

DILEMAS ÉTICOS EN RELACIÓN A LA MUERTE ENCEFÁLICA

(Resumen de Tesina de Diplomado en Bioética)

Virgen Kirenia Armenteros Iznaga

Doctora en Medicina. Especialista de 1er. Grado en Neurología. INN.

Resumen:

La Bioética está estrechamente ligada a la profesión médica; desde sus principios es parte indisoluble del actuar de los dedicados a este fin y tiene sus raíces en el juramento hipocrático que devino con ulterioridad en otros juramentos, reglamentaciones y principios que establecen normas de conducta. El autor de este trabajo, a partir de la experiencia profesional, realizó una búsqueda y análisis documental que permitió describir algunos aspectos relacionados con los dilemas éticos en relación con la muerte encefálica que tiene una estrecha relación con el desarrollo científico-técnico de la sociedad actual, la nueva concepción de los cuidados en los servicios médicos y los principios de la bioética que sustentan la formación integral de los profesionales de la salud en Cuba.

Palabras claves: Dilemas bioéticos, Muerte encefálica, Principios bioéticos

Introducción

La Bioética está estrechamente ligada a la profesión médica; desde sus principios es parte indisoluble del actuar de los dedicados a este fin, tiene sus raíces en el juramento hipocrático que devino con ulterioridad en otros juramentos, reglamentaciones y principios que establecen normas de conducta.

La Bioética no es una nueva disciplina tecnocientífica ni una nueva ética de la vida. Va desde la deontología y ética

médicas, centradas en problemas a menudo próximos a la filosofía de los derechos del hombre, a la ecoética o ética ambiental, centrada en la solidaridad antropocósmica y próxima a la filosofía de la naturaleza. Sin embargo para muchos, esta ciencia es de constitución reciente si se tiene en cuenta que el término bioética aparece por primera vez en 1971 y que a partir de entonces se inicia un sistemático desarrollo institucional de la misma. En la década de los 70 puede observarse una etapa fundamental en los Estados Unidos, durante los años 80 su consolidación en diversos países especialmente europeos, y ya en los 90 una amplia internacionalización en este nuevo campo.

La Bioética es el conocimiento y la acción interdisciplinaria para resolver los problemas éticos que la ciencia y la tecnología ofrecen en la atención, el cuidado de la vida y la salud.

La ética médica ha ido cambiando con el tiempo y los conflictos o dilemas en la práctica médica se han incrementado con el avance tecnológico vertiginoso acontecido en ese campo.

El desarrollo científico-técnico de la sociedad actual, en los albores del siglo XXI, motivó el surgimiento de los cuidados de pacientes graves en servicios especializados de terapia con la recuperación de casos que antes fallecían, la prolongación de la vida en

regímenes artificiales, la trasplantología y la donación de órganos, etc., han revolucionado los conceptos hasta ahora concebidos de gravedad y muerte y han generado nuevos problemas éticos que implican una nueva concepción de estos procesos.

La gravedad es un proceso en el cual la persona (paciente) necesita recursos sin los cuales puede fallecer, puede ser reversible o irreversible, comprende entidades gnoseológicas curables aunque no en todos los casos, al final el paciente puede estar vivo, con secuelas o no, o fallecido.

La muerte ha sido abordada según la concepción teológica, filosófica o científica que se tenga del mundo. Esta heterogeneidad se debe a que las diferentes maneras de analizarla no siempre coinciden, mucho menos se complementan a plenitud. Cada una de ellas aspira a interiorizar, conocer y poseer el fenómeno muerte. En el pasado, la muerte del ser humano se entendía, según el criterio tradicional como el cese de las funciones del corazón y los pulmones. Actualmente se pueden mantener las funciones del corazón y los pulmones con asistencia mecánica, en ausencia de las funciones del encéfalo, lo cual ha obligado necesariamente a redefinir la muerte. El desarrollo alcanzado por las modernas técnicas de trasplantes y obtención de órganos, así como el auge logrado por las Unidades de Cuidados Intensivos, han propiciado acercarse al fenómeno con una nueva visión, así surge el concepto de muerte encefálica.

El médico es un profesional que se enfrenta al diagnóstico de la muerte encefálica en su trabajo cotidiano, para lo cual debe prepararse sistemáticamente,

conocer que la respuesta social ante este hecho varía según la cultura y el momento histórico, y que coexisten, incluso en el tiempo y en el contexto sociocultural, varias modalidades de respuestas. La muerte de un ser humano trasciende las fronteras de la medicina y tiene necesariamente implicaciones sociales. Por tratarse de un tema muy humano y urgente es objetivo de este trabajo intentar una aproximación crítica a la difícil problemática que resulta la muerte encefálica, como un fenómeno médico de amplia dimensión social, que es además novedosa, interesante, polémica y controversial.

Desarrollo

De acuerdo con la psicología humanista el hombre es un ser inacabado e inacabable, imperfecto pero perfectible, que integra en un ser viviente todas sus dimensiones esencialmente humanas: corporales, psíquicas, sociales y espirituales. Por ende, ser persona humana implica tener cierta identidad, una concepción de la vida y voluntad de actuar, poseer características personológicas propias, memoria, sociabilidad, sentimientos, emociones, capacidad de amar y ser amado.

En ocasiones se ha traducido del inglés “brain death” como “muerte cerebral”. Nosotros aconsejamos que sea más correcto utilizar en idioma español la terminología “muerte encefálica”. El cerebro está integrado por los hemisferios cerebrales, se refiere a lo que esta anatómicamente situado por encima de la tienda del cerebelo, a lo cual llamamos supratentorial. El encéfalo por su parte incluye todo lo que se encuentra anatómicamente situado por encima del agujero magno. Abarca a los espacios supra e infratentorial, o sea, por arriba e

igualmente por debajo de la tienda del cerebelo.

El término “muerte encefálica” es poco feliz, pues en su sentido literal indica que el encéfalo “muere”, o que “ha muerto”. Incluso el concepto de “muerte cardíaca / cardiorrespiratoria” ha comenzado a utilizarse solamente en los debates originados alrededor de la “muerte encefálica”. La muerte es un término que se ha referido siempre al organismo, como entidad biológica unitaria, y no a una de sus partes. En realidad, lo que quiere indicar el término “muerte encefálica” es un criterio diagnóstico para determinar la muerte del organismo humano. Se trata de un criterio similar al cardiorrespiratorio (que sigue siendo el habitual en nuestros días para la certificación de la muerte), pero que se utiliza solamente en un contexto muy determinado, como es el de la medicina intensiva (no se puede realizar un diagnóstico de “muerte encefálica” si no hay conexión a un respirador). Por otra parte hablar de muerte encefálica implica, necesariamente, referirnos a la bioética, la eutanasia y la distanasia.

La eutanasia es el procedimiento mediante el cual se le provoca la muerte al paciente sin sufrimiento físico, mientras que la distanasia es la maniobra mediante la cual se le alarga la vida al paciente por tiempo indefinido.

En nuestra sociedad, caracterizada básicamente por su proyección humanista, la práctica de la eutanasia no es admitida éticamente ni tiene aceptación legal alguna, debido a que los médicos no pueden convertirse nunca en instrumentos de muerte, pues su función es preservar la vida y no destruirla. Por otro lado es inconsecuente aplicar la distanasia a personas con muerte encefálica, porque con este

proceder solo se contribuye a prolongar el sufrimiento de los familiares, a encarecer los costos del proceso salud-enfermedad y al no aprovechamiento de órganos supuestamente sanos.

En presencia de un paciente con una afección mortal, el personal médico y paramédico no puede olvidar que el objetivo fundamental de su desempeño ético y profesional es proteger la calidad de vida de la persona y enaltecer su dignidad humana. En este aspecto incluso cabe tener presente la posición de las religiones en relación a este estado. En 1958, el Papa Pío XII declaraba que la prolongación de la vida por medios extraordinarios en los pacientes críticos y la verificación del momento de la muerte eran de incumbencia estrictamente médica. Posteriormente, Juan Pablo II también reconoció en diversos documentos la realidad del criterio neurológico de muerte, y ha declarado que los criterios de muerte encefálica no están en conflicto con una correcta concepción antropológica.

Principios bioéticos

La bioética se sustenta en principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Autonomía para declarar la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. Beneficencia relacionada con la obligatoriedad de hacer el bien. En ese sentido la beneficencia exige la ejecución de actos positivos para promover el bien y la realización de los demás. La no maleficencia consiste en no hacer el mal. Justicia de dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio.

El personal de salud jerarquiza, desde tiempos de Hipócrates, los principios de no dañar y de beneficencia en su ejercicio

profesional, sin embargo a partir de la década de los años 70 con el aporte de Potter y posteriormente con Beauchamp y Childress se han incorporado elementos nuevos especialmente relacionados con la autonomía y justicia.

En relación con la autonomía, su concepto varía de acuerdo con las posiciones filosóficas que adopte, tanto el sujeto que la ejerce, o defiende su derecho a ejercerla, como el que reconoce el referido derecho. De ahí que la autonomía se define como la libertad de elección; derecho o capacidad de elegir por uno mismo; derecho a crear la propia posición moral, aceptar la responsabilidad de su actuar, etc. El principio de justicia consiste en la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno lo suyo. Para dar a cada uno lo que corresponde, es imprescindible saber qué es lo que pertenece a cada sujeto. En consecuencia los hombres han venido realizando, dentro de las más diversas culturas y a lo largo de todas las épocas históricas, un constante esfuerzo para descubrir el alcance directivo de la justicia y para expresar su contenido en formas claras y definitivas.

Durante la práctica de la relación médico paciente en Cuba, la beneficencia rebasa la autonomía, lo cual no significa que se viole esta última. En este tipo de relación debe crearse un clima favorable donde prevalezca la empatía. Como ha apuntado el destacado bioeticista cubano Varan Von Smith el ejercicio de la solidaridad es la acción que más satisface al enfermo y produce mayor satisfacción al médico, cuando la práctica. Esa solidaridad se acrecienta ante el hecho cierto de la muerte encefálica y se extiende más allá de la relación médico paciente para abarcar a la familia del

fallecido.

La beneficencia se aplica porque al aceptar que los órganos sean trasplantados, estos van a ser útiles a otros seres humanos que necesitan un riñón, un corazón u otro órgano o tejido para seguir viviendo. En el acto de donación e implante de órganos, el donante a través de su autonomía decide libremente donar. El receptor por su parte tiene un resultado benéfico, es decir se relaciona con la beneficencia.

La justicia en este binomio donante receptor, se relaciona con la adecuada distribución. Lo justo, lo correcto es que el órgano se implante al receptor de mayor compatibilidad desde el punto de vista inmunológico, logrando así la equidad en la justicia distributiva. En Cuba se logra a través de la relación multidisciplinaria entre especialistas de diversas instituciones, encargados de organizar adecuadamente los trasplantes de órganos y tejidos según normas y principios científicos bien establecidos.

La solidaridad y el humanismo facilitan que cada vez sea mayor el número de los que comprenden todo el proceso relacionado con la muerte encefálica. Cuba ha sentado un hito en la historia de la medicina universal. Un elevado porcentaje de la población adulta del país ha expresado la conformidad, a través del carné de identidad de que sus órganos sean utilizados en caso de muerte.

Como ha defendido Selman-Housein no hay mayor satisfacción que el deber cumplido, por lo que hay que esforzarse por la excelencia. Entendida esta como “[...] hacer de nuestro puesto de trabajo lo que queremos que otro haga, si tuviera que

realizar ese trabajo para nosotros”.

Una medida éticamente aceptable y obligatoria que se practica en los centros encargados de la actividad de trasplantes, consiste en que los médicos que van a participar en el proceder quirúrgico de trasplantar los órganos, no pueden estar en el momento de diagnosticar la muerte encefálica. Esto se hace para evitar que medien conflictos de intereses entre el equipo que lucha por salvar una vida, y sus colegas que abogan por realizar la intervención quirúrgica y mejorar la calidad de otras vidas.

El proceso de atención del que se encuentra en muerte encefálica, la manutención de los órganos y su posterior trasplante si bien se desarrolla en instituciones de salud tiene una amplia connotación social. De hecho si los familiares del fallecido no aceptan el proceder se detiene la actividad, de aquí que es importante la preparación psicológica, la adecuada orientación sobre estos temas, lo cual puede realizarse a través de los medios de comunicación masiva.

Consentimiento informado

El consentimiento informado significa que alguien debidamente informado sobre la importancia de la muerte encefálica y los trasplantes, decide a través de su autonomía, sin que se le ejerza ninguna coacción donar sus órganos en caso de muerte. Como se ha analizado en otros trabajos en el caso de la muerte encefálica se suceden situaciones muy específicas, diferentes a las que aparecen en otras entidades. El consentimiento informado se realiza en plena vida y es un gesto altruista de profundo contenido social, aceptar que sus órganos pasen a otras personas necesitadas de un riñón,

un corazón u otro órgano para seguir viviendo.

Según Di Doménico el consentimiento informado conduce a una decisión autónoma cuando se está competente (goza de entendimiento adecuado, tiene intencionalidad de sus actos), informado (cuando tiene conocimiento adecuado y suficiente, planifica sus decisiones, libre (cuando se basa en sus propias creencias y valores, no tiene coacción interna ni externa).

Sobre el testamento se objeta que en el orden práctico dificulta la finalidad perseguida por la donación, o sea los trasplantes, ya que las disposiciones testamentarias rara vez se notifican a tiempo para que la donación sea efectiva. Al morir el donante, sus órganos tienen un tiempo medio definido para ser trasplantados, los trámites del testamento demoran el proceder médico, y lo hacen casi imposible.

En la actualidad se está ante una etapa avanzada de la civilización. La muerte es un fenómeno natural y la única condición imprescindible para su ocurrencia es estar vivo. En realidad todo ser humano reflexiona sobre la muerte, así pues, tomar una decisión en contra de una tarjeta de donante no hace incierto el hecho natural, ni disminuye el nivel de reflexión, es una forma de infructuosamente intentar construir una coraza para no ver la realidad. Es más objetivo, humano, altruista, solidario, determinar el fin utilitario que pueden tener los órganos después de la muerte; la muerte de un ser humano puede salvar y mejorar la calidad de vida de otros si sus diferentes órganos y tejidos se usan para trasplantes.

Aspectos legales y jurídicos

Desde 1987, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la necesidad de desarrollar pautas legales en relación con la muerte encefálica y la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución 40, que instaba a revisar y profundizar en los aspectos legales y éticos relacionados con esta importante actividad médica.

En Cuba existen diversos cuerpos legales, que protegen toda la actividad científica relacionada con la muerte encefálica. La Constitución de la República de Cuba perpetúa en su artículo 49 “Todos tienen derecho a que se atiendan y protejan su salud”, estableciéndose las garantías que permitan materializar tan importante precepto. La ley No. 41 del 13 de julio de 1983, Ley de Salud Pública es la disposición jurídica fundamental y rectora en materia de salud. Esta ley en su artículo 4 plantea: “La aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica médicas mundiales”.

El planteamiento de la muerte encefálica, al igual que los demás, en nuestro país tiene su fundamentación jurídica en el Decreto No. 139 de 1988 que es el reglamento de la ley de Salud según las disposiciones legales anteriormente citadas para diagnosticar la muerte encefálica debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

1. El diagnóstico debe ser realizado por un personal de alta calificación, que estará encargado, de ejecutar tales procedimientos en correspondencia con lo establecido en la Ley de Salud, su Reglamento y demás disposiciones reglamentarias.
2. El certificado médico de defunción será expedido de acuerdo con las disposiciones legales vigentes que

rigen al efecto, se deben cumplir los requisitos y formalidades establecidos una vez emitido dicho diagnóstico de muerte.

3. Los procedimientos médicos relacionados con este diagnóstico estarán a cargo de un equipo distinto al responsabilizado con la ejecución del trasplante de los órganos y tejidos.

El diagnóstico de la muerte encefálica surte los mismos efectos jurídicos que el de cualquier otro tipo de muerte, teniendo en cuenta las razones anteriormente expuesta. Una vez confirmada la muerte encefálica se puede proceder a extraer los órganos y tejidos, pues el individuo ha fallecido, es decir, es un cadáver. El código civil vigente en Cuba, con una posición desde el punto de vista técnico muy práctica, señala en su artículo 26: “La determinación de la muerte de la persona natural y su certificación se hace por el personal facultativo autorizado, conforme a las regulaciones establecidas por el organismo competente”.

Corresponde únicamente a los médicos, certificar el hecho de la defunción, por constituir el personal dotado de los conocimientos científicos requeridos para diagnosticar la muerte. Sólo cuando el personal médico haya confirmado que se cumplen los criterios para el diagnóstico de la muerte encefálica, se podrá certificar la defunción y por tanto proceder al trasplante. La hora del fallecimiento, momento de la muerte, que debe escribirse en el documento legal es exactamente el instante en que la comisión de especialistas, verifica que se cumplen los criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica.

Mientras tanto, quizás nadie como Diego Gracia ha resumido magistralmente

un concepto que compartimos totalmente: *“La muerte es un hecho cultural, humano. Tanto el criterio de muerte cardiopulmonar como el de muerte cerebral y el de muerte cortical son construcciones culturales, convenciones racionales, pero que no pueden identificarse sin más con el concepto de muerte natural. No hay muerte natural. Toda muerte es cultural. Y los criterios de muerte también lo son. Es el hombre el que dice qué es la vida y qué es la muerte. Y puede ir cambiando su definición de estos términos con el transcurso del tiempo. Dicho de otro modo: el problema de la muerte es un tema siempre abierto. Es inútil querer cerrarlo de una vez por todas. Lo único que puede exigirsenos es que demos razones de las opciones que aceptemos, que actuemos con suma prudencia. Los criterios de muerte pueden, deben y tienen que ser racionales y prudentes, pero no pueden aspirar nunca a ser ciertos”.*

Conclusiones

El médico es un profesional que se enfrenta al diagnóstico de muerte encefálica en su trabajo cotidiano, para lo cual debe prepararse sistemáticamente; conocer que la respuesta social varía constantemente en dependencia de la concepción teológica, filosófica o científica que se tenga del mundo.

En el estado de muerte encefálica ha dejado de funcionar el encéfalo completo, se demuestra así, científicamente, que al perderse la actividad del encéfalo no hay vida. En ese contexto la solidaridad y el humanismo de los seres humanos, facilita que cada vez sea mayor el número de los que comprendan todo el proceso relacionado con la muerte encefálica.

En Cuba se ha establecido que el diagnóstico de la muerte encefálica corresponde únicamente a los médicos, quienes son los encargados de certificar el hecho de la defunción, por constituir el personal dotado de los conocimientos científicos requeridos para diagnosticar la muerte. Además existen diversos cuerpos legales, que protegen toda la actividad científica relacionada con la muerte encefálica y los trasplantes de órganos y tejidos. Por último, al diagnosticar científicamente la muerte encefálica, si se acepta la donación de órganos y tejidos, se estará en el camino de resolver los problemas médicos y sociales de muchos enfermos necesitados de un trasplante.

Las objeciones que han aparecido en los últimos decenios al uso de este criterio parecen más cuestiones de naturaleza filosófica que de lectura de los signos clínicos por parte de los especialistas. En no pocos casos, el único problema es confundir un procedimiento para el diagnóstico de la muerte con una definición filosófica de la misma.

Decir que el criterio de muerte cerebral es válido significa que dichos cuerpos, una vez realizado el diagnóstico y retirado el soporte respiratorio deberían, en pocos minutos, sufrir una asistolia, y comenzar a mostrar poco después los signos clásicos de muerte por lo que resulta todavía utópico o imposible el tiempo en que sea posible encontrar una solución que ponga fin a la incertidumbre que hoy tenemos sobre todos los aspectos que se relacionan con la vida y la muerte. Sólo el pleno debate nos enriquecerá y ninguna decisión deberá tomarse en cada caso sin el absoluto respeto por el paciente o su representante. El derecho a morir y el

derecho a vivir sólo le pertenecen a cada uno.

Referencias Bibliográficas

1. Working Group on the Signs of Death. Sánchez Sorondo M (ed.). Città del Vaticano Pontificia: Accademia delle Scienze; 2006.
2. Rodríguez Luño A. Rapporti tra il concetto filosofico e il concetto clinico di morte. Acta Philosophica 1992; 1 (1): 54-68.
3. Mollaret P, Goulon M. The depassed coma (preliminary memoir). Rev Neurol 1959; 101:3-15.
4. Shewmon A. Brain Death: Can It Be Resuscitated? Hastings Cent Rep 2009; 39 (2): 18-24.
5. Carrasco de Paula I. Los parámetros de la muerte cerebral desde el punto de vista de la moral católica. Pers Bioet 2001; 4-5: 65-71.
6. Eslava E. Controversias sobre muerte cerebral. Pers Bioet 1999; 6 (1): 45-55.
7. Seifert J. Is “Brain Death” Actually Death? Monist 1993; 76 (2): 175-203. Shewmon A. Chronic “Brain Death”. Meta-Analysis and Conceptual Consequences. Neurology 1998; 51(6): 1538-1545.
8. Young GB. Diagnosis of brain death. Up To Date (June 5, 2008).
9. Hernández JL. La muerte cerebral. Cuadernos de Bioética, 2000: 1ra, 41.
10. Machado C. ¿Cómo definir la muerte humana? Bioética desde una perspectiva cubana. 1997; p.228-36.
11. Hodelín R. Muerte encefálica y estado vegetativo persistente. Bioética desde una perspectiva cubana. 1997; p.237-45.
12. García O. La definición y determinación de la muerte: una opinión diferente. Cuadernos de Bioética, 1999; 4ta, 40.