HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN FASE TERMINAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

HUMANIZATION OF NURSING CARE FOR TERMINALLY ILL PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS: A SYSTEMATIC REVIEW

Diana Maribel Chango Chicaiza[1*]

[1] Maestrante de la Maestría en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos, Universidad Iberoamericana del Ecuador (UNIB.E), Quito, Ecuador. ORCID: https://orcid.org/0009-0005-9671-1994. Correo: dchangoc@est.unibe.edu.ec

María Lizbeth Pereira Armijos[2]

[2] Maestrante de la Maestría en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos, Universidad Iberoamericana del Ecuador (UNIB.E), Quito, Ecuador. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-2891-7141. Correo: mpereiraa@est.unibe.edu.ec

José Ivo Contreras Briceño[3]

[3] PhD. En Enfermería UNIBE. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9870-9944. Correo: jocontreras@utpl.edu.ec

Rusbel Jose Nausin Quitio[4]

[4] Maestría en Gestión del Cuidado, Universidad Iberoamericana del Ecuador (UNIB.E), Quito, Ecuador. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-1571-0087. Correo: rnausin@unibe.edu.ec

*** Autor para correspondencia: dchangoc@est.unibe.edu.ec**

Resumen

Las Unidades de Cuidados Intensivos se caracterizan por una elevada tecnificación que, si bien reduce la mortalidad, puede relegar las dimensiones asistenciales y éticas durante la fase final de la vida. En este contexto, la humanización del cuidado de enfermería resulta indispensable para garantizar una atención centrada en la dignidad y el confort de los enfermos críticos. El objetivo de este trabajo fue analizar la evidencia científica sobre la humanización del cuidado de enfermería en pacientes en fase terminal hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, identificando sus principales intervenciones, barreras y

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

dilemas éticos. Se realizó una revisión conforme a los lineamientos de la declaración PRISMA, ejecutando la búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed, Web of Science, ScienceDirect, CINAHL, SciELO, BVS y LILACS mediante descriptores en salud. La selección de estudios a ciegas se gestionó en Rayyan y la calidad metodológica se evaluó con la herramienta MMAT. Se incluyeron 36 estudios que mostraron una mayor producción científica en Europa y un predominio del enfoque cualitativo. Entre las estrategias humanizadoras destacaron los diarios de cuidados intensivos, los planes de cuidado crítico individualizados, el tacto afectivo y las excursiones al aire libre; mientras que la sobrecarga laboral y dilemas éticos asociados a la distanasia constituyeron las principales barreras. La evidencia señala que la humanización representa un desafío ético crucial y respalda un cambio de paradigma hacia el confort del paciente terminal, la implementación de protocolos de transición paliativa y la necesidad de brindar soporte emocional al personal de enfermería.

Palabras clave: Humanización de la Atención; Cuidados paliativos integrativos, Atención de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermo Terminal.

Abstract

*Intensive Care Units are characterized by a high level of technology which, while reducing mortality, can overshadow the care-related and ethical dimensions during the end-of-life phase. In this context, the humanization of nursing care is essential to ensure care centered on the dignity and comfort of critically ill patients. The aim of this study was to analyze the scientific evidence regarding the humanization of nursing care for terminally ill patients hospitalized in intensive care units, identifying key interventions, barriers, and ethical dilemmas. A review was conducted following PRISMA guidelines, with a literature search performed across databases such as PubMed, Web of Science, ScienceDirect, CINAHL, SciELO, BVS, and LILACS using health descriptors. Blind study selection was managed using Rayyan, and methodological quality was assessed with the MMAT tool. Thirty-six studies were included, revealing a higher volume of scientific output from Europe and a predominance of qualitative approaches. Notable humanizing strategies included intensive care diaries, individualized critical care plans, affective touch, and outdoor excursions; conversely, workload and ethical dilemmas associated with *disthanasia* (futile prolongation of life) were identified as the primary barriers. The evidence indicates that humanization represents a crucial ethical challenge and supports a paradigm shift toward prioritizing the comfort of terminally ill patients, implementing palliative transition protocols, and providing emotional support to nursing staff.*

Keywords: *Humanization of Care; Palliative Care; Nursing Care; Intensive Care Unit, Terminally Ill.*

Fecha de recibido: 11/08/2026
Fecha de aceptado: 21/10/2026
Fecha de publicado: 27/10/2026

Introducción

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).
Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son servicios hospitalarios altamente especializados y estructurados para brindar asistencia compleja, intensiva y continua a pacientes en estado crítico o con riesgo vital inminente (1), aunque el desarrollo tecnológico en estos entornos ha contribuido significativamente a reducir la mortalidad en diversas patologías críticas, la tasa de mortalidad en estas unidades continúa siendo considerable, con estimaciones reportadas en la literatura que oscilan entre el 16% y el 48,7%, lo que representa una cifra relevante de decesos anuales a nivel global (2), (1). Dentro de esta población crítica, se estima que más del 20% corresponde a personas en fase terminal; es decir, individuos que cursan con enfermedades irreversibles o sin respuesta al tratamiento curativo y que reciben cuidados en la UCI durante la etapa final de su vida (3).

La dinámica habitual de las unidades de cuidados intensivos prioriza la monitorización tecnológica continua y la aplicación de medidas terapéuticas orientadas a la recuperación hemodinámica y funcional del paciente. Sin embargo, este entorno puede generar una tensión asistencial cuando el paciente evoluciona hacia una fase de muerte inminente. El uso intensivo de intervenciones destinadas al soporte vital puede relegar a un segundo plano las necesidades emocionales, sociales y espirituales de la persona en fase terminal frente al abordaje puramente biomédico. En este contexto, la humanización del cuidado adquiere especial relevancia, al proponer un enfoque asistencial que integre la tecnología disponible con el respeto a la dignidad, la autonomía y el bienestar integral de la persona al final de la vida (2).

Desde la perspectiva de la disciplina de enfermería, la humanización de la atención se concibe como un abordaje holístico, una actitud profesional empática y un compromiso organizacional que debe involucrar a los diversos estamentos del sistema de salud (4). En el paciente terminal en UCI, este enfoque requiere transitar progresivamente de un modelo orientado de forma exclusiva a la curación hacia un esquema centrado en el confort, el alivio del sufrimiento y la preservación de la dignidad (5), (6). Dado que enfermería se constituye como una disciplina y profesión centrada en el cuidado, fundamentada en el conocimiento científico, la destreza técnica y el desarrollo de modelos asistenciales (7), sus profesionales asumen un rol clave ante la complejidad del paciente terminal. Las características particulares de este grupo de pacientes como fragilidad extrema, alta dependencia, la proximidad de la muerte y la necesidad de acompañamiento familiar, pues demandan intervenciones diferenciadas respecto a las aplicadas en pacientes con expectativas de recuperación.

Para fundamentar teóricamente estas prácticas, la disciplina de enfermería dispone de modelos conceptuales que permiten estructurar y analizar las intervenciones humanizadoras descritas en la literatura. Por un lado, la Teoría del Confort de Kolcaba plantea que la atención integral debe abarcar el entorno físico, el bienestar emocional y la inclusión de la familia en el proceso asistencial (6), (8), por otro lado, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson sostiene que la práctica enfermera debe atender tanto las necesidades biológicas como las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales a través de una relación interpersonal y transpersonal (9). Ambos marcos constituyen el eje interpretativo de esta revisión, permitiendo clasificar las intervenciones reportadas no como actividades aisladas, sino como componentes de un modelo asistencial coherente orientado al confort, la alianza terapéutica y el acompañamiento en el proceso de morir.

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

En concordancia con estos referentes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como un enfoque destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando enfrentan problemas asociados a enfermedades potencialmente mortales (1). La evidencia señala que elementos como la comunicación efectiva, la presencia continua de enfermería y el respeto por las decisiones del paciente (incluidas las directivas anticipadas) representan pilares clave en la atención al final de la vida (Robleda et al., 2025) (10). Asimismo, iniciativas internacionales como el Proyecto HU-CI han promovido el desarrollo de estrategias concretas en este ámbito, tales como la planificación colaborativa de ensayos limitados en el tiempo (TLT) y la estructuración de la comunicación multidisciplinaria (11), (1), con aportes documentados en diversos contextos socioculturales de Europa, América, África y Asia (12).

No obstante, la integración sistematizada de los cuidados paliativos en la UCI representa un desafío constante para la enfermería crítica, ámbito donde históricamente han predominado las intervenciones de carácter curativo por sobre las estrategias de acompañamiento humanizad. Entre las barreras identificadas en la literatura se señalan la necesidad de mayor formación especializada en cuidados paliativos para el personal de enfermería de áreas críticas (13), (4), la elevada carga laboral, el agotamiento profesional (burnout), las limitaciones de privacidad en la infraestructura de las unidades (14), y la variabilidad en la aplicación de principios bioéticos según el marco legal y cultural de cada región (8), (15). Si bien diversos estudios han descrito estos obstáculos de manera contextualizada o enfocada en entornos específicos, con frecuencia el análisis se limita a la identificación de barreras locales sin profundizar en una síntesis integradora de las intervenciones de enfermería que han demostrado ser efectivas globalmente.

A partir de esta situación, el valor diferenciador del presente trabajo radica en analizar y sintetizar, desde una perspectiva amplia e intercultural, las intervenciones de enfermería orientadas a la humanización del cuidado al final de la vida en la UCI, utilizando como marco interpretativo los modelos de Kolcaba y Watson, más allá de la sola descripción de barreras organizativas. En consecuencia, el objetivo de esta revisión sistemática es analizar la evidencia científica disponible sobre la humanización del cuidado de enfermería en pacientes en fase terminal ingresados en unidades de cuidados intensivos, identificando sus principales intervenciones, barreras y dilemas éticos a partir de publicaciones que incorporan perspectivas de Europa, América, África y Asia (12).

Materiales y métodos

Formulación de la Pregunta de Investigación: para estructurar la búsqueda y garantizar la delimitación conceptual sin limitar a priori el tipo de diseños o resultados evaluados, la pregunta de investigación se formuló mediante el marco PCC (Población, Concepto, Contexto) propuesto por el Joanna Briggs Institute (JBI): P (Población): Pacientes en fase terminal (y sus familias) y profesionales de enfermería. C (Concepto): Humanización del cuidado de enfermería (incluyendo intervenciones aplicadas, barreras organizativas/asistenciales y dilemas éticos). C (Contexto): Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

A partir de este marco, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué evidencia científica existe sobre la humanización del cuidado de enfermería en pacientes en fase terminal en unidades de cuidados intensivos, y cuáles son las principales intervenciones, barreras y dilemas éticos descritos en la literatura?

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

Diseño del estudio: En la presente investigación se realizó una revisión de alcance (Scoping Review), con la finalidad de mapear y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la humanización del cuidado de enfermería en pacientes en fase terminal en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), identificando además sus principales intervenciones, barreras y dilemas éticos. El estudio se condujo siguiendo las directrices metodológicas del Joanna Briggs Institute (JBI) para revisiones de alcance y la extensión de la declaración PRISMA para revisiones de alcance (PRISMA-ScR) (16), lo que permitió identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar los estudios de forma sistemática, transparente y reproducible.

Estrategia de búsqueda: la búsqueda bibliográfica se realizó en varias bases de datos, durante el 26 al 28 de junio de 2026. Para garantizar la reproducibilidad del estudio los términos clave se contrastaron y normalizaron con los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), utilizando las ecuaciones booleanas se estructuraron de forma homogénea en cuatro bloques conceptuales clave: [Cuidado Humanizado] AND [Paciente Terminal/Cuidados Paliativos] AND [Unidad de Cuidados Intensivos] AND [Enfermería].). En bases de datos de cobertura global e idioma inglés (ScienceDirect, WOS, PubMed y CINAHL Complete), se emplearon términos estandarizados de los tesauros MeSH y CINAHL según correspondió, junto con palabras clave en inglés. Para bases de datos regionales iberoamericanas (BVS, SciELO y LILACS), las ecuaciones se construyeron con la combinación trilingüe de descriptores DeCS (Español, Portugués e Inglés). Asimismo, en las bases que lo permitieron, se utilizaron operadores de exclusión (NOT) para descartar poblaciones pediátricas y neonatales. La configuración detallada de las ecuaciones por base de datos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: se incluyeron artículos científicos originales publicados entre 2021 y 2026, en idioma español e inglés, con acceso a texto completo (abierto o mediante suscripción institucional) e indexados en las bases de datos seleccionadas. Se consideraron elegibles aquellos estudios orientados a la humanización del cuidado de enfermería en pacientes adultos en situación crítica o en fase terminal hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), teniendo a los profesionales de enfermería como actores o informantes clave de la atención. Asimismo, se incluyeron investigaciones desarrolladas en el ámbito hospitalario de la UCI en niveles de atención secundario y terciario, bajo diseños cualitativos, cuantitativos o de métodos mixtos que aportaran evidencia empírica directa sobre el fenómeno de estudio.

Criterios de exclusión: para garantizar el rigor científico de la revisión, se excluyeron artículos publicados fuera del período 2021-2026, documentos sin acceso a texto completo y literatura gris (tesis de grado o posgrado, repositorios institucionales no arbitrados, actas de congresos, cartas al editor, editoriales y comentarios). También se descartaron estudios que no abordaran la humanización del cuidado de enfermería como eje central, aquellos desarrollados fuera del entorno de la UCI o en unidades pediátricas y neonatales, investigaciones donde enfermería no fuera el profesional responsable de la intervención, y publicaciones centradas de forma exclusiva en la perspectiva de los familiares sin abordar el cuidado directo al paciente. Finalmente, se excluyeron aquellos estudios que presentaron deficiencias metodológicas severas en sus preguntas de investigación, recolección de datos o alineación con el diseño declarado, tras la evaluación crítica realizada con la herramienta Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT).

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

Proceso de cribado: la selección de los estudios se llevó a cabo de manera independiente por dos revisores, quienes emplearon la plataforma digital Rayyan para garantizar un proceso de cribado a ciegas (blind screening) (17). Esta herramienta permitió ocultar mutuamente las decisiones de inclusión y exclusión durante las fases de revisión de título y resumen, minimizando así el sesgo de selección. Las discrepancias surgidas entre los revisores se resolvieron mediante discusión consensuada y, en los casos no resueltos, mediante la intervención de un tercer revisor.

Evaluación del riesgo de sesgo: dada la heterogeneidad metodológica de los diseños incluidos en la revisión, la evaluación del riesgo de sesgo individual de cada estudio se realizó mediante el Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (18), instrumento validado para la valoración de calidad en revisiones que integran estudios cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos. Cada estudio fue calificado de forma independiente por los dos revisores conforme a los criterios específicos de su categoría de diseño, y las discrepancias se resolvieron por consenso.

Extracción y síntesis de datos: la extracción de información se realizó mediante una matriz estandarizada que recogió variables como autor, año, país, diseño metodológico, población, y principales hallazgos (Tabla 3). Este proceso fue ejecutado de manera independiente por ambos revisores y posteriormente cotejado para garantizar la consistencia. Cabe señalar que esta revisión sistemática no fue registrada previamente en ninguna plataforma o protocolo oficial (como PROSPERO o similares). Sin embargo, para mitigar el sesgo de publicación y asegurar la transparencia del proceso, la investigación se desarrolló de forma rigurosa bajo los parámetros metodológicos de la declaración PRISMA (Figura 1), el cual detalla el número de registros identificados, duplicados eliminados, estudios excluidos con sus respectivas razones, y el número final de estudios incluidos en la síntesis cualitativa.

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

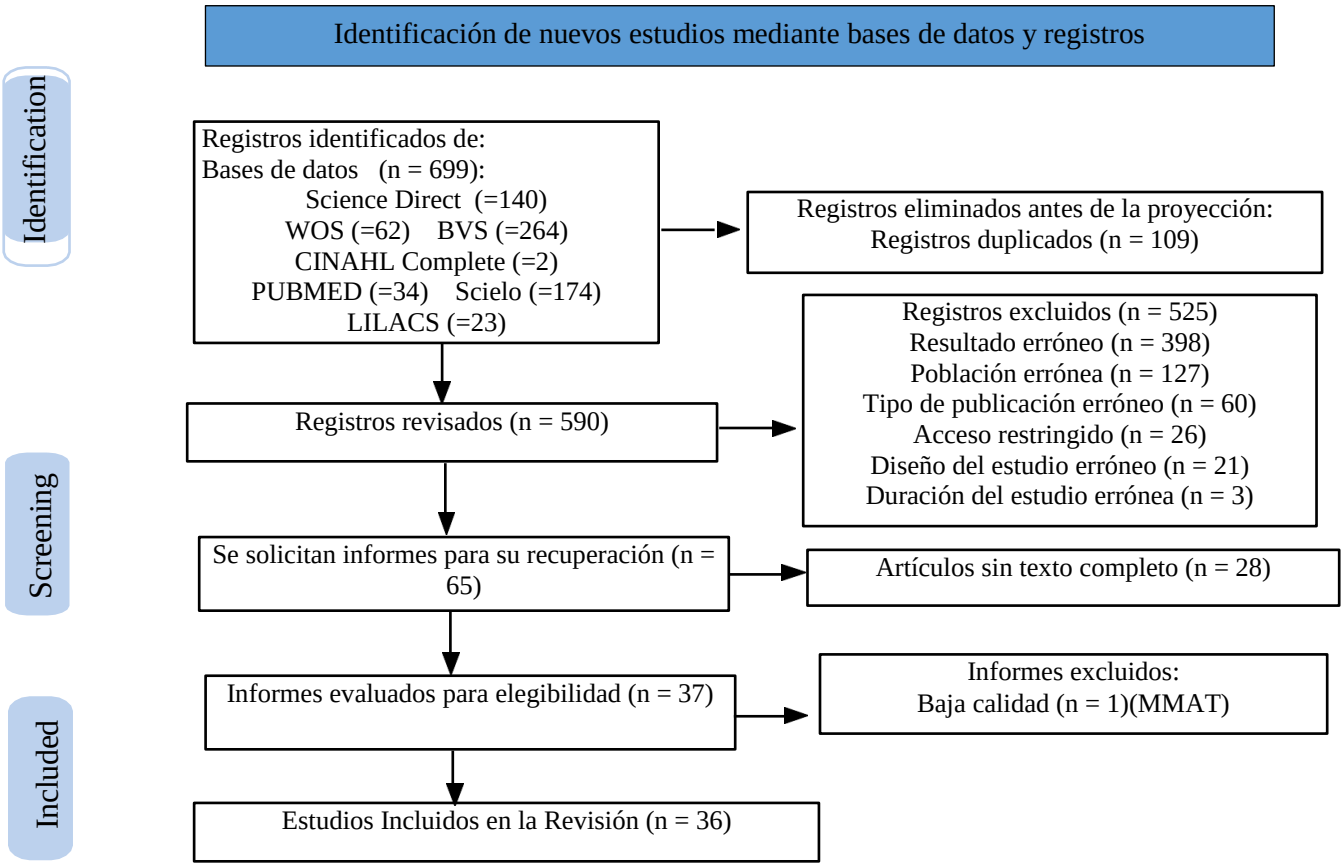


Figura 1: PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

Resultados y discusión

Características Generales y Metodológicas de los Estudios

En la muestra de estudios analizados, la distribución geográfica de las publicaciones se concentra predominantemente en el continente europeo (con investigaciones de Noruega, Suecia, Suiza, Portugal, España, Croacia y Alemania), complementada por reportes procedentes de Asia, África, América del Norte y Oceanía. En los registros evaluados para este estudio se observa una menor proporción de publicaciones desarrolladas en el contexto latinoamericano (limitadas a reportes de Brasil y Colombia).

A nivel metodológico, se aprecia una marcada prevalencia de enfoques cualitativos (diseños fenomenológicos, exploratorios descriptivos y análisis temático), con una menor presencia de estudios cuantitativos o de métodos mixtos. Los autores suelen recurrir al abordaje cualitativo cuando el objetivo central es explorar experiencias subjetivas, percepciones de dignidad y afrontamiento ante el proceso de morir en entornos hipertecnificados (10), (19). Estudios señalan que dimensiones complejas como la percepción del sufrimiento o el impacto del contacto físico difícilmente se capturan mediante métricas cuantitativas tradicionales (10), (19). Por su parte, los diseños cuantitativos y mixtos en la muestra revisada se han empleado principalmente para evaluar necesidades formativas, la viabilidad de herramientas o el nivel de sobrecarga emocional (20),(10),(12),(1). No obstante, al analizar de forma integrada la evidencia, se identifican limitaciones comunes relacionadas con la prevalencia de muestras por conveniencia y contextos

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

monocéntricos, sumadas a una variabilidad en la definición operativa de "humanización", aspectos que pueden limitar la extrapolación de los resultados a otros entornos hospitalarios o de recursos restringidos (20),(21), (1), (15)

Intervenciones de Humanización del Cuidado

Las intervenciones documentadas en los artículos seleccionados se orientan principalmente a atenuar la despersonalización del entorno crítico y favorecer la atención centrada en la persona (11), (5), Entre estas estrategias, los diarios de UCI destacan en la literatura como una herramienta narrativo-terapéutica versátil (22), (20), (23), (24) ; De acuerdo con los hallazgos reportados la inserción de un diario cumple funciones diferenciadas según el contexto clínico: en pacientes supervivientes actúa como un apoyo para la reconstrucción de la memoria, mientras que en escenarios de mal pronóstico o muerte inminente se orienta hacia el acompañamiento del duelo familiar y el procesamiento emocional del equipo de enfermería (25) (20), (23). Lo que demuestra un matiz diferencial en el contexto del final de la vida puesto que mientras en unos pacientes fomenta un ambiente de valoración de sus emociones y de recuperación de su memoria en el proceso de estancia hospitalaria, en otro ámbito brinda un consuelo a la familia para afrontar la fase del duelo tras la pérdida de su ser querido, como también enfatiza en el personal de salud al mostrar y validar el acompañamiento que se brindó al final de esta etapa.

Esta dimensión narrativa se complementa con estrategias de información estructurada (folletos y cuadernos de inquietudes), donde muestra favorecer el soporte informativo a las familias en la unidad. (20), (22), (24),(23) . Asimismo, el "ICU Care Plan" actúa como herramientas de diseño centrado en el humano que facilita la toma de decisiones en ensayos clínicos limitados en el tiempo y que reducen la conflictividad con respecto a tratamientos, asimismo, incrementan de forma sustancial la satisfacción y afrontamiento familiar (11), ya que pone las necesidades y preocupaciones del paciente y su familia por encima de las decisiones médicas.

En el ámbito relacional y asistencial se destaca el "tacto afectivo" como un canal no verbal relevante para preservar la cercanía y la dignidad en enfermos sedados o imposibilitados de comunicarse verbalmente (10), (19). Por otra parte, intervenciones innovadoras como la realización de salidas guiadas al aire libre, favorecen el reconocimiento de la individualidad del enfermo más allá de su condición clínica (26) y estructuralmente brinda la incorporación de equipos de cuidados paliativos y la aplicación del modelo FICUS (Family in Intensive Care UnitS) en las Unidades de Cuidados Intensivos lo que duplica la formulación de objetivos de cuidado y disminuyen la mortalidad intrahospitalaria al alinear el plan terapéutico con los valores del enfermo (3), (27). Sin embargo, la literatura analizada evidencia la necesidad de desarrollar un mayor número de estudios longitudinales que evalúen el impacto a largo plazo de estas intervenciones sobre el bienestar psicológico familiar y la calidad del proceso de morir (28),(29), (8), (24), (27), ; pues existen limitantes que dependen del estado del paciente y de la necesidad de aporte vital requerido, así como también depende del nivel de sedación al que se encuentre expuesto.

Barreras para la Implementación del Cuidado Humanizado

La evidencia señala la existencia de tensiones persistentes entre los principios del cuidado humanizado y la práctica cotidiana en las Unidades de Cuidados Intensivos. Entre los factores estructurales descritos, la elevada carga laboral, el déficit de personal y una alta relación enfermera-paciente se reportan de forma

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

recurrente como condicionantes que limitan el tiempo disponible para el acompañamiento al final de la vida, observándose esta problemática tanto en entornos de altos recursos como en países en desarrollo (14), (29), (7),(4). Asimismo, las características arquitectónicas del área crítica caracterizadas por sobreestimulación acústica, falta de privacidad y espacios reducidos son descritas en las investigaciones como factores que interfieren con la interacción empática con el paciente y su entorno (29) ,(5), (20); estos factores interfieren negativamente en la interacción terapéutica sensible entre el personal – paciente y familia, pues las alarmas de los equipos resultan abrumadoras, los espacios reducidos vulneran la privacidad y el entorno del paciente, convirtiéndose en áreas frías, poco amigables con predominancia de equipos tecnológicos, donde el personal tiende a darle prioridad a cumplir con las funciones asistenciales que al brindarle apoyo empático al paciente.

En el ámbito formativo y organizacional, diversos autores identifican deficiencias en las competencias paliativas del personal de enfermería, reportándose vacíos de conocimiento en áreas sensibles como la comunicación de malas noticias o el manejo de síntomas complejos al final de la vida, pues la exposición constante a situaciones de final de la vida y la sobrecarga psicoemocional impactan directamente en la salud mental del equipo de salud, lo que incrementa la vulnerabilidad ante el sufrimiento del paciente y su familia. Los datos sugieren que, para preservar la empatía y prevenir el desgaste moral, resulta indispensable estructurar redes institucionales de soporte psicológico e implementar estrategias de resiliencia profesional y comunicación compasiva en la UCI (30), (31), (2), (1). Adicionalmente, el modelo biomédico tradicional restringe la autonomía profesional, pues pone el papel de la enfermera es sistemáticamente excluida de la toma de decisiones sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico, a pesar de su presencia continua al lado del enfermo. Esta desvalorización de su rol clínico y relacional se agudizó durante las restricciones de visitas por la pandemia de COVID-19; un contexto crítico en el que el profesional de enfermería tuvo que asumir de forma imprevista el rol de «guardián y sustituto afectivo», lo que aceleró la fatiga emocional y el desgaste profesional (4). Este escenario evidencia cómo el personal de enfermería es sometido a cumplir funciones para las cuales la formación curricular previa no lo ha preparado. Asimismo, se desestima el conocimiento que adquiere sobre las necesidades espirituales del paciente al que accede por cubrir un mayor número de horas a su cuidado, lo que añade una sobrecarga emocional al desarrollo de sus intervenciones cotidianas en el área.

Adicionalmente, la evidencia cualitativa pone de manifiesto que la humanización del cuidado al final de la vida exige abordar las barreras culturales y espirituales en la UCI, con respecto, exploraciones en profesionales de enfermería en entornos críticos señalan que la falta de sensibilidad institucional hacia las cosmovisiones espirituales de minorías o poblaciones originarias (como la comunidad maorí y sus familias/whānau) (32) puede generar inequidades en la atención terminal. En consecuencia, los hallazgos sugieren que la integración de competencias transversales en seguridad cultural resulta imperativa para garantizar un trato equitativo, respetuoso y centrado en la dignidad de la persona al final de la vida.

Dilemas Éticos en la Atención Crítica Terminal

El conflicto ético reportado con mayor frecuencia en la atención de enfermería en la UCI se relaciona con la gestión de la distanasia o prolongación fútil de medidas invasivas (29), (6), (2), además ilustran cómo la percepción de intervenciones no beneficiosas puede generar estrés o angustia moral en el personal asistencial, al experimentar una contradicción entre las acciones ejecutadas y el principio de no maleficencia (33), (34),

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

Frente a esto, el enfoque hacia la ortotanasia se orienta a permitir la evolución natural de la enfermedad, priorizando el confort y el respeto a la dignidad del enfermo.

Asimismo, la administración de analgesia y sedación en enfermos que no pueden expresar su voluntad plantea incertidumbres éticas en el equipo de enfermería respecto al equilibrio entre el alivio sintomático y la proporcionalidad terapéutica, (10), (6). Bajo este mismo contexto de final de vida, surgen tensiones complejas asociadas al respeto de las voluntades anticipadas, el retiro de soporte vital y la preservación de la dignidad del paciente durante el proceso de donación de órganos, conflictos morales ampliamente documentados; si bien es cierto el personal de enfermería busca el alivio del dolor no acortar la vida, es por ello que se ve la necesidad de una preparación paliativa, que integre el manejo correcto de esta intervención farmacología, como también que ayude al personal con el afrontamiento de los afectos secundarios que puede llegar a provocar.

Para atenuar este impacto, la literatura científica, sugiere la necesidad urgente de institucionalizar "disparadores clínicos" (triggers) que sistematicen la transición hacia cuidados paliativos (35). Esta estrategia cobra una relevancia crítica debido a que muchas decisiones de reorientación terapéutica se postergan de manera excesiva por la falta de consenso médico o de directrices claras en las unidades, una barrera advertida por Cunha et al. (5) y (21), lo que con frecuencia deja a la enfermera marginada de la toma de decisiones y atrapada en la ejecución de cuidados invasivos fútiles, es importante contar con criterios estandarizados que activen la transición paliativa de forma precoz evitando la prolongación innecesaria de la agonía y evitando conflictos interdisciplinarios. Cabe resaltar que, en la práctica real de las Unidades de Cuidados Intensivos, la pérdida de un paciente crítico tras días de maniobras invasivas suele resolverse de forma mecánica "preparando la cama para el siguiente ingreso" sin espacio temporal para el procesamiento emocional, una realidad agotadora (36), (37) por ello es necesario el integrar espacios formales de descompresión emocional y sesiones de debriefing o apoyo psicológico organizado como herramientas esenciales para prevenir el síndrome de burnout y el estrés moral acumulado en los equipos de salud.

Conclusiones

La humanización del cuidado crítico ha demostrado fundamentarse en la necesidad clínica de comprender las vivencias subjetivas, la vulnerabilidad y el sufrimiento de los pacientes, sus familias y el personal asistencial frente a la tecnificación de los entornos clínicos; evidenciándose la necesidad de reorientar el enfoque asistencial hacia la dignidad y la condición de persona de los individuos, constituyéndose indispensable para equilibrar los procesos de soporte vital con una práctica verdaderamente compasiva, la cual debe estudiarse con profundidad puesto que a nivel de Latinoamérica no se encuentra estudios que describan la realidad de los pacientes en estas unidades.

En relación con las intervenciones y estrategias de cuidado humanizado, la evidencia cualitativa y descriptiva revisada señala que el uso de diarios de UCI puede constituir un recurso versátil de soporte transicional, facilitando la reconstrucción de la memoria en pacientes supervivientes y adaptándose para el acompañamiento narrativo durante el duelo familiar. De igual modo, la incorporación de planes de cuidado visuales (como el "ICU Care Plan") y herramientas estructuradas de información escrita se describen como alternativas que parecen contribuir a mitigar la incertidumbre familiar. Por su parte, intervenciones

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

emergentes como el tacto afectivo y las salidas guiadas al aire libre se reportan como opciones viables para favorecer la conexión humana y el reconocimiento de la individualidad del paciente terminal.

Por otro lado, la sobrecarga laboral, el déficit de personal y las restricciones arquitectónicas persisten en la literatura como obstáculos estructurales que dificultan un acompañamiento privado y digno al final de la vida. En este contexto, la percepción de tratamientos fútiles o distanasia se describe vinculada al desarrollo de angustia moral en el personal de enfermería. Estas dificultades se ven condicionadas por vacíos documentados en la formación en cuidados paliativos y por una participación formal aún restringida de enfermería en la toma de decisiones clínicas interdisciplinares sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico.

A partir de la literatura sintetizada, se sugiere la conveniencia de estructurar criterios o protocolos flexibles de transición paliativa, acompañados de espacios institucionales de soporte emocional y debriefing (técnica de conversación estructurada que se realiza tras un evento crítico o traumático para analizar lo ocurrido) para mitigar el sufrimiento moral del equipo asistencial. Con el fin de equilibrar la alta tecnología con la práctica compasiva, los autores recomiendan fortalecer la formación especializada en cuidados paliativos dentro del área crítica y fomentar la integración activa de la enfermera en las deliberaciones éticas de retiro de soporte vital.

Referencias

1. Sesma-Mendaza A, Aranguren-Sesma M, Estraviz-Pardo F, Lizarazu-Armendáriz E, Goñi-Viguria R. Conocimientos de las enfermeras acerca de los cuidados paliativos en un área de críticos. Enfermería intensiva. 2022;33(4):197-205.
2. Peng M, Guan Q, Zhu X. Moral distress, attitude toward death, and palliative care core competencies among ICU nurses: a cross-sectional study. BMC palliative care. 2025;24(1):16.
3. Mehta MA, Krishnasamy MP, Chai ME, Acquah MS, Lasseigne RJ, Newman RA, et al. Lessons learned from an embedded palliative care model in the medical intensive care unit. Journal of Pain and Symptom Management. 2023;65(4):e321-e7.
4. Sili EM, Nascimento ERPd, Malfussi LBHd, Vieira PM, Lazzari DD, Forster F, et al. Cuidado de enfermagem humanizado em terapia intensiva em Angola: facilidades e dificuldades desveladas. Texto & Contexto-Enfermagem. 2024;33:e20230111.
5. da Cunha DFA, Alves JCF, Marques AJS, Santos RFS, da Mota LAN. Palliative care in intensive care units: nurses' perspectives on challenges and strategies. Nursing in critical care. 2026;31(1):e70240.
6. Palmryd L, Rejnö Å, Alvariza A, Godskesen T. Critical care nurses' experiences of ethical challenges in end-of-life care. Nursing ethics. 2025;32(2):424-36.
7. Rezende LC, Vilela GdS, Caram CdS, Caçador BS, Brito MJM. Modelo de atención de enfermería al lado de la cama: desafíos y perspectivas para una práctica innovadora. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2021;42:e20200155.
8. Wang Q-L, Liu C-R, Yue P, Han B-R. Construction of hospice care evaluation system for terminally ill patients in ICU. Patient preference and adherence. 2024:29-37.
9. Amezcua M. Enfermeros juandedianos en la batalla de Lepanto. Temperamentvm. 2026:e16269-e.

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

10. Robleda G, Benet M, Cebrià-Fondevila H, Robleda-Font X, Canet-Vélez O, Baños J-E. Nurses' perceptions of pain management in non-communicative critically ill patients: A phenomenological study. Enfermería Intensiva (English Ed). 2025;36(4):500560.
11. Mortenson SM, McCartney JM, Moy JX, Palmer GM, Goldberg JH, Solomon DB, et al. The ICU Care Plan: Human-Centered Design of a Tool to Support Time-Limited Trials for Older Adults With Critical Illness. Journal of the American Geriatrics Society. 2025;73(12):3747-56.
12. Naef R, Brysiewicz P, Mc Andrew NS, Beierwaltes P, Chiang V, Clisbee D, et al. Intensive care nurse-family engagement from a global perspective: A qualitative multi-site exploration. Intensive and Critical Care Nursing. 2021;66:103081.
13. Pitsillidou M, Noula M, Roupa Z, Farmakas A. Barriers to the adoption of evidence based practice in nursing: a focus group study. Acta Informatica Medica. 2023;31(4):306.
14. Pettersson C, Forsén J, Joelsson-Alm E, Fridh I, Björling G, Mattsson J. Piloting and watch over in the end-of-life care of intensive care unit patients with COVID-19: A qualitative study. Nursing in critical care. 2024;29(6):1421-8.
15. Zhang C, Xue X, Tao J, Wang S, Wu Y, He Q, et al. Healthcare professionals' experiences of participating in withdrawing life-sustaining treatment decisions in a Chinese intensive care unit: a qualitative study. BMC Medical Ethics. 2025;27(1):3.
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. bmj. 2021;372.
17. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Systematic reviews. 2016;5(1):210.
18. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. Education for information. 2018;34(4):285-91.
19. Sandnes L, Uhrenfeldt L. Caring touch as communication in intensive care nursing: a qualitative study. International journal of qualitative studies on health and well-being. 2024;19(1):2348891.
20. Calzari S, Villa M, Mauro S, Mirto V, Bulloni P, Zini P, et al. The intensive care unit diary as a valuable care tool: A qualitative study of patients' experiences. Intensive and Critical Care Nursing. 2024;80:103558.
21. Omidi M, Abdi A, Rezaei M. A qualitative study on ICU nurses' perceptions of palliative care. BMC nursing. 2025;24(1):521.
22. Bosco V, Mercuri C, Giordano V, Froio AM, Commisso D, Nocerino R, et al. Enhancing ICU care with nurse-written diaries. Nursing in critical care. 2024;29(6):1355-62.
23. Högvall LM, Egerod I, Herling SF, Rustøen T, Berntzen H. Finding the right words: A focus group investigation of nurses' experiences of writing diaries for intensive care patients with a poor prognosis. Australian Critical Care. 2023;36(6):1011-8.
24. Mussart KM, Treviso P, Silva AKd, Ferraboli SF, Souza TLd, Barilli SLS. Implementation of intensive care diary: perception of the family and the nursing team. Escola Anna Nery. 2024;28:e20230172.
25. Berntzen H, Rustøen T, Kynø NM. "Hope at a crossroads"–Experiences of hope in intensive care patients: A qualitative study. Australian Critical Care. 2024;37(1):120-6.

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com

26. Sasano N, Odajima Y. ICU Nurses' Perceptions of Family-Inclusive Outdoor Excursions: Enhancing Family Engagement and Humanisation in Intensive Care. Nursing in Critical Care. 2026;31(2):e70400.
27. Oesch S, Verweij L, Riguzzi M, Finch T, Naef R. Exploring Implementation Processes of a Multicomponent Family Support Intervention in Intensive Care Units (FICUS) Study: A Mixed-Methods Process Evaluation. Journal of advanced nursing. 2025;81(11):7245-65.
28. Guáqueta-Parada SR, Triana-Restrepo MC, Motta-Robayo CL, Henao Castaño ÁM, Ávila ML. Efetividade de uma intervenção na necessidade de informação da família em terapia intensiva. Avances en Enfermería. 2024;42(2).
29. Korsah EK, Schmollgruber S, Abukari AS. Caring Amid Complexity: Intensive Care Nurses' Perceptions and Experiences of End-Of-Life Care—A Qualitative Study. Nursing in critical care. 2026;31(1):e70278.
30. Aschale A, Gishu T, Mengist S, Tsehay M. Experiences of intensive care unit nurses in providing end-of-life care in public hospitals: a phenomenological study. BMC nursing. 2025;24(1):1185.
31. He S, Wang B, Chen M, Liu X, Tomoko M, Shi T. Current status of knowledge, attitudes, and practices among ICU physicians and nurses regarding palliative care in China. Scientific reports. 2025;15(1):34954.
32. Taylor E, Moeke-Maxwell T, Anderson NE. Māori end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative exploration of nursing perspectives. Australian critical care. 2024;37(1):106-10.
33. Juranić B, Včev A, Vuletić S, Rakošec Ž, Roguljić D, Mikšić Š, et al. (Dis) Agreement with Dysthanasia, Religiosity and Spiritual Experience as Factors Related to Nurses' Workload during End-of-Life Care. International journal of environmental research and public health. 2023;20(2):955.
34. Salbego C, de Oliveira Martininghi P, Torezan G, Cogo SB, dos Santos AO, Ramos TK. Bioética e cuidados de enfermagem no processo de morrer e morte do paciente crítico. Revista de Enfermagem da UFSM. 2024;14:e39-e.
35. Schallenburger M, Schwartz J, Icks A, in der Schmitten J, Batzler Y-N, Meier S, et al. Triggers of intensive care patients with palliative care needs from nurses' perspective: a mixed methods study. Critical Care. 2024;28(1):181.
36. Nygaard AM, Haugdahl HS, Laholt H, Brinchmann BS, Lind R. Professionals' narratives of interactions with patients' families in intensive care. Nursing Ethics. 2022;29(4):885-98.
37. Saffer LA, Hutchinson AF, Bloomer MJ. Understanding the provision of goal-concordant care in the intensive care unit: A sequential two-phase qualitative descriptive study. Australian Critical Care. 2024;37(5):710-5.

Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com