

El final de la vida/Life'S End/O fim da vida

Alicia Fajardo¹

Recibido:18 de febrero de 2012

Aceptado:8 de abril de 2013

Resumen

El hombre desde la antigüedad ha asociado una función vital, la respiración, con el concepto de vida, de forma que el diagnóstico de muerte se basó históricamente en la observación de la presencia o ausencia de la función respiratoria. Luego se descubre otra función vital: la circulación; el latido cardíaco se convierte en otro signo de vida, de modo que su ausencia, adicionada a la de la respiración pasaron a ser la línea que separa la vida de la muerte. A partir de los años 60-70 del siglo XX aparecen y avanzan en su tecnología los centros de Cuidados Intensivos lo que comienza a generar discrepancias con la definición del concepto de muerte. Las técnicas de resucitación, permiten salvar enfermos después de períodos de paro cardíaco de algunos minutos de duración y en cuanto a la función de ventilación, los sofisticados métodos actuales, permiten que la función sea sustituida por períodos prolongados y hasta indefinidamente. Cuando llega la fase final de la vida, disminuye la función del médico y se hace más importante la de Enfermería que pasa a ser fuente de información y consulta (1)

Palabras clave: Muerte, Muerte Encefálica, Enfermería

Abstract

Since ancient times the human being has associated the vital function: breathing with the concept of life, thus diagnosing death was historically based on observing the presence or absence of the respiratory function. Then another vital function is discovered: the circulatory system; the heart beating turns into another sign of life, so that its absence added to the absence of breathing happened to

be the line that separates life from death.

Since the 1960s and 70s the Centers of Intensive Care have appeared. Their advances in technology have caused discrepancies with the definition of death. Resuscitation techniques possible to save patients after periods of cardiac arrest of some minutes of duration. With regards the ventilation function the sophisticated current methods allow the function to be replaced for long periods. According to Correa L. (2009), when the final life's stage comes, the doctor's function diminishes and becomes more important the Nursing function that happens to be a source of information and consultation (1)

Key words: Death, Brain death, Nursing

Resumo

Desde a antiguidade, o homem associou uma função vital, a respiração, ao conceito de vida; assim, historicamente o diagnóstico de morte baseara-se na observação da presença ou ausência da função respiratória. Depois descobriu-se outra função vital: a circulação, transformando o batimento cardíaco em mais um sinal de vida; dessa forma, a ausência dele, somada à da respiração, passou a ser a linha que separava a vida da morte. A partir dos anos 60-70 do século XX aparecem as Unidades de Terapia Intensiva, com avanços de tecnologia que começam a gerar discrepâncias com a definição daquele conceito de morte. As técnicas de ressuscitação permitem salvar doentes após períodos de parada cardíaca de vários minutos de duração e, quanto à função de ventilação, os sofisticados métodos atuais vão permitir a substituição dessa função por períodos prolongados ou até indefinidamente. Atingida a fase final da vida deve diminuir a função do médico para ganhar relevância a das enfermeiras, que passam a ser a fonte de informação e consulta (1)

Palavras Chave: Morte, Morte encefálica, Enfermagem

¹ Prof. Adj. Lic Esp. Alicia Fajardo. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay
alirfa@montevideo.com.uy

Introducción

Hasta fines de los años 70 del siglo XX, se consideraba como criterio de muerte el clásico: ausencia de latidos cardíacos y movimientos ventilatorios. Esto se fundamentaba en que la función cardiorespiratoria es esencial para mantener el metabolismo basal del cuerpo, de tal modo que la ausencia de esas funciones lleva inexorablemente a la terminación del organismo como un todo. Se consideraba entonces a la función cardiorespiratoria como fundamental para la existencia del organismo. Las pruebas verificadoras a veces requerían de una observación más precisa dada la existencia de casos excepcionales. En 1968 en la Harvard Medical School² se conformó un Ad Hoc Committee³ integrado por médicos, abogados y teólogos con el fin de redefinir el criterio de muerte ya que comienza a aparecer un nuevo concepto dado por lo que en primera instancia se llamó “coma dépassé” o coma sobrepasado. Este ya había sido observado en París en 1959 al referirse al estado de coma profundo asociando a un cerebro muerto con un cuerpo vivo. Posteriormente en Estados Unidos de Norteamérica en 1981 se emite una declaración de consenso por parte de la comisión de Harvard (3) acerca del concepto de muerte encefálica como cese irreversible de todas las funciones del encéfalo, hemisferios cerebrales y tallo encefálico. Esta comisión tenía como tarea dar respuesta a dos necesidades de índole práctico:

- Pacientes en estado de coma irreversible que constituían gran carga para la familia y para los hospitales.

² Wikipedia - La *Harvard Medical School* es la escuela de medicina de la Universidad de Harvard. Es académicamente muy selectiva y se ubica en Boston, Estados Unidos de Norteamérica. Fue fundada en 1782. http://es.wikipedia.org/wiki/Escuela_M%C3%A9dica_de_Harvard (Consulta: 18 de noviembre de 2011)

³ Ad Hoc Comité of the Harvard Medicine School. It was created to examine definition of brain death. Definition of irreversible coma. JAMA 1968 205-337-40

- Obsolescencia del criterio de muerte, que podía conducir a controversias en caso de necesidad de extraer órganos para transplantes.

Estudios realizados por Moularet, Goulon, y Bertrand (4) determinaban que pacientes con Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM), con apoyo hemodinámico, evolucionaban inexorablemente a la muerte a mayor o menor plazo; en los estudios post mortem se veían deterioros encefálicos importantes. Según Manuel Lavado Montes (5) citado por Alejandro Serani Merlo ello solamente aseguraba que los pacientes en coma dépassé morían en corto plazo.

El Comité de Harvard sustituye, con argumentación, el término “coma irreversible”, por muerte cerebral o encefálica. A partir de allí el concepto comenzó a ganar terreno desde lo médico a lo legal, apoyado en los estudios que la Comisión de Harvard realizó para validar sus criterios. No faltaron los criterios discrepantes con estos conceptos, que se afirmaban en la falta de fundamentos filosóficos, ya que los criterios usados eran de orden práctico por lo que aparecen a partir de allí dos criterios: muerte encefálica y muerte encefálica total, según sean definiciones aceptadas por profesionales del Reino Unido, Francia, Noruega, e incluso Japón que no acepta el criterio por razones culturales. A pesar de los desacuerdos, los criterios tienen muchos puntos en común.

Esta discusión de índole científica y filosófica continúa hasta el día de hoy y al hacer el análisis de la terminología, se puede concluir que el término Muerte Encefálica (ME) genera inseguridad y que sería una posible definición: “Cese irreversible de la función de la corteza, tronco y de todo el encéfalo y destrucción de neuronas de la corteza, tronco y encéfalo” (6)

O bien: “la comprobación del cese irreversible de la función del encéfalo como un todo (no necesariamente de todas las neuronas), aún en presencia de un funcionamiento cardiovascular y ventilatorio

artificial”⁴.

En el Reino Unido se define ME por causas estructurales y en Estados Unidos de Norteamérica se define por causas estructurales y funcionales. La importancia del concepto es meramente práctica ya que es la única condición neurológica, con un significado pronóstico absoluto, que permite tomar medidas concretas muy significativas.

Desde el punto de vista jurídico en Uruguay, la legislación vigente no define la muerte. La ley 14.005 dice que la comprobación de la muerte debe basarse en la existencia de cambios patológicos irreversibles, incompatibles con la vida. Deja que la medicina determine cuáles son los criterios incompatibles con la vida (7).

Para las ciencias de la salud la confirmación de la ME, es muerte y una vez hecho el diagnóstico se actuará en consecuencia (remover órganos, tejidos, suspensión de las medidas de soporte). Según el Código de Ética del sindicato de médicos del Uruguay (SMU) en caso de ME el médico no tiene obligación ética de emplear técnicas, fármacos, o aparatos cuyo uso solo sirva para prolongar éste estado (7). El capítulo V de este mismo código refiere a problemas éticos específicos y el artículo 43 se refiere al fin de la vida (7).

Análisis ético

Un primer nivel de análisis ético implica tener en cuenta la presencia o convivencia de culturas múltiples lo que ha llevado a considerar planteos filosóficos diferentes. Así para unos la muerte es el final de todo, para otros persiste el alma espiritual o energía y para otros es un paso más en la cadena de la reencarnación. Esto depende del criterio que se acepte con respecto a qué es, la vida humana.

El segundo nivel de análisis, implica la existencia de dos criterios subyacentes:

1) se constata la desintegración física del organismo como un todo. Este criterio admite

la permanencia de la vida en algunos órganos. 2) se considera suficiente la pérdida segura e irreversible de las capacidades superiores específicamente humanas.

El tercer nivel de análisis establece la necesidad de pruebas verificadoras, las que pueden ser clínicas o paraclínicas. Se exige rigor y responsabilidad en la aplicación de las pruebas. Este tipo de diagnóstico se hace necesario frente a hechos violentos pero también frente a otras formas de morir que se anuncian a través de una enfermedad, que luego de determinado tiempo culmina con la muerte.

Enfermería y el proceso de morir

En la fase final de la vida según el filósofo y bioeticista FJ León Correa (1) disminuye la función del médico, y se hace más importante la de las enfermeras que pasan a ser fuente de información, consulta y toman cada vez más iniciativa.

El final de la vida abarca muchos aspectos no médicos como creencias religiosas, expectativas culturales, restricciones legales y valores personales. Esto hace que la complejidad de los hechos resulte en que muchos miembros de los equipos asistenciales concluyan que la muerte esté más allá de la que puede ser estudiada objetivamente y hace que los cuidados que se realizan al final de la vida se vuelvan confusos y sean aplicados de diferentes formas entre los distintos miembros del equipo.

Es necesario tener presente que para la cultura occidental, la muerte es una parte, la última, del proceso de la vida y existen distintas formas de aceptar este hecho dependiendo de si hablamos de pacientes adultos, ancianos, niños o recién nacidos.

Los adultos que van a morir pueden temer al dolor y a la falta de aire, disminución del autocontrol físico y psíquico, auto estima y dignidad, antes, durante y después del proceso de morir. Estos miedos pueden disminuir si se les asegura que estos factores serán tratados con prioridad en el tratamiento que brindaran los cuidadores. Los pacientes que están lúcidos, pueden requerir la oportunidad de

⁴ Wikipedia – Muerte Cerebral - http://es.wikipedia.org/wiki/Muerte_cerebral (consultado: 24 de febrero de 2013)

despedirse de sus seres queridos, resolver asuntos pendientes, cumplir sus promesas. Esto implica que el individuo permanezca siendo agente a pesar de estar al final de la vida y no solo como paciente/pasivo, pudiendo compartir la decisión sobre el modo de pasar el tiempo de vida que le queda, haciendo uso activo de su capacidad de autonomía.

En cuanto al respeto, debe incluir que puedan percibir y estén seguros que sus creencias religiosas son comprendidas y las expectativas culturales serán cumplidas en lo relativo al manejo del cuerpo después de la muerte, así como sus puntos de vista referentes a autopsias, donación de órganos y normas culturales. En referencia a la realización espiritual, el compromiso de un representante de su colectividad religiosa puede aliviar la sensación de pérdida en los familiares.

Aunque las necesidades de los pacientes deben ser el núcleo central del trabajo, la aproximación a la familia y la comunicación fluida con ella tiene importancia sustantiva en el proceso. Las familias necesitan información sobre como se está desarrollando el proceso y el pronóstico que existe.

Se pueden sintetizar las necesidades de la familia en:

- Poder estar con su ser querido.
- Ser útil al que se está muriendo.
- Tener información sobre los cambios que pueden estar ocurriendo.
- Comprender qué se le está haciendo y porque.
- Ser confortados.
- Poder manifestar sus emociones.
- Asegurarse que sus decisiones fueron correctas.
- Encontrarle sentido a la muerte de su ser querido.
- Asegurar el confort de su familiar.
- Asegurar que su familiar esté alimentado, hidratado y descansado.

Cuando el enfermo es un niño, la frustración familiar es mayor ya que cada niño representa promesas, sueños, expectativas que se depositan en él. Cuando el niño se enferma y corre riesgo de morir o se sabe que va a morir,

se rompe la esperanza y la promesa del futuro. Los padres nunca esperan enterrar a sus hijos, ya que los procesos naturales hacen pensar en lo contrario. Culturalmente se acepta mejor la muerte de un adulto mayor que la muerte de un niño, la cual se vive como una oportunidad arrebatada. La vivencia de los padres es de gran frustración y culpa. Con frecuencia puede ser interpretado como un castigo de Dios por no haber sido capaz de proteger y cuidar de su hijo evitándole la enfermedad y el dolor.

La mayoría de los pacientes no fallecen en forma súbita sino que se deterioran gradualmente, con disminución del nivel de conciencia, y cambios bruscos. El tiempo que transcurre es variable.

Para cooperar adecuadamente con el paciente sería conveniente asegurarse:

- Que sepa que se está muriendo, aunque en éste punto debe haber una valoración estricta de si es un paciente que pueda saberlo y esto lo ayude.
- Permitirle que continúe siendo agente, y no solo paciente lo que da lugar al uso del principio de autonomía. La enfermedad genera dependencias físicas que pueden disminuir su dignidad y aumentar su dependencia, con pérdida de funciones orgánicas.
- Tratar que mantenga relaciones familiares, sociales, y profesionales. Existen personas que fallecen luego de largos períodos de enfermedad y sin embargo estuvieron activos hasta los últimos momentos.
- Estimular la comunicación no verbal y el contacto físico. Si el paciente nota que hay menor contacto físico, puede bajar su autoestima y dignidad y se siente menos persona.
- Proteger la pérdida de la imagen corporal. Las personas cercanas a morir suelen adelgazar; su piel cambia de características y sienten que el proceso se acelera. Si sus ropas quedan flojas es conveniente ir cambiándolas para que no genere más angustia la conciencia de consumición corporal. Evitar el control de peso es también adecuado.
- Facilitar el apoyo espiritual permitiendo la asistencia a sus comunidades habituales, y

permitir la visita de los representantes religiosos de sus congregaciones.

Cuidados paliativos

Cuando ya no hay posibilidades para un tratamiento curativo, no ha culminado la tarea del equipo de salud sino que aparecen las tareas de aliviar el dolor, brindar confort.

Los programas de Cuidados Paliativos en el mundo y también en Uruguay, de acuerdo a lo que ha definido Organización Mundial de la Salud (OMS), son programas de tratamiento activo destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo (8) Estos programas están basados en el intento de controlar síntomas molestos y sufrimiento para conseguir que las personas vivan en plenitud sus últimos tiempos de vida. Los tributarios de éste tipo de programas son pacientes con patologías terminales, crónicas, neoplásicas, infecciosas, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, patologías neurológicas degenerativas.

Los objetivos de la OMS para estos programas son: (9)

- Alivio del dolor y síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Considerar a la muerte como algo natural.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo mas activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la

enfermedad y el duelo.

Los pilares que sustentan éstos objetivos, están dados por la comunicación, control de la sintomatología, apoyo familiar, principios bioéticos.

Los Cuidados Paliativos tratan de brindar mayor grado de bienestar, mayor sensación de alivio o satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas o emocionales, sociales, y espirituales del el paciente en su última etapa de vida. Se considera el bienestar como la sensación subjetiva que se valora diferente por las distintas personas y que abarca distintas dimensiones (físicas, psicológicas, sociales, y espirituales, son dinámicas y tienen distintas prioridades según el momento. Todo lo que logre alivio subjetivo, mejora el bienestar (15).

La muerte debe sobrevenir en un ambiente sereno, seguro, cálido, rodeado del cariño de los familiares. El profesional sanitario que trata a éstos pacientes en ésta situación, debe estar bien entrenado en el manejo de distintos niveles de analgesia (1). La aplicación de algunos fármacos como la morfina que puede tener efectos no deseados es también el de elección como analgésico y para aliviar la sed de aire. Si bien es depresor del sistema nervioso central, algunos autores aseguran que pueden alargar la vida al disminuir el dolor, proporcionar mejor estado general para dormir, comer, descansar y hace que se sienta más activo (10).

Referencias bibliográficas

- 1) León Correa F La bioética a nivel mundial y el debate sobre la eutanasia. *Persona y Bioética* 1998; (4). Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/625/1799>. [consulta: 21 enero de 2012].
- 2) Ad Hoc Committee of the Harvard Medicine School to examine definition of brain death. Definition of irreversible coma. *JAMA* 1968; (205): 337-40.
- 3) President's Commission for the study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research Defining Death. Declaration consensus. Washington: Government Printing Office 1981.
- 4) Mollaret P, Goulon M. Le coma dépassé (memoire preliminaire) *Rev. Neurol.* 1959; (101): 3-15.
- 5) Serani Merlo A. La muerte encefálica y la determinación práctica de la muerte: otra opinión disidente. *Cuadernos de Bioética (Chile)* 1999; (1): 149-59.
- 6) Hodelín-Tablada R. De la muerte clínica a la muerte encefálica. *Rev. Ecuatoriana de Neurología* 1997; 6(1-2):37-43.
- 7) Wajskopf S. Traumatismo encéfalo craneano. Montevideo: Oficina del libro FEFMUR; 2002. p. 194-6.
- 8) Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Ginebra: OMS; 1990. p. 45-72. (Serie de Informes Técnicos, 804).
- 9) World Health Organization. Cancer pain relief and palliative: a report of a OMS expert committee. Geneva: OMS; 1990.
- 10) Taboada P. Principios éticos relevantes en medicina paliativa. En: Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico. 2004. Disponible en: www.respyn.uanl.mx/xiii/3/al_dia/glosa/palliative-care.pdf [consulta: 21 de enero 2012].
- 11) Martínez Baza P, Vega Gutiérrez J, Centeno C. Bioethics of nutrition and hydration in oncological patients en a terminal situation. 9º Simposium de la Organización Europea para Prevención del Cáncer; Madrid; 17-19 oct. 1991.
- 12) Machado Curbelo C. Aspectos conceptuales, legales y éticos sobre la muerte humana. La Habana: Instituto de Neurología y Neurocirugía; 1992.
- 14) López E. Cuidados paliativos para enfermería. Madrid: Ed. Panamericana 1999.