

LA MUERTE ENCEFÁLICA: UN DILEMA BIOÉTICO DE LA ACTUALIDAD (RESUMEN TESIS DE MAESTRÍA EN BIOÉTICA)

Zuleica del Carmen Galí Navarro

Doctora en Medicina. Esp. 2do. Grado de Medicina Intensiva y de Emergencia, verticalizada en Cuidados Intensivos de Cirugía Cardiovascular.

RESUMEN

El tema relacionado con la muerte es motivo de interés no solo para médicos, psicólogos clínicos, profesionales y técnicos de la salud, antropólogos, filósofos, abogados, teólogos, entre otros y se ha abordado de múltiples maneras atendiendo a la concepción que se tenga del mundo y a la individualidad de cada momento. Motivada por los diferentes argumentos y considerando de suma importancia realizar una investigación que clarifique las acciones dilemáticas acerca de la Muerte Encefálica nos propusimos realizar un estudio exploratorio y descriptivo con 22 médicos intensivistas que laboran en las unidades de Terapia Intensiva del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” en junio del 2010, con el problema científico de que si conocen y aceptan nuestros profesionales de la salud el diagnóstico de Muerte Encefálica y con la hipótesis de que a pesar de lo manido del tema, muchos profesionales, incluido los médicos, desconocen el diagnóstico de Muerte Encefálica y otros, a pesar de que si lo conocen desde el punto de vista científico, les acarrea un dilema bioético aceptarlo.

En el estudio se evidenció que los médicos vinculados a la atención al paciente grave conocen el concepto y el diagnóstico de Muerte Encefálica, pero les resulta difícil asumir una conducta consecuente ante el mismo, y sigue siendo un conflicto aún para los médicos.

INTRODUCCIÓN

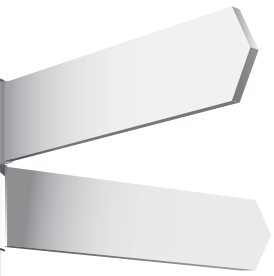
El tema relacionado con la muerte es motivo de interés no solo para médicos, psicólogos, clínicos, profesionales y técnicos de la salud, antropólogos, filósofos, abogados, teólogos, entre otros, sino como diría el Dr. Jesús Dueñas Becerra, “para todo ser humano, porque constituye un he-

cho incontrovertible”¹, y por supuesto ligado al hombre mismo. De todos los seres vivos, el hombre es el único que tiene conciencia de su propio final: “La muerte es una quimera: porque mientras yo existo, no existe la muerte; y cuando existe la muerte, ya no existo yo”² diría Epicuro de Samos³. De ahí lo controversial de este hecho: ¿la muerte existe?, ¿cómo existe si yo no la veo en mi mientras estoy vivo?

Este dilema no es simplemente un problema médico y biológico a pesar de que sí están muy vinculados, este tema afecta e involucra a toda la sociedad y a pesar de los pasos que ya se han venido dando, opino que todavía existe la necesidad de una profunda indagación filosófica, ética, legal y social en aras de llegar a un consenso acerca del mismo.

La vida y la muerte siempre son objeto de valoraciones morales y según Diego Gracia, “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”⁴, con la adquisición de nuevos descubrimientos técnicos y de nuevos enfoques filosóficos, añadiría yo. Cuando se habla de la muerte se hace de manera atemporal. Es “algo” que inevitablemente nos va a ocurrir en un futuro lejano, pero nadie vive pensando en la proximidad de esa muerte. Todos morimos, pero cada muerte es diferente, aunque no tan diferente según los individuos, como según las épocas históricas y según los momentos culturales.

Desde el punto de vista biológico la muerte es un proceso durante el cual uno o más órganos vitales van a dejar de funcionar, lo que será seguido de muerte celular y la sumatoria de nuevos órganos en esa cascada descendente hasta que ocurre la necrosis de todas las células del cuerpo. Pero la muerte ocurre como un hecho en sí y no solo desde el punto de vista biológico, y este fenómeno no queda ahí, sino que desencadena una serie de consecuencias fundamentalmente en el grupo de personas que rodean ese



hecho. Según Laín Entralgo “la muerte es un hecho, puede ser un acto y con gran frecuencia, da lugar a un evento”⁵. Por concepto es un hecho biológico, en el que cesa la vida, precedida por la pérdida de la actividad del cerebro; es un acto personal cuando el moribundo tiene la oportunidad de situarse en su intimidad ante lo que constituyó el fundamento de su vida, oportunidad cada vez más limitada, no sólo porque lo impida su presentación súbita, sino también porque la aplicación de tecnologías al final de la vida han desplazado el lugar y la forma de morir, y el paciente muere rodeado de científicos, profesionales y equipos y alejado de su familia, su casa, su cama y sus seres queridos y, además, la muerte constituye un evento social, con ritos y consecuencias administrativas y legales que han variado de acuerdo a cada época y a los que en los últimos 40 años se ha añadido un nuevo “ritual”: la posibilidad de donar órganos o tejidos, que puedan ayudar a mantener la vida de otros.

A lo largo de la historia, la humanidad ha manifestado una constante y universal preocupación con respecto a este tema. A decir de Diego Gracia: “Los criterios de muerte pueden, deben y tienen que ser racionales y prudentes, pero no pueden aspirar nunca a ser ciertos”⁶. Y opino que quizás no son “ciertos” el calificativo que toca, sino “perdurables” y “absolutos”, o sea que estos criterios pueden variar y de hecho deben cambiar con los adelantos científico técnicos y con las modificaciones en el pensar humano, tal y como han ido cambiando a lo largo de toda la historia de la humanidad.

En la cultura griega, que data del siglo IV a.C. nace el concepto de muerte natural. El naturalismo era una concepción filosófica característica de dicha cultura influyendo esto en la definición de la muerte humana. Por tanto, para los griegos la muerte cardiopulmonar era la muerte natural, concepto que persiste hasta nuestros días como muerte perfecta. Maimonides⁷ afirmaba desde aquel entonces, que la cabeza era vital pues defendía que en ella se encontraba el alma.

En el Medioevo, en contraste con las religiones politeístas de la antigüedad que se centraban en las personas puras y perfectas, el cristianismo centraba su atención en los enfermos, los débiles, los paráliticos, tal y como lo había hecho Jesús de Nazaret (Lucas, 4, 5, 7, 8), adquiriendo un nuevo sentido: “Yo soy la Resurrección y la Vida. El que cree en Mí, aunque haya muerto vivirá; y todo el que esté vivo y crea en Mí, jamás morirá”. (Juan 11,25), por tanto para los cristianos existe la vida más allá de la muerte, el cristiano sabe que la muerte no solamente no es el fin, sino que por el contrario es el principio de la verdadera vida, la vida eterna⁸.

El concepto de Muerte Cerebral surge por una necesidad fáctica imperiosa surgida desde la práctica de la medicina, que implicó esencialmente la interrupción de la asistencia respiratoria mecánica en presencia de determinada situación neurológica y con el debido resguardo legal. Cabe señalar que la definición de Muerte Cerebral fue consecuencia de la aparición de las medidas de soporte vital y no un concepto construido por la necesidad de trasplantes de

órganos, aunque realmente estén muy vinculados en cuanto a proceder médico y a historia.

Es así como surge el concepto de Muerte Encefálica como sinónimo de muerte del individuo, como el cese irreversible de las funciones integradas de todo el encéfalo y a pesar de que hace más de cuatro décadas se comenzó a hablar de este tema, aun es motivo de polémica.

“¿El concepto de muerte en las leyes sobre trasplantes facilita (de manera utilitaria) la existencia de órganos para trasplantar? ¿Resulta tal extremo, jurídico o moralmente condenable?”, se pregunta Diego Ignacio Rao en “Autonomía vs. Utilitarismo Social”⁹. Desde mi punto de vista, que coincide con el de muchos autores, como Gómez Rubí, el desarrollo de la trasplantología obligó a la comunidad científica a buscar una nueva definición de la muerte que ayudara a resolver el problema que existía en las unidades de cuidados intensivos con pacientes en los que se prolongaban las medidas de soporte vital y al mismo tiempo mejorara la disponibilidad de órganos viables, estos criterios fueron el resultado de un consenso de la comunidad científica y luego sirvieron de base para la legislación de muchos países, pero además, ya la ciencia ha demostrado el proceso de degeneración cefalocaudal que sobreviene después que existe una arreflexia de tallo cerebral, o sea, que una vez diagnosticado correctamente la Muerte Encefálica no hay recuperación posible.

Al unísono surgieron críticos y detractores de este concepto. Singer, filósofo australiano afirma que la Muerte Encefálica no es más que una ficción práctica, que permite salvar órganos para trasplantar, que de otra forma se desperdiciarían y para suprimir la ventilación mecánica en situaciones en las que está resultando inútil. H. Jonas acepta el concepto de Muerte Encefálica como motivo para retirar el respirador en un coma irreversible, pero no está de acuerdo con continuar con las medidas de soporte después que ya se diagnosticó, con el objetivo de extraer los órganos. R.D. Truog¹⁰ por su parte afirma que nuestra comprensión sobre la muerte es tan oscura que hace incoherente el concepto de Muerte Encefálica y que solo sirve como criterio para la obtención de órganos para trasplante, a pesar de su amplia aceptación.

Por su lado, la Iglesia Católica desde 1958, a través del Papa Pío XII, dejaba clara su posición declarando que la prolongación de la vida por medios extraordinarios y la verificación del momento de la muerte eran aspectos de incumbencia médica. Fue el Papa Pío XII, quien primero admitió un criterio más amplio y científico de la muerte. Desde entonces las autoridades de la Iglesia Católica nunca han puesto objeciones teológicas a la definición de la Muerte Encefálica. En su tiempo, Juan Pablo II anunciaba que “es obvio que los órganos vitales solo pueden ser donados después de la muerte. Pero ofrecer en vida una parte de su cuerpo, una ofrenda que sólo se llevará a cabo después de la muerte, es ya en muchos casos un acto de gran amor, el amor que da vida a otros”¹¹, y continua diciendo: “Desde hace tiempo, diversas motivaciones científicas para la certificación de la muerte han desplazado el acento de los tradicionales signos cardio-

respiratorios al así llamado criterio neurológico. Es decir, a la comprobación, según parámetros claramente determinados y compartidos por la comunidad científica internacional, de la cesación total e irreversible de toda actividad cerebral (en el cerebro, el cerebelo y el tronco encefálico) frente a los actuales parámetros de certificación de la muerte -sea los signos “encefálicos” sea los más tradicionales signos cardiorrespiratorios-, la Iglesia no hace objeciones científicas. Merece especial reconocimiento la donación de órganos, realizada según criterios éticamente aceptables, para ofrecer una posibilidad de curación e incluso de vida, a enfermos tal vez sin esperanzas”¹². Pero también advertía: “No nos es lícito callar ante otras formas más engañosas, pero no menos graves o reales de eutanasia. Estas podrían producirse cuando, por ejemplo, para aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante, se procede a la extracción de los órganos sin respetar los criterios objetivos y adecuados que certifican la muerte del donante”¹³.

En Cuba a partir de la década del 70, en distintos centros de la capital, se comenzó a realizar el diagnóstico de Muerte Encefálica con los criterios de Harvard, los criterios del estudio colaborativo y los criterios del Reino Unido y en los años 80 se comenzaron a realizar investigaciones en esta área en centros como el Instituto de Neurología y Neurocirugía y Hospital “Hermanos Ameijeiras”.

Después de numerosas versiones, se publicó en la edición ordinaria del 21 de septiembre del 2001 de la Gaceta Oficial de la República de Cuba, la Resolución No. 90 de Salud Pública con dos anexos, que definitivamente da respuesta al Código Civil actual para la determinación y certificación de la muerte en Cuba y que establece que 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.

Hay que reconocer que en los últimos cincuenta años la medicina ha pasado a ser dominio de la ciencia; antes de esto, la curación era cosa de la tradición y la magia, actitudes que desafortunadamente en muchos casos, han persistido hasta nuestros días por lo que se impone entonces el surgimiento y desarrollo de la Bioética: Ética de la Vida, la cual vincula la ética con la medicina y humaniza el ejercicio médico y que estudia con las luces de la razón, las exigencias morales que se derivan de la naturaleza humana.

Todo lo que está relacionado con la vida humana es de la competencia de la Bioética, todo lo que se relacione con el ser humano como persona. Ser persona humana implica tener cierta identidad, una concepción de la vida y voluntad de actuar, poseer características personalógicas propias, memoria, sociabilidad, sentimientos, emociones, capacidad de amar y ser amado. Boecio¹⁴ en el siglo VI (dC) la definía como “ente individual de naturaleza racional”^{15, 16}.

Para Spaemann¹⁷, todo lo que del hombre se deriva, hombre es, incluyendo al individuo del género humano no nacido, y para Hoerster está totalmente injustificado despostrarle de ese derecho a la vida. “Persona no significa aquello que un hombre puede llegar a ser, sino aquél hombre que puede llegar a ser algo”¹⁸.

En la llamada Muerte Encefálica se han perdido todas esas facultades que son intrínsecas de la persona, por tanto, podemos concluir que la verdadera muerte se produce no cuando el sujeto deja de respirar o cuando desaparecen los latidos cardiacos, sino cuando el sistema nervioso pierde su condición indispensable de asiento material de la vida psíquica, social y espiritual del hombre.

A pesar de todo lo comentado hasta aquí, considero que los profesionales de la salud, médicos y enfermeros, e incluso aquellos vinculados a la atención a pacientes graves y/o terminales, en muchas ocasiones dudan acerca de qué hacer y cómo actuar ante el diagnóstico de Muerte Encefálica, por eso es tan dilemático este aspecto, y por ello son tan disímiles las actitudes de cada uno frente a un paciente en Muerte Encefálica. Esto está vinculado a las vivencias de cada cual, a sus concepciones ético-morales del mundo, en fin, a todo lo que lo singulariza como persona, ya que el médico o el personal de salud es un ser humano y como tal tiene individualidad. Las representaciones de los médicos sobre la muerte son como las del resto de la población en general: muy variables. Al final, los médicos somos personas, con individualidades, criterios, pensamiento y normas morales transmitidas muchas veces por nuestros antecesores y enmarcadas todas dentro de un ámbito sociocultural y circunstancial. Todo esto, unido quizás al desconocimiento del cuadro clínico en sí mismo, la falta de recursos y medios diagnósticos y la presión social a la cual está sometido el profesional de la salud, haga que en muchas ocasiones se opongán sin fundamento al diagnóstico de Muerte Encefálica o teman aceptarlo.

Se realizó una investigación para clarificar las acciones dilemáticas en torno a este tema y que al propio tiempo proporcione herramientas operacionales en el orden teórico-conceptual, para adentrarse en los procedimientos debidos en torno a la muerte, teniendo en cuenta un referente bioético adecuado, con el objetivo de explorar la conducta de los médicos vinculados a la atención del paciente grave sobre dilemas bioéticos en los procedimientos vinculados a la Muerte Encefálica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encuestaron 22 médicos especialistas que laboraban en las Unidades de Terapia Intensiva del Hospital “Hermanos Ameijeiras” en la fecha del estudio, la mayoría de ellos hombres (63.6%) y menores de 45 años (63.6%). La mayoría de los encuestados que sí eran ó máster ó diplomados, lo que traduce el alto nivel científico de la muestra.

Tabla: Distribución según categoría docente.

Categoría docente	n	%
Auxiliar	3	13.6
Asistente	1	4.5
Instructor	6	27.2
Ninguna	12	54.5
Total	22	100

Fuente: Encuesta.

Tabla: Distribución según categoría científica.

Categoría científica	n	%
Diplomado	6	27.2
Master	6	27.2
Los dos anteriores	7	31.8
Ninguno	3	13.6
Total	22	100

Fuente: Encuesta.

Todos los encuestados respondieron afirmativamente a la pregunta de que si conocía el diagnóstico de Muerte Encefálica y solo uno negó saber su diagnóstico (tabla), ¿carencia de un programa de aprendizaje que abarque más sobre este tema? Esto reviste gran importancia porque la certificación del fallecimiento siempre será efectuada por médicos, de ahí la necesidad de que este personal tenga bien claro no sólo el diagnóstico si no las implicaciones éticas, filosóficas y jurídicas que este implica.

Tabla: Distribución según si conoce el diagnóstico de Muerte Encefálica.

Conoce el diagnóstico de Muerte Encefálica	n	%
Si	21	95.4
No	1	4.5
Total	22	100

Fuente: Encuesta.

Considerar la Muerte Encefálica igual a muerte, es un concepto relativamente reciente en la historia de la humanidad, que necesitará probablemente muchos más años para ser asumido plenamente y hoy es conflictivo para la sociedad y para la medicina. Este tema en cuestión, no es simplemente un problema médico, sino que afecta a toda la sociedad requiriendo una profunda reflexión sociológica y moral.

Así mismo, 13.6 % de los encuestados nunca habían participado en este ejercicio diagnóstico (tabla). Realmente el diagnóstico de Muerte Encefálica nunca recae sobre una persona determinada, sino que es realizado por un equipo de trabajo que incluye a más de un médico intensivista, un psicólogo y un neurólogo, y requiere de experiencia al respecto, no solo en el cuidado, digamos médico, del paciente, sino también en el manejo de la dinámica familiar, sobre todo si se va a utilizar como donante, de ahí la importancia que reviste el conocimiento que debe tenerse desde el punto de vista bioético y filosófico de la muerte, no solo a la hora del diagnóstico, de la atención del paciente y de enfrentar a la familia sino para no tener conflictos internos, como lo demuestra la siguiente tabla, donde 84.2 % de los médicos que si habían participado o realizado el diagnóstico de Muerte Encefálica refirieron tener conflictos para aceptarlo.

Tabla: Distribución según si ha realizado o participado en el diagnóstico de muerte encefálica.

Ha realizado o participado en el diagnóstico de Muerte Encefálica	n	%
Sí	19	86.3
No	3	13.6
Total	22	100

Fuente: Encuesta.

Tabla: Distribución según si este ejercicio le ha acarreado algún conflicto.

Este ejercicio le ha acarreado algún conflicto	n	%
Sí	16	84.2
No	3	15.7
Total	19	100

Fuente: Encuesta.

Una vez realizado el diagnóstico de Muerte Encefálica existen tres caminos posibles: uno es valorar este paciente para donante, el otro es suprimir el apoyo vital en consecuencia con lo que supuestamente se conoce que este sujeto está muerto realmente y la tercera variante es esperar horas más tarde a que culmine un proceso que, por concepto, se sabe que es irreversible.

De los encuestados, 90 % evaluaban a los pacientes en Muerte Encefálica para donante, pero el resto no lo hacían (tabla), pero cuando el paciente no era valorado para donante solamente 50 % de los encuestados suprimían el apoyo vital en consecuencia con el concepto de Muerte Encefálica mientras que 50 % restante no actuaba así.

Tabla: Distribución según si valora para donante el paciente en Muerte Encefálica.

Valora para donante el paciente en Muerte Encefálica	n	%
Sí	20	90.9
No	1	4.5
No respondió	1	4.5
Total	22	100

Fuente: Encuesta.

Tabla: Distribución según conducta ante el no donante.

Conducta ante el no donante	n	%
Supresión del apoyo vital	11	50.0
Esperar a que culmine el proceso	9	40.9
No respondió	2	9.1
Total	22	100

Fuente: Encuesta.

Mantener las medidas de soporte en un cadáver carece de sentido y puede llegar a vulnerar el principio de No-Maleficencia, por lo que este estudio reveló que 50 % de

los médicos faltan a este principio. ¿Por qué? Opino que se deba a la educación que a todos los médicos se les ha dado de que tienen que salvar y salvaguardar la vida, o como diría el profesor Dueñas Becerra “debido a que los médicos no pueden convertirse nunca en instrumentos de muerte, pues su función es preservar la vida y no destruirla”¹⁹. Gómez Rubí se refiere a la Muerte Encefálica como “un consenso para evitar el soporte vital inútil y obtener órganos para trasplantes antes de la detención del corazón”²⁰ y a pesar de la rudeza de su afirmación estoy plenamente de acuerdo con ella después de conocer que este proceso es totalmente irreversible, y en estos casos, la asistolia ocurrirá en poco tiempo.

Lo cierto es que casi 50 % de los médicos encuestados no actúan consecuentemente con lo que afirman conocer, es decir, con el diagnóstico de Muerte Encefálica y esta disociación conocimiento teórico/ práctica habitual asevera aún más lo dilemático de la situación.

En el mundo este tema sigue siendo controversial, en países como Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú y Venezuela, una vez diagnosticada la Muerte Encefálica si no se utiliza para donante, no es necesario retirar el soporte vital ya que esto no está normado, mientras que en otros como España y Portugal la retirada del soporte vital es normativa si no se va a utilizar como donante. En la mayoría de los países existe rechazo a retirar la ventilación asistida en el caso de niños en Muerte Encefálica.

Esto puede traducir que aún los profesionales de la salud no han asumido plenamente el concepto de Muerte Encefálica como sinónimo de muerte del individuo, esto se ha visto más acentuado en áreas donde no existe una tradición de trasplante de órganos. Traduce además el desconocimiento de la Bioética por los profesionales de la salud, específicamente los médicos. Ya desde 1968, en la Declaración de Sydney adoptada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, la determinación del estado de muerte de una persona permite, desde el punto de vista ético, suspender los intentos de resucitación y, en aquellos países donde la ley lo permite, extraer órganos del cadáver siempre que se hayan cumplido los requisitos legales vigentes de consentimiento²¹. Por lo que diagnosticar la Muerte Encefálica y no utilizar el cadáver como donante o no retirar los apoyos para soporte vital que tiene es contradecir el supuesto diagnóstico.

A pesar de que la mayoría de los médicos habían trabajado con donantes y receptores de órganos, 86.3% (en caso de donantes) y 72.7 (en caso de receptores) hubo un pequeño por ciento de ellos que refirieron no estar conforme con esta esfera de su trabajo. ¿Conflictos psicológicos? Es una posibilidad, de ahí la importancia de que se conozca a profundidad, tanto el concepto de Muerte Encefálica como sus implicaciones bioéticas, jurídicas y psicosociales.

Tabla: Distribución según si ha trabajado con donantes de órganos.

Ha trabajado con donantes	n	%
Sí	19	86.3
No	3	13.6

Total	22	100
--------------	----	-----

Fuente: Encuesta.

Tabla: Distribución según si ha trabajado con receptores de órganos.

Ha trabajado con receptores	n	%
Sí	16	72.7
No	6	27.2
Total	22	100

Fuente: Encuesta.

Tabla: Distribución según si se siente a gusto con este trabajo.

Se siente a gusto	n	%
Sí	14	73.6
No	4	21.0
No respondió	1	5.2
Total	19	100

Fuente: Encuesta.

Tabla: Distribución según si se siente a gusto con este trabajo.

Se siente a gusto	n	%
Sí	6	37.5
No	6	37.5
No respondió	4	25.0
Total	16	100

Fuente: Encuesta.

La negación ante la posibilidad de que un familiar cercano sirviera de donante, en la supuesta situación de estar en Muerte Encefálica se evidenció en 18.1% de los médicos (tabla), lo que denota que aun conociendo el concepto y el diagnóstico y trabajando en esta rama de la medicina, todavía existen conflictos afectivos para ofrecer un órgano.

Tabla: Distribución según si aceptaría donar órganos de un familiar allegado.

Aceptaría donar órganos de un familiar allegado	n	%
Sí	18	81.8
No	4	18.1
Total	22	100

Fuente: Encuesta.

A pesar de que la mayoría de los médicos respondieron que SÍ a la pregunta de que si confiaba o no en el diagnóstico de la Muerte Encefálica, que da origen a la siguiente tabla, y sólo uno de los médicos respondió con NO a esta interrogante, nos plantea la posibilidad de que aún en esa esfera de la ciencia, las ciencias médicas, donde diariamente se trabaja con seres humanos, se enfrenta a la muerte cara a cara, se vive dentro de miserias y sufrimientos, aún en esta rama existe un desconocimiento importante de la ética de la vida. Y aún más grave, un médico considera que el concepto de Muerte Encefálica y de eutanasia se superponen, lo que denota un desconocimiento marcado del tema, y más aún, lo que supone que pudieran existir errores

en el diagnóstico y conducta a asumir.

Tabla: Distribución según si confía en el diagnóstico de Muerte Encefálica.

Confía en el diagnóstico de Muerte Encefálica	n	%
Sí	21	95.4
No	1	4.5
Total	22	100

Fuente: Encuesta.

Tabla: Distribución según si considera que el concepto de Muerte Encefálica y Eutanasia se superponen.

Considera que el concepto de Muerte Encefálica y Eutanasia se superponen	n	%
Sí	1	4.5
No	21	95.4
Total	22	100

Fuente: Encuesta.

Dueñas Becerra se preguntaba: “¿están preparados nuestros profesionales y técnicos de la salud, así como los familiares del paciente con diagnóstico de Muerte Encefálica, para aceptar la distanasia?”²² Estudios cubanos arrojan que en muchas ocasiones los familiares estaban mejores informados que los propios profesionales de la salud, lo que es sin duda una sorprendente paradoja y confirma el planteamiento de que aun carecemos, en nuestras facultades de medicina y enfermería, de un programa de estudio que abarque estos temas desde los primeros años, con el fin de que nuestros educandos lleguen a ser profesionales realmente integrales.

Este conflicto no solo afecta a los médicos cubanos y se han planteado controversias en el ámbito profesional, por ejemplo, en Gran Bretaña entre los médicos de Terapia Intensiva y los anestesiólogos, sobre si debe o no aplicarse anestesia al donante en Muerte Cerebral para efectuar la ablación de los órganos.

Otros autores como Singer, filósofo australiano afirma que “la Muerte Encefálica no es más que una ficción práctica, que permite salvar órganos para trasplantar, que de otra forma se desperdiciarían y para suprimir la ventilación mecánica en situaciones en las que está resultando inútil”²³ cuestionan y encuentra múltiples contradicciones en la definición, en el criterio y en los exámenes complementarios diagnósticos de la muerte²⁴.

En nuestra sociedad, caracterizada por su proyección humanista, la práctica de la eutanasia no es admitida éticamente, ni tiene aceptación legal alguna, los médicos no pueden convertirse nunca en instrumentos de muerte como diría el profesor Dueñas Becerra. “Frente al hecho inevitable y doloroso de la muerte, la medicina cubana revo-

lucionaria debe proporcionarle al paciente un final digno, sin sufrimientos innecesarios y en compañía de sus seres queridos. Por otra parte, debe ayudar al paciente y a sus familiares a enfrentarse con la muerte y a percibirla, según la óptica martiana, “como vía..., no como término”²⁵

Opino igual que Gómez Rubí: “además de los argumentos de carácter biológico que avalan la definición de Muerte Encefálica, razones ancladas en los Principios de la Bioética lo apoyan igualmente”²⁶

No obstante, este tema es un tema sobre el cual es muy difícil llegar a consenso. “La vida y la muerte humanas no son hechos brutos que los sujetos se limiten a constatar, sino acuerdos normativos que marcan criterios para decidir quiénes deben ser considerado vivos y quiénes muertos. La vida y la muerte humanas tienen, como las del resto de los seres vivos, una dimensión biológica.”²⁷

En este trabajo se recoge la cotidianeidad en el quehacer médico y cómo enfrentan este problema. La certificación de Muerte Encefálica es un diagnóstico de gran responsabilidad, con trascendencia médica, ética y legal, no sólo por la conducta que este diagnóstico implica en lo que a actuar médico se refiere, sino por lo que significa para la familia o los acompañantes, desde el punto de vista sentimental, por lo que todos los profesionales que se relacionen con él en algún momento de su vida laboral deben actuar con la mayor seriedad y demostrar el mayor conocimiento de la bioética.

Por eso, a pesar de la incertidumbre que puede desarrollarse alrededor de este tema, de la necesidad de órganos en buen estado para salvar vidas necesitadas, de tratar de acortar el sufrimiento de una familia en duelo, no podemos deshumanizar la muerte, no podemos aceptar la afirmación de que la muerte es “fenómeno técnico”²⁸, por encima de todo debemos ser humanos y respetar el dolor del prójimo.

Definir la muerte es un desafío en la actualidad, y ha devenido en uno de los temas más acuciantes de la bioética, en la búsqueda de criterios teóricos que puedan trasladarse sin mayores dificultades a la práctica médica cotidiana. Nos corresponde a los bioeticistas, médicos, científicos de hoy trillar el camino para generaciones venideras. **B**

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de Muerte Encefálica sigue siendo un conflicto aún para los médicos.
- Los médicos vinculados a la atención al paciente grave en el marco de los cuidados intensivos; conocen el concepto y saben realizar el diagnóstico de Muerte Encefálica, pero les resulta difícil asumir una conducta consecuente ante el mismo.
- En algunos casos, existe un divorcio entre lo que anuncia el concepto de Muerte Encefálica que tienen los médicos y lo que habitualmente hacen en la práctica cotidiana.

Bibliografía

1.- Dueñas Becerra J. Muerte encefálica: una reflexión bioética. Rev. Cub. Psicología. 2003; 20 (1):1.

2.- Disponible en: www.frasesycitas.com

3.- Epicuro de Samos: filósofo griego que vivió entre los años 341 y 270 a.C. Fundador de la escuela del epicureísmo. Defendió que los sabios debían mantenerse al margen de la política.

4.- Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: EUDEMA; 1991. P.10

5.- Lain Entralgo P. Cuerpo y alma. Madrid: Ed. Espasa Calpe; 1992. pp 352-375.

6.- Gracia D: Determinación del momento de la muerte. Consecuencias éticas. En Ética de los confines de la vida. Madrid: Ed. El Búho; 1998. pp 331-340.

7.- Moshé ben Maimón: Filósofo y rabino del siglo XII. Fue el médico, rabino y teólogo más célebre de la Edad Media. Nació en Córdoba el 30 de marzo de 1135 y murió en diciembre 13 de 1204. Fue considerado hereje de su religión por ser el responsable de convencer a los caraitos de apartarse de sus prácticas originales y acercarse al judaísmo rabínico.

8.- Nota del autor: La vida que representa el supremo valor para los Evangelios no es la vida física, ni siquiera la psicológica, pues para estas dos últimas se utilizan cuidadosamente las palabras griegas “bios” y “psyke”; sino la vida divina comunicada al hombre, y para esto utilizan la palabra “zoé”. Así se entiende mejor en Juan 12, 25 donde se utiliza un juego de palabras que se pone en labios de Cristo cuando dice “El que ama su vida (como “psyke”) la pierde; el que dio su vida (“psyke”) en este mundo la guardará para una vida eterna (como zoé)”.

9.- Rao, D. I. Autonomía vs. Utilitarismo Social. Bibliografía de la Maestría en Bioética del Centro Juan Pablo II y Universidad de Valencia. Curso 2009-2010.

10.- Este autor cuestiona muy seriamente el concepto de Muerte Cerebral, considerándolo incoherente en la teoría, su propuesta es abandonar el concepto de muerte cerebral y permitir la donación de órganos separando este tema de la discusión sobre la dicotomía vida /muerte, obligándose a cumplir en los casos de EVP, anencefalia y también en otras situaciones los principios de consentimiento (expreso del donante y/o su representante) y de no maleficencia.

11.- S.S. Juan Pablo II Palabras pronunciadas en el discurso I Congreso Internacional de la Sociedad para la Búsqueda de Órganos Roma, Italia, 1991.

12.- S.S. Juan Pablo II Palabras pronunciadas en el discurso I Congreso Internacional de la Sociedad para la Búsqueda de Órganos Roma, Italia, 1991.

13.- S.S. Juan Pablo II, Encíclica Evangelium Vitae. nro. 15.

14.- Anicio Manlio Torcuato Severino Boecio nació en Roma en el año 480 d.c., de familia noble; estudió primero en su ciudad natal, luego, durante 18 años. Posteriormente en Atenas y, finalmente, en Alejandría, donde fue discípulo de Ammonio Sacas. Murió decapitado y torturado en Pavía, alrededor de los años 524/525. Fue un filósofo y estadista romano, a menudo llamado “el último de los Romanos”, considerado por la tradición como mártir cristiano. La obra más madura de su pensamiento es la famosa *Consolatio Philosophiae*, la cual es una síntesis de su filosofía, es un testamento político moral y espiritual, en el que armonizando a Platón, neoplato-

nismo, Aristóteles, tradición latina y cristianismo, se queja de las injusticias de esta vida poniendo su pensamiento en Dios y en la filosofía.

- 15.- De S. Boecio. De duabus naturis et una persona, cap. 3; pl. 64, 1343 ss. Citado en: Zamora Marín R. Consideraciones bioéticas sobre la muerte encefálica y su relación con las ciencias médicas. Reflexiones 2002; (2)
- 16.- Nota del autor: Concepto de Naturaleza en Boecio. Distingue cuatro conceptos de Naturaleza. En primer lugar significa cualquier realidad inteligible, o sea todo aquello con lo que podremos responder a la pregunta: ¿qué es esto? El segundo se puede aplicar a las cosas, o sea a las sustancias materiales o inmateriales. En tercer lugar y de una forma más específica se utiliza para los cuerpos no artificiales. En el cuarto lugar “natura” designa no a la cosa concreta, sino a la forma general o esencia, mediante la cual se determina la diferencia específica de un tipo de sustancia frente a las demás. Este último concepto es el que le sirve a Boecio para expresar su definición de persona.
- 17.- Robert Spaemann (Berlín, 5 de mayo de 1927), filósofo católico alemán. Doctor Honoris Causa por las Universidades de Friburgo (Suiza), Navarra (España) y Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesor Emérito de la Universidad de Munich. Autor de numerosos libros y artículos, traducidos a doce idiomas. Figura internacional en temas éticos y de fundamentación de la política de derechos humanos y dignidad del hombre. Es miembro de la Pontificia Academia para la Vida.
- 18.- Spaemann R. ¿Son todos los hombres personas? Disponible en: almudi.org abril 2002
- 19.- Dueñas Becerra, J. Muerte encefálica: una reflexión bioética. Rev. Cub. de Psicología 2003; 20 (1): 1.
- 20.- Gómez Rubí JA. Diagnóstico de la muerte: criterios cardiorespiratorios y neurológicos. Muerte clínica y reanimación cardiopulmonar. Ordenes de “no reanimar” Bibliografía de la Maestría en Bioética del Centro Juan Pablo II y Universidad de Valencia. Curso 2009-2010.
- 21.- Disponible en: www.muerte.bioetica.org.
- 22.- Dueñas Becerra, J. Muerte encefálica: una reflexión bioética. Rev. Cub. de Psicología 2003; 20(1): 1.
- 23.- Singer P. Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional. Barcelona: Piados; 1997. p. 47
- 24.- Gherardi C. Muerte Cerebral: una mirada crítica reflexiva. Rev. Ecuatoriana Med. Crítica. 3 (1).
- 25.- Dueñas Becerra J. Muerte Encefálica: una reflexión bioética. Rev. Cub. de Psicología 2003; 20 (1): 1.
- 26.- Gómez Rubí JA. Diagnostico de la muerte: criterios cardiorespiratorios y neurológicos. Muerte clínica y reanimación cardiopulmonar. Ordenes de “no reanimar”. Bibliografía de la Maestría en Bioética del Centro Juan Pablo II y Universidad de Valencia. Curso 2009-2010.
- 27.- Rodríguez-Arias Vailhen D. Definir los confines de la vida humana: ¿problema médico, jurídico o ético? Disponible en: <http://infodoc.iserm.fr>
- 28.- Ariès Ph. Historia de la Muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días. Barcelona: El Acantilado; 2000.

