

El Final de la Vida

desde el punto de vista de la Medicina y la Ciencia

Dr. Fabrizio Canabal Hermida
Especialista en Medicina del Enfermo en Estado Crítico

Pastoral del final de la vida humana · Dimensión Episcopal de Vida, Conferencia del Episcopado Mexicano · 2026

Índice de Contenidos

1 ¿Qué es morir desde la medicina?

2 El continuum entre curar y cuidar

3 Proporcionalidad terapéutica y futilidad

4 Sedación paliativa

5 Síntomas al final de la vida y su manejo

6 La comunicación en el proceso de morir

7 La familia como paciente

8 El rol del médico y del equipo de salud

9 Marco conceptual y legal en México

10 Puntos de encuentro: medicina y espiritualidad

01

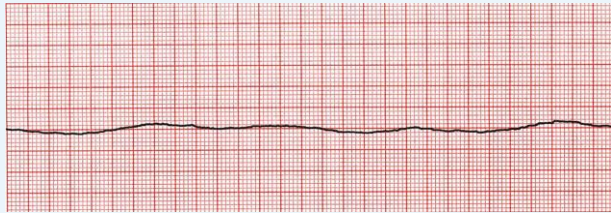
¿Qué es morir desde la medicina?

Definiciones clínicas, fisiología del morir y estados neurológicos al límite de la vida

Dos tipos de muerte: cardio respiratoria y encefálica

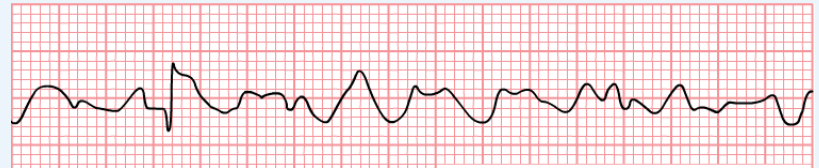
MUERTE CARDIO RESPIRATORIA

- Cese irreversible de la circulación y la respiración espontáneas
- Ocurre en el 80-90 % de las muertes hospitalarias
- Diagnóstico clínico: ausencia de pulso, respiración y respuesta
- La forma de morir históricamente más reconocida
- Diagnóstico por ECG:



CRITERIOS DE RCP

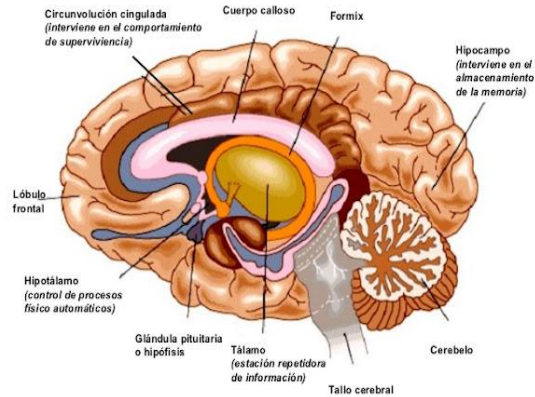
- Duración: 20 a 30 minutos de RCP avanzada de alta calidad
- Muerte: asistolia persistente por mas de 20 minutos
- Excepciones:
 - Hipotermia extrema
 - Ahogamiento por sumersión
 - Sobredosis de drogas
 - Ritmos desfibrilables persistentes: FV,TVSP
- Base para donación en paro cardiaco: protocolo Maastricht Tipo I y II



Dos tipos de muerte: cardio respiratoria y encefálica

MUERTE ENCEFÁLICA

- Cese total e irreversible de todas las funciones encefálicas, incluido el tronco cerebral
- El corazón puede seguir latiendo con soporte ventilatorio
- Diagnóstico por criterios clínicos rigurosos (Ley General de Salud, Arts. 343-345)¹
- Equivale a muerte legal, médica y biológica en México
- Condición necesaria para la donación de órganos cadavérico



MUERTE ENCEFÁLICA

- Causa conocida e irreversible del daño cerebral
- Ausencia de todos los reflejos de tronco cerebral
- Coma arreactivo (Glasgow 3, sin respuesta a estímulos)
- Prueba de apnea positiva
- Exclusión de hipotermia, intoxicaciones y alteraciones metabólicas
- Certificación por dos médicos independientes¹

El proceso fisiológico del morir: historia natural

Días a semanas

Pre-agonía

Fatiga progresiva, disminución del apetito y la sed, mayor tiempo en cama, retirada social y reducción de la respuesta a estímulos.



Horas a días

Agonía

Cambios en la respiración (Cheyne-Stokes), mottling (livedo reticularis), extremidades frías y delirium terminal.



Últimas horas

Fase final

Respiración irregular o apnéica, mandíbula caída, incontinencia, pérdida total de respuesta al entorno exterior.



⚠ La duración varía de forma importante entre pacientes. No todos atraviesan las fases de manera lineal ni completa.

Crterios y herramientas diagnósticas: México y el mundo¹⁻⁴

Prerrequisitos universales: causa conocida e irreversible · normotermia (>35 °C) · ausencia de depresores del SNC · estabilidad metabólica y hemodinámica

EVALUACIÓN CLÍNICA

Reflejos de tronco cerebral

- Pupilar: midriasis fija bilateral
- Ausencia de reflejo corneal bilateral
- Reflejo oculocefálico y oculo vestibular
- Nauseoso (gag) y tusígeno
- Respuesta motora al dolor (ausente)

Prueba de apnea: 10 mins

- PaCO₂ basal < 45 mmHg antes de desconectar
- Ausencia de esfuerzo respiratorio con PaCO₂ > 60 mmHg (o aumento ≥20 mmHg sobre basal)

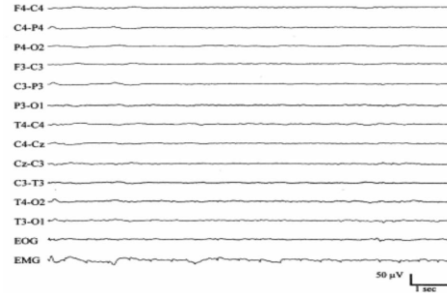


Fig 22 Muerte cerebral. No hay reactividad a estímulos.




México¹

Médicos certifiquen	2 especialistas
Evaluaciones	2 exámenes
Intervalo mín.	≥5 horas
Prueba confirmatoria	Obligatoria ✓
Concepto	Muerte encéfalo

México exige prueba confirmatoria obligatoria¹: EEG plano, Doppler transcraneal, angiografía o gammagrafía cerebral.

Muerte encefálica: la muerte que no parece muerte




 dr.conradoestol • Seguir 40 sem


En este video comparto cómo fue mi primera visita al Vaticano.

No fue un viaje turístico, sino una charla profunda para definir si la muerte cerebral implica que se pueden donar los órganos.

Un debate médico, filosófico, ético y espiritual con un impacto enorme: la posibilidad de salvar miles de vidas gracias a la donación. Una experiencia única que marcó mi carrera y mi manera de entender la medicina y la vida. [menos](#)


 lucre1070 39 sem 70

Clarooo, pero no entiendo xq, en 1998, conocimos todos en San Rafael, el caso de 2 jóvenes que se accidentados c 1 moto y se les declaró muerte cerebral. 1 padres donaron organos de su hijo, el otro, decidió mantenerlo al suyo y esperar. Bueno, en la actualidad, se lo puede conocer xq en algún momento despertó y después se caso y allí trabaja c sus padres. Está, en EEUU, el caso mediático de Karen Kimlan. Los padres la tuvieron x años c respirador y tuvieron q ir a la justicia para desactivarla y no lo hacían xq iba a dejar de respirar, nadie quería asumir esa responsabilidad. Dada la autorización, se la desconectó y no murió... parece q venimos a este mundo con fecha de caducidad...x eso y otros casos, q 1 medico o escaneo determinen q morí o murió mi cerebro y mi corazón sigue latiendo...a quien creer??? Los datos que publique son verificables 😊

 ivette_laram 35 sem 10


Mientras el corazón lata hay vida y el alma sigue ahí

Responder

 clinicapediatricabarberena 31 sem 1

soy médico en Guatemala, bravo me alegra ver varios comentarios que no se están dejando engañar de esta falsa caridad


Responder

 monicaluciafascella 36 sem 3

La única muerte es cuando el corazón ya no late la muerte cerebral es una elección de los vivos donar los órganos es una elección en vida de todas las personas, muchas personas se recuperan de la muerte cerebral


Responder

Ver 1 respuesta más

 shuinca 35 sem 3

No dono me recupere de terapia de un acv seguro no tuve muerte cerebral y mi corazón latía ya csmino aprendí a hablar s moverme caminar comer hsblar


Responder

 nrb68 39 sem 23


No sé, algunos se han despertado de muertes cerebrales..

Responder

Ver 12 respuestas más

 chiquitafranke 36 sem 11


Yo nunca he sido donante, la muerte cerebral es un tema muy delicado. Y si en la línea plana del electroencefalograma existen vibraciones qué aún no se perciben ??Estarían extirpando

 isolinaarellano 39 sem 31

Dice coma ? Pero la gente sale del coma , han habido casos q también salen del estado vegetativo, no comprendo si la iglesia cree en milagros , por que dejar de intentar ? Por que declarar muerta a una persona?, al parecer la donación de órganos es mucho más rentable

Responder


Ver 9 respuestas más

 polipertini 39 sem 7

DIGO RIDICULO, SI UNA PERSONA EN COMA SE DESPUERTA DESPUES DE 10 AÑOS, QUE PASO? LE VOLVIO EL ALMA AL CUERPO????? DIOS LO PERDONE. MI QUERIDO SAN JUAN PABLO II SE EQUIVOCO CLARAMWNT EN LLAMARLO, LOS SANTOS PUEDEN EQUIVOCARSE XQ SON HUMANOS. DEJE DE CHARLATANERIAS

Responder


Ver 7 respuestas más

 lucy_maldy 39 sem 37

Los que saben dicen que no existe la muerte cerebral. Es solo un engaño para la donación de órganos

Responder

Muerte encefálica: la muerte que no parece muerte

 drfabriziocanabal 39 sem 693

Soy médico especialista en medicina crítica y cuidados intensivos. Este debate es muy profundo. Para los que hablan de coma y estado vegetativo, etc. Están revolviendo las cosas. Cuando una persona tiene lesión cerebral, existen pruebas muy sofisticadas que nos indican el nivel de función. Por ejemplo electroencefalograma, eco doppler Trans craneal, entre otros. Esas pruebas indican la capacidad del individuo de sostener las funciones básicas mínimas de la vida sin soporte vital (autonomía cardíaca y respiratoria por ejemplo), además de otras funciones más sofisticadas como las de la corteza cerebral (movimiento, pensamiento etc). Cuando no hay circulación sanguínea y oxigenación en zonas esenciales o primitivas (tallo cerebral) por un Largo periodo de tiempo, no existe actividad eléctrica, etc, entonces el cerebro se muere. Nadie ha regresado de muerte cerebral bien diagnosticada. Esos cuerpos son conectados a aparatos que, con la tecnología actual pueden suplir incluso la función que el tallo cerebral hace de controlar funciones básicas. Los

casos de coma "prolongado por años" que han regresado, son eso, Estados comatosos profundos (llamado vegetativo) pero SIN muerte cerebral. Es por eso que la Iglesia católica entendiendo esto ha avalado a la ciencia a determinar que cuando un cerebro está muerto incluso en sus funciones del tallo, es lícito desconectar y antes de eso, donar los órganos preservados en ese cuerpo mientras tanto. Espero haber sido claro.

Responder

Ver 9 respuestas anteriores

 susanadeona 39 sem 1

@drfabriziocanabal 😞

Responder

 susanadeona 39 sem 2

@susanadeona 🙏🙏🙏🙏

Responder

 carocatalfamo 39 sem 31

@drfabriziocanabal Muchas gracias por tu aporte. Fuiste muy claro

Responder

 lissirojas18 39 sem

@drfabriziocanabal gracias

Responder

¿Por qué el cuerpo parece «vivo»?

El ventilador mantiene la oxigenación. El corazón puede latir por su automatismo. Esto NO es vida neurológica; la muerte ya ocurrió.

¿Cuándo ocurrió la muerte?

Cuando el daño encefálico se volvió irreversible, no cuando se certifica ni cuando se retira el ventilador.

Espectro de estados de conciencia alterada

Mínima conciencia	Coma	Estado vegetativo	Locked-in	Muerte encefálica
<p>Conciencia Mínima</p> <p>Reversible Variable</p> <p><i>Respuestas conductuales reproducibles. Mejor pronóstico que vegetativo.⁵</i></p>	<p>Conciencia Ausente</p> <p>Reversible Posible</p> <p><i>Ojos cerrados, sin respuesta intencional. Causa potencialmente tratable.</i></p>	<p>Conciencia Ausente</p> <p>Reversible Persistente</p> <p><i>Ciclos sueño-vigilia presentes; sin autopercepción ni conciencia del entorno.⁵</i></p>	<p>Conciencia Completa</p> <p>Reversible Rara</p> <p><i>Conciencia íntegra; solo movimiento ocular. Frecuentemente mal diagnosticado.</i></p>	<p>Conciencia Irreversible</p> <p>Reversible No (es la muerte)</p> <p><i>No es un estado de conciencia: es la muerte. Sin función del tronco encefálico.¹</i></p>

La Donación de Órganos



Donación de órganos

- Solo posible tras la certificación de muerte
- La donación ocurre DESPUÉS de la muerte, no la causa
- El retiro del ventilador en muerte encefálica no 'mata': la muerte ya ocurrió
- La familia debe entenderlo para decidir con libertad y serenidad
- El acompañante espiritual puede ser decisivo en este proceso
- Aun así, se debe respetar la voluntad del donador o en su defecto, la voluntad de la familia.

02

El continuum entre curar y cuidar

Medicina curativa y paliativa: complementarias, no opuestas



De curar a cuidar: un continuum, no una ruptura

Tratamiento de la enfermedad

Control de síntomas · Calidad de vida

¿Qué son los cuidados paliativos?

Atención integral para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades **graves o incurables** y sus familias (OMS, 2002).⁶ No aceleran ni retrasan la muerte.

¿Cuándo se indican?

Desde el diagnóstico de una enfermedad grave, en paralelo al tratamiento curativo. No son «el último recurso» sino una herramienta disponible en todo el curso de la enfermedad.

Realidad en México

Ley General de Salud, Arts. 166-BIS (2009)⁷: establece el derecho a cuidados paliativos. La disponibilidad sigue siendo insuficiente fuera de grandes ciudades.

El punto de inflexión: cambiar el objetivo del tratamiento

La pregunta central deja de ser «¿cómo curar?» y se convierte en «¿cómo aliviar y acompañar?»

Progresión de la enfermedad

Cuando la enfermedad avanza a pesar del tratamiento y el pronóstico se vuelve desfavorable a pesar del máximo esfuerzo terapéutico.

Voluntad del paciente

Preferencias expresadas directamente o a través de una directiva anticipada (testamento de vida).

Proporcionalidad terapéutica

Cuando la carga del tratamiento supera el beneficio esperado para ese paciente específico en esa etapa de su enfermedad.

Consenso interdisciplinario

Decisión conjunta del equipo médico, la familia y, cuando es posible, el paciente. El acompañante espiritual puede tener un rol activo.

03

Proporcionalidad terapéutica y futilidad

Cuándo tratar, cuándo cuidar, cuándo detenerse

Proporcionalidad terapéutica vs. obstinación terapéutica

Un tratamiento es proporcionado cuando el beneficio esperado es razonablemente superior a la carga que impone al paciente.

✓ TRATAMIENTO PROPORCIONADO

- Ofrece beneficio claro y real para ese paciente
- La carga es tolerable y aceptada por el paciente
- Respeta la voluntad del paciente
- Existe posibilidad razonable de éxito
- Mejora o prolonga la vida con sentido



✗ OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA (Encarnizamiento)

- Sin beneficio real esperado
- Prolonga el proceso de morir, no la vida
- Impone sufrimiento innecesario
- Ignora la voluntad del paciente
- Motivada por dificultad de aceptar la muerte

Retiro o limitación del soporte vital

Retirar un tratamiento desproporcional NO es eutanasia. Es permitir que la muerte ocurra por la enfermedad de base, sin prolongar artificialmente el proceso de morir.

QUÉ SE PUEDE LIMITAR O RETIRAR

- Ventilación mecánica invasiva
- Reanimación cardiopulmonar (orden de no RCP)
- Hemodiálisis y terapia de reemplazo renal
- Vasopresores y soporte hemodinámico
- Nutrición artificial en paciente terminal



QUÉ NUNCA SE RETIRA

- Hidratación y nutrición oral si el paciente tolera
- Analgesia y sedación paliativa
- Cuidados de enfermería y confort
- Acompañamiento humano y espiritual
- Comunicación honesta con la familia

04

Sedación paliativa

Aliviar el sufrimiento refractario al final de la vida

Sedación paliativa: definición y tipos

Reducción deliberada del nivel de conciencia para aliviar síntomas refractarios en el paciente terminal. El objetivo es el confort, no la muerte.⁹

INTERMITENTE

Se alterna con períodos de vigilia. Permite la comunicación del paciente con su familia. Es la más utilizada en fases iniciales del proceso.

CONTINUA

Sin períodos de vigilia. Indicada cuando los síntomas (como el dolor o la ansiedad), son continuos e incontrolables con sedación temporal.



PROPORCIONAL

La dosis se ajusta al mínimo necesario para controlar el síntoma. Principio ético central: no más sedación de la estrictamente necesaria.⁹

Sedación paliativa · Eutanasia · Suicidio médicamente asistido

	Sedación/analgesia paliativa	Eutanasia activa	Suicidio méd. asistido
Objetivo	Aliviar el sufrimiento	Causar la muerte	Causar la muerte
Agente	Médico / equipo	Médico	Paciente (fármaco del médico)
Fármaco	Sedante y/o Barbitúrico a dosis terapéutica	Sedante y/o Barbitúrico letal	Sedante y/o Barbitúrico letal
Causa de muerte	Enfermedad de base	El acto médico	El acto del paciente
Status legal MX	Legal y éticamente válida	Ilegal en México	Ilegal en México

Principio del doble efecto: la intención es el criterio ético diferenciador. Si el fin es el confort, no la muerte, la sedación es moralmente válida.⁹

05

Síntomas al final de la vida y su manejo

Evidencia científica para el control del sufrimiento

Síntomas más frecuentes al final de la vida¹⁰

Dolor

Prev: 70-80 %

Opioides (morfina) según escala OMS.
Administración regular, no solo a demanda.

Disnea

Prev: 50-70 %

Morfina a bajas dosis reduce la sensación de ahogo. Oxígeno solo si hay hipoxemia confirmada.

Agitación terminal

Prev: 25-85 %

Midazolam o haloperidol. Buscar y tratar causas reversibles: dolor, retención urinaria, delirium.

Delirium hipoactivo

Prev: Hasta 88 %

Frecuentemente subdiagnosticado. Aparenta calma pero hay sufrimiento interno. Requiere manejo activo.

Náusea / vómito

Prev: 40-60 %

Metoclopramida, haloperidol u ondansetrón según la causa. Evitar aspiraciones.

Ansiedad

Prev: 25-50 %

Benzodiazepinas. El acompañamiento humano y espiritual tiene un valor terapéutico demostrado.

¿Siente dolor el paciente inconsciente o en sedación?

Pregunta frecuente de familias y acompañantes espirituales que desean entender qué vive el paciente

Paciente inconsciente por enfermedad

Puede haber procesamiento subcortical del dolor. La ausencia de respuesta verbal no equivale a ausencia de sufrimiento.

Paciente en sedación paliativa correcta

Con dosis apropiadas, la evidencia indica que el paciente no percibe sufrimiento. El objetivo es precisamente ese.

¿Escucha el paciente moribundo?

La audición es el último sentido en perderse. Se recomienda hablar con el paciente hasta el final, con calma y palabras de confort.

¿Qué hace el equipo al lado de la cama?

Monitoriza señales de dolor (muecas, taquicardia, diaforesis) y ajusta la analgesia. El confort es el objetivo central de los cuidados.

06

La comunicación en el proceso de morir

Cómo hablar, qué decir y qué percibe el paciente



Cómo dar malas noticias: protocolo SPIKES⁸

S Setting

Preparar el entorno: privacidad, sin interrupciones, presencia de las personas adecuadas.

P Perception

Evaluar qué sabe el paciente: «¿Qué le han explicado hasta ahora sobre su situación?»

I Invitation

Preguntar cuánto desea saber: «¿Quiere que le explique los resultados en detalle?»

K Knowledge

Dar la información gradualmente, con lenguaje sencillo, verificando la comprensión.

E Emotions

Reconocer y validar las emociones antes de continuar entregando información clínica.

S Summary

Resumir, proponer un plan y asegurar acompañamiento posterior al paciente y la familia.

Lo que el paciente percibe al final de la vida

Audición · ÚLTIMO EN PERDERSE

Hablar siempre al paciente aunque parezca inconsciente. Palabras de amor, perdón y despedida. La voz familiar es fuente de confort hasta el final.

Tacto · SE MANTIENE LARGO TIEMPO

Tomar la mano, acariciar con suavidad. El contacto físico transmite presencia y amor cuando las palabras ya no alcanzan.

Dolor · REQUIERE MONITOREO ACTIVO

Aunque no haya respuesta verbal, los estímulos dolorosos pueden procesarse. El equipo evalúa señales indirectas y ajusta la analgesia.

Visión y olfato · SE PIERDEN ANTES

Suelen perderse gradualmente en las últimas horas. La luz tenue y los aromas familiares pueden contribuir al bienestar del paciente.

07

La familia como paciente

El proceso de morir afecta al sistema familiar completo



El impacto familiar del proceso de morir

La familia no es solo un espectador: es parte del sistema que sufre y merece atención específica.

EN UCI – SÍNDROME PICS-F¹¹

- Estrés extremo por incertidumbre pronóstica
- Limitación de visitas y contacto físico
- Dificultad para participar en las decisiones
- Post-traumatic stress, depresión y ansiedad (PICS-F)¹¹
- Necesidad de información frecuente, clara y compasiva

DUELO ANTICIPATORIO

- Proceso de duelo que comienza ANTES de la muerte
- Incluye negación, enojo, tristeza y aceptación gradual
- Puede coexistir con esperanza: es normal y sano
- La familia necesita permiso para llorar y despedirse
- El acompañamiento espiritual en esta fase es de alto valor

Necesidades no médicas de la familia al final de la vida

Presencia física

Poder estar con el ser querido. Las restricciones de visita en UCI deben flexibilizarse de forma prioritaria al final de la vida.

Información honesta

Conocer el pronóstico real y lo que ocurrirá. La incertidumbre no gestionada genera mayor sufrimiento que la verdad difícil.

Tiempo de despedida

Espacio para decir adiós. El equipo médico puede facilitar este momento, retirando barreras tecnológicas cuando sea posible.

Rituales y fe

Oraciones, sacramentos, lecturas. El equipo de salud debe respetar y facilitar estos rituales, no ignorarlos ni minimizarlos.

Apoyo post-muerte

El duelo no termina con la muerte. El seguimiento del equipo, grupos de apoyo y el acompañamiento espiritual continuado son esenciales.

08

El rol del médico y del equipo de salud

Formación, interdisciplina y bienestar del equipo

El médico ante la muerte de su paciente

La medicina moderna forma para curar. La brecha en la formación para acompañar el morir tiene consecuencias reales.

LO QUE EL MÉDICO PUEDE HACER

- Dar información honesta y compasiva
- Proponer un plan de cuidados paliativos con claridad
- Coordinar con el equipo interdisciplinario
- Facilitar la presencia familiar y los rituales
- Acompañar en las decisiones difíciles
- Respetar las directivas anticipadas del paciente



LO QUE EL MÉDICO NO PUEDE DAR (Pero debería)

- Sentido existencial o trascendente a la muerte
- Reconciliación espiritual o absolución
- Reemplazar el acompañamiento familiar
- Garantizar una «buena muerte» en sentido pleno
- Resolver el duelo de la familia
- Suplir la fe o la esperanza religiosa

Burnout y sufrimiento moral en cuidados críticos

El personal que acompaña la muerte de otros también necesita ser acompañado.

Burnout

Agotamiento emocional, despersonalización y pérdida del sentido profesional. Prevalencia ~40-50 % en médicos de UCI.¹² Factor de riesgo para errores médicos y abandono profesional.

Sufrimiento moral

Ocurre cuando el profesional sabe qué es lo correcto éticamente pero no puede actuar en consecuencia por presiones externas, familiares o institucionales.

Duelo profesional

Los médicos y enfermeras también hacen duelo. La cultura médica lo suprime históricamente. Los espacios de reflexión mejoran el bienestar del equipo y la calidad de la atención.

09

Marco conceptual y legal en México

Voluntades anticipadas y el derecho a una muerte digna



Directivas anticipadas de voluntad

Documento legal que permite a una persona expresar sus decisiones sobre tratamientos ante una situación de incapacidad futura.

¿Qué puede incluir?

- Rechazo de maniobras de reanimación
- Límites al soporte vital
- Preferencias sobre sedación paliativa
- Designación de representante médico
- Decisión sobre donación de órganos

Validez legal en México

- Ley General de Salud, Art. 166-BIS⁷
- Válida en CDMX y la mayoría de los estados
- Debe firmarse ante notario o institución
- Es vinculante para el equipo médico
- Puede modificarse o revocarse en cualquier momento

Rol del acompañante espiritual

- Puede ayudar a reflexionar sobre valores y deseos
- Facilitar conversaciones difíciles con la familia
- No puede presionar ni sustituir la voluntad
- Su presencia en la elaboración puede ser muy significativa

Ley de Voluntad Anticipada: estado actual en México

Marco nacional: Ley General de Salud + legislaciones estatales

LO QUE LA LEY PERMITE

- Rechazar tratamientos desproporcionados
- Solicitar cuidados paliativos y control del dolor
- Designar representante para toma de decisiones
- Retirar medidas de soporte vital en enfermedad terminal
- Decidir sobre donación de órganos

LO QUE LA LEY NO PERMITE

- Eutanasia activa (provocar la muerte)
- Suicidio médicamente asistido
- Abandono del paciente
- Retiro de cuidados básicos (analgesia, confort, higiene)
- Omisión de sedación cuando está indicada

CDMX fue pionera (2008)¹³. Coahuila, Aguascalientes y otros estados cuentan con leyes propias. No todas las entidades tienen legislación específica.

10

Puntos de encuentro: medicina y espiritualidad

El médico y el sacerdote como aliados en el acompañamiento

Lo que la medicina no puede dar al paciente moribundo

La medicina honesta reconoce sus límites. Esos límites son precisamente el espacio donde la espiritualidad es irremplazable.

Sentido a la muerte

La medicina explica el cómo, no el para qué. La pregunta de si la muerte tiene significado trasciende la ciencia.

Esperanza trascendente

La esperanza en algo más allá de la muerte biológica pertenece al territorio de la fe. El médico puede acompañar sin invadir ese espacio.



Reconciliación y perdón

Las deudas relacionales, los arrepentimientos y el deseo de ser perdonado requieren un espacio que la clínica no puede ofrecer.

Comunión espiritual

Los sacramentos, la oración y el ritual religioso son formas de cuidado que el equipo médico debe facilitar, no suplantar.

Evidencia científica y modelo colaborativo

Evidencia en cuidados paliativos

Pacientes con mayor bienestar espiritual reportan menor intensidad del dolor, menos ansiedad y mejor calidad de vida al final de la vida. La visita pastoral reduce la ansiedad familiar en UCI de forma estadísticamente significativa.^{14, 15}

Modelo colaborativo: médico y sacerdote como aliados

El médico

Controla síntomas, informa con verdad, facilita presencia familiar y reconoce los límites de la ciencia.

El sacerdote

Acompaña con presencia, administra sacramentos, orienta a la familia y es puente hacia lo trascendente.

Juntos

Ofrecen una atención integral que ninguno puede brindar solo. Objetivo común: que el paciente muera con dignidad, sin dolor, acompañado y en paz.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Ley General de Salud, Arts. 343-345: muerte encefálica. México: DOF; 2020 (última reforma).
2. Wijdicks EFM, et al. Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults. *Neurology*. 2010;74(23):1911-1918.
3. Academy of Medical Royal Colleges. A Code of Practice for the Diagnosis and Confirmation of Death. London: AOMRC; 2008.
4. Escudero D, et al. ¿Exploración clínica o test de imagen para el diagnóstico de la muerte encefálica? *Med Intensiva*. 2009;33(1):22-28.
5. Laureys S, et al. Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state. *BMC Med*. 2010;8:68.
6. World Health Organization. Palliative Care: Key Facts. Geneva: WHO; 2020.
7. Secretaría de Salud. Ley General de Salud, Arts. 166-BIS: Cuidados Paliativos. México: DOF; 2009.
8. Baile WF, et al. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311.
9. Cherny NI, Radbruch L. EAPC recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009;23(7):581-593.
10. Walsh D, et al. *Palliative Medicine*. 1st ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009.
11. Azoulay E, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of ICU patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171(9):987-994.
12. Embriaco N, et al. Burnout syndrome among critical care workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13(5):482-488.
13. Asamblea Legislativa del DF. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. *Gaceta Oficial del DF*. 7 enero 2008.
14. Balboni TA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28(3):445-452.
15. Phelps AC, et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death. *JAMA*. 2009;301(11):1140-1147.

«Morir bien no es solo una cuestión médica.»

Es una responsabilidad compartida entre la medicina, la familia y la comunidad espiritual.

Gracias por su atención y por su misión de acompañar.

