

Muerte cerebral y estado vegetativo permanente: cuando el cerebro deja de funcionar.

La primera vez que escuché a un adjunto de Neurología, cuando era residente en el H. Clínico de Madrid, que decía: "Vamos a ver a un muerto latiente", no lo entendí. Creía que la muerte era un proceso simple, y no podía estar más equivocada. Muerte cerebral (total) es la destrucción de la corteza y del troncoencéfalo. Significa estar muerto, pero es necesario estar completamente seguros de que no hay casos de recuperación posterior, para lo cual la exploración neurológica, que se cumplan los criterios y la tecnología actual no dejan lugar a ninguna duda. El estado de muerte cerebral puede considerarse muerte del paciente, aunque algunos de sus órganos se mantengan funcionando con ayuda de aparatos. El criterio clásico o tradicional, es el de muerte cardiopulmonar, utilizado desde siempre. Se define como el cese irreversible de la función cardíaca y respiratoria.

En 1968, el informe del Comité Ad Hoc de la Universidad de Harvard para examinar la definición de la muerte cerebral, definió el "coma irreversible" como un nuevo criterio de muerte y estos criterios fueron muy bien acogidos, tanto en el sector médico como en el jurídico. Consisten en una completa falta de respuesta y sensibilidad, ausencia de movimiento y respiración espontánea, ausencia de reflejos de tronco cerebral, y coma de causa identificable.

Los médicos establecimos criterios sobre el cese irreversible de todas las funciones cerebrales, y se exigió que fueran dos médicos quienes firmaran las muertes cerebrales, uno de ellos neurólogo. Esto es necesario para el trasplante de órganos. Pero no siempre es sencillo y tenemos conflictos éticos. Este concepto de muerte cerebral como equivalente de muerte del hombre, se creó en los años 60 como consecuencia de los avances técnicos en el tratamiento de pacientes con lesiones cerebrales graves.

El estado vegetativo persistente es un diagnóstico clínico que se debe diferenciar de otras alteraciones del nivel de conciencia como el coma o la muerte cerebral.

Estos pacientes mantienen espontáneamente las constantes y funciones vitales, el ritmo sueño-vigilia y no tienen actividad voluntaria. Se define que es persistente cuando se mantiene durante un período superior a 1 mes y se califica como estado vegetativo permanente cuando se establece un criterio pronóstico de irreversibilidad, siendo de 3-6 meses en el anóxico y de 12 meses en el traumático. Plantean problemas éticos y legales muy serios en cuanto a mantener o suspender tratamientos, no solamente de soporte vital, sino también de hidratación y nutrición, ya que estos pacientes no sienten, no se comunican, no sufren dolor. No es el objetivo de la medicina alargar la vida a cualquier precio. La Recomendación 1418/99 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa afirma que "alargar la vida no es el fin exclusivo de la medicina". Se suele aceptar que los tratamientos de mantenimiento de la vida ó de soporte vital pueden retirarse, cuando para el paciente signifiquen más problemas que beneficio, sean desproporcionados, inútiles ó excesivamente gravosos.

Cuando la muerte era un proceso privado, y no medicalizado, no existían estos conceptos. De hecho, la muerte cerebral y el estado neurovegetativo persistente son creaciones de las tecnologías de soporte artificial. Han sido necesarias décadas de cambio social y religioso, para que el concepto de muerte cerebral en trasplantes, sea aceptado. La religión católica, musulmana y judía no encuentran conflictos en estas acepciones hoy en día.

Como Pallis dijo, “puede haber varias formas de morir, pero sólo hay una forma de estar muerto”.

Bibliografía

- 1.-A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *JAMA* 1968; 205: 337-2.-
- 2.-Guidelines for the determination of death. Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President’s Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. *JAMA* 1981; 246: 2184-6.
- 3.-Gracia D. Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. *Nefrología* 2001; Vol XXI. Suplemento 4. 13-29.
- 4.-Juan Pablo II. *Discurso inaugural del XVIII Congreso Internacional de la Sociedad de Trasplante*. Roma, 29 de agosto, 2000.
- 5.-Pallis C. Brainstem death, en Braakman R (ed.) *Handbook of clinical neurology: Head injury*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers BV 1990; 13: 441-96.

Cristina Guijarro Castro. Neuróloga de HM Hospitales. Máster en Ética Clínica.