



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Ética en el cuidado de enfermería en la sedación paliativa al
paciente terminal**

**Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciada en
Enfermería**

Autor:

Lara Moya Luis Steven
Sangucho Montachana Andy Fernando

Tutor:

MgSc. Ivone de Lourdes Santillán Castillo

Riobamba, Ecuador. 2025

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotros, **Lara Moya Luis Steven** y **Sangucho Montachana Andy Fernando**, con cédulas de ciudadanía **1850247436** y **0504502659**, respectivamente, autores del trabajo de investigación titulado: **Ética en el cuidado de enfermería en la sedación paliativa al paciente terminal**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 18 de Julio del 2025.



Lara Moya Luis Steven
C.I: 1850247436

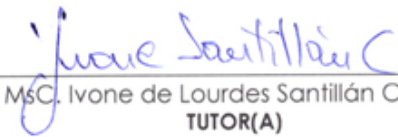


Sangucho Montachana Andy Fernando
C.I: 0504502659

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, **Ivone de Lourdes Santillán Castillo**, catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias De La Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: **Ética en el cuidado de enfermería en la sedación paliativa al paciente terminal**, bajo la autoría de **Lara Moya Luis Steven y Sangucho Montachana Andy Fernando**; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 18 días del mes Julio del 2025.


MSc. Ivone de Lourdes Santillán Castillo
TUTOR(A)

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Ética en el cuidado de enfermería en la sedación paliativa al paciente terminal**, presentado Luis Steven Lara Moya, cédula de identidad número 1850247436, Sangucho Montachana Andy Fernando, cédula de identidad número 0504502659, bajo la tutoría de Mg. Ivone de Lourdes Santillán Castillo; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 18 de Julio del 2025.

MsC. Liliana Alexandra Rios García
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO

MsC. Susana Padilla Buñay
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

MsC. Gabriela Elizabeth Damián Sinchiguano
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dirección
Académica
VICERRECTORADO ACADÉMICO



UNACH-RGF-01-04-08.17
VERSIÓN 01: 06-09-2021

CERTIFICACIÓN

Que, **LARA MOYA LUIS STEVEN** con CC: **1850247436**, estudiante de la Carrera **ENFERMERÍA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **"ÉTICA EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA SEDACIÓN PALATIVIVA AL PACIENTE TERMINAL"**, cumple con el **4 %**, de acuerdo al reporte del sistema Anti-plagio **COMPILATION**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 16 de Julio de 2024

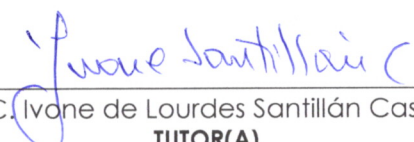

MsC. Ivone de Lourdes Santillán Castillo
TUTOR(A)



CERTIFICACIÓN

Que, **SANGUCHO MONTACHANA ANDY FERNANDO** con CC: **0504502659**, estudiante de la Carrera **ENFERMERÍA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **"ÉTICA EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA SEDACIÓN PALATIVA AL PACIENTE TERMINAL"**, cumple con el **4 %**, de acuerdo al reporte del sistema Anti-plagio **COMPILATION**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 16 de Julio de 2024


MsC. Ivone de Lourdes Santillán Castillo
TUTOR(A)

DEDICATORIA

En la trayectoria de nuestras vidas, se han presentado diversos obstáculos y desafíos, así como momentos de alegría y tristeza. Con profunda gratitud y emoción, dedicamos este trabajo de investigación a quienes han sido parte esencial en este camino. A lo largo de estas experiencias, hemos tenido la fortuna de caminar de la mano de Dios y de nuestros seres queridos, quienes nos han proporcionado un apoyo incondicional.

A nuestros padres, les dedicamos este logro por su amor incondicional, su esperanza en nosotros incluso en los momentos difíciles y por enseñarnos valores como el esfuerzo y la perseverancia. También a nuestros hermanos, por su comprensión, paciencia, apoyo constante gracias por esperarlos, escucharnos y por comprender que muchas veces debíamos ausentarnos para cumplir este sueño.

A nuestros amigos, quienes con su lealtad, compañía y gestos de ánimo lograron aliviar tensiones y mantenernos motivados incluso en los momentos donde sentíamos que el mundo caía sobre nosotros. Su respaldo y afecto hicieron más llevadero este camino, celebrando cada meta alcanzada como si fueran propias.

Finalmente, damos gracias a nuestra Universidad, a los docentes que nos guiaron con dedicación y exigencia y especialmente a nuestra tutora por su orientación comprometida. Agradecemos también a la vida por cada experiencia vivida y a nosotros mismos, como equipo, por la constancia y el esfuerzo conjunto que hicieron posible este trabajo.

Luis y Andy.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, queremos agradecer a Dios por habernos dado, la sabiduría, inteligencia y salud que nos ha permitido cumplir nuestros sueños a través del presente trabajo. Nuestro infinito agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo, por abrirnos las puertas para nuestra formación académica y brindarnos las herramientas académicas, humanas y éticas que nos formaron como profesionales y personas. A los docentes, que con paciencia, dedicación y vocación compartieron sus conocimientos, y nos inspiraron a dar lo mejor de nosotros; su legado vivirá en cada paso de nuestra práctica profesional. El más sincero agradecimiento a nuestra tutora la MsC. Ivone De Lourdes Santillán Castillo quien nos ha brindado su apoyo incondicional quien dispuso de su dedicación, esmero y paciencia para lograr nuestro trabajo.

A nuestros amigos, compañeros inseparables de desvelo, risas, esfuerzos y aprendizajes, gracias por ser apoyo, refugio y motivación en los momentos más desafiantes. A ustedes les debemos muchas sonrisas y memorias imborrables. Y en especial, a nuestros amados padres y hermanos, pilares fundamentales de nuestra vida, gracias por su amor incondicional, sus sacrificios silenciosos, su fe constante en nosotros, y por ser la fuerza que nos levantó en cada tropiezo. Sus palabras, oraciones y abrazos fueron el sostén en los días más difíciles. Este logro no es solo nuestro, es también de ustedes, porque sin su presencia y apoyo nada de esto habría sido posible. A cada uno, desde lo más profundo de nuestros corazones muchas gracias por acompañarnos en este proceso.

Luis y Andy.

ÍNDICE GENERAL.

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I. INTRODUCCION.	12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.	15
CAPÍTULO III. METODOLOGIA.	30
3.1. Criterios de inclusión y exclusión.	30
3.2. Búsqueda bibliográfica.	31
3.3. Recogida y extracción de datos.	31
3.4. Consideraciones éticas.	31
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES.....	38
5.1. Conclusiones.	38
5.2. Recomendaciones.	39
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	41

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Triangulación de los principales dilemas éticos en la sedación paliativa	51
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1. Algoritmo de búsqueda.....	32
---	----

RESUMEN

La sedación paliativa en pacientes terminales constituye uno de los principales retos éticos para el personal de enfermería debido a la complejidad de equilibrar el alivio del sufrimiento con el respeto a la autonomía del paciente y las expectativas de la familia. La presente investigación tuvo como objetivo analizar los dilemas éticos implicados en el cuidado de enfermería durante la sedación paliativa al paciente terminal, a fin de contribuir al fortalecimiento de la práctica clínica ética humanizada y acorde a los principios de la bioética y la normativa profesional, elementos claves para garantizar una atención humanizada y respetuosa centrada en el paciente. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo documental, descriptivo y transversal, mediante una revisión bibliográfica de publicaciones entre 2020 y 2025, consultando bases de datos científicas como Scielo, Elsevier, Dialnet y organismos oficiales como la OMS y el Ministerio de Salud Pública. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para asegurar la relevancia y actualidad de la información. **Conclusiones:** Los resultados evidenciaron que los dilemas éticos más frecuentes se centran en el conflicto entre autonomía y beneficencia, la confusión entre sedación paliativa y eutanasia, las dificultades en la comunicación y obtención del consentimiento informado. Se concluye que es esencial fortalecer la formación ética y comunicacional del personal de enfermería, establecer una comunicación efectiva y fomentar la participación del paciente y su familia en la toma de decisiones, a fin de garantizar una atención paliativa digna, centrada en la persona y basada en los principios éticos.

Palabras claves: cuidados paliativos / sedación / paciente terminal / cuidados de enfermería / paliativos

ABSTRACT

Palliative sedation in terminally ill patients presents a significant ethical challenge for nursing professionals, as it requires carefully balancing the relief of suffering with respect for patient autonomy and the expectations of their families. This research aims to explore the ethical dilemmas that arise in nursing care during palliative sedation, with the goal of contributing to the development of ethical clinical practices that are both humanized and aligned with bioethical principles and professional regulations. These elements are essential for ensuring respectful, patient-centered care. A documentary, descriptive, and cross-sectional study was carried out through a literature review of publications from 2020 to 2025. Sources included scientific databases such as Scielo, Elsevier, and Dialnet, as well as official organizations like the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Public Health. Inclusion and exclusion criteria were applied to guarantee the relevance and currency of the selected information. The findings reveal that the most common ethical dilemmas involve tensions between autonomy and beneficence, misinterpretations between palliative sedation and euthanasia, and challenges in communication and obtaining informed consent. To address these issues, it is crucial to enhance the ethical and communication training of nursing staff, promote clear and compassionate communication, and actively involve patients and their families in the decision-making process. These measures are vital to ensuring dignified, ethical, and person-centered palliative care.

Keywords: palliative care / sedation / terminal patient / nursing care / palliatives.

Reviewed and improved by Jacqueline Armijos



CAPÍTULO I. INTRODUCCION.

El personal de enfermería cumple un rol primordial en los cuidados paliativos implementando estrategias de atención directa, ambulatoria y domiciliaria a través de la educación sobre el autocuidado, el apoyo familiar y comunitario con un enfoque humanizado. No obstante, los desafíos se intensifican cuando se brinda cuidados en la etapa final de la vida, debido a ser una situación de alta complejidad, por ende, el cuidado integral aborda aspectos clínicos, emocionales, psicológicos, espirituales y familiares, para aliviar el sufrimiento, mejorar la calidad de vida, y apoyar a la familia en el proceso de morir con dignidad.⁽¹⁾

Frente a esta situación, la sedación paliativa se presenta como una alternativa tanto clínica como ética dirigida al tratamiento de los síntomas refractarios, pero su aplicación requiere el uso de los principios éticos y valores sólidos para asegurar el acompañamiento, monitoreo y vigilancia de sus efectos. Los profesionales pueden enfrentar dilemas, incertidumbre o temor respecto a esta intervención, siendo necesario el conocimiento de marcos normativos que orienten las decisiones y respalden la práctica clínica.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a los Cuidados Paliativos (CP) como *“un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”*.⁽²⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año alrededor de 40 millones de personas requieren cuidados paliativos, principalmente como consecuencia del envejecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles mencionando que el 78% radican en países de ingresos bajos y medianos, por ende, resalta la importancia de atender las necesidades de este ámbito mediante la concientización, el fortalecimiento de las normativas sanitarias, la preparación del personal de salud y la integración de los cuidados paliativos al sistema de salud.⁽³⁾

Un estudio realizado en España observó que el 63% de los pacientes oncológicos terminales requieren algún tipo de sedación paliativa.⁽¹⁾ En América Latina y el Caribe viven alrededor de 600 millones de personas, de las cuales anualmente cerca de 4.8 millones fallecen a causa de enfermedades crónicas, donde se precisa que más de 2.5 millones necesitan cuidados

paliativos pero que solo el 1% de esta población recibe estos servicios, a pesar de los avances recientes en su desarrollo.⁽⁴⁾

En Ecuador, según datos del Ministerio de Salud Pública y diversas organizaciones de salud, aproximadamente el 20% de los pacientes hospitalizados están en condición terminal, alrededor del 60% padecen de enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer y enfermedades cardiovasculares y solo el 10% de estos pacientes reciben cuidados paliativos adecuados, debido a la limitada disponibilidad de servicios especializados en el país.⁽¹⁾

Es por ello, que la bioética toma relativa importancia en la etapa final de la vida constituyendo un ámbito importante dentro del ejercicio práctico que busca integrar la clínica con los fundamentos éticos en situaciones terminales, por tal razón, los profesionales deben orientar a los pacientes en decisiones complejas vinculadas al cuidado paliativo y al proceso de morir, asimismo, los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia guían esta práctica, exigiendo que las decisiones se tomen de manera informada, respetando la voluntad del paciente.⁽⁵⁾

Sin embargo, la falta de consenso y directrices claras sobre cuándo y cómo implementar esta práctica puede llevar a variaciones significativas en su aplicación. Por ejemplo, una encuesta realizada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) reveló que solo el 55% de los profesionales de la salud se sienten completamente capacitados para tomar decisiones éticas en la sedación paliativa.⁽⁴⁾

En Ecuador, la situación del cuidado de enfermería en la sedación paliativa para pacientes terminales enfrenta múltiples desafíos éticos y prácticos. Un estudio de la Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Paliativos indica que aproximadamente el 70% de los pacientes oncológicos en fase terminal experimentan dolor significativo, lo que a menudo requiere intervenciones de sedación paliativa. Sin embargo, solo el 45% de los profesionales de enfermería se sienten adecuadamente preparados para tomar decisiones éticas en esta situación.⁽⁵⁾

Frente a ello, aparecen los dilemas éticos vinculados con el cuidado y la aplicación de la sedación paliativa siendo más recurrente el conflicto que surge entre la autonomía del paciente y las decisiones tomadas por sus familiares, dado que, la autonomía representa un principio ético fundamental que confiere a la persona el derecho de decidir sobre los tratamientos que desea recibir o rechazar. Además, la confusión entre sedación paliativa y eutanasia genera temor e inseguridad, por otro lado, el uso de las tecnologías puede

desencadenar la deshumanización en la atención y distanciar al profesional del contacto empático con el paciente.^(5,6)

Dentro de este contexto, el paciente en fase terminal es aquel con diagnóstico de alguna enfermedad reconocida, progresiva, irreversible e incurable cuyo desenlace es la muerte en un tiempo cercano a seis meses y el tratamiento recomendado es el paliativo con un enfoque interdisciplinario.⁽⁵⁾ Ante esto los pacientes presentan frecuentemente síntomas graves durante las últimas instancias de sus vidas, en algunos casos estos síntomas pueden controlarse con éxito; sin embargo en la mayoría de pacientes son incontrolables a pesar del esfuerzo por parte del equipo de salud para paliarlos, los cuales pueden ser psíquicos o psicoexitenciales denominados síntomas refractarios que tienen un efecto negativo que impactan directamente en el funcionamiento, y en el bienestar del paciente en la etapa terminal de la enfermedad.⁽⁷⁾

La sedación paliativa toma relativa importancia en el tratamiento de los pacientes en etapa terminal debido a que, consiste en el uso de medicamentos sedantes con el objetivo de aliviar los síntomas intolerantes y refractarios por medio de la reducción del nivel de conciencia, sin afectar la supervivencia del paciente. Esta se reserva como último recurso en el tratamiento de síntomas refractarios en los pacientes con enfermedades oncológicas y crónicas avanzadas en situación del fin de la vida, cuando la muerte es anticipada o inminente.⁽⁸⁾

No obstante, cuando ya no es posible curar al paciente se prioriza el alivio de su sufrimiento, lo cual es moralmente obligatorio y justifica plenamente las intervenciones paliativas como válidas siempre que logren dicha finalidad. Por ende, el manejo ético y clínico por parte del personal de enfermería exige una sólida formación en bioética, comunicación empática y toma de decisiones compartida, garantizando el respeto por la autonomía y dignidad del paciente terminal. Para ello, es esencial la creación de comités éticos, protocolos estandarizados y programas de educación continua que orienten sobre la correcta administración de fármaco, el consentimiento informado y la distinción entre sedación paliativa y eutanasia.⁽⁹⁾

El personal de enfermería que se encarga de pacientes en situación terminal tiene la responsabilidad de estar adecuadamente capacitados en el manejo de los diversos niveles de analgesia aplicándolos en base a la situación del enfermo; teniendo en cuenta el empleo de la comunicación clara, gradual y honesta entre el equipo de salud, el paciente y su familia resulta esencial para evitar conflictos éticos y emocionales, prevenir la conspiración del

silencio y apoyar la adaptación emocional. Además, es crucial reconocer y mitigar la sobrecarga del cuidado principal mediante intervenciones psicoemocionales, promoviendo siempre una atención humanizada y centrada en el bienestar integral del paciente.⁽⁹⁾

Por lo tanto, resalta la urgencia del desarrollo de políticas claras y programas de capacitación por parte del Ministerio de Salud y organizaciones afines con la premisa de apoyar a los profesionales de enfermería en la toma de decisiones informadas y éticas para un manejo adecuado del dolor y el sufrimiento a los pacientes paliativos. La ética y bioética son fundamentales durante el cuidado de la salud ya que en ocasiones aparecen conflictos éticos legales en los que el enfermero se ve involucrado estableciendo de esta manera requisitos o premisas al momento de actuar conforme al marco de la ley y cumpliendo con los cuatro principios bioéticos en salud.^(10,11)

Por ello, es imprescindible abordar la interrogante: ¿Cuáles son los aspectos éticos involucrados en el cuidado de enfermería durante la sedación paliativa en pacientes en etapa terminal, en el marco la práctica clínica y de la normativa profesional vigente?, para lo cual se plantean los siguientes objetivos.

OBJETIVO GENERAL

- Analizar los dilemas éticos implicados en el cuidado de enfermería durante la sedación paliativa al paciente terminal, a fin de contribuir al fortalecimiento de la práctica clínica ética humanizada y acorde a los principios de la bioética y la normativa profesional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los principios bioéticos que orientan el actuar de los profesionales de enfermería en la administración de la sedación paliativa a pacientes en fase terminal
- Describir las estrategias e intervenciones en las prácticas de enfermería que favorecen la comunicación, una atención ética humanizada en el contexto de la sedación paliativa, considerando el respeto por la autonomía, la dignidad y el alivio del sufrimiento.
- Elaborar una propuesta de consentimiento informado para la aplicación de la sedación paliativa en el paciente terminal.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

Los cuidados paliativos son reconocidos como un componente especializado y centrado en mejorar el bienestar de los pacientes y sus familias que enfrentan desafíos asociados con

enfermedades o patologías totalmente mortales. El personal de enfermería en esta área requiere habilidades teórico - práctico, además del desarrollo del pensamiento crítico que resulta indispensable en la manera de comunicarse, educar y tratar al paciente y su familia en base a una atención holística.⁽¹²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos, como la intervención que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que enfrentan problemas con la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento de dolor impecable y otros problemas físicos, psicológicos y mentales.⁽¹³⁾

En el pasado los cuidados paliativos fueron vistos o definidos exclusivamente como una intervención que tiene como objetivo aliviar el sufrimiento en la última etapa de la vida, premisa errónea sobre la disciplina. Sin embargo, en la actualidad su implementación temprana se ha convertido en una práctica recomendada hacia la atención de pacientes con enfermedades crónicas complejas, tanto oncológicas como no oncológicas además de patologías en estadio terminal. Esta integración ha demostrado tener un impacto positivo en el curso de estas intervenciones, mejorando incluso aspectos como la supervivencia, el estado de ánimo y la calidad de vida de los pacientes.⁽¹⁴⁾

Por consiguiente, el concepto de cuidados paliativos es amplio y se optimiza cuando se lleva a cabo por un equipo multidisciplinario que se encuentra conformado por médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de asistencia espiritual, lo que garantiza un abordaje integral orientado al bienestar del paciente.⁽¹⁵⁾

El avance de los cuidados paliativos ha encontrado múltiples obstáculos, especialmente debido a la poca comprensión que tienen tanto los profesionales de la salud como las autoridades y la familia de los pacientes sobre su importancia y alcance. Diversas evaluaciones han señalado cómo los cuidados paliativos pueden mejorar significativamente la calidad de vida al proporcionar un control adecuado de los síntomas físicos, psicoemocionales y espirituales, lo que a su vez reduce los gastos innecesarios en intervenciones agresivas y poco flexibles.⁽¹⁵⁾

En el contexto de los cuidados paliativos, la sedación en pacientes en fase terminal y el ejercicio profesional de enfermería se rigen por los principios bioéticos como la autonomía, que garantiza el respeto a las decisiones informadas del paciente, la beneficencia, que orienta a procurar el máximo bienestar del paciente, la no maleficencia, que exige evitar daños

innecesarios y la justicia que asegura la equidad en el acceso y la calidad de los cuidados. Estos principios, aplicados de manera rigurosa y responsable, conforman el marco ético indispensable para la toma de decisiones clínicas, asegurando una práctica asistencial humanizada, ética y alineada con las disposiciones legales vigentes.^(14,15,16)

Por ende, garantizan al paciente el derecho de decidir sobre las intervenciones que desea recibir en la etapa final de su vida. Es ahí donde, la ética entra como disciplina ligada a la preservación de la vida humana, que, junto a la bioética, sostiene que cualquier avance en el campo de las ciencias biomédicas debe estar dirigido al beneficio de la humanidad, manteniendo un compromiso ético consciente, dinámico y capaz de ofrecer soluciones equilibradas ante dilemas éticos, además, brinda un marco para analizar los principios y valores que orientan y rigen la práctica.⁽¹⁶⁾

En el campo de las ciencias de la salud, las decisiones sobre el tratamiento de pacientes terminales se sustentan en los principios éticos que orientan a la práctica clínica. Entre ellos, la autonomía hace referencia a la libertad de elegir, por medio de la toma de decisiones sobre su tratamiento, y por lo tanto, sobre la vida y la muerte, para ello, el paciente debe estar consciente de la decisión que va a tomar a través de la información previa brindada por parte del personal de enfermería.⁽¹⁶⁾

La no maleficencia, expresada con el “Primum non nocere”, que implica no hacer daño a otro, aunque este lo autorice, refleja respeto por la vida, la salud, la integridad física y el curso natural de la vida y rechaza el paternalismo médico como la obstinación terapéutica, es decir, la aplicación de medidas desproporcionadas que no reportan beneficio real. En el contexto de la sedación paliativa, este principio se relaciona directamente con la necesidad de limitar el esfuerzo terapéutico.⁽¹⁷⁾

El principio de justicia, que sostiene que todas las personas poseen igual dignidad y merecen trato equitativo y respeto. Aplicar el mismo exige la distribución y la oferta justa de los recursos, asegurando de tal manera que todos los pacientes puedan acceder a cuidados de calidad en la etapa final de la vida, incluida la sedación paliativa de ser necesaria. Además, la beneficencia, rige hacer el bien al paciente, con el máximo beneficio posible y con el mínimo riesgo.⁽¹⁸⁾

Los profesionales de enfermería se enfrentan a dilemas éticos complejos y frecuentes durante el proceso de la sedación paliativa en pacientes en fase terminal, los cuales casi siempre suelen estar relacionados con aspectos como las tensiones entre la autonomía del paciente y las decisiones clínicas, la sedación paliativa vs la eutanasia encubierta, las implicaciones

éticas y legales del consentimiento informado, la proporcionalidad y adecuación del tratamiento en función de los síntomas refractarios así como, el impacto emocional y moral que estas intervenciones generan en el personal de enfermería. Estos conflictos éticos encuentran sustento y orientación en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, los cuales constituyen el marco normativo para la toma de decisiones clínicas en contextos de final de vida.^(17,18)

Por ello, la ética y la bioética son disciplinas interconectadas que colaboran en la resolución de dilemas relacionados tanto con el inicio como con el fin de la vida. Donde la ética abarca los principios y normas que guían en las decisiones y en la forma de actuar de los profesionales en salud dentro del entorno clínico, además, la bioética se encarga de analizar las cuestiones sobre la vida y la salud desde un enfoque más amplio, incorporando aspectos importantes como las prácticas sociales y políticas. Juntas estas disciplinas operan de manera complementaria, ofreciendo diferentes enfoques y perspectivas para la resolución de los conflictos.⁽¹⁶⁾

Estos aparecen a partir de la toma de decisiones en la atención de los pacientes en etapa terminal, representando un verdadero reto en la práctica del profesional de enfermería, donde surge a raíz de los aspectos morales, emocionales y clínicos que no siempre tiene soluciones simples o definitivas. Estos dilemas se presentan cuando los profesionales deben decidir en situaciones donde entran en conflicto el respeto por la autonomía del paciente, la preservación de la vida y la obligación de mitigar el sufrimiento.⁽¹⁹⁾

Con relación a uno de los dilemas más recurrentes en el ámbito de la atención sanitaria es el conflicto que surge entre la autonomía del paciente y las decisiones tomadas por sus familiares, dado que, la autonomía del usuario representa un principio ético fundamental que confiere a la persona el derecho de decidir sobre los tratamientos que desea recibir o rechazar. Sin embargo, en el contexto del final de la vida, es posible que los pacientes se encuentren incapacitados para expresar sus deseos debido a un deterioro cognitivo o físico, lo que lleva a los familiares a asumir la responsabilidad de tomar decisiones en su nombre.⁽¹⁹⁾

Esta situación puede generar tensiones cuando las preferencias del paciente no coinciden con las de sus familiares, quienes a menudo buscan prolongar su vida, aun cuando este pudiera haber manifestado anteriormente su deseo de no recibir tratamientos invasivos o de evitar un sufrimiento prolongado. Dicho conflicto coloca a los profesionales de enfermería en una posición complicada, ya que deben equilibrar su obligación de respetar

la autonomía del paciente con las expectativas de la familia, lo que puede dar lugar a situaciones de estrés moral.⁽¹⁹⁾

Además de esto, otro dilema frecuente es el relacionado con la calidad de vida del paciente frente a los síntomas refractarios, vinculado a principios éticos como la beneficencia, la no maleficencia y la autonomía, donde, evaluar la calidad de vida implica considerar factores como la capacidad funcional y social, el manejo de los síntomas, el pronóstico clínico y los valores personales del paciente. En este contexto, cuando se identifica una calidad de vida mínima, que supone un grave deterioro, acompañado del sufrimiento y dolor, obliga a reflexionar sobre el equilibrio entre prolongar la vida y evitar el sufrimiento excesivo.⁽²⁰⁾

Cabe destacar, que la evaluación de la calidad de vida es esencialmente subjetiva y puede diferir considerablemente entre el profesional de la salud y el propio paciente. Por tal razón, la percepción de una persona sobre su calidad de vida varía según su situación, pudiendo experimentar cambios significativos entre períodos de salud y enfermedad. Esta diferencia de perspectivas hace aún más compleja la toma de decisiones éticas y clínicas, pues se requiere respetar la visión paciente mientras se procura su bienestar. Por ello, integrar la valoración subjetiva del paciente resulta clave para ofrecer cuidados paliativos centrados en la persona y en su dignidad.⁽²⁰⁾

Por otro lado, el desconocimiento sobre la sedación paliativa representa otro dilema ético, en base a la confusión con la eutanasia, de manera que, el uso de la sedación se emplea con el fin de aliviar el sufrimiento incontrolable de pacientes en estado terminal; no obstante, su implementación puede suscitar controversia, debido a que muchos consideran una forma encubierta de eutanasia.⁽²¹⁾

Aunque el objetivo primordial de la sedación es proporcionar comodidad al paciente sin acelerar su deceso, la percepción de que esta podría acortar la vida de este, puede originar conflictos éticos entre los profesionales de la salud, por ello, se precisa que el personal de enfermería junto al equipo multidisciplinario debe informar al paciente y la familia cual es el proceso y las consideraciones de la sedación. Este dilema surge a partir del desconocimiento por parte de los profesionales de enfermería al administrar sedación paliativa, especialmente en situaciones donde no está claro si dicha práctica respeta los deseos del paciente o si ha sido consensuada con sus familiares.⁽²¹⁾

Por último, otro dilema surge en la incertidumbre respecto al uso de tecnologías avanzadas con el fin de prolongar la vida, los avances tecnológicos dentro del campo de medicina han permitido mantener con vida a pacientes mediante procedimientos como la ventilación

mecánica o el soporte vital, incluso cuando no hay expectativas reales de mejorar su calidad de vida. Este tipo de tratamientos suscita la interrogante sobre cuándo es éticamente justificable continuar con medidas invasivas y cuándo sería preferible optar por cuidados paliativos que prioricen el confort del paciente.⁽²²⁾

Los profesionales de enfermería, al estar involucrados directamente en la ejecución de terapias o procedimientos suelen enfrentarse a la difícil decisión de continuar con acciones que prolonguen el proceso de morir o promover un enfoque paliativo más humano y centrado en la persona. Este dilema se torna particularmente agudo cuando el paciente no ha manifestado previamente sus deseos a través de directivas anticipadas, dejando al equipo de salud y a los familiares en la difícil posición de tener que decidir en su nombre.⁽²²⁾

En síntesis, los dilemas éticos que enfrentan los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes en fase terminal son complejos y abarcan múltiples dimensiones, por lo que demandan de un abordaje integral que incluya la formación continua, apoyo institucional y la creación de espacios de comunicación abiertos y colaborativos. Es así como, establecer protocolos claros no solo contribuye a mejorar la calidad del cuidado, sino que también protege la salud emocional del personal, reduciendo el riesgo de estrés moral y agotamiento profesional. Por ende, es fundamental que las instituciones de salud reconozcan la relevancia de estos elementos y fomenten una cultura ética que respalde al profesional de enfermería en su papel esencial en el cuidado de pacientes en la etapa final de la vida.⁽²³⁾

Cada vez son más frecuentes las situaciones en las que el tratamiento médico y los cuidados impartidos que se ofrece a un paciente no contribuye a su recuperación ni mejora su bienestar, sino que simplemente prolonga su agonía o sufrimiento en el proceso de morir. En este escenario, se vuelve fundamental considerar la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), la cual no implica una interrupción total de los esfuerzos terapéuticos, sino que se redirigen hacia otras áreas del cuidado, como la analgesia, la sedación y el apoyo psicológico. De esta manera, se busca garantizar una muerte digna.^(24, 25)

Por ende, al tratar el tema de a quien están dirigidos los cuidados paliativos, es fundamental reconocer que salvaguardar la vida es el principio rector para los profesionales de la salud. No obstante, cuando se analiza la situación de un paciente en fase terminal, resulta inviable enfocarse únicamente en prolongar la vida. En estos casos, la muerte se considera como un desenlace natural y no debe ser evitada. Aun así, esto no significa que se descuide la atención tanto del paciente como de su entorno familiar, ya que ambas partes necesitan de un cuidado especializado y adecuado.⁽²⁴⁾

En este sentido, el paciente, plenamente consciente de sus decisiones, tiene el derecho de ejercer su declaración de voluntades anticipadas, esto permite que los usuarios mantengan su autonomía y expresen las instrucciones sobre los cuidados que desean recibir en caso de llegar a una situación en la que no sean capaces de tomar decisiones por sí mismos. Además, la declaración de voluntades anticipadas puede ser reemplazada por la designación de un representante en cuestiones de salud, lo que faculta a otra persona a tomar decisiones sobre su tratamiento.⁽²⁶⁾

Las voluntades anticipadas se redactan para la toma de decisiones en un futuro, este documento adquiere efectividad cuando el paciente se encuentra en estado terminal de una enfermedad incurable e irreversible, o ante otro evento que impida su capacidad de decisión. Es de suma importancia considerar que esta situación se da en el momento en que concurren circunstancias que no le permiten al paciente expresar personalmente su voluntad debido a su estado de inconsciencia, coma o incapacidad para la toma de decisiones, no se interpretará que la voluntad anticipada implique una oposición a los cuidados paliativos.⁽²⁷⁾

Entre las situaciones más comunes incluyen, en caso de enfermedad incurable o terminal, a menos que, si el paciente se encuentre consciente y capaz de comunicarse, prevalecerá su deseo sobre lo estipulado en el documento correspondiente. Asimismo, se utilizarán en situaciones en las que el paciente permanezca en un estado vegetativo persistente que le impida manifestar su voluntad, en enfermedades como inmunodeficiencia grave, enfermedades degenerativas del sistema nervioso, cuadriplejías, enfermedad del Alzheimer y otras de gravedad comparable.⁽²⁵⁾

No obstante, es importante aclarar que la voluntad anticipada es regulada por la ortotanasia, es decir, la actuación ética y adecuada ante la muerte por parte de quienes brindan atención a aquellos que padecen una enfermedad en estadio terminal.⁽²⁹⁾ En otras palabras, implica la decisión de elegir y planificar los tratamientos médicos o cuidados que se deseen recibir en el futuro en caso de enfrentar una patología crónica, así como, la elección de lo que se prefiere evitar durante la etapa final de la vida.⁽²⁸⁾

El paciente se encuentra en pleno derecho de recibir información completa, clara y continua de manera verbal o escrita sobre el proceso de la enfermedad, donde se incluya el diagnóstico, tratamiento y sus alternativas, además del riesgo y pronósticos; en el caso de que el paciente no quiera o no este en la capacidad de recibir información, esta será proporcionada a los familiares o cuidadores legales. Por otro lado, el desconocimiento del

paciente sobre su estado de salud limita su capacidad de toma de decisiones, de esta manera, solo los pacientes con capacidad de comprender la situación a la que se enfrenta tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto.⁽³⁰⁾

La familia debe estar correctamente informada sobre la evolución de la enfermedad, por lo tanto, tratar de evitar que el paciente conozca sobre su estado de salud, impide que este comparta sus sentimientos, miedos y hace que este se sienta cada vez más aislado. El profesional de salud y la familia no pueden brindar mensajes discordantes, sobre todo, cuando insisten en ocultar la información al enfermo, es importante tratar de convencerles de que es mucho mejor la sinceridad y fomentar una comunicación veraz entre ambos. Es una situación difícil, pero sea el profesional de salud o familia deben considerarse siempre los derechos del paciente y respetarlos.⁽³¹⁾

La integración de planes de cuidado paliativo resulta obligatorio e importante como parte trascendente del tratamiento, donde no solo se permite el abordaje al paciente, sino, la integración de la familia al mismo, permitiendo la reducción de costos, prevención de complicaciones, alivio del sufrimiento cubriendo las necesidades tanto físicas, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales de una manera honesta, justa y profesional.⁽²⁵⁾

De ahí que, en la fase final de la vida la comunicación toma relativa importancia en el abordaje de los cuidados paliativos, pretendiendo averiguar las necesidades que pueden presentar los pacientes y familiares con la finalidad de poder ayudar a afrontar la enfermedad; para que la comunicación sea efectiva se necesita tomar en cuenta la edad, el sexo, religión, creencias, nivel cultural y socioeconómico, lo que permitirá la adaptación del mensaje de una forma correcta, para de esta manera transmitir la información.⁽³²⁾

El paciente terminal es el individuo que presenta un estadio avanzado de la patológica y por lo tanto no responde al tratamiento iniciado, por lo que el desenlace esperado es la muerte en un lapso corto de tiempo.⁽³³⁾ La Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos la define como una enfermedad en fase terminal a aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.⁽³⁴⁾

En este escenario, la atención y los cuidados dirigidos hacia el paciente y familia se centran en el alivio del sufrimiento y no en la prolongación de la vida, puesto que es ahí donde se articulan y conjugan el trabajo interdisciplinar con el fin de cubrir las necesidades que se

pueden presentar, de tal modo, el abordaje se dará a través de un enfoque biopsicosocial, donde se abordaran las adaptaciones al entorno, personalidad, relación que puede tener el paciente con su familia y consigo mismo.⁽³⁵⁾

Sin embargo, en la actualidad el tema sobre la muerte digna es un tabú entre la sociedad, ya que atribuyen la premisa de aceptar la muerte cuando el paciente se encuentra en etapa terminal, sin tomar en cuenta que muchos pacientes no consiguen un estado de paz interior y de aceptación ante esta eventualidad. Es esencial tratar los síntomas físicos, pero no se debe dejar de lado las necesidades espirituales en cuestión de resolver cuentas pendientes, para de esta manera, la atención paliativa sea cubierta en su totalidad y asegurar una muerte digna.⁽³⁶⁾

En ese momento, toma importancia las voluntades anticipadas o autodeterminación voluntaria en la situación de una enfermedad terminal, a través del argumento claro del derecho a la muerte digna, que paradójicamente se nutre del derecho a la vida. A través de esto, las personas que sufren una enfermedad terminal e incurable poseen el derecho a morir dignamente evitando alargar su vida en calidad de pacientes cuando está ya no tiene calidad ni dignidad, es decir que esta voluntad anticipada no busca causar la muerte sino solo aceptarla, teniendo como herramienta al personal médico necesario y capacitado para llevar a cabo la voluntad anticipada del mismo.⁽³⁷⁾

Por lo tanto, los profesionales de enfermería en cuidados paliativos se enfrentan a diversos retos y obstáculos, como el control de los síntomas físicos y psicológicos que atraviesa el usuario, con la particularidad del respeto hacia la autonomía, derechos de las personas, ofrecer acompañamiento emocional y perseguir el bienestar, la calidad vida a través del trabajo multidisciplinario. Tales retos conducen a cuidar, apoyar y acompañar a individuos en sus últimos momentos, sin descuidar la atención hacia la familia del paciente.⁽³⁸⁾

El cuidado del paciente con enfermedades terminales plantea un desafío para los profesionales de la salud porque las situaciones complejas de manejar desde el principio y la necesidad de controlar los síntomas, que pueden dejar en un segundo plano el diagnóstico y la evaluación adecuados para el tratamiento. Los síntomas de estos pacientes cambian con frecuencia y varían en naturaleza e intensidad, especialmente el dolor, aunque no es el único síntoma, si representa la causa mayor angustia y desesperación a los pacientes y sus familiares porque es una manifestación con un componente subjetivo que se origina en las emociones y sentimientos percibidos por el paciente durante el proceso de morir.⁽³⁹⁾

En muchas ocasiones los síntomas pueden ser más difíciles de manejar o responder a los medicamentos habituales para el tratamiento, en estos casos, se requiere de un abordaje interdisciplinario para que el manejo sea eficaz y efectivo. Donde, resulta esencial reconocer entre un síntoma de difícil manejo y un síntoma refractario, entendiéndose que el último es aquel síntoma en el cual todos los tratamientos han fallado su objetivo de reducir el dolor o sufrimiento.⁽⁴⁰⁾

Es fundamental reconocer cuando se aborda un síntoma difícil, manifestando que es aquel que precisa de una intervención o tratamiento intensivo para su control, que va más allá de las vías habituales, enfocándose desde un punto de vista holístico donde cubra, trate y valore la integralidad del paciente, sin alterar el nivel de conciencia, en otras palabras, se trata a través del cambio de indicación y conveniencia o no la implementación de la sedación paliativa.⁽⁴¹⁾

El término refractario hace referencia a los síntomas que no se pueden controlar a pesar de los esfuerzos intensivos a través de una terapia tolerable que no compromete el nivel de conciencia; en concreto, podría decirse que los síntomas refractarios más frecuentes en los procesos de cuidados paliativos y en las fases terminales de la vida que suelen ser el dolor, disnea, náuseas, vómitos, delirium, inquietud, agitación. Por medio, de los criterios diagnósticos se puede considerar que un síntoma es refractario cuando las intervenciones invasivas y no invasivas son incapaces de proporcionar un alivio adecuado, las cuales están asociadas con una morbilidad aguda, crónica excesiva o intolerable y es poco probable que proporcionen alivio dentro de un plazo tolerable.⁽⁴²⁾

En tal sentido, cuando la enfermedad o patología se convierte en irreversible, se debe iniciar con acciones diagnósticas y terapéuticas en base a la situación clínica y su pronóstico; por tal razón, toma importancia la adecuación del esfuerzo terapéutico o limitación del esfuerzo que implica suspender o no iniciar tratamientos que tengan pocas posibilidades de éxito o cuyo único objetivo sea prolongar la vida biológica sin posibilidad de recuperación funcional o mantenimiento de una mínima calidad de vida, pero, sin descuidar el inicio de otros tratamientos encaminados a mejorar el confort y la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, no se referimos a este comportamiento como “limitación de los esfuerzos del tratamiento” sino más bien como “adecuación del tratamiento”.⁽⁴³⁾

Existe la posibilidad de que a pesar de que existe el control de los síntomas de manera adecuada en la fase terminal de la enfermedad, los pacientes no encuentren el alivio necesario frente al sufrimiento, debiéndose considerar otras alternativas de tratamiento, es

ahí, donde ingresa la sedación paliativa, termino mal entendido por la familia que menciona que esta práctica acelerara el proceso de muerte del paciente. Pero, verdaderamente esta ayuda al control de los síntomas que aqueja al paciente.⁽⁴⁴⁾

En este contexto, la sedación paliativa se entiende como una intervención destinada a pacientes en fase terminal, básicamente consiste en administrar medicamentos en dosis y combinaciones mínimas necesarias para reducir el nivel de conciencia, con el propósito de aliviar uno o varios síntomas refractarios que causan sufrimiento. Este proceso requiere el consentimiento informado del paciente o, en su defecto, de su familia.⁽⁴⁵⁾

Por tal razón, se explica como un proceso dinámico o una práctica clínica en la cual se realiza la aplicación de medicamentos sedantes bajo supervisión, tomando en cuenta factores específicos como el tiempo, la proporcionalidad de la intervención, la eficacia y eficiencia en la regulación de los síntomas refractarios. Adicionalmente, esta práctica puede ser realizado tanto en ambientes intrahospitalarios como extrahospitalarios.⁽⁴⁵⁾

Es importante tener clara la diferencia entre la sedación paliativa y la eutanasia. En la sedación paliativa, como se mencionó anteriormente, tiene por objetivo aliviar el sufrimiento por medio de la disminución del estado de conciencia de forma farmacológica para de esta forma controlar los síntomas que desencadenan dicho malestar y sufrimiento. En cambio, la eutanasia, tiene por finalidad ocasionar la muerte del individuo, que previamente lo ha solicitado de forma voluntaria y autónoma.⁽⁴⁶⁾

Cabe destacar que la sedación paliativa a través de la indicación adecuada y administrada de manera correcta no contribuye ni acelera el proceso de la muerte. La práctica de la sedación aún requiere de un análisis importante en base a tres premisas, en primer lugar, plantea un problema significativo en la autonomía del paciente, en cuestión de obtener el consentimiento informado además reconocer términos que contribuyan al bienestar individual y familiar.⁽⁴⁷⁾

En segundo lugar, como intervención para aliviar el sufrimiento, es apropiada sólo en casos limitados y, puede llegar a ser contraproducente en otros (cuando un individuo valora su acción psicológica o social actual más que el alivio del dolor o la experiencia negativa). En tercer lugar, las opiniones éticas de las personas se encuentran influenciadas en la comprensión del estatus legal y moral de la muerte asistida o eutanasia; esto es inútil y ocluye las interesantes urgentes cuestiones éticas que plantea la sedación paliativa como una intervención distinta al final de la vida.⁽⁴⁷⁾

El objetivo de la sedación paliativa es calmar el sufrimiento, no terminar con la vida, y los estudios han demostrado que la sedación generalmente no está asociada con una menor expectativa de vida. Además, uno de los principios rectores es que debe utilizarse cuando la esperanza de vida de un paciente terminal está en el rango de horas a días. De tal manera, destaca la importancia de involucrar a un equipo multidisciplinario en la toma de decisiones sobre sedación paliativa. El equipo suele estar formado por un médico, una enfermera, un farmacéutico, un especialista en dolor, una figura religiosa y miembros del comité de ética, porque, los cuidados paliativos son personalizados para cada paciente en función de los objetivos de atención discutidos con el paciente y la familia.⁽⁴⁸⁾

Cuando se obtiene el consentimiento informado, se puede iniciar la disminución controlada del nivel de consciencia del enfermo, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis adecuadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento, aunque no en todas las definiciones de consenso actual se recoge el término de proporcionalidad, sí es ampliamente repetido en las últimas directrices que la disminución de conciencia deberá ser solo en grado suficiente para conseguir el alivio deseado y nunca más allá de lo estrictamente necesario. Por lo contrario, se debe ratificar que no existe evidencia de que la administración de sedación proporcional acorte la vida, ya que varios estudios retrospectivos no mostraron diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas de vida.⁽⁴⁹⁾

El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere de una implementación terapéutica correcta en base a la existencia de un síntoma o sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo efectuada por un médico y, si fuera posible, validada por otro médico, además el consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente y los profesionales implicados deben tener una información clara y completa del proceso y efectuar el registro en la historia clínica.⁽⁵⁰⁾

La sedación tiene carácter primario cuando la disminución de la conciencia busca como finalidad u objetivo terapéutico y sería considerada como secundaria cuando el efecto sobreviene no de la acción primaria del fármaco, sino como efecto colateral del mismo. También, la sedación puede ser puntual para controlar síntomas que pueden o no ser refractarios y que no se extiendan más de 48 horas. No obstante, la mayoría de los pacientes que se encuentran en el final de la vida requieren una sedación continua, ya que los síntomas tienen una duración mayor a 48 horas.⁽⁵¹⁾

La aplicación de la sedación, se debe tomar en cuenta el tiempo o la temporalidad de la misma, existiendo formas de sedación entre ellas la continua, en la cual no existe períodos de descanso debido a los múltiples síntomas refractarios que afectan a la calidad de vida del paciente, por otro lado, la sedación intermitente consiste en permitir períodos de alerta o de conciencia, básicamente, la calidad de vida se ve afectada por un síntoma. Por otra parte, la intensidad del dolor incide en la sedación puesto que, puede ser profunda o superficial, la primera no permite la comunicación con el paciente mientras que la segunda permite la comunicación del paciente continua o intermitente y su profundidad se gradúa para alcanzar el nivel de sedación que logre el alivio de los síntomas.⁽⁵²⁾

Antes de iniciar la aplicación de la sedación hay que tomar en cuenta la evaluación exhaustiva del paciente con la finalidad de identificar si existen factores reversibles o tratables que puedan estar contribuyendo al deterioro o a la angustia severa del usuario. En términos generales, cuando se contempla la sedación paliativa, es fundamental que un equipo multidisciplinario revise el caso, asegurando que se hayan explorado todas las opciones de tratamiento razonables y que la sedación paliativa se ajuste a los objetivos de alivio de los síntomas refractarios del paciente.⁽⁵³⁾

Por tal razón, los profesionales de la salud se enfrentan a la necesidad de mantener conversaciones repetidas y emocionales complejas con los pacientes y las familiares, este aspecto es uno de los más desafiantes dentro del trabajo de los equipos sanitarios ya que, los pacientes lidian con el impacto emocional de la enfermedad que amenaza su vida, enfrentándose a decisiones difíciles sobre el tratamiento y las pocas posibilidades de beneficio, mientras intentan equilibrar la esperanza con las metas realistas y alcanzables.^(38,53)

El consentimiento informado es imprescindible, ya que requiere la aprobación por parte del paciente o el cuidador principal respetando así la autonomía y el derecho a decidir sobre la salud, para ello, se debe tomar en cuenta la voluntariedad por la cual los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o someterse a un estudio sin que haya persuasión ni manipulación, además, la información debe ser comprensible e incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento, por último, la comprensión del paciente sobre la información que recibe el paciente.⁽⁵⁴⁾

Es importante el respeto de la autonomía del paciente, así como la capacidad de decisión de sus familiares o representantes legales en caso de que el usuario no pueda participar en la

decisión, la misma, puede ser tomada por el paciente, familiares o cuidadores, en la mayoría de los casos, la toma de decisiones compartida aumenta la satisfacción del paciente, mejora la adherencia al tratamiento y optimiza tanto los resultados como los costos sanitarios. Aunque varios artículos mencionan que no resulta imprescindible que el consentimiento informado se formalice por escrito, sí es fundamental que quede debidamente registrado en la historia clínica del paciente o, cuando corresponda, en documentos oficiales como el registro de voluntades anticipadas.⁽⁵⁵⁾

En la aplicación de la sedación paliativa se debe tomar en cuenta el lugar donde se ejecuta, de esta manera, tanto a nivel domiciliario como en la unidades de salud de primer y segundo nivel, teniendo en cuenta, el estado del paciente en base a los síntomas refractarios que le aquejan, el nivel o intensidad del dolor, las situaciones de emergencia que comprometan a la vida, en estos casos, el equipo multidisciplinario conjuntamente con la familia decidirá el inicio de una sedación profunda limitada con el objetivo de aliviar el dolor y esperar el desenlace de la muerte.⁽⁵⁶⁾

Una vez tomada la decisión de iniciar el proceso o aplicación de la sedación, se deben tener en cuenta varias consideraciones para elegir el mejor fármaco, de esta manera esta elección se dará en base a los síntomas que aquejen o agobien al paciente, después de la elección y aplicación del fármaco el monitoreo de la sedación resultará importante porque permitirá valorar el estado de conciencia del paciente y determinar el nivel de comunicación del mismo, por último, este monitoreo permitirá la valoración del estado del usuario y saber cuándo se necesitara administrar dosis de rescate o adicionar terapia dual a esquema de sedación, para lograr el objetivo propuesto.⁽⁵⁶⁾

Los grupos farmacológicos más comunes utilizados en la sedación paliativa son las benzodiacepinas que constituyen la primera elección en ausencia de delirio, ya que son empleadas para inducir sedación y amnesia, ejerciendo efectos ansiolíticos, anticonvulsivantes y relajantes musculares mediante la interacción con sitios de unión específicos en los receptores GABA. Entre este grupo, el fármaco que se utiliza con mayor frecuencia es el midazolam, el cual representa el 70% de la utilización en sedación paliativa y presenta una eficacia que oscila entre el 83% y el 87%. Este medicamento se administra a través de varias vías, incluyendo intravenosa, subcutánea y oral.^(43,57)

Factores como la pluripatología, edad avanzada, polifarmacia y aspectos emocionales que dificultan el abordaje de una sedación compleja debido al riesgo de tolerancia, interacciones medicamentosas y afrontamiento emocional que complican el manejo de la sedación, el

midazolam es el fármaco sedante que se utiliza con mayor frecuencia. Sin embargo, para conseguir un adecuado control sintomático suele ser preciso la asociación con otros fármacos como la morfina utilizada para el control del dolor y disnea, butilescopolamina o escopolamina empleada para el control de vómitos, haloperidol utilizado para el delirium y la levomepromazina utilizada en casos donde ni el midazolam ni haloperidol puede controlar la agitación psicomotriz.^(47,58)

Los opioides son frecuentemente empleados en el control del dolor, siendo una opción habitual en pacientes terminales. La elección se basa en la intensidad del dolor referido por el usuario, destacando la morfina como el analgésico más utilizado en este contexto. Adicionalmente, se encuentran los barbitúricos, particularmente el fenobarbital, que se administran subcutáneamente y actúan como un sedante potente. Este último se utiliza en situaciones en las que la medicación con benzodiacepinas resulta insuficiente, especialmente en aquellos pacientes sin acceso a la vía intravenosa, alcanzando una eficacia del 79%.^(34,50)

Las estrategias de enfermería en el ámbito de la sedación paliativa para pacientes en fase terminal se fundamentan en principios esenciales como la autonomía, la dignidad y el alivio al sufrimiento. Las intervenciones incluyen establecer una comunicación clara, empática y honesta; fomentar el respeto por las decisiones y valores del paciente, además de aplicar cuidados clínicos humanizados durante el proceso de sedación; brindar soporte emocional y acompañamiento en el tramo final de la vida, así como promover el trabajo colaborativo y la toma de decisiones éticas de manera conjunta. Todo esto implica no solo cuidar el cuerpo, sino a la vez los valores y el sufrimiento del paciente terminal actuando siempre con muchas responsabilidad, respeto y compromiso profesional.⁽⁷⁵⁾

Otra estrategia en el contexto de la sedación paliativa se precisa la formación continua del personal de enfermería en bioética, habilidades comunicativas y toma de decisiones compartidas, además, de la creación de comités éticos que permitan analizar situaciones complejas y orientar las intervenciones, garantizando que estas respeten la autonomía y dignidad del paciente, por ello, es esencial contar con protocolos estandarizados para la administración de fármacos con el fin de brindar seguridad y confianza al personal de enfermería.⁽⁷⁶⁾

La comunicación efectiva, clara y empática constituye una piedra angular en el cuidado paliativo, porque, al promover un diálogo abierto y gradual entre el equipo de salud, el paciente y la familia permitirá resolver dilemas éticos, evitando la conspiración del silencio

y fortaleciendo la toma de decisiones informadas y respuestas, esto ayudara a implementar la aplicación del consentimiento informado centrándose en el paciente con la finalidad de proteger y respetar los derechos del paciente y prevenir conflictos.⁽⁷⁷⁾ Además, se enfatiza la importancia del acompañamiento emocional y del apoyo psicosocial tanto al paciente como a la familia con el objetivo de identificar señales de sobrecarga en los cuidadores y ofrecer herramientas de afrontamiento y educación que contribuya a una adaptación más fácil y a una experiencia de final de vida más humanizada.⁽⁷⁷⁾

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo documental, descriptiva y transversal que permitió analizar los dilemas éticos implicados en el cuidado de enfermería durante la sedación paliativa al paciente terminal a fin de contribuir al fortalecimiento de la práctica clínica ética humanizada y acorde a los principios de la bioética y la normativa profesional, así identificar los principios bioéticos que orientan el actuar de los profesionales de enfermería en la administración de la sedación paliativa a pacientes en fase terminal, describir las estrategias e intervenciones en las prácticas de enfermería que favorecen la comunicación, una atención ética humanizada en el contexto de la sedación paliativa y elaborar una propuesta de consentimiento informado para la aplicación de la sedación paliativa en el paciente terminal.

Fueron seleccionados documentos publicados desde 2020 hasta el presente año, empleando palabras claves según los Descriptores de Ciencias de la Salud (*DECS WORDS*) y los operadores Booleanos AND y OR, de la siguiente manera: “*cuidados paliativos*” AND “*sedación*”, “*paciente terminal*” OR “*cuidados de enfermería* AND “*paliativos*”.

Se recopiló información mediante bases de datos científicas de salud a nivel mundial y regional como: Dialnet, Elsevier, Scielo y repositorios digitales universitarios. Además, se accedió a sitios web oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud Pública (MSP).

Se utilizaron métodos de análisis y síntesis para fundamentar el marco teórico y orientar los resultados, a través de la resolución a la siguiente pregunta, presentada en la introducción: ¿Cuáles son los aspectos éticos involucrados en el cuidado de enfermería durante la sedación paliativa en pacientes en etapa terminal, en el marco la práctica clínica y de la normativa profesional vigente?

Criterios de inclusión y exclusión

Los datos se obtuvieron teniendo en cuenta criterios de inclusión como, publicaciones pertinentes a partir del año 2020 hasta el 2025, en inglés y español, incluyendo artículos científicos, revisiones bibliográficas, revistas científicas, estudios realizados a nivel mundial y Nacional encontrados en las bases de datos seleccionadas que aporten con información relevante y actualizada acerca de la problemática.

Por otro lado, los criterios de exclusión aplicados documentos sin autor, documentos duplicados, artículos con acceso restringido, incompletos o que no aborden la temática de interés sobre la ética en el cuidado de enfermería en la sedación paliativa al paciente terminal.

Búsqueda bibliográfica

Se identificaron 116 estudios en las diferentes bases de datos, de los cuales 7 se encontraban duplicados, 14 fueron descartados aplicando los criterios de exclusión previamente establecidos. Posteriormente, 18 se excluyeron por falta de información pertinente al tema. Finalmente, fueron seleccionadas 77 bibliografías de las siguientes bases de datos: 13 Scielo, 28 revistas, 26 revisiones bibliográficas, 2 artículos de la OMS, 4 Elseiver, 4 Dialnet. (*Ilustración 1, Algoritmo de búsqueda*)

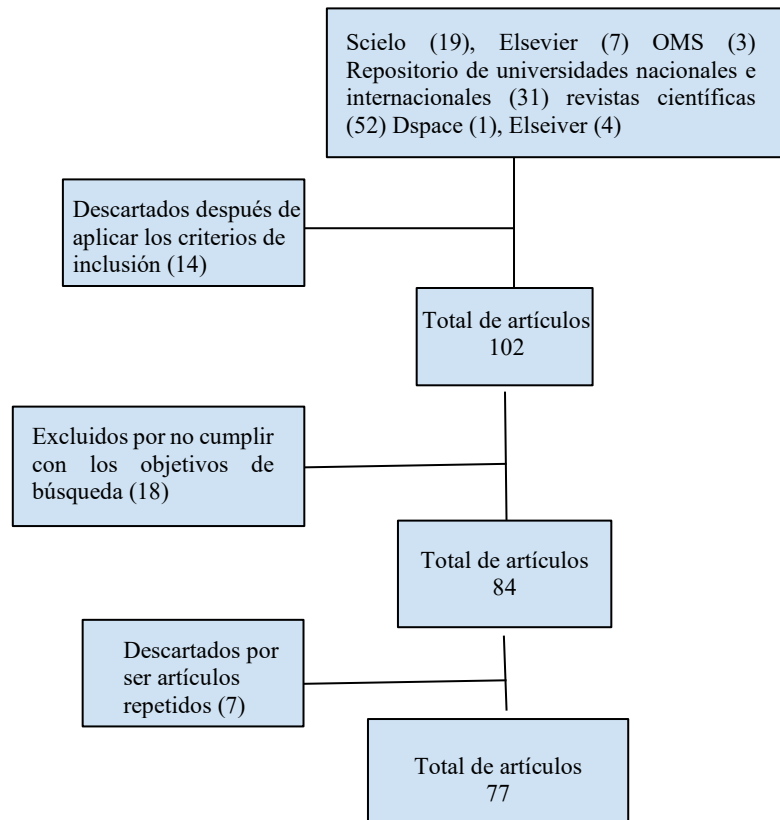
Recogida y extracción de datos

Se elaboró la triangulación de datos con el fin de responder a los objetivos específicos, para lo cual dentro la tabla de los factores de protección se evidencia (Autor; categoría: principales dilemas éticos); análisis de los autores, problema: principios éticos afectados; consideraciones de enfermería. *Ver Anexo 1, tabla 1*).

Consideraciones éticas.

La revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante una búsqueda minuciosa en bases de datos científicas y académicas, garantizando la selección de información relevante y actualizada para el desarrollo del estudio. No se identificaron conflictos de intereses, ni aspectos éticos, que comprometan la integridad o la validez del análisis. Además, se respetaron los principios de honestidad y transparencia científica, citando adecuadamente todas las fuentes bibliográficas consultadas y respetando los derechos de autor, lo cual contribuye a la aceptación del presente proyecto de investigación.

Ilustración 1. Algoritmo de búsqueda



CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presente investigación permitió analizar los dilemas éticos que surgen en el cuidado de enfermería durante la sedación paliativa en pacientes terminales, haciendo énfasis en la tensión que existe entre el respeto a la autonomía del paciente, la participación de la familia en la toma de decisiones y la correcta aplicación del consentimiento informado. En el contexto de los cuidados paliativos, la aplicación de la sedación paliativa requiere una reflexión profunda desde los principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La autonomía se refleja en la voluntad de la paciente expresada mediante el consentimiento informado o las voluntades anticipadas; mientras que la beneficencia y la no maleficencia exigen aliviar el sufrimiento sin vulnerar la dignidad ni acelerar el proceso de morir.⁽⁵⁹⁾

Un aspecto clave a analizar es el deber de respetar la autonomía del paciente y las expectativas emocionales y culturales de la familia, denotando el respeto por la autonomía como criterio rector en la toma de decisiones, siempre y cuando existan mecanismos institucionales y legales claros que respalden la voluntad del paciente. Al respecto, Brito N., Zurita M., Padrón L., Perez J.⁽⁶⁰⁾ mencionan que como estrategia es necesario fortalecer la

conformación de comités éticos y brindar formación al personal de enfermería para el abordaje del dilema relacionado al respeto de la autonomía. Resalta la importancia de fomentar una comunicación abierta y constante entre el paciente, su familia y el equipo de salud resulta esencial para alcanzar acuerdos que respeten las decisiones individuales y garanticen una atención paliativa digna y centrada en la persona.⁽⁶⁰⁾

En cuanto a los principios bioéticos que orientan el actuar de los profesionales de enfermería en la administración de la sedación paliativa, se identificó la presencia constante de conflictos éticos entre los principios de autonomía y beneficencia, se ven influenciados por factores institucionales, familiares y personales. Estos dilemas éticos reflejan la complejidad de la práctica clínica al final de la vida, donde las decisiones deben equilibrar el alivio del sufrimiento del paciente y su familia en conjunto con la participación del equipo de salud.⁽⁷³⁾ Se menciona que, los dilemas éticos en torno a la autonomía del paciente y el rol de la familia, los resultados muestran que la falta de comunicación clara y la ausencia de protocolos éticos consolidados generan conflictos en la decisión sobre la sedación paliativa. Esto se alinea con lo expuesto por autores como Herrera P., Lopez L.⁽²³⁾ Sobral M, Valle M., Ribeiro F.,⁽⁶⁴⁾ Ordoñez N.,⁽⁶¹⁾ quienes manifiestan que el conflicto entre la autonomía del paciente y las decisiones familiares representa uno de los dilemas más frecuentes, destacando que, la autonomía otorga al paciente el derecho a decidir o elegir sobre los tratamientos que desea recibir o rechazar; pero ante la eventualidad de que el paciente se encuentre en un estado en el que no pueda tomar decisiones, lo hará el familiar a cargo o cuidador principal, este escenario coloca al personal de enfermería en una situación de vulnerabilidad ética.^(61,60,64)

Por tal razón, los resultados evidencian que los profesionales de enfermería enfrentan el reto de equilibrar el respeto a la autonomía del paciente terminal con las expectativas emocionales, culturales y religiosas de la familia, reconociendo la autonomía como eje central siempre que existan mecanismos institucionales y legales que respalden la voluntad del paciente. En este sentido, Brito N., Zurita M., Padrón L. y Pérez J. ⁽⁶⁰⁾ subrayan la importancia de fortalecer la conformación de comités éticos y ofrecer formación específica al personal de enfermería para abordar este tipo de dilemas. Asimismo, se observa que fomentar una comunicación abierta, empática y constante entre el paciente, la familia y el equipo de salud contribuye a alcanzar consensos, favorece la toma de decisiones compartidas y permite ofrecer una atención paliativa centrada en la dignidad, el respeto y la voluntad del paciente.⁽⁶⁰⁾

De tal manera, Ruiz J., et al.⁽⁵⁷⁾ añade que la comunicación efectiva tiene como objetivo transmitir la información con claridad, para que de esta manera la familia y equipo de salud respete la autonomía de paciente, a través de un dialogo empático y sincero que facilite la toma de decisiones conjuntas, disminuyendo el sufrimiento emocional y reforzando la confianza entre los implicados además de impulsar una cultura de trabajo colaborativo respaldado por los principios éticos.⁽⁵⁷⁾

Es preciso mencionar que dentro de los dilemas éticos se identifican aquellos relacionados con la comunicación ética y el consentimiento informado, una necesidad urgente de fortalecer las competencias del personal de enfermería en bioética, comunicación clínica y aplicación efectiva del consentimiento como un proceso continuo y dialogado, más allá del simple cumplimiento legal. Jaramillo A., Bonilla P.⁽⁶²⁾, destacan la importancia de tomar decisiones clínicas que respetan la dignidad y autonomía del paciente, implicando tanto al equipo de salud como a la familia. Sin embargo, la adaptación familiar ante la enfermedad terminal suele ser complejo y puede generar conflictos como la conspiración del silencio, donde se oculta al paciente información sobre su diagnóstico con la finalidad de protegerlo.⁽⁶²⁾ Asimismo, es esencial abordar el tema de la sobrecarga del cuidador principal, evitando de esta manera la claudicación familiar y comprender el duelo anticipado para reducir posibles secuelas psicológicas.⁽⁶²⁾

Sin embargo, Sempertegui.⁽²²⁾ menciona que el personal de salud, especialmente los profesionales de enfermería deben desarrollar habilidades de comunicación efectiva con la finalidad de informar y transmitir las decisiones del paciente de manera clara y empática. Dando como resultado que la comunicación no solo permite respetar la voluntad del paciente, sino que también ayuda a solventar dudas de la familia o cuidadores, generando confianza en el entorno. Además, capacitar a los profesionales de la salud en comunicación empática y toma de decisiones compartida, para garantizar un acompañamiento emocional adecuado y asegurar que las decisiones respeten la voluntad del paciente y el bienestar integral.⁽²²⁾

Por consiguiente, Quishpe N.⁽⁶³⁾, menciona que es fundamental promover un enfoque humanizado y educativo que facilite la aceptación del proceso de morir, brindando apoyo durante la transición hacia una muerte digna. De tal manera, proporcionar información precisa, sostén emocional y respetar la autonomía del paciente son claves para tomar decisiones éticas y bien fundamentadas, evitando intervenciones que solo prolonguen el sufrimiento sin mejorar la calidad de vida. En este contexto, surgen dudas e incertidumbres,

pues los profesionales de la salud enfrentan el desafío de decidir cuándo continuar con los tratamientos que prolongan la vida o cuándo priorizar el alivio del sufrimiento.⁽⁶³⁾

Sin embargo, uno de los dilemas éticos más complejos identificados en la práctica de la sedación paliativa es el conflicto entre el respeto a la autonomía del paciente y el principio de beneficencia asumido por el equipo de salud. Sobral M., et al.⁽⁶⁴⁾ señalan que, en la práctica de la sedación paliativa, los profesionales enfrentan la difícil tarea de equilibrar el respeto por la libertad de decisión del paciente con el deber de actuar en lo que consideran su mejor interés. Este conflicto se agudiza cuando el personal sanitario debe decidir entre prolongar la vida del paciente o centrarse en aliviar el sufrimiento, tal como lo desean muchos pacientes al final de su vida. En este contexto, se vuelve esencial una toma de decisiones compartida y dialogada, que involucre activamente al paciente, la familia y el equipo de salud, respetando la dignidad y la voluntad individual. Desde enfermería, esta situación exige un rol comunicativo protagónico que garantice que las decisiones del paciente sean escuchadas y respetadas.^(64,65)

Por otro lado, Hurtado C.⁽⁶⁵⁾ propone como estrategia de la comunicación ética la construcción de un equilibrio entre ambos principios, centrado en el diálogo constante y respetuoso entre el equipo de salud, los familiares y el propio paciente. En este proceso, el profesional de enfermería desempeña un papel clave al facilitar la comunicación efectiva, educar a las familias y promover un enfoque humanizado que acompañe a una muerte digna, lo cual fortalece la toma de decisiones éticas y centradas en la voluntad del paciente.⁽⁶⁵⁾

Sin embargo, Herrera P., y López L.⁽²³⁾ identifican que la falta de claridad conceptual y legal en torno a la sedación paliativa incrementa la percepción de riesgo ético, especialmente entre el personal de enfermería. La confusión entre sedación paliativa y eutanasia genera temor e inseguridad, tanto por la posibilidad de vulnerar los principios del paciente como por la ausencia de directrices claras. Esta ambigüedad afecta directamente el principio de no maleficencia, pues el desconocimiento o la mala aplicación de la sedación puede causar daño, ya sea físico, emocional o ético.⁽²³⁾

Mientras que, uno de los principales problemas en la aplicación del consentimiento informado en pacientes terminales es la reducción a un simple trámite burocrático, que reemplaza la comunicación significativa entre el profesional de salud y el paciente. Por otra parte, La Guía Práctica Clínica sobre atención Paliativa.⁽⁷¹⁾ advierten que, aunque si el consentimiento informado es un mandato legal y ético, en la práctica se convierte en una

acción formal basada únicamente en la firma de un documento, sin garantizar que el paciente comprenda la información ni participe activamente en la toma de decisiones. Esta práctica debilita la autonomía del paciente y promueve una medicina defensiva.⁽⁷¹⁾ A su vez Hurtado M., Mendoza M., Padrón L.⁽⁷²⁾, proponen implementar un consentimiento informado dialogado, progresivo y centrado en la comunicación verbal clara. La documentación debe funcionar como respaldo, no como objetivo principal. Esta estrategia está fundamentada en la necesidad de restablecer la confianza entre el profesional y el paciente terminal, asegurando un proceso ético y humanizado, donde la información se brinde de forma gradual, adaptándose a la capacidad emocional y cognitiva del paciente, lo que fortalece la autonomía y la toma de decisiones informadas.⁽⁷²⁾

Asimismo, Acedo C., Rodríguez B.⁽⁴¹⁾, identifican otro aspecto crucial: el uso indebido del consentimiento implícito, el cual puede anular la voluntad del paciente y comprometer seriamente su derecho a decidir. Cuando se asume que el paciente no puede comprender o decidir sobre su atención, se cae en un paternalismo que vulnera directamente el principio ético de autonomía. De tal manera, Serpentegui J.⁽²²⁾ menciona que la estrategia de comunicación es proponer el uso prioritario del consentimiento explícito mediante una comunicación clara y empática, siendo un derecho fundamental para paciente donde se aclaren dudas pertinentes.^(22,23)

Por su parte Valle M.⁽²⁷⁾ promueve el uso prioritario del consentimiento explícito, reforzando la comunicación clara, empática y libre de suposiciones paternalistas. Esta estrategia se justifica porque protege el derecho del paciente a participar activamente en decisiones sobre su atención médica, respetando sus valores y creencias personales de esta manera se evita que el profesional tome decisiones unilaterales que pueden alejarse de la voluntad del paciente, fortaleciendo una práctica clínica centrada en el respeto y la dignidad.⁽²⁷⁾

Finalmente, los desafíos en la aplicación del consentimiento informado también se relacionan con la limitada formación ética y comunicativa del personal sanitario. El proceso debería representar una oportunidad para establecer un diálogo compasivo y ético, pero muchas veces se transforma en un protocolo técnico carente de sensibilidad. Este déficit formativo es especialmente relevante en el contexto de la sedación paliativa, donde las decisiones son delicadas y emocionalmente complejas.^(27,41)

Por consiguiente, Quishpe N.⁽⁶³⁾ señala que, es importante contar con guías bien definidas que orienten el trabajo del equipo de salud y ayuden a tomar decisiones seguras. Esto reduce

el miedo del personal a cometer errores que puedan causar daño al paciente, como lo indica el principio de no maleficencia. Tener protocolos establecidos también permite que el personal de salud actúe con mayor confianza, asegurándose de que los cuidados que se brindan respeten la voluntad del paciente o de su familia.⁽⁶³⁾

Mientras tanto varios autores establecen que uno de los principales problemas en la aplicación de la sedación paliativa es la falta de comprensión clara sobre su finalidad y momento adecuado de uso. Arce L., Cantor J., Baena C.⁽⁶⁷⁾ destacan que esta intervención médica y ética tiene como objetivo aliviar el sufrimiento en pacientes con síntomas refractarios en fase terminal, sin intención de acelerar la muerte. Sin embargo, esta práctica suele generar confusión, especialmente cuando no existen directrices claras que orienten su implementación, afectando principios como la no maleficencia. Para enfrentar este problema, los autores proponen una estrategia basada en la correcta identificación de síntomas refractarios y una evaluación clínica rigurosa que permita elegir los fármacos adecuados. Además, insisten en la importancia de respetar la autonomía del paciente, asegurando que su estado de conciencia le permita participar en la toma de decisiones, junto con el acompañamiento activo de la familia y una comunicación ética y clara liderada por el personal de enfermería.⁽⁶⁷⁾

De forma complementaria, Guité A., et al.⁽⁶⁹⁾ argumentan que, otro conflicto común es la incertidumbre clínica derivada de la falta de formación en cuidados paliativos. Esta carencia afecta la capacidad del equipo de salud para identificar el momento preciso en que la sedación paliativa se justifica, lo cual pone en riesgo la aplicación de los principios de beneficencia y no maleficencia.⁽⁶⁹⁾ Por ello, Benites M., Babarro A., González G.⁽⁶⁸⁾ plantea la implementación programas de capacitación continua en cuidados paliativos, centrados en la ética clínica y la comunicación efectiva, que permitan al equipo de salud actuar con seguridad y humanidad, involucrando a la familia en el proceso de toma de decisiones, aplicación de la sedación paliativa y monitoreo de síntomas refractarios, al mismo tiempo que se fortalece la participación familiar en el proceso de decisión, logrando una atención más compasiva y ética.⁽⁶⁸⁾

Otro dilema que señalan los autores como Merino P., Recalde A. y Vallejo C.⁽⁷⁰⁾ es la inteligencia artificial (IA) que ofrece importantes avances en el ámbito de la salud, mejorando sustancialmente los diagnósticos y tratamientos e incluso resultando útil en el contexto de la sedación paliativa. No obstante, enfatizan que su uso debe estar regido por

principios sólidos, dado que las decisiones sobre el tratamiento deben seguir siendo responsabilidad del paciente. La IA, por tanto, debe funcionar únicamente como una herramienta de apoyo, sin sustituir el juicio clínico, ni el respeto por la autonomía del paciente.⁽⁷⁰⁾

Esta visión, coincide con la postura de Herrera P., Lopez L.⁽²³⁾ quienes advierten que, aunque las tecnologías como la ventilación mecánica o el soporte vital han permitido prolongar la vida, estas intervenciones generan la compleja cuestión ética de cuando es correcto mantener medidas invasivas y cuando se deberían optar por cuidados paliativos centrados en el confort. Este dilema, surge cuando las tecnologías prologan la vida sin ofrecer perspectivas reales de mejoría en la calidad de la vida, situación que puede afectar profundamente a los principios como la autonomía y la beneficencia. Ambos autores mencionan sobre la importancia de que las decisiones se basan en el consentimiento informado y en las voluntades anticipadas, evitando así prácticas invasivas que, lejos de beneficiar la paciente, pueden prolongar innecesariamente su sufrimiento.^(23,70)

Por ende, desde la perspectiva de enfermería, se destaca la necesidad de mantener un equilibrio entre el uso de tecnologías avanzadas y el cuidado humano, pues un exceso de intervención tecnológica puede deshumanizar la atención y distanciar al profesional del contacto empático con el paciente. De tal manera, estrategias como la creación de comités éticos resultan fundamentales para evaluar cuándo las intervenciones tecnológicas prolongan innecesariamente el proceso de morir y cuándo es más apropiado derivar hacia cuidados paliativos compasivos. Además, el personal de enfermería, debe ser pionero en la integración de un protocolo o guía estandarizado para la administración de fármacos en la sedación paliativa, con el fin de no sentir incomodidad en la aplicación de esta.⁽⁷⁷⁾

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La presente investigación permitió identificar la existencia de dilemas éticos implicados en el cuidado de enfermería en la sedación paliativa al paciente terminal, quienes deben actuar en un escenario donde coinciden aspectos clínicos, morales, legales y emocionales. Se evidencio que los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia constituyen la base indispensable sobre la cual se deben sustentar las decisiones clínicas, siendo estos principios claves para garantizar las intervenciones en la sedación que orienten al bienestar del paciente, respetando su dignidad y deseos al final de la vida. Esta realidad

exige una reestructuración ética en la práctica del cuidado, donde se priorice el respeto a la voluntad del paciente terminal, incluso en situaciones de incapacidad, mediante el uso de voluntades anticipadas como respaldo legítimo.

Los dilemas éticos más relevantes identificados en este trabajo de investigación giran en torno a la tensión entre respetar la autonomía del paciente y las decisiones que puedan tomar sus familias, así como la frecuente confusión conceptual y ética entre la sedación paliativa y eutanasia. Además, se suma la dificultad que representa la obtención del consentimiento informado que sea consciente, libre y basado en información adecuada, por ello, el respeto a la autonomía puede garantizarse plenamente si existe mecanismos institucionales claros como protocolos estandarizados y un consentimiento informado.

La comunicación efectiva y empática es un pilar fundamental para la correcta implementación de la sedación paliativa, ya que constituye la vía para asegurar el respeto a la voluntad del paciente y de esta manera evitar la conspiración del silencio y fomentar decisiones compartidas. No obstante, en la práctica clínica se observan deficiencias significativas en esta área, siendo frecuente que el consentimiento informado se reduzca a un trámite burocrático y no a un verdadero proceso de diálogo que permita aclarar dudas y prevenir conflictos.

Se elaboró una propuesta de consentimiento informado donde no solo se contempla el componente legal, sino también la dimensión humana, afectiva y cultural del paciente, integrando aspectos como las voluntades anticipadas, la intervención del equipo interdisciplinario y la documentación de decisiones en la historia clínica. De este modo, el consentimiento informado se convierte en un medio legítimo para salvaguardar los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia en el contexto de la sedación paliativa, consolidando así una atención ética y centrada en el paciente. Por ende, se elaboró un consentimiento informado como propuesta en base a los principios éticos. (*Anexo 2*)

Recomendaciones

A partir de los hallazgos de esta investigación, se recomienda integrar en el plan de estudios de la carrera de enfermería programas de formación continua y especializa en bioética, cuidados paliativos y comunicación efectiva, esta capacitación debe abordar de forma específica los fundamentos éticos y legales, las diferencias entre sedación paliativa y eutanasia, para fortalecer las competencias en estas áreas permitiendo actuar con mayor seguridad, confianza y criterio clínico – ético, permitiendo el desarrollo del criterio ético y habilidades de juicio clínico sólidos.

Se recomienda elaborar y formalizar protocolos institucionales y guías clínicas específicas para la aplicación de la sedación paliativa, desarrollados de manera colaborativa entre docentes, estudiantes y representantes del Ministerio de Salud Pública. Se sugiere que, en dichos documentos se incluyan criterios claros para la identificación y evaluación de los síntomas refractarios, pautas precisas para la selección y dosificación adecuada de fármacos, así como instrucciones detalladas sobre el registro y gestión del consentimiento informado. Además, estos protocolos deben garantizar la participación activa del paciente en la toma de decisiones, siempre que sus condiciones lo permitan, y definir de manera explícita el rol del profesional de enfermería como facilitador de la comunicación entre el equipo de salud, el paciente y la familia, asegurando que las decisiones sean compartidas y estén éticamente fundamentadas.

Se sugiere integrar de manera formal en el currículo de formación de enfermería módulos específicos dedicados al desarrollo de la comunicación empática y efectiva, especialmente orientados a los contextos de cuidados paliativos. Estos módulos deberán incluir actividades prácticas como simulaciones clínicas, dramatizaciones de casos reales y análisis de videos de situaciones complejas, que permitan a los estudiantes entrenar y recibir retroalimentación sobre cómo abordar conversaciones difíciles, tales como la entrega de malas noticias, el manejo de emociones intensas o la explicación de procesos clínicos complejos.

Se recomienda que la carrera de Enfermería implemente actividades teórico-prácticas sobre cuidados paliativos por medio de cursos, talleres y simulaciones clínicas en donde docentes y estudiantes compartan experiencias sobre casos reales de dilemas éticos con el propósito de desarrollar un pensamiento crítico, ético y generar habilidades comunicacionales, lo que favorecerá a la calidad del cuidado y a la estabilidad emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cobo R, Tapia M, Cobo A, Figueroa A, Nevárez C, López J, et al. Análisis ético sobre la sedación paliativa en el paciente terminal. *Bionatura* [Internet]. 2022 [citado 1 jul 2025];7(2):12. Disponible en: <https://revistabionatura.com/2022.07.02.12.html>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados Paliativos [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2025 jul 01]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados paliativos [Internet]. Geneva: OMS; 2020 [actualizado 5 ago 2020; citado 1 jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. SECPAL [Internet]. España: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2024 [citado 1 jul 2025]. Disponible en: <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/10/dia-mundial-cuidados-paliativos-2024.pdf>
5. Herrera P, López L, Ordóñez N, Millán G, Rivero P, Jaramillo A, et al. Cuidados paliativos en el primer nivel de atención. *Estadísticas MED* [Internet]. 2022 [citado 1 jul 2025]; Disponible en: http://www.estadisticas.med.ec/web/Publicaciones/libro_cuidados_paliativos_primer_nivel_atencion.pdf
6. Gómez E, Zúñiga K, Suaste D. Implicaciones éticas y sociales de los cuidados paliativos. *Revista UGC* [Internet]. 2025 [citado 1 jul 2025]; Disponible en: <https://universidadugc.edu.mx/ojs/index.php/rugc/article/view/112/109>
7. Toapanta P, Suárez E, Álvarez V, Gavilanes M, Yagual D, Mejía M, et al. Experiencias familiares sobre la sedación paliativa en pacientes terminales. *Revista Imaginario Social* [Internet]. 2023 [citado 1 jul 2025];7(2):184–202. Disponible en: <https://revista-imaginariosocial.com/index.php/es/article/view/282/490>
8. Monzoncillo E. El paciente terminal. Cuidados paliativos, manejo de la muerte y ayuda psicológica. *NPunto* [Internet]. 2023 [citado 2025 jul 1];6(23):24-9. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6477536c2dc63art4.pdf>
9. Córdova D, Bonilla M, Ruales M, Guapi G, Veloz R, et al. Sedación paliativa: percepción del cuidador principal. *RECIAMUC* [Internet]. 2023 [citado 1 de julio de 2025];7(4):88–96. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1334/2082>

10. Ministerio de Salud Pública [Internet]. Ministerio de Salud Pública. [citado 2025 Jul]. El Ministerio de Salud garantiza cuidados paliativos a ciudadanos enfermos de cáncer. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-garantiza-cuidados-paliativos-a-ciudadanos-enfermos-de-cancer/>
11. Bermeo D, Moreira D, Reinoso P, León S, Molina A, García P. *Bioética en cuidados paliativos: la dignidad del paciente en el final de la vida*. SciELO Libros [Internet]. 2020 [citado 1 jul 2025]; Disponible en: <https://books.scielo.org/id/trn8b/pdf/bermeo-9786287501638.pdf>
12. Ayala M, Moyano W. Cuidar y educar para la autonomía en el proceso de vivir con cáncer de mama. *Av Enferm* [Internet]. 2025 [citado 2025 jul 1];43(2):208-20. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S2739-00632025000202081&script=sci_arttext
13. Santacruz J, Martínez L. Importancia del diagnóstico nutricional en pacientes hospitalizados con COVID-19. *Nutr Clin Metab* [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 1]; Volumen (número): páginas. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/212/412>
14. Quintero V, Martínez C, Agámez C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2022 [citado 1 jul 2025]; 26(1):3-13. Disponible en: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/702/625>
15. Cerezo N, Hurtado A. Análisis del impacto de la educación virtual en estudiantes universitarios. *Rev Investig Médica y Quirúrg* [Internet]. 2025 [citado 2025 Jul 1]; 12(3):45-58. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/2025/index.php/mqr/article/view/232/6765>
16. González M, Mar O. Vista de Ética clínica, bioética y derecho en el contexto del principio y final de la vida. *Edu.ec.* [Internet]. 2025. [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/view/901/963>
17. Vera O. Aspectos éticos en la atención médica al final de la vida. *Rev Bol Bioét* [Internet]. 2024 [citado 2025 Jul 1];3(3):50-58. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582024000300050

18. Arce M. Problemas éticos en cuidados paliativos. atención Primaria [Internet]. 2020 [citado 2025 jul 1];38:79–84. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-problemas-eticos-cuidados-paliativos-13094779>
19. Rey M, Leal A, Martínez A. Sedación paliativa en pacientes con disnea refractaria. Rev Chil Anest [Internet]. 2023 [citado 2025 Jul 1];52(8):785–788. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv52n8-13.pdf>
20. Nandar L. Toma De Decisiones En El Contexto De Muerte Digna Desde Los Principios Bioéticos De Autonomía Y Beneficencia A La Práctica Clínica [Internet]. 2022. Edu.co. [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://apidspace.javeriana.edu.co/server/api/core/bitstreams/09fdda73-d334-4679-b621-4abdbdfb79d7/content>
21. Aller G, Berro G, Campos N, Cavalieri L, Cluzet O, Morelli D, et al. Principios éticos de la muerte digna. FEMI [Internet]. 2020 [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: https://femi.com.uy/wp-content/uploads/2021/01/Principios_eticos_de_la_muerte_digna-1.pdf
22. Sempertegui J. “FORMACIÓN EN BIOÉTICA CLÍNICA EN DECISIONES DE FINAL DE LA VIDA” [Internet]. Udd.cl. 2023 [citado el 30 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/414ef4f6-a2a3-4360-85a6-1b172a1593c2/content>
23. Herrera P, López L. Ética en la toma de decisiones en enfermería, dilemas en el cuidado de pacientes terminales. Horizon Nexus [Internet]. 2020 [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: <https://horizonnexusjournal.editorialdos.com/index.php/home/article/view/18/174>
24. Acurio S, Quijije V, Vásquez B. El rol de la enfermería en los cuidados paliativos. Dom Cienc [Internet]. 2022 [citado 2025 jul 1];8(2):[520-530]. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2769/6360>
25. Pilapaña H. Testamentos vitales y directivas anticipadas para las decisiones médicas: retos actuales y escenarios futuros en el Ecuador. Repertorio PUCE [Internet]. 2024 [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/61f28c43-f777-44a4-85bb-18a9e5749dc1/content>
26. Alarcón T. Importancia de las voluntades anticipadas en el paciente paliativo en el primer nivel de atención: una revisión teórica. SEMERGEN [Internet]. 2022 [citado

- 2025 jul 1]; Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/5fa5d6fe-1fcd-42a8-87bd-596293d65e09/content>
27. Valle M. La importancia que tiene la voluntad anticipada al convertirse un derecho humano para las personas. *Cienc Latina Rev Cient Multidisciplinar* [Internet]. 2024 May 22 [citado 2025 Jul 1];8(2):7148-58. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/11116/16319>
28. Lima J, Resende J, Silva S, Lima H, Rodrigues W. Bioética de la intervención sanitaria en pandemias: el caso de la COVID-19. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2021 [citado 2025 jul 1];29(1):1-11. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/vbTsfySg6RQndMwrgNrVdhz/?format=pdf&lang=es>
29. Arteaga F. Ortotanasia: una reflexión sobre el bien morir en pediatría. *Archivospediatria.com*. [Internet]. 2024. [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://archivospediatria.com/volumenes/2024/AIPM-16-04-2024.pdf#page=14>
30. Fernández C. La comunicación enfermera en pacientes terminales y sus familiares. *Comillas*. 2020 [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/54695/PFG001193.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Hernández B, Sánchez M, Pérez L, Gargallo M. Importancia de la comunicación enfermera en los cuidados al final de la vida. *Rev Sanid Investig* [Internet]. 2023 [citado 1 de julio de 2025];5(10):1–11. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-comunicacion-enfermera-en-los-cuidados-al-final-de-la-vida/>
32. Lino L. Rol de la enfermería en pacientes con cuidados paliativos en etapa terminal. *Repositorio UNESUM* [Internet]. 2022 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4179/1/Rol%20de%20enfermer%C3%ADa%20en%20pacientes%20con%20cuidados%20paliativos%20en%20etapa%20terminal%20terminado%20Lorena%20Lino.pdf>
33. Lasa P, Lario L, Mora S, Mingotes M, Gimeno L, Melero C. La ética en el paciente terminal [Internet]. *Revista Sanitaria de Investigación*; 2025 Jun [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: <http://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-etica-en-el-paciente-terminal/>

34. Amado J, Oscanoa T. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2020 [citado 1 jul 2025];37(3):441–6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000300011
35. Paz G, Pito C, García H. Cuidados paliativos: desafíos y oportunidades. Rev. mex. Urol [Internet]. 2024 [citado 1 jul 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852024000300005
36. González L. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. Enferm Univ [Internet]. 2020;11(3):110–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1665-7063\(14\)72674-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1665-7063(14)72674-0)
37. Piedra D. El derecho a la muerte digna como fundamento contenido en la dignidad humana dentro del Estado Constitucional Ecuatoriano. Repositorio UASB [Internet]. 2020. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7312/1/T3185-MDC-Piedra-El%20derecho.pdf>
38. Souza M, Jaramillo R, Borges M. Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisado integrativa. Enferm Glob [Internet]. 2021 [citado 1 jul 2025];20(1):420–65. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100017
39. Goyzueta A. Proceso de cuidado de enfermería en un paciente oncológico. UCH [Internet]. 2020 [citado 1 jul 2025];20(1). Disponible en: <https://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/579/5792494007/html/>
40. Unir. Los síntomas refractarios en los cuidados paliativos. Unir.net. [Internet]. 2020. [citado 1 jul 2025]. Disponible en: <https://www.unir.net/revista/salud/sintoma-refractario/>
41. Acedo C, Rodríguez B. Sedación paliativa. Rev Clín Med Fam [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 1];14(2):93-97. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v14n2/1699-695X-albacete-14-02-93.pdf>
42. Pincemin I. Cuidados Paliativos. Repositorio UCA [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/19514/1/CuadPsi16.pdf>

43. Reyes M, Moreno C, Carmargo F. Fin de vida y sedación paliativa: Una revisión narrativa. Rev Chil Anest [Internet]. [citado 2025 Jul 1];54(2):166–74. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv54n2-10.pdf>
44. Bátiz J. La sedación paliativa como último recurso ante el sufrimiento refractario. Labor Hospitalaria [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 1];331:103-11. Disponible en: <https://www.laborhospitalaria.com/la-sedacion-paliativa-como-ultimo-recurso/>
45. Cantera J. La sedación paliativa como último recurso [Internet]. Labor Hospitalaria. 2021 [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: <https://www.laborhospitalaria.com/la-sedacion-paliativa-como-ultimo-recurso/>
46. Rodríguez L, Soto O. Cuidados paliativos, buen morir y eutanasia, significado para el adulto mayor en América Latina. Salud Vida [Internet]. 2025 [citado 2025 jul 1];9(17):4-12. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382025000100004
47. Calavia R, Navarro S, Franco B, Ventura B, Santos C, Agullo C. La sedación paliativa en pacientes con enfermedad terminal. Rev Sanitaria Invest [Internet]. 2023 dic 2 [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-sedacion-paliativa-en-pacientes-con-enfermedad-terminal/>
48. Calvo R, Rero S, Escura B, Laborda B, Santos C, Elena C et al. La sedación paliativa en pacientes con enfermedad terminal. Rev Sanitaria Investig [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 1]; 5(2): 123-131. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-sedacion-paliativa-en-pacientes-con-enfermedad-terminal/>
49. Sánchez M, Rojas C. Manual básico de enfermería paliativa [Internet]. Universidad El Bosque; 2022 [citado 2025 jul 1]. Disponible en: [https://cuidadospaliativos.org/uploads/2022/6/Manual-Basico-de-enfermeria-paliativa.pdf:contentReference\[oaicite:4\]{index=4}](https://cuidadospaliativos.org/uploads/2022/6/Manual-Basico-de-enfermeria-paliativa.pdf:contentReference[oaicite:4]{index=4)
50. Sánchez M, Rojas C. Manual básico de enfermería paliativa [Internet]. Universidad El Bosque; 2022 [citado 2025 jul 1]. Disponible en: [https://cuidadospaliativos.org/uploads/2022/6/Manual-Basico-de-enfermeria-paliativa.pdf:contentReference\[oaicite:4\]{index=4}](https://cuidadospaliativos.org/uploads/2022/6/Manual-Basico-de-enfermeria-paliativa.pdf:contentReference[oaicite:4]{index=4)

51. Lojo C. Análisis de criterios de calidad en sedación paliativa en pacientes hospitalizados [Internet]. Universidad de Cádiz. 2023. citado 2025 jul 1]. Disponible en:
https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/33765/769428_1678754.pdf?sequence=1&isAllowed=y
52. Camartín C, Bergam L. Sedación paliativa: el último recurso en caso de dificultad para controlar los síntomas: una revisión narrativa y experiencias de cuidados paliativos en Suiza. Life.es. [Internet]. 2023. [citado 2025 jul 1]. Disponible en:
<https://www.mdpi.com/2075-1729/12/2/298>
53. Retamal T. Evaluación integral con mirada de cuidados paliativos en atención primaria [Internet]. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2022 [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/07/Cuidados-Paliativos-Evaluacion-integral.pdf>
54. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial [Internet]. Ministerio de Salud Pública; [citado 2025 jul 1]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf
55. Cecconello L, Erbs E, Geisler L. Conductas éticas y el cuidado al paciente terminal [Internet]. Rev. Bioét. 2022. [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ZMHdh3JXDrtCTnDRFMyC6Rw/?format=pdf&lang=es>
56. Calavia R, Navarro S, Franco B, Santos C, Agullo C. La sedación paliativa en pacientes con enfermedad terminal. RSI. 2023 [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-sedacion-paliativa-en-pacientes-con-enfermedad-terminal/>
57. Ruiz J, Ochoa I, Mayo P, Ortega P, Delgado M, Gonzalez A, et al. Guía de la sedación paliativa. Osakidetza. 2022. [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://osaraba.eus/infoberriak/wp-content/uploads/2022/07/GUIA-DE-SEDACION-PALIATIVA-DE-LA-OSI-ARABA.pdf>
58. Sánchez H, Ramírez F, Carrillo R. Polifarmacia en el adulto mayor. Consideraciones en el perioperatorio. Rev Mex Anestesiol [Internet]. 2022 [citado 2025 jul 1];45(1):40–47. Disponible en:

- https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032022000100040
59. Rivas F. Sedación paliativa en el final de la vida: ¿Un cajón de sastre?. RIB [Internet]. 2022 Mar 8 [citado 2025 Jul 1];(18):1-10. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/17575>
60. Brito N, Zurita M, Padrón L, Pérez J. Comunicación asertiva de malas noticias a pacientes y familiares de cuidados paliativos. Qualitas [Internet]. 2024 [citado 2025 Jul 1];28:–. Disponible en: <https://revistas.unibe.edu.ec/index.php/qualitas/article/view/243/369>
61. Ordóñez N, Millán G, Rivero P. Representaciones sociales sobre el consentimiento informado en pacientes del Hospital Universitario de Caracas. Rev. cuba. salud pública [Internet]. 2023 [citado 2 de julio de 2025];49(1):e78661. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/562/56278661005/html/>
62. Jaramillo A, Bonilla P. Relación de la funcionalidad familiar en la comunicación de hogares con pacientes en cuidados paliativos. Una revisión bibliográfica narrativa. Indexia [Internet]. 2024 Aug 15 [citado 2025 Jul 1];(11):1–? Disponible en: <https://revistaindexia.com/wp-content/uploads/2024/08/relacion-de-la-funcionalidad-familiar-con-pacientes-en-cuidados-paliativos.pdf>
63. Quishpe N. Barreras para una comunicación efectiva en los hospitales ecuatorianos. Rev. Salud y Seguridad del Paciente [Internet]. 2023 [citado 2025 Jul 1];1(1):1-10. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/43150>
64. Sobral M, Valle M, Ribeiro F, Lopes S, Oliveira D, Souza S. Conflictos bioéticos en los cuidados al final de la vida. Rev Bioét [Internet]. 2020 [citado 2025 Jul 1];28(1):128-34. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FGXnfknWjcgmnqVKJTKP5mw/?format=pdf&lang=es>
65. Hurtado C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente Rev. Latinoam. Psicol. [Internet]. 2023 [citado 2 de julio de 2025];55(1):1-15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457767703017/html/>
66. Batáz J. CUIDADOS PALIATIVOS [Internet]. Funderetica.org. [citado 2025 jul 1]. Disponible en: <https://funderetica.org/wp-content/uploads/ceec17online.pdf>

67. Arce L, Cantor J, Baena C. Inteligencia artificial en salud: un enfoque desde la bioética. *Repert. Med. Cir.* [Internet]. 2023 [citado 2 jul 2025];32(2):145-52. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1403/2699>
68. Benítez M, Babarro A, González G. Protocolos de tratamiento en cuidados paliativos. *Rev SECPAL* [Internet]. 2023 [citado 2025 jul 2]; Disponible en: <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/05/protocolos-de-tratamiento-en-cuidados-paliativos-2023>
69. Guité A, Vachon M, Girard D. Presencia intencional y acompañamiento de pacientes moribundos. *Med Health Care Philos* [Internet]. 2023 Sep [citado 2025 Jul 1];26(3):477–486. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-023-10161-z>
70. Merino P, Recalde A, Vallejo C. Humanización en cuidados intensivos: una visión desde la bioética. *Gac Méd Caracas* [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2025];6(11):68-76. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/gprecg/v6n11/2739-0039-gprecg-6-11-68>
71. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2021 [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/09/gpc_612_atencion_paliativa_avaliat_compl.pdf
72. Hurtado M, Mendoza D, Padrón L. Consentimiento informado en la atención de pacientes en cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Conectividad* [Internet]. 2024 Dec 19 [citado 2025 Jul 1];5(4):131–145. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582024000300050
73. Taboada P, Palma A. Medicina paliativa: control de síntomas y soporte emocional en el paciente terminal. *Gac. Prof. Cuidad. Paliat.* [Internet]. 2023 [citado 2 de julio de 2025];6(11):68-77. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/gprecg/v6n11/2739-0039-gprecg-6-11-68>
74. Toapanta P, Quenorán V. Efectos de los cuidados paliativos para el afrontamiento al final de la vida: un enfoque familiar. *Rev Cuid Paliativos* [Internet]. 2022 [citado 2025 jul 2]; Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/366821064_Efectos_de_los_cuidados_paliativos_para_el_afrontamiento_al_final_de_la_vida_un_enfoque_familiar

75. Busquet X, Martínez E, Torán P. La prestación de ayuda a morir en el contexto del deseo de anticipar la muerte. Aten Primaria [Internet]. 2024 [citado 2025 Jul 1];56(9):102895. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38537602/>
76. Delgado C. Sedación paliativa: Algoritmo actualizado. Repositorio Universidad Costa Rica. [Internet]. 2024 [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/a456e1a0-ac4b-4043-9837-e5a9a40f06ac/content>
77. Comisión de Trabajo Social de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, ALCP. Guía de trabajo social en cuidados paliativos [Internet]. Buenos Aires (Argentina): Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos; 2023 [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2023/9/guia-de-trabajo-social.pdf>

ANEXOS

Anexo 1, tabla 1. Triangulación de los principales dilemas éticos en la sedación paliativa.

Autores	Categoría Principales dilemas éticos	Análisis	Problema	Estrategias para fortalecer la comunicación ética	Consideraciones de enfermería
Herrera P., López L. ⁽²³⁾ Brito N., Zurita M, Padrón L., Pérez J. ⁽⁶⁰⁾	Falta de comunicación genera conflictos entre la autonomía del paciente y las decisiones familiares.	Herrera P., López L. ⁽²³⁾ mencionan que la autonomía del paciente otorga a la persona el derecho de decidir sobre los tratamientos que desea recibir o rechazar. No obstante, los pacientes pueden encontrarse incapacitados para expresar sus deseos, ya sea por deterioro cognitivo o físico, lo que lleva a los familiares a tomar decisiones en su lugar. Este escenario puede generar tensiones cuando los deseos del paciente no coinciden con los de los familiares, quienes muchas veces buscan prolongar la vida del paciente, aun	La falta de comunicación entre el paciente y los familiares genera tensiones en cuestión a las decisiones tomadas. Ya que, los familiares desean alargar el tiempo de vida y el paciente tiene el deseo de aliviar el dolor. Principios éticos afectados Autonomía: Se ve afectado cuando la familia no respeta las decisiones que el usuario en base a el estado de salud.	La conformación de comités éticos y la formación en ética por parte del personal de enfermería ayudaría a manejar este dilema en cuánto al respecto de la autonomía del paciente. ⁽⁶⁰⁾ De tal manera, promover una comunicación y dialogo entre la familia y el usuario permitirá llegar a un acuerdo respetando las	La comunicación efectiva tiene como objetivo transmitir la información con claridad, para que de esta manera el paciente, familia y equipo de salud respete la autonomía de paciente. Con ello, un diálogo abierto y empático facilita decisiones compartidas, reduce el sufrimiento emocional y fortalece la confianza.

Ordóñez N., Millán G., Rivero P. ⁽⁶¹⁾ Brito N, Zurita M, Padrón L, Pérez J ⁽⁶⁰⁾		cuando este podría haber expresado anteriormente su deseo de no recibir tratamientos invasivos o prolongar el sufrimiento. ^(23,60)		decisiones del paciente y asegurando una atención paliativa digna y humanizada. ⁽⁶⁰⁾	Promover una cultura de colaboración, con apoyo ético y formación profesional, mejora la calidad de la atención y el bienestar de todos. (57,60)
		Ordóñez N., Millán G., Rivero P. destaca la importancia de la comunicación en la toma de decisiones al final de la vida, enfatizando que la autonomía del paciente debe ser primordial y destacan la importancia de considerar que la pérdida de esta lleva a la pérdida de la dignidad, cuando la comunicación por parte del personal sanitario es deficiente, lo que genera confusión, dolor	Un problema ético-comunicacional, donde la falta de habilidades en comunicación clínica limita la autonomía del paciente y genera confusión, malestar emocional y conflictos en la toma de decisiones. Principios Éticos Afectados Autonomía: la falta de decisiones del paciente	Capacitar a los profesionales de la salud en comunicación empática y toma de decisiones compartida, para garantizar un acompañamiento emocional adecuado y asegurar que las decisiones respeten la voluntad del paciente	Una comunicación deficiente no solo afecta la toma de decisiones, sino que también puede desencadenar conflictos éticos y emocionales evitables. Por ello, la formación continua en cuidados paliativos debe incluir herramientas para facilitar el diálogo

		emocional y conflictos éticos en la familia. ⁽⁶¹⁾	poder atribuirse un dilema ético desde la perspectiva de la pérdida de la dignidad.	y su bienestar integral. ⁽⁶⁰⁾	abierto, honesto y centrado en el bienestar integral del paciente.. ⁽⁵⁷⁾
Jaramillo A., Bonilla P. ⁽⁶²⁾ Sempertegui J. ⁽⁵⁹⁾	"Conspiración del silencio" afecta la autonomía del paciente generando conflictos y vulnerando las decisiones informadas.	Jaramillo A, Bonilla P: enfatizan la importancia de tomar decisiones respetando la dignidad y autonomía del paciente, en colaboración con el equipo de salud y la familia. La adaptación familiar puede ser difícil, generando conflictos y la "conspiración del silencio". Ocurre cuando se oculta al paciente su diagnóstico o pronóstico para "protegerlo", además de la importancia de prevenir la sobrecarga del cuidador principal, la claudicación familiar y el duelo	Un problema ético y psicosocial, donde el respeto por la autonomía del paciente puede verse afectado por la conspiración del silencio, la sobrecarga del cuidador y claudicación familiar. Principios Éticos Afectados No maleficencia: Evitar hacer daño con diagnósticos falsos e información errónea. Autonomía: Se basa como un derecho al verse	Fomentar una comunicación asertiva y gradual entre el paciente, familia y profesional, respetando la dignidad y autonomía en la toma de decisiones abordando los principales dilemas con el fin de prevenir factores de sobrecarga del cuidador, claudicación y conflictos familiares. ⁽²²⁾	Desde el punto de enfermería es fundamental promover una comunicación abierta entre el equipo de salud, la familia y el paciente terminal, especialmente para superar la "conspiración del silencio". El personal sanitario debe garantizar una comunicación clara y honesta en especial cuando el pronóstico de vida es corto. Es crucial

		anticipado para evitar complicaciones psicológicas. ⁽⁶²⁾	afectado por una sobreprotección por parte del personal de salud hacia el paciente generando la conspiración del silencio y el duelo anticipado.		identificar la sobrecarga del cuidador principal, La intervención debe incluir seguimiento emocional tras la pérdida, ayudando a identificar signos de duelo patológico y ofreciendo acompañamiento durante el proceso de adaptación. ⁽⁶³⁾
Sobral M., Valle M., Ribeiro F., Lopes C., Oliveira D., Souza R. ⁽⁶⁴⁾ Ruiz J., Ochoa I.,	Respeto entre la libertad de decisión de los pacientes y de qué es mejor para ellos.	Sobral M., Valle M., Ribeiro F., Lopes C., Oliveira D., Souza R. manifiesta que surgen conflictos en la sedación paliativa entre el respeto a la libertad de los pacientes (autonomía) y la decisión de que es mejor para ellos (beneficencia). Denotando la	El personal de salud lidia con el conflicto de saber en qué momento actuar y proporcionar cuidados que alarguen la vida del paciente, cuando el usuario desea una mejora en la	El personal de salud en especial el de enfermería debe generar la habilidad y destreza de comunicar e informar las decisiones del paciente, con la	Desde enfermería, es fundamental promover un enfoque humanizado y educativo que facilite la aceptación del proceso de morir. Acompañando a una muerte digna.

Mayo P., Ortega P., Delgado M., Gonzalez A, et al. ⁽⁵⁷⁾		importancia de generar un equilibrio en esta relación, que sería la clave para resolver el proceso de toma de decisiones. En este contexto, el profesional de la salud debe discutir sobre las decisiones relativas a la atención durante esta fase de vida con el equipo y los familiares/cuidadores, respetando la dignidad y la autonomía del paciente, para minimizar el sufrimiento. ⁽⁶⁴⁾	calidad de vida a través del alivio del sufrimiento. Principios éticos afectados Autonomía: El respeto por las decisiones del usuario en base a su estado de salud. Beneficencia: establece que debemos hacer el bien al otro, independientemente de desearlo o no, dando espacio para que las personas puedan tomar sus propias decisiones	finalidad de respetarlas y responder a dudas de parte de la familia o cuidadores directos. ⁽⁶⁵⁾	Brindar información clara, apoyo emocional y respetar la voluntad del paciente permite tomar decisiones éticas y conscientes, evitando intervenciones que solo alargan el dolor sin mejorar la calidad de vida. ⁽⁵⁷⁾
Herrera P., López . ⁽²³⁾ Nandar L. ⁽⁶⁶⁾	Libertad en la toma de decisiones, falta de conocimiento sobre la sedación paliativa	Herrera P., López L. la aplicación de la sedación paliativa también es motivo de dilemas éticos significativo debido a que, puede generar controversia, ya que algunos profesionales lo perciben	La falta de protocolos, instrucciones genera incomodidad por parte del personal de enfermería al administrar la sedación al paciente, ya que esta acción	El personal de enfermería, debe ser pionero en la integración de un protocolo o guía estandarizado para la	Es esencial la integración de comités interdisciplinarios, para garantizar decisiones informadas sobre la aplicación de la

Arce L., Cantor J., Baena C. ⁽⁶⁷⁾ Benítez M., Babarro A., González G. ⁽⁶⁸⁾		como una forma de eutanasia encubierta y no como una forma de alivio al sufrimiento. Varios enfermeros sienten incomodidad al brindar sedación paliativa, especialmente cuando no está claro si la práctica respeta los deseos del paciente o si ha sido consensuada con los familiares debido a la falta de directrices claras y la variabilidad en la aplicación de la sedación.⁽²³⁾	puede verse atentada ante los deseos del paciente y familiar. Principios éticos afectados No maleficencia: Este principio se ve afectado al no existir conocimiento y directrices claras en la aplicación de la sedación.	administración de fármacos en la sedación paliativa, con el fin de no sentir incomodidad en la aplicación de la sedación paliativa.⁽²⁰⁾	sedación paliativa, con el fin de valorar las necesidades del paciente. La comunicación abierta y transparente entre el equipo de salud, pacientes y familias es fundamental para asegurar una atención respetuosa, digna y alineada con los deseos del paciente.⁽¹⁶⁾
		Arce L., Cantor J., Baena C. enfatizan a la sedación paliativa es una intervención ética y médica para aliviar el sufrimiento en pacientes terminales con síntomas refractarios, sin acelerar la muerte. Debe aplicarse con pronóstico de	El reconocimiento de los síntomas refractarios marca la pauta del inicio de la sedación paliativa, la evaluación exhaustiva revelara cuales son los	La participación familiar durante el proceso de la sedación resulta clave ya que el paciente captará la asistencia de su familia y de tal manera	El personal de enfermería debe garantizar una comunicación clara y honesta es especial cuando el pronóstico de vida es corto. Esta

		vida menor a dos semanas, respetando la autonomía del paciente y la participación familiar. Se debe realizar mediante la administración de medicamentos sedantes con el objetivo de disminuir el estado de conciencia o generar inconsciencia bajo monitorización, sin acortar el tiempo de vida.⁽⁶⁷⁾	fármacos necesarios para el control de los síntomas. Principios éticos afectados No maleficencia: Este principio se ve afectado al no existir directrices claras en la aplicación de la sedación Beneficencia: Al administrar los medicamentos es fundamental evaluar el estado de conciencia del paciente con el fin de que el mismo tenga la capacidad de tomar decisiones y comunicarse.	mejorará el bienestar emocional además de asegurar una muerte digna, el personal de enfermería será el encargado de solventar y aclarar dudas en cuestión a las limitaciones, objetivos y directrices en la sedación paliativa.⁽⁶⁸⁾	comunicación permite que el paciente y su familia comprendan la situación y participen activamente en las decisiones, asegurando que se respeten sus deseos y se promueva una atención digna, alineada con los principios éticos de beneficencia y autonomía.^(47,68)
Guité A., Boivin J.,		Boivin J, Hanna A, Downar J, Bush S, Marcoux I, et al: destacan que la	Se presenta es un conflicto en la toma de decisiones	Es esencial implementar	La falta de formación en cuidados paliativos

Hanna A., Downar J., Bush S., Marcoux I., et al. ⁽⁶⁹⁾ Benítez M., Babarro A., González G. ⁽⁶⁸⁾		sedación paliativa es fundamental para aliviar el sufrimiento en pacientes terminales con síntomas refractarios, guiada por los principios de beneficencia y no maleficencia. La familia puede experimentar sufrimiento al presenciar el sufrimiento de su ser querido diariamente, la falta de conocimiento y formación en cuidados paliativos ejerce un interrogante de cuando aplicar la sedación paliativa. ⁽⁶⁹⁾	clínicas, relacionado con la falta de conocimiento y formación en cuidados paliativos, lo que puede generar incertidumbre sobre el momento adecuado para aplicar la sedación paliativa. Principios Éticos Afectados Beneficencia: el principio se ve afectado cuando el personal de enfermería no busca aliviar el sufrimiento. No maleficencia: Dentro del proceso de sedación paliativa es necesario evitar daños innecesarios.	programas de capacitación continua en cuidados paliativos, centrados en la ética clínica y la comunicación efectiva, que permitan al equipo de salud actuar con seguridad y humanidad, involucrando a la familia en el proceso de toma de decisiones, aplicación de la sedación paliativa y monitoreo de síntomas refractarios. ⁽⁶⁸⁾	genera incertidumbre y malentendidos éticos sobre la sedación paliativa, afectando la toma de decisiones y la calidad del cuidado, por lo que se requiere educación continua y capacitación especializada para un enfoque ético y respetuoso, para garantizar un enfoque ético y respetuoso hacia el paciente y su familia y evitar daños innecesarios. ⁽⁶⁸⁾
Merino P., Recalde A.,	Uso de tecnologías avanzadas para prolongar	Merino P., Recalde A. establece que el uso de Inteligencia Artificial	La IA reemplaza la toma de decisiones por parte del	El respeto del consentimiento	Desde la práctica de enfermería, el uso

Vallejo C. ⁽⁷⁰⁾ Guía de Práctica Clínica. ⁽⁷¹⁾	la vida e inteligencia artificial en la toma de decisiones.	(IA) en salud mejora los diagnósticos y tratamientos, siendo útil en sedación paliativa. Sin embargo, debe aplicarse con responsabilidad ética, donde las decisiones del tratamiento a implementar serán tomadas por el paciente, junto al personal de salud y familia. De manera que, la IA solo sirva como apoyo para el personal de salud y no como sustento de las decisiones que se deben tomar en base al estado de salud del paciente. ⁽⁷⁰⁾	personal de salud lo que genera desconcierto en el inicio de la sedación. O que a través de la tecnología se prolongue la vida. Principios éticos afectados Autonomía: Este principio se ve afectado al no valorar las necesidades del usuario en base al apareamiento de los síntomas refractarios además de prolongar la vida.	informado o voluntades anticipadas debe regir la toma de decisiones en base al estado terminal de la enfermedad, evitando el uso de métodos invasivos con el fin de prolongar la vida y no aliviar el sufrimiento del paciente paliativo. ⁽⁷¹⁾	excesivo de tecnología en cuidados paliativos puede deshumanizar la atención y alejar al profesional del contacto empático con el paciente. Es fundamental equilibrar el apoyo tecnológico con la calidez del cuidado humano, priorizando siempre la dignidad, el confort y los deseos del paciente en etapa terminal. ⁽⁷¹⁾
Herrera P., López L. ⁽⁶⁰⁾ Guía de Práctica Clínica. ⁽⁷⁰⁾		Herrera P. López L manifiesta que los avances médicos han permitido que los pacientes puedan mantenerse con vida a través de intervenciones tecnológicas, como	Priorizar el alargue de vida a través de intervenciones tecnológicas como el uso de soporte ventilatorio,	Generar comités éticos con el fin de identificar medidas tecnológicas que prolongan el proceso	El personal de enfermería debe contribuir al respecto de la autonomía del paciente en base al

		ventilación mecánica o soporte vital, incluso cuando no existe una expectativa razonable de mejora en la calidad de vida. Este tipo de tratamientos plantea la cuestión de cuándo es ético continuar con medidas invasivas y cuándo es preferible optar por cuidados paliativos que se centren en el confort del paciente. ⁽⁶⁰⁾	cuando no existe mejora en la calidad de vida. Principios éticos afectados Autonomía: Se ve afectado el principio cuando el personal instaura medidas como el soporte vital. Beneficencia: El inicio de soporte vital con el fin de alargar la vida y no aliviar el sufrimiento.	de morir incluso cuando no existe una expectativa razonable que mejora en la calidad de vida. O en el caso de abogar por una transición hacia un cuidado paliativo más compasivo. ⁽⁷¹⁾	consentimiento informado y las voluntades anticipadas. ⁽⁴⁰⁾
Hurtado M., Mendoza D., Padrón L. ⁽⁷²⁾	Problemas de aplicación del consentimiento informado.	Hernández M., Sánchez E., Duque J. refieren que consentimiento informado, es un mandato legal y ético, a menudo se reduce a un acto burocrático en pacientes terminales, donde la firma del documento reemplaza la comunicación real. Esto genera	Se evidencia un problema ético relacionado con el consentimiento informado, donde se prioriza el cumplimiento burocrático sobre la comunicación genuina.	Reforzar la formación del personal de salud en habilidades comunicativas y bioéticas, y la aplicación del consentimiento informado dialogado,	Los desafíos en la aplicación del consentimiento informado en pacientes terminales reflejan la necesidad de mejorar la formación y sensibilización de los

Acedo C, Rodríguez B. ⁽⁴¹⁾ Sempertegui J. ⁽²²⁾		desconfianza y promueve una medicina defensiva. El proceso debe ser gradual, verbal y centrado en la comunicación clara, siendo la documentación solo un respaldo de la información proporcionada. Las directivas anticipadas, aunque útiles para reforzar la autonomía, no resuelven todos los dilemas éticos y requieren una planificación adecuada para evitar caer en la burocracia. ⁽⁷²⁾	Principios Éticos Afectados Autonomía: Cuando el paciente terminal, no está en capacidad de decidir y su familia lo hace, debe existir una planificación en la relación profesional-paciente.	progresivo y centrado en el paciente, donde la documentación sea un complemento y no el foco del proceso. ⁽⁷²⁾	profesionales de la salud. Es fundamental que el proceso no se limite a un trámite burocrático, sino que sea una oportunidad para establecer un diálogo claro y compasivo con el paciente. ⁽⁷²⁾
		Acedo C., Rodríguez B. menciona que el consentimiento informado es un derecho fundamental del paciente, que debe otorgarse de manera libre, voluntaria y consciente, tras recibir la información adecuada sobre su situación. La autonomía del	El uso indebido del consentimiento implícito puede anular la voluntad del paciente, comprometiendo su derecho a decidir libre y conscientemente sobre su	Promover el uso prioritario del consentimiento explícito mediante una comunicación clara y empática, siendo un derecho fundamental del paciente donde se	El paternalismo tradicional surge cuando se asume que el paciente no puede tomar decisiones informadas sobre su salud. Respetar la autonomía del paciente

		paciente debe ser respetada, evitando el paternalismo. El consentimiento refleja la decisión informada del paciente, garantizando que respete sus valores y voluntad. El consentimiento solo debe usarse excepcionalmente, cuando el riesgo emocional del paciente lo justifique, sin asumir que es incapaz de tomar decisiones importantes.⁽⁴¹⁾	atención médica y el respeto. Principios Éticos Afectados Autonomía: cuando el consentimiento informado no se garantiza de manera plena, ya sea por falta de información clara, decisiones tomadas de forma paternalista	aclare dudas pertinentes que pueda manifestar el paciente.⁽³²⁾	significa involucrarlo activamente en su cuidado, asegurando que comprenda su situación. El personal de enfermería debe facilitar el proceso de la sedación paliativa, proporcionando información adecuada y escuchando los deseos del paciente para evitar limitar su capacidad de decisión.⁽²²⁾
--	--	--	---	--	---

Taboada P., Palma A.⁽⁷³⁾ Hurtado M., Mendoza D., Padrón L.⁽⁷²⁾	La falta de consenso claro sobre la legitimidad principio de doble efecto	Taboada P., Palma A; abordan el uso de la sedación paliativa en personas que se encuentran en la etapa final de la vida. Analiza la diferencia entre esta práctica y la eutanasia, el respeto a la decisión del paciente y el manejo del sufrimiento emocional o espiritual. También cuestiona la aplicación de la sedación en pacientes que no están en fase terminal o que no pueden expresar su voluntad, tras la aplicación de fármacos el uso inadecuado de opioides, la falta de identificación de síntomas refractarios y confusión sobre el principio de doble efecto, lo que lleva a una atención deficiente y mayor sufrimiento en los pacientes terminales.⁽⁷³⁾	La falta de consenso claro sobre la legitimidad pone en duda el principio de doble efecto, bajo la justificación que una acción se justifica en consecuencias buenas y malas. Principios éticos afectados Beneficencia: La aplicación de fármacos puede generar la pérdida del estado de conciencia en base a la patología y los síntomas refractarios que el paciente experimenta. No maleficencia: El efecto negativo en la mayoría de los casos es la sedación continua e intermitente en la que existe la pérdida de la conciencia.	El personal de enfermería debe tomar en cuenta el consentimiento informado previo del paciente mientras conserve su capacidad cognitiva o la información de las voluntades anticipadas donde se detalle cuáles son los procesos que el paciente acepta y cuáles no.⁽⁷²⁾	Desde el rol de enfermería, se considera fundamental reconocer la carga emocional del paciente terminal, especialmente cuando enfrenta sufrimiento existencial. Si bien la sedación paliativa puede ser una herramienta para aliviar este sufrimiento, su aplicación debe ser ética, evaluada cuidadosamente y basada en el respeto por la autonomía del paciente. Es clave obtener el consentimiento informado cuando el paciente conserva sus capacidades cognitivas, evitando decisiones unilaterales.⁽⁷²⁾
---	--	--	--	---	---

Toapanta P., Quenorán V. ⁽⁷⁴⁾		Toapanta P., Quenorán V; mencionan que la sedación paliativa en pacientes terminales afecta profundamente a la familia, especialmente al cuidador principal, quien enfrenta preocupaciones sobre la comunicación con el paciente y los cambios emocionales y físicos. Este proceso altera la dinámica familiar, particularmente en etapas de desarrollo como la adolescencia, generando tensiones. Aunque la sedación es vista como un recurso que facilita el duelo y permite una muerte tranquila, puede causar malestar emocional en los cuidadores. ⁽⁷⁴⁾	La falta de información clara y apoyo emocional genera angustia, especialmente en los cuidadores vista como duelo anticipado, afectando la dinámica y reorganización familiar. Principios Éticos Afectados Autonomía Se expresa cuando el paciente no puede expresar su consentimiento. No maleficencia, perciben la sedación como una posible aceleración del proceso de muerte, lo que incrementa su ansiedad y culpa.	Implementar una estrategia de comunicación continua y empática, junto con apoyo psicoemocional y educación anticipada sobre la sedación paliativa, para reducir el impacto emocional y facilitar la adaptación familiar. ⁽⁷⁷⁾	Se reconoce que la sedación paliativa, aunque facilita el duelo y proporciona una muerte tranquila, puede generar una alta carga emocional y física en el cuidador principal, especialmente cuando existe un vínculo afectivo cercano. Para identificar este impacto, se utiliza la Escala Zarit y, con base en sus resultados, se implementan intervenciones centradas en el apoyo psicoemocional, la educación sobre el proceso de sedación y la reorganización de roles familiares. ⁽⁷⁷⁾
Busquet X., Martínez E., Torán P. ⁽⁷⁵⁾	Falta de conocimiento sobre la diferencia entre	Busquet X, Martinez E, Toran P, mencionan que la sedación paliativa tiene como objetivo	El desconocimiento por la terminología sobre la sedación paliativa y la	La intervención de enfermería radica en la comunicación efectiva	El profesional de enfermería reconoce la importancia de

Rey M, Leal A, Martínez A. ⁽⁵⁶⁾	sedación paliativa y eutanasia	aliviar síntomas refractarios en pacientes terminales mediante la reducción controlada de la conciencia, sin intención de acelerar la muerte. Caso contrario, a la eutanasia implica una acción deliberada para causar la muerte por razones compasivas, con una intención directa de terminar la vida del paciente.⁽⁷⁵⁾	eutanasia genera incertidumbre en los pacientes y familiar al tener la premisa que los dos procesos con lleva el desenlace del aceleramiento de la muerte. Principios éticos afectados Autonomía: Este principio se ve afectado al interferir en la toma de decisiones sobre que proceso aplicar. Justicia: Todo paciente y familia tiene el derecho a ser informado sobre las diferentes alternativas que puede realizarse el paciente terminal.	con el paciente y sus familiares, brindando información sobre cuáles son las características de cada una de las alternativas. Además de la aplicación del consentimiento informado documento legal que resguarda y protege al personal.⁽⁵⁶⁾	diferenciar claramente entre sedación paliativa y eutanasia, ya que la primera busca aliviar síntomas refractarios sin intención de acelerar la muerte, siendo un acto ético y legalmente aceptado. La eutanasia, en cambio, implica la intención directa de causar la muerte, lo que genera debates legales y éticos. Es responsabilidad de enfermería asegurar que la sedación paliativa se realice bajo principios de proporcionalidad, con consentimiento informado y una adecuada valoración clínica, garantizando el respeto a la dignidad y bienestar del paciente en etapa terminal.⁽⁵⁶⁾
--	--------------------------------	--	--	---	--

Delgado C. ⁽⁷⁶⁾		Delgado C, considera que la falta de conocimiento en sedación paliativa entre profesionales de enfermería se debe a una formación limitada, lo que afecta la calidad y seguridad del cuidado. Se identificó un nivel medio de conocimientos, especialmente en criterios de indicación, manejo farmacológico y monitoreo del paciente. Esto coincide con estudios que evidencian deficiencias en conceptos clave del procedimiento. Dado el rol crucial de enfermería en la administración y evaluación de la sedación.⁽⁷⁶⁾	La falta de formación adecuada en sedación paliativa del personal de enfermería con un conocimiento medio puede comprometer la calidad del cuidado, la seguridad del paciente Principios Éticos Afectados Beneficencia: limitación de enfermería para su aliviar el sufrimiento de manera efectiva y oportuna. No maleficencia: El desconocimiento en aspectos clave de la sedación paliativa, ya que puede darse, como efectos adversos un mal manejo farmacológico una evaluación clínica incorrecta.	Se destaca la necesidad de fortalecer la formación continua y desarrollar programas educativos específicos para mejorar la atención en cuidados paliativos.⁽⁷⁷⁾	El personal de enfermería deberá considerar fundamental fortalecer la formación en sedación paliativa, ya que el déficit de conocimiento minimiza el cuidado al paciente terminal. La administración adecuada de fármacos, el monitoreo continuo y la correcta evaluación de la intervención son responsabilidades clave del rol enfermero.⁽⁷⁷⁾
----------------------------	--	--	--	---	---

Fuente: elaboración propia

Anexo 2. Propuesta de consentimiento informado para la sedación paliativa.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE																														
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			EDAD																							
TIPO DE ATENCIÓN		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		UCI		DOMICILIO																						
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA				CÉDULA DE IDENTIDAD																										
FECHA:		HORA:		DIAGNÓSTICO CIE-10																										
MOTIVO DE LA SEDACIÓN CIE-10																														
INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO																														
Tipo y nombre del procedimiento recomendado: Sedación Paliativa ¿En qué consiste? En la administración de fármacos sedantes para reducir la conciencia de una persona en estado terminal para aliviar el sufrimiento físico o psíquico que no ha podido controlarse de ninguna otra manera. Puede ser puntual (para aliviar un momento concreto de sufrimiento) o continua. Además, puede tener carácter superficial o profundo. ¿Cómo se realiza? Consiste en la administración de fármacos, por vía subcutánea o intravenosa, en dosis ajustadas según el nivel de dolor o sufrimiento del paciente. Además, requiere de monitoreo constante y acompañamiento integral.																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Síntoma Refractario</th> <th>Grupo Farmacológico</th> <th>Fármacos en sedación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Delirium</td> <td>Neurolépticos</td> <td>1. Midazolam</td> </tr> <tr> <td>Disnea</td> <td>Benzodiacepinas</td> <td>2. Levomepromazina</td> </tr> <tr> <td>Dolor</td> <td>Opioides</td> <td>3. Flunitrazepam</td> </tr> <tr> <td>Ansiedad</td> <td>Antiepilépticos</td> <td>4. Propofol</td> </tr> <tr> <td>Hemorragia Masiva</td> <td>Corticoides</td> <td>5. Fenobarbital</td> </tr> <tr> <td>Convulsiones</td> <td></td> <td>6. Morfina</td> </tr> </tbody> </table>										Síntoma Refractario	Grupo Farmacológico	Fármacos en sedación	Delirium	Neurolépticos	1. Midazolam	Disnea	Benzodiacepinas	2. Levomepromazina	Dolor	Opioides	3. Flunitrazepam	Ansiedad	Antiepilépticos	4. Propofol	Hemorragia Masiva	Corticoides	5. Fenobarbital	Convulsiones		6. Morfina
Síntoma Refractario	Grupo Farmacológico	Fármacos en sedación																												
Delirium	Neurolépticos	1. Midazolam																												
Disnea	Benzodiacepinas	2. Levomepromazina																												
Dolor	Opioides	3. Flunitrazepam																												
Ansiedad	Antiepilépticos	4. Propofol																												
Hemorragia Masiva	Corticoides	5. Fenobarbital																												
Convulsiones		6. Morfina																												
Indicación de la sedación paliativa. Requisitos - Se plantea ante un síntoma refractario: Es aquel que no puede ser controlado eficazmente a pesar de haber utilizado todos los tratamientos disponibles, en el tiempo y dosis disponibles. Ante estos casos, la sedación paliativa es un recurso para aliviar el sufrimiento. - El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal. - Por encontrarse el paciente en situación de agonía. - Por falta de disponibilidad de otros tratamientos. - Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media. Beneficios: - Control de los síntomas refractarios. - Mejora del confort y dignidad. - Alivio eficaz del sufrimiento físico y emocional. - Reducción de la angustia familiar Posibles efectos adversos: - Depresión respiratoria. - Somnolencia. - Taquicardia - Confusión - Alteraciones del estado de ánimo - Dificultad en la comunicación.																														
Responsabilidades del personal de salud: - Control de signos vitales antes, durante y después de la Sedación. - Seguimiento médico - Control del nivel de dolor. - Educación al paciente y familiares sobre el procedimiento.																														

Responsabilidades del paciente y familia

- Informar a los profesionales de la salud sobre cualquier síntoma nuevo o inusual después de sedación o efectos adversos, como dificultad para respirar, urticaria, dolor en el pecho.
- Comunicar deseos, pensamientos y decisiones de forma anticipada respecto al tratamiento y final de su vida.
- Colaborar y generar un ambiente tranquilo y de respeto durante el proceso.
- Respetar la dignidad, autonomía del paciente, facilitando el bienestar en la etapa final de vida.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**FECHA:****HORA:**

Yo, (Apellidos y Nombres) con
documento de identidad

AUTORIZO

- Que se realice la aplicación de la sedación paliativa con la finalidad de reducir el sufrimiento desencadenado por los síntomas refractarios.
- Declaro que mis preguntas han sido contestadas y se me ha hecho saber que pueden ampliar esta información a mi solicitud.
- Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento denominado consentimiento informado, con los que he concordado plenamente.
- Entiendo que tengo derecho a rectificar este consentimiento en cualquier momento. Asumo consiente y libremente mi decisión sobre este procedimiento médico.

FIRMAS

Apellidos y nombres del paciente	N° de documento de identidad	Firma o huella
Apellidos y nombres del profesional que realiza el procedimiento	Firma, sello y código del profesional de la salud que realiza el Procedimiento	

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:**FECHA:****HORA:****Parentesco:**

Apellidos y nombres del representante legal	N° de documento de identidad	Firma o huella

NEGATIVA DE		
FECHA:		HORA:
Apellidos y nombres del representante legal	N° de documento de identidad	Firma o huella
Apellidos y nombres del profesional que prescribió el procedimiento	Firma, sello y código del profesional de la salud que prescribió el Procedimiento	
Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:		
Apellidos y nombres del testigo	N° de documento de identidad	Firma o huella

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Yo, (Apellidos y Nombres) con documento de identidad, de forma libre, voluntaria, advertido y consciente de las consecuencias (Muerte, Incapacidad permanente, Insuficiencia renal aguda, Anemia, Problemas pulmonares) que esta decisión puede acarrear a mi salud, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico anteriormente autorizado, que doy por terminado la fecha de a las horas.		
Especifique el motivo de rechazo a la sedación paliativa:		
Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole a los responsables de salud que me atienden.		
Apellidos y nombres del paciente	N° de documento de identidad	Firma o huella
Si el paciente no está en capacidad de firmar la revocatoria del consentimiento informado:		
Apellidos y nombres del representante legal	N° de documento de identidad	Firma o huella

Fuente: elaboración propia

Referencias Bibliográficas:

1. MSP. Consentimiento Informado. ACCES [Internet]. ACCESO. 2018 [citado el 18 de junio de 2025]. Disponible en: <http://www.acces.gob.ec/consentimiento-informado/>
2. MSP. Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la practica clínica. Gob.ec. [citado el 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/AM5316-Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf

3. Acedo C, Rodríguez B. Sedación paliativa. Rev clín med fam [Internet]. 2021 [citado el 18 de junio de 2025];14(2):93–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200009