

## La Muerte.-

“Paciente de 40 años de edad quién ha pasado los últimos 15 años con daño cerebral secundaria a falla cardiaca que disminuyo el aporte de sangre al cerebro. No tiene conciencia pero tiene reflejos primarios. No amerita respirador artificial pero sí alimentarse e hidratarse con sonda gástrica. El Dx. Médico es daño cerebral irreversible a nivel neo cortical con el tallo cerebral indemne. Se considera a la paciente como muerta ?“

En bioética es de importancia capital definir que es la muerte ya que de acuerdo a la misma se podrán emitir juicios en problemas tales como la eutanasia, ensañamiento terapéutico, la donación de órganos, anencefalia etc.

Pero no es nada fácil definir cuando una persona esta muerta o esta en proceso de muerte o ha terminado dicho proceso, el saber cuando los cambios son reversibles y cuando no los son .Este refinamiento diagnostico es el que trataremos de revisar muy brevemente.

Por otro lado la muerte, como el dolor, es una realidad universal. Como dice el Dr. Lucio Becerra Martín “De una u otra manera, con mayor o menor intensidad, está presente en la vida de todos. Tiene muchos matices y se expresa en distintos niveles: físico, moral, espiritual. Si miramos a nuestro alrededor, encontramos inmediatamente su rostro. No es necesario ir lejos, es compañero ineludible en el camino. Está ahí. Es un drama. Ante la muerte como ante el dolor pueden darse muchas explicaciones, casi siempre insuficientes. ” De allí lo extremadamente difícil de verla claramente , de una manera objetiva y resulta mas cómodo y menos complicado reírnos de ella como lo hacemos los mexicanos o pedirle protección a la santa muerte como estilan algunos narcotraficantes o verla distante a pesar que la tenemos enfrente como nos sucede a los médicos o pensar como los jóvenes que con nosotros nunca va a poder y que somos habitantes eternos de la tierra ( la forma mas ingenua de la soberbia ) .

Pero la muerte llega a todos a su tiempo, ni antes, ni después .

Pero cuando se esta muerto? Intentar definir los criterios para definir la muerte no es algo nuevo, desde principios del siglo pasado Oppenheim la definía “como una especie de estupor histérico con relajación muscular hipotermia y una aparente paro cardiorrespiratorio”.De allí en adelante van apareciendo criterios nuevos como ausencia de reflejos pupilares, rigor mortis, cambios en piel y mucosas etc. Hasta que en 1968 se propone en la Carta d Ginebra como : El cese de toda señal de vida de relación ausencia de respiración espontánea , atonía muscular, falta de reflejos , caída de la presión arterial a partir del momento que no es sostenida farmacológicamente y trazo electrocardiográfico plano Las estructuras cerebrales (hemisferios y corteza) tienen que ver con la existencia de la conciencia y que implican la cognición, la vida de relación, comunicación, afectividad, emotividad, Cuando existe falla a este nivel a esta situación neurológica se cumple con los criterios de muerte neocortical (high brain criterion) por oposición a la abolición de la función encefálica completa (whole brain criterion) que define la muerte cerebral o encefálica. Sin embargo

es bueno recordar aquí que la definición y los criterios de muerte, ahora vigentes en gran parte del hemisferio occidental, se han desarrollado como producto de una convención acordada desde el informe Harvard de 1968 hasta ahora. En esta sucesión de modificaciones la determinación de muerte, que comenzó con la verificación del paro cardiocirculatorio hasta el concepto actual de abolición de la función cerebral, se ha recorrido un largo camino, aun no terminado, que trata de dar respuesta a los dilemas morales que los nuevos avances de la tecnología médica han generado en el final de la vida.

El nuevo criterio de muerte cerebral, establecido en Harvard a partir del concepto de daño cerebral fue reemplazado en los años subsiguientes, por el de abolición completa de la función cerebral (whole brain criterion). Esto último implica el cese de las funciones corticales (coma, ausencia de motilidad voluntaria y sensibilidad) y aquellas dependientes del tronco cerebral (reflejos que involucran pares craneanos, ausencia de respiración espontánea). La nueva definición de la muerte surgió a través de la interpretación conceptual de equiparar a la cesación de la actividad de las neuronas responsables de la organización de los principales subsistemas orgánicos con la interrupción de la función integradora del organismo como un todo.

Existe sin lugar a dudas una integración en la función de los sistemas cardiovascular, respiratorio y nervioso representados por corazón, pulmón y cerebro

al definir la muerte se debe tener una falla en estos tres órganos elementales.

Estamos de acuerdo con R. Ramos Zuñiga en que los criterios básicos para considerar la muerte cerebral son las siguientes:

- 1.- Funciones cerebrales ausentes (aférentes y eférentes) -.
- 2.- Funciones del tallo ausentes (reflejo pupilar, orofaríngeo, corneal, oculocefálico oculovestibular, y respiratorio).
- 3.- Irreversibilidad del compromiso neurológico.

Considerando que el coma tiene causas bien establecidas y ser suficientes para causar deterioro neurológico de cese de las funciones cerebrales, con una lesión estructural irremediable y que no existen posibilidades de recuperación existiendo la falla por un período de observación y con una confirmación de un electroencefalograma plano siendo auxiliares la gammagrafía, el doppler y la angiografía.

Existen consideraciones especiales que no son sujetos a ser valorados por los criterios anteriores únicamente como son estado de shock, hipotermia, pacientes pediátricos, intoxicaciones etc.

Por supuesto la valoración de todos estos estudios debe ser hechos por médico especialista (neurólogo, intensivista etc.).

### **Consideraciones éticas.**

El paciente en fase Terminal de su enfermedad tiene también derechos Autonomía para tomar decisiones que lo afecten, especialmente a rechazar cualquier procedimiento:.

que le ocasione dolor, sufrimiento, que afecte su calidad de vida o dignidad.

Que se le administren los analgésicos y sedantes que requiera. No ser desatendido cuando su criterio prevalezca sobre el del médico, con relación a su calidad de vida o su dignidad

Que se de respuesta a sus preguntas

Recibir atención y consuelo del médico, del personal de salud, de familiares y amigos, evitarle la soledad y que permanezca acompañado hasta el último momento de su vida. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de solicitar apoyo a ministros de culto de su creencia religiosa o a expertos en tanatología. Elaborar su "testamento vital", mientras esté consiente, en que determine los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que acepta que se realicen y cuales no, así como el destino de sus órganos susceptibles de ser transplantados.

Que no se le suministren tratamientos que le provoquen mayor sufrimiento que el beneficio esperado.

No prolongación indefinida de la agonía, por demorar la llegada inevitable de la muerte.

La persona que esta muriendo o que ya murió se debe manejar en general con los principios que rigen en las personas vivas es decir el respeto de su autonomía cuando tenía su capacidad para elegir como es el caso de las testamentos antes mencionados. La justicia esta en relación directa con que se cumpla las decisiones que en vida tomó y la beneficencia y no maleficencia esta en relación con el respeto al manejo y cuidado de su cuerpo

Consideramos el morir como una secuencia en que tiene su inicio ,su proceso y el fin . Analizaremos brevemente cada una de ellas :

1.- Así como con la fecundación inicia la vida , de igual manera hay un momento para iniciar a morir en el cual inicia la desestabilización por la falla primaria grave generalmente en cerebro, corazón o pulmón aunque en ocasiones puede tener otro origen como el hígado o los riñones . En estos momentos puede ser reversible o no el proceso de muerte de manera espontánea, o secundaria a tratamiento . En estas circunstancias es cuando tenemos la obligación de dar auxilio hasta donde sea posible ya que la diferencia es la vida o la muerte al no hacerlo. I Incurrimos en un acto de maleficencia si omitimos voluntariamente los cuidados y de no beneficencia. Por supuesto es de justicia ayudar al necesitado. La autonomía en estos casos es de importancia tenerla siempre presente, y respetarla, no debiendo someter a un paciente a recibir manejo médico o un tratamiento quirúrgico si no contamos siempre con el consentimiento informado. Lo anterior con respecto a la ética de principios. En cuanto a la ética de valores hay que tener presente que el valor máximo sin el cual los demás valores están subordinados es la vida por lo que si se cuenta con el consentimiento del paciente se debe hacer todo lo posible por conservarla.

2.- El proceso de muerte. Este es la parte mas difícil de diagnosticar y manejar médica y éticamente. Es la gama de grises entre el blanco y el negro desde donde inicia la muerte entendida como un proceso que en su momento puede ser reversible hasta un desenlace que es el fin de la vida y que es totalmente irreversible. Es un continuo en la evolución de la enfermedad en que empiezan a fallar primero un sistema y luego otro y otro , en ocasiones simultáneamente

hasta que poco a poco existe una falla orgánica múltiple y que en un momento determinado es irreversible terminando la vida haciéndose presente la muerte . Desde el punto de vista ético como mencionaba es extremadamente difícil tomar decisiones ya que el sustento científico que debemos tener para tomar una decisión a veces también parece un poco borroso y bien difícil de definir .Tratando de ser extremadamente sencillo (aquí, porque en la práctica no lo es ) mencionaré que si hay posibilidades de reversión de la enfermedad hay que hacer todo lo humanamente posible para lograrlo. Si no hay posibilidades de recuperación hay que dejara que la muerte llegue con dignidad ( al fin en estos casos nunca podremos contra ella )y no utilizar tecnología ni medidas extraordinarias manteniendo al paciente hidratado y ministrando nutrientes y en su caso analgésicos evitando las maniobras de reanimación o resucitación y el encarnizamiento terapéutico .Al estar escribiendo esto en Estados Unidos Terri Shiavo una paciente que tiene 10 años en coma pero con función del tallo cerebral ,reflejos y respiración espontánea y que solo necesita líquidos y nutrientes por sonda al estomago un juez ha ordenado que no se los administre por lo que esta muriendo por sed y hambre .Esto es ni mas ni menos darle una “ ayudadita ” a la muerte pero lo que menos necesita la muerte es nuestra ayuda ya que cuando decide llegar no hay poder humano que la detenga . En estos casos si alguien del personal de salud rehúsa acatar la orden de un juez puede hacerlo manifestando que de su parte hay objeción de conciencia y se le debe de respetar su forma de pensar y su congruencia entre el pensar, decir y actuar. La información continua a los familiares directos es de importancia para que exista una preparación al desenlace no solo como aspecto ético sino con el fin de evitar problemas legales tan frecuentes solo por no existir comunicación adecuada con los pacientes y en este caso con los familiares .

3.- El fin de esta secuencia es cuando un paciente es declarado muerto de acuerdo con los criterios enunciados antes de funciones cerebrales ausentes (aferentes y eferentes) ,

Funciones del tallo ausentes ( reflejo pupilar , orofaríngeo , corneal , oculocefálico oculovestibular, y respiratorio )e irreversibilidad del compromiso neurológico. En estos momentos ya esta ausente el valor de vida pero queda presente el valor de la dignidad por lo que se considera en contra de los principios éticos el mantener con medidas extraordinarias las funciones de un ser que desde los parámetros manejados anteriormente se considera como muerto. En estos casos se debe respetar si ya no el valor supremos de la vida si la dignidad de la muerte desconectando los aparatos que pueden mantener sus funciones de respirar y de latir el corazón pero de una forma artificiosa ya que este paciente realmente ya esta muerto .Por otro lado los gastos económicos a la familia son altos con ninguna posibilidad de éxito Aquí vale la pena recordar que los familiares y amigos presentan un sentimiento de duelo que el personal de salud debe ayudar a vivirlo . El suministrar sedantes y somníferos a los allegados considero que es una manera de no permitir vivir ese momento tan íntimo con el ser amado y que puede entorpecer el proceso del

duelo . Se debe tener un respeto absoluto por las creencias religiosas y permitir y facilitar el acceso de los ministros religiosos del culto que profesen.

En resumen la mejor manera de morir es en su momento, ni antes ni después con el mínimo dolor posible, conciente de la proximidad de la muerte, en paz con Dios , con sus familiares , amigos y consigo mismo acompañado , dando y recibiendo amor . Esto es lo que se llama muerte digna.

Para finalizar hay que recordar que hay que estar por la vida pero no contra la muerte porque mas tarde o mas temprano siempre nos gana. .

### **Bibliografía.-**

Blumstein, J. "Legalizing Payment for Trasplantable cadaveric Organs" . David C. Thomasma and Thomasine Kushner (eds), Birth to Death: Science and Bioethics (Cambridge: University Press, 1996), pp. 119-32. Copyright 1996 Cambridge University Press. Earlier versions of this chapter appeared in Transplantation Proceedings, 24 (1992), pp. 2190-7 and Health Matrix, 3 (1993), pp. 1-30

Menzel, P. "Rescuing Lives: Can't We Count" . Hastings Center Report, 24, no. 1 (1994), pp. 22-3

Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. " A Definition of Irreversible Coma" . Journal of the American Medical Association, vol. 205, no. 6 (5 August 1968), pp. 85-8

Rescher, N. "The Allocation of Exotic Medical Lifesaving Therapy" . Ethics, vol. 79 (1969), pp. 173-86

Singer, P. " Is the Sanctity of Life Ethic Terminally III?". Bioethics, vol. 9, no. 3-4 (1995), pp. 307-43