

Capítulo 6

LA MUERTE

<< Nuestras vidas son los ríos

que van a dar en la mar, que es el morir >>.

(Jorge Manrique. *Coplas a la muerte de su padre*)

En el capítulo 4 decíamos que el hombre está en el mundo de manera corpórea; pues bien, es precisamente la condición corpórea del hombre la que le otorga su carácter vulnerable, destructible, exponiéndolo así al riesgo de la muerte. Decimos, por tanto, con Julián Marías, que el hombre es mortal pero no solo en el sentido de que *puede* morir, sino que *tiene* que morir, es *moriturus*. Y esto es así porque el cuerpo del hombre está constituido por elementos materiales, y la materia viva se transforma continuamente en la naturaleza.

La *vida* y la *muerte* constituyen las dos caras de una misma moneda. Por ejemplo, la vida es un fenómeno necesario de la evolución de la materia de lo más simple a lo más complejo; por ello la vida es portadora de la esencia del desarrollo, el movimiento y el cambio, que se manifiesta como permanente desintegración y reorganización. De esto se desprende que la muerte es un hecho necesario para la vida misma; la vida y la muerte son dos expresiones necesarias de un mismo fenómeno, el desarrollo de la materia. La necesidad lleva en sí misma sus causas.

Desde el punto de vista biológico, la muerte del hombre es perfectamente comprensible, como lo es la de cualquier otro ser vivo, y podemos definirla con Julián Marías como << la interrupción irreversible de los procesos vitales de un organismo y, en último término, la destrucción de éste como tal, su reducción a sus elementos materiales >>. En otras palabras, aquel ser vivo que un día se *integró* a partir de una célula totipotente llamada *huevo* o *cigoto*, tras un periodo de vida más o menos prolongado, comienza ahora a *desintegrarse*. Este *ciclo biológico* o *vital* se repite incesantemente en la naturaleza, sin que nada ni nadie pueda alterarlo; como decimos coloquialmente, es *ley de vida*.

¿Llevaba entonces razón aquel médico cuando me dijo que la Medicina es absurda porque lucha contra la muerte y a la muerte no se la puede vencer? Intentaré refutar seguidamente dicha afirmación, partiendo del clásico proverbio latino << *mors certa, hora incerta* >>; es decir, la muerte es segura, pero el momento de la misma es incierto. Obsérvese con qué sorna afirma esta verdad incontrovertible el siguiente poema anónimo castellano:

Camino del cementerio

Se encontraron dos amigos.

¡Adiós!, dijo el vivo al muerto;

¡Hasta luego!, el muerto al vivo.

Propongamos ahora el siguiente silogismo, aplicable a los 7.400 millones de personas que habitamos actualmente la tierra.

Todos los hombres son mortales.

Yo soy hombre.

Luego, yo soy mortal.

A lo que podríamos añadir: *pero no sé cuándo...*

El médico, a priori, tampoco conoce el momento de la muerte de su paciente, por muy grave que esté. La siguiente anécdota, ocurrida en la década de los años setenta del pasado siglo, es muy ilustrativa a este respecto.

Un marinero de reemplazo, de unos 20 años de edad, ingresó de urgencia en el Servicio de Medicina Interna del antiguo Hospital de Marina de San Carlos, en San Fernando (Cádiz), por sospecha de meningitis. Cuando le hice la punción lumbar, el líquido cefalorraquídeo, que normalmente es claro “como el agua de roca” y sale gota a gota, era muy turbio y salió a tal presión, en *jet*, que me manchó la bata clínica. El análisis urgente del líquido confirmó que se trataba de una meningitis meningocócica, de pronóstico muy grave, por lo que, de inmediato, instauré un tratamiento antibiótico intensivo por vía intravenosa. Al día siguiente, cuando fui a visitarlo, me llevé una grata sorpresa: estaba sentado en la cama ¡comiéndose un plato de lentejas!

Podemos decir sin temor a equivocarnos que, en este caso, la Medicina y el médico le salvaron la vida al enfermo. Pero, ¿qué entendemos por *salvar la vida*?; pues que, por el momento, esa persona puede seguir viviendo. ¿Podemos decir entonces que hemos vencido a la muerte? **Sí**, porque la muerte de un chico de 20 años hubiese sido una muerte prematura y muy lamentable en todos los sentidos; y **no**, si caemos en la cuenta de que, a pesar de que ahora le hemos salvado la vida, algún día irremediablemente morirá porque es moriturus. Por tanto, sensu stricto, la Medicina y el médico no pueden luchar contra la muerte, sino contra la *prematuridad* de la muerte.

El “problema” es que cuando venimos a este mundo no traemos una etiqueta con nuestra personal e intransferible “fecha de caducidad”. Bromas aparte, todos hemos conocido a personas que, debido a su avanzada edad o por padecer graves enfermedades, dan la impresión de que su muerte es inminente; sin embargo, pese a todos los pronósticos desfavorables, siguen viviendo durante largo tiempo. En lenguaje popular se dice de estas personas que << viven con permiso del enterrador >>. Por tanto, el médico debe poner en juego toda su ciencia y su arte para tratar de evitar la muerte de sus pacientes ya que, salvo casos que comentaremos más adelante, desconoce

a ciencia cierta si un paciente concreto morirá o sobrevivirá tras el tratamiento correcto que haya establecido. La anécdota que referiré a continuación es también muy clarificadora a este respecto.

A principios de la década de los años setenta del pasado siglo, nos ingresó una paciente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Moreno de Mora de Cádiz. Se trataba de una mujer de unos 30 años que presentaba una anemia muy severa que precisó varias transfusiones de sangre. Pronto nos dimos cuenta de que aquella no era un tipo de anemia habitual, pues mientras más sangre le transfundíamos más se acentuaba la anemia. Se trataba de una *anemia hemolítica autoinmune*, en la que los hematíes son destruidos por anticuerpos que fabrica por error el propio organismo del paciente. Tuvimos que suspender las transfusiones y empezar a tratar a la enferma con dosis altas de corticoides por vía intravenosa. Una de las tardes que fui a visitarla, estaba obnubilada y se encontraba peor que nunca, con solo 750.000 hematíes/mm³. Le hice un fondo de ojo y el color de la retina, que normalmente es anaranjado, era gris como el plomo debido al grave déficit de hemoglobina. Los familiares, percatándose de su gravedad, habían avisado a una ambulancia para trasladarla a su domicilio y que allí muriera en paz. Cuando yo llegué, ya estaba todo preparado para el traslado. Yo entonces era un médico joven recién licenciado y, por tanto, inexperto para enfrentarme a una decisión familiar ya tomada, pero insistí con tal vehemencia que logré convencer a los familiares de que si existía alguna posibilidad de salvación era en el hospital y no en su domicilio. Recuerdo con absoluta nitidez la contestación que me dio un familiar, visiblemente contrariado: << Entonces, ¿qué hacemos con la ambulancia? >>. << Pues, ¡que se vaya! >>, le respondí enérgicamente. Un mes después, la paciente salía de alta del hospital aunque, eso sí, con una diabetes mellitus provocada por los corticoides. En este caso, eran los familiares de la paciente los que “tiraban la toalla” de una manera incomprensible, pues se trataba de una mujer de unos 30 años, con toda una vida por delante.

En otras ocasiones, el médico no puede pretender salvar la vida a su paciente, sino que debe contentarse con aliviarle o consolarle. Son los casos de los pacientes terminales, en los que ya se ha descartado toda posibilidad de curación, y la muerte se acerca irremediablemente. Pero no debemos olvidar que la muerte forma parte de la vida y, por tanto, cuando aquella es ya inevitable, la actitud del médico y de los familiares hacia el paciente terminal debe dirigirse fundamentalmente a ayudarle a afrontar el difícil trance de la muerte y evitar así la *distansia*, es decir, la muerte lenta y dolorosa, la agonía prolongada.

Todos los seres humanos tenemos derecho a una muerte digna, y por ello nuestra legislación actual incluye la posibilidad de que cada ciudadano, si así lo desea, pueda redactar su *testamento vital*, con el cual se pretende evitar la utilización de tratamientos médicos desproporcionados o extraordinarios que prolonguen artificialmente la agonía del enfermo.

Hasta finales de la década de 1950, los criterios que se usaban para constatar el momento de la muerte eran el *paro cardiaco y respiratorio*. Sin embargo, a partir de la introducción de los sistemas de ventilación mecánica y de apoyo vital artificial, el concepto de la muerte cambió. Hoy sabemos que la muerte es un *proceso* que generalmente comienza con la disminución del aporte de oxígeno hacia el cerebro, y que continúa con la *muerte neuronal* y posteriormente la *muerte somática*, es decir, el cese total e irreversible de todos los órganos y sistemas del organismo, como consecuencia de daño en las membranas celulares y necrosis (1).

Durante años se ha aceptado que la isquemia del sistema nervioso central superior a 4-6 minutos provoca lesiones neuronales irreversibles. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que la recuperación neuronal puede darse incluso con tiempos de isquemia mucho mayores, por lo que el límite de 4-6 minutos se ha invalidado. No obstante, cerca del 50% de las víctimas de un paro cardiaco no presenciado y que han sido reanimados tardíamente presentan daño neurológico permanente, muriendo más tarde debido a dichas lesiones neurológicas irreversibles (2).

Con la introducción de los trasplantes de órganos en la práctica clínica, ha surgido la necesidad de definir muy claramente desde el punto de vista legal el concepto de *muerte cerebral*; así, la legislación española, mediante el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, regula las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y establece requisitos de calidad y seguridad. En dicho Real Decreto se especifican detalladamente los requisitos exigibles para diagnosticar la muerte cerebral y poder así extraer los órganos que se vayan a utilizar para trasplante. Dichos requisitos son muy estrictos y suponen una garantía de seguridad para los familiares del posible donante, a fin de que tengan la certeza de que se ha producido la muerte cerebral irreversible.

No obstante todo lo dicho anteriormente, como afirma Julián Marías en su *Antropología Metafísica* (3), no es posible tener experiencia de la muerte ya que ésta es personal, solo se muere una vez y se hace en soledad; no es posible “conmorir” con el que muere. Por tanto, aunque conocemos y comprendemos la muerte biológica, desconocemos el *sentido* de la muerte.

El hombre es el único ser vivo que *sabe* que va a morir; su poderoso instinto de conservación se rebela ante la certeza de la muerte y necesita imperiosamente darle un *sentido* y, sobre todo, necesita dar respuesta a la angustiada pregunta: *¿Qué será de mí?*

De ahí surge la representación dualista que está en la base de la mayoría de las religiones, según la cual la muerte es la separación entre un alma inmortal y un cuerpo muerto que le servía de morada. Según Jankélévitch (4), esta disociación mortal entre el alma y el cuerpo... << no es más que una simple sustracción aritmética: el alma animadora, que no vemos, representa la diferencia entre el cuerpo animado que veíamos hace un instante y el cadáver inanimado que ahora tenemos delante y que muy pronto no será ya nada >>.

Unamuno (5) en su famosa obra filosófica *Del sentimiento trágico de la vida*, intentando hallar un sentido a la muerte establece un interesante debate entre la *razón* y la *fe*:

<< Locura tal vez, y locura grande, querer penetrar en el misterio de ultratumba; locura querer sobreponer nuestras imaginaciones, preñadas de contradicción íntima, por encima de lo que una sana razón nos dicta. Y una sana razón nos dice que no se debe fundar nada sin cimientos, y que es labor, más que ociosa, destructiva, la de llenar con fantasías el hueco de lo desconocido. Y sin embargo...Hay que creer en la otra vida, en la vida eterna de más allá de la tumba, y en una vida individual y personal, en una vida en que cada uno de nosotros sienta su conciencia y la sienta unirse, sin confundirse con las demás conciencias todas en la Conciencia Suprema, en Dios; hay que creer en esa otra vida para poder vivir ésta y soportarla y darle sentido e invalidad. Y hay que creer acaso en esa otra vida para merecerla, para conseguirla, o tal vez ni la merece ni la consigue el que no la anhela sobre la razón y, si fuere menester, hasta contra ella >>.

Antonio Machado, amigo y admirador de Unamuno, le dedicó un poema que comenzaba así: << Este **donquijotesco** don Miguel de Unamuno, fuerte vasco, lleva el arnés grotesco y el irrisorio casco del buen manchego. >>

Si analizamos ahora el fragmento de la obra de Unamuno *Del sentimiento trágico de la vida* que acabamos de transcribir, podemos observar que la primera parte está cargada del racionalismo y materialismo propios de Sancho Panza; pero, a renglón seguido, Unamuno muestra una espiritualidad y una fe inesperadas: << Y sin embargo...Hay que creer en la otra vida, en la vida eterna de más allá de la tumba...>> Esta segunda parte, vehemente e idealista, podría haber sido escrita por el mismísimo Don Quijote. Y es que, como afirma textualmente Anatole France (6) << Todos llevamos dentro de nosotros un Don Quijote y un Sancho Panza a quienes oímos; pero aunque Sancho Panza nos persuada, solo a Don Quijote debemos admirar. >>

Como última reflexión personal en un mundo dominado por la prisa y dado que hay tantas formas de morir como de vivir, la mejor pudiera ser la que el Rey don Sebastián de Portugal recomendó a los suyos en la batalla de Alcazarquivir el 4 de agosto de 1578 y en la que él mismo perdió la vida: << ¡Hidalgos portugueses, morid sin prisa! >>.

1.-Jaramillo-Magaña, J.-Rev.Mex.Anest, 1993; 16:81-84.

2.-Rolfsen ML, Davis WR.-Cerebral function and preservation during cardiac arrest.-Crit Care Med, 1989; 17:283-292.

3.- Julián Marías.-*Antropología metafísica*.-Alianza Editorial S.A. Madrid. MCMLXXXIII.

4.- Jankélévitch, V. (2002). *La muerte*. Pre-textos, Valencia.

5.-Unamuno, Miguel.-*Del sentimiento trágico de la vida*. Ed. Austral. MCMXIII.

6.-Anatole France.- *The crime of Sylvestre Bonnard*.-Ed. Mondial. 2007 (first published 1881).