



Ez da erraza heriotza-unea zehaztea. Izan ere, ez da une jakin bat, prozesu bat baizik. Hala ere, badu adierazle garbi bat: itzulerarik gabekoa da. Hortaz, egoera atzeraezina dela ziurtatzen den unetik, pertsona bat hilda dagoela esan daiteke, nahiz eta artean funtzio batzuk izan ditzakeen (arnasketa, bihotz-taupadak...). Are gehiago: gogorra den arren, kasu askotan garrantzitsua da lehenbailehen baieztatzea heriotza, funtzio horiek erabat galdu arte itxaron gabe, horren menpe egon baitateke transplantearen zain dagoen pertsona baten bizitza.

HERIOTZA

itzulerarik gabeko bidea

“Azken urteetan heriotzaren kontzeptuan eragin handiena izan duen faktorea transplanteak dira”. Luis Miguel Querejetaren hitzak dira. Auzitegiko Patologia Zerbitzuko burua da, eta, haren esanean, urte luzez, medikuek ez zuten arazorik izaten pertsona baten heriotza ziurtatzeko: “Medikua hildakoarengana iristen zenerako aztarnak agerikoak izaten ziren”. Hala, eskura zituzten tekniken bidez ziurtatzen zuten heriotza: azterketa mediko arrunt batekin, fonendoskopio batekin... Alabaina, transplanteek erabat aldatu zuten hori, “mugan jokatzera behartzen baitzaituzte”.

Querejetaren ustez, jende askori zaila egiten zaio hori ulertzea. “Izan ere, heriotza ez da bat-batean gertatzen. Prozesu bat da, denboraren iragaite bat, non bizi-funtzioak pixkanaka itzaltzen joaten diren, egoera itzulezina bihurtzen den arte. Transplanteak direla eta, denboran atzera egin behar izan dugu prozesu horretan, heriotza fisiologikoa artean gertatu ez den arren funtzioak itzulezinak diren unera arte”.

Izan ere, organoak transplantatzeko egokiak izan daitezten, gorputzaren parametro fisiologikoak muga normalen barruan egon behar dute. Alegia, presio arterialak eta odolaren oxigeno-mailak normalak izan behar dute, eta gorputzaren tenperatura ezin da egon 32 °C baino behe-rago. “Horrek esan nahi du bihotzak eta birikek martxan egon behar dutela”, nabarmendu du Querejetak.

ENTZEFALOA ITZALTZEN BADA

Hain zuzen, heriotza (eta bizitza) ez da bihotz-taupaden eta arnasketaren mendekoa; artifizialki, lor daiteke egoera atzeraezinean dagoen



pertsona batek bihotza eta birikak martxan izatea. Baina heriotza entzefalikoa gertatu bada, hau da, entzefaloaren jarduera amaitu bada, pertsona horrek ezingo du bizitzara itzuli. Hilda dago.

Querejetak azaldu du legearen aldetik oso garbi dagoela noiz eta zer kondiziotan ziurta daitezkeen pertsona bat hilda dagoela. “Kausaren arabera, oinarrizko bi egoera izan ditzakegu. Bat da bihotza eta birikak gelditzea. Kasu horretan, 5 minutuko denbora-tartean baieztatu behar duzu ez dagoela ez arnasketarik ez taupadarik. Hori fonendoskopio batekin eta elektrokardiograma batekin ikusten da. Eta beste egoera da entzefaloak bere funtzioak galtzea”.

Heriotza eta bizitza ez dira beti bihotz-taupaden eta arnasketaren mendekoak. Entzefaloak jarduera galdu badu, egoera atzeraezina da. ARG.: © WAVEBREAK MEDIA LTD/123RF.

Organoen hondatze naturala

Garuna

Garuna da oxigeno-gabeziaren ondorioak jasaten dituen lehen organoa. Garunaren egitura oso ahula da, eta 48-72 orduan trinkotasun guztia galtzen du. Urtu egiten da.

Bihotza eta birrikak

Hildakoan, arnasketa eta bihotz-taupadak dira lehenik galtzen diren funtzioak. Baina, normalean, galera hori ez da izaten da bihotza eta birrikak suntsitu direlako, heriotza entzefalikoa gertatu delako baizik. Funtzioa galdu arren, bihotza eta birrikak ez dira berehala hondatzen; aitzitik, beste organo batzuek baino luzeago irauten dute.



Tollundeko gizona, K.a. IV. mendea

ARG.: SUEN ROSBORN/© ESKUBIDE BATZUK ERRESERBATUTA ① ②

Momifikazioa

Kasu bakan batzuetan, gorpu batek oso luze irautea ere gerta daiteke; momifikazioak gertatzen direnean, adibidez. Hain zuzen, inguruko kondizioak dira degradazio-denboran gehien eragiten duten faktoreak. Zenbat eta bero eta hezetasun handiagoak, orduan eta azkarrago hondatzen da gorpua, eta alderantziz.

Adina eta sexua

Beste faktore batzuek baino askoz ere eragin txikiagoa dute. Hala ere, berez, luzeago irauten du heldu baten gorpuak haur batenak baino; batetik, handiagoa delako, eta, bestetik, proportzioan ehunek ur gutxiago dutelako. Antzeko zerbait gertatzen da sexuarekin ere; gizonezkoen eta emakumezkoen artean egon daiteke alde txiki bat, baina ezaugarri fisikoengatik (neurria, ur-proportzioa), ez sexu-ezaugarriengatik.

Digestio-aparatua

Digestio-aparatua bakterioz beteta dago. Organismoaren defentsa-sistemak huts egin eta haien arteko oreka hautsi orduko, bakterioek digestio-aparatu osoa hondatzen dute: hesteak, barea...

Area eta giltzurrun gaineko guriinak

Areak eta giltzurrun gaineko guriinek oso gutxi irauten dute. Izan ere, organoa autosuntsitzen duten entzimak dituzte.

Bigarren horretan, medikuak frogatu behar du entzefaloak jarduera eten duela. Hori ziurtatzeko irizpideak zehazten ditu legeak, heriotza-kausaren eta adinaren arabera. Querejetak argitu du zergatik: “Askoz zorrotzagoak gara jaio berriekin eta bularreko hurrekin, helduekin baino, egoera kritiko batean atzera egiteko gaitasuna askoz ere handiagoa baita haietan. Horregatik, 48 ordu itxarotera irits gaitezke, ziurtatzeko entzefaloak jarduera galdu duela”.

“Heriotza prozesu bat da, eta egoera itzulezina denean amaitzen da”

Aldiz, helduekin, eta heriotza-kausa ezagunetan, heriotza ziurtatzea errazagoa da. “Adibidez, lehen aipatu dugun kasuaren beste muturrean, auto-istripu larria izan duen pertsona batena egon daiteke. Ikusten badugu garuneko zentroak suntsituta dituela, nahikoa da azterketa arrunt bat eta elektroentzefalograma bat egitea hilda dagoela baieztatzeko”.

Mutur batetik bestera, heriotza ziurtatzeko denbora aldatu egiten da, eta hor transplanteen araudia sartzen da jokoan. Edonola ere, legea oso argia da, Querejetaren iritziz. “Legeak ez du zalantzarako tarterik uzten. Horrek ez du esan nahi kasu zailak ez daudenik. Esate baterako, hipotermia-kasuetan, edo drogen eraginpean daudenen kasuan, ezin da heriotza ziurtatu kondizio horiek desagertu arte. Baina ikuspuntu klinikotik, irizpideak oso zorrotzak eta garbiak dira”.

TRANSPLANTEEK BALDINTZATUTA

Duela urte batzuk, organo-emaile gehienak auto-istripuetan hildakoak ziren. Baina azken urteotan erabat aldatu da hori. Querejetak bertatik bertara bizi izan du aldaketa: “Ni hemen lanean hasi nintzenez, organo-emaileen % 90 ziren auto-istripuan hildakoak. Mutil gazteak ziren, traumatismo kranioentzefalikoa zutenak. Orain, zorionez, asko gutxitu dira auto-istripuak, eta, horren ondorioz, organo-emaileen profila aldatu egin da”.

Dioenez, oraingo profila honako hau da: pertsona nagusia, garuneko isuri bat edo bat-bateko garun-istripu iskemikoa izan duena. “Horrek

heriotza entzefalikoa dakar. Eta kasu horietatik datoz transplatatzen diren organo gehienak”. Emaileen profila aldatu bada ere, transplanteak ez direla gutxitu nabarmendu du Querejetak, “eta horrek adierazten du sistemak ondo funtzionatzen duela”. Hain zuzen, mundu osoa aintzat hartuta, Euskal Herria da transplante-tasa handienetako bat duen lurraldea, Estatu Batuak, Kanada, eta Europako beste lurralde askoren oso gainetik.

Hori hala izan dadin, behin heriotza gertatu dela frogatuz gero, funtsezkoa da lehenbailehen jokatzea, organoak ahalik eta ondoen egon daitezen. “Horrek ematen dio urgentzia egoerari. Zenbat eta lehenago erauzi eta garraiatu transplantea egin behar den lekura, orduan eta hobeto egongo da organoa”, ohartarazi du Querejetak.

Gainera, kontuan izan behar da organo guztiek ez dutela gorputzetik kanpo irauteko ahalmen bera: giltzurrunek 24-48 ordu iraun dezakete, baina bihotzak eta birriek, 3-8 ordu baino ez. Tartean daude gibela eta area (12 ordu inguru), eta hesteak (6-12 ordu). Ehunek, berriz, askoz gehiago irauten dute: korneak 5-7 egun iraun dezake, eta tendoiek eta hezurrek, izoztu, eta urteak ere egin ditzakete egoera onean.

BERPIZTEKO AHALEGINAK

Bestalde, batzuetan litekeena da bihotza eta birrikak geldirik dituen paziente bat bere onera ekartzea, bihotz-biriketako bizkortze-saiakera bati esker. Querejetaren esanean, medikuak



Luis Miguel Querejeta
Gipuzkoako Auzitegiko Patologia Zerbizuko burua da Querejeta.
ARG.: ANA GALARRAGA.

Organo-emaileen profila asko aldatu da azken urteotan. Lehen auto-istripuan hildako gazteak ziren gehienak, eta, orain, garuneko isuria izan duten pertsona nagusiak.
ARG.: THONK25/© ESKUBIDE BATZUK ERRESERBATUTA



kasu bakoitzean aztertu behar du zenbateraino luzatu ahalegina, pazientearen patologiaren arabera. “Ez dago gutxieneko denbora bat ezarrita. Adibidez, batzuetan 45 minutu edo ordu-bete luza daiteke bizkortze-saiakera. Zergatik? Haur bat delako, eta itota erreskatatu duzulako, hipotermiarekin; eta zuk badakizu kondizio horietan egoera itzulgarria dela”.

“Zenbait kasutan, helburua ez da pazientearen bere onera ekartzea, transplanteetarako emaile bat lortzea baizik”

Juxtu kontrakoa ere gertatzen zaie, ordea: “Ohi-ko paziente bat duzu, bihotzeko gaixotasun sendaezin bat duena, eta, halako batean, bihotz-biriketako geldialdi bat izaten du. Hor garbi dago ez duela merezi 45 minutuz aritzea erreanimatzen, badakizulako ez dela suspertuko, lehendik ere oso ahul baitzegoen”.

Alderdi etikoa ere aintzat hartzekoa da: “Une batetik aurrera, erreanimazioa luzatzea ez da etikoa, ziur baitzaude egoera atzeraezina dela,

eta, bitartean, senideek eta hurbilekoek alferrik itxaroten dute eta sufritu egiten dute”. Hortaz, kasua zein den, bihotz-biriketako bizkortzea zenbat luzatu erabakitzen dute larrialdietako medikuek.

Zenbait kasutan, helburua ez da pazientearen bere onera ekartzea, transplanteetarako emaile bat lortzea baizik. Querejetak adibide hau jarri du: “Gazte batek auto-istripu larria izan du. Traumatismo kranioentzefaliko handia izan du, eta hil egin da. Larrialdi-zerbitzuak azkar iristen badira istripu-lekura, eta bihotz-biriketako funtzioak berreskura daitezkeela ikusten badute, ahalegin guztiak egingo dituzte, ez gaztea bizitzara itzultzeko, hori ezinezkoa baita, baizik eta organo-emaile bat izateko”.

Querejetak, transplanteetan lan egiten duten profesional guztien lana goraiatu du: “Hasi larrialdietako medikuetatik eta transplantea egiten duten kirurgialarietaraino, hainbat profesionalak parte hartzen dute: erreanimazioan, hildakoaren senideekin hitz egiten, logistikan... Kate bat da, eta katebegi guztiak dute garrantzia. Bada, katebegi bakoitzean ditugun profesionalak ezin hobeto egiten dute beren lana, eta horri esker lortzen ditugu transplante-tasa horiek”. Heriotzaren beste aldea da. ●



SAREAN+

Kasuaren arabera erabakitzen dute larrialdietako medikuek zenbat luzatu bihotz-biriketako bizkortzea.
ARG.: © JOHN PANELLA/123RF.



FELIX ZUBIA:

“Bizitzako gauzarik ederrenetako bat da bakean hiltzea”

Felix Zubia espezialista da medikuntza intentsiboan. Bere lanean, paziente askori lagundu die bizirik irauten eta aurrera ateratzen. Jakina, beti ez da posible izan, eta, beraz, oso gertutik ikusi ditu pazienteak hiltzen. Kasu horietan ere, sendagileak amaierara arte eman die laguntza.

Hilzorian dagoen paziente batekin, zein da sendagilearen lana?

Lehenik eta behin, gaixotasuna sendagarria bada, gu beti saiatzen gara sendatzen. Sendagarria ez denean, berriz, hiru kontzeptu daude; batzuek nahastu egiten dituzte, baina, berez, argiak dira. Hauek dira: muga terapeutikoa, lasaitze aringarria eta eutanasia. Lehen-go bietan, heriotzaren kausa gaixotasuna bera da; eta eutanasian, aldiz, gaixotasuna ez da hilgarria, eta beste norbaitek egindako ekintza baten ondorioz gertatzen da heriotza. Adibidez, pazienteari emandako botika bat izan daiteke heriotza-eragilea. Azken finean, suizidio lagundua da hori.

Guk, sendagileok, ez dugu eutanasia egiten, baina bai beste biak. Egin kontu paziente bat oso gaizki duzula, gaixotasun sendaezin batekin, makina bati lotuta, eta makina horri esker hartzen duela arnasa. Ikusten baduzu bizitza alferrik luzatzen ari zarela, etikoki, makina itzaltzea erabaki dezakezu. Izan ere, egoera horietan, pazienteak ez du sufritzen, botikak ematen zaizkiolako, baina senideek asko sufritzen dute.

Beste kontzeptu bat da lasaitze aringarria da. Hau da, bere bizitzaren azken orduetan da-

goen paziente bat duzula, eta, mina edo ama-
sestua arintzeko, botika bat ematen diozula,
normalean morfina, nahiz eta botika horrek bi-
zitzak pixka bat laburtuko dion. Baina hiltzen
duena ez da morfina, gaixotasuna baizik.

Behar bada, heriotzari buruz oso gutxi hitz egiten delako gertatzen dira nahaste horiek.

Hori da, ezkutatu egiten da eta. Gaur egun, heriotza tabua da. Lehen, aitona-amonak etxean hiltzen ziren, baita hain zaharrak ez zirenak ere, eta gaubela egiten zitzairen. Orain, askotan, ukatu ere egiten da aukera hori. Demagun gaixotasun sendaezin bat duen eta azkenetan dagoen pertsona bat duzula; nire ustez, etxean hiltzeko eskubidea du, eta han, etxean, zaintza aringarria jasotzeko eta bizi-kalitate ona izateko amaierara arte.

Horrekin batera, gaixoari bere agurra prestatzeko aukera ere kentzen ari gara. Gaixoa oso larri dago, hiltzear dago; baina ingurukoek, senideek eta gainerako guztiek, ezer gertatuko ez balitz bezala jokatzaren dute. Ez dute heriotzaz hitz egin nahi, ez sendagileekin, ez gaixoarekin berarekin. Eta azkeneko unean ospitalera eramaten dute, eta bere in-



ARG.: FELIX ZUBIA

gurutik kanpo hiltzen da, berarekin harreman estua izan duten pertsonetatik urrun, eta toki arrotz batean.

Hala ere, pixkanaka, kontua aldatzen ari da. Adibidez, gero eta ohikoagoa da etxean ospitalizatzea. Eta gogorra da, baina bizitzaren gauzarik ederrenetako bat da bakean hiltzea, esanez “nik nire bizitza egin dut, honaino iritsi naiz, eta orain banoa, eskerrak emanez nire ingurukoek”. Gauzarik ederrenetako bat da hori.

Esan duzu, poliki bada ere, gauzak aldatzen ari direla. Beste adibiderik eman dezakezu?

Bai, esate baterako, gaur egun, eta, gero eta gehiago, gaixoaren autonomia errespetatzearen aldeko joera dago. Ahal dela, jakin dezala gaixoa zein den bere egoera, eta zer bilakera izango duen. Horrekin batera, zer egin daitekeen ere esan diezaiogegu, berak erabaki dezan, erabaki horrek ekarriko dituen ondorioen jabe izanik.

Senideekin eta ingurukoekin hitz egitea ere komeni da: zer zailtasun sortuko diren, zenbat lan izango duten eta nolakoa, eta zer egin daitekeen eta zer ez. Eta hori guztia beranduegi izan baino lehen egin behar da, erabakiak kontzienteki eta lasaitasunez hartzeko. Horretan nabarmena da aldaketa, lehen sendagileak baitzuen erabakiak hartzeko ardura guztia, eta ez gaixoa ez senideek ez zuten informaziorik jasotzen, ezta erabakirik hartzen ere, ez zutelako ezer jakin nahi, edo, besterik gabe, ez zitzaielako aukera hori ematen. Orain bai, eta, niretzat, hori garrantzitsua da, oso.



ARG.: SUSAN SERMONETA/© ESKUBIDE BATZUK ERRESERBATUTA