

MEDITACIONES DEONTOLOGICAS A LA LUZ DE UNA ETICA ACTUAL

DEONTOLOGICAL MEDITATIONS IN THE LIGHT OF CURRENT ETHICS
GOGOETA DEONTOLOGIKOAK GAUR EGUNGO ETIKAREN ARGITAN

Antonio Villanueva-Edo

Academia de Ciencias Médica de Bilbao. Bilbao. España UE.

Cuando hace un siglo un paciente necesitaba asistencia para su enfermedad acudía a su médico de la cabecera, de quien podemos decir que era, en lenguaje actual un superespecialista, ya que entendía de las enfermedades externas (piel y faneras, cirugía menor), de todos los procesos que afectaban a los órganos y aparatos internos, asistía partos y enfermedades propias de la mujer, alteraciones oculares, de garganta, nariz y oído, y aun le quedaba tiempo para ejercer funciones de psicólogo clínico y de asistente social con los familiares y el propio paciente.

A pesar de cubrir tareas que hoy corresponden a ocho o nueve especialistas, su código ético era breve pero profundo. Mantenía las prescripciones hipocráticas de dedicar su discernimiento y su trabajo en beneficio de sus enfermos, guardar el secreto de todo cuanto en su profesión y fuera de ella conociera de la vida de los hombres; Más tarde agregó el precepto latino, *primum non nocere* y, finalmente, el algo más moderno de *primum curar*; si no se puede, aliviar, y siempre consolar.

Hoy una mediana asistencia sanitaria requiere que aquel médico de la cabecera se haya desdoblado en múltiples especialistas y subespecialistas que profundicen hasta el más mínimo detalle en el conocimiento de la enfermedad del aquel paciente. Y con el desarrollo asistencial, también las prescripciones éticas, sin olvidar aquellos preceptos clásicos, han evolucionado desarrollándose y adaptándose a una medicina más moderna y actualizada.

Las ciencias físicas y químicas, la biología y demás ciencias auxiliares de la medicina ponen a disposición del médico poderosos y fieles métodos diagnósticos y audaces medios terapéuticos. La leyenda medieval del milagro de San Cosme y San Damián que los hizo precursores en el trasplante de un miembro inferior, es ya una realidad. Hace ya lustros que situaciones antes mortales de necesidad: insuficiencias graves cardiacas, respiratorias, renales, hepáticas o de cualquier otro órgano de la economía humana, son susceptibles de superarse tras el trasplante de un órgano sano procedente de un donante compatible. Enfermedades hereditarias por trastornos genéticos, cromosómicos admiten actuaciones en la primera fase del embarazo mediante técnicas de reproducción asistida que busquen mediante una

selección de aquellos gametos libres de carga patológica, la procreación de hijos libres de estas enfermedades. Las técnicas de ventilación, hidratación y alimentación asistidas permiten prolongar la vida de los paciente en realidades comprometidas y dar tiempo a que una correcta terapéutica solucione aquel problema.

Sin embargo, existen circunstancias que favorecidas por esta capacidad diagnóstica y terapéutica nos hacen preguntarnos, si nuestras actuaciones tienen un límite y si hay circunstancias en las que debemos abstenernos de acometerlas. ¿Nos es lícito utilizar todas las técnicas diagnósticas a nuestra alcance para llegar al último detalle del diagnóstico, cuando nuestro conocimiento del estado del enfermo nos indica que se encuentra en una fase irreversible? ¿Hasta cuando mantendremos una terapéutica complicada, molesta y gravosa a un paciente que presenta visos de no responder a la misma? ¿Cuál debe ser nuestra conducta asistencial integral cuando se nos han agotado todos los medios ordinarios y extraordinarios de proporcionar la curación de la enfermedad de nuestro paciente y vemos que su vida está llegando a su fin? Es decir, ¿cómo debemos tratar la inminencia de la muerte de nuestros enfermos? Y sin querer agotar todas las posibilidades de actuación, ¿Qué hacemos con los embriones sobrantes de una técnica de reproducción asistida?

Algunas de estas preguntas tienen una respuesta clara admitida generalmente. Todos estamos de acuerdo que un diagnóstico y una terapéutica encarnizadas están fuera de una buena praxis, que al final de la vida el enfermo que se va a morir debe tener una asistencia terapéutica que le libre de sus dolores, de su angustia, que le haga objeto y sujeto del afecto de cuantas personas (familia, médicos, personal de asistencia, etc) estén en ese momento a su lado para humanizar el final de su vida.

Otras situaciones más complicadas deberán ser objeto de meditación profunda para llegar a una actuación deontológicamente correcta y lo más ampliamente aceptada y que entre dentro de las universales prescripciones hipocráticas de dedicar nuestro discernimiento y nuestro trabajo en beneficio de nuestros enfermos y respetar el *primum non nocere* en sus versiones éticas más modernas.

Correspondencia:
Dr. Antonio Villanueva-Edo.
Academia de Ciencias Médica de Bilbao.
Calle Lersundi, 9 - 5º. 48009 Bilbao. España UE.
Correo electrónico: academiamb@gruponahise.com