

Certificación de muerte

La muerte, evento que marca el fin de la vida de los seres humanos, ha sido tema de numerosos debates desde los comienzos de la humanidad, desde diversos saberes y cosmovisiones antropológicas y culturales. El reconocimiento de la muerte y la búsqueda de signos inequívocos para certificarla, que han ido variando con el correr de los siglos de acuerdo al desarrollo de la tecnología, fue preocupación permanente en la comunidad médica.

En la antigüedad, se utilizaba la putrefacción del cadáver como signo certero para demostrar la muerte. El advenimiento del estetoscopio, en 1814, produjo un cambio. Ya no se esperó la putrefacción del cadáver, sino que se tomaron el cese del latido cardíaco y el paro respiratorio como signos para diagnosticar la muerte; a pesar de que una vez enterrado el cadáver persistiera actividad biológica de grupos celulares tales como el cabello y las uñas.

Pero el tema de la muerte y su certificación se planteó otra vez en la segunda mitad del siglo XX, por las aplicaciones tecnológicas al ámbito biomédico. En 1968 la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard elaboró una definición de muerte basando el criterio de muerte en la irreversibilidad del daño cerebral que fue publicada en el Journal American Medical Association.

En 1981 la Comisión Presidencial para el estudio de los Problemas Éticos en Medicina y en la Investigación Biomédica, de Estados Unidos, elaboró un estatuto donde se definieron los criterios para la certificación de la muerte. Se homologaron los criterios para certificar la muerte tanto desde los signos cardiocirculatorios como los neurológicos. Estos criterios médicos internacionales son tomados también en nuestro país.

La muerte encefálica

La tecnología permite, en el caso de pacientes que mueren a consecuencia de graves lesiones cerebrales, el sostén artificial y mecánico de algunas funciones del cuerpo, como la oxigenación a través del respirador y el apoyo cardiocirculatorio. En definitiva, se trata del cuerpo de una persona fallecida que está conectado a una máquina. Tradicionalmente, se la ha denominado muerte cerebral o encefálica, aunque sólo hay que llamarla muerte, porque lo único que ha variado en esta forma de fallecer son los signos médico-legales para certificarla.

En primer lugar, no todas las personas mueren de esta forma, ya que estos casos se producen sólo cuando la causa de la muerte destruye la delicada estructura encefálica -el cerebro y el tronco encefálico-. Las lesiones que producen este cuadro son, en la gran mayoría de los casos: traumas graves de cráneo, heridas de bala, hemorragia cerebral, infarto cerebral extenso, asfixia por ahogamiento.

Estas lesiones llevan a la muerte porque en esta estructura están localizados centros vitales sin los cuales es imposible vivir. Entre otros, los centros que regulan y permiten la respiración, la regulación cardiocirculatoria, o funciones más complejas como el

despertar o la conexión con los estímulos tanto externos como internos, cuya función es indispensable para la vida.

En estos casos, el desarrollo tecnológico ha permitido el sostén artificial y transitorio de algunas funciones como la oxigenación a través del respirador o el latido cardíaco a través de drogas vasoactivas, lo que no significa en absoluto que la persona esté con vida. Lo que vemos es simplemente trabajo artificial efectuado por las máquinas, que tampoco es indefinido, sino que dura un tiempo corto.

La muerte encefálica se certifica a través de los signos neurológicos, no del paro cardiorrespiratorio. Para ello, el médico debe demostrar:

- La causa de la muerte: certificar la gravedad y extensión de la lesión encefálica.
- Paro respiratorio definitivo.
- Pérdida definitiva de las funciones y reflejos encefálicos, como ausencia de respuesta a la luz, el dolor, etc.
- Inactividad encefálica, certificada a través de estudios adicionales; entre otros: electroencefalograma que muestre desaparición de la actividad eléctrica cerebral o estudios que muestren ausencia definitiva de circulación cerebral.

Para tener en cuenta

Ni el coma profundo, ni el estado vegetativo persistente son situaciones equivalentes a la muerte encefálica. Debemos dejar en claro que tanto en el coma como en el estado vegetativo persistente la persona está viva.

En el caso del coma, éste se produce por lesiones cerebrales que ocasionan la pérdida de las funciones de la conciencia -tanto la función del contenido como la posibilidad de despertarse-. La duración del coma, en general, no va más allá de las 2 semanas. Los pacientes en coma van recuperando la apertura ocular y otros signos neurológicos. Si el coma se prolonga, evoluciona al estado vegetativo persistente, como fue el caso de Karen Quinlan en la década del 70, de público conocimiento.

El estado vegetativo persistente también se produce por lesiones severas del cerebro y tronco encefálico, pero a diferencia de la situación que lleva a la muerte encefálica, la lesión daña parcialmente las estructuras neurológicas.

En estos casos de comas prolongados, el organismo realiza en forma independiente funciones básicas necesarias para la vida, tales como: la respiración, el mantenimiento de la temperatura del cuerpo, el funcionamiento del corazón, la función de otros órganos; es decir, la conexión básica con estímulos externos o internos del organismo. Asimismo, se mantiene la actividad eléctrica y circulatoria básica del encéfalo. Estos pacientes están vivos.

La anencefalia, término que ha generado confusión, es una gravísima malformación del sistema nervioso central, con ausencia de desarrollo de los hemisferios cerebrales. Pero el tronco encefálico, aunque sea rudimentario, mantiene sus funciones y reflejos, hecho que no ocurre en la muerte encefálica. La anencefalia es un cuadro muchas veces incompatible con la vida, pero desde el punto de vista médico legal al momento de nacer no se puede decir que un bebé anencefálico esté muerto.

Tanto los casos de estado vegetativo persistente como de anencefalia han generado debates en la sociedad, pero no dudas médico legales respecto a que la persona está viva. Los debates suscitados son bioéticos y se han referido principalmente a la toma de decisiones.

Consideraciones legales

En nuestro país, el cese irreversible de las funciones del encéfalo, y los signos médico legales requeridos para su certificación, están explicitados en el ordenamiento jurídico desde 1977 con la Ley 21.541, modificada en 1987 por la Ley 23.464. En la actualidad, están plasmados en la Ley 24.193 de 1993 (artículos 23 y 24) y en su decreto reglamentario N° 512/95 (Ley Nacional de Trasplantes).

En el ordenamiento jurídico argentino, el otro capítulo que hace referencia a la muerte es el artículo 103 del Código Civil, que establece que “el fin de las personas se produce con la muerte natural de las mismas”. Por lo que se ve, los artículos 23 y 24 de la ley 24.193 complementan al Código, estableciendo los signos médicos y los tests que se deben efectuar para certificar el fallecimiento.

También están en vigencia normativas médicas que complementan esta Ley. Las actuales están volcadas en el Protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos, aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación (Resolución 34/98) del 20 de marzo de 1998, y puesto en vigencia a través de su publicación en el Boletín Oficial N° 28.865 del 26 marzo de 1998.

Dicho protocolo fue elaborado por una comisión de especialistas en neurología y en terapia intensiva, formada en el Incucai para tal fin. En él se detalla puntualmente la metodología a implementar para la certificación del fallecimiento. Todas las normativas vigentes en este sentido en nuestro país están de acuerdo a las internacionales en la materia.