



Persona y Bioética

ISSN: 0123-3122

bioetica@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

Carrasco de Paula, Ignacio

Los parámetros de la muerte cerebral desde el punto de vista de la moral católica

Persona y Bioética, vol. 4-5, núm. 12, enero-abril, 2001, pp. 65-71

Universidad de La Sabana

Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83251207>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LOS PARÁMETROS DE LA MUERTE CEREBRAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA MORAL CATÓLICA

Monseñor Ignacio Carrasco de Paula*

RESUMEN

Desde que en 1957 Pío XII afirmó que la determinación de la muerte era competencia de médicos especialistas, la Iglesia católica ha seguido con atención el debate sobre la muerte cerebral, especialmente a través de la Pontificia Academia de las Ciencias. De hecho, la muerte cerebral, entendida como un método para el diagnóstico precoz de la condición de cadáver de un sujeto sometido a reanimación, es éticamente aceptable a condición de que los parámetros aprobados sean aplicados con extremo rigor y profesionalidad.

PALABRAS CLAVE: Muerte cerebral, momento de la muerte, reanimación, muerte cardíaca.

ABSTRACT

Since Pío XII pronouncement in 1957, confirming death verdict should be a physician expert faculty, Catholic Church has keenly followed scrutiny on debate outcomes regarding brain death, mainly through the Pontiff Academy of Science.

In fact, brain death understood as a method of advanced diagnosis on deceased condition of an individual under reanimation procedure is ethically accepted providing approved standards are cautiously observed.

KEY WORDS: Brain death, death momentous, reanimation, cardiac death.

Treinta años después de la introducción del concepto¹, el debate filosófico y científico entre partidarios y críticos de la "muerte cerebral" no ha logrado despejar todas las dudas que desde el principio acompañaron el uso de este procedimiento para la determinación del estado de

muerte² de individuos cuyas funciones cardiorrespiratorias están siendo asistidas artificialmente. Recientemente se ha hecho eco del problema el boletín *Ethics & Medics* del The National Catholic Bioethics Center;

* Ordinario de Moral Fundamental en la Pontificia Universidad de la Santa Cruz y profesor de Bioética en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma.
E-mail: carrasco@usc.orbe.it

¹ "Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death: A definition of irreversible coma", *Jama*, 205 (1968), 337-340. Este documento ha desempeñado un papel decisivo en el bien y en el mal. De hecho, con él se difunden una mentalidad y una terminología que han hecho muy difícil el diálogo entre filósofos y científicos.

² El problema nace de la discordancia entre las concepciones antropológicas de base. No obstante, complica ulteriormente las cosas la carencia de univocidad terminológica. No hay que olvidar la posible imprecisión de parte del personal sanitario. R. D. Truog ha recordado el clamoroso resultado de una encuesta publicada en 1989 [S. J. Youngner et al., "Brain Death and Organ Retrieval: A Cross-Sectional Survey of Knowledge and Concepts among Health Professionals", *Jama*, 261 (1989), 2246]; solo el 35% de los médicos y de las enfermeras que podían tomar parte en intervenciones para la recogida de órganos identificaban de manera correcta los criterios legales y médicos de la determinación de la muerte. Vid. Robert D. Truog, "Is it Time to Abandon Brain Death?", in *Hastings Center Report*, 27, 1 (1997), 29-37.

desde el punto de vista de los médicos católicos³. Mi intención es proseguir esas reflexiones, tratando de dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es exactamente la posición de la moral católica con respecto a la muerte cerebral?
- ¿La actitud actual podría cambiar en un futuro próximo?
- ¿Cuáles son las principales reglas éticas que debe tener en cuenta un médico por lo que se refiere a la muerte encefálica?

UN POCO DE HISTORIA: DE LA MUERTE CARDÍACA A LA MUERTE CEREBRAL

La moral católica entiende la muerte como la separación del alma del cuerpo. Se trata de una definición filosófica que tiene en cuenta la constitución corporal y espiritual del ser humano y encuentra apoyo tanto en la Biblia como en la tradición teológica cristiana. Definir la muerte como separación del alma del cuerpo significa indicar qué es lo que pasa en lo más profundo de la estructura ontológica del ser que muere y, al mismo tiempo, permite entender la diferencia radical entre el cuerpo vivo y el cuerpo muerto, con todas las consecuencias que eso comporta desde un punto de vista ético.

Pero una cosa es preguntarse qué es la muerte y otra muy distinta cómo se muere y cuál es el momento pre-

ciso en que se muere. Para estas cuestiones, la moral católica se ha remitido siempre –siguiendo la común praxis médica– a los conocidos parámetros de la muerte cardíaca, es decir, a la cesación definitiva de la función cardiorrespiratoria. Este procedimiento se considera adecuado, a pesar de que no han faltado motivos de duda. Por ejemplo, el fenómeno de las llamadas muertes aparentes⁴. O el hecho de que los parámetros de la muerte cardíaca tampoco señalan exactamente el momento de la defunción. Más aún, aprovechando esta laguna, la moral católica ha autorizado la administración de sacramentos –que solo se pueden dar a un hombre vivo– después del paro cardíaco, exigiendo únicamente que el sacerdote use la fórmula condicional “si eres capaz –es decir, si estás vivo–, yo te perdono de tus pecados”.

¿Por qué razón la muerte cardíaca no ha alimentado un debate crítico entre filósofos y éticos? Parece que los motivos son dos:

- El recurso a los parámetros de muerte cardíaca es el resultado de un proceso inductivo que parte de una experiencia conocida de todos y que puede ser fácilmente comprobada: una vez que el corazón se para irreversiblemente, cesan las funciones vitales del organismo y ya nadie vuelve a la vida⁵. Es solo

³ E. J. Furton, “Reflections on the Status of Brain Death”, en *Ethics & Medicine*, 10 (1999), 2-4. El autor concluye con estas palabras: “Although no definitive judgment has been rendered [por parte del Magisterio de la Iglesia], one may safely conclude that Catholic physicians may, good conscience, employ brain death criteria in their determination of death”.

⁴ Santa Teresa de Jesús, por ejemplo, fue en su juventud víctima ilustre de un falso diagnóstico de muerte. Para su fortuna y para la nuestra, se recuperó a tiempo.

⁵ La muerte cardíaca no es una definición de muerte sino un procedimiento diagnóstico. A su vez, este procedimiento no se funda sobre una deducción del tipo “el corazón es un órgano indispensable para la vida; por lo tanto, cuando el corazón deja de funcionar, cesa la vida”, sino sobre un hecho observable.

cuestión de tiempo –de poco tiempo– la aparición de las primeras señales evidentes de descomposición del organismo.

- Por convención social y por respeto al terrible evento de la muerte, se ha seguido la práctica de autorizar cualquier posible intervención médica sobre un cuerpo muerto (autopsia, recogida de órganos o tejidos, etc.) y el mismo entierro del cadáver, solo después de algún tiempo. De esta manera, se concede un margen de seguridad que, además, facilita cumplir algunas de las costumbres familiares y sociales.

Con estos precedentes, parece razonable que la atención de los reanimadores se haya dirigido hacia los parámetros de muerte cerebral para el diagnóstico de la condición de cadáver en individuos cuyo corazón continúa contrayéndose gracias a una máquina. Desgraciadamente, la historia de este concepto resulta conectada a circunstancias poco claras. Me refiero sobre todo a problemas de intereses de terceros (trasplantes); a la confusión con el debate sobre la eutanasia y el ensañamiento terapéutico; a la ilegítima extrapolación del concepto de muerte cerebral a enfermos en coma irreversible o en estado vegetativo persistente e, incluso, a niños anencefálicos. A todo esto hay que añadir una terminología que se presta a interpretaciones inapropiadas y falaces. Por ejemplo, ¿el morir es una realidad única o hay que admitir varias clases de muertes?; ¿quién es el que muere: un órgano o un organismo o un paciente? Está justificado que algunos autores hayan puesto en términos muy críticos la relación entre “la muerte del cerebro” y “la muerte de la persona”.

EL DEBATE ENTRE LOS ANESTESIOLOGOS EN 1957

Los límites de la parada cardiorrespiratoria como método diagnóstico de muerte resultaron manifiestos en el curso de los años cincuenta. El entonces director de la sección de anestesia de la clínica quirúrgica universitaria de Innsbruck (Austria), doctor Bruno Haid, durante un congreso celebrado en Roma en noviembre de 1957, planteó al papa Pío XII tres cuestiones de ética médica entonces totalmente novedosas. Se referían a la aplicación/suspensión de la respiración artificial⁶, a la administración de sacramentos a enfermos considerados clínicamente muertos y, finalmente, a la determinación del momento de la muerte. Esta tercera pregunta es la que nos interesa.

Recordemos que la entonces recién nacida especialidad de la reanimación había alcanzado ya algunos éxitos notables. Pacientes con graves traumatismos craneoencefálicos de pronóstico infausto consiguieron sobrevivir. Sin embargo, a veces las condiciones del enfermo eran tales que se podía sospechar que estuviese virtualmente muerto, aun cuando el corazón continuaba contrayéndose sostenido por la reanimación. ¿Cómo establecer, entonces, cuándo se había instaurado la muerte? Entre los expertos había diversas opiniones: unos afirmaban que el coma profundo acompañado de parálisis respiratoria central bastaba para diagnosticar la muerte del paciente; otros asegu-

⁶ La respuesta del Papa sobre este punto fue completada el 5 de mayo de 1980 por la Congregación para la Doctrina de la Fe, con la publicación de la Declaración *Iura et bona* sobre la eutanasia. En la última parte del documento se recogen los principios establecidos por Pío XII sobre los tratamientos llamados extraordinarios o no proporcionados.

rabán que había que esperar hasta la parada definitiva de la circulación sanguínea con respirador artificial o sin este. Según la moral, ¿quién tenía razón?

La respuesta de Pío XII a la pregunta se articula en tres partes:

- Cuestión de competencia: ¿a quién corresponde determinar qué signos son indicativos de la muerte?
- Juicio de mérito: ¿qué decir sobre la diversidad de pareceres entre los expertos?
- ¿Qué hacer en caso de duda insoluble?

En primer lugar, el Papa, aun recordando que el problema de la determinación de la muerte trasciende el interés meramente clínico⁷, reconoce que “depende del médico, y en particular del anestesiólogo, dar una definición clara y precisa de ‘la muerte’ y del ‘momento de muerte’ de un paciente que expira en estado de inconsciencia”⁸.

Esta tarea de definir ha de entenderse en sentido clínico. El Papa, refiriéndose al concepto filosófico de separación completa y definitiva del alma del cuerpo, admite que los términos “cuerpo” y “separación” en la práctica resultan inaplicables. En otras palabras, los conceptos filosóficos no se traducen empíricamente en signos unívocos que puedan ser objeto de un procedimiento de diagnóstico y, por consiguiente, no pueden ser usados para ese propósito.

⁷ Además de los aspectos estrictamente éticos, el diagnóstico del momento de la muerte puede ser decisivo en materia de herencia, en procesos matrimoniales, en asuntos de vacación de beneficios, etc.

⁸ Discurso, 24-XI-1957, in AAS, 1957, vol. II, p. 1031.

Con respecto al segundo punto, la contestación es coherente con cuanto ha dicho antes sobre las competencias. En efecto, el Papa afirma:

“La respuesta (cuál de los dos pareceres es correcto) no puede deducirse de ningún principio religioso ni moral y, en este sentido, no es de competencia de la Iglesia”⁹.

Por tanto, Pío XII rehúsa pronunciarse sobre el dilema de naturaleza científica que le había planteado el doctor Haid: mientras no lleguen a un acuerdo los científicos, **“el problema permanecerá abierto”**¹⁰.

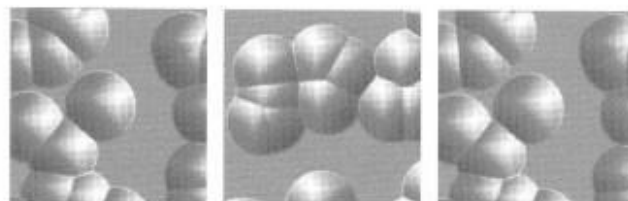
En esta situación de duda científica –del año 1957–, cuando se deba tomar una decisión el Papa recomienda recurrir a los criterios tradicionales que se aplican en situaciones semejantes, como, por ejemplo, la doctrina sobre la presunción de derecho y de hecho. Dada la naturaleza de su discurso, Pío XII mencionó solo algunos criterios:

“Mientras las funciones vitales –a diferencia de la simple vida de los órganos– se manifiesten espontáneamente o incluso con ayuda de procedimientos artificiales”¹¹, la presunción está a favor de que el paciente vive. Eso quiere decir que el peso de la prueba recae sobre la muerte, no sobre la vida; la presunción en favor de la vida no tiene valor absoluto, sino que se aplica a la mayor parte de los casos¹². En otras palabras, la presunción de vida en un paciente en reanimación es

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.



una conjetura clínicamente fundada, pero no una certeza absoluta que no admita prueba en contrario.

En mi opinión, la doctrina de Pío XII puede aplicarse al problema de la muerte cerebral como procedimiento diagnóstico de la condición de cadáver de un individuo cuya función cardiorrespiratoria es mantenida artificialmente. Esta tesis me parece confirmada por la evolución posterior.

EL PAPEL DE LA PONTIFICIA ACADEMIA DE LAS CIENCIAS

Después de Pío XII, ningún otro Papa ha vuelto a ocuparse del tema de la determinación de la muerte. Pero, a consecuencia de la publicación de un documento contra la eutanasia y el ensañamiento terapéutico, muchos médicos católicos pidieron que el Magisterio se pronunciara sobre el problema de la muerte cerebral. Fue así como se pidió a la Pontificia Academia de las Ciencias un informe sobre los aspectos científicos y morales del tema. En 1985, un grupo de trabajo constituido por eminentes científicos elaboró un documento, en el que se daba una definición biomédica de la muerte: "Una persona está muerta cuando ha padecido una pérdida irreversible de la capacidad de integrar y de coordinar las funciones físicas y mentales del cuerpo"; y un criterio diagnóstico sobre el momento del de-

ceso: "La muerte se produce cuando: a) las funciones espontáneas del corazón y de la respiración han cesado definitivamente, o bien b) se ha comprobado la cesación irreversible de todas las funciones cerebrales".

Más aún, se concluía que "la muerte cerebral es el verdadero criterio de muerte, puesto que la parada definitiva de las funciones cardiorrespiratorias conduce rápidamente a la muerte cerebral"¹³.

Cuatro años más tarde, un segundo grupo de trabajo –del que yo mismo tuve el honor de formar parte y cuidar la edición de las actas– confirmó las precedentes conclusiones de los científicos¹⁴. Entre los filósofos y moralistas el consenso no fue completo. El profesor Seifert, presente en este congreso, se declaró completamente en desacuerdo.

Como es sabido, la Pontificia Academia de las Ciencias tiene un papel meramente consultivo. Sus opiniones no representan en ningún modo la opinión de la Iglesia. Esos dos informes no dan un parecer ético sino que solo suministran información para ser utilizada por quien desee formular un juicio moral. De todos modos, sus conclusiones eran importantes, puesto que venían a decir que lo que en tiempo de Pío XII se había considerado una cuestión científica abierta, en la actualidad ya no lo era: la ciencia había despejado las dudas razonables. Por tanto, para la aplicación del cri-

¹³ Pío XII afirma: "En caso de duda insoluble, se puede también recurrir a la presunción de derecho y de hecho. En general, se mantendrá la presunción de la presencia de vida, puesto que se trata de un derecho fundamental recibido del Creador y del que es necesario probar con certeza su cesación". En francés: "En général, on s'arrêtera...", por lo tanto, ordinariamente, en la mayoría de los casos, habitualmente, etc. Discurso, 24-XI-1957, in AAS, 1957, vol. II, p. 1031.

¹⁴ Véase C. Chagas (ed.), *The Artificial Prolongation of Life and the Determination of the Exact Moment of Death*, Pontificia Accademia delle Scienze, Città del Vaticano, 1986.

¹⁵ Véase R. J. White, H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (a cura di), *The determination of brain death and its relationships to human death*, 10-14, 12, 1989, Pontificia Accademia delle Scienze, Città del Vaticano, 1992.

terio de la muerte cerebral no era ya necesario recurrir a las reglas de la duda sino que podía decidirse con certeza moral.

CRITERIOS ÉTICOS Y CONCLUSIONES

Así están las cosas actualmente. Cabe preguntarse, sin embargo, si será siempre así o es razonable esperar que en un futuro más o menos inmediato la Iglesia decida tomar postura, como, por ejemplo, lo ha hecho con la eutanasia, el suicidio asistido, la experimentación con embriones, etc. Mi parecer es que no. Pienso que no lo hará porque no entra en sus competencias decidir si un método diagnóstico es correcto o no.

No obstante, podría ocurrir –aunque lo considero improbable– que algún científico decidiera aventurarse en el mundo de los filósofos y afirmara, por ejemplo, que la muerte cerebral demuestra que el hombre no es más que su cerebro, o que un individuo deja de ser un ser humano cuando pierde la conciencia, u otras cosas por el estilo. Esas conjeturas no pertenecen al campo científico sino que son patrimonio de las disciplinas humanísticas. Qué es el hombre, cuál sea su destino, qué significa la autoconciencia o la libertad, etc., son realidades que no pueden ser adecuadamente afrontadas con una metodología exclusivamente experimental. De los cromosomas solo pueden decir cosas serias los genetistas. Pero del hombre, no. Del hombre, hasta un cocinero puede poseer una visión tan respetable como la de un premio Nobel, aunque quizá no sea capaz de exponerla con la misma propiedad y brillantez.

Así, mientras el reanimador afirme que la presencia simultánea de ciertos signos –EEG plano, midriasis, ap-

nea, ausencia de reflejos craneales, etc.– corresponde, según una evidencia clínica rigurosamente controlada, a la pérdida irreversible de las funciones vitales, el moralista no tendrá nada que objetar. Pero no sería lo mismo si dijera que la presencia de esos signos son suficientes para proceder a la recogida de órganos. El reanimador debe dictar el diagnóstico de muerte, pero establecer cuáles son las condiciones para proceder a un trasplante exige además otras competencias¹⁵.

De cuanto hemos expuesto hasta ahora, considero que se pueden extraer algunas conclusiones por lo que atañe tanto a la pertinencia de los parámetros de muerte cerebral en relación con la muerte de la persona, como a las condiciones de licitud para el uso de tales parámetros teniendo en cuenta las dudas teóricas y prácticas que todavía persisten. En concreto: debe reconocerse como grave la obligación de hacer todo lo posible para evitar que en ningún caso sea considerada muerta, y tratada como tal, una persona que en realidad está viva. En otras palabras, hay que emplear métodos diagnósticos que sean ciertos y seguros.

El problema de la validez de las señales de muerte cerebral para verificar la defunción de un paciente cuya función cardiorrespiratoria está siendo asistida artificialmente, sigue siendo competencia exclusiva de los reanimadores¹⁶. Dada la delicadeza del tema y sus importantes implicaciones de naturaleza ética, legal, so-

¹⁵ El debate en torno a la muerte encefálica, muerte cortical y muerte del tronco es un ejemplo de confusión de competencias entre ciencia y filosofía. De una afirmación del tipo *la integridad de la corteza cerebral es indispensable para la conciencia* no se puede pasar *tout court* a concluir que *sin conciencia no hay persona*.

¹⁶ El parecer favorable al uso de los parámetros de muerte cerebral es aceptado pacíficamente desde hace más de treinta años,

cial, etc., los expertos deben aplicar el máximo rigor y profesionalidad tanto para definir un protocolo de muerte cerebral como para disipar todas las dudas razonables al respecto.

Deben tomarse todas las precauciones para impedir que otros intereses puedan condicionar el diagnóstico de muerte. En concreto, ningún miembro del equipo de trasplante debería intervenir en el procedimiento de diagnóstico de muerte.

Los parámetros de la muerte cerebral han de ser entendidos como un procedimiento específico que se emplea sólo en los casos en los que existe una indicación precisa, como por ejemplo en pacientes sometidos a terapia intensiva. Particularmente, nunca serán aplicados ni a niños ni a adultos que estén bajo el efecto de sustancias depresivas del sistema nervioso.

Los parámetros de muerte cerebral no deben ser entendidos ni usados como una definición alternativa de la muerte de la persona. Debe rechazarse cualquier intento de instrumentalización para favorecer la eutanasia.

no ha encontrado hasta ahora una oposición científica bien documentada, se ha introducido sólidamente en la praxis médica y es considerado un criterio deontológicamente válido. Por contra, el parecer adverso resulta claramente en minoría, y hasta ahora aduce observaciones y razonamientos no siempre apoyados en una documentación metodológicamente intachable. Todo esto hace aún más complicado, y casi imposible, un debate sereno y bien informado. Es de esperar que esta situación se supere lo más pronto posible, de manera que los expertos puedan comparar datos controlables y comprobables según la metodología científica. En el entretanto, parece éticamente justificado conceder más crédito a la tesis común.

Igualmente, la muerte cerebral debe quedar fuera del debate sobre la suspensión de la nutrición y de la hidratación artificial del enfermo en coma profundo o en estado vegetativo persistente. En efecto, un enfermo comatoso que respira espontáneamente es a todas luces un enfermo viviente.

En todos los procedimientos que involucren el diagnóstico de muerte, como en otros campos de la investigación de base o clínica, las críticas bien fundadas y documentadas, incluso contra tesis consideradas científicamente indiscutibles, han de ser examinadas por los expertos con la máxima atención y objetividad. Además, está en el interés de los reanimadores corresponder, con señales claras e inequívocas, a la confianza que la sociedad les ha concedido en asunto tan delicado¹⁷.

Por contra, las posibles críticas fundadas exclusivamente en sospechas de mala fe o de abuso de los médicos, o en prevenciones contra los operadores en el campo de trasplantes, o en temores de instrumentalización a favor de formas insidiosas de eutanasia, etc., hay que remitirlas a la deontología profesional, pues en realidad no cuestionan el procedimiento diagnóstico en sí sino su posible mal uso.

Estas ocho indicaciones éticas que acabo de formular, si se examinan con atención, no son otra cosa que la exposición detallada del contenido axiológico del principio fundamental que exige el máximo respeto y consideración por el paciente y su inalienable dignidad de persona.

¹⁷ Puesto que el juicio moral debe alcanzar una certeza práctica, el concepto genérico de "parámetros de muerte cerebral" no basta; es necesario examinar el protocolo específico que viene de hecho usado en un determinado servicio de reanimación.