

COLABORACIONES

UNA REFORMULACION COMPLETA Y PRECISA DE LA MUERTE HUMANA

Orlando D. García,

*Neurólogo, Instituto de Neurología y Neurocirugía
de La Habana.*

Introducción

En la actualidad existe un intenso debate respecto al concepto y, por consiguiente, a la determinación de la muerte. El criterio tradicional centrado en las funciones del corazón y los pulmones ha dado paso a definiciones orientadas hacia el encéfalo. En las últimas décadas dicho órgano ha pasado a ser considerado, de forma más o menos generalizada, como "el componente crítico en el organismo humano" (1) y de ahí la consideración de la muerte encefálica como equivalente a la muerte de la persona (1-6).

El contexto que ha dado lugar a los problemas conceptuales sobre la muerte ocurre en pacientes con grave daño encefálico cuyas funciones cardíacas o pulmonares son mantenidas mediante el apoyo de cuidados intensivos. Se trata de pacientes en estado de coma profundo, con ausencia de los reflejos del tallo cerebral y de respiración espontánea. El complejo cuadro clínico de los diferentes casos particulares, las sutilezas neuro-

lógicas del problema, y diferentes tendencias filosóficas han dado origen a una diversidad de conceptos sobre la muerte encefálica.

Las principales propuestas pueden ser resumidas brevemente en los siguientes conceptos: "el cuerpo como un todo"(1-6)(fundamentación filosófica) / "todo el encéfalo"(1-4)(criterio); "El cuerpo como un todo" / "la muerte del tronco encefálico"(5,6)(criterio); y, por último, las definiciones basadas en la pérdida de funciones encefálicas "superiores", cuyo presunto criterio es la "muerte de la neocorteza cerebral"(7,8). Ahora bien, antes de proseguir conviene dar respuesta a la siguiente pregunta.

¿En qué consiste una formulación de la muerte?

Una formulación de la muerte consiste en un concepto o definición de lo que significa morir, un criterio conceptual que brinda las bases anatómicas y fisiológicas para sustentar la definición, unos criterios operativos para determinar si el criterio conceptual se ha cumplido, y eventualmente, pruebas médicas específicas para demostrar si los criterios operativos están, sin dudas, presentes (9,10). Es decir, se mueve desde un nivel conceptual y filosófico hasta el de lo puramente clínico y tecnológico. Por tanto, como las definiciones de muerte son fundamentalmente concep-

tuales y filosóficas las mismas no pueden ser sustituidas por la tecnología (5).

Las pruebas y los criterios específicos deberán corresponder a una definición precisa. Los conceptos que más adelante expondré arrojarán nueva luz sobre el planteamiento que hicieran Youngner y Bartlett (11) en un artículo titulado "Human death and high technology: the failure of the whole-brain formulation": "La muerte es la pérdida de solamente aquellas funciones que, en principio, no pueden ser reemplazadas. Toda función vital necesaria y suficiente para establecer la vida, y cuya ausencia es necesaria y suficiente para constituir la muerte, tiene que ser espontánea (producida dentro del organismo y con su propia energía) e innata (una parte natural del organismo). Por ende, la definición de la muerte deberá abordar aquellas funciones vitales que no pueden ser reemplazadas, independientemente de la tecnología existente". Las claves para una interpretación certera de estas afirmaciones radica en los conceptos de unidad e integración determinados por el substrato anatómico-funcional que sustenta las funciones críticas.

Se ha requerido una reformulación completa y precisa de la muerte

En la actualidad la ausencia de una formulación idónea de la muerte está minando, en muchos países, la confianza de los profesionales de la salud y del público (12). Interesantemente, ha faltado una adecuada referencia neurológica, es decir una formulación completa y precisa, para una cuestión tan central. Esto tiene varias consecuencias fundamentales:

1) En términos éticos, los profesionales de la salud ven amenazada su integridad al no

disponer de conceptos claros sobre los cuales sustentar desde el punto de vista médico y filosófico una actuación válidamente informada.

2) En la actualidad existe el peligro de que se implementen concepciones que sustenten falsos positivos en las determinaciones (considerar a la persona como muerta cuando no lo está). En cualquier caso la existencia de confusión al respecto conduce a estados de opinión que obstaculizan actividades como aquellas relacionadas con los trasplantes de órganos (12).

3) En el plano teórico, y esto es de la mayor actualidad e importancia, se favorece el avance de posiciones conceptuales que conducen a error médico, filosófico, moral, legal y en términos de posibles políticas sanitarias. Entre tales concepciones se encuentran las que propugnan la imposibilidad de definir la muerte (13) y otras que igualmente socavarían el concepto mismo de la muerte encefálica como equivalente a la muerte del individuo. Así, como resultado de la aceptación de cualquier definición centrada únicamente en la conciencia (7,8,14) o del retorno a un estándar cardio-respiratorio (15-17) se allanaría el camino, inevitablemente, para la adopción subsiguiente de una concepción de tipo neocorticalista (7,8). Está en juego la posible implementación de políticas sobre bases utilitaristas condicionadas por la necesidad de reducir gastos, y además, de obtener órganos de pacientes que, según la concepción que he propuesto (18-20) y la de otros autores y grupos (1-6,14), no han muerto. En el nivel conceptual, en los debates médicos y filosóficos, se decidirán lo que posteriormente constituirán criterios médi-

cos establecidos, políticas sanitarias, y disposiciones y estatutos legales.

El análisis de las diversas concepciones propuestas evidencia el requerimiento de una formulación refinada y completa de la muerte humana. Tal formulación es indispensable para resolver insuficiencias neurológicas y filosóficas, conceptuales y operacionales, presentes en los conceptos de muerte encefálica generalmente aceptados en la actualidad (18-20). En síntesis, las concepciones de la muerte basadas en la pérdida irreversible del funcionamiento del organismo como un todo (1-6), ya sea el criterio de todo el encéfalo (1-4) o el de muerte troncoencefálica (5,6) fracasan en dos aspectos fundamentales:

a) Estas concepciones no tienen en consideración adecuadamente la conciencia, una expresión funcional esencial del encéfalo humano, tal enfoque es biologicista y filosóficamente reduccionista. Esta posición no considera toda la importancia e inseparabilidad de la dimensión psicosocial y espiritual en su interrelación con la condición biológica como aspectos esenciales de la persona humana.

b) Las concepciones actualmente aceptadas no abordan el problema de la integración dentro del encéfalo (criterio de todo el encéfalo)(1-4) o lo abordan de manera insatisfactoria,(criterio de muerte troncoencefálica)(5-6).

Además del carácter filosófico reduccionista de dichas concepciones, el criterio de todo el encéfalo se ve seriamente comprometido, tanto conceptual como operativamente, porque en un número considerable de los casos, algunas funciones encefálicas persis-

ten aún después de que se cumplen los criterios operacionales generalmente aceptados (21). Entre dichas funciones se encuentran:

1) La producción durante cierto tiempo de algunas hormonas hipofisarias, sobre todo la hormona antidiurética, lo cual se hace manifiesto a la observación clínica por la ausencia de diabetes insípida;

2) Alguna actividad de potenciales evocados registrados mediante electrodos profundos o a nivel de la unión cervico-medular observada en ocasiones;

3) Actividad electroencefalográfica mínima registrada mediante corticoencefalografía o mediante el electroencefalograma en la superficie del cráneo;

4) Respuestas hemodinámicas originadas en la región cervical alta o en el troncoencefálico bajo, consistentes en variaciones de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca en respuesta a la extracción de órganos;

5) Incluso alguna actividad refleja aislada originada en la protuberancia inferior.

De manera que el criterio de "todo el encéfalo" -en su carácter de estándar fisiológico general- carece de una concepción lógica adecuada para determinar si las funciones persistentes son significativas o meramente residuales. Contrariamente, la nueva formulación que he propuesto ofrece, conceptual y operativamente, la mejor solución a estos problemas.

Una seudoseparación dicotómica: neocortez (conciencia)-tronco encefálico (integración "no cognoscitiva")

Veamos, a manera de una apretada síntesis, el contexto médico que ha dado lugar a posiciones con una inconsistente fundamen-

tación neurológica. Los conceptos que a continuación mencionaré resumen dicho momento del problema. Los mismos habían entorpecido el logro de una formulación de la muerte no reduccionista e integradora. Se trata de tres principales simplificaciones excesivas y erróneas(18-19):

1. Atribuir todo "contenido" de la conciencia exclusivamente a la neocorteza cerebral cuando existe suficiente información según la cual las estructuras subcorticales son indispensables e inseparables en su relación con el contenido de la conciencia. Aún más, ciertos aspectos de la conciencia pueden manifestarse en ausencia de la neocorteza cerebral.

2. El desestimar el proceso de encefalización de los mecanismos del despertar (arousal) en el ser humano así como la riqueza de sus componentes, y por tanto su contribución al contenido de la conciencia, y el significado médico y filosófico de este hecho.

3. La consideración de que la integración y regulación "no cognoscitivas" o "vegetativa" en el ser humano encuentran su "centro" en el tronco encefálico.

El sistema crítico 'conciencia-organismo comomun todo': un substrato biológico común para las dimensiones esenciales en el ser humano

Es en el contexto previamente esbozado donde ha encontrado su desarrollo la concepción de un sistema crítico, integrado e integrador, definido bajo el término de conciencia-organismo como un todo (18-20). Este núcleo conceptual ofrece una fundamentación lógica unificada y precisa para comprender aspectos esencialmente relevan-

tes, no sólo relacionados con el problema de la muerte humana sino con muchos otros situados en la confluencia de la medicina con disciplinas como la antropología, la filosofía, la bioética, y otras. Los conceptos previamente propuestos por Korein (la formación reticular encefálica como sistema crítico)(1) o por Shewmon (unidad cortico-reticular)(22) no habían captado los aspectos fundamentales con el grado de precisión requerido, ni habían sido estos articulados -de manera explícita y coherente- en una formulación de la muerte.

La destrucción de un sistema crítico encefálico -definido con un nivel de precisión necesario y suficiente- determina la pérdida permanente de la capacidad de realizar integralmente las funciones esenciales del encéfalo y del organismo. Las estructuras que conforman dicho sistema crítico se corresponden con el nuevo criterio conceptual (ver más adelante) de la reformulación de la muerte que he propuesto (18-20). Las funciones globales que dependen de dicho sistema ponen claramente de manifiesto el carácter crítico del mismo. Las mismas incluyen la capacidad para:

- 1) Generar la conciencia;
- 2) Integrar y regular los sistemas de comunicación del organismo (nervioso, hormonal, inmunológico);
- 3) Regular, procesar e integrar el flujo aferente procedente de, y las respuestas eferentes hacia, todo el organismo;
- 4) Interactuar conductualmente con el medio externo;
- 5) Integrar y regular los mecanismos que controlan la homeostasis del medio interno;

6) Proporcionar la más íntima interrelación entre los procesos fisiológicos y mentales.

Desde un punto de vista biológico, enfatizo, estos son argumentos que sustentan, con fuerza irrefutable, la naturaleza crítica del sistema. Esta concepción permite una fundamentación unificada e integradora que supera la comprensión dicotómica que separa falsamente la generación de la conciencia de las otras funciones biológicas del sistema. Es necesario puntualizar que negar estos argumentos implicaría no solo una desestimación de los datos más actuales de las neurociencias, sino también un compromiso filosófico con posiciones reduccionistas del tipo de un monismo materialista y biologicista, o de un dualismo Cartesiano mecanicista.

La integración en el nivel del organismo biológico es un aspecto intrínseco de la unidad de la persona. Una comprensión precisa del substrato neurológico de dicha unidad confirma no solo una intuición profunda en tal sentido sino también, en general, los datos actuales procedentes de todas las ciencias que estudian al ser humano. No es planteable a la luz de los mismos una disociación entre el estatus de persona, las funciones generadores de los procesos de la conciencia y la capacidad de integración somática del organismo. La concepción que he propuesto demuestra claramente la inseparabilidad de estos aspectos.

La muerte humana, según he redefinido y argumentado más extensamente en otro lugar (18-20), ocurre con la destrucción de aquel sistema crítico encefálico del cual depende la capacidad para generar, integrar y regular las diferentes funciones esenciales

del encéfalo (y del organismo) y por tanto de conferir un carácter unitario fundamental al conjunto de dimensiones diferenciadas que conforman al ser humano como una unidad biológica, psico-social, espiritual. Esta concepción arroja importante claridad sobre problemas filosóficos cardinales relacionados con la esencia misma de la vida humana.

El sistema 'conciencia-organismo como un todo' ha conducido a una reformulación de la muerte.

La nueva definición

La muerte del ser humano es pérdida permanente de la conciencia (considerando sus tres componentes anatómicos y fisiológicos) y, de forma inherente e inseparable, la pérdida de la capacidad del organismo para funcionar como un todo".

El criterio conceptual

El criterio que demuestra que se ha cumplido la definición de la muerte, por ser una condición necesaria y suficiente, es la destrucción del sistema crítico. El mismo está compuesto por los siguientes subsistemas (18-20):

1. Estructuras del (sub)sistema reticular activador ascendente: Poblaciones neuronales inespecíficas localizadas en el tegmento de la protuberancia rostral y del mesencéfalo, así como los núcleos intralaminares y reticulares del tálamo y el hipotálamo posterior.

2. Estructuras del (sub)sistema límbico: el hipotálamo, la amígdala, el complejo hipocámpico, el cíngulo y la corteza cingulada, la paleocorteza orbitofrontal y temporal, la región septal, el núcleo basal de Meynert y

núcleos reticulares del mesencéfalo y la protuberancia rostral. También el núcleo pedunculo pontino, los núcleos del rafe rostral, la sustancia gris periacueductal y el núcleo locus ceruleus.

3. La corteza cerebral conjuntamente con el tálamo y los núcleos basales.

Los criterios operacionales

Debido al carácter más esencialmente técnico de este aspecto, y por razones de espacio, no consideraré este nivel de la nueva formulación. Valga señalar, sin embargo, que la misma ofrece solución a problemas fundamentales en este nivel de la formulación. Los criterios generalmente aceptados al ser valorados en el contexto de una formulación no funcionalista tomarán un carácter más preciso y racional. Grupos más específicos de criterios serán considerados como una muestra adecuada y no como dogmáticamente obligados. Por ejemplo, la presencia de un paciente profundamente comatoso, la ausencia de reflejos troncoencefálicos, y una prueba de apnea positiva adecuadamente documentada continuarán siendo una muestra clínica válida cuando se consideren los pacientes adecuados en este nuevo contexto conceptual. Los periodos de observación dejarán de ser arbitrarios o innecesariamente prolongados. Las pruebas confirmatorias podrán ser interpretadas en un marco conceptual claramente definido. Se requiere documentar -mediante un análisis de toda la información disponible en el contexto de la historia del paciente, del examen neurológico y de los exámenes corrientes en la práctica médica actual- la destrucción del sistema crítico (lo cual implica lógicamente la ausencia

de las funciones encefálicas verdaderamente relevantes) y no la mera desaparición de todas y cada una de las funciones encefálicas como si se tratara, únicamente, de explorar las operaciones de salida de una "caja negra", sin una referencia en cuanto a la esencia integrada e integradora del sistema.

La integración dentro del encéfalo: un problema resuelto por la nueva formulación y la clave para una solución neurológica precisa

La principal insuficiencia concerniente al criterio de todo el encéfalo fue señalada claramente por Veatch (22). Dicho criterio no ofrece "un principio lógico para distinguir la integración neurológica fuera del encéfalo de aquella que ocurre dentro del encéfalo, y tampoco una diferencia obvia entre uno y otro grupo de funciones"(22). Por tanto la cuestión principal consiste en poder determinar si una función puede ser considerada como significativa o meramente residual de acuerdo con un estándar adecuado (18-19). La nueva formulación aporta una fundamentación lógica sobre la cual es posible entender el problema de la integración dentro del encéfalo de la forma más racional y precisa. La unidad del sistema crítico es indispensable. Una función es significativa sólo cuando existe interrelación funcional entre al menos dos de los tres subcomponentes del mismo. Dicha condición se cumple sólo cuando se preserva cierto grado de integridad de los subsistemas tal como ocurre en la muerte primaria del tronco encefálico y en los llamados "estados vegetativos persistentes" (EVP)(23). Contrariamente, determinada función neuro-

endocrina aislada -por mencionar el tipo de función residual más llamativa- cuando se cumplen los criterios operativos corrientes, no es indicativa de funcionamiento integrado, ya sea que se le considere en el contexto global del sistema crítico o, más específicamente, dentro del (sub)sistema límbico. En dicho punto, la cualidad esencial de ser un sistema integrado y al mismo tiempo integrador se ha perdido permanentemente.

De acuerdo con el nuevo estándar, en las lesiones que primariamente causan la muerte del tronco encefálico existe interrelación anatómo-funcional entre los tres subcomponentes del sistema crítico (18-19). Extensas estructuras neocorticales, talámicas, de los núcleos basales, límbicas, y del sistema reticular activador ascendente diencefálico se encuentran estructural y funcionalmente preservadas en la muerte primaria del tronco encefálico. Dichas estructuras incluyen los principales generadores de la electrogénesis neocortical. Lo anterior representa un claro ejemplo de lesión aguda muy severa, y sin embargo parcial, del sistema crítico. Aún cuando el pronóstico sea fatal el paciente no está muerto. El nuevo concepto ofrece una lógica sólida y coherente para distinguir entre actividad EEG significativa y aquella que es meramente residual. Esto conducirá a una reconsideración de la utilidad precisa del EEG (y del resto de las pruebas utilizadas) en un contexto conceptual clarificado (18-19).

Al considerar a los pacientes en EVP Pallis ha comentado: "la condición denominada como "muerte neocortical", strictu sensu, es una condición que constituye una variante de EVP muy rara, de hecho, la

mayoría de los casos de EVP son debidos a daño anóxico o isquémico (no suficientemente severo como para abolir la actividad EEG) o a daño postraumático de la sustancia blanca subcortical, que desconecta una corteza relativamente normal de otras estructuras más profundas"(24). Un tercer tipo de lesión capaz de producir dicho estado lo constituyen las lesiones extensas y bilaterales del tálamo (25). Ahora, analicemos esta condición de acuerdo con el nuevo estándar. En todos los pacientes en EVP, se encuentra preservada la interrelación anatómo-funcional, al menos entre dos de los tres subsistemas, entre el subsistema límbico y el SRAA. Aún más, en la gran mayoría de los casos, está preservada la interrelación entre los tres subsistemas. Obviamente, aunque dichos pacientes han sufrido un daño encefálico que implica limitaciones extremas no están muertos. Esta condición representa un estado crónico, relativamente estable, debido a un daño severo y parcial del sistema crítico.

Queda clarificado conceptualmente porque, estrictamente hablando, la muerte encefálica no equivale a "la ausencia de todas las funciones del encéfalo" (Comisión Presidencial Estadounidense)(2) sino que la misma ocurre con la destrucción del sistema crítico y esto último implica la pérdida de todas las funciones relevantes del encéfalo. En realidad el infarto cerebral estrictamente total aparece como la excepción (21). Por tanto el mecanismo que conduce a la muerte encefálica es, en tal sentido, un infarto supracrítico, suficiente pero subtotal que conduce a la destrucción, empíricamente demostrable, del sistema crítico pero no de cada célula o islote de células dentro del cráneo. El término

“capacidad” en la nueva definición implica que en tanto no ocurra la destrucción de dicho sistema la persona no ha muerto. Tal especificación permite la diferenciación conceptual entre pérdida (e irreversibilidad) extrínseca e intrínseca (26). La discusión sobre lo esencial se traslada necesariamente al interior del encéfalo. Esta precisión clarifica la situación imaginable de una extremidad cefálica aislada del resto del organismo, por ejemplo, en un caso de decapitación donde fuera posible mantener con vida la cabeza de la persona, así como la situación clínica de muerte primaria, aislada, del tronco encefálico.

El contexto clínico seguirá siendo esencial. Durante la reunión de Sydney en 1968 se realizó una afirmación que sigue siendo válida hoy día: “ningún criterio tecnológico aislado es completamente satisfactorio en el estado actual de la medicina de la misma forma que ningún procedimiento tecnológico puede sustituir el juicio global del médico” (27). La consideración de la etiología es fundamental. La validez de la nueva formulación se deriva desde un punto de vista lógico de la consideración del conjunto de la información en el contexto de una referencia conceptual precisa. La misma permite eliminar la irracionalidad, la arbitrariedad y el legalismo que han caracterizado a las formulaciones de tipo funcionalista (28).

Implicaciones

Consideremos ahora algunas de las implicaciones de la reformulación de la muerte que he propuesto. Esta concepción de la muerte constituye una aportación indispensable a la activa discusión internacional sobre el tema en medio de la diversidad de

conceptos y de la confusión en torno a cuestiones fundamentales lo que constituye una fuente de error en toda la elaboración ulterior, filosófica y bioética, de tan trascendente tema. La misma ofrece solución a problemas de importancia cardinal en este campo las cuales contribuirán a evitar, cabe esperar, un giro peligroso hacia posiciones inaceptables. Un sistema crítico dentro del encéfalo humano ha sido definido el cual puede ser considerado como el estándar neurológico para una definición de la muerte. Esto pone fin a la búsqueda de una solución, que se fundamentara en la identificación de una población neuronal subtotal pero crítica responsable del funcionamiento esencial del tronco encefálico, el tálamo, el hipotálamo, y los hemisferios cerebrales.

El problema de la integración no sólo fuera sino también dentro del encéfalo ha sido abordado adecuadamente y resuelto con precisión, y como consecuencia, es posible explicar cuándo y por qué es que ocurre la destrucción del sistema crítico y con ella la muerte de una persona. Las fronteras entre la vida y la muerte humanas han sido ahora delineadas sobre sólidas bases neurológicas. La comprensión de la muerte como un evento o transición entre el proceso de morir y el proceso de desintegración (9) puede ser ahora definitivamente clarificada. Sin esta clarificación, la comprensión falaz de la muerte como un proceso pudiera llegar a ser aceptada. Dicha aceptación llevaría a una difuminación de las fronteras que separan a una persona muerta de una persona viva con todas las peligrosas consecuencias que de ello derivarían.

Esta nueva formulación de la muerte permitirá superar los enfoques funcionalistas

que han prevalecido hasta el presente. La misma eliminará la arbitrariedad, la irracionalidad y el legalismo que han marcado a dicho enfoque. Desde un punto de vista operativo, los profesionales de la medicina reevaluarán el significado preciso y la utilidad de las distintas pruebas corrientemente utilizadas para complementar la determinación de la muerte (electroencefalograma, potenciales evocados, angiografía cerebral, etc.). Además, dichos profesionales y el público se sentirán confiados en cuanto a la fundamentación de por qué los sujetos en estado de muerte encefálica están, sin lugar a dudas, muertos.

La opción propuesta por algunos de añadir pruebas al proceso de determinación de la muerte para superar las objeciones hechas a conceptos vigentes se traduce en una mayor complejización de dicha tarea, aumento de los costos y dilación del proceso, pero no da solución al problema en su esencia. La nueva formulación presentada no sólo ayudará a disminuir la incertidumbre entre los familiares de los fallecidos y la prolongación del sufrimiento adicional consiguiente sino que implica mayor precisión y menos requerimientos tecnológicos, por tanto ahorro de tiempo y recursos. También redundará, además, en beneficio de la actividad de trasplantes de órganos.

Con esta contribución se ofrece un terreno sobre el cual puede producirse una convergencia conciliatoria, sobre bases neurológicas, de diferentes posiciones filosóficas. La muerte es entendida de una forma precisa y no dicotómica. Dicha justificación aporta un fundamento neurológico preciso a la comprensión antropológica de la persona humana

como unidad biológica, psico-social y espiritual. La misma deja sin fundamento el dualismo Cartesiano subyacente en las concepciones de la muerte hasta ahora aceptadas, las cuales han sido atacadas por diversas posiciones, incluyendo las que proponen un enfoque del tema centrado en la conciencia o basado en la no-definición de la muerte.

El problema filosófico de la identidad, que durante siglos ha persistido, a pesar de los mejores intentos de los filósofos por resolverlo y que, a no dudarlo, solicita las aportaciones de múltiples áreas del conocimiento, recibe claridad, desde una perspectiva neurológica, con esta nueva formulación de la muerte que, consecuentemente, ilumina también aspectos esenciales relacionados con la vida humana.

El impacto en el campo del derecho médico es claro. Esta nueva formulación no sólo explica el por qué los anencefálicos, los pacientes en "estados vegetativos" y en estados muy avanzadas de demencia no están muertos (aún cuando sus estructuras encefálicas estén severamente afectadas), sino que provee una comprensión más clara en relación con el momento de la muerte, tan importante en muchas situaciones legales.

Problemas bioéticos, teológicos, antropológicos y de otras disciplinas encuentran ahora una sólida y precisa referencia neurológica, para una mejor comprensión de los mismos desde la óptica de sus horizontes respectivos. En el nivel conceptual que hemos considerado se deciden lo que posteriormente constituirán políticas y estatutos sanitarios, criterios médicos establecidos y disposiciones legales. El tema es de importancia universal y las implicaciones de una

solución apropiada y precisa son de largo alcance.

Bibliografía

1. Korein (Ed.): Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues. Ann.N.Y. Acad. Sci. 1977; 315:19-38.
2. President's Comission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Reserch: Defining Death: Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death. Washington, DC, US Governement printing Office, 1981.
3. Bernat, JL. How much of the brain must die in brain death. The Journal Clinical Ethics 1992; 3:21-28.
4. Walker, A. E. (Ed.): Cerebral Death. Baltimore, USA. Urban & Schawarzenberg, 1981.
5. Conference of Royal Colleges and their Faculties of the United Kingdom: Memorandum on the diagnosis of brain death. Br Med J 1:322.
6. Pallis, C.: Brainstem death. En R. Braakman (Ed.): Handbook of Clinical Neurology: Head Injury. Elsevier Science Publisher B., Vol 13 (57): 441-496, 1990.
7. Veatch RM: The whole-brain-oriented concept of death: An outmode philosophical formulation. J Thanatol 3:13, 1975
8. Bartlett, ET, Youngner, SJ.: Human death and the destruction of the neocortex. In Zaner, RM (Ed): Death: Beyond the Whole-Brain Criteria. Kluwer Academic Publisher, New York, 1988; pp: 199-215.
9. Kass R. L. Death as an event: A commentary on Robert Morrison. Science 1971; 173:698-702.
10. Veatch, RM. The definition of death: ethical, philosophical, and policy confusion. In Korein J (Ed.). Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues. Ann NY Acad Sci 1977; 315:307-317
11. Youngner, SJ, Bartlett, ET. Human death and high technology: the failure of the whole-brain formulations. Ann Intern Med 1983;
12. Youngner, SJ. Defining death. A superficial and fragile consensus. Arch Neurol 1992; 49:570-572.
13. Halevy, A., Brody, B.: Brain death: Reconciling definitions, criteria, and tests. Ann Intern Med. 1993; 119:519-525.
14. Machado C.: A new definition of death based on the basic mechanisms of consciousness generation in human beings. En: Machado C.(Ed.), Brain death. Elsevier, Amsterdam, 1995.
15. Byrne, PA, O'Reilly, S, Quay, PM. Brain death-An opposing viewpoint. JAMA 1979, 242:1985-1990.
16. Evers, JC, Byrne, PA. Brain death-Still a controversy. Pharos 53:10-12.
17. Nilges, RG. The ethics of brain death: Thoughts of a neurosurgeon considering retirement. Pharos 1984; 47:34-35
18. García, O.D.: Whole brain? Higher brain? A new formulation of death. En: Machado C. (Ed.), Brain death. Elsevier, Amsterdam, 1995.
19. García, OD: Reformulating death: overcoming whole-brain inconsistencies. En:Machado C. (Ed.), Brain death. Elsevier, Amsterdam, 1995.
20. García, O. D., and Román, J. M.: Redefining death: bioethical and theological implications. En: Machado C. (Ed.), Brain death. Elsevier, Amsterdam, 1995.
21. Truogg, RD, Flacker, JC. Rethinking brain death. Critical Care Medicine 1992; 20:1705-1713.
22. Veatch, R.M.: Brain death and slippery slopes. J Clin Ethics.
23. Jennett, B, Plum, F. Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome in search of name. Lancet 1974; 1:734-737.
24. Pallis, C. Death-Beyond the whole-brain criteria. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1989; 52:1023-1024.
25. Kinney, HC. y Samuels, MA.: Neuropathology of the persistent vegetative state. A review.
26. Shewmon DA: "Brain death": a valid theme with invalid variations, blurred by semantic ambiguity. In Chagas, C. (Ed.), Working Group on the Artificial

ASISTENCIA CLÍNICA

LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO, DESDE LA PSIQUIATRIA

Dr. Pedro Hernández Mandado.

Bioestadístico y Psiquiatra. Jefe de Servicio del Hospital Provincial Psiquiatrico de Camagüey, Cuba.

Dr. Ernesto Cañabate Reyes.

Residente de Psiquiatría del Hospital Provincial Psiquiatrico, Camagüey, Cuba.

El aspecto de mayor frecuencia y más difícil manejo en este campo es la información por parte del médico al enfermo oncológico, debido a los numerosos e injustificados prejuicios que giran en torno a la palabra cáncer. Específicamente en Cuba se ha hecho una "ley" no promulgada: no comunicar al paciente que padece un cáncer. A pesar de los resultados obtenidos en el tratamiento de este grupo de afecciones, esta enfermedad se acompaña instintivamente de la idea de la muerte ligada a la imagen del dolor, por todo esto es frecuente ocultar al enfermo su padecimiento o enmascararlo con mentiras o subterfugios. Esta es una aptitud equivocada y dañina que dificulta la relación médico-paciente y la colaboración del enfermo.

No resulta fácil suministrar al paciente

una adecuada información sobre la enfermedad y el tratamiento que requiere, porque no es posible trazar un único esquema de conducta que sea válido para todos los pacientes, debido a que no inciden sólo aspectos de carácter médico, sino también de carácter ético, sociopsicológicos, religiosos y legales, además de que la reacción psicológica desencadenada en el enfermo no es siempre previsible.

PAPEL DEL MEDICO

Informar al paciente sobre su situación clínica y responder a sus inevitables preguntas para liberarlo de los sentimientos de angustia, miedo y desesperación que dominan sus pensamientos, decir o no la verdad al paciente es para el Oncólogo un dilema cotidiano. Nosotros pensamos que es conveniente informar al paciente sobre el estado de su enfermedad. Esta información debe elegirse de acuerdo a su personalidad e historia vital.

Los motivos por los cuales defendemos esta posición son:

- Cada individuo como persona inteligente dotada de entendimiento y voluntad tiene el derecho de conocer lo que ha sucedido y sucederá en su organismo.
- El enfermo debe tener la posibilidad de reorganizar su vida de acuerdo a su nuevo

estado de salud, incluyendo la programación de la vida de otros, hijos, cónyuges, etc.

- Esto mejora la participación del paciente en las fases terapéuticas sucesivas.

- Hablar directamente con el paciente sobre su enfermedad le evita el trauma mayor de conocer su estado real a través de frases y palabras dichas o escritas por familiares, médicos, personal paramédico, amigos u otros pacientes.

¿Cómo informar al paciente?

Aunque en este aspecto influye la personalidad y las convicciones del médico, se pueden establecer algunos puntos que nos ayuden a conducir la información al paciente. En algunos países, como en U.S.A., se le revela toda la verdad al paciente incluyendo el pronóstico de sobrevida, no obstante hay médicos que prefieren mentir totalmente. Nuestro criterio es una postura intermedia entre estos dos extremos.

La verdad o el grado de verdad para comunicar al paciente debe considerar:

- La tolerancia psicológica del paciente.
- Su nivel socio-cultural
- La posibilidad de curación
- La fase en que se encuentra la enfermedad
- La posibilidad de colaboración con la familia y el entorno

DIALOGO CON EL PACIENTE

Este aspecto abarca tres fases: diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Diagnóstico. Es el punto crucial porque constituye el primer encuentro con la enfermedad y su nombre cuya naturaleza real es conveniente explicar con claridad en neoplasias susceptibles de curación mediante intervenciones quirúrgicas mutilantes (mama y

laringe) con el fin de obtener una completa colaboración del paciente; por el contrario si hay pocas esperanzas de curación se acentuará el carácter crónico de la enfermedad más que la gravedad comparándolo con otras patologías conocidas y aceptadas como la diabetes o la hipertensión arterial. En todos los casos se insistirá sobre las posibilidades de tratar la enfermedad con el empleo de todos los tratamientos disponibles y las adquisiciones científicas más avanzadas.

Al enfrentar el diagnóstico de cáncer el enfermo tiene diferentes modalidades de respuesta individual.

- Negación y supresión de la idea de enfermedad (INCREUDULIDAD): El paciente se sustrae de la realidad y continúa viviendo como antes, ignorando o fingiendo ignorar sus propios síntomas. Se ve en profesionales con más frecuencia.

- Rabia y agresividad (IRA-VIOLENCIA): Es la actitud del individuo que ve truncada su carrera, sus ambiciones y todo aquello que ha construido con su esfuerzo. Su hostilidad se refleja en sus relaciones con el equipo médico, el ambiente familiar o el trabajo.

- Repliegue en si mismo (DEPRESION): Es poco frecuente, consiste en el rechazo por parte del paciente del tratamiento o cualquier ayuda psicológica. Su causa es un estado de gravísima depresión y desconfianza total en las posibilidades médicas; es más frecuente en las fases avanzadas de la enfermedad después de numerosas e infructuosas tentativas terapéuticas o una larga hospitalización.

- Dependencia y regresión al estado infantil (DEMANDANTES): Son pacientes agobiantes que preguntan continuamente

sobre su salud, quieren sentirse continuamente seguros y si se encuentran lejos del equipo médico o del centro que les atiende se sienten completamente perdidos.

- **Petulancia:** Son los más difíciles pues se derrumbarán ante que los demás frente al avance de la enfermedad pero aparentan llevar una vida casi normal, niegan tener necesidad alguna, se esfuerzan en aparentar lucidez y seguridad en sí mismos y no quieren ser compadecidos.

- **Racionalización:** Este es el paciente ideal porque acepta su enfermedad, colabora con el tratamiento, sabe todo lo que se hace en torno a él y por él y se adapta a su nueva condición de vida.

- **Religiosidad:** Con frecuencia el enfermo se aferra a la fe religiosa, la redescubre para intentar vencer su batalla, sin embargo pocos aceptan la enfermedad y la muerte como una "voluntad superior".

Conocer este tipo de reacciones psicológicas ayudan al médico a establecer su propio comportamiento en relación a cada paciente.

Pronóstico. Si el diagnóstico es el momento más difícil para el paciente el pronóstico es lo más delicado para el médico pues debe enfrentar preguntas cómo:

¿cuánto me queda de vida?

¿cómo moriré?

¿sufriré mucho?

Pensamos que salvo casos excepcionales es preferible evitar juicios-pronósticos muy precisos. El enfermo incluso si se encuentra en período pre-terminal debe creer que existe todavía un tratamiento que intentar. El Oncólogo debe utilizar con frecuencia la palabra curación, enfatizar los resultados obtenidos en los últimos años en la lucha

contra el cáncer y cuando sea posible, utilizar comparaciones con las neoplasias de pronóstico más favorable y con los pacientes curados o con un largo período de remisión de la enfermedad.

Tratamiento: El paciente debe estar informado sobre los tratamientos a que es sometido y su duración, lo cual servirá para intensificar su colaboración y aceptarlo más conscientemente. De este modo el enfermo tiene la sensación de dirigir su salud en primera persona, que no está totalmente en manos de un grupo de especialistas que a menudo le hablan en un lenguaje técnico o asumen actitudes de tipo paternal.

PAPEL DE LA FAMILIA

El cáncer es una enfermedad que involucra a toda la familia por lo que se debe brindar una adecuada información sobre la naturaleza y el desarrollo de la misma; esto les permite ayudar al paciente a cumplir el tratamiento y apoyarlo en:

a) Encuentros de grupos de familia con experiencias similares

b) Discusiones constructivas con psicólogos o psiquiatras.

c) Instrucción por parte del personal paramédico sobre los problemas asistenciales.

d) Colaboración con el equipo médico que tiene a su cuidado el enfermo.

PAPEL DE LA SOCIEDAD

Cada individuo que ha vivido o está viviendo la experiencia de] cáncer tiene el derecho de mantener o de re-encontrar su puesto en la sociedad con una completa rehabilitación de sus capacidades. La sociedad

puede contribuir a la información mediante diferentes actividades:

- Correcta educación sanitaria sobre el problema oncológico.
- Uso positivo de los medios de información.
- Condicionamiento menos traumático de la opinión pública.
- Preparación adecuada del personal médico y paramédico.
- Mayor inserción de la asistencia social, el psicólogo y el psiquiatra en el equipo de tratamiento del enfermo neoplásico.
- Mejorar la participación del núcleo familiar en la enfermedad.
- Divulgar el testimonio de quien ha sufrido la enfermedad y ha vencido su batalla.

- Apoyo activo en la investigación contra los tumores.

Creemos que aunque el hombre nunca podrá superar el miedo a la muerte la enfermedad debe tener una dimensión más humana y el paciente no debe ser jamás abandonado a su enfermedad.

Bibliografía:

- Clavijo Portieles, A.: Manual de Psiquiatría. Hospital Provincial de Psiquiatría de Camagüey, 1989.
- Egy H., Bernael P., Brisset Ch.: Tratado de Psiquiatría. 7ª edc. París, 1975.
- Feedman A., Kaplan H., Sadock B.: Tratado de Psiquiatría. Versión Española, 1982.