

gerencia no atemorice al paciente. Sin embargo, debe recordarse que la fe en una religión no es una póliza de seguro que evite la soledad de la muerte. La visita del religioso no debe sustituir a las palabras y el tacto amables de la enfermera. En vez de ello, debe considerarse al religioso como un miembro más del equipo que ayuda al paciente a enfrentar la etapa terminal de su enfermedad.

Muchos pacientes toman la decisión de donar diversos órganos de su cuerpo a bancos para su posible trasplante. El paciente quizá haga preguntas a la enfermera, sobre este tema o los puntos de vista de ella. Es factible que al hacerlo esté buscando información o desea sondear en voz alta sus propios sentimientos. La enfermera debe ayudar al paciente cuando hable sobre este tema, en vez de centrarse en los sentimientos y opiniones que tiene ella misma. La mayor parte de las instituciones de salud tienen las formas que deben llenarse para la donación de órganos. Es preciso que el llenado de las mismas sea adecuado, si es deseo del paciente donar sus órganos.

### Satisfacción de las necesidades físicas del paciente en etapa terminal

A menos que la muerte ocurra en forma súbita, la enfermera debe esperar que surjan ciertos problemas relacionados con las necesidades físicas del paciente.

### Satisfacción de las necesidades nutricionales e hídricas

Los pacientes en etapa terminal generalmente tienen escaso interés en los alimentos y líquidos. Su apetito disminuye y, con frecuencia, el esfuerzo físico que implica beber o comer les resulta excesivo. La satisfacción de las necesidades nutricionales e hídricas suele prolongar la vida, por sí sola, y también ayuda a que el paciente se sienta más a gusto. La deshidratación y desnutrición predisponen al apatamiento, infecciones y otras complicaciones, como las úlceras por decúbito. Por lo tanto, el mantenimiento del estado nutricional adecuado del paciente desempeña una función importante en el mantenimiento de su energía física y la prevención

de molestias adicionales. Cuando el enfermo no puede tomar líquidos ni alimentos por la boca, el médico quizá ordene la infusión intravenosa u otros métodos de mantenimiento del estado nutricional.

Las actividades normales del aparato digestivo disminuyen cuando la muerte es inminente. Por lo tanto, hacer que el paciente coma grandes volúmenes de alimentos podría predisponerlo a la dilatación abdominal y molestias adicionales.

Cuando todavía es adecuado el reflejo de deglución, ofrecer agua frecuentemente al paciente resulta útil. Conforme se dificulta la deglución, puede surgir la aspiración cuando el paciente ingiera líquidos. En tal situación, puede succionarse de una gasa empapada en agua o de cubos de hielo envueltos con gasa sin dificultad alguna, ya que el reflejo de succión es uno de los últimos que desaparece conforme se acerca la muerte.

### Atención de boca, nariz, ojos y piel

Si el paciente ingiere líquidos y alimentos sin dificultad alguna, su higiene bucal es similar a la de otros enfermos. Sin embargo, suelen requerirse cuidados vitales adicionales en la medida en que se acerca la muerte. Surge el riesgo de aspiración del moco que el paciente no pueda deglutir ni expectorar, conforme se acumula en la boca y garganta. En tal situación, puede limpiarse la boca con gasa o, si está indicado, succionar para extraer el moco. Colocar al paciente sobre su costado con frecuencia es útil para evitar la acumulación de moco en boca y garganta.

La mucosa bucal no debe tener secreciones secas. La lubricación de boca y labios es provechosa y agradable para el paciente.

Las fosas nasales deben estar limpias y lubricarse en la medida necesaria. En ocasiones, se acumulan secreciones en los ojos. Estos suelen limpiarse con mochas de algodón humedecidas en solución fisiológica. Cuando los ojos están secos, tienden a permanecer abiertos. La instilación de un lubricante en el saco conjuntival inferior suele estar indicada para prevenir la fricción y brindar mayor comodidad al paciente.

Al acercarse la muerte, es usual que la temperatura corporal aumente por arriba de lo normal. Sin embargo, disminuye la circulación periférica,

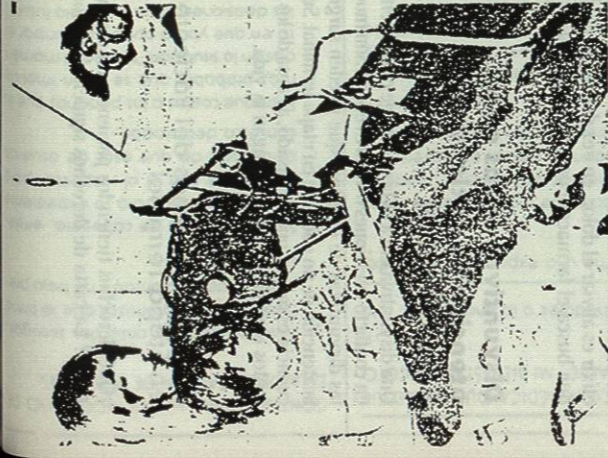


FIGURA 29-4. La política de esta institución de salud es permitir que los familiares de pacientes en etapa terminal pasen el mayor consuelo de que esposa e hijo están cerca y comparten con él la mayor parte de sus últimas semanas de vida. La institución motivó a la familia para que decorara y ordenara el cuarto en la forma más hogareña posible, cuando el estado del paciente requirió su hospitalización. La señora permaneció constantemente con su cónyuge, y el hijo lo visitó varias horas, cada día.

Con frecuencia, se instala al enfermo en etapa terminal en un cuarto privado, para no perturbar a otros pacientes. Sin embargo, tal hecho puede afectar al paciente mismo. La privación del contacto social tiende a ser perturbadora, aunque el enfermo no pueda expresarlo.

Tener objetos familiares a la vista puede hacer que el paciente se sienta más a gusto y tranquilo, como se muestra en las figuras 29-4 y 29-5. Es posible motivar a sus familiares para que lo hagan sentirse mejor en su cuarto. Suelen revisar mucha importancia objetos tales como fotografías,



FIGURA 29-5. La observación de las actividades de su hijo de cuatro años de edad ayudó al padre a continuar siendo parte de la familia. Nótese la pintura de la pared de fondo. La esposa del paciente se encargó de pintar dicho pared, para personalizar el cuarto del hospital y hacerlo más agradable para su esposo.

libros y otros. Sin importar que el enfermo esté en su hogar o en una institución de salud, es aconsejable que el medio ambiente refleje sus preferencias. Una vez logrado esto, es factible dejar el medio tal como está a menos que el propio enfermo decida hacer cambios. De tal manera, se fomenta el control sobre su ambiente cuando lo ha perdido en muchos otros aspectos de su vida cotidiana. En el hogar, por lo general no es difícil mantenerlo conforme a los deseos del enfermo. Sin embargo, en las instituciones de salud los cuartos suelen ser austeros y transmiten el mensaje de que se trata de un ambiente reglamentado e impersonal, a menos que se hagan esfuerzos concertados para evitarlo.

La iluminación en el cuarto del paciente debe ser normal. Los enfermos en etapa terminal suelen experimentar soledad y miedo crecientes, así como

de modo que la piel se siente fría al tacto y el paciente suele transpirar abundantemente. Es importante mantener limpias las ropas de cama y del paciente, para lo cual se baña a éste y se cambia la ropa de cama según se requiera. El uso de ropa de cama ligera y sostenida con marcos, de modo que no se apoye en el cuerpo del paciente, suelen aumentar la comodidad de éste. Es frecuente que el enfermo esté inquieto y jale la ropa de la cama. Esto puede deberse a que tiene calor excesivo, darle baños de esponja y mantenerlo seco suelen promover su relajación y sueño tranquilo.

### Fomento de la excreción de desechos

Algunos pacientes están incontinentes, mientras que en otros es necesario observar si surgen retención de orina y estreñimiento, ambos por igual molestos para el paciente. Suelen prescribirse enemas para el alivio y la prevención del estreñimiento y la dilatación, pero debe recordarse que el paciente ingiere pocos nutrientes, de modo que quizá el volumen de materia fecal sea escaso.

El uso intermitente de una sonda, o el de una sonda a permanencia, es necesario en algunos pacientes. Si el enfermo presenta incontinencias urinaria y fecal, revisten importancia particular los cuidados de la piel para evitar olores desagradables y úlceras por decúbito. Es más fácil cambiar las almohadillas impermeables de cama que toda la ropa de cama, y aquéllas hacen que disminuya el problema de mantener limpia y seca la cama.

### Posición del paciente y su protección contra lesiones

Con frecuencia, se relaciona a la posición horizontal dorsal (boca arriba) con los pacientes moribundos. Sin embargo, la buena atención de enfermería implica variar la posición corporal con frecuencia. El paciente quizá no pueda expresar su deseo de este cambio de posición, o sienta que el esfuerzo sería excesivo. El uso de posiciones apropiadas es importante, aunque el paciente parezca estar inconsciente. Una posición inadecuada sin sostén apropiado resulta fatigante y molesta.

En ocasiones, la enfermera se ve frente al problema de que el paciente experimenta dolor rebelde excepto en una posición dada. De ser así, han de ponderarse las consecuencias de la presión constante, la circulación limitada y la maceración de los tejidos contra la comodidad del paciente.

En el supuesto de que haya disnea, el enfermo se sentirá mejor si está en la posición de Fowler. La respiración estértoea o ruidosa con frecuencia se alivia con la posición de costado, que sirve para evitar que la lengua obstruya las vías respiratorias a la altura de la bucofaringe. Las posiciones apropiadas se analizan en otros capítulos de la obra, y los principios mencionados en ella se aplican a la posición del paciente en la etapa terminal.

El enfermo en etapa terminal suele estar inquieto. En tal situación, se requieren precauciones especiales para evitar que se cause lesiones. Suele estar indicado el uso de los barandales de la cama. Restringir los movimientos del paciente es desaconsejable, aunque necesario en casos extremos. Si sus familiares desean permanecer con él, de modo que no se lesione, la enfermera debe darles pautas sencillas, acerca de hablarse con suavidad y tranquilizarlo con el contacto físico igualmente suave. La responsabilidad de la seguridad del paciente no debe recaer por completo en los familiares. La enfermera debe estar con el paciente a intervalos frecuentes, ya que tal responsabilidad es de ella. Los familiares, bien intencionados pero impreparados, fatigados y bajo estrés, en ocasiones no tienen el criterio adecuado para proteger al paciente. No es razonable esperar que los parientes del enfermo sientan la responsabilidad de cuidarlo, o dejar que surja en ellos el sentimiento de culpa si el paciente se lesiona como resultado de alguna acción inespereada. En caso de que permanezcan parientes o amigos con el paciente, la enfermera debe cerciorarse de que se sustituyan unos a otros periódicamente. Permanecer con un paciente en etapa terminal, confundido e inquieto, puede resultar agotador, tanto física como emocionalmente.

### Factores ambientales

Instalar al paciente hospitalizado en un cuarto que resulte conveniente para darle atención de enfermería y observarlo a intervalos frecuentes permite el uso más eficiente del tiempo de las enfermeras.

visión inadecuada, cuando están en una habitación oscura. Además, se debe ventilar en forma adecuada esta última, pero de modo que el paciente no esté expuesto a corrientes.

Cuando se conversa cerca de la cama del paciente, es preferible hablar con voz normal. El hecho de que se hable en voz baja suele hacer que el paciente se sienta molesto y considere que le guardan secretos. Se cree que el sentido de la audición es el último que deja de funcionar, y muchos pacientes lo conservan casi hasta el momento mismo de su muerte. Por lo tanto, debe tenerse cuidado en los temas de conversación. Aunque el enfermo padezca inconsciente, quizás escuche lo que se dice en su presencia. En términos generales, le resultará consolador que otras personas digan las cosas que él desea escuchar. Hablarle es una muestra de amabilidad y consideración, incluso si no puede responder. También es importante que la enfermera explique al paciente lo que va a hacer, cuando le da atención de enfermería o está trabajando en el área, de modo que el paciente no malentienda sus acciones ni sienta temor.

### Mantenimiento de la comodidad del paciente

Los esfuerzos por satisfacer las necesidades físicas de un paciente en etapa terminal pueden no bastar para su comodidad, en cuyo caso quizá sea necesario considerar el uso de analgésicos, tranquilizantes y ansiolíticos. Es usual que se prescriban narcóticos para el alivio del dolor. Deben administrarse con las precauciones usuales, pero no parece haber razones de peso para evitar su empleo hasta que el paciente sufra molestias intensas. Cuando el dolor se intensifica es más difícil lograr la anestesia, por lo que es más conveniente mantenerlo en remisión. Suelen prescribirse un tranquilizante o antihipertensivo junto con un analgésico. Si se usan estas combinaciones en forma apropiada, es posible controlar el dolor sin sedación intensa.

Se ha observado que las quejas de dolor en ocasiones son una forma de disfrazar el miedo. En tal situación, el dolor suele parecer desproporcionado con relación al trastorno presente. Sin embargo, es menos probable que se sobreestime el dolor cuando la enfermera ha logrado la confianza del paciente. Las personas que trabajan con enfermos en

etapa terminal han advertido que la necesidad de analgésicos es menor en las personas que disfrutan de un apoyo emocional adecuado.

Algunos pacientes prefieren controlar ellos mismos su régimen medicamentoso y piden hacerlo. Su tolerancia a las molestias es mayor cuando saben que pueden administrarse la dosis siguiente, en vez de depender de que alguien se las lleve. A otras personas, les resulta más aceptable tolerar el dolor que la disminución en el estado de alerta y la pérdida de contacto con la realidad que acompañan al uso de los analgésicos más potentes.

La absorción de los fármacos administrados por vía subcutánea disminuye al ocurrir lo mismo con la circulación periférica, en cuyo caso deben emplearse otras vías de administración.

El personal de salud que atiende exclusivamente a enfermos en etapa terminal, especialmente en los asilos, ha elaborado programas de control del dolor que resultan ser muy eficaces. Dicho personal señala que el dolor crónico y rebelde es uno de los mayores temores que tiene el paciente en etapa terminal, en especial si se trata de un tumor maligno. Tal dolor es más que físico; también posee componentes emocional, social, religioso y económico. Cada aspecto del dolor debe manejarse en forma que las personas que reciben apoyo emocional de quienes los atienden suelen requerir menos analgésicos que los enfermos en etapa terminal que no tienen dicho apoyo.

El analgésico oral conocido como *mezcla de Brompton* se creó en los asilos de Gran Bretaña. El contenido de esta mezcla y su versión modificada se indica en la tabla 29-2. Estas combinaciones se administran conforme a un programa preventivo en pacientes con dolor crónico. Se da el elixir a los enfermos a intervalos establecidos durante las 24 horas, sin importar que tengan dolor o no. Este método de administración permite lograr analgesia constante. Se ha observado que la dosis de mantenimiento de la analgesia es menor que si se administrara el fármaco con base en los síntomas. Además, el paciente experimenta menos ansiedad y más confianza que si se permitiera que experimentara dolor antes de administrarle el fármaco, según se desprende de investigaciones. Pueden emplearse analgésicos no narcóticos cuando la molestia es leve, frecuentemente acompañados de fármacos antihipertensivos y ansiolíticos.



**CUADRO 29-2. Ingredientes de las mezclas de Brompton y de Brompton modificada**

|   |   |
|---|---|
| Mezcla de Brompton                          | Mezcla de Brompton modificado               |
| Sulfato de morfina                          | Sulfato de morfina                          |
| Cocaína                                     | Alcohol etílico                             |
| Alcohol etílico                             | Un saborizante, como el jarabe de granadina |
| Un saborizante, como el jarabe de granadina |   |

El personal de asilos señala diversas ventajas del elixir de morfina. En primer término, se trata de un medicamento oral y, con esto, se evita la molestia adicional de inyecciones repetidas. Además, es posible aumentar o disminuir la cantidad de morfina del elixir sin que el paciente tenga que preocuparse por el número de inyecciones que recibe o de tabletas que toma. Otra ventaja es que se pueden agregar diversos fármacos al elixir, como los anti-nauseosos, para satisfacer las necesidades específicas de atención del paciente.

Según investigaciones, no surge tolerancia significativa con el uso de las mezclas de Brompton y modificada de Brompton. Se ha observado que el aumento en las dosis guarda relación con el progreso en la enfermedad, y no con el surgimiento de tolerancia. Por añadidura, la farmacodependencia no es un problema real cuando se atiende a pacientes en etapa terminal, según los trabajadores de asilos. Éstos creen que la dependencia psicológica de los narcóticos es infrecuente, ya que la finalidad del elixir es aliviar el dolor, en vez del efecto eufórico que busca el farmacodependiente clásico.

**Disyuntivas éticas en la atención de pacientes en etapa terminal**

Una disyuntiva ética es la que surge cuando entran en conflicto cuestionos o valores éticos. Son muchas las disyuntivas de este tipo que pueden surgir en la atención de un paciente en etapa terminal. Su frecuencia es mayor que en el pasado, a causa de los adelantos científicos que prolongan la vida.

**Carta de Derechos del Paciente en Etapa Terminal**

¿Qué derechos tienen los pacientes en etapa terminal? La carta de derechos siguiente, elaborada

por enfermeras, ayuda a responder esta pregunta.

**CARTA DE DERECHOS DE LA PERSONA MORIBUNDA**

- Tengo el derecho a que se me trate como humano hasta que muera.
- Tengo el derecho a conservar la esperanza sin importar qué tan cambiante sea.
- Tengo el derecho que me atiendan personas que mantengan la esperanza, sin importar qué tan cambiante sea.
- Tengo el derecho a expresar mis sentimientos y emociones relativas a mi muerte inminente a mi propia manera.
- Tengo el derecho a participar en las decisiones relativas a mi atención.
- Tengo el derecho a esperar que se me continúe brindando atención de enfermería y médica, aunque los objetivos de "curación" deban cambiarse a los de "comodidad".
- Tengo el derecho a no morir solo.
- Tengo el derecho a no sufrir dolor.
- Tengo el derecho a que se respondan mis preguntas con sinceridad.
- Tengo el derecho a que no se me engañe.
- Tengo el derecho a que mis familiares y yo recibamos ayuda en la aceptación de mi muerte.
- Tengo el derecho a morir en paz y con dignidad.
- Tengo el derecho a conservar mi individualidad y que no se juzguen mis decisiones, que podrían ser contrarias a las creencias u opiniones de otros.
- Tengo el derecho a hablar sobre mis experiencias religiosas o espirituales, sin importar lo que signifiquen para otros.
- Tengo el derecho a que se respete mi cadáver después de mi muerte.
- Tengo el derecho a que me atiendan personas altruistas, sensibles e informadas, que intentarán comprender mis necesidades y se sentirán satisfechas en ayudarme a enfrentar mi muerte.

Esta Carta de Derechos se redactó en el taller "The Terminally Ill Patient and the Helping Person", en Lansing, Mich., bajo el patrocinio del Southwestern Michigan

Inservice Education Council y la dirección de Amelia J. Barbus, profesora adjunta de enfermería de la Wayne State University, Detroit.\*

**Prolongación de la vida y la Declaración de Voluntad**

Con frecuencia, se pide al paciente en etapa terminal o sus familiares que participen en la toma de una decisión acerca del mantenimiento de la vida por medios artificiales múltiples. Es el médico quien suele iniciar las conversaciones al respecto con los familiares, pero éstos suelen involucrar a la enfermera en la toma de esta decisión. La función de la enfermera debe ser aportar información, ayudar a los familiares e ideas, y brindarles apoyo. La de sus sentimientos e ideas, y brindarles apoyo. La enfermera no debe aconsejar ni tratar de persuadir a los familiares del paciente.

La cuestión de permitir que ocurra la muerte sin intervenciones agresivas para evitarla, adquirió significado para muchas personas cuando los medios masivos de comunicación publicaron artículos controvertidos sobre la prolongación de la vida de ciertas personas inconscientes en quienes parecía imposible la recuperación. No se han elaborado normas terminantes al respecto, y cada caso se maneja en forma diferente. Sin embargo, la tendencia actual es respetar los deseos de los parientes más cercanos en cuanto a la prolongación de la vida por medios artificiales.

Hoy, muchas personas plantean anticipadamente esta situación, antes de que ocurran los traumas o surjan las enfermedades terminales, y buscan una opción respecto de la prolongación innecesaria de su vida. Un método de facilitar la toma de una decisión personal objetiva sobre la prolongación de la vida es que la persona prepare una *declaración de voluntad*, en la que describa sus deseos con relación al hecho de que se le mantenga vivo por medios artificiales o se tomen medidas heroicas cuando no haya esperanzas razonables de recuperación de una incapacidad física o mental. El Euthanasia Educational Council ha preparado una forma de declaración de voluntad

\*Whitman, H. H., Lukes, S. J.: "Behavior modification for terminally ill patients". *Am J Nurse*, 75:39, Jan 1975.

**CONSEJOS PARA HACER MEJOR USO DE ESTA DECLARACION DE VOLUNTAD**

1. Firmelo y fíchelo ante dos testigos. (Esto es para garantizar que lo firmo por su propia voluntad y no bajo presión alguna.)
2. Si tiene médico de cabecera, envíele un copia para su expediente y converse con él al respecto para cerciorarse de que está de acuerdo con esta declaración.
3. Entregue copias a las personas que el más probable que se vean implicadas en lo sucedido al llegar el momento en que yo no puedo participar en las decisiones sobre su propio futuro. Anote sus nombres en los líneas finas de esta forma. Tengo el original de esta forma. (Esto es para tener una copia para su expediente y converse con él al respecto para cerciorarse de que está de acuerdo con esta declaración.)
4. Es conveniente que leo esta forma una vez al año, le cambie lo fecho lo firme de nuevo, para que quede en claro que no han cambiado mis deseos.

Preparado por:  
EUTHANASIA EDUCATION COUNCIL  
250 West 57th Street, Nueva York, NY 10019

A MI FAMILIA MI MEDICO MI ABOGADO MI SACERDOTE A CUALQUIER INSTITUCION MEDICA QUE ME LLEGUE A ATENDER A CUALQUIER INDIVIDUO QUE TENGA LA RESPONSABILIDAD DE MI SALUD, MI BIENESTAR FISICO O MIS ASUNTOS PERSONALES

La muerte es una realidad tan presente como el nacimiento, el crecimiento, la madurez o la ancianidad, una de las cosas ciertas de la vida. Si llego el momento en que yo \_\_\_\_\_, queda esta declaración como una expresión de mis deseos, redactada cuando todavía tengo pleno uso de mis facultades.

Si surgiera una situación en que no hubiera esperanzas razonables de recuperación de incapacidades físicas o mentales, solicito que se me permita morir y no se me mantenga vivo por medios artificiales o "medios heroicos". No temo a la muerte cuando a los indignidades del deterioro, dependencia y dolor sin esperanza.

Por lo tanto, pido que se administre con misericordia cualquier medicamento para aliviar mi sufrimiento, aunque esto implique la llegada del momento de mi muerte.

Hago esto no sólo después de considerarlo con cuidado, espero que quienes me atiendan se sientan moralmente obligados a hacerlo en ello. Reconozco que esto podría colocar el peso de un gran responsabilidad y asumo, en concordancia con mis más profundas convicciones.

Me comprometo a que si yo mismo, en concordancia con mis más profundas convicciones, respondiera a esta solicitud pidiendo que se me permita morir, yo mismo, en concordancia con mis más profundas convicciones, respondería a esta solicitud pidiendo que se me permita morir.

Se entregaron copias de esta solicitud a \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

FIGURA 29-6. Modelo de declaración de voluntad preparado por el Euthanasia Education Council.

juicios contra trabajadores de la salud relacionados con muertes cuyo carácter misericordioso resulta cuestionable.

**Transplantes de órganos**

Por *transplante* se entiende el injerto de una parte corporal en otra o en otro cuerpo. Hoy, la ciencia médica ha hecho posible el transplante de por lo menos 25 tejidos y órganos diferentes. Los transplantes más comunes de cadáveres a humanos vivos incluyen los de córnea, corazón, hígado, pulmones, páncreas y riñones. A manera de ejemplo, en 1975 se efectuaron 2756 transplantes de riñón, sólo en Estados Unidos. Además, debe advertirse que las tasas de éxito de los transplantes mejoran año con año.

Las personas que desean donar sus órganos deben indicarlo a las autoridades correspondientes; en algunos países, tal voluntad queda expresada en la licencia de conductor. Sin embargo, hay dos problemas importantísimos. Uno se relaciona con la definición de muerte, tema de apartados ulteriores del capítulo. El otro se refiere a quién paga la operación que se practica a la persona muerta. En un caso reciente, una madre dio permiso para que se donara el corazón de su hijo a otro niño que lo necesitaba para vivir. Le sorprendió enterarse de que tendría que pagar la operación que se practicaría a su hijo muerto.

**Signos de muerte inminente**

La muerte es algo progresivo; el cuerpo no muere súbitamente. Durante este proceso, hay signos que usualmente indican con bastante claridad que la muerte es inminente.

El apetito disminuye, y el paciente quizá olvide incluso deglutir. Además, suele aparecer náusea, particularmente en los miembros y la región sacra. Disminuye el gasto urinario y suele haber incontinencias urinaria y fecal.

Los movimientos y sensaciones desaparecen poco a poco, proceso que se inicia generalmente en los miembros, y en especial pies y piernas. También se reducen las actividades normales del aparato digestivo y desaparecen en forma gradual los

reliegos. Al desacelerarse el vitalismo, el paciente suele experimentar dilatación abdominal.

La temperatura corporal usualmente está alta, pero la piel se siente fría y húmeda, empezando por los miembros y la punta de la nariz. Además, la piel se vuelve cianótica, grisácea o pálida, y el pulso irregular, débil y acelerado.

La respiración suele ser ruidosa, y es factible que sea estertórea. Esto se debe a la acumulación de las vías respiratorias. Son comunes las respiraciones de Cheyne-Stokes.

Al disminuir la presión sanguínea, ocurre lo propio con la circulación periférica. Es usual que ceda el dolor, si ha estado presente, y haya torpeza mental. El paciente puede perder o no la conciencia; el estado de alerta mental varía de una persona a otra, aspecto que reviste importancia tener en cuenta cuando se atiende a pacientes que parecen estar moribundos. Hay quienes han advertido que algunos pacientes tienen visiones justo antes de su muerte.

Los músculos de cara y maxilar inferior se relajan, y la expresión facial del paciente, que quizás haya sido de ansiedad, es ahora de tranquilidad. Los ojos continúan parcialmente abiertos, y tiende a descender el maxilar inferior.

Aunque es factible que estén presentes estos signos, la enfermera debe tener en cuenta que ni ella ni cualquier otro miembro del equipo de salud pueden predecir el tiempo que transcurrirá antes de que ocurra la muerte. Los familiares del paciente moribundo, a causa de sus temores y preocupaciones, quizá pregunten a la enfermera cuánto tiempo cree que vivirá el paciente. La función de la enfermera en dicho punto es brindar apoyo emocional a los familiares e indicarles que no puede dar una respuesta realista a tal pregunta. En términos generales, mantenerlos informados sobre los cambios que ocurren es una forma útil de ayudarles a que se preparen para la muerte del paciente.

**Signos y definiciones de la muerte**

Hasta hace pocos años, la muerte era una cuestión relativamente sencilla. El médico tenía la responsabilidad de declarar muerto al paciente, y se consideraba que ocurría el fallecimiento cuando



no se identificaban el pulso ni las respiraciones durante varios minutos, además de que las pupilas permanecían fijas y dilatadas.

Con los adelantos recientes en la medicina, para sostener los signos vitales y llevar a cabo transplantes de órganos, resulta evidente que las definiciones antes vigentes de la muerte ya no son adecuadas. Además, han desaparecido algunas limitantes jurídicas y religiosas, en un intento por solucionar los problemas que han surgido. En algunos países, se ha recurrido incluso a la Suprema Corte para tratar de establecer una definición legal de la muerte.

El problema contemporáneo de definir la muerte se deriva de otros dos relacionados con ella como hecho biológico:

**No hay características positivas de la muerte.** Se había definido siempre a la muerte como la ausencia de algo, por ejemplo, la carencia de respiración, latido cardíaco u ondas cerebrales. *El cuerpo no muere completo de una sola vez.* Cada célula muere por separado de las demás. Por ejemplo, cuando una persona muere su corazón deja de latir, pero al colocarlo en otro cuerpo se reactivará y funcionará normalmente. Por lo tanto, aunque el corazón haya dejado de latir, en realidad no está muerto.

En forma tradicional, la medicina describía tres fases de la muerte:

**Muerte clínica.** cuando se interrumpen los latidos cardíacos y las respiraciones

**Muerte cerebral.** cuando el oxígeno que llega al encéfalo es insuficiente. Un investigador ha planteado que la muerte encefálica se divide en dos partes, que llaman muerte encefálica y muerte cerebral. La segunda ocurre cuando mueren las células de la corteza cerebral por falta de oxígeno, pero quedan intactos el mesencéfalo y el tallo encefálico. La muerte encefálica sería la del encéfalo entero, incluido el tallo encefálico.

**Muerte celular.** que ocurre con la muerte de células en todo el cuerpo, en momentos diferentes.

Otra definición de la muerte es la de un Comité de la Universidad de Harvard, en la que se afirma que se requiere la presencia de las características siguientes durante 24 horas para afirmar que ocurrió la muerte de manera definitiva:

- Ausencia de receptividad y capacidad de respuesta.
- Ausencia de movimientos y respiración durante más de una hora.
- Ausencia de reflejos.
- Ausencia de ondas cerebrales en el trazo del electroencefalograma.

En 1981, la Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica estadounidense publicó un informe sobre la definición de la muerte. Aunque tal definición no se ha convertido en ley federal, se recomienda que los gobiernos estatales de dicho país la utilicen, y es la siguiente:

La muerte está presente en un individuo que ha sufrido: 1) la interrupción irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria, ó 2) la interrupción irreversible de todas las funciones del encéfalo completo, incluido el tallo encefálico.

Esta definición ha recibido el apoyo de la Asociación Norteamericana de Abogados, Asociación Norteamericana de Médicos y Congreso Nacional de Comisionados sobre la Uniformidad de las Leyes Estatales.

### El certificado de defunción

En muchos países, las leyes requieren que se elabore un certificado de defunción de cada persona que fallece, la información que debe contener se especifica en las leyes de cada país. Los certificados de defunción se envían a las autoridades de salud locales, que elaboran muchas estadísticas importantes para la identificación de necesidades y problemas en el campo de la salud.

Es común que los funcionarios se responsabilicen del manejo y la presentación del certificado de defunción ante las autoridades correspondientes. Sin embargo, tal certificado requiere la firma del médico patólogo, forense y otros especialistas, en situaciones dadas. En algunas jurisdicciones, el certificado de defunción también lleva la firma del responsable de la funeraria y, a veces, el número de autorización de su negocio.

CUADRO 29-3 Cambios en el cuerpo después de la muerte

| Cambios   | Descripción  | Momento en que ocurre  |
|---|--|--|
| Oculares  | Desaparecen los reflejos corneal y luminoso.   | Al morir   |
| Interrupción de la circulación y la respiración | El corazón deja de bombear sangre y se interrumpe la respiración.  | Al morir   |
| Enfriamiento del cuerpo                         | Ha cesado la producción de energía.  | Al morir   |
| Lividez cadavérica (livor mortis)               | La fuerza de gravedad desplaza la sangre a las partes declives del cuerpo. Aparecen áreas manchadas. Se rompen los capilares y la sangre tinte los tejidos. Esta tinción se vuelve fija. | Las manchas surgen 20 a 30 minutos después de la muerte<br>La tinción fija surge 6 a 10 horas después de la muerte |
| Rigidez cadavérica (rigor mortis)               | La rigidez de los músculos se debe a cambios químicos en las proteínas de las fibras musculares.   | Se inicia dos a tres horas después de la muerte. Termina seis a ocho horas después de la muerte.                   |
| Putrefacción                                    | Las bacterias presentes en el cuerpo invaden los tejidos y causan cambios de color en ellos, hinchazón y vesículas en la piel.   | Se inicia tres a cuatro días después de la muerte  |
| Momificación                                    | El cuerpo permanece intacto y no ocurre la acción bacteriana. Esto tiene lugar en sitios muy secos y calientes, en los que hay movimiento considerable de aire.                          |  |

### Necropsia y extirpación de tejidos y órganos

La **necropsia** es el examen de órganos y tejidos del cuerpo humano después de la muerte. La obtención de una autorización para practicarla es un requisito de ley. La persona que puede dar tal autorización varía, pero generalmente se trata de los familiares más cercanos del difunto.

Es usual que corresponda al médico la responsabilidad de obtener la autorización para que se efectúe la necropsia. En ocasiones, el paciente da su aprobación antes de morir. Cuando es necesario obtenerla de sus parientes, es frecuente que la enfermera participe en la explicación de las razones para realizarla. Esto requiere tacto y criterio, aunque en muchos casos los familiares hallan consuelo cuando se les dice que la necropsia ayudará al desarrollo de la ciencia médica y la comprobación de la causa exacta de muerte.

Cuando la muerte se debe a accidentes, suicidio, homicidio o prácticas terapéuticas ilegales, debe no-

### Cuidados del cadáver y sus pertenencias

#### Cuidados del cadáver

Una vez que el médico declara muerto al paciente, es usual que la enfermera sea responsable de preparar el cadáver para su salida de la institución. En tal caso, debe acatar los procedimientos de la propia institución y, aunque éstos son variables, tienen ciertos aspectos en común, que se describen a continuación.

A fin de evitar la aparición de manchas y acumulación de sangre, debe colocarse el cadáver en la posición anatómica normal. Se cambian los apósitos sucios y se quitan tubos y sondas. Dado que los empleados funerarios por lo general limpian el cadáver, es innecesario el baño completo excepto en situaciones especiales. Tampoco se requiere lavar el cabello, pero deben quitarse los pasadores del mismo para evitar que se rasguen la cara. Por lo general, es preferible que no se coloquen las dentaduras postizas en el cadáver ya que de ello se encargan los empleados de la funeraria colocando la dentadura en su posición adecuada para minimizar los posibles traumatismos, que surgirían si la posición de la dentadura en la boca fuera inadecuada. La enfermera debe cerciorarse de que se entreguen las dentaduras al funerario, identificadas apropiadamente, cuando recoja el cadáver.

Se recomienda la identificación doble del cadáver. Debe fijarse adecuadamente una etiqueta a la sábana u otra envoltura del cadáver, y una etiqueta más en el tobillo. Si se ayuda esta última en la muñeca, debe acojunarse en primer término dicha parte corporal y hacer el nudo flojo alrededor del acojunamiento, para no dañar los tejidos. *Nunca está por demás resaltar la importancia de la identificación completa y apropiada del cadáver.* Los errores en esta situación pueden causar dificultades y dolor adicional a los familiares del paciente.

Los brazos se colocan sobre el abdomen. Anularlos podría originar daños tisulares. Es factible amarrar las piernas a la altura de los tobillos. Acto seguido, se envuelve el cadáver con una manita u otra prenda que proporcione la institución. A efecto de facilitar la transferencia del cadáver desde la cama, conviene envolver el cuerpo con una sábana extendida y fijar esta última con firmeza, de modo

### Rituales después de la muerte

Las costumbres relacionadas con la muerte y los funerales varían de una sociedad a otra. Sin embargo, hay varios aspectos básicos que parecen similares. El entierro por lo general implica la confrontación visual de los dolientes y el cadáver, para realmar la realidad de la muerte. Por lo común, el funeral incluye algún tipo de procesión, después de la cual se enterra o incinera el cadáver.

En los países occidentales, es frecuente que se embalsame el cadáver. En caso de incinerarlo, primero se prepara y se efectúa el funeral. En forma alternativa, puede ser que se incinere inmediatamente después de la muerte y a continuación se realice el funeral. El destino de las cenizas es el que decidan los familiares.

Otro destino del cadáver es su conservación por medio de la *criónica*, que es el almacenamiento o preservación de cuerpos humanos a bajas temperaturas. El concepto subyacente a esta técnica consiste en que las personas que mueren de una enfermedad terminal estén congeladas hasta el momento en que los adelantos científicos permitan curar el problema causante de su muerte. En dicho momento, se descongela el cadáver y se vuelve a la vida. Los experimentos han determinado que pueden preservarse tejidos en esta forma, pero nunca se ha revivido a un ser humano. Queda en el aire la cuestión de si esto último es posible o no.

### Vida después de la muerte

El estudio de los pacientes en etapa terminal ha permitido descubrir un fenómeno en pacientes que habían experimentado la muerte clínica y revivieron. Se le da el nombre de vida después de la muerte o vida después de la vida. Los pacientes describen que "salen del cadáver" y flotan por encima de él al tiempo que miran lo que ocurre alrededor. Algunos pacientes que estaban clínicamente muertos describieron, después de revivir, quién entró en la habitación y qué dijo, aunque en su cuerpo no había latido, pulso u ondas cerebrales. El Dr. Raymond Woody, en su obra *Life After Death*, describe unos 150 casos de experiencias de "seminuente" y "vida después de la muerte". Los elementos siguientes son comunes a todos los casos:

que los miembros y la cabeza no se desplacen hacia abajo y, con esto, se minimicen los daños tisulares. La mayoría de las funerarias piden que se refrigere el cadáver tan pronto sea posible. En ocasiones, el empleado funerario se encarga de sacar el cadáver del cuarto, mientras que en otras la extrae el refrigerador de la morgue del hospital y lo lleva a la funeraria.

Cuando la muerte ocurre en presencia de algunas enfermedades contagiosas, es preciso tomar medidas especiales para prevenir la diseminación de dichos trastornos. Los requisitos se especifican en las leyes correspondientes y las políticas de la institución. Las medidas que se aplican varían según el microorganismo causante, su modo de transmisión, la viabilidad del germen y otras características.

Es usual que no se recomienden preparativos especiales cuando el paciente muere en su hogar.

### Cuidado de objetos valiosos

Cada institución tiene políticas sobre el manejo de objetos valiosos cuando se hospitaliza al paciente. Los que el enfermo haya decidido conservar con él, como serían anillos, reloj de pulso, dinero, etcétera, deben cuidarse apropiadamente después de la muerte. En ocasiones, los familiares del paciente se llevan tales objetos al hogar, cuando la muerte resulta inminente, hecho que debe anotarse en la forma que especifique la institución. Si el paciente tuviera consigo objetos valiosos al momento de su muerte, deben identificarse, registrarse y enviarse al departamento apropiado de la institución, para su salvaguarda hasta que los familiares los reclamen. Si fuera imposible quitar algún artículo de joyería, como un anillo de compromiso, debe anotarse el hecho de que dicho objeto permaneció con el cadáver y, como salvaguarda adicional, fijarlo con cinta adhesiva para que resulte imposible que se deslice y se pierda. La pérdida de los objetos valiosos de un paciente es grave y puede originar una demanda contra el hospital. La enfermera tiene el deber, hacia la familia del paciente y la institución en que trabaja, de tomar todas las medidas de precaución necesarias para evitar la pérdida de objetos valiosos.

### Una sensación de paz

Escuchar zumbidos

Recibir la bienvenida de personas ya muertas

Ver una luz brillante

Ver una panorámica de su propia vida

Regresar al cuerpo de manera forzada

### Ayuda a los familiares del paciente

#### Medidas de apoyo emocional

Suele ser difícil encontrar palabras para consolar a los familiares de un paciente en etapa terminal. Quizá lo más conveniente sea mantenerse en silencio y escuchar a los parientes, si desean expresar sus sentimientos. Es frecuente que los familiares hallen consuelo en sentir que ayudan al paciente durante la etapa terminal, que se hace todo lo posible por su bienestar y que el moribundo no sufre molestias. Poco los consuelan los esfuerzos por animarlos y las sugerencias de que traten de olvidar la situación y pensar en otra cosa. En ocasiones, permitir que uno de los parientes ayude en la atención del enfermo, cuando así lo desea, consuela al paciente mismo y al familiar. En caso de que los parientes atiendan al enfermo, la enfermera debe verificar con frecuencia el estado de ánimo del paciente y la capacidad de sus familiares para hacer frente a la situación. La enfermera ha de brindarles las explicaciones necesarias y hacerles sentir que pueden solicitar su ayuda en cualquier momento. Los familiares necesitan saber que una enfermera intervendrá cuando ellos tengan que dejar el cuarto o estén demasiado cansados para atender al enfermo. Algunos parientes quizá no deseen brindar los cuidados necesarios al moribundo, pero es factible que necesiten saber qué pueden esperar que ocurra y qué decir al paciente. En este aspecto, las explicaciones y el apoyo de la enfermera también son útiles.

Una enfermera que es considerada con los clientes de la institución recuerda que, al causarse los