acuerdo en que, por un lado, nos encantaría -bueno, algo menos- saber dónde, cuando, como ocurrirá: ¿en soledad? en compañía...agradable u odiosa? en casa o en el curso de un viaje o de un trabajo? ¿Despiertos o en pleno sueño? ¿Pre-advertidos o sin sospechar que el instante anterior era el último que se nos concedía para seguir estando entre los vivos? Y sin embargo, gustamos de comentar de modo sorpresivo y admirándonos a nosotros mismos-la muerte de otros: amigos, familiares, incluso desconocidos: quién lo iba a decir, terrible final, murió como vivió, por fin ha descansado entre los suyos, etc.etc.; la verdad es que, casi siempre, nos sobrecoge, no atenaza la mera idea de “y si nos hubiera tocado a nosotros”? o a los nuestros...como me va a suceder a mí una cosa así?? pero pasamos de nuevo a contabilizarla como correspondiente a otros, por muy próxima que haya estado de nuestras lindes, y nos reafirmamos: seguimos “estando”, somos del grupo de los vivientes, no se ha evidenciado aun nuestro hueco. Todavía podemos barajar nuestras cartas, nuestros vacíos y nuestra presencia: somos vigentes.

Es cierto que la ciencia médico-sanitaria, las dietas, el arte, la filosofía, la economía actuales nos permiten construir y mantener-temporalmente-actitudes así mismo modernas, emergentes; la esperanza y la realidad de la vida media, la supervivencia en plena ancianidad, los éxitos de salud frente a patologías antes mortales de necesidad, siguen creciendo: nuevas drogas, cirugías estéticas y reparadoras, trasplantes, UCI, ambulancias aéreas y medicalizadas, hospitales ultramodernos...pero también las autopistas, los excesos, los bólidos en que se han convertido nuestros medios de traslado, el estrés creciente, los destructores estragos producidos o favorecidos en los modernos esquemas de ocio, la contaminación ambiental, laboral...abonan el anterior mapa idílico en sentido inverso. Como expertos joyeros, podemos distinguir el oro del oropel, lo bonito y agradable como beneficioso de lo insalubre; pero, no siempre hacemos adecuada y oportunamente esa elección. Y me refiero en estos instantes exclusivamente a nuestra sociedad, la que nos rodea, a nuestro ambiente profesional, capitalino o provinciano, incluso nacional...con salvedades. Pues hay abismos infranqueables y paralelos en otras infraculturas que no son del caso, pero que hemos de tener presentes, pues las tenemos ahí al lado, nos contactan, nos llegan a diario con sus penas, sus exigencias, sus fracasos y sus necesidades: todo eso se incluye en el concepto de globalización. ¿Y no puedo por menos de recordar aquello de “como dices amar a Dios a quien no ves cuando no amas al que tienes al lado?”.

De ahí, de ese conocimiento de los medios que tenemos a nuestro alcance para alargar nuestra existencia, de los retos diferentes que significa la distinta concepción y significado de “calidad de vida”, se parte para buscar la indispensable base antropológica, fisiológica, sociopsicológica y el concepto de dignidad de la vida humana.

Es lícito conservar, defender y mejorar esa dignidad, conociendo que abarca, que exige, que aporta...pero no lo es valernos de cualquier medio para obtener, por vías impúreas, el prolongar una subsistencia a la que, con todas las reservas, no tenemos derecho. No es perdonable el empeño en vivir más a costa de cualquier medio, es ilícito y antiético, el mantener técnicamente vivo(qué entendemos por vida?)a un hombre a base de polifarmacia, multimedios y maquinaria electrónica, sin más sentido que contar con un animal que respira, incluso con respirador artificial, y sin poder ofertar-ni a él ni a la sociedad ni a la propia familia, un final digno; esos empeños llamados por su nombre, “encarnizamiento terapéutico” que a veces conocemos, son la expresión de la pérdida total del sentido de que es el hombre, qué es vida, qué es derecho, y qué poder nos irrogamos los que lo aplicamos o solicitamos o consentimos. Olvida así a veces la Medicina actual parte del juramento hipocrático: ¿ayudar a mantener dignamente la vida, no hacer maleficio sino beneficio al paciente?: lo cual, por descontado, excluye la eutanasia, por mucho que ya Aristóteles y Platón y muchos más contrapusieran el concepto de maldición que constituía la enfermedad frente al de libre albedrío de elegir el momento de la muerte...pero esto es ya otro tema, perdonad.

Hemos oído hasta ahora exposiciones clarividentes sobre qué es la muerte digna, en qué consiste la dignidad del hombre, como se basa y se entiende la propia determinación y autonomía, en boca de expertos de la Bioética, la Salud y el Derecho. Entramos nosotros a discutir a continuación, mediante exposición de casos muy prácticos, representativos de las más frecuentes incidencias de variables en la muerte, la concreción de esas posibles miles de puertas de acceso al paso final, y que, pasarán, de modo ineludible, por fracasos en los procesos que universalmente experimentaremos cada uno de nosotros en su momento : la parada cardio-respiratoria y la falta de oxigenación tisular y orgánica, el desfallecimiento de las funciones orgánicas y de los centros vitales, y al fin, la parada final cerebral, que será el paso inmediato a nuestro certificado de defunción.

Desde el punto de partida, he querido dejar claro que cada vida y cada muerte son diferentes, cada uno recorreremos un camino que es unívoco, y nuestro fin es así mismo, irrepetible, especial: es el nuestro.

1.-MUERTE EN LA ANCIANIDAD

Comencemos por la muerte habitual en el anciano. Estamos habituados, al elaborar la historia clínica del paciente que supera los 70 años-les recuerdo que ya no es “anciano” el que pasa los 65 años, sino el que tiene determinadas limitaciones físicas o psíquicas que así lo denuncian, y no solo el color sepia de su DNI-y, sobre todo, si el interlocutor con el médico es un yerno o nuera, o un hijo alejado del progenitor temporal o geográficamente hasta esos momentos, que se nos diga, al interrogar por la causa de muerte de su padre, que se debe a una embolia o trombosis cerebral; según ellos, fue algo propio de la edad, ”era muy mayor”, y ya eso parece justificar todo un acervo de patologías que son capaces de llevarse por delante al más hercúleo hombre sano. Y es cierto que al menos una de las causas más conocidas e invocadas

carga con la tercera parte de las etiologías tanatológicas del anciano: el accidente cerebro-vascular, súbito o recidivante hasta el final, pues los que lo superan, suelen quedar marcados con graves limitaciones físicas y/o mentales, de modo que solo la enfermedad cardiaca (hipertensión o cardiopatía isquémica o valvular o de otro tipo) junto con el cáncer, superan la estadística mortal del proceso vascular cerebral agudo.

Se trata de un déficit en la función neurológica que es fruto de la reducción del flujo hemático en una de las arterias nutrientes del cerebro. Y le llamaremos fundadamente accidente cerebrovascular si dura más de 24 horas; si se resuelve en menos horas, se tratará de un accidente isquémico transitorio. Si por tanto, se establece el peor diagnóstico, lo será merced a que ocurrirá la muerte de millones de células por el déficit de sangre en sus territorios irrigados por la arteria cerrada al flujo, y ello va a ser causa de o gravísimos daños irreversibles o de la misma muerte por fallo orgánico central, que usualmente va a encontrar su raíz en una arterioesclerosis larvada o conocida, que ha ido cerrando la luz arterial, o ha propiciado que la placa de ateroma elaborada “pacientemente”, se desprenda y ocluya de modo inesperado y fulminante todo el territorio que irriga. Pero también cabe la posibilidad de que haya ocurrido un proceso hemorrágico, quizá por unas cifras elevadas previas en su tensión arterial, poco o nada controladas, o disparadas por otros acontecimientos colaboradores; lo que hace que muchas veces todos entremos en el saco de las comorbilidades propias de la degeneración cronológica y digamos al unísono con los familiares: *cosas de la edad...*

Bueno, pero, por qué ese stop arterial lleva al pobre hombre a la muerte?.

Recordemos que el oxígeno es el alimento principal del proceso bioquímico necesario para descomponer la glucosa en sus principales componentes: dióxido de carbono y agua; y ambos elementos-oxígeno y glucosa-llegan por la misma vía, arterial, y ninguno de los dos cuenta en el cerebro con un almacén que haga frente a la falta de aporte. De ahí que las pobres neuronas, que precisan un alto consumo de ese aflujo, mueran en poco más de 20 minutos a millones, y se nos muestran iconográficamente (RNM o Spect cerebral) zonas de infartos isquémicos evidentes, irreversibles, y que proporcionan sintomatología variable según la arteria afecta: la cerebral media, bilateral, aporta alimento a zonas tan indispensables como las áreas sensoriales y motoras de la corteza, con lo que, capacidades tales como percepción, movilidad de extremidades y oculares, pensamiento organizado, deducción lógica, movimientos voluntarios, fonación y articulación organizada del lenguaje... van a pique en poco tiempo. Y si por otra parte, el paciente es previamente consciente de pequeñas crisis de pérdida de conciencia, de dificultades en la articulación de la palabra, o en la escritura o la lectura, de mareos inexplicables... aunque se le haya diagnosticado “a tiempo” la incidencia de micro-isquemias o micro-embolizaciones arteriolares, a pesar de los distintos tratamientos aplicables, el final será el mismo, solo que conocido y preparado, quizá atrasado unos meses.

Y todo ello, puede aderezarse con incidencia o concurrencia de otras patologías oportunistas: infecciones urológicas o pleuropulmonares (con la falta de aporte de oxígeno a otras zonas aun sanas cerebrales), disturbios previos diabéticos con sus incrementos de desequilibrio acidótico, que aumentan las pérdidas de masa muscular y facilitan nuevas infecciones; la pérdida de interés por todo, la atonía progresiva, la dificultad de subvenir a las necesidades, proteicas, vitamínicas,

higiénicas...hacen que realmente estemos ante un muy posible cuadro preterminal, instaurado y finiquitado así de rápidamente.

2.-ENFERMEDADES EMERGENTES: ALZHEIMER

Al hilo de esta terrible descripción de lo que un stop arterial puede provocar en el anciano, aprovechamos para aportar datos sobre cómo se llega al final cuando hace presa en nuestro sistema cerebral el tan temido síndrome de Alzheimer. Les relato –resumida- la historia de un excelente amigo mío, compañero de Bachiller y colega en nuestro equipo de baloncesto en Madrid. No fumador. No bebedor. Empeñado desde nuestra adolescencia en ser independiente, no necesitar estar enrollado en oficinas ni Hospitales ni Palacios de Justicia: quería ser libre, autónomo, pero pudiente, de la élite de la sociedad. Inteligente, le daban igual las matemáticas que la historia que la geografía o el latín o el inglés o la química: todo eran sobresalientes, y aún le quedaba tiempo para deportes, chicas y turismo. Buen hijo con sus padres, primero, buen esposo y padre de familia, después; y siempre, amigo de sus amigos.

Dejo la Medicina al llegar a las asignaturas clínicas -le aterraba el verse ante un enfermo, desde la primera visita en la sala del hospital Clínico de Madrid-, y se matriculo y doctoro en Arquitectura con notas, como siempre, excelentes. Se situó profesionalmente muy bien, siempre con la ayuda y el cariño de su esposa, monto una gran empresa constructora y en pocos años, se constituyó en una referencia en el mundo inmobiliario.

Todo marchaba muy bien, dentro y fuera del hogar, sus tres hijos siguieron y siguen hoy la estela espléndida de sus padres, como familia y como empresarios. Siempre ávido por la lectura, por la innovación...al cumplir los 63 años de edad, avisa a sus hijos que deja la empresa en sus manos, les entrega todo, y pasa a gozar un dorado retiro, dedicado a pasear, viajar...pero pierde la afición por todo poco a poco, tiene crisis de ira y malos modos con su esposa, con la que jamás había tenido un solo berrinche, olvida compromisos sociales importantes y niega enfurecido que se le haya comunicado dicho evento por nadie... Todo se va desarrollando a saltos, pasando de semana en semana a aparecer ante su familia y amigos cada día más sorprendente, más distinto de lo que había sido hasta tres meses antes. ¿Habría sido la jubilación voluntaria la causa de todo este cuadro? ¿O habrá sido solo el detonante de un cuadro de demencia senil larvado, con sus pérdidas progresivas de capacidades intelectivas, en la personalidad y en la conducta? La realidad en muy poco tiempo es que mi amigo perdió la capacidad de relacionarse tanto con la sociedad familiar y cívica como consigo mismo, y se le convenció para acudir a consulta con un Internista y Neurólogo, llegándose al diagnóstico de una clara demencia de tipo Alzheimer. Y fué deteriorándose, complicándose con pérdidas de apetito, de interés, de reservas, de capacidad de vivir hasta que falleció dos años después, rodeado de los suyos, a quienes sin desearlo ni sospecharlo nadie jamás, martirizo durante dos años de un modo terrible: insultos, acusaciones, desprecios, todo lo impensable en una persona que, si hubiera alguna vez sospechado que podría ocurrir algo así con su vida, no lo había soportado

Y si me preguntan qué podemos hacer para evitar o prevenir el debut de este u otro de los tipos posibles de la demencia senil, yo les diría -sin ser Neurólogo- que no tenemos lo esencial diagnosticado: ignoramos hasta ahora cual es la realidad del inicio y desarrollo de las demencias, aunque sabemos que neurofibrillas, placas motoras, substancia amiloide, circunvoluciones cerebrales, neurotransmision, acetil-colina, hipercolesterolemia y arteriosclerosis, e hipocampo, son datos que histológica y clínicamente manejamos para el diagnóstico de tales patologías, pero no contamos con una terapia que sea útil en su prevención ni en su desarrollo. Nos queda la seguridad de que, tratados con cariño, con sumo interés, sufren menos; pero sufren en cada periodo de recaída y de recuperación, y hacen sufrir. Esta es una de las deudas mayores que la ciencia médica tiene consigo misma: la investigación, a pesar de los muchos esfuerzos que se vienen realizando desde que en 1801 Pinnel define por primera vez la demencia senil, pasando por el propio Alzheimer y toda una pléyade de Neurólogos y Psiquiatras, Internistas y Patólogos y de que se suceden inversiones, Sociedades de investigación en el mundo entero, para lograr, cuando más, una paliación mínima en su terapia.

2.BIS. SIDA

En el apartado que dedicaremos durante 3 minutos al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, aparte de los datos sobre el desarrollo inicial y evolutivo de la infección producida por este virus, hemos de recordar que su definición como azote del siglo en los años 80, incidió justamente cuando en la OMS se estaba preparando una magna declaración mundial de grandes triunfos de la Medicina sobre terribles enfermedades como la tuberculosis, las enfermedades venéreas, la poliomielitis, la viruela y otras similares. Todos hemos tenido o quizá tenemos cerca algún conocido que está sufriendo un proceso febril y consuntivo imponente, conteniendo a duras penas sus últimos movimientos respiratorios, acercándose a pasos rápidos al desenlace fatal Y esa persona, habitualmente joven, quizá” demasiado joven para morir”, ha entrado en ese plazo final de su vida hace apenas unas semanas; lleva soportando la enfermedad viral quizá tres-cuatro años, o mucho menos, varios meses, y ha sufrido una sobreinfección pulmonar o renal o cardiaca...que ha sido suficientemente mal tratable, poco obediente a ningún remedio médico, que está posibilitando que su fin sea próximo. Quizá se detectó la enfermedad por la mala curación de una herida banal, o quizá fue el mismo paciente quien sospecho que podía estar infectado por el virus tras unas relaciones sospechosas, o quizá se descubre en el curso de una revisión rutinaria de tipo laboral, obligatoria en su Empresa, o por alguna razón social(educación, sanidad, vida militar, etc.).Lo cierto es que, aunque los diferentes tratamientos para combatir la inmunodeficiencia adquirida progresan en su efectividad, la frecuencia con que, casos que clínica-mente se van librando de complicaciones graves, dejan paso a múltiples que sí las sufren. Las más frecuentes, afectaciones cerebrales-tipo toxoplasma Gondii o incluso linfomas cerebrales-, pneumocystis carinii en árbol respiratorio, cándida albicans en cualquier nivel mucoso (tubo digestivo, genital o respiratorio), o nuevos tumores malignos que se sobreañaden-es el caso de Sarcoma de Kaposi-a la entidad inmunológica deprimida ya. Y hay algo que retroalimenta su perduración y su extension: la homosexualidad, la drogadicción...si, pero también

la pobreza, la ignorancia, la desigualdad de accesos a la cultura y a los medios sanitarios
(recordad el Mundo africano negro, por ej.).

3.-MUERTE EN LA INFANCIA.

Desde el conocimiento del genoma humano a la pléyade de estudios genéticos y el conocimiento mayor cada día sobre herencia y desarrollo infantil, infecciones y esterilización, cuidados maternos, toxicidades ambientales, dietética, etc., es indudable que la plaga temible de la mortalidad infantil perinatal ha disminuido ostensiblemente, hasta el punto de que su incidencia en nuestros medios, es casi una anécdota, a Dios gracias.

Sin embargo, ¿qué podemos decir de la situación de las cardiopatías o encefalopatías congénitas? ¿Qué diríamos de las enfermedades adquiridas por infecciones maternas o en el hogar en su transmisión al niño? ¿Qué decir de la patología inmunitaria u oncológica que afecta a los niños en su primera edad? Qué decir de las enfermedades profesionales (traumatismos, incendios, tifus, silicosis, dermatitis graves...) adquiridas por criaturas aún en edad escolar y que precisan-o al menos eso consentimos suceda-trabajar (basureros, ganaderos, mendicidad, sexo...) como si fueran adultos?.

Cúal será y como será el proceso de morir de estas criaturas?. Aún no presentándose el famoso “garrotillo”-la difteria-entre nuestros niños, sí se presentan casos de infecciones agudas, mal o tarde tratadas(por mal diagnosticadas?) que los llevan a entrar en coma y morir sin remedio: nefropatías que destruyen el sistema reno-vascular, cardiopatías infectivas por bacterias oportunistas que aprovechan un simple resfriado y hacen entrar al niño en fallo cardiaco-fibrilación ventricular irreversible por carditis reumáticas -o provocan una hemólisis imparable-leucemización y hemorragias cerebrales incoercibles-.

Los niños son los sufridores mayores de nuestros fracasos en Microbiología: si se detecta tarde una pandemia, o una epidemia (hepatitis, neumonías, tuberculosis, etc.)

son los más desvalidos, los primeros en sufrir sus efectos: niños y ancianos, al tener menos posibilidades proteínicas, de evidenciación de síntomas precoces, de recursos inmunológicos, etc.

4.-MUERTE EN EL DEPORTE.

Ciertamente, en el desarrollo de nuestra actual sociedad, contamos con un área específica que soporta grandes cantidades de estudio y de tiempo a éllo dedicadas: la actividad deportiva, pero no solo la que contemplamos en los estadios o en la tele; también la “casera”, la de nuestros amiguetes o hijos; el esqui de aficionados, el

futbito entre vecinos o colegas, las carreras entre vecinos motorizados...No solo fallecen personas de modo violenta en un encontronazo frontal entre vehículos a gran velocidad -con y sin casco protector, poca diferencia al final, dependiendo de los elementos en marcha y en juego-; también ocurre entre agentes perfectamente sincronizados para evitar esos sucesos...y sin embargo, a pesar de las precauciones, las medidas de tensión arterial, de peso, de glicemia, de capacidad de las articulaciones y de los músculos, conocemos cada día más muertes en pleno desarrollo de un deporte perfectamente “dominado” por sus ejercientes. La asistolia en el jugador profesional de fútbol, el vértigo súbito y caída al vacío del parapentista, la malposición de la pértiga del saltador de altura, que le hace interrumpir su vuelo mediante una fractura cervical...procesos todos ellos que llevan al deportista a sucumbir inesperada y fulminantemente.

Conocemos también que cualquier corazón puede dejar de latir ante esfuerzos no controlados, insospechados; que una hemorragia cerebral súbita, incoada pero ignota, puede hacer que una persona perfectamente equipada para su deporte preferido, y entrenadísima, sufra un síncope del que no se recupera.

Por todo ese amplio abanico de posibles distintos procesos que conducen a la muerte, hemos de revisar concienzuda y personalmente, con el asesoramiento de expertos profesionales, cuál es nuestro deporte practicable, en qué medida, con qué frecuencia, con qué medios...pienso es el único modo de interferir en el desagradable proceso de una muerte súbita. Las otras muertes en deportistas, tales como secuelas y eventos no esperados ni deseables de la actividad desarrollada, son mínimas, y pueden frecuentemente deberse más a mala praxis(levantamiento de peso, halterofilia, boxeo...)mal enjuiciados, mal abonados mediante productos llamados energéticos, hormonales o no, que falsean no solo los resultados inmediatos -triunfo o derrota-, sino que lesionan órganos tan esenciales como el hígado, el corazón o el cerebro de modo habitualmente irrecuperable(recordemos los famosos “sonados” del boxeo, las hepatitis toxicas y las mielodepresiones, la obesidad y la caquexia con las fracturas esqueléticas, tras el abuso de hormonas o de factores de crecimiento de colonias hemáticas, tipo EPO).

5.-MUERTES VIOLENTAS: terrorismo, catástrofes, guerras, tráfico

Sabemos que en la mayoría de las muertes violentas, el cerebro sigue funcionando aunque el corazón haya detenido su bombeo, salvo si la causa de la muerte es precisamente un traumatismo cerebral. La hemorragia abundante-más de un litro y medio de sangre-es suficiente para provocar la hipotensión, la taquicardia, y la inducción al precoma, debido a que la corteza cerebral, muy sensible a esa falta de aporte, lo denota;sigue funcionando el cerebro llamado inferior: tronco cerebral y médula, sigue pudiendo respirar el paciente, el mismo cerebro utiliza sus propias endorfinas-substancias endógenas fabricadas en la hipófisis y en el hipotálamo, ante las situaciones de estrés, y que facilitan la persistencia funcional de cerebro excitando la producción en las capsulas suprarrenales de hormonas activadoras -actocortina- de la misma tensión arterial...hasta que el corazón entra en fibrilación,

le falta fluido hemático, y deja de bombear; así se entra en la agonía, paso previo a la muerte clínica y, de inmediato, salvo resucitación externa, a la muerte cerebral definitiva.

6.-MUERTE POR CANCER

Parece hemos llegado-porque algún método había que decidir, y hemos elegido estas seis formas de morir para entrever sus procesos evolutivos-a la muerte más temida, y no por ella misma, sino por los pródromos que conlleva: los diagnósticos, los tratamientos, la evolución, las complicaciones de todo tipo, las consecuencias de todo ello, el gasto de energías variopintas, las distintas actitudes ante su conocimiento...todo un mundo que necesitaría dedicar al menos un curso a su entendimiento, y así y todo, solo haríamos planteamientos de cuestiones a estudiar y definir. Creo, desde mi punto de vista de Oncólogo y persona mayor, que lo básico en este “oficio” de sanador es que jamás podremos admitir la pérdida de esperanza en mejorar la calidad de vida y lograr la ausencia de dolor. Y ello es aplicable incluso para transmitirlo y compartirlo como imprescindible con los propios pacientes en trance de dar el paso final.

Y este ocurre en cada caso de modos muy dispares, dependiendo tanto del tipo de tumor maligno que se padece como de su estadio (situación de la enfermedad: muy o poco extendida al resto del organismo), de las terapias que son o han sido aplicadas o son aplicables todavía, y de las respuestas, parciales o supuestamente completas, que se obtuvieron, de cuando y como y en qué órganos se detecta la recaída o la metástasis. Así, el tumor cerebral comparte muchos de los datos fisiopatológicos que hemos comentado en la demencia senil o las muertes violentas; pero también tiene su punto insidioso, de aparentes recuperaciones clínicas y de muertes súbitas, inesperadas. Lo habitual es que el Médico pueda predecir con pocas variaciones los plazos a recorrer por el paciente-y por la familia que le acompaña, o los cuidadores-; que del periodo conocido como negación (no reconocimiento de la entidad patológica que sufre) por parte del enfermo, pasemos a la etapa de la resistencia, la lucha, la presentación de dolores o repercusiones hemodinámicas (anemias, hemorragias, tromboembolismos...), o intestinales (vómitos, estreñimiento, diarreas...) o alteraciones físicas apreciables (edema de miembros, aumento del volumen abdominal) o respiratorias(sensación de asfixia, polipnea, cianosis...)...etc. Situaciones, pues, que exigen la colaboración no solo del sanitario adecuado que sabe qué debe y puede hacer para paliar o hacer desaparecer, aunque sea temporalmente, esos datos clínicos, sino la del propio paciente, que entienda se encuentra en el momento, quizá largo, de afrontar la realidad de su final próximo: su aceptación de los hechos es clave para el desenlace en paz, pero no lo es menos el trato que sus cuidadores(Médico, Enfermería, familia sobre todo)hayan tenido y tengan con él :si hay entendimiento, si todos sabemos lo que estamos viviendo, será más fácil el desenlace, llegar a como una liberación; en cambio, si la fase de negación y la de aceptación no han saldado bien sus cuentas, la desesperación, la ansiedad, el miedo, el deseo de seguir estando entre los vivos, constituirán una auténtica tortura para todo el grupo agónico. Es cierto que los ansiolíticos, los sedantes, los analgésicos...toda la farmacopea utilizable, hace a veces milagros, pero pocas veces hace posible una tranquila despedida, salvo cuando los

términos se han establecido con claridad y a tiempo, de modo que el agonizante puede y sabe despedirse de los suyos sabiendo que es la última etapa que vive, que ha culminado su obra, y que, si tiene fé en Alguien o algo después, como si cree que todo termina en su expiración, lo hará con valor al hacerle frente a un deber y un derecho: se tratará así del fin de un período vital, no de un castigo, aunque la muerte de suyo constituye para la Humanidad realmente, y desde la Creación, la pena máxima adquirida al ser hombres.

7.-SOMOS SERES AEROBIOS

Cuando a finales del siglo XVIII se logra saber que lo que hace indispensable para la vida del hombre no es todo el aire sino sobre todo el oxígeno, no se hace sino profundizar en el conocimiento ancestral de que, si no se respira, se muere. Nuestras células necesitan el oxígeno, si no lo tienen, mueren. Cuando nuestra sangre viscosa, oscura, sale de su periplo pulmonar al corazón, y éste de nuevo -mediante su expulsión por la aorta- la lanza al torrente sanguíneo, pasa a un rojo rutilante: van cargados los hematíes del preciado tesoro vital, el oxígeno. Por eso, la finalidad última de una UCI es procurarle al ser vivo que se le confía para devolverlo a la vida si es posible, es hacerle llegar a sus células aún vivas el oxígeno preciso para que sigan nutriéndose y viviendo.

Somos seres aerobios: vivimos merced al aire que respiramos. ¿Qué explica mejor la pérdida de la vida en los actos terroristas, las guerras, los traumatismos provocados en accidentes de tráfico o de aviación sino esa imposibilidad de aportar aire al corazón y éste al cerebro? Qué ocurre en un incendio sino que la cantidad ingente de ácido carbónico producido en la combustión de los materiales en ignición están, no solo consumiendo el oxígeno que necesita el sujeto inmerso en el incendio, sino que el mismo ácido carbónico compite en sus pulmones y en su sangre por ocupar el espacio dedicado por naturaleza a transportar el oxígeno? Este pasa de las células aerobias presentes en el alveolo pulmonar a la hemoglobina -proteína presente en el hematíe, da lugar a la oxihemoglobina, y por los capilares y arteriolas, pasa desde los pulmones a al corazón izquierdo, y desde allí a los millones de capilares que integran todos y cada uno de los tejidos que lo esperan necesariamente para vivir, realizando en ella el intercambio gaseoso-recoge el anhídrido carbónico y demás restos del catabolismo celular, los transporta hasta los filtros purificadores básicos que son hígado, riñones y de nuevo pulmones, y prosigue el proceso de vida.

De modo que entendemos como es el proceso de la muerte: justo al contrario que el de la vida: la interrupción de ese aporte, significa, la muerte celular, y la muerte cardiaca y cerebral. Esa muerte puede ocurrir mediante el shock sufrido por fracturas de grandes huesos y dolor, por grandes pérdidas hemáticas, por interrupciones en la vía de distribución(secciones venosas o arteriales)o por shock septicémico(el caso de grandes infecciones del tubo digestivo, por ejemplo), o por falta preterminal de masas musculares y funcionalismo de los órganos fundamentales (hígado sobre todo, pulmones, sistema óseo, cerebro)en sus funciones por isquemia

o anemia, por ejemplo, en pacientes oncológicos o metabólicos, diabéticos descompensados, etc..

Así entendemos el concepto de muerte clínica: parada cardiaca, no movimientos respiratorios, inconsciencia...queda un corto espacio de tiempo, unos cinco minutos, para los intentos de resucitación cardiopulmonar (RCP)...transfusiones, oxígeno a presión, masaje cardiopulmonar, etc.: Aplicable, lógica y éticamente, en los casos en que es evidente que el paciente debe ser recuperado a la vida, no se trataba, minutos antes, de un paciente Terminal.

CONCLUSIONES.

Personalmente, he de confesarles que me siento amigo de la muerte-no es humor negro ni gusto macabro, de veras-casi como el sentido final del himno de la legión: “me HICE AMIGO DE LA MUERTE”: en alguna ocasión, me he visto tan cerca de ella: personalmente, en dos accidentes, uno de tráfico, otro de caza; familiarmente, con las manos de mis padres y suegros entre las mías en sus últimos momentos, con sus últimas recomendaciones , llenos de paz; al lado de algunos amigos íntimos y de pacientes que, siempre, se constituyen en colegas de la marcha final, recogiendo sus últimos “recados” para sus hijos, sus padres, sus parejas hetero u homosexuales; sus superiores o súbditos...han sido muchas visitas tanatológicas como para temer a su agente principal. Creo que Vdes., los Notarios, tienen en su haber numerosas muestras de esto mismo, ¿verdad? Y no digamos los religiosos y Sacerdotes...

Realmente, el llamado “arte de morir” ha pasado, de ser una hazaña religiosa y socialmente bien entendida, a algo –si es posible- recóndito, oculto, que puede llegar a darse en una absoluta intimidad, pero también en una absoluta soledad, aunque estemos rodeados de sanitarios y sus medios excelentes de calibración de datos y resultados (Sala de Urgencias o UCI, Unidades de Cuidados Paliativos, cámaras de aislamiento...). Es quizá un mito el deseo de alcanzar una muerte digna? Quizá con excesiva frecuencia olvidamos los básicos cuatro principios bioéticos: no maleficencia, justicia distributiva, autonomía y beneficencia.

Les deseo a todos-y me lo deseo a mí mismo-entendamos ética, profesional y socialmente de modo adecuado que el proceso de morir es realmente el elemento a considerar siempre como etapa final de un viaje, y que ha de llegar, para lo cual algo necesario en nuestro equipaje es el deber cumplido. Recordad la anécdota de San Luis Gonzaga, jugando en el patio de recreo del colegio: si supieras que vas a morir en breves momentos, ¿qué harías? Respuesta inmediata: seguir jugando.

Gracias.