

Factors Leading to Therapeutic Obstinacy in Older Adults in Palliative Care: A Systematic Review

Factores que conducen a la obstinación terapéutica en adultos mayores en cuidados paliativos: revisión sistemática

Autores:

Lima-Armas, Lorena
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR
Maestrante en Cuidados Paliativos
Quito – Ecuador



lorelia.24@hotmail.com



<https://orcid.org/0000-0003-0697-5303>

Navisoy-Revelo, Cristina
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR
Maestrante en Cuidados Paliativos
Quito – Ecuador



mdcris_nr83@hotmail.com



<https://orcid.org/0009-0008-3103-7339>

Parra-Gavilanes, Ericka Magdalena
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR
Especialista en Cuidados Paliativos
Docente de Maestría de Cuidados Paliativos
Guayaquil-Ecuador



ericka.parra.gavilanes@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0003-6788-7291>

Fechas de recepción: 01-OCT-2025 aceptación: 22-OCT-2025 publicación: 30-DIC-2025



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>

<http://mqrinvestigar.com/>

Resumen

Introducción: La obstinación terapéutica, (también llamada “encarnizamiento terapéutico”), describe la persistencia de intervenciones desproporcionadas sin beneficio clínico relevante en pacientes en fase avanzada o terminal. En adultos mayores con enfermedades crónicas no oncológicas, su presencia genera conflictos clínicos, éticos e institucionales que afectan negativamente la calidad del proceso de morir. **Objetivo:** Analizar los factores clínicos, institucionales, éticos, culturales y profesionales que conducen a la obstinación terapéutica en adultos mayores que reciben cuidados paliativos no oncológicos. **Metodología:** Revisión sistemática cualitativa conforme a PRISMA 2020. Se incluyeron 30 artículos publicados entre 2009 y 2025, seleccionados mediante criterios PICO. Se analizaron estudios observacionales, cualitativos y revisiones. La calidad metodológica de las revisiones fue evaluada mediante AMSTAR 2, NOS, JBI, CASP y coherencia interna y pertinencia. Protocolo definido a priori; no registrado en PROSPERO. **Resultados:** Los factores que favorecen la obstinación incluyen: ausencia de planificación anticipada, el modelo biomédico dominante, escasa formación paliativa y bioética, desconocimiento de la autonomía y presiones socioculturales - religiosas. **Conclusiones:** La obstinación terapéutica es multicausal y requiere estrategias integradas: abordaje temprano de cuidados paliativos, decisiones compartidas y fortalecimiento formativo y organizacional. Resumen del artículo, en idioma español.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Adulto mayor; Enfermedades crónicas; Obstinación terapéutica; Encarnizamiento terapéutico; Ética clínica.

Abstract

Introduction: Therapeutic obstinacy (also called “therapeutic cruelty”) describes the persistence of disproportionate interventions without relevant clinical benefit in patients with advanced or terminal illness. Among older adults with non-cancer chronic diseases, its occurrence generates clinical, ethical, and institutional conflicts that adversely affect the quality of the dying process. **Objective:** To analyze the clinical, institutional, ethical, cultural, and professional factors that lead to therapeutic obstinacy in older adults receiving non-oncologic palliative care. **Methodology:** Qualitative systematic review conducted in accordance with PRISMA 2020. Thirty articles published between 2009 and 2025 were included, selected using PICO criteria. Observational studies, qualitative studies, and reviews were analyzed. The methodological quality of reviews was assessed with AMSTAR 2, NOS, JBI, CASP, as well as internal coherence and relevance. Protocol defined a priori; not registered in PROSPERO. **Results:** Factors fostering obstinacy include lack of advance care planning, a dominant biomedical model, limited training in palliative care and bioethics, insufficient understanding of patient autonomy, and sociocultural–religious pressures. **Conclusions:** Therapeutic obstinacy is multicausal and demands integrated strategies: early palliative-care involvement, shared decision-making, and strengthened educational and organizational frameworks.

Keywords: Palliative care; Older adults; Chronic diseases; Therapeutic obstinacy; Therapeutic cruelty; Clinical ethics.

Introducción

El término “encarnizamiento terapéutico”, posee una carga peyorativa en español: por ello, en el ámbito clínico-ético se privilegia “obstinación terapéutica” o “futilidad médica”. En esta revisión usaremos “obstinación terapéutica (encarnizamiento)” para mantener continuidad terminológica. Desde una perspectiva lingüística, Moliner lo define como “furia, apasionamiento o crueldad con la que se insiste en un daño” (Gutiérrez, 2016), una connotación peyorativa que no refleja la práctica médica, cuyo fin es curar, aliviar o consolar. Por ello, se prefieren términos como “obstinación terapéutica” o “empecinamiento terapéutico”, que describen la persistencia desproporcionada de tratamientos sin beneficio clínico significativo (Valle et al., 2024).

En la práctica, esta obstinación se traduce en medidas invasivas, tales como: la reanimación cardiopulmonar, la ventilación mecánica y pruebas diagnósticas complejas en enfermedades irreversibles, motivadas por factores como presión familiar, desconocimiento de la voluntad del paciente o temor a la muerte (Bacoanu et al., 2024; Silva et al., 2022). También influyen las creencias culturales y familiares, la escasa formación ética del personal y la ausencia de políticas claras sobre el final de la vida (Herrera et al., 2023; Roig et al., 2021).

El envejecimiento poblacional incrementa la proporción de personas con enfermedades crónicas avanzadas, muchas de ellas incurables. Entre 2010 y 2020, la esperanza de vida ajustada por salud mejoró por reducción de la mortalidad en mayores de 60 años, aunque acompañada de mayor discapacidad (Xi et al., 2025). Esto ha generado presión en sistemas sanitarios, limitados por multimorbilidad, mayores costos y la necesidad de decisiones más prudentes (Adanlawo & Nkomo, 2023; Alanazi & Alanazi, 2024).

Los cuidados paliativos no oncológicos se proponen como un modelo integral orientado a mejorar la calidad de vida, el control de síntomas y la toma de decisiones compartida, evitando intervenciones desproporcionadas en pacientes con enfermedades como: insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal terminal y hepatopatías avanzadas. A diferencia de los cuidados orientados a la curación, este tipo de atención busca acompañar al paciente durante toda la trayectoria de su enfermedad (Alzahrani et al., 2024; Bischoff et al., 2022; Jang et al., 2022; Tomomatsu et al., 2022; Valenti et al., 2024).

Sin embargo, la ausencia de registros estandarizados y la complejidad de determinar la proporcionalidad terapéutica dificultan dimensionar el problema. Estudios en unidades de cuidados intensivos reportan alta prevalencia de tratamientos fútiles, donde el 73% de los pacientes ingresados presentan escasas posibilidades de recuperación, e incluso solo un tercio de los profesionales considera adecuado su ingreso (Vincent, 1999). Este fenómeno implica repercusiones clínicas, éticas y económicas de gran relevancia, tales como el sufrimiento físico, psicológico y social del paciente y su familia, la utilización desproporcionada de recursos sanitarios, el desgaste emocional de los cuidadores y la emergencia de dilemas éticos

vinculados con la autonomía y los valores del paciente (Cabré & Masanés, 2020; Sassen, 2023; Sprung et al., 2007).

Frente a esta realidad, se requiere analizar los factores que conducen al encarnizamiento terapéutico en adultos mayores que reciben cuidados paliativos no oncológicos, considerando su naturaleza clínica, institucional, ética o cultural.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática cualitativa de la literatura siguiendo PRISMA 2020, con una estrategia de búsqueda desde el año 2000 al 2025 en PubMed, Scopus, Web of Science y LILACS/SciELO; Google Scholar para literatura gris. Descriptores MeSH/DeCS y términos libres; operadores booleanos AND/OR. Idiomas: español, inglés y portugués. Con fecha de la última búsqueda al 28/07/2025.

Las ecuaciones base para la búsqueda fueron:

- Inglés: ("medical futility" OR "therapeutic obstinacy" OR overtreatment) AND (aged OR "older adults") AND "palliative care" AND (non-cancer OR non-oncologic*)
- Español/portugués: ("obstinación terapéutica" OR "encarnizamiento terapéutico" OR "futilidad médica") AND (adulto* mayor*) AND ("cuidados paliativos") AND (no oncológico* OR crónico* no cáncer*)

Los artículos de análisis se seleccionaron en base a los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores en cuidados paliativos no oncológicos
- Exploran factores impulsores/condicionantes de obstinación
- Diseños cualitativos, observacionales, mixtos, revisiones
- Texto completo.

Criterios de exclusión:

- Pediatría y oncología exclusiva
- Editoriales, cartas, opiniones sin datos
- Estudios sin contexto paliativo
- Resúmenes sin artículo; inaccesibles.

Proceso de selección de estudios

- Cribado por duplicado (título/resumen; luego texto completo).
- Discrepancias resueltas por consenso/tercero.
- Se reporta diagrama PRISMA (Identificación, Cribado, Elegibilidad, Inclusión).
- Números globales: 120 registros identificados; tras depurar duplicados (n=4), se cribaron 116; se excluyeron 19 por irrelevancia/criterios; se evaluaron 97 a texto completo; se excluyeron 16 (inaccesibles); se excluyeron 51 por no cumplir con motivos; incluidos: 30 estudios.

El proceso de extracción de datos se compuso de una matriz pre piloteada por duplicado: país, año, diseño, población/contexto, fenómeno, factores, resultados clave, implicaciones. Resolución de discrepancias por consenso (Tabla 1).

Para la evaluación de calidad y riesgo de sesgo se aplicaron las herramientas acordes al diseño: **AMSTAR 2** para revisiones sistemáticas; **CASP** para cualitativos; **Newcastle–Ottawa (NOS)** para observacionales (cohorte/casos y controles); Los estudios descriptivos retrospectivos (series de casos) se evaluaron con la **JBIC** Critical Appraisal Checklist for Case Series; y para estudios narrativos/consenso se realizó valoración crítica de pertinencia y claridad argumentativa (no puntuables). La clasificación global (alta/moderada/baja) se derivó del patrón de respuestas a los 10 ítems (criterios de inclusión, medición estandarizada, inclusión consecutiva/completa, reporte demográfico/ clínico, resultados/seguimiento y adecuación del análisis). De los 30 estudios incluidos, 16 fueron clasificados como de alta calidad, 10 como moderada, y 4 de baja calidad (Tabla 2).

También se empleó una síntesis temática cualitativa (codificación inductivo-deductiva) organizada en cinco dominios: clínico, institucional, ético, cultural y profesional. Se privilegió la convergencia de hallazgos y la transferibilidad.

Tabla 1

Características de los estudios (país, año, diseño, ámbito, patología, tamaño muestral)

N	Autor/Año	Año	País	Diseño del estudio	Ámbito	Patología / condición	Tamaño muestral
1	Quinn KL, Stukel T, Stall NM, Huang A, Isenberg S, Tanuseputro P, et al	2020	Canadá (Ontario)	Cohorte poblacional apareada	Sistema de salud público provincial, todos los niveles de atención (hospital, comunidad, nursing homes)	Enfermedades no oncológicas terminales: insuficiencia cardíaca, EPOC, ERC terminal, cirrosis, ACV, demencia	113 540 adultos (63 320 no cáncer; 50 220 cáncer, para comparación)
2	Quinn KL, Shurrab M, Gitau K, Kavalieratos D, Isenberg SR, Stall NM, et al	2020	Multinacional (EE. UU., Reino Unido, Canadá, Hong Kong, Suecia, Suiza, Australia, Europa)	Revisión sistemática y metaanálisis de ECA	Ensayos en hospital, ambulatorio y comunidad	Enfermedades crónicas no oncológicas: insuficiencia cardíaca, EPOC, demencia, ERC, cirrosis, ACV	28 ensayos, 13 664 pacientes (media 74 años, 46% mujeres)
3	Jay-May J, Graves N, Huimin J, Jane-Lara Z	2022	Varios Países (incluye 25 países de ingresos medio-altos/altos)	Revisión sistemática con síntesis narrativa guiada por principios realistas (C-M-O)	Agudos/hospital/UCI (fin de vida)	No oncológicos	66 estudios (32 cualitativos, 28 cuantitativos, 6 mixtos)
4	Pergolizzi J, LeQuang J, Wagner M, Varrassi G	2024	LATAM (visión regional)	Revisión narrativa	Literatura en salud pública, políticas y servicios	Cuidados paliativos en LATAM (oncológicos y no oncológicos)	75 artículos incluidos
5	Suaste-Pazmiño D, Sánchez-del Hierro G, País-Cadenó P	2023	Ecuador	Cualitativo (entrevistas semiestructuradas; análisis temático, Atlas.ti 9)	Unidad de diálisis – Hospital General Docente de Ambato	ERC terminal en hemodiálisis (decisiones de prolongación/limitación) ≥75 años con patologías no oncológicas (cardiorrespiratorias, neurológicas, hepáticas/reñales)	15 entrevistas hasta saturación
6	Pérez B, García de la Torre M, Gómez L	2019	España (Toledo)	Observacional descriptivo-retrospectivo (serie de casos)	Programa de Asistencia Geriátrica a Domicilio, Hospital Virgen del Valle	Adultos al final de vida (bioética de CP)	25 analizados (30 incluidos; 5 sin acceso a historia)
7	Zanlorenzi A, Rodrigues A, Corradi C, Casey D, Murphy K, Ni Leime A, Larkin P, Payne S, Froggatt KA, et al.	2023	Brasil	Revisión integrativa	Final de vida (hospital, UCI, ILP, comunidad; foco Brasil)	Cuidados de fin de vida en adultos mayores (contexto paliativo no oncológico y general)	24 artículos incluidos (de 231 identificados)
8		2011	Irlanda	Cualitativo	Hospital agudo, larga estancia, nursing home privado y unidad de larga estancia adjunta a hospice (6 sitios)		33 profesionales (muestreo intencional con variación máxima)
9	Satán D, Mayorga V.	2025	Ecuador	Revisión sistemática (declara PRISMA)	Literatura académica (bases: PubMed, Scopus, WoS; además Academic Search Complete, Latindex, ERIC, HAPI)	Encarnizamiento terapéutico en cuidados paliativos de personas mayores	22 estudios incluidos (2019–2025)
10	Herrera P, Muñoz A, Jimenez M, Ortiz M, López J.	2023	Ecuador	Cualitativo descriptivo con enfoque fenomenológico	UCIs de hospitales de 2º y 3º nivel en Ecuador	Encarnizamiento terapéutico/obstinación en UCI (adultos)	14 profesionales de enfermería (muestreo por conveniencia, saturación de categorías)

11	Guamán G, Salas F, Ordoñez H, Coronel M, Montero N.	2020	Ecuador	Revisión documental cualitativa, descriptiva (no sistemática)	Literatura académica en enfermería y bioética	Pacientes en fase terminal (contexto paliativo general)	N/A
12	Mangiafave V, Naso L, Senese A	2022	Argentina (hospitales públicos)	Revisión narrativa / actualización	Equipos de CP (hospital, domicilio, larga estancia)	Neurodegenerativas (EA, EP, ELA, EM) en adultos/mayores	N/A
13	Patel K, Merriman J, Yu G, Vorderstrasse A, Kelley A, Brody A, Chyr LC, DeGroot L, Waldfoegel JM, Hannum SM, Sloan DH, Cotter VT, et al.	2023	Varios países EE. UU./Australia (datos de ECA de CP)	Transversal analítico (análisis secundario de datos basales de un ECA de CP)	CP/hospicio en múltiples entornos (fin de vida)	MCC con y sin cáncer; adultos con AKPS <80%	n=287 (MCC: 213, 74.2%; MCC+cáncer: 140, 48.8%; MCC sin cáncer: 73, 25.4%)
14	Pires P, Sganzerla A, Bueno U, Corradi C	2022	Estados Unidos	Revisión de métodos mixtos con metaanálisis	Atención ambulatoria (consultas externas / primaria)	Enfermedad crónica seria no oncológica (insuficiencia cardíaca avanzada, EPOC, ERC, fragilidad, multimorbilidad)	Cuantitativos: 14 estudios; n = 2.934. Cualitativos: 5 estudios; n = 146
15	De La Luz Casas Martínez M.	2020	Brasil (Curitiba, Paraná)	Transversal analítico (encuesta auto aplicada; casos clínicos + Likert)	UCI de dos hospitales universitarios (adultos)	Decisiones al final de vida; obstinación terapéutica	n=45 (equipo multiprofesional)
16	Molina M, Serrano R.	2017	México (Universidad Panamericana)	Revisión narrativa	Bioética clínica aplicada a decisiones al final de la vida (adultos; hospital/UCI)	Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y su articulación con Cuidados Paliativos (CP)	N/A
17	Cardona Morrell M, Kim J, Turner R, Anstey M, Mitchell I, Hillman K, Fien S, Plunkett E, Wadsworth D, Cardona M.	2020	España	Transversal analítico (análisis secundario de SHARE; carta científica con datos)	Comunidad (personas que vivían en la comunidad; oleadas SHARE 1-2 y SHARELIFE)	Final de vida en mayores (<80) vs muy mayores (≥80)	n = 335 fallecidos 2004-2009
18	McGrath L, Goodlin S.	2016	Varios países (evidencia de 10 países; autores Australia)	Revisión sistemática con meta-análisis (prevalencias)	Hospital agudo / UCI (fin de vida)	Adultos mayores con enfermedad terminal; incluye cáncer y no oncología (IC, ERC, EPOC, cirrosis, ACV)	38 estudios; n=1.213.171
19	Torres B, Gutiérrez C	2025	Varios países (equipo Australia/NZ)	Revisión de alcance cualitativa (scoping); sub estudio de umbrellla review	Hospital agudo, UCI, residencias y comunidad	Fin de vida en ≥60 años; overtreatment/distanasia (onco y no onco)	21 estudios incluidos (2004-2022)
20	Bezerra A, Komatsu M.	2017	EE. UU.	Revisión narrativa/ensayo temático	Cardiología/geriátrica; hospital, ambulatorio y transiciones	ECV en personas mayores (énfasis en insuficiencia cardíaca)	N/A
21	Muñoz J, Hernández A, Rodríguez J, Parra M, Prado M, Martín M, Gómez Pérez C, Sanchez García AB, García Capilla DJ.	2023	Cuba	Sistematización de investigaciones / Revisión integrativa	Perspectiva poblacional y bioética; decisiones clínicas en adultos mayores con ECNT	ECNT (DM, HTA, ECV, ERC, etc.) y envejecimiento; relación con ética y calidad de vida	N/A
22	Hanna V	2009	Brasil (São Paulo)	Cualitativo (entrevistas semiestructuradas; análisis de contenido de Bardin)	UCI de hospital general (24 camas)	Pacientes terminales en UCI (adultos)	10 enfermeras/os (≥1 año de experiencia UCI)
23	Gomes M	2021	España (Castilla-La Mancha)	Transversal prospectivo (observacional descriptivo)	UCI hospital universitario	Críticos adultos (médicos 89.5%, quirúrgicos 10.5%)	n=257 (94 pacientes; 163 familiares)
24	Knopp K, Lerch V.	2023	España (afiliaciones UMU/UIB/SMS)	Revisión narrativa/integradora (autodenominada "revisión sistemática")	Bioética clínica; final de vida en adultos (hospital/UCI/comunidad)	Adecuación/limitación del esfuerzo terapéutico (LET/AET) y CP en adultos terminales	9 artículos incluidos (de 6.325 identificados; cribado en 2022)
25	Bacoanu G, Poroch V, Anitei M, Poroch M, Froicu E, Pascu A, et al.	2021	Chile	Revisión narrativa / ensayo conceptual	Urgencias/UCI; fin de vida	Adultos con condiciones críticas/terminales	N/A
26	Aghabarary M, Dehghan N	2019	Brasil (Vitória, ES)	Observacional retrospectivo (transversal analítico; análisis documental)	Hospital universitario HUCAM (UCI, clínica médica, nefrología, urología)	Adultos con ECNT (AIDS, Alzheimer, ACV, EPOC, IC, ERC, EHC) y cáncer	n=198/631 ingresos (mar-abr 2015); ≥60 años: 113 (57,1%)
27	Castelli D, Maggiori C, Lapiere S, Voélin S.	2009	Brasil (Rio Grande do Sul)	Cualitativo exploratorio-descriptivo (entrevistas semiestructuradas; análisis de contenido)	UCI en dos hospitales (uno privado con gestión religiosa; uno docente privado), 10 camas/UCI	Pacientes terminales en UCI; fenómeno: futilidad/obstinación terapéutica	6 enfermeras/os (≥1 año en UCI)
28		2024	Rumanía	Transversal analítico (encuesta auto aplicada; muestreo "bola de nieve")	Profesionales en CP/fin de vida (27 unidades; múltiples regiones)	Fin de vida (adultos; onco y no onco, UCI/urgencias/CP)	n=128 (51 médicos; 65 enfermeras; 12 psicólogos/TS); junio-noviembre 2023
29		2016	Irán	Cualitativo exploratorio; entrevistas semiestructuradas; análisis de contenido convencional	4 hospitales docentes (Teherán): UCI generales/quirúrgicas, CCU, urgencias, oncología-hematología, unidades de CP	Pacientes terminales (fin de vida; adultos) — perspectiva de profesionales	n=30 (21 enfermeras, 9 médicos)
30		2020	Suiza (cantones Ginebra, Friburgo, Vaud)	Cualitativo (semidirigido); estudio mixto más amplio, aquí se reportan entrevistas	Comunidad (personas mayores que viven en domicilio)	Final de vida en adultos mayores (≥65 años)	15 entrevistas / 18 participantes (3 parejas entrevistadas en conjunto); saturación tras 14

Tabla 1
Evaluación de calidad por diseño (AMSTAR 2/CASP/NOS/JBI)

N	Autor/Año	Año	Tipo de estudio	Herramienta de evaluación	Categoría de calidad
1	Quinn KL, Stukel T, Stall NM, Huang A, Isenberg S, Tanuseputro P, et al	2020	Cohorte poblacional	NOS (Newcastle-Ottawa Scale)	Alta
2	Quinn KL, Shurrah M, Gitau K, Kavalieratos D, Isenberg SR, Stall NM, et al	2020	Revisión sistemática y metaanálisis	AMSTAR-2	Alta
3	Jay-May J, Graves N, Huimin J, Jane-Lara Z	2022	Revisión sistemática (síntesis narrativa; sin metaanálisis)	AMSTAR-2	Baja
4	Pergolizzi J, LeQuang J, Wagner M, Varrassi G	2024	Revisión narrativa	Valoración crítica (pertinencia y claridad argumentativa)	Alta
5	Suaste D, Sánchez G, País P	2023	Cualitativo (entrevistas; análisis temático)	CASP – cualitativo	Moderada
6	Pérez B, García de la Torre M, Gómez L	2019	Descriptivo retrospectivo (serie de casos)	JBÍ – Analytical Cross-Sectional	Moderada
7	Zanlorenzi A, Rodrigues A, Corradi C	2023	Revisión integrativa (no de efectos)	Valoración crítica (pertinencia y claridad argumentativa)	Alta
8	Casey D, Murphy K, Ni Leime A, Larkin P, Payne S, Froggatt KA, et al.	2011	Cualitativo	CASP – cualitativo	Alta
9	Satán D, Mayorga V.	2025	Revisión sistemática (sin metaanálisis)	AMSTAR-2	Baja
10	Herrera P, Muñoz A, Jimenez M, Ortiz M, López J.	2023	Cualitativo (fenomenológico)	CASP – cualitativo	Moderada
11	Guamán G, Salas F, Ordoñez H, Coronel M, Montero N.	2020	Revisión narrativa/documental (no empírica)	Valoración crítica (pertinencia y claridad argumentativa)	Alta
12	Mangiafave V, Naso L, Senese A	2022	Revisión narrativa/actualización	Valoración crítica (pertinencia y claridad argumentativa)	Alta
13	Patel K, Merriman J, Yu G, Vorderstrasse A, Kelley A, Brody A	2023	Transversal analítico (análisis secundario)	JBÍ – Analytical Cross-Sectional	Alta
14	Chyr LC, DeGroot L, Waldfogel JM, Hannum SM, Sloan DH, Cotter VT, et al.	2022	Revisión sistemática (métodos mixtos) + metaanálisis	AMSTAR-2	Baja
15	Pires P, Sganzerla A, Bueno U, Corradi C	2020	Transversal analítico (encuesta)	JBÍ – Analytical Cross-Sectional	Moderada
16	De La Luz Casas Martínez M.	2017	Revisión narrativa	Valoración crítica (pertinencia y claridad argumentativa)	Alta
17	Molina M, Serrano R.	2020	Transversal analítico (datos SHARE)	JBÍ – Analytical Cross-Sectional	Moderada
18	Cardona Morrell M, Kim J, Turner R, Anstey M, Mitchell I, Hillman K.	2016	Revisión sistemática (con meta-análisis de indicadores)	AMSTAR-2	Baja
19	Fien S, Plunkett E, Wadsworth D, Cardona M.	2025	Scoping review cualitativa (sub-estudio de umbrellla)	JBÍ – Analytical Cross-Sectional	Moderada
20	McGrath L, Goodlin S.	2017	Revisión narrativa/ensayo (no empírico)	Valoración crítica (pertinencia y claridad argumentativa)	Alta
21	Torres B, Gutiérrez C	2023	Revisión integrativa/sistematización (no de efectos)	Valoración crítica (pertinencia y claridad argumentativa)	Alta
22	Bezerra A, Komatsu M.	2009	Cualitativo (entrevistas; análisis de contenido)	CASP – cualitativo	Alta
23	Muñoz J, Hernández A, Rodríguez J, Parra M, Prado M, Martín M.	2021	Transversal analítico	JBÍ – Analytical Cross-Sectional	Moderada
24	Gómez Pérez C, Sanchez Garcia AB, García Capilla DJ.	2023	Revisión narrativa/integradora (no de efectos)	Valoración crítica (pertinencia y claridad argumentativa)	Alta
25	Hanna V	2021	Revisión narrativa	Valoración crítica (pertinencia y claridad argumentativa)	Alta
26	Gomes M	2019	Transversal analítico (retrospectivo, registros hospitalarios)	JBÍ – Analytical Cross-Sectional	Moderada
27	Knopp K, Lerch V.	2009	Cualitativo (entrevistas; análisis de contenido)	CASP – cualitativo	Moderada
28	Bacoanu G, Poroch V, Anitei M, Poroch M, Froicu E, Pascu A, et al.	2024	Transversal analítico (encuesta)	JBÍ – Analytical Cross-Sectional	Moderada
29	Aghabarary M, Dehghan N	2016	Cualitativo (entrevistas; análisis de contenido)	CASP – cualitativo	Alta
30	Castelli D, Maggiori C, Lapierre S, Voélin S.	2020	Cualitativo (entrevistas semiestructuradas)	CASP – cualitativo	Alta

Resultados

Características generales (metodológicas, contextuales y poblacionales)

Treinta estudios (2009–2025): Europa y América del Sur predominantes; Patologías frecuentes: insuficiencia cardíaca, EPOC, demencia, IRC, hepatopatías. Ámbitos: hospital/UCI, atención primaria, residencias. Se identificaron enfoques cuantitativos, como estudios observacionales, retrospectivos o transversales (Bacoanu et al., 2024; Gomes, 2019; Herrera et al., 2023; Morrell et al., 2016; Pérez et al., 6-11; Quinn, Shurrab, et al., 2020; Quinn, Stukel, et al., 2020); cualitativos y fenomenológicos sobre percepciones y experiencias (Aghabarary & Dehghan, 2017; Bezera & Komatsu, 2009; Casey et al., 2011; Castelli et al., 2020; Knoop & Lerch, 2009; Muñoz et al., 2021); revisiones sistemáticas y metaanálisis (Chyr et al., 2022; Fien et al., 2025; Gómez Pérez et al., 2023; Satán & Mayorga, 2025); revisiones narrativas o ética-clínica (De La Luz Casas Martínez, 2017; Jay-May et al., 2022; Mangiafave et al., 2022; McGrath & Goodlin, 2017; Molina & Serrano, 2014; Patel et al., 2023; Pergolizzi et al., 2024; Pires et al., 2020; Suaste-Pazmiño et al., 2023; Torres & Gutiérrez, 2023; Zanolorenzi et al., 2023), así como investigaciones mixtas (Hanna, 2021).

Características clínicas, institucionales, éticas, culturales y profesionales asociados al encarnizamiento terapéutico

Respecto a las características clínicas asociadas al encarnizamiento terapéutico, la revisión permitió identificar diversos elementos de índole clínica que inciden; en particular, varios estudios destacan la influencia de diagnósticos con trayectorias clínicas prolongadas e impredecibles, como la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la demencia y la insuficiencia renal terminal, condiciones en las que la identificación del momento de transición hacia una fase terminal es clínicamente compleja (Chyr et al., 2022; Gomes, 2019; Pérez et al., 6-11; Quinn, Shurrab, et al., 2020; Quinn, Stukel, et al., 2020; Tomomatsu et al., 2022).

Este curso clínico incierto conlleva a la persistencia de intervenciones terapéuticas agresivas, muchas veces desproporcionadas, en un intento por prolongar la vida sin una reevaluación objetiva del pronóstico o del beneficio real para el paciente. Se señala que la falta de reconocimiento del momento terminal conduce a un uso intensivo de hospitalizaciones y unidades de cuidados intensivos, especialmente cuando no se implementan cuidados paliativos oportunamente (Quinn, Stukel, et al., 2020). De forma similar, otro estudio revela que la ausencia de un abordaje integral clínico-paliativo en etapas avanzadas deriva en mayor carga de síntomas y en la realización de intervenciones no deseadas (Quinn, Shurrab, et al., 2020).

Además, se evidencia que las limitaciones funcionales y el deterioro progresivo en estos pacientes no siempre se correlacionan con la toma de decisiones clínicas adecuadas al final de la vida. Se estima que entre un 33 y un 38 % de los pacientes hospitalizados al final de la vida reciben tratamientos no beneficiosos, resultado de una evaluación clínica insuficiente del estado funcional y del pronóstico (Morrell et al., 2016).

Por otro lado, varios trabajos identifican como factores clínicos relevantes la presencia de comorbilidades múltiples, la ausencia de planes anticipados de cuidado, y la dificultad del equipo médico para reconocer el agotamiento terapéutico, lo cual refuerza la inercia de seguir interviniendo médicamente sin revisar objetivos de cuidado (Fien et al., 2025; Herrera et al., 2023; Molina & Serrano, 2014).

En las características institucionales asociadas al encarnizamiento terapéutico, uno de los hallazgos reiterados en varios estudios es la existencia de presión institucional para mantener la intervención médica activa, aún en ausencia de beneficio clínico. Esta presión puede derivarse de protocolos rígidos, cultura institucional centrada en el tratamiento curativo, o bien, del temor a repercusiones legales en casos de suspensión de medidas invasivas (Bacoanu et al., 2024; Ciruzzi et al., 2024; Grinberg & Tripodoro, 2017; Molina & Serrano, 2014; Muñoz et al., 2021; Pergolizzi et al., 2024; Quinn, Shurrab, et al., 2020; Satán & Mayorga, 2025; Taylor & Lightbody, 2018). Se evidencia que muchos profesionales continúan con tratamientos agresivos debido al desconocimiento institucional sobre el concepto de encarnizamiento y a la falta de guías clínicas claras. De forma similar, se expone cómo el modelo biomédico dominante es institucionalmente reforzado, incluso cuando las decisiones clínicas deberían migrar hacia un enfoque de adecuación terapéutica (Quinn, Shurrab, et al., 2020).

Otra barrera estructural importante es la escasa formación paliativa del personal sanitario y directivo, lo que impide reconocer el momento adecuado para limitar esfuerzos terapéuticos (Chyr et al., 2022; Ciruzzi et al., 2024; Grinberg & Tripodoro, 2017; Morrell et al., 2016; Pergolizzi et al., 2024; Satán & Mayorga, 2025). La inercia institucional hacia la medicalización se perpetúa cuando no existen espacios para la discusión ética ni unidades o equipos especializados en cuidados paliativos integrados a los sistemas generales de salud (Bezera & Komatsu, 2009).

Adicionalmente, en algunos estudios se destaca que la carencia de planificación anticipada, vinculada directamente a debilidades en el sistema institucional, impide tomar decisiones informadas y consensuadas, especialmente en hospitales y unidades de cuidados intensivos (Gómez Pérez et al., 2023; Morrell et al., 2016; Muñoz et al., 2021). En estos escenarios, el tiempo limitado, la alta rotación del personal y la falta de espacios de deliberación interprofesional dificultan una evaluación adecuada de la futilidad terapéutica (Quinn, Shurrab, et al., 2020).

Varios autores reconocen que las prácticas de encarnizamiento terapéutico no solo deterioran la calidad de vida del paciente, sino que también generan costos elevados e innecesarios para los sistemas de salud, tanto por la prolongación de estancias hospitalarias como por el uso intensivo de tecnología sin justificación clínica (Gomes, 2019; Morrell et al., 2016; Satán & Mayorga, 2025). También se señala que las intervenciones agresivas al final de la vida implican una carga financiera considerable para las instituciones, además de ocasionar estrés en los equipos de salud y las familias (Satán & Mayorga, 2025).

Autores revelan cómo las decisiones clínicas pueden estar condicionadas por factores organizacionales ajenos al interés del paciente, como la disponibilidad de camas, la

conveniencia administrativa o la percepción institucional de fracaso ante la muerte, lo cual termina promoviendo decisiones que favorecen la prolongación innecesaria del proceso de morir (Bacoanu et al., 2024; Bordier et al., 2024).

Acerca de las características éticas asociadas a la obstinación terapéutica, varios estudios revisados señalan que una de las principales causas éticas del encarnizamiento es el desconocimiento o la omisión de la voluntad del paciente. La falta de valoración de la autonomía se traduce en decisiones unilaterales por parte del equipo médico o los familiares, sin considerar directrices anticipadas, deseos expresos o criterios de proporcionalidad terapéutica (Ciruzzi et al., 2024; De La Luz Casas Martínez, 2017; Gómez Pérez et al., 2023; Guamán et al., 2020; Moreno, 2025; Satán & Mayorga, 2025; Zurriarán, 2017, 2020). Por ejemplo, el artículo de Moreno analiza cómo la institucionalización limita la capacidad del adulto mayor para participar activamente en decisiones sobre su proceso de morir, lo que puede derivar en intervenciones no deseadas (Moreno, 2025).

Asimismo, se reportan dilemas éticos relacionados con la confusión entre paliar y abandonar, situación que lleva a muchos profesionales a mantener tratamientos fútiles por temor a ser percibidos como negligentes (Bezera & Komatsu, 2009; Grinberg & Tripodoro, 2017; Molina & Serrano, 2014). En ese sentido, abordan la ética del cuidado y advierten sobre el riesgo de negar el sufrimiento inevitable mediante intervenciones desproporcionadas, incluso desde dentro del propio enfoque paliativo ("encarnizamiento paliativo") (Bohner & Neves, 2025; Montes, 2021).

Otro aspecto ético relevante es el conflicto moral que experimentan los profesionales de la salud al verse obligados a actuar en contra de sus convicciones clínicas o éticas, particularmente en escenarios donde no se promueve la deliberación interprofesional ni el acompañamiento bioético (Bezera & Komatsu, 2009; Fien et al., 2025; Guamán et al., 2020; Knoop & Lerch, 2009).

La falta de formación en ética clínica y bioética aplicada también fue señalada en varios trabajos como una causa estructural del encarnizamiento terapéutico. Esta carencia impide al personal de salud identificar límites razonables en el esfuerzo terapéutico y aplicar el principio de proporcionalidad en su práctica cotidiana (Bacoanu et al., 2024; Ciruzzi et al., 2024; De La Luz Casas Martínez, 2017; Gómez Pérez et al., 2023; Pergolizzi et al., 2024).

Por último, algunos artículos subrayan que el encarnizamiento terapéutico no solo representa un fallo clínico, sino una vulneración a la dignidad humana. La negación de la muerte, de la condición humana finita y las decisiones impuestas, el sufrimiento prolongado y la falta de diálogo constituyen transgresiones éticas graves hacia los adultos mayores al final de la vida (Zurriarán, 2017, 2020).

Respecto de las características culturales asociadas al encarnizamiento terapéutico, en diversos estudios analizados se evidencia que la cultura de la negación de la muerte y el predominio de valores sociales que exaltan la prolongación de la vida biológica a toda costa constituyen barreras importantes para adoptar decisiones proporcionadas (Bacoanu et al., 2024; Castelli et al., 2020; Fien et al., 2025; Grinberg & Tripodoro, 2017; Moreno, 2025; Pergolizzi et al., 2024; Satán & Mayorga, 2025; Taylor & Lightbody, 2018; Zurriarán,

2017). Por ejemplo, en América Latina persiste una fuerte resistencia cultural a aceptar la muerte como parte natural del proceso vital, lo que se traduce en presiones familiares e institucionales para mantener tratamientos innecesarios (Pergolizzi et al., 2024).

Asimismo, se reporta que las creencias religiosas influyen en la percepción del sufrimiento, el uso de tecnologías y la aceptación de los cuidados paliativos. Se identifica que los pacientes y familiares con menor afiliación religiosa están más dispuestos a aceptar la limitación del esfuerzo terapéutico, mientras que quienes profesan religiones con fuerte orientación hacia la sacralidad de la vida tendían a preferir la continuidad de tratamientos, incluso sin expectativa de mejoría (Muñoz et al., 2021).

Además, se identifican situaciones donde la interpretación religiosa del sufrimiento o la muerte lleva a decisiones médicas prolongadas, en ocasiones sin diálogo clínico suficiente (Bacoanu et al., 2024; Bordier et al., 2024; Castelli et al., 2020; Grinberg & Tripodoro, 2017). Algunos profesionales justifican la transferencia a cuidados intensivos en pacientes terminales por creencias personales o presiones religiosas implícitas, más que por criterios clínicos u objetivos de cuidado (Bordier et al., 2024).

También se observa que el paternalismo médico-cultural, especialmente en entornos donde el rol del paciente en la toma de decisiones es socialmente limitado, contribuye a que las decisiones sean tomadas sin un proceso de consentimiento informado real (Bacoanu et al., 2024; Moreno, 2025; Zurriarán, 2017). En algunos artículos se refleja cómo las percepciones culturales de los adultos mayores suizos están marcadas por el temor a ser sometidos a tratamientos desproporcionados, así como por la angustia ante el abandono terapéutico. Estas tensiones reflejan una dualidad cultural: por un lado, la presión por continuar tratando, y por otro, el temor a ser desatendidos en un sistema fragmentado (Castelli et al., 2020; Moreno, 2025).

En las características profesionales asociadas al encarnizamiento terapéutico, uno de los hallazgos más recurrentes en los estudios analizados es la falta de formación específica en cuidados paliativos, lo cual limita la capacidad de los profesionales para reconocer el momento adecuado de transición hacia un enfoque centrado en el confort (Bacoanu et al., 2024; Fien et al., 2025; Gómez Pérez et al., 2023; Guamán et al., 2020; Herrera et al., 2023; Quinn, Shurrab, et al., 2020; Satán & Mayorga, 2025; Taylor & Lightbody, 2018). Esta carencia formativa lleva a decisiones basadas en protocolos curativos, prolongando intervenciones que ya no tienen beneficio clínico ni sentido terapéutico. Muchos profesionales, especialmente en el ámbito hospitalario, continúan aplicando medidas invasivas sin herramientas éticas ni paliativas para evaluar la proporcionalidad del tratamiento (Satán & Mayorga, 2025).

Asimismo, la carga emocional y el sufrimiento moral son elementos constantes en los relatos de profesionales que se ven obligados a implementar tratamientos que consideran fútiles, ya sea por presión institucional, familiar o por temor a consecuencias legales (Bacoanu et al., 2024; Bezera & Komatsu, 2009; Guamán et al., 2020; Herrera et al., 2023; Knoop & Lerch, 2009; Zurriarán, 2017). Los enfermeros de cuidados intensivos expresan sentirse

instrumentos de decisiones médicas unilaterales que no consideran el bienestar del paciente, lo cual genera conflictos de conciencia (Knoop & Lerch, 2009).

Además, se identifican factores relacionados con la sobrecarga laboral, el tiempo limitado para abordar adecuadamente los casos complejos, y la falta de recursos institucionales para implementar decisiones éticamente fundadas (Bezera & Komatsu, 2009). Estas limitaciones refuerzan el automatismo clínico y la dependencia de intervenciones tecnológicas, muchas veces por encima del juicio profesional o del deseo del paciente (Fien et al., 2025). Los sesgos cognitivos y la dificultad para aceptar el fracaso clínico por parte del personal médico pueden llevar a mantener tratamientos inadecuados. En estos casos, el encarnizamiento terapéutico emerge como una respuesta profesional defensiva, más que como una estrategia centrada en el bienestar del paciente (Molina & Serrano, 2014; Taylor & Lightbody, 2018).

Recomendaciones propuestas en la literatura para prevenir o disminuir el encarnizamiento terapéutico

La literatura científica revisada ofrece un conjunto de recomendaciones consistentes y complementarias para afrontar el fenómeno del encarnizamiento terapéutico en adultos mayores que reciben cuidados paliativos no oncológicos. Una de las recomendaciones más reiteradas es fortalecer la formación del personal de salud en cuidados paliativos, no solo en términos clínicos, sino también éticos, comunicacionales y emocionales (Bacoanu et al., 2024; Bezera & Komatsu, 2009; Gómez Pérez et al., 2023; Guamán et al., 2020; Knoop & Lerch, 2009; Molina & Serrano, 2014; Quinn, Shurrab, et al., 2020; Satán & Mayorga, 2025). La capacitación en temas como adecuación del esfuerzo terapéutico, identificación de futilidad médica, planificación anticipada de decisiones, y control sintomático permitiría al profesional actuar con mayor seguridad y criterio clínico en etapas terminales.

Asimismo, múltiples estudios resaltan la importancia de implementar protocolos y guías clínicas claras que orienten la toma de decisiones al final de la vida, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas (Chyr et al., 2022; Ciruzzi et al., 2024; Gomes, 2019; Herrera et al., 2023; Morrell et al., 2016; Satán & Mayorga, 2025). Estos instrumentos deben contemplar criterios de irreversibilidad, carga de sufrimiento, y ausencia de beneficio clínico, con el fin de evitar la prolongación innecesaria de intervenciones sin sentido terapéutico.

Otra estrategia destacada es el fomento de la toma de decisiones compartida, donde participen activamente el paciente, su familia y el equipo de salud. Esta participación requiere asegurar procesos efectivos de comunicación, brindar información veraz y comprensible, y garantizar un espacio de deliberación ética (Casey et al., 2011; Herrera et al., 2023; Knoop & Lerch, 2009; Muñoz et al., 2021; Zurriarán, 2017). Por ejemplo, la participación del paciente en decisiones reduce el uso de tratamientos agresivos y refuerza su autonomía (Knoop & Lerch, 2009).

A nivel institucional, se recomienda integrar equipos de cuidados paliativos en todos los niveles de atención, especialmente en hospitales generales, residencias geriátricas y servicios de atención primaria (Fien et al., 2025; Grinberg & Tripodoro, 2017; Muñoz et al., 2021; Pérez et al., 6-11; Taylor & Lightbody, 2018; Zurriarán, 2020). Estos equipos permiten un

abordaje interdisciplinario, centrado en el control del sufrimiento y la adecuación terapéutica, evitando la medicalización innecesaria del proceso de morir.

Desde un enfoque más estructural, varios estudios sugieren modificar los incentivos institucionales y las métricas de calidad, que actualmente promueven el uso de tecnología y hospitalización como sinónimos de buena práctica, sin considerar la calidad de vida ni el sufrimiento del paciente (Bordier et al., 2024; Morrell et al., 2016; Pergolizzi et al., 2024; Satán & Mayorga, 2025). En este sentido, se aboga por indicadores de calidad centrados en el confort, el respeto a la autonomía y la dignidad del morir.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión confirman que el encarnizamiento terapéutico en adultos mayores con enfermedades crónicas no oncológicas constituye un fenómeno multicausal y profundamente arraigado en la práctica clínica. La evolución prolongada e incierta de patologías como la EPOC, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal crónica o la demencia dificulta reconocer oportunamente la fase terminal, lo que retrasa la incorporación de cuidados paliativos y favorece decisiones médicas agresivas. Este escenario evidencia la necesidad de redefinir criterios clínicos que orienten la identificación de la futilidad terapéutica.

Asimismo, los factores institucionales, éticos, culturales y profesionales no actúan de manera aislada, sino que se refuerzan mutuamente, configurando un entorno que tiende a la medicalización del final de la vida. La presión institucional, la falta de formación en cuidados paliativos, el desconocimiento de la voluntad del paciente y determinadas creencias religiosas se convierten en condicionantes que perpetúan intervenciones desproporcionadas. Ello muestra que el encarnizamiento terapéutico responde más a dinámicas estructurales y normativas que a decisiones individuales.

De manera consistente con la literatura revisada, se plantea la necesidad de transformar el modelo de atención hacia uno que sitúe la dignidad del paciente y la proporcionalidad terapéutica como principios centrales. La integración temprana de cuidados paliativos, el fortalecimiento de la bioética clínica, la planificación anticipada y la formación continua de los profesionales emergen como estrategias prioritarias para prevenir el encarnizamiento. Los cambios requeridos; por tanto, trascienden lo clínico e involucran también dimensiones culturales, educativas e institucionales.

Comparación con literatura internacional

Los estudios internacionales coinciden con los presentes hallazgos en señalar que la ausencia de trayectorias clínicas claramente terminales en patologías como la insuficiencia cardíaca, la EPOC y la demencia dificulta la toma de decisiones proporcionadas y favorece hospitalizaciones, ingresos a UCI e intervenciones agresivas en fases avanzadas (Chyr et al., 2022; Gomes, 2019; McGrath & Goodlin, 2017; Quinn, Shurrab, et al., 2020; Quinn, Stukel, et al., 2020). En particular, se ha demostrado que la incorporación tardía o inexistente de cuidados paliativos incrementa el uso de recursos intensivos sin beneficio clínico, lo cual

corroborar los resultados de la presente revisión (Quinn, Shurrab, et al., 2020; Quinn, Stukel, et al., 2020).

De igual forma, investigaciones realizadas en Estados Unidos y España destacan que la persistencia del encarnizamiento terapéutico responde a estructuras hospitalarias centradas en el paradigma curativo, a la escasa formación en cuidados paliativos y a la falta de protocolos claros (Fien et al., 2025; Herrera et al., 2023; Morrell et al., 2016; Pérez et al., 6-11; Pergolizzi et al., 2024; Satán & Mayorga, 2025; Taylor & Lightbody, 2018). En este contexto, la presión institucional y el temor a repercusiones legales actúan como factores determinantes que perpetúan decisiones contrarias al mejor interés del paciente (Bezera & Komatsu, 2009).

La literatura internacional también coincide en resaltar el peso de los valores culturales y religiosos en la aceptación o rechazo de la limitación del esfuerzo terapéutico. Estudios europeos y latinoamericanos muestran cómo concepciones de la vida como don inviolable, el sufrimiento como redención o la expectativa de intervención divina dificultan la planificación anticipada y el inicio de cuidados paliativos (Bordier et al., 2024; Castelli et al., 2020; Grinberg & Tripodoro, 2017; Moreno, 2025), en línea con lo evidenciado en esta revisión.

Implicaciones clínicas y éticas

La persistencia del encarnizamiento terapéutico en adultos mayores con enfermedades crónicas no oncológicas pone de manifiesto la necesidad urgente de fortalecer las competencias clínicas en identificación de la fase terminal, adecuación del esfuerzo terapéutico y manejo sintomático integral. La falta de criterios claros para reconocer el pronóstico limitado y la futilidad médica contribuye a decisiones que priorizan la intervención tecnológica sobre el bienestar global del paciente. Por tanto, es imprescindible integrar el enfoque paliativo de forma temprana y transversal en todos los niveles de atención, y no únicamente como una alternativa "última" cuando fracasan los tratamientos curativos. Desde el punto de vista ético, los resultados revelan tensiones críticas entre el principio de autonomía del paciente y la práctica clínica cotidiana. En numerosos casos, el encarnizamiento terapéutico se configura como una vulneración de la voluntad del paciente, ya sea por decisiones médicas unilaterales, por omisión de la planificación anticipada o por presión institucional y familiar. Además, se constata que la falta de formación bioética y la ausencia de espacios para la deliberación interprofesional dificultan la toma de decisiones equilibradas, generando sufrimiento moral en los equipos de salud. Frente a ello, es necesario consolidar una ética del cuidado basada en la proporcionalidad, el respeto a la dignidad del morir y el diálogo con todos los actores involucrados.

Limitaciones de la revisión

La persistencia del encarnizamiento terapéutico en adultos mayores con enfermedades crónicas no oncológicas subraya la necesidad de fortalecer las competencias clínicas en la identificación de la fase terminal, la adecuación del esfuerzo terapéutico y el manejo integral de síntomas. La ausencia de criterios claros para reconocer la futilidad médica sigue favoreciendo decisiones centradas en la tecnología más que en el bienestar del paciente, lo

que exige integrar tempranamente el enfoque paliativo en todos los niveles de atención y no relegarlo a una opción final tras el fracaso de tratamientos curativos.

En el plano ético, los hallazgos evidencian tensiones entre la autonomía del paciente y las prácticas asistenciales, que en ocasiones derivan en decisiones unilaterales, omisión de la planificación anticipada o presiones externas. Esta situación resalta la urgencia de consolidar una ética del cuidado basada en la proporcionalidad terapéutica, el respeto a la dignidad en el proceso de morir y la promoción de espacios de deliberación interprofesional que reduzcan el sufrimiento moral de los equipos de salud.

Conclusiones

Esta revisión sistemática identificó que el encarnizamiento terapéutico en adultos mayores con enfermedades crónicas no oncológicas en contexto de cuidados paliativos es un fenómeno multifactorial, condicionado por elementos clínicos (trayectorias prolongadas e inciertas), institucionales (falta de protocolos y presión estructural), éticos (vulneración de la autonomía y ausencia de deliberación), culturales y religiosos (resistencia a aceptar la muerte), así como profesionales (falta de formación paliativa, sufrimiento moral y decisiones unilaterales). Los estudios analizados coinciden en que la ausencia de un enfoque paliativo oportuno contribuye significativamente a la persistencia de intervenciones médicas fútiles y desproporcionadas.

Desde el punto de vista clínico, estos hallazgos refuerzan la urgencia de transformar los modelos de atención al final de la vida. Es necesario promover la integración temprana de cuidados paliativos en pacientes no oncológicos, fortalecer la toma de decisiones compartida y consolidar un abordaje clínico-ético que priorice la calidad del morir. La práctica paliativa debe orientarse hacia la proporcionalidad terapéutica, el respeto por la autonomía del paciente y la prevención activa del encarnizamiento, entendiendo que no intervenir también puede ser una decisión médica legítima y compasiva.

Se recomienda que futuras investigaciones profundicen en el análisis del encarnizamiento terapéutico desde la voz de los propios pacientes y sus familias, así como desde una perspectiva intercultural y comparativa entre sistemas sanitarios. También resulta necesario desarrollar estudios que evalúen el impacto de intervenciones educativas, normativas o estructurales orientadas a reducir la obstinación médica. Este campo de estudio aún requiere mayor sistematización y evidencia que oriente políticas públicas y prácticas clínicas más humanas, eficaces y éticamente responsables.

Referencias bibliográficas

- Adanlawo, E., & Nkomo, N. (2023). The implications of population aging on local health care expenditure: A 22-year panel data analysis. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*, 3(39), Article 3(39).
https://doi.org/10.31435/rsglobal_ijitss/30092023/8033

- Aghabary, M., & Dehghan, N. (2017). Reasons behind providing futile medical treatments in Iran: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 24(1), 33-45.
<https://doi.org/10.1177/0969733016638142>
- Alanazi, W., & Alanazi, E. (2024). Analyzing The Impact of Aging Populations on Healthcare Systems. *IJIRMPs - International Journal of Innovative Research in Engineering & Multidisciplinary Physical Sciences*, 12(3).
<https://doi.org/10.37082/IJIRMPs.v12.i3.230717>
- Alzahrani, S., Alghar, H., Alshehri, A., & Alshehry, M. (2024). Effectiveness of Integrating Palliative Care into Ambulatory Care of Non-cancer Terminally Ill Patients; A Systematic Review. *Journal of Healthcare Sciences*, 04(08), 260-274.
<https://doi.org/10.52533/JOHS.2024.40802>
- Bacoanu, G., Poroach, V., Anitei, M., Poroach, M., Froicu, E., Pascu, A., & Ioan, B. (2024). Therapeutic Obstinacy in End-of-Life Care—A Perspective of Healthcare Professionals from Romania. *Healthcare*, 12(1593), 1-17.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12161593>
- Bezera, A., & Komatsu, M. (2009). Perception of nurses about ethical dilemmas related to terminal patients in intensive care units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 28-34. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000100004>
- Bischoff, K., Lin, J., Cohen, E., O'Riordan, D., Meister, S., Zapata, C., Sicotte, J., Lindenfeld, P., Calton, B., & Pantilat, S. (2022). Outpatient Palliative Care for Noncancer Illnesses: One Program's Experience with Implementation, Impact, and Lessons Learned. *Journal of Palliative Medicine*, 25(10), 1468-1475.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0019>
- Bohner, L., & Neves, D. (2025). Palliative Obstinacy: When Palliative Care Approaches Therapeutic Obstinacy. *Journal of Palliative Medicine*, 0(0), 1-3.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2025.0146>
- Bordier, V., Filbet, M., Sissoix, C., Tricou, C., Pereira, B., & Guastella, V. (2024). Resuscitation, yes or no? The criteria for transferring patients with hematological

- malignancies to intensive care. A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 23(285), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01624-y>
- Cabré, L., & Masanés, F. (2020). Pacientes afectos de enfermedad terminal no oncológica, ¿cuándo deben ingresar en la UCI? *Revista de Bioética y Derecho*, 48, 5-21. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.48.28866>
- Casey, D., Murphy, K., Ni Leime, A., Larkin, P., Payne, S., Froggatt, K. A., & O'Shea, E. (2011). Dying well: Factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), 1824-1833. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03628.x>
- Castelli, D., Maggiori, C., Lapierre, S., & Voélin, S. (2020). Will they let me die? Perspectives of older Swiss adults on end-of-life issues. *Death Studies*, 46(4), 920-929. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1788669>
- Chyr, L. C., DeGroot, L., Waldfogel, J. M., Hannum, S. M., Sloan, D. H., Cotter, V. T., Zhang, A., Heughan, J.-A., Wilson, R. F., Robinson, K. A., & Dy, S. M. (2022). Implementation and Effectiveness of Integrating Palliative Care Into Ambulatory Care of Noncancer Serious Chronic Illness: Mixed Methods Review and Meta-Analysis. *The Annals of Family Medicine*, 20(1), 77-83. <https://doi.org/10.1370/afm.2754>
- Ciruzzi, M., Delmonte, G., Di Cola, E., Dussel, V., Ensabella, E., Gómez, K., Marchetti, F., Peserico, F., Saldeña, J., & Torrecilla, E. (2024). Consenso de adecuación de esfuerzo terapéutico con enfoque paliativo. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2, 1-7. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10491>
- De La Luz Casas Martínez, M. (2017). Limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos. *Bioethics Update*, 3(2), 137-151. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2017.09.002>
- Fien, S., Plunkett, E., Wadsworth, D., & Cardona, M. (2025). Overtreatment of Older People Near End of Life: A Qualitative Scoping Review of Modalities, Drivers, and Solutions. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-23. <https://doi.org/10.1177/00302228251334280>

- Gomes, M. (2019). The need for palliative care among patients with chronic diseases: A situational diagnosis in a university hospital. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(5), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190085>
- Gómez Pérez, C., Sanchez Garcia, A. B., & García Capilla, D. J. (2023). Perspectiva bioética de la adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes adultos terminales. Revisión sistemática. *Enfermería Global*, 22(3), 586-619. <https://doi.org/10.6018/eglobal.554661>
- Grinberg, A., & Tripodoro, V. (2017). Futilidad médica y obstinación familiar en terapia intensiva ¿Hasta cuándo seguir y cuándo parar? *Medicina*, 77(6), 491-496.
- Guamán, G., Salas, F., Ordoñez, H., Coronel, M., & Montero, N. (2020). Factores que influyen en la ética profesional de Enfermería con pacientes en fase terminal. *Ocronos*, 3(4), 1-11.
- Gutiérrez, C. (2016). ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? *Cirujano General*, 38(3), 121-122. <https://doi.org/10.35366/70342>
- Hanna, V. (2021). Obstinación terapéutica y su límite con la ética: ¿cuándo detenerse? *Revista Chilena de Anestesia*, 50(1), 252-268. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv50n01-15>
- Herrera, P., Muñoz, A., Jimenez, M., Ortiz, M., & López, J. (2023). Encarnizamiento terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: Justo o innecesario. Visibilidad del profesional de enfermería. *Bionatura*, 8(3), 1-9. <http://dx.doi.org/10.21931/RB/2023.08.03.2>
- Jang, H., Lee, K., Kim, S., & Kim, S. (2022). Unmet needs in palliative care for patients with common non-cancer diseases: A cross-sectional study. *BMC Palliat Care*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01040-0>
- Jay-May, J., Graves, N., Huimin, J., & Jane-Lara, Z. (2022). A systematic review defining non-beneficial and inappropriate end-of-life treatment in patients with non-cancer diagnoses: Theoretical development for multi-stakeholder intervention design in acute care settings. *BMC Palliative Care*, 21(195), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01071-7>

- Knoop, K., & Lerch, V. (2009). Therapeutic futility as an ethical issue: Intensive care unit nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 308-313.
<https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000300005>
- Mangiafave, V., Naso, L., & Senese, A. (2022). El rol del licenciado en nutrición dentro del equipo de cuidados paliativos en el abordaje de las enfermedades neurodegenerativas. *Diaeta*, 40, 1-13.
- McGrath, L., & Goodlin, S. (2017). Palliative Care in Older Adults with Cardiovascular Disease: Addressing Misconceptions to Advance Care. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 11(6), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12170-017-0530-0>
- Molina, M., & Serrano, R. (2014). Atención al final de la vida en personas mayores y muy mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 49(6), 299-303.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.05.008>
- Montes, M. (2021). Cuidar el final de la vida. *Biodebate*, 27(92), 10-15.
- Moreno, M. (2025). La autonomía como principio bioético en las decisiones al final de la vida en personas mayores institucionalizadas. *Grafo*, 3(3), 61-77.
- Morrell, M., Kim, J., Turner, R., Anstey, M., Mitchell, I., & Hillman, K. (2016). Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: A systematic review on extent of the problem. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(4), 456-469.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw060>
- Muñoz, J., Hernández, A., Rodríguez, J., Parra, M., Prado, M., & Martín, M. (2021). Perceptions of Patients and Their Families Regarding Limitation of Therapeutic Effort in the Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 1-14.
<https://doi.org/10.3390/jcm10214900>
- Patel, K., Merriman, J. D., Yu, G., Vorderstrasse, A., Kelley, A. S., & Brody, A. A. (2023). Complex Care Needs at the End of Life for Seriously Ill Adults With Multiple Chronic Conditions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 25(3), 146-155.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000946>
- Pérez, B., de la Torre, M., & Gómez, L. (6-11). Los cuidados paliativos en pacientes ancianos con patologías no oncológicas. *Gerokomos*, 2019(30), 1.

- Pergolizzi, J., LeQuang, J., Wagner, M., & Varrassi, G. (2024). Challenges in Palliative Care in Latin America: A Narrative Review. *Cureus*, 16(5), 1-11. <https://doi.org/10.7759/cureus.60698>
- Pires, P., Sganzerla, A., Bueno, Ú., & Corradi, C. (2020). El debate bioético sobre el paciente en la atención al final de la vida. *Revista Bioética*, 28(1), 135-146.
- Quinn, K. L., Shurrab, M., Gitau, K., Kavalieratos, D., Isenberg, S. R., Stall, N. M., Stukel, T. A., Goldman, R., Horn, D., Cram, P., Detsky, A. S., & Bell, C. M. (2020). Association of Receipt of Palliative Care Interventions With Health Care Use, Quality of Life, and Symptom Burden Among Adults With Chronic Noncancer Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 324(14), 1439. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.14205>
- Quinn, K. L., Stukel, T., Stall, N. M., Huang, A., Isenberg, S., Tanuseputro, P., Goldman, R., Cram, P., Kavalieratos, D., Detsky, A. S., & Bell, C. M. (2020). Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: Population based matched cohort study. *BMJ*, m2257. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2257>
- Roig, I. S., Rodríguez, P. M., Méndez, O., Soler, Y. M., & García, A. de la C. (2021). Percepción familiar sobre la ortotanasia y distanasia en cuidadores de pacientes oncológicos. *Multimed*, 25(6), 1-17.
- Sassen, B. (2023). Nursing and Shared Decision-Making. En B. Sassen (Ed.), *Improving Person-Centered Innovation of Nursing Care: Leadership for Change* (pp. 93-96). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-35048-1_16
- Satán, D., & Mayorga, V. (2025). El encarnizamiento terapéutico de profesionales de la salud en la atención a pacientes en Cuidados Paliativos. *Religación*, 10(46), 1-18. <https://doi.org/10.46652/rgn.v10i46.1492>
- Silva, L., Pacheco, E., & Dadalto, L. (2022). Obstinação terapêutica: Quando a intervenção médica fere a dignidade humana. *Revista Bioética*, 29, 798-805. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294513>

- Sprung, C., Carmel, S., Sjøkvist, P., Baras, M., Cohen, S., Maia, P., Beishuizen, A., & Nalos, D. (2007). Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: The ETHICATT study |. *Intensive Care Medicine*, 33(1), 104-110. <https://doi.org/10.1007/s00134-006-0405-1>
- Suaste-Pazmiño, D. I., Sánchez-del Hierro, G. A., & País-Cadeno, P. C. (2023). Análisis de la futilidad sobre la prolongación del tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en fase terminal desde la percepción médica. *Revista Información Científica*, 102, 1-15. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.10127871>
- Taylor, D. R., & Lightbody, C. J. (2018). Futility and appropriateness: Challenging words, important concepts. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1110), 238-243. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-135581>
- Tomomatsu, H., Takenaka, M., Ito, M., Niimi, K., & Asano, K. (2022). Palliative Care Intervention for End-of-life Patients with Non-cancerous Respiratory Diseases. *Tokai J Exp Clin Med*, 47(4), 189-193.
- Torres, B., & Gutiérrez, C. (2023). Enfermedades crónicas, envejecimiento, ética y calidad de vida. Una sistematización de investigaciones. *Novedades en Población*, 37, 322-345.
- Valenti, D., Gamberini, L., Allegri, D., Tartaglione, M., Moggia, F., Del Giudice, D., Baroni, R., Francesco, C., Tamanti, J., Rosa, S., Paoletti, S., & Bruno, L. (2024). Effects of 24/7 palliative care consultation availability on the use of emergency department and emergency medical services resources from non-oncological patients: A before-and-after observational cohort study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 14(3), 2788-2797. <https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004412>
- Valle, J. V., Neto, J. A. C., Abreu, G. V. T. de, Rocha, T. S., Lazarini, L. T., Schreider, J. L. da S., & Teixeira, R. E. (2024). A obstinação terapêutica no exercício profissional médico. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(4), e72339-e72339. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n4-452>
- Vincent, J. (1999). Forgoing life support in western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Critical Care Medicine*, 27(8), 1626.

Xi, J., Liang, B., Zhang, W., Yan, B., Dong, H., Chen, Y., Lin, X., Gu, J., & Hao, Y. (2025). Effects of population aging on quality of life and disease burden: A population-based study. *Global Health Research and Policy*, 10(2), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s41256-024-00393-8>

Zanlorenzi, A. C., Rodrigues da Silva, A., & Corradi, C. (2023). Aspectos bioéticos relacionados aos cuidados de fim de vida: Uma revisão integrativa. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 23(1), 27-43.

Zurriarán, R. (2017). Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, 28(92), 83-97.

Zurriarán, R. (2020). Between euthanasia and therapeutic obstinacy: Palliative care. *Hospice & Palliative Medicine International Journal*, 4(1), 9-12.
<https://doi.org/10.15406/hpmij.2020.04.00178>

Conflicto de intereses:

Las autoras declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.

Anexos

Figura 1. Diagrama PRISMA

