

El médico ante la muerte

José Luis Ruiz-Sandoval †

Servicio de Neurología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México.
Correspondencia: jorulej-1nj@prodigy.net.mx

Hipoc Rev Med 2011 3 (26) 3-4

El médico y otros profesionales de la salud, al igual que el militar, el policía, el delincuente, el guerrillero, el francotirador, el sepulturero o el sacerdote deben atestiguar de manera cotidiana el proceso de la muerte. Una situación para la que los primeros no fueron, paradójicamente, bien preparados. Es así que el contacto y experiencia de la muerte por parte del médico “se aprende” en el campo de batalla: en urgencias, en el quirófano, en los pabellones de un hospital. Su asimilación es “cosa de hombres”, un “código no escrito entre el gremio”, una especie de “selección natural” de la cual sólo los más fuertes sobreviven, so pena de abandonar antes de tiempo el estudio de la medicina. La percepción de la muerte en la vida del médico es gradual y ocurre de acuerdo al curso y nivel académico alcanzado. Es matizada por la propia estructura de personalidad, por el uso de todos los mecanismos de defensa posibles y por la estabilidad emocional. El médico debuta con el juramento hipocrático con cadáver presente, a los pocos días de iniciar la carrera, en un gran auditorio universitario. Este acto, solemne y conmovedor, apenas marca el principio. Le siguen las prácticas de disección anatómica en cadáveres en la propia universidad o en anfiteatros locales. Aquí destacan, de forma paralela, las tareas relativas a la obtención de huesos para su estudio, por lo que no es rara la visita a los panteones para su búsqueda y recolección.

Las prácticas de disección anatómica con cadáveres (algunos recientes y frescos, todavía con objetos personales al pie de la plancha) nos obligan a reflexionar. En esos momentos nos preguntamos: ¿Qué hacía? ¿En que trabajaba? ¿A dónde se dirigía cuando murió? Recuerdo todavía una bolsa al pie de la plancha con algunas piezas de pan y utensilios de trabajo de carpintería de un difunto adulto. Lo habían atropellado al cruzar una avenida ¿Le llevaba el pan a su familia ese día? ¿Le esperaban sus

hijos y esposa? Me quedé y aún sigo con más dudas que respuestas y con otra pregunta al final del día: ¿Por qué la vida es tan injusta?.

Me gustaría describir las clases de anatomía. Se debe disecar una pieza del cadáver y llevarla como tarea al final del curso. Esto es, una extremidad debe ser disecada hasta el hueso, por lo que es necesario acelerar este proceso. La pieza debe raspase, hervirse, cubrirse con cal, exponerse al sol. Esta tarea a veces se realiza en grupo, al calor de una fogata y un cartón de cervezas, en la casa sin huéspedes de un compañero solitario o en algún lote baldío. La reminiscencia del caníbal que llevamos dentro es innegable, a menos que un psicoanalista proponga que se trata de un mecanismo de defensa polarizado y compensador del intenso miedo que sentimos. Al final, un espécimen óseo, blanco, seco y brillante es el botín para una buena calificación. Esta experiencia, al ser masificada en su momento, es posible que no haga reflexionar sobre la vida y la muerte al joven médico.

La vida como pre-interno o médico interno de pre-grado nos acerca a otro nivel en la concepción de la muerte. Vemos pacientes morir en urgencias, en las salas del hospital, en quirófanos o áreas de terapia intensiva. Es entonces cuando nos cuestionamos si la medicina es un verdadero fracaso. Sentimos frustración de lo estudiado y nos preguntamos: ¿Falló la fisiopatología recientemente aprendida? ¿Falló la farmacología?, ¿Fallaron nuestros maestros? ¿Fallaron los residentes de las distintas especialidades? ¿Falló el sistema de atención en salud? Pensamos, entonces, si en realidad estamos hechos para ser médicos y si en el futuro elegiremos ser médicos en el área clínica, quirúrgica u optaremos por las ciencias básicas.

Durante el servicio social el contacto directo con los pacientes se diluye así

así como la responsabilidad frente a ellos. En los grandes hospitales los pacientes están a cargo de residentes o adscritos. En centros de salud o unidades comunitarias los pacientes son derivados a hospitales de segundo o tercer nivel para su manejo definitivo. La medicina preventiva en zonas sub-urbanas y rurales, así como las pasantías en sitios de adscripción en ciencias básicas, marcan una tregua con la sombra de la muerte.

El período más intenso para vivir y conocer la muerte es durante el ejercicio de la residencia médica. El residente durante 3, 5 o hasta 7 años, dependiendo de la especialidad o sub-especialidad, es el encargado directo de ingresar al paciente al hospital y tratar de recuperarlo. La muerte vive en cada rincón, en cada indicación de procedimiento diagnóstico o terapéutico. Se mezcla con ellos. Está en las paredes, los muros, los techos, las camas, los aparatos de soporte ventilatorio, las venoclisis, los catéteres y otros dispositivos.

El residente es quien vive la agonía de sus pacientes, notificar el fatal desenlace y explicar a los dolientes las posibles causas. Es aquel que llena el certificado de defunción y ve el retiro del cadáver ya cubierto por una bolsa negra o gris apenas etiquetada con el nombre, registro hospitalario, fecha y hora del deceso de quien fuera su paciente. El residente oye los gritos desgarradores de los familiares a lo ancho y largo de las salas o pisos del hospital. Debe estar hecho de piedra para no sucumbir. Peor aún, esta experiencia no se puede ni se debe comentar con la propia familia, con nuestros padres o hermanos. Los alarmaríamos y con toda seguridad pedirían la renuncia inmediata al estudio de tan ingrata carrera.

En este mismo período y a lo largo de toda nuestra vida profesional nos duelen las muertes prematuras, es decir, aquellas que no debieron ocurrir: el paciente mal diagnosticado desde su llegada o durante su estancia hospitalaria; el que muere antes de un procedimiento diagnóstico o terapéutico crucial para su supervivencia, pero no logrado por las limitaciones económicas de la propia familia o de la institución a la cual se sirve.

Nos duele la muerte de un niño por cualquier enfermedad, la de un joven estudiante, la del paciente a quien nos une la empatía desde su ingreso, la de aquél en quien todo estaba bien hasta que surgió una complicación, la del paciente querido por sus familiares, las muertes injustas (las del campesino, obrero, jardinero, pintor, chofer, etc.). Las de aquellos sujetos bienaventurados que en el desempeño de su trabajo sufren un accidente de trabajo o de trayecto a su trabajo.

La institución y el inconsciente colectivo cobija, por fortuna, al residente y a todos los que participamos en el manejo del paciente.

La derogación de la responsabilidad se diluye en el hospital. Todos somos culpables, de tal suerte que nos toca una pequeña parte de esa muerte y así, el residente sobrevive.

La última etapa es la del profesionalista ya titulado. Para ese entonces y alrededor de los treinta años, la madurez y conceptualización biológica, universal, metafísica, religiosa y hasta médico-legal de la muerte permite su mejor aceptación y racional explicación. Nos damos cuenta que el médico vive los procesos de enfermedad y muerte, más que los de salud-enfermedad de la población.

Para finalizar y como corolario, la muerte nos humilla, nos hace saber que ella es la que en efecto manda en la tierra sobre cualquier ciencia. Nuestros familiares, los seres más queridos, hasta nosotros mismos solemos ser víctimas de pésimos diagnósticos y tratamientos erróneos. Las enfermedades se enmascaran, se subestiman o se sobrevaloran con desenlaces dolorosos.

Por todo lo anterior, una réplica a Hipócrates y a San Lucas (padre de la medicina y patrón de los médicos respectivamente) es que nos permitan brindar a nuestros pacientes una muerte justa, digna, ya que ésta jamás será oportuna. Que nos permitan ver morir en paz a los pacientes al lado de las personas que más han amado y que los dolientes, población en general nos entiendan y ayuden en este proceso de vez en cuando.