



REVISTA MÉDICA UNIVERSITARIA
Facultad de Ciencias Médicas - UNCuyo

Vol 11 – Nº2 – 2015
ISSN 1669-8991



Trabajo Original

CÓMO SE MUERE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Rivas Mirta Daniela*, Saravia Ana*, Santolín María Laura*, Gisbert Patricia*, Salomón Susana^{***}, Carena, José Alberto^{***}

*Servicio de Clínica Médica, Hospital Lagomaggiore, Mendoza.

**Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Correo electrónico de contacto: mdanielarivas.dr@gmail.com

RESUMEN

CÓMO SE MUERE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Introducción: La muerte es un hecho biológico, con trascendencia social y cultural, que la hace particular. Conocer cómo se desarrolla es vital para entenderla y aceptarla.

Objetivos: Determinar en pacientes fallecidos durante la internación las características de cómo se muere en un servicio de clínica médica: circunstancias, comorbilidad, causas de muerte, sensaciones de la familia y del equipo de salud.

Material y Método: Estudio protocolizado, observacional, descriptivo y transversal. Criterio de inclusión: paciente hospitalizado que muere durante la internación. Se analizaron parámetros demográficos, diagnósticos clínicos, CHARLSON y APACHEII, conocimiento de la familia del estado del paciente, indicaciones en las últimas 24 hs, respuesta del familiar al momento de informar el deceso, sentimientos y percepciones del equipo de salud. Se analizaron medidas de tendencia central, medidas de dispersión y test exacto de Fisher. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 65 óbitos (7% de los egresos/seis meses), 52% varones. Edad promedio (x): 58.7 (DS± 15,41). Permanencia x: 9 días (DS±11,45). Hospitalización previa: 72 (cirrosis, cuidados paliativos y causas infecciosas, entre otras). Índice de CHARLSON x: 7.89 (DS±4,34) y APACHEII x: 19.38 (DS±7.44). Principales comórbidas: Insuficiencia de órgano (66%), alcoholismo (40%), cirrosis (29%), neoplasias (38%), DM multicomplejada y EPOC severo (18% c/u). Karnofsky x: 40% y ECOG mayor a 3 en el 54% de la muestra. Muerte esperada: 86%. En 68% el paciente conoce su enfermedad y en 86% la familia conoce la

posibilidad de fallecimiento próximo. El 21.5% profesa alguna religión. Mueren en horario diurno 58%, solos el 10%, con familiar el 80% y con cuidador el 6%. Se realizó RCP en 8%. Se interconsultó a Psicología en el 41.5%. El tiempo transcurrido desde el último control hasta la muerte fue de 3 hs (rango de 0 a 12 hs). Las últimas 24 hs el paciente estuvo con disnea 48%, dolor 14%, vómitos 8% y recibió hidratación parenteral el 94%, antibióticos 61.5%, drogas vasoactivas 8%, alimentación enteral 18.5%, analgesia 58% y sedación terminal 40%. Respuesta del familiar al momento de informar el deceso: llanto 68%, tranquilidad 25% resignación 23%, alivio 17%, gritos 11% y reacción vivencial anormal 9%. El médico experimentó tristeza 49%, alivio 32%, angustia 20%, resignación 12%, tranquilidad 11%, cansancio 6%, indiferencia 5%, sorpresa, llanto y enojo en el mismo porcentaje (3%). El enfermero en el 29% reacciona indiferente, aliviado 25% y triste 15%. Del análisis comparativo, los médicos refieren más tristeza y los enfermeros más indiferencia ($p < 0.001$).

Conclusiones: La muerte en clínica médica ocurrió en personas con alto índice de comorbilidad y enfermedades terminales, con sedación y analgesia adecuada pero con dificultad respiratoria no controlada, usualmente en presencia de familiares o cuidadores y fue considerada como esperable y aceptada como inevitable por la familia, médicos y enfermeros. Palabras claves: muerte, servicio medicina interna.

ABSTRACT

DEATH PERCEPTION IN INTERNAL MEDICINE

Introduction

Death is a biological fact, with social and cultural transcendence, which makes it particular. To know how it develops is vital to understand it and accept it.

Objectives

To determine death evolution characteristics in patients who died during hospital stay in an internal medicine service: circumstances,

comorbidity, death cause, family and health team's feelings.

Material and Methods

Protocolized, observational, descriptive and transversal study. Inclusion criteria: inpatients who died during hospitalization. Demographic parameters, diagnosis, CHARLSON, APACHE II, family's awareness of patient condition, physicians instructions in the last 24 hours, family's reaction when they are informed about

patients' death, health team's feelings and perception. Central bias measures, dispersion measures and Fisher's exact test were analyzed. A p value of 0.05 was considered significant.

Results

We included 65 deaths (7% of discharges/six months), 52% male. Mean(x) age: 58.7 (SD±15,41). X permanence: 9 days (SD±11,45). Previous hospitalization: 72 (cirrhosis, palliative care and infections, among others). X CHARLSON index: 7.89 (SD±4,34) and x APACHEII: 19.38 (SD±7.44). Major comorbidity: organ insufficiency (66%), alcoholism (40%), cirrhosis (29%), neoplasms (38%), complicated Diabetes Mellitus and severe COPD (18% each). X Karnofsky: 40% and ECOG scale >3, 54% of the sample. Expected death: 86%. Patients acknowledge their disease in 68% and the family knows about death possibility in 86% of the cases. Religion was professed by 21.5% of patients. Deaths during day 58%, 10% die alone, 80% with family and with carer 6%. CPR was fulfilled in 8% of the cases. Psychology professionals interfered in 41.5%. Time between last check and death was 3 hours (0 to 12 hours rank). In the last 24 hours, 48% had dyspnoea,

Introducción

La muerte es un hecho biológico, con trascendencia social y cultural, que la hace particular. Ha sido siempre, y es, para el hombre, un tema de profundas reflexiones desde las perspectivas filosófica, religiosa y científica. Es quizás la experiencia más significativa para el propio individuo y sus afectos. La humanidad ha considerado la muerte como el enemigo a vencer y ha destinado sus esfuerzos en retrasar lo que es inevitable, más allá de los esfuerzos médicos, individuales o colectivos. Tal es así que inclusive en ocasiones el mismo moribundo inhibe sus sentimientos hacia la muerte, y su entorno no está preparado para afrontarla¹.

Desde los años 90', la muerte dejó de ser algo que sucedía y se afrontaba en casa, y pasó a ser un tema "hospitalario"². Es por ello que actualmente, en el afrontamiento a la muerte hay tres variables: el equipo de salud, la familia del paciente y el paciente ante su propia muerte. En este mundo contemporáneo en el que nos desempeñamos, nos encontramos con una

14% pain, 8% vomit and patients received fluids in 94%, antibiotic 61.5%, vasopressors 8%, enteral feeding 18.5%, analgesia 58% and terminal sedation 40%. Response of family when they were warned of the patient's death: 68% weeping, 25% quietness, 23% resignation, 17% relief, 11% shouts and 9% an atypical experiential reaction. Physicians express: 49% sorrow, 32% relief, 20% anguish, 12% resignation, 11% quietness, 6% weariness, 5% indifference, and surprise, weeping and annoyance 3% each. Nursing reaction to death was indifferent in 29%, relieved in 25% and sad in 15%. In a comparative analysis, physicians refer more sadness and nursing more indifference (p<0.001).

Conclusion

Death in an internal medicine unit occurs in people with high comorbidity and terminal diseases, receiving suitable sedation and analgesia, but with uncontrolled breathlessness, usually with familiars or carers, and family, physicians and nursing considered death as expectable and accepted as unavoidable.

Key words: Death, perception, internal medicine.

cultura que ignora la muerte, tiene dificultades para convivir o incluso aceptar la mera idea de la misma². Además, existe una transición epidemiológica y demográfica que muestra un aumento marcado de las enfermedades crónicas no transmisibles. Y con esto se destaca por un lado el rol del estilo de vida del individuo y por otro lado el aumento de la calidad de vida del hombre, que influyen a su vez, en la calidad de su propia muerte. En ambos puntos planteados previamente, el accionar del equipo de salud también modifica el curso hacia una buena calidad en los momentos finales.

Forma parte de nuestro deber profesional tener la proximidad suficiente y la distancia necesaria para con el enfermo y su entorno personal, y la familia, intentando orientar el planteo existencial de la muerte y enriquecerlo siempre y cuando sea posible. Para ello, la comunicación pasa a ser de excepcional importancia.

En el ámbito hospitalario, el equipo de salud es sin dudas, una pieza clave para el paciente y su

familia, ya que forma parte, inevitablemente, del duelo. Implica ser coautor con el enfermo, respetando su protagonismo, su libre juicio crítico de las opciones puestas en juego y el camino final que decida transitar hacia la muerte, aceptando o no medidas de apoyo físico, psicosocial y médico.

El objetivo de nuestro estudio fue determinar en pacientes fallecidos durante la internación las

Material y método

El hospital “Luis C. Lagomaggiore” de la ciudad de Mendoza, es un hospital general de agudos de nivel de complejidad III con 286 camas. El Servicio de Clínica Médica cuenta con 48 camas. Se llevó a cabo un estudio protocolizado, observacional, descriptivo y transversal. Se incluyó a todo paciente hospitalizado que muere durante la internación, realizado entre los meses de marzo de 2015 y agosto de 2015, de forma consecutiva.

Resultados

Se incluyeron 65 óbitos, que corresponden al 7% de los egresos en los seis meses del estudio. Más de la mitad eran varones (52%) y la edad promedio fue de 58.7 años (DS \pm 15,41). La permanencia promedio fue de 9 días (DS \pm 11,45). Presentaba hospitalización previa un 72%, cuya principal motivo fue la cirrosis en un 31.9%; luego cuidados paliativos (21.7%) y causas infecciosas (19.1%), entre otras. Eran reingresos esperados el 23% de los pacientes incluidos, considerando reingreso aquel paciente que se interna con menos de 30 días de la última externación del servicio. El índice de CHARLSON promedio fue de 7.89 (DS \pm 4.34) y APACHEII promedio de 19.38 (DS \pm 7.44). Las principales comórbidas fueron: Insuficiencia de órgano (66%), alcoholismo crónico actual (40%), neoplasias (38%), cirrosis (29%), hipertensión arterial (23%), obesidad (20%), Diabetes Mellitus multicomplejada y EPOC severo (18% cada uno), adicciones (16.9%) y demencia (13.8%), entre otras. El 80% presentaba función física limitada, con un Karnofsky promedio de 40% y un ECOG mayor a 3 en un 54%. La función social fue considerada mala en 40% de los casos. La muerte fue catalogada como esperada en un 86%. En un 68% el paciente conoce su

características de cómo se muere en un servicio de clínica médica: circunstancias, comorbilidad, causas de muerte, sensaciones de la familia y del equipo de salud.

Creemos que realizar el intento de comprenderla, contribuiría de manera positiva al logro de una mayor sensibilidad del proceso de morir permitiendo optimizar el rol del equipo de salud en ese momento vital.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, hospitalización actual y previa, diagnósticos clínicos y principales comórbidas, CHARLSON y APACHEII, conocimiento de la familia del estado del paciente, indicaciones en las últimas 24 hs, respuesta del familiar al momento de informar el deceso, sentimientos y percepciones del equipo de salud, incluyendo enfermeros y médicos residentes.

Se analizaron medidas de tendencia central, medidas de dispersión y test exacto de Fisher. Se consideró significativa $p < 0,05$.

enfermedad y sabe de su mala evolución el 47.7%. La familia conoce la posibilidad de fallecimiento próximo en un 86%, habiendo información escrita y firmada por familiar en la historia clínica en el 80%. El 21.5% de los pacientes profesa alguna religión, y el 6.15% fue visitado por algún religioso o soporte espiritual durante su internación. Mueren en horario diurno 58%. Al momento de morir están solos el 10%, con familiar el 80% y con cuidador el 6.1% de los pacientes. Se realizó RCP en un 8% y el motivo más frecuente de no realizarse fue por enfermedad terminal y consenso con la familia. Del mismo modo sucedió con el planteamiento de pase a unidades de cuidados intensivos (terapia intensiva y unidad coronaria) y sus motivos para no concretarlas. Se interconsultó a Psicología en el 41.5% y el principal motivo de no consultar fue la poca permanencia, el trastorno de conciencia y la negativa del paciente o familiar. El tiempo transcurrido desde el último control hasta la muerte fue de 3 hs (rango de 0 a 12 hs). Las últimas 24 hs el paciente estuvo con disnea 48%, dolor 14%, vómitos 8%, entre otros, y recibió hidratación parenteral el 94%, antibióticos el 61.5%, drogas vasoactivas el 8%, alimentación enteral el 18.5%. Recibieron

analgesia el 58% de los casos y sedación terminal el 40%. La respuesta del familiar al momento de informar el deceso fue: llanto 68%, tranquilidad 25%, resignación 23%, alivio 17%, gritos 11% y reacción vivencial anormal 9%. El médico experimentó: tristeza 49%, alivio 32%, angustia 20%, resignación 12%, tranquilidad 11%, cansancio 6%, indiferencia 5%, sorpresa, llanto y enojo en el mismo porcentaje (3%). El enfermero

Discusión

El análisis de la calidad y el impacto de la muerte en un servicio de un hospital carece de vasta cantidad de estudios científicos, y por otro lado, es variable lo analizado en los mismos. En el estudio realizado por Cumplido Corbacho y Molina Venegas³ se analiza cómo los profesionales de una unidad de cuidados intensivos afrontan la atención del dolor y la muerte, identificándola como principal factor de estrés, y además destacan la importancia de la comunicación con la familia, siendo su principal preocupación. Nuestro estudio cuenta con un análisis de las características de los pacientes y su correlación con el desenlace final, y un análisis de las reacciones creadas a partir de este hecho.

Nuestra casuística contó con 65 óbitos en esta investigación, edad promedio de 58 años, con un rango entre 43 y 74 años, habiendo mínimas diferencias con respecto a un estudio realizado previamente en este nosocomio en el año 2010⁴. Dentro de las características de los pacientes, es de destacar el alto porcentaje (72%) de hospitalización previa, y con menos de 30 días de externación el 23%, clasificando estos últimos como reingresos esperados, dado las comorbilidades de los mismos, permitiendo visualizar las características de los pacientes que se incluyeron en este análisis. Presentaban cirrosis un 31.9%, principalmente de causa tóxica, hábito predominante en la población que pertenece a nuestro nosocomio. Es importante tener en cuenta que estaban bajo cuidados paliativos 21.7% de los pacientes. Podemos analizar que nuestra población tiene alta cantidad de comórbidas, con patologías crónicas no transmisibles, en estadios avanzados de las mismas, evidenciados por las diferentes escalas tenidas en cuenta, propensos a reinternarse en el corto o largo plazo, y con desenlace final

en el 29% reacciona indiferente, aliviado 25% y triste 15%, tranquilo 13.8%, resignado 10.8%, sorprendido y angustiado 9.2% (cada uno), y 1 solo enfermero refiere llanto. Del análisis comparativo, los médicos refieren más tristeza (49% vs 15%) y los enfermeros más indiferencia (29% vs 5%), resultando ambos valores estadísticamente significativos ($p < 0.001$ en ambos casos).

esperado. Entre la comórbidas predominantes: insuficiencia de órgano más de la mitad de los casos, enolismo crónico actual, neoplasias, cirrosis, hipertensión arterial, obesidad, Diabetes Mellitus con sus complicaciones y EPOC. El Charlson promedio corregido por la edad al ingreso fue de 7.89 y el APACHE II calculado promedio de 19.38, correspondiendo cada uno de estos datos a un riesgo de mortalidad elevado (85% a los 5 años y entre el 25% y 40% durante la internación, respectivamente). Según el estudio argentino de Lange et al⁵, se expone como punto de corte un valor de APACHE II al ingreso de 14 puntos que determina mayor probabilidad de evolucionar hacia el óbito. Evidenciamos una mala función social en el 40% de los casos, con función física limitada en la mayoría de los mismos (80%) presentando Karnofsky promedio de 40% y ECOG mayor a 3 en el 54%. Inferimos que los pacientes permanecían más del 50% del día en cama, y algunos hasta el 100%, siendo incapaces de satisfacer sus necesidades básicas de la vida diaria, con requerimiento de asistencia especial, determinando esto un severo detrimento en la calidad de vida de estos pacientes, previo al ingreso a nuestra institución.

En nuestra casuística, la muerte fue esperada en el 86% de los casos, conociendo la enfermedad el 68% de los pacientes y casi la mitad de los casos sabía de su mala evolución. En cuanto a la información dada a la familia, el 86% conocía la posibilidad de fallecimiento de su familiar, habiendo información escrita y firmada por el familiar en la historia clínica en porcentaje similar. Es de destacar además un bajo porcentaje de realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar y pases a servicios de cuidados intensivos, ambos consensuados con la familia y con motivo de enfermedad

avanzada o terminal. De esto se desprende pensar que existe una fluida comunicación y rapport entre la familia y los médicos intervinientes, haciendo partícipe en la toma de decisiones al paciente, siempre y cuando fuera posible, desarrollando así un modelo de relación médico-paciente interpretativo y deliberativo⁶. No sólo es importante dar información, sino también permitir un ámbito de deliberación y elucidación de la mejor opción a tomar en los últimos momentos de la vida, no sólo por parte del médico, sino también de la familia y el propio paciente. La falta de comunicación con el enfermo lo deja sólo cuando más necesita a su entorno de confianza (en el que se ve involucrado el médico) y se crea una barrera que impide que el paciente y la familia se preparen para lo que viene: la muerte. Podríamos decir que al paciente “se le hace morir socialmente antes que sobrevenga la muerte física”⁷. Es por ello que destacamos esta cualidad evidenciada en este estudio, siendo nuestro objetivo a futuro que el 100% de los casos tengan un consenso e información adecuada.

Fueron pocos los pacientes que refirieron profesar alguna religión y sólo cuatro fueron visitados por religiosos. El equipo de salud ofreció el acompañamiento por parte del equipo de Psicología, concretándolo en el 41.5%, resultando el resto imposible por la poca permanencia, el trastorno de conciencia y la negativa del paciente o familiar.

Sorprende el valor de tristeza e indiferencia en los grupos médicos y de enfermeros en nuestro estudio. En los estudios de Bello et al⁸ y Cumplido Corbacho y Molina Venegas³, se expone que los médicos focalizan su atención en el tratamiento sintomático del paciente, supervisando que se provea el confort adecuado y se atiendan las necesidades de los pacientes.

Llama la atención que no presentan acciones orientadas hacia la familia, y son las enfermeras quienes, además de realizar procedimientos clínicos, dan soporte emocional y espiritual, asumiendo también dar información a la familia. La importancia de la comunicación en nuestro nosocomio fue analizada previamente, aunque cabe aclarar que la información brindada a los familiares y pacientes es siempre dada por el médico, difiriendo esto con respecto a los estudios citados.

Al momento de morir, presentaba disnea el 48% y dolor 14%. Podemos deducir que la sintomatología predominante descrita fue tratada, ya sea con analgesia o sedación terminal. Estas decisiones terapéuticas son tomadas únicamente por los médicos, concordando con otras investigaciones.^{3,8}

Las reacciones más vistas en este estudio fueron llanto, tranquilidad y resignación en los familiares; tristeza, alivio y angustia en los médicos; e indiferencia, alivio y tristeza en los enfermeros, en orden de frecuencia cada uno. Del análisis comparativo, los médicos refieren más tristeza (49% vs 15%) y los enfermeros más indiferencia (29% vs 5%), resultando ambos valores estadísticamente significativos ($p < 0.001$ en ambos casos). En general, el servicio de clínica médica de nuestro nosocomio presenta un alta cantidad de residentes, la mayoría jóvenes menores de 30 años. Son los residentes de años iniciales quienes más se acercan a la intimidad del paciente, *ergo* se ven expuestos a la muerte del mismo con mayor cercanía, tomando las decisiones alrededor de este hecho, siempre supervisados por alguien de mayor experiencia, aunque a veces de edad similar. Atribuimos a estas características de médico joven, recién iniciado, o con pocos años de experiencia la reacción más vista de tristeza al afrontar la muerte de su paciente.

Con respecto a la reacción de los enfermeros, y a diferencia de lo evaluado por Castanedo⁹, que expone el sentimiento de pena ante la muerte del paciente en un 80%, nuestro estudio evidenció indiferencia como el sentimiento de mayor prevalencia en este grupo. Nuestra interpretación sería que se trata de personas de edad mayor a la de los médicos, con muchos años de labor profesional, abundante cantidad de pacientes a quienes atender, sobrecarga de tareas, turnos rotativos, vasta experiencia de afrontamiento con pacientes moribundos, y con necesidad de tener trabajos fuera del hospital, favoreciendo al cansancio, que los hace más reticentes a involucrarse sentimentalmente con la vida de la persona que se va.

Con una visión holística, nos encontramos antes dos personas expuestas a la misma situación de micropérdidas, que interpretamos para una son habituales (el enfermero a lo largo de los años de trabajo) y para la otra implican un duelo

nuevo (médicos residentes al inicio de su formación de posgrado).

Podemos concluir que la muerte en clínica médica ocurrió en personas con alto índice de comorbilidad y enfermedades terminales, usualmente en presencia de familiares o cuidadores y fue considerada como esperable y aceptada como inevitable por la familia, médicos y enfermeros.

El hospital resulta un ámbito extraño y a veces incómodo para el paciente, por la pérdida de intimidad que se necesita en el trance hacia la muerte. Es por ello que debemos permitirnos una deliberación moral en estas situaciones: ser prudentes, tomar decisiones racionales en

condiciones de incertidumbre. Permitirnos valorar en cada situación clínica los riesgos de actuar o no actuar, poniendo un límite a nuestros actos a fin de no generar mayor daño del que tratamos evitar⁷. Conocer cómo se desarrolla la muerte es vital para entenderla y aceptarla, y crear para nuestra cultura, un arte humano de morir, que ayude primeramente al enfermo a encarar la propia muerte de la mejor manera posible, y en segunda instancia, al equipo de salud a actuar cuando sea debido, y acompañar, cuando sea lo prudente. Ya que la muerte es siempre el destino final de los seres vivos.

Referencias bibliográficas

1. Hung G, Rivero Sánchez B, Sánchez Hidalgo, M. Facing up to death in terminal patients; *Multimed Revista Médica* 2001; 5(1):1-6.
2. Gala León F. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuaderno de Medicina Forense* 2002; 30:39-48
3. Cumplido Corbacho R, Molina Venegas C. Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos; *Medicina Paliativa* 2011; 18(4):141-148
4. Jaureguiberry J, Silva M, Lara M, Salomon S, Carena, J A. Mortalidad hospitalaria en un servicio de medicina interna. Congreso Sociedad Argentina de Medicina, 2010. (Abst).
5. Lange J, Reyes Prieto M, Sosa L, Ojeda J. Utilidad del score de APACHE II en Terapia Intensiva; Universidad Nacional del Nordeste; Corrientes, Argentina; 2006.
6. García C. Evolución de la relación médico-paciente: de la medicina centrada en el médico a la medicina centrada en el paciente. Evidencia. Actualización en la Práctica Ambulatoria 2011; 4 (4):1-7.
7. Bonilla Merizalde J. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (Tesis de Maestría). Quito Universidad libre Internacional de las Américas; 2011.
8. Bello S, Vergara P, O'Ryans L, Alfaro A M, Espinosa A. Estudio de las percepciones y actitudes del personal de una unidad hospitalaria frente a enfermos terminales. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias* 2009; 25: 91-98.
9. Castanedo Córdoba I, Suárez Solana C, Vivar Molina C. Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enfermería Docente* 2010; 91: 16-18.