

## **Prolongar el estado de coma: Entre la moral y la ética.**

Autor: Clara E. Yaguas R  
Código:hxr968  
Convocatoria: Mayo 2020

El estado de coma se caracteriza por la ausencia de respuesta al dolor y un estado vegetativo persistente donde no hay ritmo sueño-vigilia y hay una incapacidad para interactuar con el ambiente. Suele confundirse con el síndrome de enclaustramiento, el estado de conciencia mínima y el estado vegetativo, éstos tienen similitudes pero son diferentes. En el síndrome de enclaustramiento la persona está consciente, sin embargo, a pesar de no estar alterado su estado de conciencia y sus funciones cognitivas no puede moverse, ni hablar, respirar, tragar o expresarse. Por otro lado, en un estado de conciencia mínima la persona conserva a pesar de alterarse sus funciones cerebrales la posibilidad de responder de forma verbal o con movimientos a algunos estímulos, y en el estado vegetativo o vigil el paciente aún tiene despertar y períodos de vigilia pero sin signos de interacción con el ambiente.

Estos conceptos tan complejos pueden solo diferenciarse al establecer si hay o no conciencia, si hay un ciclo sueño- vigilia, el grado de esta conciencia en respuesta a estímulos diferentes (profundidad), si el paciente responde o no órdenes, su respuesta al dolor, si tiene o no capacidad de moverse o responder al entorno (interacción). En el estado de coma se pierden las funciones cerebrales superiores como los movimientos espontáneos, pero continúan otras funciones básicas del cuerpo humano como respiración o circulación. Para establecer los distintos estados se requiere explorar algo más que los muy evidentes signos clínicos, la actividad cerebral debe ser determinada con pruebas de neuroimagen funcional y pruebas de neurofisiología que demuestren el verdadero nivel de actividad voluntaria que no se ve clínicamente.

Los pacientes en estado de coma, suelen recibir soporte de sus funciones vitales cardiorespiratorias, si estos soportes son necesarios, al igual que soporte nutricional, suelen tratarse las infecciones que presente por su condición como neumonías, úlceras de decúbito,

infecciones urinarias entre otras, suelen recibir tratamiento para prevenir trombosis venosa, y otros tratamientos como fisioterapia, cuidados e higiene, que buscan generar un buen estado físico. Durante este período de espera por la recuperación, se generan expectativas psicológicas en los familiares, costos económicos al estado o la familia, y cambio en la dinámica de toda la familia y el entorno del paciente. La mayoría de las veces, los pacientes en estado de coma se encuentran ingresados en un centro de salud, en otras ocasiones una vez estables, permanecen en sus hogares con cuidados similares básicos y preventivos.

El pronóstico sobre la duración y desenlace del estado de coma de un paciente depende de: su edad, la causa del daño neurológico y la gravedad de éste, la localización de la lesión y su cronicidad y de las complicaciones no neurológicas del mismo como enfermedades de base o infecciones. A través del tiempo, se han determinado ciertos periodos pronósticos críticos sobre la duración del estado de coma. Cuando los doctores determinan que un paciente se encuentra en este estado pueden establecer según los factores mencionados anteriormente, algunas medidas de tiempo probables que le ayudan a establecer la probabilidad de recuperación y despertar, y la probabilidad de que la persona presente déficit neurológico leve a severo, en caso de despertar. Un criterio importante es la causa del daño que conlleva al estado de coma, se ha establecido que una persona con daños por un traumatismo craneo-encefálico cumple éste período crítico esperado para el despertar en un año a partir de la lesión y que personas con daños no traumáticos lo cumplen de 3-6 meses.

Pasado estos períodos críticos de pronóstico, resultado de estudios científicos previos, y no encontrándose hallazgos de mejoría de las funciones neurológicas, en el punto cuando se superan estos esquemas de tiempo, comienzan a presentarse los dilemas sobre cómo manejar el tratamiento subsiguiente, qué medidas tomar ante las complicaciones y en caso de extrema gravedad, y se pueden establecer conflictos que requieren reflexión para el médico tratante de un paciente en estado de coma, tales como: ¿Si el tratamiento administrado no funciona cuanto tiempo debe permanecer la persona en este estado? ¿Es correcto seguir prologando su vida aun cuando no hay funciones cerebrales superiores y no puede el paciente relacionarse con otros? ¿Está el paciente sufriendo en ese estado? ¿Será correcto si lo desconectamos del soporte vital cardiorespiratorio cuando podría llegar a

despertar pronto? Muchas veces, los pacientes con persistencia del estado de coma que reciben soporte cardiorespiratorio sumado al apoyo farmacológico y con ventilación asistida, se encuentran en una situación que envuelve a los médicos y familiares en una constante angustia, donde deben poner un énfasis en una disyuntiva que es vista como principal ¿Cuándo desconectarlo de ese soporte?.

Esta situación de un potencial conflicto profesional nos hace centrarnos en nuestro dilema ético: “Considerando que un estado de coma prolongado más allá de los períodos críticos establecidos por los estudios científicos puede significar más probabilidad de un déficit posterior, que éste déficit puede afectar la capacidad cognitiva, neurológica y social del desempeño del ser humano como persona, y cuya reversibilidad y gravedad es impredecible, y que hay una mayor probabilidad de no despertar en estados prolongados, se plantea la siguiente interrogante, ¿Hasta qué punto es correcto éticamente prolongar el estado de coma que requiere el apoyo con medidas extraordinarias para prolongar la continuidad de las funciones básicas del cuerpo humano?.

Con esta incógnita planteada se comenzará a trabajar en función de abarcar el dilema expuesto anteriormente, de la misma forma se hará revisión de diferentes opiniones de autores en artículos científicos sobre este tema.

Para definir el estado de coma en un paciente, los autores han referido distintas escalas de evaluación neurológica. Silvia García, Sergio Sauri Suárez y sus colegas, mencionan en su trabajo que el estado de coma puede afectar la conciencia

*“En el Nivel de lesión VII: las respuestas motoras a los estímulos son débiles o ausentes. En el electroencefalograma, las ondas son lentas e irregulares y tienden a un trazado isoeléctrico. Se clasifica entonces el paciente como en estado de coma”*  
(2013-144)

Cuando el paciente está en coma la conciencia de éste es nula, lo cual se manifiesta también no sólo en la ausencia del despertar sino con problemas motrices y de incapacidad de interacción con el entorno, a su vez el concepto abarca la actividad cerebral determinada por electroencefalograma como lenta o irregular.

La utilidad de estas pruebas neurológicas funcionales o de actividad neurológica, como el electroencefalograma, permiten establecer diferencias del estado vegetativo inicial y transitorio donde el paciente ya no tiene la misma actividad cerebral, pero conserva su funciones básicas de vida como respirar o la circulación, de los estados donde éstas funciones no existen ya, y se requiere comprobarlo para decretar la muerte cerebral. A diferencia del estado vegetativo transitorio o del coma, donde este estado vegetativo persiste, en la muerte cerebral sin éstas medidas extraordinarias como el soporte cardiorespiratorio el paciente fallecería irremediablemente, es decir, está conectado a una máquina que lo asiste prologando así su actividad cardíaca y respiratoria así que mantiene el cuerpo con un funcionamiento relativo pero se puede considerar que el paciente ya no tiene la capacidad de recuperarse pues el daño ocurrido o el estado de otros órganos es irreversible. Sólo estudiando y tomando en cuenta la escasa actividad cerebral o que ésta sea nula, se puede proceder a decretar a un paciente en este estado de muerte cerebral, y se debe pasar por muchas pruebas clínicas que confirmen los diagnósticos dados, además de evaluaciones físicas detalladas donde se demuestre que no hay ningún tipo de movimiento voluntario o intención de comunicación, otros signos pueden contribuir clínicamente como la incontinencia de ambos esfínteres. Muchas veces se plantearan segundas opiniones.

Cuando ha transcurrido más de un mes en estado de coma sin despertar ni interacción con el entorno, se comienza a denominar estado vegetativo persistente, siendo la excepción cuando éste ha sido inducido por fármacos con una intención terapéutica o cuando ha sido causado por traumatismos craneales, tras éstos últimos se espera hasta un periodo de 12 meses (Un año) sin recuperación para considerarse estado vegetativo severo. J. M Grau, describe sobre esta condición denominada estado vegetativo persistente, ayudando a contextualizar lo mencionado anteriormente:

*“Un aspecto evidentemente muy interesante es el pronóstico del Estado Vegetativo Persistente o EVP, es decir, las posibilidades de un paciente en esta situación de recuperarse o de persistir en lo que se denomina estado vegetativo permanente. Debe precisarse que en la inmensa mayoría de los casos la recuperación que se obtiene es muy limitada, con grandes secuelas residuales y una calidad de vida ínfima” (2004- 110)*

A pesar de que es escasa la existencia de documentos donde se esgriman razones científicas demostrando beneficios a favor de prologar la vida cuando no hay actividad cerebral , haciéndolo de manera artificial, si existen muchos trabajos que se enfocan en explicar los efectos adversos posteriores al despertar en la sobrevivida y desempeño del paciente, también existen estudios sobre los problemas financieros, psicológicos y sociales que puede traer sobre la personas que tienen un lazo con el paciente.

A pesar de que muchas veces los lazos emocionales evitan que las personas involucradas tengan un completo raciocinio de sus acciones, otras están muy conscientes de las dificultades que tiene cuidar de un paciente en esta condición, a continuación se expondrán algunos de estos factores que pueden influir, empezando por el ámbito económico. Mantener a un paciente en cuidados intensivos con esta condición requiere disponibilidad económica de gran cantidad de recursos de forma imprecisa y prolongada, ya que diariamente se le aplican diferentes tipos de medicamentos dependiendo de la causa por la cual se encuentra el paciente en estado de coma o vegetativo, además existen múltiples gastos asociados como son: la atención del personal de salud, estudios de diagnóstico y control, procedimientos quirúrgicos, monitorización, fármacos, terapias preventivas, consumo de material médico quirúrgico, por lo que para las familias puede representar un importante costo financiero. En ocasiones los costos de ésta atención médica son limitados en instituciones privadas donde los familiares deben aportar los recursos continuamente, y en otros casos corresponden a costos por parte del estado en algún centro de salud pública donde algunos gastos deberán ser cubiertos por los familiares. Los pacientes en ésta condición recluidos en el hogar, generan en menor proporción pero aún con gran costo muchos gastos y la mayoría de las veces requerirán cuidados por un personal entrenado. El paciente en estado de coma además puede ya no representar un individuo productivo dentro del núcleo familiar, y reducir los ingresos del mismo.

Así mismo, los factores religiosos influyen las decisiones relacionadas a pacientes en estado de coma con soporte cardiorespiratorio o de otro tipo. Existen diferentes creencias cerradas que son ese tipo de creencias a las cuales se les da validez debido que un gran número de personas las ratifican y son difíciles de modificar, éstas precisamente son las que generan más preguntas y dilemas al interpretar medidas de soporte médico ante

ciertas circunstancias como justificadas de forma prolongada aunque un paciente en estado de coma permanente no tenga buen pronóstico a largo plazo. Las creencias religiosas afectan sin duda este tipo de decisiones, por ejemplo en muchas religiones de origen cristiano, suprimir algún soporte necesario a una persona en este estado o inhibirla de sus tratamientos y nutrición se considera un pecado, lo cual puede llevar a las personas creyentes a mantener a sus familiares recibiendo medidas de soporte, sólo por sus creencias, limitando el uso de su completa razón para saber qué es lo más indicado para el paciente. En un artículo encontrado en una página católica nos muestran las siguientes opiniones realizadas por miembros de la iglesia: *“El estado vegetativo es un «término despectivo» que implica falta de humanidad”* (2005) fueron las palabras del doctor Gian Luigi Gigli, más adelante también se la siguiente descripción:

*“Para el Papa, el hecho de que se dé una elevada probabilidad de que el paciente no recobre la conciencia no puede justificar la interrupción de las atenciones básicas, comprendida la hidratación y la nutrición. De lo contrario, se da una eutanasia por omisión.”*(2005).

Con opiniones como éstas, los altos mandos de la iglesia limitan a los devotos de la iglesia, los impulsan a mantenerse en los reglamentos o mandamientos preestablecidos.

Para concluir, el cesar la administración de una medida de soporte cardio-respiratoria, nutricional o de otra índole, que garantice la sobrevivencia supuesta de una persona que se encuentra en este estado es una decisión importante, para responder a la pregunta planteada al inicio, se considera luego de la revisión realizada para éste trabajo, que sería correcto cesar éste soporte luego de evaluar los principales factores considerados decisivos: los aspectos clínicos y de estudio que comprueben la actividad cerebral del paciente de la forma más objetiva posible, considerar el tiempo de evolución de éste estado, el grado de reversibilidad de la causa del estado de coma y las enfermedades asociadas o las complicaciones existentes producto del estado de coma, establecer el entorno religioso y legal del paciente sobre todo si existe el antecedente de algún documento que exprese su voluntad sobre recibir estas medidas si se hacen necesarias. El decidir si prolongar la vida de un paciente con medidas de soporte, tiene otra visión, puede también traer consecuencias, en un caso hipotético en donde se decide prolongar las medidas y el

paciente llegara a despertar y debe enfrentarse a una rehabilitación dolorosa o infructuosa, la recuperación prolongada o una discapacidad de distinta gravedad.

Bajo una perspectiva razonable y tomando en cuenta los factores anteriormente expuestos, es una situación distinta si se debe decidir cesar medidas de soporte en una persona después del periodo de tiempo indicado según los estudios científicos cuando el estado de coma se considera permanente, y cuando éste presenta una actividad cerebral nula, probablemente sería lo correcto, ya que bajo las consignas de la medicina, siempre el respeto a la dignidad de la persona debe ser el norte de la profesión médica, en estos casos el doctor debe plantearle a los familiares la situación para que ellos tomen a voluntad y con información una decisión conjunta, al no hacerlo el doctor expone al paciente a estar más tiempo deteriorándose indefinidamente en una condición de la cual no podrá retirarse, y que al final podrá en algún momento llevarlo a una muerte penosa y prolongada.

Comprendiendo el punto de vista religioso, conocer y valorar la religión del paciente y su familia, sería un factor que podría ser de apoyo a otros factores como la emocionalidad, por ejemplo si se considera la vida como las realización de las funciones básicas del cuerpo, un latido, una respiración, un reflejo, cesar medidas extraordinarias de soporte no es del todo correcto, sin embargo, cuando la persona o paciente no muestra indicios de recuperarse, exponerla y a sus familiares a un frecuente estado de angustia, dolor, tristeza puede traer más consecuencias que en sí, cesar éstas medidas de soporte. En éstos casos, a pesar de que se sabe que con el tiempo no dejará de doler el perder a un ser querido se hace más llevadero para los familiares, saber que no está sufriendo, y ayuda en el proceso de duelo considerar las creencias sobre la muerte y la vida, pues se puede contar con la confianza en las promesas de Dios de volver a encontrarse con esa persona después de la muerte, compartir con ella la vida eterna y que se encuentra en un lugar mejor.

Para tomar estas decisiones tan complejas donde el médico se relaciona directamente con la familia, y hay circunstancias impredecibles, debe existir un equilibrio entre el razonamiento y los aspectos religiosos, las emociones familiares, la voluntad previa del paciente si llegó a establecerse, la legalidad y los reglamentos éticos del ejercicio médico, quizás los aspectos sociales y económicos serán los últimos a considerar, siempre buscando lo mejor para el paciente y secundariamente para la familia de éste, no obstante

ésta decisión depende de cada persona, por una parte el médico deberá siempre como factor principal, considerar bienestar de la persona o paciente que se encuentra en esta situación, y siempre debería tener claro que es una decisión que cambiará la situación para siempre y que es un profesional que se somete a las normas de su ejercicio y como tal debe estudiar el caso particular , al mismo tiempo es un ser humano como su paciente que es persona, lo importante para él debería ser no sentir que es una carga o algo malo, sino la perspectiva más positiva para los que están envueltos en la situación; por otro lado está la familia, las emociones y los conflictos particulares de ésta, sin embargo, se recalca, que si se presenta un dilema es una decisión que cada persona involucrada en ella, deberá participar para tomarla y que según los factores que rodeen la decisión se llegará a una conclusión.

La muerte es un destino que nos espera a todos, por la naturaleza de la vida misma en un cuerpo de funciones finitas que envejece y se enferma, podría decirse que el estado de coma cuando se prolonga, llega a un punto donde las personas como pacientes se encuentran en un limbo o intermedio, el establecer con certeza si éstas lograrán despertar y recuperarse del mismo podría ser algo indeterminado. Cuando debe tomarse la decisión en consenso sobre retirar medidas de soporte o apoyo en funciones importantes para la sobrevivencia de una persona en estado de coma prolongado o permanente, sobre todo cuando aún exista alguna prueba de actividad cerebral aunque sea escasa, lenta o irregular, o cuando ésta no es posible de ser determinada, cuando no existe posibilidad probable de reversibilidad o recuperación del daño neurológico ocurrido o del deterioro otros órganos o cuando el paciente padece enfermedades letales y penosas con dolor o sufrimiento, es importante llegar a hacer una reflexión donde la ética de las personas involucradas se vea expuesta, al igual que la moral, y por supuesto su conocimiento de los aspectos legales y emocionales involucrados. La reflexión individual permite que cada quien pueda llegar a un punto donde exista una debida concientización sobre las decisiones a tomar, por eso se recuerda que no deben ser decisiones apresuradas, y como fue mencionado anteriormente, que luego de la reflexión los involucrados no tengan sentimientos de culpa.

Si bien es cierto que las decisiones o sentencias que se hagan respecto a las medidas administradas por los médicos para restaurar o mantener la salud y la vida, son independientes de las decisiones de terceros y están basadas en hechos científicos y su



experiencia clínica, en las opiniones y derechos y deberes de su paciente y de la relación entre ambos; cuando ésta persona que es paciente no puede expresar su voluntad en un momento dado, se deben estudiar las medidas a tomar para atenderle, los factores que envuelven al paciente para determinar la eficacia final de ésta, y así de esta manera funciona la ética, luego intervienen de ser correspondiente las personas cercanas responsables o familiares y al final se llega a un arbitraje para que desde un punto de vista social, legal y moral haya un equivalencia y respeto en la decisión, siendo ésta la más adecuada.

### **Referencias bibliográficas**

Andral, G. (1842) Clínica médica u observaciones selectas recogidas en el Hospital de la Caridad: Enfermedades del encéfalo. V, Volumen 5 España, Madrid. Universidad Complutense de Madrid

Bausmeister Toledo, A. Bracho, C. (2004) Estudios de derecho privado. Caracas, Universidad Católica Andrés Bello.

Borges Iturriza, J. De Bastos, M. Cotua, M. (2007) Situaciones clínicas en neurología. Caracas. Consejo de desarrollo científico y humanístico.

Daroff, R. Fenichel, G. Jankovic, J. (2005) Neurología clínica. España, Editorial: Elviser

García, S. Sauri Suarez, S. Meza Dávalos, E. Villagómez, J. (2013) Estado de coma y trastornos de la conciencia: una revisión analítica desde un enfoque neurofuncional. Parte II. Artículo de revisión

Fluvium (2005) Titulo: Para la Iglesia, el paciente en estado vegetativo es una persona humana. Recuperado: <https://es.catholic.net/op/articulos/21196/cat/297/para-la-iglesia-el-paciente-en-estado-vegetativo-es-una-persona-humana.html#modal>

Padilla-Zambrano, H. Ramos-Villegas, Y. Manjarrez´-Sulbaran, J. Pereira-Cabeza, J. Pájaro-Mojica, R. Andrade-López, A. Corrales-Santander, H. Moscote-Salazar, L.

(2018) Coma y alteraciones del estado de conciencia: revisión y enfoque para el médico de urgencias. Revista Chilena de neurología.