

Intervenciones no beneficiosas en pacientes paliativos asistidos en unidades de cuidados intensivos en Sudamérica: artículo de revisión

Non-beneficial Interventions in Palliative Patients Treated in Intensive Care Units in South America: Review Article

Leonel Durán Cañarte^{1,2}  y Ericka Parra Gavilanes¹ 

1 Universidad Iberoamericana del Ecuador, Quito, Pichincha, Ecuador.

2 Universidad Estatal del Sur de Manabí, Jipijapa, Manabí, Ecuador.

Recibido: 19/08/2025

Aceptado: 20/11/2025

Publicado: 15/12/2025

RESUMEN

Introducción: Los avances tecnológicos en medicina crítica han permitido prolongar la vida de pacientes con enfermedades graves, aunque también han generado dilemas éticos sobre el uso de intervenciones terapéuticas que, en contextos de enfermedad avanzada o terminal, pueden ser considerados fútiles. En este escenario, los cuidados paliativos se consolidan como una alternativa que busca garantizar la dignidad y la calidad de vida de los pacientes y sus familias. **Objetivo:** Analizar la literatura científica reciente sobre el abordaje de los cuidados paliativos y las intervenciones terapéuticas no beneficiosas en unidades de cuidados intensivos de Sudamérica. **Método:** Se realizó una revisión de artículos científicos arbitrados, publicados en los últimos cinco años en español e inglés. La búsqueda se efectuó en SciELO, Redalyc, PubMed, Dialnet y Google Scholar. Se emplearon como descriptores: "cuidados paliativos", "intervenciones terapéuticas no beneficiosas", "unidades de cuidados intensivos", "adecuación del esfuerzo terapéutico" y "Sudamérica", combinados con operadores booleanos AND y OR. Se excluyeron tesis, literatura no arbitrada y publicaciones previas a 2021. **Resultados:** Los hallazgos evidenciaron que la ausencia de protocolos institucionales, la insuficiente formación en bioética y las barreras comunicacionales dificultan una atención centrada en la dignidad del paciente. Como limitación principal de la revisión, se identificó la disponibilidad desigual de literatura científica en algunos países, lo que podría introducir un sesgo geográfico y limitar la generalización de los hallazgos. **Conclusiones:** La integración temprana de los cuidados paliativos y la aplicación de la adecuación del esfuerzo terapéutico son indispensables para humanizar la atención crítica en Sudamérica.

Palabras clave: cuidados paliativos, unidades de cuidados intensivos, ética clínica, limitación del esfuerzo terapéutico.

ABSTRACT

Introduction: Technological advances in critical care medicine have made it possible to prolong the lives of patients with serious illnesses, but they have also raised ethical dilemmas concerning the use of therapeutic interventions which, in the context of advanced or terminal illness, may be considered futile. In this scenario, palliative care has emerged as an alternative aimed at ensuring the dignity and quality of life of patients and their families. **Objective:** To analyze recent scientific literature on the approach to palliative care and non-beneficial therapeutic interventions in intensive care units in South America. **Method:** A review was conducted of peer-reviewed scientific articles published in the last five years, in Spanish and English. The search was performed in SciELO, Redalyc, PubMed, Dialnet, and Google Scholar. The following descriptors were used: "palliative care," "non-beneficial therapeutic interventions," "intensive care units," "adjustment of therapeutic effort," and "South America," combined with the boolean operators AND and OR. Theses, non-peer-reviewed literature, and publications prior to 2021 were excluded. **Results:** The findings show that the lack of institutional protocols, insufficient training in bioethics, and communication barriers hinder care centered on patient dignity. The main limitation

* **Autor de correspondencia:** Leonel Durán Cañarte, augusto.duran@unesum.edu.ec

Cómo citar: Durán Cañarte Leonel y Parra Gavilanes Ericka. Intervenciones no beneficiosas en pacientes paliativos asistidos en unidades de cuidados intensivos en Sudamérica: artículo de revisión. *Oncología (Ecuador)*. 2025;35(3): 14-25. <https://doi.org/10.33821/815>

© 2025 Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. Publicado por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Ecuador. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo una licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

of this review is the unequal availability of scientific literature in some countries, which may introduce geographic bias and limit the generalizability of the findings. **Conclusions:** Early integration of palliative care and the application of therapeutic effort adjustment are essential to humanize critical care in South America.

Keywords: Palliative Care, Intensive Care Units, Clinical Ethics, Limitation of Therapeutic Effort.

1. Introducción

En las últimas décadas, los avances tecnológicos en medicina crítica han posibilitado prolongar la vida de pacientes con pronósticos que previamente eran considerados incompatibles con la supervivencia. Sin embargo, estos avances también han planteado dilemas éticos complejos, especialmente en relación con el uso de intervenciones médicas que, en contextos de enfermedad avanzada o terminal, pueden ser consideradas fútiles o desproporcionadas. Estas prácticas, conocidas como intervenciones terapéuticas no beneficiosas, no ofrecen una mejora significativa en el pronóstico ni en la calidad de vida del paciente, lo que plantea conflictos con los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia [1].

En este contexto, los cuidados paliativos emergen como una respuesta ética, humanista y científica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), este enfoque se orienta a aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades incurables o en fase terminal, así como las de sus familias [2]. Pese a esto, en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de Sudamérica persiste una tensión constante entre el uso de todos los recursos tecnológicos disponibles y la necesidad de garantizar los principios de proporcionalidad terapéutica y dignidad humana, lo que genera dilemas éticos y desafíos en la práctica asistencial [3, 4].

A pesar de su reconocimiento internacional como un componente esencial de la atención sanitaria, la integración de los cuidados paliativos en las UCI de la región continúa siendo escasa y desigual. Informes recientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y diversos estudios regionales muestran que factores institucionales, culturales y formativos dificultan la adopción de prácticas que prioricen el bienestar integral del paciente en el final de la vida [5-9]. Además, los profesionales de la salud enfrentan incertidumbre clínica, presiones familiares, temor a litigios y un enfoque curativo hegemónico, lo que limita la implementación de decisiones compartidas y éticamente justificadas en contextos críticos [10-12].

La evidencia señala que la formación en ética clínica y la aplicación de estrategias como la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) se constituyen como herramientas fundamentales para prevenir el encarnizamiento terapéutico en contextos de cuidados críticos [13, 14]. No obstante, aún se requiere mayor comprensión acerca de cómo estas estrategias se implementan en la práctica cotidiana, especialmente en hospitales públicos y en pacientes oncológicos o con mal pronóstico vital, casos en los que las decisiones éticas suelen ser más complejas y se ven condicionadas por limitaciones estructurales y culturales.

Ante esta problemática, el presente estudio se justifica por la necesidad de comprender y reflexionar sobre las intervenciones terapéuticas no beneficiosas en pacientes paliativos atendidos en UCI de Sudamérica. Estas prácticas no solo comprometen la calidad asistencial, sino que entran en conflicto con principios fundamentales de la bioética y con el reconocimiento de los cuidados paliativos como un derecho humano [15].

Igualmente, la incorporación limitada de este tipo de cuidados en los entornos críticos de la región refleja una brecha de conocimiento y acción que, según las recomendaciones internacionales, debe ser atendida mediante guías de implementación adaptadas al contexto local [16].

Sumado a lo anterior, resulta indispensable promover procesos de atención centrados en el paciente y su familia, sustentados en la ética del cuidado y la reflexión bioética que integren el acompañamiento interdisciplinario y el respeto a la dignidad humana [17, 18]. Para esto, la formación de los profesionales de la salud resulta clave para garantizar decisiones clínicas fundamentadas en la evidencia y en los valores del paciente [19]. En este sentido, herramientas como la AET y las órdenes de no reanimar han sido señaladas como recursos éticamente necesarios para enfrentar los dilemas al final de la vida [20].

El objetivo de esta revisión es analizar la literatura científica reciente sobre el abordaje de los cuidados paliativos y las intervenciones terapéuticas no beneficiosas en unidades de cuidados intensivos de Sudamérica, identificando los factores que favorecen la persistencia de dichas intervenciones en pacientes paliativos, explorando el grado de integración de los cuidados paliativos en las UCI y su relación con la toma de decisiones clínicas, y examinando las competencias éticas y clínicas de los profesionales de salud frente al final de la vida en entornos críticos.

2. Metodología

2.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo una revisión de la literatura con un enfoque cualitativo.

2.2 Estrategia de búsqueda y selección de estudios

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed, SciELO, Redalyc, Dialnet y Google Scholar.

La estrategia de búsqueda se centró en combinar los descriptores DeCS/MeSH “cuidados paliativos”, “unidades de cuidados intensivos”, “adecuación del esfuerzo terapéutico”, “intervenciones terapéuticas no beneficiosas” y “Sudamérica”, con los operadores booleanos AND y OR.

2.3 Criterios de inclusión

- Artículos científicos arbitrados publicados en los últimos cinco años.
- Artículos originales y artículos relevantes al objetivo de la investigación.
- Literatura en idioma español e inglés.

2.4 Criterios de exclusión

- Tesis, trabajos no arbitrados o ensayos sin metodología clara.
- Artículos centrados en cuidados paliativos domiciliarios o extrahospitalarios.
- Publicaciones anteriores al año 2021.

2.5 Proceso de selección

Inicialmente, se identificaron 94 artículos potencialmente relevantes. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 30 que cumplieran con la pertinencia temática requerida y que se muestra en un diagrama de flujo PRISMA.

2.6 Instrumentos de evaluación de calidad metodológica

Para asegurar la transparencia y el rigor de la revisión, se aplicaron los siguientes instrumentos:

- **Checklist** Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research (**ENTREQ**): cumplimiento de 18 de los 21 ítems.
- **Checklist PRISMA 2020**: cumplimiento de 26 de los 27 ítems. No se realizó registro en el International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO).
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP): aplicación de los diez criterios para estudios cualitativos, con cumplimiento de nueve de ellos. Se identificó como principal limitación la escasa reflexividad explícita de los investigadores en algunos estudios.

2.7 Procedimientos de análisis

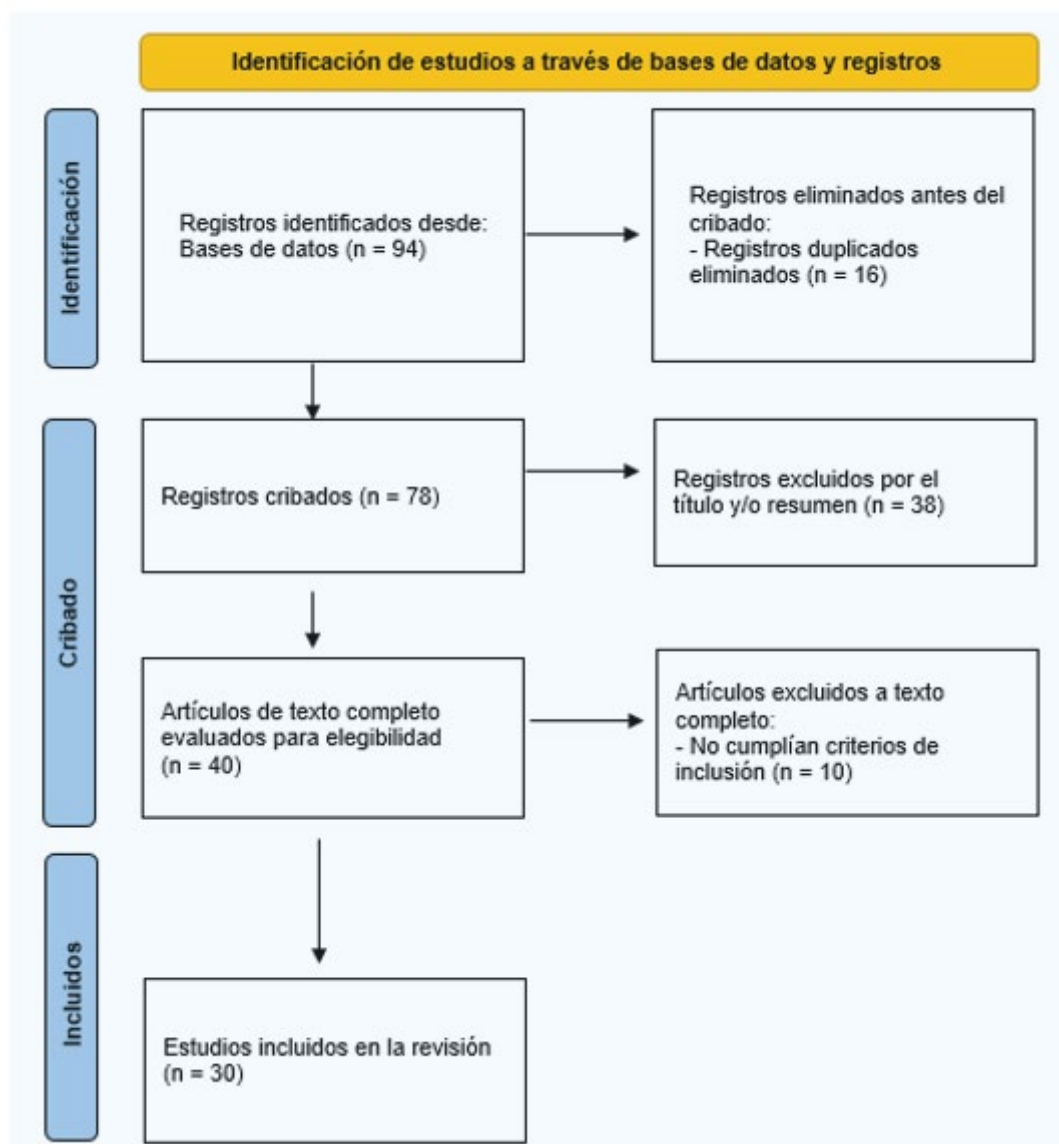
Los estudios incluidos fueron sometidos a una evaluación crítica individual mediante la versión cualitativa del CASP, considerando diseño, método de recolección de datos, claridad en la presentación de resultados, implicaciones clínicas y rigor metodológico.

Estas herramientas y procedimientos aseguraron la reproducibilidad, transparencia y validez metodológica del presente estudio, aportando una base sólida para el análisis y la formulación de recomendaciones clínicas y éticas.

3. Resultados

Inicialmente, se identificaron 94 registros en las bases de datos SciELO, Redalyc, PubMed, Dialnet y Google Scholar. Tras la eliminación de 16 duplicados, se revisaron 78 títulos y resúmenes, de los cuales 40 fueron considerados potencialmente relevantes para lectura a texto completo. Finalmente, 30 estudios cumplieron con los criterios de inclusión y fueron incorporados en la síntesis cualitativa de la revisión (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de los artículos, según el modelo PRISMA



Fuente: elaboración propia con base en el flujograma PRISMA 2020.

Los hallazgos se organizaron en torno a los tres objetivos específicos definidos en la revisión, como se expondrá a continuación.

3.1 Factores que favorecen la persistencia de intervenciones no beneficiosas en UCI

Los hallazgos confirman que la persistencia de intervenciones no beneficiosas en pacientes críticos está relacionada con múltiples factores de orden estructural, cultural y legal. Entre los más destacados se encuentran la ausencia de protocolos institucionales, la presión familiar y el temor a repercusiones jurídicas, lo que conduce a prolongar la vida con tratamientos invasivos en escenarios sin posibilidades de recuperación [1, 3, 6, 7, 11-14, 21].

Complementariamente, otros estudios han subrayado el impacto de la digitalización de la medicina y la creciente tecnificación del cuidado crítico en los que la dependencia de dispositivos médicos refuerza prácticas de obstinación terapéutica [22]. A su vez, investigaciones recientes evidencian que la cultura biomédica en América Latina, fuertemente orientada a la curación, dificulta reconocer oportunamente la futilidad terapéutica y limita el desarrollo de espacios de deliberación ética [23-25].

La humanización del cuidado, entendida como eje fundamental en la práctica clínica, se plantea como un mecanismo que puede contrarrestar el encarnizamiento terapéutico al favorecer la comunicación empática y el respeto por la dignidad del paciente [26].

3.2 Grado de integración de cuidados paliativos en UCI y su relación con la toma de decisiones

La integración de cuidados paliativos en UCI continúa siendo insuficiente y heterogénea en América Latina. Mientras países como Brasil y Chile han desarrollado experiencias institucionales que muestran impacto positivo; en otros casos, la falta de marcos normativos y programas estructurados representa una barrera significativa [2, 4, 5, 8, 9, 15, 16, 27, 28, 29].

Al comparar con otras regiones se observa que, incluso en sistemas de salud consolidados, persisten dificultades para integrar programas paliativos de manera temprana en unidades críticas, lo que se traduce en barreras organizativas y resistencias culturales [30]. Estudios interprofesionales demuestran que factores como la coordinación entre equipos y la educación continua son determinantes en la calidad de las decisiones al final de la vida [31].

De la misma forma, estrategias de humanización aplicadas en UCI pediátricas confirman que la incorporación de cuidados paliativos no solo mejora la comunicación con las familias, sino que fortalece la toma de decisiones compartidas [32].

Por su parte, experiencias clínicas en extubación paliativa evidencian que esta práctica, además de su carga técnica, requiere soporte ético y estructural para su correcta implementación [33].

Todo ello refuerza la necesidad de consolidar políticas regionales que garanticen el acceso equitativo y efectivo a los cuidados paliativos en entornos críticos.

3.3 Competencias éticas y clínicas de los profesionales de salud frente al final de la vida

Se identificaron deficiencias relevantes en la formación ética, clínica y comunicacional del personal sanitario, lo que limita su capacidad para enfrentar situaciones de final de vida en UCI. Entre las dificultades más frecuentes se destacan la escasa experiencia en la aplicación de voluntades anticipadas, la falta de entrenamiento en adecuación del esfuerzo terapéutico y el temor a la deliberación moral [17-20, 23-26, 34, 35].

A este panorama, se suma la necesidad de fortalecer competencias en comunicación empática, asertividad y trabajo interdisciplinario, aspectos que han sido señalados como esenciales para garantizar un cuidado humanizado y centrado en la persona [27, 34, 36]. Estudios recientes demuestran que el déficit de formación en bioética y cuidados paliativos en los programas de pregrado y posgrado limita la capacidad de los profesionales para tomar decisiones fundamentadas en valores y evidencia clínica [37, 38].

Revisiones sistemáticas confirman que los procesos de implementación de cuidados paliativos en UCI deben incluir protocolos institucionales y programas formativos que fortalezcan la ética clínica y reduzcan la variabilidad en la práctica [30, 31, 39].

La literatura también destaca que las experiencias clínicas en destete terminal y extubación en UCI de Europa y Norteamérica refuerzan la importancia de la capacitación ética y comunicacional como elementos clave para el acompañamiento familiar [40, 41].

En conjunto, los resultados muestran que la obstinación terapéutica en UCI de Sudamérica responde tanto a factores estructurales como culturales, mientras que la escasa integración de cuidados paliativos y la brecha formativa en competencias ético-clínicas perpetúan este fenómeno.

Este análisis reafirma la necesidad de reformar los modelos de atención crítica hacia enfoques centrados en la dignidad, la reflexión ética y la integración temprana de cuidados paliativos.

La [Tabla 1](#) recoge las características de los 30 estudios provenientes de cinco bases de datos internacionales y regionales.

Tabla 1. Descripción de las principales características y resultados de los estudios

Objetivo específico	Hallazgos relevantes	Referencias
1. Factores que favorecen la persistencia de intervenciones no beneficiosas en UCI	La ausencia de protocolos, el temor a repercusiones legales, la presión familiar y la hegemonía biomédica, dificultan reconocer la futilidad terapéutica y favorecen la obstinación clínica.	[1, 3, 6, 7, 11-14, 21]
2. Grado de integración de cuidados paliativos en UCI y su relación con la toma de decisiones	La integración de cuidados paliativos en UCI es baja y desigual en la región; aunque existen experiencias exitosas, persisten vacíos normativos, barreras institucionales y culturales que limitan su consolidación.	[2, 4, 5, 8, 9, 15, 16, 27, 28, 29]
3. Competencias éticas y clínicas de los profesionales de salud frente al final de la vida	Se evidencian carencias en formación bioética, comunicación clínica y aplicación de AET, lo que dificulta decisiones compartidas y éticamente fundamentadas en el final de la vida.	[17-20, 23-26, 34, 35]

Fuente: elaboración propia.

4. Discusión

Nuestros hallazgos sugieren que la persistencia de intervenciones no beneficiosas en UCI sudamericanas responde a un entramado de factores estructurales, culturales y formativos. Este escenario no solo refleja carencias en protocolos y guías clínicas, sino un enfoque biomédico centrado en la prolongación de la vida que dificulta reconocer la futilidad terapéutica.

Este panorama coincide parcialmente con lo descrito en Europa y Norteamérica donde también se han documentado tensiones éticas, pero la implementación de protocolos estandarizados, marcos regulatorios robustos y programas de formación ha reducido la variabilidad y favorecido prácticas de AET [42, 43].

4.1 ¿Qué significan los hallazgos en el contexto sudamericano?

Los resultados confirman que la obstinación terapéutica en Sudamérica se sostiene por la ausencia de guías institucionales, el temor a consecuencias legales y la presión familiar, lo que deriva en decisiones fragmentadas y frecuentemente alejadas de la proporcionalidad terapéutica. Desde una perspectiva bioética, este fenómeno revela una tensión entre los principios de beneficencia y no maleficencia en la que la continuidad de tratamientos invasivos puede incrementar el sufrimiento sin aportar beneficios reales [44].

De igual forma, la cultura médica predominantemente curativa retrasa el reconocimiento del carácter terminal de la enfermedad y limita la implementación de planes de cuidado anticipado. Estudios en contextos de cuidados de larga estancia han demostrado que la planificación anticipada de decisiones incluyendo voluntades anticipadas y conversaciones tempranas reduce la ansiedad familiar y facilita elecciones coherentes con los valores del paciente [45].

En este escenario, la obstinación terapéutica se sostiene por la ausencia de protocolos institucionales, el temor a repercusiones legales, la presión familiar y una cultura biomédica centrada en la curación. Esto muestra que el debate bioético no se ha traducido aún en políticas claras ni en formación clínica suficiente, lo que genera decisiones fragmentadas y muchas veces alejadas de la proporcionalidad terapéutica y la dignidad del paciente.

4.2 ¿Cómo se comparan con experiencias internacionales?

En Europa, la aplicación de guías de la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos propone algoritmos claros para evaluar futilidad, retirar soporte vital y garantizar comunicación estructurada con la familia, herramientas que podrían adaptarse a los sistemas de salud sudamericanos para reducir la variabilidad clínica [40].

Por su parte, en Norteamérica, las recomendaciones del American College of Critical Care Medicine enfatizan en la toma de decisiones compartidas y el acompañamiento integral de la familia, prácticas replicables en nuestra región mediante formación en comunicación clínica y soporte psicosocial [38].

4.3 Respuesta a los objetivos de la revisión

Los hallazgos dan respuesta al primer objetivo específico de esta investigación al confirmar que la persistencia de intervenciones no beneficiosas se sustenta en la falta de protocolos, la hegemonía de la cultura curativa y el temor legal, lo que perpetúa la obstinación terapéutica.

Respecto al segundo objetivo, se evidencia una baja integración de cuidados paliativos en UCI, con experiencias aisladas en algunos países, lo que sugiere la necesidad de incorporar de forma obligatoria programas paliativos desde el ingreso de pacientes críticos.

Finalmente, en relación con el tercer objetivo, la revisión muestra una brecha formativa en bioética, comunicación y competencias clínicas para el manejo del final de la vida, confirmando que sin un fortalecimiento de estas áreas será difícil implementar adecuaciones terapéuticas de manera sistemática [46, 47].

4.4. Implicaciones para la práctica clínica y la política de salud

Estos hallazgos tienen implicaciones directas para la práctica clínica: urge implementar protocolos estandarizados de limitación del esfuerzo terapéutico, planes de comunicación estructurados y programas de educación continua en bioética y cuidados paliativos.

A nivel de políticas públicas, la OPS y la OMS recomiendan integrar los cuidados paliativos como parte esencial de la cobertura universal de salud, lo que implica garantizar su disponibilidad en todos los niveles de atención, incluidas las UCI [2, 5]. En la región, estas recomendaciones podrían traducirse en normativas que obliguen a evaluar la proporcionalidad terapéutica de manera interdisciplinaria y documentada, protegiendo tanto a pacientes como a equipos de salud.

4.5 Vacíos de conocimiento y líneas de investigación futuras

La revisión muestra una producción científica desigual en Sudamérica, lo que limita la generalización de los hallazgos. Se requieren estudios multicéntricos que evalúen el impacto de programas de integración temprana de cuidados paliativos en indicadores clínicos, satisfacción familiar y bienestar del personal.

Asimismo, se recomienda investigar modelos pedagógicos para fortalecer competencias éticas y comunicacionales en los pregrados y posgrados en Medicina y Enfermería. Experiencias como las revisiones sobre extubación paliativa en entornos pediátricos demuestran la importancia de protocolos que incluyan soporte emocional para las familias y los equipos de salud [48, 49].

4.6 Fortalezas y limitaciones

Una fortaleza del presente trabajo es la inclusión de literatura reciente y diversa, lo que permitió un análisis contextualizado y actualizado del fenómeno en Sudamérica. A su vez, el uso de herramientas de evaluación rigurosas (PRISMA, ENTREQ, CASP) [50] aportó solidez metodológica. Sin embargo, la disponibilidad desigual de publicaciones en algunos países pudo haber introducido un sesgo geográfico y limitar la generalización de los hallazgos.

Igualmente, la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos representa un desafío para la comparación directa de resultados.

4.7 Mensaje clave

La integración temprana y sistemática de los cuidados paliativos en UCI, acompañada de protocolos de AET y formación ética de los equipos, es indispensable para reducir la obstinación terapéutica y garantizar una atención centrada en la dignidad del paciente y el acompañamiento familiar. La región sudamericana tiene la oportunidad de adaptar modelos internacionales exitosos y convertirlos en políticas públicas que transformen la atención crítica en una práctica más ética, humana y sostenible.

5. Conclusiones

La persistencia de intervenciones terapéuticas no beneficiosas en pacientes paliativos asistidos en UCI sudamericanas refleja limitaciones estructurales, formativas y culturales que impiden una atención centrada en la dignidad del paciente. La integración de cuidados paliativos en contextos críticos no solo es posible, sino necesaria para garantizar una medicina más ética, humana y sostenible.

La toma de decisiones en el fin de la vida debe fundamentarse en principios bioéticos, diálogo interdisciplinario y respeto por los valores del paciente. A largo plazo, el fortalecimiento de políticas públicas, protocolos institucionales y formación profesional será clave para reducir el encarnizamiento y mejorar la calidad de los cuidados en las UCI de la región.

6. Abreviaturas

AET: Adecuación del Esfuerzo Terapéutico

CASP: Critical Appraisal Skills Programme

CP: Cuidados Paliativos

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

ENTREQ: Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research

MeSH: Medical Subject Headings

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PROSPERO: International Prospective Register of Systematic Reviews

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

7. Información administrativa

7.1 Agradecimientos

Ninguno

7.2 Contribución de los autores

- **Conceptualización:** Leonel Durán Cañarte / Ericka Parra Gavilanes
- **Metodología:** Leonel Durán Cañarte / Ericka Parra Gavilanes
- **Validación:** Ericka Parra Gavilanes
- **Curación de datos:** Leonel Durán Cañarte
- **Administración del proyecto:** Leonel Durán Cañarte / Ericka Parra Gavilanes
- **Visualización:** Leonel Durán Cañarte / Ericka Parra Gavilanes
- **Análisis formal:** Leonel Durán Cañarte
- **Recursos:** Leonel Durán Cañarte
- **Escritura borrador original:** Leonel Durán Cañarte
- **Adquisición de financiamiento:** No aplica
- **Software:** Leonel Durán Cañarte
- **Redacción, revisión y edición:** Leonel Durán Cañarte / Ericka Parra Gavilanes
- **Investigación:** Leonel Durán Cañarte / Ericka Parra Gavilanes
- **Supervisión:** Ericka Parra Gavilanes

7.3 Financiamiento

Este estudio no recibió financiación específica por parte de agencias públicas, comerciales o sin ánimo de lucro.

7.4 Disponibilidad de materiales

Ninguno.

8. Declaraciones

8.1 Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en la elaboración o publicación de este manuscrito.

8.2 Limitaciones de responsabilidad

Los autores asumen la responsabilidad exclusiva del contenido y las opiniones expresadas en este artículo, las cuales no reflejan necesariamente la posición institucional de las entidades afiliadas. La información proporcionada se basa en fuentes científicas revisadas y criterios metodológicos rigurosos.

8.3 Aspectos éticos

El presente trabajo corresponde a una revisión crítica de literatura científica y no involucró directamente la participación de seres humanos ni la recolección de datos personales.

9. Referencias

1. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. Am J Bioeth [Internet]. 2019; 19(11): 9-12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
2. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Ordóñez-Villota JN, Serrato-Perilla CA, Gutiérrez-Ruano GA, Rengifo-Arias DM. Dilemas éticos de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico del paciente críticamente enfermo. Rev Colomb Bioética. 2021;16(2): e3405. <https://doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3405>
4. Bonilla P. Cuidados paliativos en Latinoamérica. Rev Nutr Clin Metab. 2021; 4(2): 4-13. <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.226>
5. Organización Panamericana de la Salud. Situación de los cuidados paliativos en las Américas. OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
6. Agamez-Insignares CP, Sánchez-Pedraza R, León MX, Seija-Butnaru D. Toma de decisiones para la 1. adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida en pacientes oncológicos del instituto Nacional de Cancerología de Colombia. pers.bioét. 2023 junio; 27(1): e2713. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222023000102713
7. Castillo-Vukovic C. Herramientas de bioética en la toma de decisiones en la unidad de paciente crítico. Rev Med Chile. 10 de enero de 2025; 152(11). Disponible en: <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/10736>
8. Paccha-Tamay CL, Saraguro-Salinas SM, Reyes-Rueda EY, Campoverde-Ponce MR. Barreras en el acceso a los cuidados paliativos: perspectivas de pacientes y familias. MasVita [Internet]. 2025; 7(1): 8-25. <https://doi.org/10.47606/acven/mv0255>
9. Pereira L, Andrade S, Theobald M. Cuidados paliativos: los desafíos para la enseñanza en salud. Rev. Bioét. 2022; 30: 149-161. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301515ES>
10. Santacruz, JG. 2022. La importancia del alivio del sufrimiento: acerca de la sedación paliativa. Rev. Colomb. Cancerol. 2022; 26(1): 1-2. <https://doi.org/10.35509/01239015.871>
11. Sierra LA, Medina JT. Bioética y toma de decisiones al final de la vida en UCI neonatal. Pers Bioet. 2023; 27(1): e2719. <https://doi.org/10.5294/pebi.2023.27.1.9>
12. Montenegro-Chamorro CD, Maldonado-Cando FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir. MetroCiencia. 2021; 29(4): 9-15. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/4/2021/9-15>
13. Pérez-Herrera A, García-Hernández AM. Adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de críticos. Una revisión bibliográfica narrativa. Ene. [Internet]. 2021; 15(2): 1173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000200009&lng=es
14. Gómez-Pérez C, Sánchez-García AB, García-Capilla DJ. Perspectiva bioética de la adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes adultos terminales. Revisión sistemática. Enferm. glob. 2023; 22(71): 586-619. <https://doi.org/10.6018/eglobal.554661>
15. Herrera-Fragoso AA. Los cuidados paliativos como derecho humano. Med Int Méx. 2024; 40(9): 606-613. <https://doi.org/10.24245/mim.v40iOctubre.9210>
16. Organización Panamericana de la Salud. Planificación e implantación de servicios de cuidados paliativos: guía para directores de programa. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52784>

17. Muñoz-Merino JM, Becerra-Castro S. Cuidados paliativos: una reflexión antropológica y bioética. *Med Etica*. 2024; 35(1): 207-30. <https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.05>
18. Vera-Carrasco O. Aspectos éticos en la atención médica al final de la vida. *Rev Med La Paz*. 2024; 30(3): 50-55. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582024000300050&lng=es
19. Fonseca-Esparza CP. Impacto de la formación y educación en cuidados paliativos para profesionales de la salud. *Green World J*. 2024; 7(1): 112. <https://doi.org/10.53313/gwj71112>
20. Tuarez JLR, Lombeida MXP, Barrera MJ, Sánchez PJH, Guanga APM. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: percepción del profesional de la salud. *Horizonte Enferm*. 2024; 35(2): 638-659. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.2.638-659
21. López-Ávila A, Rivas-Riveros E, Campillay-Campillay M. Orden de no reanimar y limitación del esfuerzo terapéutico: desafíos éticos en equipos sanitarios en Chile. *Salud Colect*. 2024; 20: e4821. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4821>
22. Hanna Ruz V. Obstinación terapéutica y su límite con la ética: ¿cuándo detenerse? *Rev Chil Anest*. 2021; 50(1): 252-268. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv50n01-15>
23. Alberto-Paulo N. Bioética clínica, deliberação e digitalização da medicina. *Rev. Bioét*. 2024; 32. <https://doi.org/10.1590/1983-803420243394pt>
24. Castillo C, Ramírez M, Grenett C, Rossel V. Herramientas de bioética en la toma de decisiones en la unidad de paciente crítico. *Rev. méd. Chile*. 2024; 152(11): 1154-1161. <http://doi.org/10.4067/s0034-98872024001101154>
25. Dias-Ledesma S, Tuapanta-Sisa E, Delgado-Guzmán K, Chariguaman-Aucatoma N. Aspectos de la bioética en el cuidado de enfermería de pacientes críticos. *Polo Conoc*. 2025; 10(1): 2758-79. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/8844>
26. Guachi-Caiza G, Jiménez-Barrera M, Monar-Zambrano M, López-Ramos A. Humanización en el cuidado crítico: más allá de la tecnología. *BIOSANA*. 2025; 5(2): 288-99. <https://doi.org/10.62305/biosana.v5i2.544>
27. Filho E, Olivero A, Gurgel S, Gil N, Sanches R, Sanches MA, Souza W. Cuidados paliativos en cuidados intensivos: revisión integradora. *Rev Bioét*. 2023; 31. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233418es>
28. Furtado M, Moreira de Oliveira I, Pessoa V, Monteiro A. Ações multiprofissionais de cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021; 10: e393101522852. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22852>
29. Guerra C, Lucena J, Andrade M, Alves S, Garcia C. Percepción de los profesionales sanitarios sobre los cuidados paliativos. *Rev Bioét*. 2024; 32. <https://doi.org/10.1590/1983-803420243789es>
30. Meddick-Dyson SA, Boland JW, Pearson M, Greenley S, Gambe R, Budding JR, et al. Implementing palliative care in the intensive care unit: a systematic review and mapping of knowledge to the implementation research logic model. *Intensive Care Med*. 2024; 50(11): 1778-90. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07623-0>
31. Hernández-Zambrano SM, Carrillo-Algarra AJ, Manotas-Solano OE, Ibáñez-Gamboa SE, Mejía-Méndez LM, Martínez-Montoya OH, et al. Intervenciones interprofesionales y factores que mejoran los cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos: revisión integradora. *Enferm Intensiva*. 2024; 35(4): 352-67. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.08.003>
32. Salgado-Reguero ME, Furtado-Eraso S, Bujanda-Sainz de Murieta A, García-Vivar C, Soto-Ruiz N, Escalada-Hernández P. Estrategias de humanización en cuidados intensivos pediátricos: una revisión de alcance. *Enferm Intensiva*. 2025; 36(2): 500531. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2025.500531>
33. Affonseca CA, Carvalho LFA, Quinet RPB, Guimarães MC, Cury VF, Rotta AT. Palliative extubation: five-year experience in a pediatric hospital. *J Pediatr (Rio J)*. 2020; 96(5): 652-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2019.07.005>
34. Maza-de la Torre G, Motta-Ramírez GA, Motta-Ramírez G, Jarquin-Hernández PM. La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Rev. sanit. mil. [Internet]*. 2023; 77(1): e01. <https://doi.org/10.56443/rsm.v77i1.371>
35. Font C, Martínez de la Cruz P, Herreros B. La formación en ética clínica, una herramienta necesaria para la excelencia profesional del internista. *Rev Clin Esp*. 2025; 225(4): 244-249. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2024.11.004>
36. Dopico P, Cervera C, Ramallal P, Balayo A, Gil P, Fernández-Arce L, et al. Dificultades percibidas en atención primaria en el abordaje de los cuidados paliativos. *Med Fam SEMERGEN [Internet]*. 2025 [consultado 26 Dic 2025]; 51(6): 102457. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2025.102457>
37. Gómez-Ledesma EJ, Zúñiga-Domínguez KD, Suaste-Pazmiño DI. Implicaciones éticas y sociales de los cuidados paliativos. *RUGC*. 2025; 3(S1): 152-9. Disponible en: <https://universidadugc.edu.mx/ojs/index.php/rugc/article/view/112>

38. Lendínez-Cano G, Roldán Cumberras C, Congregado Ruíz CB, Medina López RA. Análisis de la atención al final de la vida y cuidados paliativos en los pacientes con cáncer renal metastásico. *Actas Urol Esp.* 2025;49(9):501841. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2025.501841>
39. Nitola-Mendoza L, Sánchez-Cárdenas M, Rodríguez-Chitiva N, Mora Gutiérrez JM, Rodríguez-Pena R, Romero-González G, et al. Nomenclatura en cuidados paliativos y de soporte renal: no solo al final de la vida. *Nefrología.* 2024;44(4):475-85. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.05.006>
40. Orr S, Efstathiou N, Baernholdt M, Vanderspank-Wright B. ICU clinicians' experiences of terminal weaning and extubation. *J Pain Symptom Manage.* 2022; 63(5): e521-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.01.016>
41. Escudero-Acha P, Leizaola O, Lázaro N, Cordero M, Cossío AM, Ballesteros D, et al. Estudio ADENI-UCI: Análisis de las decisiones de no ingreso en UCI como medida de limitación de los tratamientos de soporte vital. *Med Intensiva.* 2022; 46(4): 192-200. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.11.003>
42. Kesecioglu J, Rusinova K, Alampi D, Arabi YM, Benbenishty J, Benoit D, et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2024; 50(11): 1740-66. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>
43. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008; 36(3): 953-63. <https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181659096>
44. Pérez MG. Implicaciones éticas y factores determinantes en la administración de sedación paliativa. *EIDON Rev Esp Bioét.* 2024; (62): 35-53. <https://doi.org/10.13184/eidon.62.2024.35-53>
45. Choi HR, Chu HN, Jia S, Liu X, Wang T, Lin CC. Family perspectives on and experiences with advance care planning in nursing homes: A thematic synthesis. *J Adv Nurs.* 2024; 81(3): 1116-29. <https://doi.org/10.1111/jan.16383>
46. Junges-Frantz P. Filosofía de la Medicina según Edmund Pellegrino. *Rev Latinoam Bioét.* 2025; 25(1):119-28. <https://doi.org/10.18359/rlbi.7331>
47. Camargo-Rubio RD. Bioética en cirugía cardiovascular. Teorías éticas aplicadas. *Acta Colomb Cuid Intensivo.* 2023; 23(2): 118-25. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2022.12.003>
48. Neto J, Casimiro HJ, Reis-Pina P. Palliative extubation in pediatric patients in the intensive care unit and at home: a scoping review. *Int J Pediatr.* 2023; 6697347. <https://doi.org/10.1155/2023/6697347>
49. Elverson J, Evans H, Dewhurst F. Palliation, end of life care and ventilation withdrawal in neuromuscular disorders. *Chronic Respir Dis.* 2023; 20:1-9. <https://doi.org/10.1177/14799731231175911>
50. Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, McGuinness LA. PRISMA2020: un paquete R y una aplicación Shiny para producir diagramas de flujo compatibles con PRISMA 2020, con interactividad para una transparencia digital optimizada y síntesis abierta. *Campbell Syst Rev.* 2022; 18: e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>