

Muerte digna: ¿a quién compete decidirlo?

César Gutiérrez Samperio, Ma. Guadalupe del Rocío Guerrero Lara, José Trinidad López Vázquez

La vida es un proceso en el que existe un intercambio continuo de materia y energía, se inicia desde el momento de la concepción, pasa por las fases de crecimiento, reproducción para perpetuar la especie, y de deterioro progresivo que ineludiblemente termina con la muerte. Este proceso depende de la integridad orgánica y funcional del individuo, puede transcurrir durante un tiempo más o menos largo, de acuerdo con la especie, la raza del ser humano, los factores genéticos, las condiciones de salud, nutricionales, sociales y económicas, en forma tranquila y placentera, o bien, con la interferencia de obstáculos de la más diversa índole, como las enfermedades con las que convive de la mejor manera posible, o bien las supera por la respuesta o adaptación de su organismo, con la intervención y ayuda de otras personas, aplicación de medicamentos y diferentes procedimientos terapéuticos. Todo lo anterior da lugar a malestar, dolor y sufrimiento, que conduce a lo que conocemos como "calidad de vida".¹

La muerte como interrupción del proceso vital, del intercambio de materia y energía tiene diferentes connotaciones: la muerte programada o apoptosis, que condiciona la longevidad, degeneración orgánica y funcional, así como el crecimiento de neoplasias, la que depende del equilibrio de la acción de diferentes genes; la muerte súbita por un traumatismo o enfermedad aguda, muerte como desenlace final de una enfermedad infecciosa, inmunológica o cronicodegenerativa, que se ha definido como la suspensión o paro cardiorrespiratorio irreversible a las maniobras de resucitación, concepto que por los avances científicos y tecnológicos disponibles en la actualidad no siempre es válido, por lo que ahora es necesario utilizar los criterios de muerte cerebral con vida vegetativa, o mejor aún el de muerte encefálica. Sin embargo, todo lo anterior se relaciona estrechamente con la calidad de vida y lo que llamamos muerte con dignidad o muerte digna.²

Cuando se habla de dignidad puede uno referirse al decoro y honradez con el que una persona responde a una agresión, sin humillación, es el amor propio, el respeto a sí mismo y a nuestros semejantes. Muchos

de los procedimientos terapéuticos que utilizamos en la actualidad, con el fin de curar una enfermedad, prolongar una vida o retrasar la muerte atentan contra la dignidad de los enfermos, lo que es común en pacientes graves que habitualmente se atienden en las unidades de cuidados intensivos (UCI), pero también en enfermos terminales, con una expectativa de vida menor a seis meses, como consecuencia de una enfermedad aguda con complicaciones que han llevado a una insuficiencia orgánica funcional múltiple, en enfermedades cronicodegenerativas prolongadas o en padecimientos neoplásicos avanzados.^{2,3}

En cuanto a la pregunta ¿a quién compete decidirlo? La respuesta casi siempre la da la naturaleza, la historia natural de la enfermedad que al agotar la resistencia física y funcional del enfermo termina con su vida, a lo que se ha llamado "muerte natural" en contraste a la que ocurre con la intervención de otra persona, generalmente un integrante del equipo de salud que aplica diversas medidas terapéuticas, se trata de una "muerte asistida" en la que participa la voluntad del enfermo y de quienes lo rodean, ellos pueden decidir cuando han dejado de ser útiles. En este caso sí es pertinente la pregunta ¿a quién compete decidirlo? la respuesta es difícil y difiere según las características particulares de cada paciente, las condiciones que lo rodean, el pensamiento, valores y juicio que prevalece en quienes lo atienden, determinados por la corriente filosófica de la bioética que se toma como marco de referencia.⁴

La toma de una decisión en casos difíciles, el juicio y las recomendaciones pertinentes ante un dilema bioético, se basan en las corrientes filosóficas que les sirven como fundamento: la deontológica kantiana que se apoya en el quehacer diario del médico y de los integrantes del equipo de salud; la principialista de Beauchamp y Childress que se basa en los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia; la personalista para la cual el respeto de la dignidad humana es lo más importante; la utilitarista o pragmática, que pretende el beneficio para el mayor número de personas, aceptable cuando dicho beneficio es para los

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro

Recibido para publicación: 25 julio 2012

Aceptado para publicación: 13 agosto 2012

Correspondencia: Dr. César Gutiérrez Samperio

Hilario Frías y Soto Núm. 15, Col. Ensueño, 76178

Querétaro, Qro. México.

Tel. (442)215-8511

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

pacientes. Generalmente ellas tienen aplicación total o parcial en todos los casos, sin que sean contradictorias, por lo contrario sus componentes se complementan.⁵⁻⁷

La cultura de la muerte cambia de acuerdo con los pueblos y época en que se presenta, en la más remota antigüedad se le veía con temor, pero también con veneración, en algunos pueblos se rendía un verdadero culto a los muertos; los embalsamientos, entierros y construcción de pirámides en Egipto son la mejor demostración de ello, lo mismo ocurrió en culturas mesoamericanas precolombinas, como lo muestran las estelas de Monte Albán o el templo de Palenque. Algunas costumbres han persistido hasta nuestros días, sobre todo en el medio rural y entre la población indígena, como las impresionantes ceremonias en la isla de Janitzio en Michoacán, así como las ofrendas a los muertos difundidas en todos los estratos sociales y económicos, lo que en algunos lugares ha llegado a constituir un hecho cultural que mucho tiene de folclore.⁸

La "tanatología" palabra que evoca al Dios griego *Thanatos*, reconocido como Dios de la muerte, es una disciplina que trata no sólo lo referente al momento de la muerte, también comprende todas aquellas circunstancias que la preceden, condicionan o desencadenan, así como las repercusiones en las personas que rodean a quien fallece, en el medio familiar y en el contexto social en el cual se desenvuelve el enfermo y ocurre el desenlace final. Es importante puntualizar que la reacción ante la muerte es variable, depende de la edad del paciente, de la gravedad y duración de la enfermedad que la produjo, de las condiciones económicas, sociales y culturales en que tiene lugar, pero siempre da lugar a una reacción del paciente, así como al duelo de las personas que lo rodean.^{9,10}

La reacción del enfermo la describió Elizabeth Kluber Ross en varias etapas:

Negación, incredulidad	¿Por qué a mí?
Ira, agresividad, rabia	¿Por qué yo y no tú?
Transacción, regateo	¿Cambié algo?
Depresión, soledad	¿Para qué?
Resignación, alivio	Todos moriremos
Aceptación, esperanza	¿El más allá?

El enfermo no necesariamente pasa por todas estas fases, ni se presentan en el orden antes enunciado, en ocasiones pasa indistintamente de una a otra, o después de estar en las últimas regresa a las primeras, por agravamiento o circunstancias inherentes a la misma enfermedad. En la reacción también influyen las molestias, dolor o sufrimiento que produce la enfermedad y, desde luego, el cuidado y apoyo recibido.^{10,11}

La decisión en cuanto a la indicación, realización o suspensión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos en enfermos moribundos no siempre es fácil, estas decisiones no sólo corresponden a los médicos, en ellas deben participar el enfermo cuando está consciente y orientado, sus familiares o la persona responsable, autoridades sanitarias, civiles o judiciales y, en algunos casos, cuando existen controversia, los comités de

bioética hospitalarios, cuya función es normativa y de asesoría, nunca ejecutiva.¹²

En seguida se abordan los principales problemas bioéticos en las personas gravemente enfermas o en fase terminal, dilemas en la conducta ante la muerte, cuya solución no es única, por lo que se requiere de un análisis completo y una reflexión profunda, para así poder tomar la mejor decisión. Estos problemas son; encarnizamiento terapéutico, eutanasia pasiva y activa, suicidio asistido, ortotanasia y trasplante de órganos.

Encarnizamiento terapéutico

Ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera a la regulación legal y ética, lleva implícito un componente de ensañamiento o crueldad, al utilizar múltiples procedimientos molestos y peligrosos, cuya indicación y utilidad no se ha demostrado del todo, lo mismo puede decirse de la aplicación excesiva de medicamentos, a todo lo anterior también se ha denominado distanasia.¹³

Los enfermos graves o en estado crítico generalmente se encuentran en la UCI, en la cual, tanto en los enfermos recuperables como en los no recuperables se realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en los que se usan aditamentos y equipo sofisticado, como son: catéteres arteriales y venosos, diferentes tipos de sondas, monitores, respiradores, bombas de infusión, transfusiones, nutrición parenteral, antibióticos y drogas vasoactivas, por mencionar algunas. Todas estas medidas no son inocuas, con frecuencia son invasoras, tienen riesgo, producen molestias, dolor y pueden ser peligrosas, pueden dar lugar a complicaciones, las que a su vez ocasionan más dolor y sufrimiento, producen nuevas complicaciones que a la postre terminan con la vida del enfermo.^{3,10}

En la distanasia o encarnizamiento terapéutico se insiste en la aplicación de medidas desproporcionadas o extraordinarias, cuyo beneficio es poco probable en pacientes graves con deterioro importante, quienes de acuerdo con la experiencia previa e índices pronósticos son considerados terminales o no recuperables, se continúan aplicando estas medidas "fútiles" a pesar de las molestias, riesgo, costo económico y moral, conducta que no tiene justificación técnica ni ética. El ingreso mismo de los enfermos a la UCI puede constituir una distanasia, la estancia en estas unidades en un medio frío y hostil, rodeados de aparatos y gente desconocida produce una importante reacción psicológica, por lo que debe evitarse cuando por el número y gravedad de las insuficiencias organofuncionales existen pocas probabilidades de recuperación.¹⁴

La valoración técnica, social y ética de estos pacientes, el respeto a la dignidad del enfermo, en quien sólo se aplicarán medidas proporcionadas u ordinarias, procedimientos y medicamentos inocuos, sencillos con el menor riesgo, costo y molestias posibles, medidas paliativas orientadas a suprimir el dolor y el sufrimiento del enfermo, permite evitar el encarnizamiento terapéutico, lo que se conoce como adistanasia, en la que se pretende una muerte con dignidad, estos pacientes pueden tratarse en hospitalización, cuartos aislados y aun en su domicilio.^{10,14}

Eutanasia

El término eutanasia de acuerdo con su etimología significa "buena muerte" lo que no es del todo apropiado, a pesar de que en determinadas circunstancias la muerte se debe aceptar como un hecho natural e inevitable, como el fin del ciclo vital, debe aceptarse desde el punto de vista biológico, técnico, social y moral. Lo que no es aceptable es el deseo o precipitación de la misma, lo que lleva implícito en primer lugar la voluntad orientada hacia la muerte y en segundo lugar la acción que la desencadena. Es conveniente diferenciar la eutanasia pasiva de la activa, ya que tienen diferentes implicaciones legales y éticas.^{3,15}

Eutanasia pasiva

El evitar molestias, dolor y sufrimiento a los pacientes se ha invocado como motivo o justificación, no se aplica ninguna droga ni se realiza ningún procedimiento que termine con la vida del enfermo, el deceso ocurre por el deterioro progresivo y la evolución natural de la enfermedad. En la eutanasia pasiva en enfermos terminales, con patología avanzada, insuficiencia organofuncional múltiple, en quienes por la valoración clínica y diversos índices pronósticos se considera que el daño es irreversible, por lo que son considerados como pacientes irrecuperables, se retiran todas las medidas extraordinarias o desproporcionadas, que en sí representan un riesgo para el enfermo, además de las molestias, dolor y sufrimiento a los que dan lugar, se suprimen las medidas fútiles de las que no se espera ninguna respuesta favorable. Pero se continúa con las medidas ordinarias o proporcionadas, con las medidas de sostén y paliativas, como son: alimentación, hidratación, movilización, aseo, fisioterapia, administración de analgésicos y sedantes, se deja que la enfermedad tenga su evolución natural, aunque muchas veces es difícil establecer con claridad la diferencia entre medidas proporcionadas y desproporcionadas.¹⁴⁻¹⁶

La eutanasia pasiva puede ser solicitada por el mismo paciente, quien manifiesta su deseo de no ingresar a la UCI, ni ser sometido a maniobras de resucitación cuando ocurra el paro cardiorrespiratorio, puede ser expresado por el enfermo al inicio de su enfermedad, a lo que se ha denominado "testamento en vida" o "voluntad anticipada" es importante que cuando el paciente tome esta decisión no esté en una fase depresiva. El enfermo invoca su derecho a la muerte, a la muerte con dignidad, solicita que se evite el encarnizamiento terapéutico, por lo que la eutanasia pasiva se ha equiparado a la adistanasia. Todo lo anterior continúa siendo un dilema jurídico y ético, a pesar de que se ha legalizado en varios países y recientemente se ha despenalizado en el Distrito Federal de México.¹⁷⁻¹⁹

Eutanasia activa

En la que el médico, un integrante del equipo de salud, un familiar u otras personas utilizan diversas medidas para terminar con la vida del enfermo, como pueden ser el retiro de un respirador o medicamentos, o bien la aplicación de un fármaco o procedimiento que suprime

la función cardiorrespiratoria y encefálica, también con la supuesta justificación de eliminar el dolor y sufrimiento del enfermo, lo que no es aceptable desde el punto de vista legal ni ético.^{16,17} Desde el punto de vista jurídico se cataloga como un homicidio culposo, con todas las agravantes de la ley y las consecuencias que ello implica. Existen algunas circunstancias que son motivo de reflexión para colocar a la eutanasia en su verdadero lugar moral y ético, en relación al aspecto legal ¿se puede considerar a la pena de muerte como una eutanasia social? ¿el aborto por alteraciones congénitas para evitar una vida miserable es una forma de eutanasia? o ambas constituyen un homicidio, a pesar de estar legalizados en algunos países.^{17,19,20}

La solicitud por parte del enfermo o sus familiares para la aplicación de medicamentos o procedimientos letales, en pacientes con padecimientos crónicos, como insuficiencia renal, insuficiencia cardiorrespiratoria, cirrosis, tumores malignos o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o bien pacientes con padecimientos agudos que han desarrollado insuficiencia organofuncional múltiple, sin respuesta al manejo en terapia intensiva, es una situación cada vez más frecuente, sobre todo en países donde la eutanasia está legalmente aceptada, como Holanda, Australia o estados de la Unión Americana como Oregon.^{13,19,20}

La petición y aplicación de la eutanasia activa pretende su justificación en el respeto a la autonomía y libertad del enfermo, para disponer en todo lo referente a su cuerpo, su vida y su muerte, a su derecho a tener una buena calidad de vida y a morir con dignidad, sin embargo, la muerte es una parte de la vida que constituye una situación condicionante previa, por lo que el derecho y respeto a la vida tiene prioridad, por otra parte la beneficencia debe prevalecer sobre la autonomía, razón de más si consideramos las condiciones de estos enfermos, su capacidad de comprensión, juicio y raciocinio, lo que también influye en los familiares.^{16,18}

La calidad de vida depende de muchos factores, de la intensidad del dolor y el sufrimiento que la enfermedad le produce al paciente, a lo que también contribuyen los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se utilizan, la concepción que el paciente tiene de su enfermedad y su posible desenlace. Es mucho lo que se puede hacer por estos enfermos, como es la aplicación de analgésicos y sedantes con intervalos y dosis adecuados para controlar el dolor, preservando en lo posible el estado de conciencia y raciocinio, al respecto en la encíclica "*humanae vitae*" se dice que está permitido administrar dosis altas de analgésicos y sedantes para evitar el sufrimiento, a pesar del riesgo de propiciar la muerte, cuando ésta no es la intención.^{16,21}

Es importante que el enfermo esté consciente, pero sin dolor, lo que permite al enfermo planear y utilizar sus últimos días para resolver sus problemas personales, familiares, sociales, legales y aun religiosos. La comunicación con el enfermo, la psicoterapia y psicofármacos para tratar estados de depresión o angustia son de mucha utilidad, por otra parte, aun en los lugares donde está legalizada, no se puede obligar al médico para

que participe en la eutanasia, quien de acuerdo con sus valores y principios éticos puede negarse, aduciendo a la "objección de conciencia".^{16,21,22}

Suicidio asistido

El enfermo por su propia voluntad y de conformidad con sus familiares o persona responsable decide acabar con su vida, generalmente es portador de una enfermedad penosa con dolor y molestias difíciles de controlar; el médico, integrantes del equipo de salud o de sociedades civiles son las encargadas de proporcionar al paciente los medios para lograrlo, pero es el mismo paciente quien pone en marcha el mecanismo para la infusión de la solución letal con el o los medicamentos que darán lugar a la interrupción de la función cardiaca, respiratoria y cerebral, generalmente un hipnótico, un opiáceo y cloruro de potasio.^{15,23,24}

Desde el punto de vista legal y ético hay poca diferencia con la eutanasia activa, por lo que en algunas legislaciones se considera como complicidad homicida, razón por la cual no es aceptable ni legal ni éticamente, en Holanda, Australia y en el estado de Oregon en Estados Unidos ya se ha legalizado.^{17,19,20}

El Dr. Jack Kevorkian en Estados Unidos durante varios años facilitó la muerte a sus pacientes, para lo que tenía acondicionado un vehículo con todos los aditamentos necesarios, contribuyó en más de 130 suicidios, gran parte de ellos fueron grabados en video, los que sirvieron como evidencia para condenarlo en 1999 por homicidio con premeditación, alevosía y ventaja, sorprendentemente eran los familiares de los pacientes quienes lo defendieron y declararon a favor del Dr. Kevorkian, invocando su acción humanitaria, por lo que lo llamaban "Ángel de la muerte". Diferente es la situación del Dr. Harold Federich Shipman en Inglaterra, quien elegía enfermas de la tercera edad, a quienes convencía para que testaran a su favor antes de producirles la muerte, por lo que fue condenado por homicidio calificado.^{25,26}

Ortotanasia

Este término no es aceptado por todos, desde el punto de vista etimológico significa muerte recta o de acuerdo con lo social y moralmente aceptado, para mejorar la calidad de vida en los enfermos en quienes se pronostica un desenlace fatal a corto plazo; se evita el encarnizamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que en nada benefician al paciente, pero se continúa con las medidas proporcionadas u ordinarias, para disminuir o suprimir el dolor y otras molestias, se procura que el enfermo esté cómodo, movilizándolo, hidratándolo y alimentándolo, se llevan a cabo el aseo y las curaciones que sean necesarias, se administran sedantes y analgésicos con la frecuencia y a la dosis que se requiera, pero lo más importante es la comunicación, escuchar al enfermo en estos momentos difíciles es de esencial importancia el diálogo con el médico, la enfermera, la trabajadora social, familiares y amigos y en su caso con el ministro de su religión, lo que tiene un indiscutible efecto benéfico. A diferencia de los anteriores procedimientos en los que se ayuda a morir, en la

ortotanasia se ayuda en el morir, que de todas maneras ocurrirá en poco tiempo.^{10,27,28}

En 1967 Cecily Saunders estableció en Inglaterra el sistema de los hospicios, palabra a la que algunos autores se refieren sin la letra inicial "ospicio" que no sólo es el edificio donde se internan los enfermos, personas de la tercera edad o huérfanos, no sólo es un método especial de proporcionar los servicios de salud. Es un sistema que involucra al enfermo y su familia, el paciente debe otorgar su consentimiento para ser atendido por este sistema, lo que puede llevarse a cabo en el mismo hospital, instituciones especializadas para enfermos terminales y en ocasiones en el domicilio del enfermo. La principal finalidad del sistema y de los hospicios es proporcionar a los enfermos la mejor calidad de vida posible, aceptando que el tiempo de supervivencia está determinado por la misma enfermedad, más que por el tratamiento instituido.^{11,29,30}

En enfermos con una neoplasia avanzada, quienes se encuentran fuera de todo tratamiento oncológico, al ingresar al sistema de los hospicios se suspenden las medidas terapéuticas oncológicas: quimioterapia, radioterapia y desde luego tratamiento quirúrgico, se continúa con cuidados generales, apoyo psicosocial y medidas paliativas, sin embargo, lo anterior no interfiere con el reingreso del enfermo a un hospital o servicio oncológico, si la situación o la manera de pensar del enfermo cambian.³⁰

Para obtener buenos resultados es necesario establecer un programa de organización y capacitación de las personas que se encargarán de la atención de estos enfermos, que comprende a los médicos y las enfermeras que están más tiempo en contacto con ellos, pero también involucra a las trabajadoras sociales, familiares, amigos y ministros religiosos. Lo importante es formar un grupo multidisciplinario que pueda atender en forma adecuada al paciente próximo a morir, en el lugar más apropiado en cada caso en particular puede ser en el hospital, el hospicio o el propio domicilio del enfermo. Lo que tiene ventajas no sólo desde el punto de vista social y ético, sino también desde el punto de vista económico.^{11,31-33}

Trasplante de órganos

La muerte se relaciona directamente con el trasplante de órganos, del posible receptor con pérdida o daño irreversible de un órgano, quien morirá a corto o mediano plazo si no se sustituyen oportunamente la o las vísceras faltantes, o aquéllas con insuficiencia o daño avanzado e irreversible. También se relaciona con la muerte del donador, cuando se trata de un donador cadavérico, en este caso no sólo tiene importancia la suspensión de la función cardiorrespiratoria, sino la interrupción total e irreversible de la función del sistema nervioso central, o sea la muerte cerebral o encefálica, tema que aun tiene muchos puntos de controversia.^{34,35}

El papel del donador es de vital importancia, quien en forma voluntaria y casi siempre altruista, cuando se trata de un donador vivo, dona un tejido (sangre, piel, médula ósea), un órgano par como el riñón o un segmento de

un órgano impar, como puede ser un segmento pulmonar, un lóbulo hepático o la porción distal del páncreas. Los problemas en caso de donador cadavérico son muchos, van desde el diagnóstico de muerte cerebral, a la autorización para obtener órganos, su asignación y distribución a los centros hospitalarios en los cuales se llevará a cabo el procedimiento.^{35,36}

El donador vivo casi siempre es un familiar genéticamente relacionado, el más adecuado sería el gemelo homocigótico, le seguirían los gemelos heterocigóticos, hermanos y padres, con menos probabilidad una persona extraña con la que exista histocompatibilidad, este tipo de donación es legal y éticamente aceptada, sin embargo está prohibido la venta de órganos, así como la obtención de ventajas económicas o sociales por la donación, no es raro que la persona que cede un órgano o parte de él trate de obtener beneficio del enfermo y su familia, en ocasiones llega a ejercer un verdadero chantaje moral, por lo que es indispensable que antes de la donación se haga un estudio socioeconómico y psicológico del posible donador. El donador vivo de un órgano par o parte de un órgano impar puede presentar complicaciones, inclusive morir, por lo que se requiere que antes de la obtención del órgano se le proporcione toda la información al respecto, que exista consentimiento informado y compromiso para la indemnización en caso de que ocurran por daños inesperados.^{35,37,38}

El desarrollo de embriones y su preservación con el fin de obtener órganos para trasplantes, principalmente para posibles receptores genéticamente relacionados, al igual que la clonación, tienen muchas implicaciones legales y éticas, algunos procedimientos son técnicamente posibles, pero no aceptados desde el punto de vista ético. En mucha de la información a través de los medios masivos de comunicación, la que no siempre es verídica, se mezclan mitos, ciencia ficción y la realidad, aun así la perspectiva bioética es clara, al proscribir dichos procedimientos.^{39,40}

El donador cadavérico pudo haber expresado en vida el deseo de donar sus órganos para trasplante, de no ser así serán los familiares más cercanos, la persona responsable o las autoridades civiles las que autoricen la obtención de órganos. Existe una propuesta para modificar la Ley General de Salud, en la que se contempla como un donador potencial, como un donador tácito, a aquellas personas que no hayan expresado previamente la voluntad de no donar sus órganos, considerando el derecho sobre el cuerpo del posible donador y el valor social del cadáver.^{40,42}

En la determinación de la muerte encefálica del posible donador existen criterios claramente establecidos, la determina un comité o grupo de médicos multidisciplinario, formado por neurólogos, internistas, intensivistas, cirujanos y otros especialistas, quienes toman en cuenta diversos indicadores, como son: parámetros clínicos, EEG, potenciales evocados, arteriografía cerebral y estudios bioquímicos, entre otros, para evitar sesgos no debe participar en este grupo ningún integrante del grupo de trasplantes. A estos enfermos se les continúa proporcionando todas las medidas de sostén hemodinámicas,

respiratorias y farmacológicas, con el fin de preservar una buena perfusión tisular, lo que casi siempre se lleva a cabo en la UCI, en casos especiales cuando surgen controversias tendrá que participar el Comité de Bioética del hospital.^{12,34,35}

En la procuración múltiple de órganos el donador con muerte encefálica pasa al quirófano con el corazón latiendo, con respiración asistida, buena perfusión y oxigenación tisular, se toman los órganos de acuerdo con un protocolo preestablecido, con una técnica depurada para obtener las vísceras en las mejores condiciones posibles, al final el corazón deja de latir, pasa de muerte encefálica con vida vegetativa mantenida en forma artificial a la muerte integral del individuo. Los órganos obtenidos se prefunden a baja temperatura y se preparan para distribuirlos y colocarlos en el o los receptores, mientras que los restos del donador pasan al Departamento de Patología para comprobar que pertenecieron a una persona sana.^{35,37}

Por los avances de la ciencia y la tecnología es posible efectuar procedimientos espectaculares de trasplante de órganos, de corazón-pulmón, o simultáneamente de páncreas y riñón en el mismo paciente, lo que debe llevarse a cabo de acuerdo con las normas legales y éticas, por lo que sólo deben efectuarse en hospitales que tengan todos los recursos físicos, técnicos y humanos, no deben realizarse cuando no se cuenta con todo lo anterior, en los trasplantes de órganos no se puede improvisar.^{37,43}

En el quirófano se acaba con una vida, ciertamente vegetativa, para recuperar, mejorar las condiciones y duración de otra, por lo que puede considerarse como una extensión de la vida de la persona que falleció y donó sus órganos, por otra parte surge la pregunta ¿la obtención de órganos no constituye una forma de eutanasia activa en el donador, aunque ésta se lleve a cabo en beneficio del receptor, que es otro ser humano? Son aspectos motivo de reflexión filosófica y ética, para los que no existe una sola respuesta.^{37,40,44}

Reflexiones finales

A pesar de los grandes avances científicos y tecnológicos, la gran cantidad de reuniones y escritos sobre el tema, aun persisten muchas interrogantes acerca de la muerte, dudas tan antiguas como las expresadas por Shakespeare "Dormir, morir, ir quien sabe a dónde" o como dice José Saramago "Más que hablar de la muerte, que en realidad nadie conoce y de la que nadie ha tenido una vivencia, debemos hablar del morir" el que no sólo comprende los fenómenos biológicos, sino también los pensamientos, ideas, sentimientos, reacciones, actitudes y reflexiones de todos los actores en esta fase final de la vida, en la que son muy importantes los acontecimientos humanos que le dan sentido al morir. La bioética religiosa o laica establece guías para tratar de mejorar la calidad de la vida que le resta al moribundo, así como mejorar el duelo de las personas relacionadas con él.^{1,25,45}

La muerte y el morir han pasado de ser un acontecimiento natural, aceptado desde el punto de vista social, familiar y religioso, el que con anterioridad generalmente ocurría en el seno de la familia, con el enfermo rodeado

de los cuidados y afecto de sus seres queridos, a una situación tecnificada que cada vez con más frecuencia tiene lugar en los hospitales, en los que el paciente es sometido a los más diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La muerte se ha medicalizado, los enfermos se encuentran en un ambiente hostil y frío, rodeados de personas extrañas y aparatos sofisticados, con una intermitencia monótona de señales visuales y auditivas, que en vez de darle seguridad le producen miedo, incertidumbre y angustia, por lo que tal vez los hospitales y sanatorios que antes eran conocidos como "casas de salud" deban cambiar su nombre por el de "casas de muerte"^{2,9,31,43}

La muerte natural en el hogar "morir en su cama" con el cuidado y cariño de parientes, amigos y en ocasiones del médico de la familia, con quienes se llega a establecer una estrecha comunicación, recibiendo de ellos apoyo físico y moral, cada vez sucede con menor frecuencia, la cultura de la muerte ha cambiado, por lo que tomando en cuenta el humanismo de nuestra profesión, es necesario mantener el equilibrio entre la atención de los enfermos con los recursos que la ciencia y la tecnología pone a nuestra disposición, con el apoyo social, psíquico y moral. La comunicación con los enfermos en la fase final de su vida se ha perdido, el acceso de familiares, amigos e inclusive ministros religiosos a las salas generales y cuartos privados de hospitales es limitada, lo que interfiere con este deseable diálogo que tanto bien le hace al enfermo.^{31,44,46}

La tanatología es una disciplina que cada vez despierta más interés en nuestra sociedad, es una disciplina multidisciplinaria que requiere una adecuada capacitación, en ella intervienen el médico y el equipo de salud, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, personal directivo y administrativo, también participan voluntarios, familiares, amigos, ministros de diferentes religiones y desde luego el mismo enfermo. Todos ellos en forma armónica, preparados técnica y moralmente, siguiendo los principios de la bioética, con respeto a la dignidad de la persona humana, con la guía y coordinación de un líder motivado, quien puede ser el médico tratante, una trabajadora social, un psicólogo, un estudiante de medicina o de enfermería, un familiar o un amigo, ayudan para que el paciente ubicado en un ambiente propicio o adverso dentro del hospital, de un hospicio y preferentemente en su domicilio, disfrute de tranquilidad y tenga una mejor calidad en la vida que le resta. Al tratar de encontrar un sentido a la vida y su disolución en la muerte, lo que podemos hacer es ayudar para que el enfermo acepte y supere el trauma que representa el derrumbe existencial, la sumersión progresiva en la nada. En la tanatología "El interés por la enfermedad y la muerte no es más que el interés por la vida"^{1,3,10,11,24,25,31,32}

Vivimos en una época dominada por la tecnología y la globalización, actualmente es posible realizar lo que hasta hace algunos años estaba en el terreno de la ciencia ficción, para el adecuado uso de los espectaculares avances científicos y tecnológicos que aparecen día con día, se requiere de médicos y personal de salud capacitados, pero también con una visión holística del

hombre, con un sentido humanista y ético que le permita aplicar sus conocimientos y todos los recursos a su disposición en beneficio del enfermo. A estos médicos les corresponde decidir sobre lo que es mejor para el paciente, sin embargo, en las decisiones trascendentales que tienen que ver con la salud, la vida y la muerte, siempre se deberá tomar en cuenta el pensamiento y los sentimientos del enfermo, con respeto absoluto de su autonomía y su dignidad.⁴⁷⁻⁴⁹

Referencias

1. Camps V. *La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética*. Ed. Ariel, Barcelona, 2005.
2. Pérez-Tamayo R. El médico y la muerte. En: Soberón AG, Feinholz D. *Muerte digna. Una oportunidad real*. Ed. Comisión Nacional de Bioética, México, 2009: 167-185.
3. Gutiérrez-Samperio C. El paciente quirúrgico en estado crítico. *Avances en el proceso diagnóstico terapéutico. Gac Med Mex* 2000; 136: 353.
4. Gutiérrez-Samperio C. Muerte asistida. En: Gutiérrez-Samperio C, Carrasco RA. *La bioética en el ejercicio quirúrgico*. Vol. XVI Clínicas quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía. Ed Alfíl, México 2010: 123-135.
5. Beauchamps TL, Childress JP. *Principios de bioética médica*. Ed. Masson, S.A. Barcelona, 1999: 41-104.
6. Engelhardt TH. *Los fundamentos de la bioética*. Ed. Paidós, Barcelona 1995: 111-148.
7. Sgreccia E. *Manual de bioética*. Ed. Diana, México, 1996: 51-79.
8. Olive L. *Ética y diversidad cultural*. Ed. UNAM, FCE, México, 1993.
9. Rebollo-Mota F. *Aprender a morir. Fundamentos de tanatología médica*. Ed. Reg. 97217, México, 1998.
10. Ross EK. *Questions and answers on death and dying*. Ed. Mc Millan Publishers Co, New York, 1974.
11. Sherr L. *Agonía, muerte y duelo*. Ed. El Manual Moderno, México, 1996.
12. Gutiérrez-Samperio C, Hall TR. Comités de bioética hospitalarios. En: Kuthy-Porter J. *Introducción a la bioética*. 3a ed. Méndez editores, México, 2009.
13. Pelegrino DE. Las decisiones al final de la vida, el uso y abuso del concepto futilidad. *Medicina y Ética* 2004; 15: 159-168.
14. Zinzer SJW. Encarnizamiento terapéutico y abandono del paciente. En: Soberón AG, Feinholz D. *Muerte digna. Una oportunidad real*. Ed. Comisión Nacional de Bioética, México, 2009: 187-198.
15. Gutiérrez-Samperio C. Bioética ante la muerte. *Gac Med Mex* 2001; 137: 269-277.
16. Miranda G. Los problemas éticos de la eutanasia. *Evangelium vitae. Medicina y Ética* 1996; 7: 477-485.
17. Gutiérrez-Samperio C, Vila-Coro MD. Bioética y biojurídica. *Medicina y Ética* 2007; 18: 53-62.
18. Migone L. La respuesta médica y social a las solicitudes de eutanasia. *Medicina y Ética* 2001; 11: 171-183.
19. Cote EL, García TPO. *La práctica médica y sus controversias jurídicas*. Ed. EMCLA, México, 2002.
20. Serrano-Ruiz, Calderón JM. *Retos jurídicos de la bioética*. Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2005.
21. Kraus A. ¿Qué es y qué no es la eutanasia? En: Soberón AG, Feinholz D. *Muerte digna. Una oportunidad real*. Ed. Comisión Nacional de Bioética, México, 2009: 199-211.
22. Lisker R. Objeción de conciencia en medicina. En: Álvarez RA, Rivero SO. *El desafío de la bioética*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2009: 107-119.
23. Álvarez del Río A, Kraus A. Eutanasia y suicidio asistido. En: Pérez-Tamayo R, Lisker R, Tapia R. *La construcción de*

- la bioética. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2007: 161-183.
24. Gracia D, Juez J. *Ética en la práctica clínica*. Ed. Tricastela, Madrid, 2004: 21-33.
 25. Masia-Clavel JM. *Tertulias de bioética. Manejar la vida y cuidar personas*. Ed. Sal Terrea, Santander, 2005.
 26. López-De la Vieja MT. *Bioética. Entre la medicina y la ética*. Ed. Universidad de Salamanca, 2005.
 27. Tarasco MM. La cultura de la muerte. *Medicina y Ética* 1998; 8: 457-466.
 28. Campillo SC. La angustia vital. *Gac Med Mex* 1994; 130: 162-169.
 29. Kuthy-Porter J. Dignidad de la muerte. *Medicina y Ética* 1993; 3: 37-48.
 30. Christopher K, Daugherty MD. Examining ethical dilemmas as obstacles to hospice and palliative care for advanced cancer patients. *Cancer Invest* 2004; 22: 123-132.
 31. Lolas SF. *Bioética y antropología médica*. Ed. Mediterráneo. Santiago de Chile, 2000.
 32. Thompson BJ, Thompson OH. *Ética en enfermería*. Ed. El Manual Moderno, México, 1984.
 33. Ramsey P. *Ethics at the edges of life*. Ed. Yale University Press. New Haven, 1978.
 34. Martín AME. Trasplantes, derechos y bioética. *Medicina y Ética*. 1993; 3: 67-78.
 35. Garza GR. La muerte clínica y los trasplantes. *Medicina y Ética*. 1999; 20: 81-90.
 36. Kuty-Porter J. El impacto de los trasplantes de órganos a 40 años de su inicio. III. Aspectos bioéticos. *Gac Med Mex* 1995; 131: 179-186.
 37. Gutiérrez-Samperio C. Cirugía y ética. En: Gutiérrez-Samperio C, Arrubarrena AVM, Campos CFJ. *Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo*. 3ª ed. El Manual Moderno, México, 2006: 747-762.
 38. Argüero SR, Careaga RG. Bioética y cirugía. Trasplante de órganos. En: Gutiérrez-Samperio C, Carrasco RA. *La bioética en el ejercicio quirúrgico*. Vol. XVI Clínicas quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía. Ed. Alfil, México 2010: 107-114.
 39. González VJ. *Genoma humano y dignidad humana*. Ed. Antropos, UNAM, Barcelona, 2005.
 40. Herrera-Fragoso AA. *La nueva eugenesia, bioética y derechos humanos*. Ed. PAC, México, 2006.
 41. Gutiérrez-Samperio C. Bioética en ingeniería genética. *Gac Med Mex* 2002; 138: 109-118.
 42. Tena-Tamayo C, Ruelas BE, Sánchez GJM, Rivera CAE, Motezuma BG, Manuel-Lee GR y cols. Derechos de los pacientes en México. *Rev Med IMSS* 2002; 40: 523-532.
 43. Arellano JS, Hall TR. *Bioética de la biotecnología*. Ed. Fontamara, México 2012: 253-261.
 44. Consero A, Beca JP. Los comités de ética asistencial y las consecuencias jurídicas de sus informes. *Rev Med Chile* 2006; 134: 517-526.
 45. Saramago J. *Todos los nombres*. Ed. Punto de Lectura, Madrid, 1997.
 46. Di Caprio L, Di Palma A. La medicina y la muerte. *Medicina y Ética* 1999; 10: 383.
 47. Reguera I. *El feliz absurdo de la ética. El Wittgenstein místico*. Ed. Tecnos, Madrid, 1994.
 48. Casas-Martínez ML. Bases bioéticas. *Para la toma de decisiones en la práctica médica, investigación en humanos y trasplantes*. Ed. Trillas, México, 2008: 31-67.
 49. Carrillo-Esper R. Dispraxis en la unidad de terapia intensiva. En: Cano-Valle F, Campos CA, Cáceres NE, Díaz-Aranda E. *Dispraxis*. Ed. UNAM, México 2012: 93-114.