



<https://doi.org/10.24245/mim.v41iAbril.9693>

Síndrome de bienestar *premortem* o lucidez terminal. Descripción, epidemiología y posible fisiopatogenia del fenómeno

Premortem well-being syndrome or terminal lucidity. Description, epidemiology, and possible pathophysiology of the phenomenon.

Jacob García Regalado,¹ Vania Isabel Rodríguez Molina,² José Juan Escoto López³

Resumen

Algunos pacientes, en la etapa final de su vida, sufren alteraciones del estado mental que les impiden una interacción adecuada con el medio. Sin embargo, momentos antes de su fallecimiento (horas o días) tienen una mejoría neurológica sin explicación obvia. En varios hospitales de México, este fenómeno es conocido entre médicos como síndrome de bienestar *premortem*. Aunque no hay artículos en buscadores científicos en español que se refieran a él como tal, el fenómeno se ha estudiado en la bibliografía mundial como lucidez terminal. Este artículo pretende definir, comentar los casos reportados y analizar la posible fisiopatogenia de este fenómeno.

PALABRAS CLAVE: Lucidez; pacientes; México.

Abstract

Some patients, in the final stage of their life, suffer from mental state alterations that prevent them from adequately interacting with the environment. However, moments before their death (hours or days) they have a neurological improvement with no obvious explanation. In several hospitals in Mexico, this phenomenon is known among doctors as *premortem* well-being syndrome. Although there are no articles in scientific search engines in Spanish that refer to it as such, the phenomenon has been studied in world literature as terminal lucidity. This paper aims to define, comment on the reported cases and analyze the possible physiopathogenesis of this phenomenon.

KEYWORDS: Lucidity; Patients; Mexico.

¹ Médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva, Hospital General de Zona 7, IMSS, Lagos de Moreno, Jalisco, México.

² Médico adscrito al servicio de Endocrinología pediátrica, Hospital General Regional 58, IMSS, León Guanajuato, México.

³ Médico con práctica privada de Psiquiatría y psicopediatría. Centro de Atención Psiquiátrica de León, León, Guanajuato, México.

Recibido: 29 de marzo 2014

Aceptado: 10 de junio 2024

Correspondencia

Jacobo García Regalado
jgr71421@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

García-Regalado J, Rodríguez-Molina VI, Escoto-López JJ. Síndrome de bienestar *premortem* o lucidez terminal. Descripción, epidemiología y posible fisiopatogenia del fenómeno. Med Int Méx 2025; 41 (4): 250-254.



ANTECEDENTES

Usted, como profesional médico, ¿ha tenido algún caso en el que un paciente severamente enfermo, y con pronóstico malo para la vida a corto plazo, muestre una mejoría transitoria inexplicable por unas horas o días, al punto de parecer que puede llegar a reestablecerse, y poco después fallece de manera inesperada y abrupta?

Estos eventos se han reportado desde hace más de dos siglos y en la actualidad se conocen con el término “lucidez terminal” o “iluminación antes de la muerte”.^{1,2} En México, en la jerga médica, este fenómeno es llamado “síndrome de bienestar *premortem*”.

En este texto nos referiremos a lucidez terminal y a síndrome de bienestar *premortem* como sinónimos.

Nahm y colaboradores lo definen como: “el inesperado regreso de la claridad mental y la memoria brevemente antes de la muerte en pacientes que sufrían trastornos mentales severos”.³

En la actualidad son pocos los artículos médicos que se refieren a la lucidez terminal. Las razones de esto son varias: el fenómeno no tiene una definición universal, no es un consenso de expertos, pues no hay en este tema alguien a quien poder considerar experto. Muchos médicos que han presenciado este fenómeno no lo publican, ya sea porque no es de su interés comunicar estas experiencias, porque los hechos son de difícil documentación o, bien, porque la línea de investigación científica en este tema es poco reconocida y temen ser desacreditados.

En nuestra experiencia clínica, se ha observado una mejoría transitoria inexplicable antes de la muerte, aunque con escasa frecuencia.

Este artículo no tiene ninguna intención de vincular un fenómeno clínico con un aspecto

paranormal, todo lo contrario, se propone comentar series de casos que reportan el fenómeno de bienestar *premortem* y analizar sus posibles causas fisiológicas.

Reportes del síndrome de bienestar *premortem*

Al momento de escribir este texto, la búsqueda en PubMed del término *terminal lucidity* arrojó nueve resultados en el título o en el resumen. Al escribir “síndrome de bienestar *premortem*” en Google académico no se obtuvo ningún resultado relacionado con el fenómeno médico en cuestión.

El término “terminal lucidity” fue acuñado por Michael Nahm, un biólogo e investigador asociado al Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene en Freiburg, Alemania. Esta información biográfica fue recibida por uno de sus coautores en varios artículos, Grayson Bruce, vía correo electrónico.

En su serie de casos más reciente, publicada en 2012, refirió haber encontrado 83 casos documentados en los últimos 250 años.³ Varios reportes están relacionados con pacientes que sufrían enfermedades crónicas neurodegenerativas.

Macleod, otro investigador de este tipo de casos, utilizó el término “lightening up before death” (atribuido a un médico de la época victoriana llamado William Munk). En 2009 reportó una serie de seis casos de pacientes con mejoría clínica inexplicable antes de morir. Similar a lo comentado por Nahm y colaboradores, muchos de los pacientes de Macleod que manifestaron síndrome de bienestar *premortem* tenían afección del sistema nervioso central y todos recibían tratamiento contra el dolor y antieméticos, pues eran pacientes en etapa final de cáncer de varios tipos.²

Otros autores en este campo son Brayne, Lovelace y Fenwick, quienes han establecido alguna información cuantitativa de este fenómeno.

¿Existen datos epidemiológicos de lucidez terminal?

Hasta donde nuestro grupo investigó, existen pocos datos reportados en revistas médicas acerca del fenómeno como para catalogarlos como prevalencia.

En 2008, la revista *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* (una revista con un factor de impacto de 1.9 en 2024, un promedio de factor de impacto de 2.2 entre 2019 y 2024, e indexada en Medline y otras bases de datos de reconocimiento internacional) publicó un artículo escrito por Brayne y su grupo. El artículo reportó entrevistas realizadas a 10 trabajadores (enfermeros y ayudantes de cuidadores de pacientes) de una casa de asistencia (*nursing home*) en el Reino Unido, que tenían experiencia en atender a pacientes en el momento de su muerte.

Comentaron que 7 de los 10 trabajadores reportaron que los pacientes en estado de inconsciencia o confusión mostraron lucidez para interactuar con familiares y cuidadores justo antes de morir.

Uno de los entrevistados dio una definición acertada y, a la vez poética, del síndrome de bienestar *premortem*, traducido del idioma original: “Una repentina explosión de energía que les da fuerza a los pacientes para comunicarse con los que están presentes por última vez”.⁴

En 2010, la revista *Archives of Gerontology and Geriatrics* (una revista con factor de impacto de 4 en 2024, e indexada en Medline y Embase) publicó un artículo escrito por Fenwick y colaboradores (los mismos autores que publicaron en *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* en 2008, solo que en diferente orden. Incluso, este estudio recopila la base de datos utilizada en el artículo publicado por ellos mismos en 2008).

El artículo recabó información de trabajadores en tres centros de atención a pacientes terminales y de la tercera edad. La información se obtuvo de manera retrospectiva a cinco años y prospectiva a un año, relacionada con fenómenos que llaman “experiencias al final de la vida”. Los sujetos de estudio eran una mezcla heterogénea de trabajadores afines al área de la salud (doctores, enfermeras, enfermeras especialistas en cuidados paliativos, pastores y otros religiosos). Se les aplicó un cuestionario de 47 preguntas para determinar cuántas y cuáles “experiencias al final de la vida” eran observadas por los empleados de estas instituciones y con qué frecuencia.

En los cinco años en que se realizó el estudio de manera retrospectiva, el 31% de los entrevistados refirió haber experimentado con sus pacientes fenómenos de lucidez terminal. En la parte prospectiva del estudio, el 79% de los participantes refirieron haber encontrado en sus pacientes lucidez terminal. Fenwick y su grupo definieron el síndrome como: “un paciente que había estado en coma profundo y que de pronto recuperó el estado de alerta lo suficiente como para despedirse de manera coherente de sus seres queridos que estaban al lado de la cama”.⁵

Ambos estudios también reportan hechos que se sitúan en el límite de lo meramente anecdotico y fantástico, por ejemplo, que los pacientes veían familiares fallecidos y niños jugando antes del momento de la muerte. Algunos trabajadores dijeron que los relojes en la habitación suelen detenerse de manera sincrónica al momento del deceso y que aves y otros animales aparecieron cerca de los pacientes justo antes o en el momento de morir.^{4,5}

Por fantásticos que estos hechos parezcan, revistas con mucho renombre han publicado artículos acerca de animales que predicen de manera certera la hora de la muerte. Un centro de atención a pacientes terminales comentó



haber adoptado una mascota como medio de informar a familiares del estado de salud de sus pacientes, es el caso del artículo “Un día en la vida del gato Oscar”, publicado en 2007, en *New England Journal of Medicine*.⁶

En conclusión, en cuanto a si puede determinarse un reporte epidemiológico de este fenómeno, la realidad es que no hay suficientes datos para comentar su prevalencia. Los estudios mencionados pertenecen a los mismos autores.

Fisiología del síndrome de bienestar *premortem*.

Algunos hechos e hipótesis

En las personas próximas a la muerte pueden observarse fenómenos fisiológicos, grabables y reproducibles que estén asociados con su bienestar *premortem*.

Delirio o síndrome confusional agudo

Las características clínicas del delirio son decisivas para el tema, porque una de sus principales características son los períodos de orientación alternados con períodos de somnolencia y desconocimiento del medio externo, algo muy cercano a lo reconocido como lucidez terminal. Todas las causas que lleven a los pacientes a un estado de delirio son potencialmente causas que expliquen el fenómeno de lucidez terminal.

En los pacientes con enfermedades severas y en etapas terminales, es frecuente el delirio en las 48 horas previas a su muerte (hasta el 87% de estos pacientes).⁷ Los pacientes en estado terminal que tienen un estado de deterioro cognitivo crónico, y que sufren delirio sobreagregado, suelen recibir un tratamiento farmacológico, que puede ser la razón de la mejoría transitoria en el estado de alerta que puede interpretarse como síndrome de bienestar *premortem*.⁸

El delirio es un trastorno neurocognitivo agudo que clínicamente se manifiesta con alternancia

de períodos de lucidez con períodos de desorientación severa. El bienestar *premortem* en estos pacientes posiblemente sea solo una coincidencia con una característica clínica propia de la enfermedad.

Hiponatremia

La hiponatremia es un trastorno relativamente frecuente en pacientes con enfermedades terminales: neumonías, insuficiencia hepática y secuelas de traumatismos craneo-encefálicos.

Los estados confusionales agudos son una manifestación clínica conocida de la hiponatremia.⁹

En 2016, Zieschang y colaboradores compararon la incidencia de delirio en pacientes ancianos hospitalizados con hiponatremia contra un grupo control de ancianos hospitalizados sin hiponatremia al ingreso y después de 7 días de estancia hospitalaria. El delirio fue significativamente más común en los pacientes con hiponatremia al ingreso hospitalario (22.7 versus 8.5%, p = 0.002). A los siete días, las diferencias entre los grupos no alcanzaron significación estadística, pero siguió siendo más frecuente en el grupo de hiponatremia.¹⁰

La hiponatremia es un estado clínico potencialmente reversible, por lo que pacientes que tenían un estado mental alterado y que reciben tratamiento contra la hiponatremia, posiblemente muestren una recuperación clínica neurológica llamativa, aunque fallezcan poco después por alguna enfermedad concomitante.

Cambios electroencefalográficos

En 2009, Chawla y su grupo reportaron una serie de casos de siete pacientes que mantenían integridad neurológica antes de la decisión de retirarles el soporte vital por encontrarse clínicamente enfermos. La actividad cerebral de estos pacientes se midió con el índice biespectral o

neuromonitoreo a través de SEDline y, al mismo tiempo, se vigilaron con línea arterial. Reportaron que antes de la muerte de los pacientes, a la disminución del trazo de la línea arterial le siguió un decremento en la actividad del índice biespectral-SEDline. Cuando el trazo de la línea arterial desapareció, ocurrió una elevación transitoria en la actividad cerebral que se aproximaba a la de los pacientes en estado de alerta. Los autores especulan que el aumento transitorio en el nivel de actividad cerebral se relaciona con la pérdida de la polarización de las membranas celulares debida a la hipoxia cerebral.¹¹ Las personas que tienen experiencias cercanas a la muerte reversibles (por ejemplo, hipoxemia en un paro cardiaco) podrían tener recuerdos o experiencias derivadas de este fenómeno.

Es posible que las causas comentadas y muchas otras aún no investigadas provoquen el fenómeno.

¿Qué importancia tiene la lucidez terminal?

La comprensión del fenómeno no tiene ninguna aplicación clínica en cuanto al tratamiento. Entender por qué sucede no tendrá fines curativos, ni siquiera paliativos, porque el fenómeno no tiene razón de suprimirse; entonces ¿para qué estudiarlo?

Analizar sus causas fisiológicas plausibles permite a los médicos aceptarlo como un hecho y no interpretarlo como simples alucinaciones, ni del paciente ni de los familiares, lo que permite un acercamiento y compresión a una familia que se aproxima a una etapa de duelo.

La forma de morir se ha transformado en los tiempos actuales; es frecuente que los familiares de los enfermos tengan miedo de que su familiar muera en casa y prefieren que fallezca en el hospital.

Aceptar la lucidez terminal como un fenómeno clínico (aunque aún no se comprenda su fisiopatología totalmente) permite validar los sentimientos del enfermo y de sus acompañantes, situación necesaria en la formación médica actual, cada vez más mecanizada.

En medio de todo lo que envuelve hoy nuestra profesión, tomarse unos minutos para reflexionar sobre la lucidez terminal, desde el punto de vista científico y espiritual, permite realizar una de las máximas atribuidas a Hipócrates y que, en ocasiones, se nos olvida: “Cura a veces, trata con frecuencia, conforta siempre”.

REFERENCIAS

1. Nahm M, Greyson B. Terminal lucidity in patients with chronic schizophrenia and dementia: a survey of the literature. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 942-944. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181c22583>
2. Macleod AD. Lightening up before death. *Pall Supp Care* 2009; 7 (4): 513-516. <https://doi.org/10.1017/s1478951509990526>
3. Nahm M, Greyson B, Williams E, Haraldsson E. Terminal lucidity: A review and a case collection. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55 (1): 138-142. doi:10.1016/j.archger.2011.06.031.
4. Brayne S, Lovelace H, Fenwick P. End-of-life experiences and the dying process in a Gloucestershire nursing home as reported by nurses and care assistants. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 195-206. <https://doi.org/10.1177/1049909108315302>
5. Fenwick P, Lovelace H, Brayne S. Comfort for the dying: five year retrospective and one year prospective studies of end of life experiences. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 51: 173-179. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.10.004>
6. Dosa DM. A day in the life of Oscar the cat. *N Engl J Med* 2007; 357 (4): 328-9. <https://doi.org/10.1056/nejm078108>
7. Lawler PG, Gagnon B, Manchini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome in patients with advanced cancer. *Arch Intern Med* 2000; 160: 786-794. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.6.786>
8. Macleod AD. Delirium: The clinical concept. *Palliat Supp Care* 2006; 4: 305-312. <https://doi.org/10.1017/s147895150606038x>
9. Spasovski G, Vanholder R, Allolio B, Annane D, et al. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. *Nephrol Dialysis Transplant* 2014; 29 (suppl_2): i1-39. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu040>



10. Zieschang T, Wolf M, Vellappallil T, Uhlmann L, et al. The Association of Hyponatremia, risk of confusional state, and mortality. Deutsches Ärzteblatt Int 2016. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0855>
11. Chawla LS, Akst S, Junker C, Jacobs B, Seneff MD. Surges of electroencephalographic activity at the time of death: a case series. J Palliat Med 2009; 12: 1095-1100. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0159>

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.