



## Foro-debate: MUERTE DIGNA

/22 Noviembre 2011/

**Dr. Ricardo Aznarez**

La temática de la muerte digna presenta una problemática compleja cuyo análisis es un gran desafío para varias ciencias, la Medicina, la Ética, la Bioética, la ciencia Jurídica, la Sociología y la Antropología. Por eso es para mí un orgullo que me hayan convocado a este foro de la Maestría Superior de Bioética y poder compartir conceptos con tan calificada compañía.

Analizar los términos implicados en el concepto de la Muerte digna es muy importante porque el tema necesita un marco legal en la Argentina, un país que tiene una religión oficial, pero que también tiene una población heterogénea con creencias diferentes, pero con iguales derechos para ejercitar sus libertades.

El avance de la tecnología médica y analizando cuidadosamente los distintos principios éticos, religiosos y culturales involucrados en el tema, más que un debate creo que se debe buscar un consenso. Por ello se impone un análisis de los términos y criterios que pueden haber sido contrapuestos en el debate de esta temática pero que en el fondo son confluentes porque las ciencias y las culturas a lo largo de la historia han sido coincidentes en evitar o disminuir el sufrimiento de la muerte que es uno de los pocos eventos o situaciones que todos los seres humanos en algún momento debemos enfrentar.

Como la situación de la muerte puede presentarse de muy distintas maneras, se ha preferido enfocar el tema presentando la situación de reflexión según exista o no pérdida de la conciencia.

### **Situaciones del fin de la vida con pérdida de la conciencia:**

#### **Dilemas en Patología Neurológica**

##### **Muerte.**

En la prehistoria hace alrededor de 100.000 años contamos con el primer registro de enterramiento de un espécimen de Homo Neandertal, uno de los últimos eslabones del género Homo en la cueva de Shanidar en la región montañosa de Zagros en Irak. Los fósiles muestran inequívocamente los restos depositados sobre un lecho de flores y rodeado por ellas<sup>1</sup>. El concepto de muerte se manifiesta en la descomposición del cuerpo, hecho tan inaceptable en la prehistoria como hoy, por lo que se inician los rituales de enterramiento y luego la búsqueda de los síntomas anticipatorios, la ausencia de respiración y más tarde el pulso.

A lo largo de la historia ha habido tres conceptos de muerte, la muerte respiratoria, la muerte cardíaca y la muerte cerebral. Estas definiciones han ido cambiando a medida de que la ciencia médica ha ido progresando en su diagnóstico.

Actualmente consideramos Muerte siguiendo el concepto de muerte cerebral, cuando se constata la muerte del encéfalo o tronco cerebral. Este órgano es el que contiene la capacidad de conciencia, porque en él se encuentran los núcleos de la base del cráneo que son los responsables de la vida vegetativa y de las funciones vitales. El contenido

de la conciencia se encuentra en la corteza cerebral. El estado de muerte cerebral se comprueba por el registro electroencefalográfico plano o ausencia de actividad eléctrica<sup>2</sup>.

Este diagnóstico es el que ha permitido la práctica de trasplantes con donante cadavérico.

Se dice que el concepto de muerte cerebral es un criterio demasiado ortodoxo, porque deja fuera del mismo a la muerte de la corteza (neocortex). La muerte de la corteza cerebral ocurre en la mayoría de los estados vegetativos persistentes y los mismos aunque no entran dentro de la definición de muerte cerebral, son irrecuperables.

### **Estado vegetativo persistente.**

Es un estado caracterizado por la pérdida de la conciencia pero con conservación de funciones vegetativas como la actividad cardíaca, la respiración en algunos casos, y los ciclos de sueño y vigilia. En este estado existe indemnidad del tallo o tronco cerebral que sirve de paso a las raíces sensitivas y motoras que llegan a la corteza cerebral, y contiene los núcleos de la base del cráneo donde asientan los centros que regulan las funciones vegetativas. En este estado la corteza cerebral está dañada de distintos modos que dependen de la causa que lo generó.

El pronóstico de este estado depende también de la causa de origen. Si el estado vegetativo persistente es post traumático es improbable recuperar la conciencia después de doce meses de evolución y en casos no traumáticos es excepcional recuperar la conciencia luego de tres meses de evolución.

Este estado es frecuentemente consecuencia de la anoxia o falta de oxígeno que daña precozmente la corteza y respeta el tronco cerebral<sup>1</sup>.

### **Problemas que se generan en estos estados:**

#### **Eutanasia. Encarnizamiento médico.**

Son los dos extremos de un mismo hecho, la supresión de la vida o los esfuerzos desproporcionados por mantenerla.

Eutanasia: Proviene del griego y significa buena muerte. Significa inducir la muerte de una persona ya sea pasivamente por no brindar la asistencia necesaria o activamente, cuando se realizan acciones destinadas a provocar la muerte del paciente.<sup>3</sup>

Dado el profuso empleo dado al término en el sentido de provocar la muerte, no me parece útil el uso del término Eutanasia pasiva ya que puede sobreentenderse que se está provocando la muerte y no es así porque el objetivo de la omisión es otro.

A pesar de lo desconocida, la historia de la Eutanasia es tan larga como la humanidad. Según el enfoque de Historia de la Mentalidades de Philippe Aries, podemos estudiar a la Eutanasia desde tres mentalidades a lo largo de la historia.

- Eutanasia Ritualizada.
- Eutanasia Medicalizadora
- Eutanasia autonomizadora<sup>4</sup>.

En la eutanasia ritualizada el hombre primitivo no distingue bien entre el matar y dejar morir. Su aceptación del hecho de la muerte se sintetiza en rituales fúnebres y ceremonias en las que se aportan al moribundo vino, brebajes, drogas y venenos y medios físicos como ungüentos inciensos y ahumado que además de matar al sufriente con el humo ayudan a preservar el cadáver. Otros eran medios de carácter psíquico como el apartamiento o abandono de ancianos. En América del Sur se utilizó el asesinato directo, el despenador.

También es conocida la costumbre en Esparta de arrojar los niños malformados desde el Monte Taigeto para mantener la supremacía bélica de su pueblo.

También es parte de esta eutanasia los ritos de rematar a los heridos o ajusticiados. Matar por piedad, el tiro o la puñalada “de gracia”.

La Eutanasia medicalizadora comienza en Grecia desde Platón con conceptos como los de “la sociedad natural o perfecta debe estar compuesta por hombres sanos”, expuesto en su obra La República.

Desde tiempos de César Augusto el historiador Seutonio comienza a utilizar la palabra Eutanasia y significó el arte de morir pacíficamente y el arte del médico de lograrlo.

Desde entonces y durante mucho tiempo la medicina fue eutanásica buscando evitar el sufrimiento y sin diferenciar demasiado la muerte por acción u omisión.

Eutanasia Autonomizada:

Desde antiguo las decisiones sobre la Eutanasia pertenecían al grupo social o al familiar, luego pertenecen a los estados como el caso de Esparta, y estaban se originaban en motivos políticos, sociales, médicos, eugenésicos, etc. Así se llega a los horrores de la época Nazi de Eutanasia para purificación de la raza o en aras de atroces investigaciones médicas.

Luego de la Segunda Guerra Mundial con el advenimiento del reconocimiento de los derechos humanos se comienza a reconocer la autonomía del paciente y por ello las decisiones sobre la vida y la muerte pasan al terreno individual del mismo<sup>4</sup>.

### **Encarnizamiento Médico.**

Esta es la situación opuesta a la eutanasia y consiste en realizar esfuerzos terapéuticos que se creen heroicos pero que son desproporcionados a la realidad diagnóstica del paciente. Estas maniobras terapéuticas son incompatibles con la muerte digna porque muchas veces prolongan una agonía y en muchos casos generan sufrimiento al paciente, y nada más opuesto a la muerte digna porque se causa sufrimiento vulnerando los principios de no maleficencia, beneficencia y de autonomía porque eso no hubiera sido lo deseado por el paciente. Finalmente también se vulnera el principio de justicia porque se derrochan recursos que podrían ser utilizados por otro paciente que realmente lo necesita.

Las causas del encarnizamiento médico generalmente no dependen del paciente. Es buena aquí una reflexión sobre el papel de los familiares del paciente quienes suelen ser causa de ello.

Los familiares del paciente que se encuentra en el fin de su vida tienen generalmente una ambigüedad entre dos posiciones:

1- Desean que se haga el máximo esfuerzo terapéutico posible, porque les genera culpa si no lo exigen.

2- Desean que la muerte sobrevenga lo antes posible para terminar con el sufrimiento del enfermo y del suyo propio.

Otro factor de encarnizamiento médico es el político, cuando la persona en situación terminal es un jefe de estado o una personalidad importante y se supone que se requieren los máximos esfuerzos para su recuperación.

### **Situaciones del fin de la vida “sin pérdida de la consciencia”.**

Esta es la situación típica del Cáncer pero no exclusiva de él sino también de otras enfermedades de tipo degenerativo o autoinmunes cuya evolución lleva a un cuadro similar donde los hechos principales son el Dolor, la pérdida paulatina y progresiva de las funciones, la imposibilidad de recuperación y finalmente la muerte, donde una de las últimas cosas que se pierden es la consciencia.

Casi todas las enfermedades crónicas tienen un alto grado de curación pero un porcentaje de ellas son incurables y llevan al enfermo al estado terminal.

### **Situación del paciente.**

En este caso el paciente es el centro de interés y en el fin de su vida se ve embargado de lúgubres sentimientos o sensaciones: el dolor, el temor y la soledad.

Las tres sensaciones progresan a medida que progresa la enfermedad. En estas situaciones por falla de las medidas terapéuticas el paciente cae en la desesperación.

Los problemas que se presentan en esta etapa son: La Eutanasia y el Suicidio asistido.

Suicidio Asistido:

Es el paciente que pone fin a su vida colocándose una dosis letal de un fármaco prescrito por su médico con intención de ayudarlo.<sup>5</sup>

A esta situación se llega principalmente por el fracaso de las medidas terapéuticas y en especial de las medicaciones analgésicas.

### **Medicina Paliativa.**

Dentro del concepto de Muerte digna cobra especial importancia esta rama de la medicina que tiene por objetivo el tratamiento del dolor y de los distintos síntomas que se van sumando en la evolución de las enfermedades terminales. Cobra aquí gran importancia la Autonomía del Paciente y el consentimiento informado.

#### **Autonomía**

Es la capacidad de los seres humanos de decidir racionalmente el destino de sus vidas.

Es necesario para el ejercicio auténtico de la autonomía:

- que la decisión autónoma no sea forzada
- poseer opciones reales sobre las cuales decidir
- necesidad de poseer toda la información relevante<sup>6</sup>.

La información que el médico debe brindar al paciente debe ser soportable y progresiva. Esto significa que por un lado no debe ocultársele información al sobre su estado, como ocurría en el pasado donde el paciente percibía el murmurar entre el médico y sus familiares generándole gran ansiedad y la soledad a la que antes nos referíamos. Por otro lado decimos información tolerable y progresiva porque aunque parezca o sea un paternalismo médico, el buen manejo de la información hace que no sea conveniente decir toda la cruda verdad al enfermo, porque concretaríamos los que a veces denominamos “sincericidio” con consecuencias nefastas para el paciente.

He leído el proyecto del Senador Cabanchick con el cuál estoy de acuerdo y me parece muy interesante, respecto de la autonomía e información al paciente, la figura del Testamento biológico anticipado y su registro en el momento de la vida de cada persona en pleno uso de sus facultades.

Finalmente estoy convencido de que la medicina actual a través de los cuidados paliativos está en condiciones de conducir todas las manifestaciones dolorosas de las situaciones terminales de las distintas enfermedades mediante el uso de medios de sostén vitales que sean proporcionados para lograr una muerte digna a los pacientes y en total respeto de su autonomía.

---

<sup>1</sup> Leakey RE. *La formación de la Humanidad*. Vol. 1. Biblioteca de Divulgación Científica. Ed. Orbis. Hyspamerica. Buenos Aires 1986; p. 125.

<sup>2</sup> Sfaello, Z. “Estados Neurovegetativos”. Simposio sobre Muerte Digna. *Academia Nacional de Derecho y Ciencias Jurídicas de Córdoba. Academia de Ciencias Médicas. Córdoba. 1999.*

---

<sup>3</sup> Luna, F. Salles, A. *Decisiones de Vida y Muerte. Eutanasia, Aborto y otros temas de ética médica.* Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1995. p. 111.

<sup>4</sup> García, D. “Historia de la Eutanasia”. *Curso Avanzado de Medicina y Cuidados Paliativos.* Palium Latino América. Universidad de El Salvador. Buenos Aires. 2004-2005. Módulo I. p 14-28.

<sup>5</sup> Luna, F. Salles, A. *Ib ídem...* p. 114.

<sup>6</sup> Luna, F. Salles, A. *Ib ídem...* p. 27.