



**Categoría: Investigación aplicada en salud y medicina**

**REVISIÓN**

## **Intensive Care and Death with Dignity: Ethical, Clinical and Regulatory Aspects at the End of Life**

### **Cuidados Intensivos y Muerte Digna: Aspectos Éticos, Clínicos y Normativos en el Final de la Vida**

Camila Guzmán <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Licenciatura en Enfermería. Sede Rosario. Rosario, Santa Fe. Argentina.

**Citar como:** Guzmán C. Intensive Care and Death with Dignity: Ethical, Clinical and Regulatory Aspects at the End of Life. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2025;3:461. <https://doi.org/10.56294/piii2025461>

**Recibido:** 12-09-2025

**Revisado:** 27-11-2024

**Aceptado:** 03-01-2025

**Publicado:** 05-01-2025

**Editor:** Emanuel Maldonado 

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** Intensive care units (ICUs) were designed to care for critically ill patients who require continuous monitoring and specialized care. These units use advanced technology, such as mechanical ventilation and hemodialysis, to sustain vital functions. However, prolonging life in critical situations raises ethical dilemmas, especially in cases of terminal or brain-dead patients. The implementation of disproportionate measures may prevent a dignified death, diverting natural death. In this context, the right to a dignified death, regulated in countries such as Argentina by Law No. 26742, which protects patient autonomy in the final stage of life, was discussed.

**Development:** Studies analyzed the application of regulations on dignified death and palliative care in different contexts. The results indicated that many professionals were unaware of key aspects of the legislation, although they respected basic ethical principles. Protocols for diagnosing brain death were based on rigorous clinical criteria and confirmatory techniques such as electroencephalogram. However, barriers to ensuring a dignified death included the lack of training in ethical and cultural aspects, the absence of updated protocols, and difficulties in communicating with family members. These factors limited the effective implementation of advance directives and informed consent.

**Conclusions:** ICU care and end-of-life management required a combination of technical expertise and ethical sensitivity. Continuing education of healthcare personnel, development of clear protocols, and promotion of a humanized approach were essential to respect patient dignity and autonomy, providing adequate palliative care and allowing informed decisions in terminal situations.

**Keywords:** death with dignity; critical patients; palliative care; medical ethics; patient autonomy.

## RESUMEN

**Introducción:** Las unidades de cuidados intensivos (UCI) se diseñaron para atender a pacientes críticos que requieren monitoreo continuo y atención especializada. Estas unidades utilizan tecnología avanzada, como ventilación mecánica y hemodiálisis, para sostener las funciones vitales. Sin embargo, la prolongación de la vida en situaciones críticas plantea dilemas éticos, especialmente en casos de pacientes terminales o con muerte encefálica. La implementación de medidas desproporcionadas puede impedir un fallecimiento digno, desviando la muerte natural. En este contexto, se debatió el derecho a una muerte digna, regulado en países como Argentina por la Ley N° 26742, que protege la autonomía del paciente en la etapa final de su vida.

**Desarrollo:** Estudios analizaron la aplicación de normativas sobre muerte digna y cuidados paliativos en distintos contextos. Los resultados indicaron que muchos profesionales desconocieron aspectos clave de las legislaciones, aunque respetaron principios éticos básicos. En tanto, los protocolos para diagnosticar muerte encefálica se basaron en criterios clínicos rigurosos y técnicas confirmatorias como el electroencefalograma. Sin embargo, las barreras para garantizar una muerte digna incluyeron la falta de formación en aspectos éticos y culturales, la ausencia de protocolos actualizados y dificultades en la comunicación con los familiares. Estos factores limitaron la implementación efectiva de directivas anticipadas y el consentimiento informado.

**Conclusiones:** La atención en las UCI y el manejo al final de la vida exigieron una combinación de conocimientos técnicos y sensibilidad ética. La educación continua del personal sanitario, el desarrollo de protocolos claros y la promoción de un enfoque humanizado fueron esenciales para respetar la dignidad y autonomía del paciente, brindando cuidados paliativos adecuados y permitiendo decisiones informadas en situaciones terminales.

**Palabras clave:** Muerte digna; pacientes críticos; cuidados paliativos; ética médica; autonomía del paciente.

## INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios que están destinados a la internación de pacientes críticos que requieren atención profesional especializada continua, es frecuente el uso de ciertos materiales específicos y algunas tecnologías necesarias para el diagnóstico y tratamiento. Estas unidades son atendidas por un equipo de salud altamente especializado, los cuales brindan atención precisa, continua e inmediata a pacientes que padecen de alteraciones como insuficiencia cardiaca, renal y/o respiratorias, cursan patologías quirúrgicas (cirugías mayores con o sin complicaciones asociadas, trasplantes) politraumatizados, neurointensivismo, shock, entre otros. La estadía de estos pacientes depende de su estado y/o gravedad. Se considera paciente crítico a todo aquel individuo que tenga comprometido uno o más sistemas fisiológicos principales, con pérdida de su autocontrol pero que pueden ser reversibles.

En el complejo mundo actual es inevitable enfrentar cuestiones éticas en todos los aspectos de la vida, pero más específicamente abocándose en el ámbito de la salud. Allí, se intenta comprender algunas cuestiones éticas que influyen en las personas, como ser ciertos avances en tecnología y genética, y menores cuidados de salud y recursos financieros. Hoy en día existen tecnologías sofisticadas (por ejemplo, en resucitación, ventilación mecánica, hemodiálisis, terapia nutricional, entre otros) que permiten prolongar la vida mucho más allá del momento en que la muerte hubiera ocurrido en el pasado. Hay costosos procedimientos y medicamentos experimentales que pueden utilizarse en un intento por prolongar la vida de una persona, incluso cuando es probable que la prueba fracase. Pese a las ventajas que ofrecen estos avances, se ha cuestionado en qué circunstancias es conveniente aplicarlos, ya que

muchas personas reciben mejor calidad de vida, pero otras, experimentan un sufrimiento continuo por los reiterados intentos de prolongarles la vida.

Existen pacientes considerados “terminales” los cuales por determinados padecimientos tienen un pronóstico de vida no mayor de seis meses, a los que si se les aplican medidas desproporcionadas se estaría desviando la muerte natural o esperada, no pudiendo gozar del derecho del buen morir. Esto se trata de mecanismos referidos a la protección de la vida, sustentarla y evitar todo lo que atente contra ella. Por lo tanto, los problemas éticos relacionados con una muerte digna deben ser estudiados en profundidad desde una perspectiva interdisciplinaria, para que el camino final que vive el ser humano sea lo más digno posible.

#### Objetivo general

Analizar los aspectos éticos, clínicos y tecnológicos relacionados con la atención de pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos (UCI), con énfasis en las implicaciones del uso de tecnologías avanzadas y la aplicación de medidas desproporcionadas, así como en la necesidad de garantizar el derecho a una muerte digna mediante un enfoque interdisciplinario y respetuoso de la autonomía del paciente.

## DESARROLLO

### Antecedentes

- Según Quiñonez Pérez et al (2014) en su estudio investigativo llamado conocimiento y aplicación de la ley de “muerte digna” entre profesionales de las urgencias hospitalarias. Se trató de un estudio transversal mediante cuestionario cerrado a todo el personal médico y de enfermería el cual recoge variables sociodemográficas y cualitativas que recolectan el conocimiento de la ley básica 41/2002 y la ley autonómica 2/2010 y aspectos básicos incluidos en esta última (toma de decisiones, información, acompañamiento familiar, auxilio espiritual, control del dolor y existencia del registro de voluntades vitales anticipadas). Los resultados obtenidos concluyeron en que la mayoría de los profesionales desconoce el contenido de ambas leyes, sin embargo, los aspectos básicos de estas son respetadas y aplicadas por la generalidad de los profesionales.

- El proyecto de investigación titulado aplicación de la ley n° 26742 “muerte digna” por las enfermeras en la atención de los pacientes terminales en el hospital Dr. Guillermo C. Paterson fue escrita por L, S Alemán y L, A Gareca (2018) como requisito para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Tuvo como objetivo conocer si las enfermeras aplican la ley n° 26742 “muerte digna” en la atención de pacientes terminales hospitalizados en los meses de marzo-julio de 2019, con una metodología cuantitativa, de tipo descriptiva y transversal. Se llevó a cabo a través de la observación de todo el personal de enfermería de los tres turnos considerando tres dimensiones de la variable a trabajar, la cual se le adjudicaba un valor. Ellas son, respeto de la autonomía de la voluntad, cumplimiento de las directivas anticipadas y para considerar la tercera dimensión de muerte digna se debía cumplir un cierto criterio de puntaje. Dicho trabajo se justifica por la realidad observada de estos tipos de pacientes sin acompañamiento, ausencia de protocolos actualizados, incumplimiento de directivas anticipadas y por escasas de investigaciones en el país. El aporte de los resultados proporcionaría enriquecer el conocimiento con el aumento de contenidos teóricos competentes a la disciplina pudiendo reconocer falencias en la aplicación de dicha ley.

- El estudio titulado conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte escrito por Torres-Mesa, Schmidt-Riovalle y Garcia-Garcia (2012), tuvo como objetivo conocer la percepción que los profesionales de la salud tienen acerca de su preparación en el cuidado de enfermos terminales y determinar sus conocimientos sobre la legislación de cuidados paliativos. Un estudio transversal descriptivo en un hospital traumatológico de Granada (España) en el mes de abril., a través de un cuestionario de preguntas sobre variables de sexo, edad, categoría profesional, año de obtención de título, unidad de trabajo y tipo de contrato, además de preguntas

basadas en la preparación y conocimientos en legislación en cuidados paliativos. Los resultados señalan que la mayoría de los profesionales ha trabajado con pacientes en el final de su vida, pero solo la mitad considera estar preparado. Una parte desconoce la legislación actual de cuidados paliativos y en tanto que la mayoría plantearía la retirada de terapias para el mantenimiento de la vida y desconocen el mecanismo para informar sobre el cumplimiento del testamento vital.

- El estudio cualitativo llamado el derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos escrito por Sepulveda-Sanchez et al (2014) cuyo objetivo fue explorar las percepciones, creencias, barreras y facilitadoras que encuentran los profesionales de la salud que desempeñan su actividad asistencial con pacientes terminales oncológicos y no oncológicos ante el derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos y la aplicabilidad de las disposiciones de la ley 2/2010. Los resultados evidenciaron que existen diferentes obstáculos para garantizar los derechos de los pacientes en el proceso de muerte y el cumplimiento de los deberes de los profesionales y las instituciones sanitarias, y que dependen de las características propias del paciente y la familia, del propio profesional, de la organización de la atención y de factores culturales. El trabajo pone en manifiesto la necesidad de mejorar el proceso de comunicación con el paciente y su familia y favorecer la toma de decisiones, establecer medidas claras de sedación paliativa y la limitación del esfuerzo terapéutico. Además de potenciar la aplicación de la ley de muerte digna y voluntades anticipadas en áreas especializadas no oncológicas. También lograr una mayor formación en aspectos éticos, espirituales y antropológicos del cuidado.

Pacientes con cese irreversible de funciones encefálicas

El tema de muerte encefálica bajo criterios neurológicos surge en la medicina a partir de la segunda mitad del siglo XX, luego del desarrollo de las modernas Unidades de Cuidados Intensivos y sus procedimientos de sostén de las llamadas funciones vitales respiratorias (ventilación mecánica) y cardiaca (drogas inotrópicas), posibilitando a los médicos/as, mantener artificialmente el funcionamiento de los órganos del cuerpo humano, luego de la destrucción completa e irreversible de las estructuras encefálicas (cerebro y tronco cerebral) (Ministerio de salud pública del Ecuador, 2015)

El Dr. Uriarte-Méndez (2006, p.59) define a la muerte encefálica (ME) como “lesión devastadora y extendida del encéfalo, que clínicamente se traduce como un estado de coma o estado vegetativo irreversible con funciones cardiorrespiratorias mantenidas mediante ventilación mecánica, oxígeno y glucosa. La ME implica el cese de las tres funciones de encéfalo: respiratorias, motoras de reflejo y de vigilancia o conciencia, sin haber administrado drogas depresoras del sistema nervioso central (SNC), ni relajantes musculares y sin hipotermia provocada. Es el resultado de una cascada isquémica iniciada por un daño cerebral, casi siempre un trauma craneoencefálico severo o una lesión anóxica, metabólica o infecciosa del cerebro”.

Por su parte Abaroa y Garreto (2013) definen a la muerte encefálica como “una condición determinada por el cese completo e irreversible de las funciones de los hemisferios cerebrales y del tronco encefálico. Las causas más frecuentes en adultos son las hemorragias intracerebrales, los traumatismos encefalocraneales y las lesiones hipóxico-isquémicas secundarias a paro cardiorrespiratorios. Cualquiera que sea la causa, la ME se produce cuando la presión intracraneal supera la tensión arterial sistólica del paciente, dando lugar a una parada circulatoria cerebral”.

Tal es así que estas lesiones llevan a la muerte porque en estas estructuras están localizados centros vitales sin los cuales es imposible vivir. Entre otros, los centros que regulan y permiten la respiración, la regulación cardiocirculatoria, o funciones más complejas como el despertar o la conexión con los estímulos tanto externos como internos, cuya función es indispensable para la vida. (Álvarez, 2014, p. 4)

Una persona con muerte cerebral presenta una total ausencia de actividad a los estímulos externos, es decir, que la persona pierde su conexión con el entorno, por ende, es incapaz de percibir el dolor y también está en un estado de ausencia de actividad respecto a sus reflejos craneales, el paciente tendrá la incapacidad de respirar de manera autónoma que lo que deberá mantener la respiración a través de un ventilador mecánico y no tienen reflejos nauseosos, puede estar presentes en algunos reflejos espinales que son osteotendinosos

que se realiza con el martillo retirada que daría reflejos voluntarios que no participa el cerebro. (López-Romo et al. 2022)

□ Diagnóstico clínico de muerte encefálica

El diagnóstico clínico de ME exige una certeza absoluta, por lo cual debe seguirse un protocolo sistemático, estricto y riguroso. Los tres pilares diagnósticos son: a) conocer la causa de la lesión encefálica, b) descartar los trastornos que pudieran simular la muerte encefálica (condiciones hemodinámicas, metabólicas, farmacológicas y tóxicas actuales o relativamente recientes) y c) efectuar una exploración neurológica reglada. (Castro et al. 2008)

1. Coma estructural, de origen conocido y daño irreversible
2. Condiciones clínicas generales durante la exploración neurológica:
  - a) Estabilidad cardiocirculatoria
  - b) Oxigenación y ventilación adecuadas
  - c) Ausencia de hipotermia severa
  - d) Ausencia de enfermedades metabólicas importantes
  - e) Ausencia de tóxicos o fármacos depresores del sistema nervioso central
3. Exploración clínica neurológica
  - a) Exploración neurológica cerebral:

Coma arre activo

b) Exploración neurológica tronco encefálica

Ausencia de reflejo foto motor

Ausencia de reflejo cornear

Ausencia de reflejo oculocefalico

Ausencia de reflejo oculo vestibular

Ausencia de reflejo nauseoso

Ausencia de reflejo tusígeno

Ausencia de respiración espontanea

Ausencia de respuesta a la prueba de atropina

4. Puede existir actividad motora de origen medular, tanto de tipo reflejo como espontaneo

5. Periodo de observación

6 horas, modificable a criterio medico según tipo y gravedad de la lesión

6. En las lesiones de localización infratentorial

Exploración clínica + electroencefalograma o un método diagnostico instrumental que confirme la ausencia de función de los hemisferios cerebrales

□ Técnicas confirmatorias de la muerte encefálica

Las técnicas confirmatorias son técnicas artificiales que evalúan determinados aspectos de la función del sistema nervioso central o de la circulación arterial intracraneal. Aportan datos adicionales o indicativos. Como su nombre destaca, son confirmatorios, este concepto implica la realización previa y sin excepción del protocolo de examinación neurológica del paciente. Se pueden clasificar en dos grupos: a) los que evalúan la actividad eléctrica del sistema nervioso como el electroencefalograma y los potenciales evocados y b) los que evalúan la circulación arterial craneal como la arteriografía de los cuatro vasos encefálicos, vertebrales y carótidas internas, la gammagrafía encefálica hexametil-propilenoaminppxima (HMPAO) y el Doppler transcraneal (DTC) (Castro et al. 2008)

- 1) Electrofisiológicas
  - a. Electroencefalograma
  - b. Potenciales evocados multimodales
- 2) Que evalúan el flujo sanguíneo cerebral
  - a. Sonografía Doppler transcraneal
  - b. Arteriografía cerebral de cuatro vasos

- c. Angiografía cerebral por sustracción digital (arterial o venosa)
- d. Angio-TAC espiral
- e. Angiogammagrafía cerebral con 99 mTc-HMPAO o con otros radiofármacos difusibles.

#### Muerte digna

La vida humana termina con la muerte, es un hecho inexorable y certero. Todos los seres vivos, en algún momento de su historia, fallecerán, esa es la “ley de la vida”. Pero no siempre morimos como queremos o como debemos. (Álvarez, 2014, p.2).

Hay que aclarar que el término dignidad (dignitas en latín) se refiere al concepto subjetivo que una persona tiene de sí misma: como concibe su vida, sus logros, su lugar en el mundo. (Pfeiffer, 2012)

La muerte no es un motivo de conversación cuando surgen temas para hablar y aunque es un tema certero que cuando uno nace también debe morir, nadie planifica como prefiere hacerlo; En sí, a lo que apuntan estos autores, es que aunque pueda parecer una realidad algo “cruda y fría” es real que la vida de un ser humano termine con su deceso en el plano terrenal en algún momento de la historia, y mucho tiene que ver la manera que el individuo percibe su paso por la vida, si ha encontrado, construido y mantenido vínculos suficientemente sólidos y duraderos para encontrarle sentido lo cual indique que ha sido merecedor de un buen vivir.

Los debates y referencias a “la muerte digna” y al “buen morir”, a los que puede reconocerse una larga trayectoria, adquirieron un nuevo significado y relevancia a partir del proceso de medicalización y tecnificación del final de la vida en occidente, en el que intervinieron la profesionalización y los avances en el campo médico, así como los cambios culturales, demográficos y epidemiológicos. (Alonso, Villarejo & Brague, 2017, p. 1032).

Las cuestiones como cambios en el estilo y el aumento de la esperanza de vida, como así también los avances tecnológicos en la medicina, tales como la ventilación mecánica, las máquinas de diálisis, la alimentación artificial, por mencionar algunos, son muchos de los grandes descubrimientos que permitieron continuar con la vida de forma convencional y poner en evidencia a que nos referimos cuando hablamos de morir dignamente.

Según Ousteda (2016), en el pensamiento actual, la muerte digna es aquella que “hace referencia a la calidad de existencia en la parte final de la vida, respetando la voluntad del enfermo, sin dolor y estando contenido y acompañado por sus afectos”

Para Álvarez (2014) es la muerte que, deseada por una persona, se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles.

En términos más generales, sería el derecho a morir dignamente, asistidas con todos los alivios médicos adecuados cuando se tiene certeza que la ciencia médica ya no puede curar una enfermedad, evitando prolongar una agonía o un sufrimiento innecesario. (Villareal González, 2013, p. 12)

#### Ley n° 26742 Muerte Digna

En los últimos años de nuestra vida, una externalidad ajena a nosotros se nos instala encima desconsiderándonos y nos obliga a reflexionar sobre esto. ¿Somos los seres humanos realmente los titulares de los derechos? Si esto es así ¿tengo derecho a elegir como quiero morir? En respeto a mi individualidad y a mi dignidad humana ¿pueden otros decidir por mí? (Álvarez, 2014, p. 2)

La ley N° 26742 fue sancionada el 9 de mayo del año 2012, la misma ha sido adoptada en Argentina como parte de demandas sociales y luego de largas discusiones ideológicas, para fortalecer la autonomía de la voluntad del paciente y con el legítimo objetivo de ser un paso adelante en el ámbito de los derechos humanos, protegiendo derechos y garantías de la dignidad humana tanto durante su vida como durante su muerte.

La ley nacional n° 26529 “ley de los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud”, vigente en nuestro país desde el año 2009, regula en forma integral los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Esta norma, de orden público y con alcance general es modificada por la ley 26742 en el año 2012, con el fin de acentuar los derechos de la persona

humana relacionadas con el buen morir. Puntualmente se incorpora a nuestro ordenamiento modificando a los artículos 2°, 5°, 6°, 10° y 11° de la ley de derechos de los pacientes (n° 26529) y agregando un artículo a la misma ley, el 11° bis y un inciso al artículo 7°. (Villareal González, 2013, p. 18)

Concretamente en nuestro país la ley vigente (26742) y su decreto reglamentario de la muerte 1089/12, tiene la finalidad de proteger la dignidad de la persona y el respeto a su voluntad, concediendo al enfermo terminal la posibilidad de “aceptar o rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación y reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado”. En consecuencia, podemos decir que la ley otorga a través de un derecho concreto, la posibilidad de elegir o continuar o no artificialmente con la vida cuando no se tiene perspectivas reales de mejoría. (Villareal González, 2013, p. 18).

La ley de muerte digna se basa en algunos conceptos principales que se detallan a continuación (extraído textualmente de la Ley n° 26742):

- La autonomía de voluntad: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

- El consentimiento informado: es la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respeto a:

- a) su estado de salud
- b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos
- c) los beneficios esperados del procedimiento
- d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles
- e) la especificaciones los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto
- f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos específicos
- g) el derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medida de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas e relación con las perspectivas de mejoría o que produzcan como único efecto la prolongaciones el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable
- h) el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

- Directivas anticipadas: toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

## CONCLUSIONES

La revisión realizada abordó el complejo contexto ético y clínico de los cuidados en unidades de cuidados intensivos (UCI), particularmente en relación con el derecho a una muerte digna y los procesos asociados a la muerte encefálica. La atención en estas unidades está marcada por la alta especialización del equipo de salud y el uso intensivo de tecnologías avanzadas que, aunque han permitido prolongar la vida en situaciones críticas, también han planteado serios dilemas éticos sobre la proporcionalidad de los tratamientos aplicados y su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Los avances en medicina y tecnología han llevado a un aumento en la esperanza de vida, pero también han evidenciado la necesidad de establecer límites éticos en la atención al final de la vida. Este desafío se refleja en la legislación, como la Ley N° 26742 en Argentina, que reconoce el derecho del paciente a decidir sobre los tratamientos que recibe en situaciones terminales. Sin embargo, los estudios analizados revelaron que, a pesar de la existencia de normativas, una proporción significativa de profesionales de la salud desconoce aspectos clave de la legislación sobre muerte digna y cuidados paliativos. Esta falta de conocimiento limita la capacidad de garantizar una atención respetuosa y centrada en la autonomía del paciente.

El diagnóstico y manejo de la muerte encefálica también constituyen áreas críticas dentro de las UCI. Aunque los protocolos clínicos proporcionan herramientas claras para identificar esta condición, su correcta aplicación requiere de habilidades técnicas, evaluación multidisciplinaria y el uso de tecnologías confirmatorias. Estas prácticas, además, deben complementarse con una comunicación efectiva con los familiares del paciente, respetando tanto los aspectos médicos como éticos del proceso.

En el contexto de los cuidados al final de la vida, se observó que las barreras para garantizar una muerte digna incluyen factores organizativos, culturales y profesionales. Las instituciones sanitarias y los equipos de salud enfrentan desafíos relacionados con la falta de formación en aspectos éticos y legales, la insuficiencia de protocolos actualizados y las dificultades en la toma de decisiones compartidas con el paciente y su familia. Estas limitaciones subrayan la necesidad de promover una educación continua que no solo abarque conocimientos técnicos, sino también elementos éticos, espirituales y culturales del cuidado.

El derecho a la muerte digna implica respetar la autonomía del paciente y brindar cuidados paliativos integrales que alivien el dolor y el sufrimiento en la etapa final de la vida. La implementación de directivas anticipadas, el consentimiento informado y el acompañamiento de los familiares son herramientas fundamentales para garantizar un proceso respetuoso y humanizado.

En conclusión, garantizar una atención adecuada en las UCI y al final de la vida requiere una integración equilibrada de conocimientos técnicos, ética profesional y sensibilidad humana. La formación continua de los equipos de salud, el desarrollo de protocolos claros y la promoción de un diálogo interdisciplinario son estrategias esenciales para afrontar los desafíos actuales y futuros en el cuidado de pacientes críticos, asegurando el respeto por su dignidad y autonomía en todo momento.

## REFERENCIAS

1. Abaroa, L., & Garreto, NS. (2013) Muerte encefálica. Situación legal en Argentina. *Neurol Arg* 5 (2): 101-107 <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-muerte-encefalica-situacion-legal-argentina-S1853002813000359>
2. Alemán, LS- Gareca, LA (2018) Aplicación de La Ley N° 26472 “Muerte Digna” por las enfermeras en la atención de los pacientes terminales en el hospital Dr. Guillermo C. Paterson (proyecto de investigación) Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Argentina. <http://hdl.handle.net/11086/26861>
3. Alonso, JP., Luxardo, N., Piñero, SP., Bigalli, M. (2013) El final de la vida como objeto de debate público: avatares de la “muerte digna” en Argentina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales; *Sociedad*; 33 (7):7-20 <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/27559>
4. Álvarez, EC (2014) Muerte digna. Aspectos médicos, bioéticos y jurídicos. (Tesis) medicina legal. Facultad de medicina. Barcelona. [https://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH76fb.dir/BR\\_C\\_TFI\\_AlvarezCarolina.pdf](https://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH76fb.dir/BR_C_TFI_AlvarezCarolina.pdf)



5. Betancourt-Betancourt, G., Betancourt-Reyes, G., & Castro-Gutierrez, N. (2018). La adecuación del esfuerzo terapéutico: ciencia, tecnología y sociedad. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(4). Recuperado de <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1273>
6. Castro-Aldana, MS., Villagómez-Ortiz, AJ., Torres-Pérez, J., Hernandez-Hernandez, C., & Hernández-Silva, S. (2008) Muerte cerebral. *Revista de especialidades medico quirúrgicas* 13 (2): 78-87 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47311448007>
7. Clavijo Chamorro, MZ., Romero de Julián, FJ & Paniagua Vivas, MS. (2016) Evolución de la formación en enfermería. *Revista médica revisada por pares*.2016 <http://doi.org/10.5867/medwave.2016.06.6505>
8. Corilloclla-Guillermo, RK., & Pérez-Riquelme, LG. (2017) Percepción del paciente sobre la aplicación de los principios bioéticos en el cuidado de enfermería brindado en el servicio de urgencia. (Trabajo académico) enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/923/Percepcion\\_CorillocllaGuillermo\\_Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=El%20enfermero\(a\)%20debe%20aplicar,primordial%20en%20las%20etapas%20de](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/923/Percepcion_CorillocllaGuillermo_Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=El%20enfermero(a)%20debe%20aplicar,primordial%20en%20las%20etapas%20de)
9. González-R., Díaz de Herrera- M., & Martínez- M. (2018) . Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Revista enfermería intensiva*, 30 (2). <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-rol-enfermera-el-cuidado-al-51130239918300567>
10. Ley 26742. “Muerte Digna” (2012) <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859/texto>
11. López Romo YE, Cumbajin Montatixe ME, Morales Mayorga SG, Simbaña Quishpi MA & Llerena Cruz CA. Cuidados paliativos en pacientes con muerte cerebral. *Salud Cienc. Tecnol.* 2022; 2:145 <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022145>
12. Mendoza, EA (2017) percepción enfermera sobre la muerte digna. (Proyecto de investigación inédito) facultad de ciencias de la salud. Universidad de La Laguna. España *Percepción enfermera sobre la muerte digna.pdf*
13. Outeda, VL (2016) análisis de los efectos y alcances de la Ley 26472 de muerte digna ¿La Ley 26472 de muerte digna, comprende el derecho constitucional a morir? (Trabajo final de grado) abogacía. Universidad empresarial Siglo 21. Argentina. <https://repositorio.21.edu.ar/handle/ues21/14873>
14. Pfeiffer, ML. Muerte Digna. Facultad de humanidades. *Revista postgrado* 2 (11) [https://hum.unne.edu.ar/revistas/postgrado/revista2/11\\_esquivel.pdf](https://hum.unne.edu.ar/revistas/postgrado/revista2/11_esquivel.pdf)
15. Quiñones-Pérez, A., Alvarez-Jimenez, P., & Ruiz-Mateos, AM. (2017). Conocimiento Y Aplicación de la ley de muerte digna entre profesionales de las urgencias hospitalarias. *Revista Medicina paliativa*, 24 (2): 57-62 <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-conocimiento-aplicacion-ley-muerte-digna-51134248X1400127X>
16. Salazar-Gómez, T. J., Méndez-Xavier, G., Ponce-Gómez, G., & Garduño-Ortega, C. (2018). Muerte digna o ensañamiento terapéutico: una reflexión para profesionales de la salud. *Enfermería Universitaria*, 5(1). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2008.1.442>
17. Sepúlveda-Sánchez, JM. (2014) Muerte digna y realidad asistencial en el entorno hospitalario. (Tesis doctoral) medicina. Facultad de ciencias de la salud. Universidad de Málaga. España. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/8495>
18. Sarmiento-Medina, M. I., Vargas-Cruz, S. L., Velásquez-Jiménez, C. M., & Sierra de Jaramillo, M. (2012). Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa

terminal. Revista de Salud Pública, 14 (1), 116-128. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642012000100010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000100010&lng=en&tlng=es)[https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/04A\\_Saber\\_N12\\_1.pdf](https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/04A_Saber_N12_1.pdf)

19. Torres-Mesa LM, Schmidt-Riovalle J, García-García I. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2013 [citado 21 Ago. 2016]; 47(2). <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hmHf3xj7SPwXjfxcg3PBLny/?lang=es&format=pdf>
20. Uriarte-Méndez, AE., & Villa-Díaz, J. (2006). Muerte encefálica. ¿Vida o muerte? Aspectos éticos. MediSur, 4 (3), 59-64 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180019873013>
21. Villarreal-González, MO (2013) Análisis crítico de la Ley Muerte Digna en Argentina (Trabajo final de grado) abogacía. Universidad empresarial siglo 21. Argentina. [https://repositorio.21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12015/ANALISIS\\_CRITICO\\_DE\\_LA\\_LEY\\_DE\\_MUERTE\\_DIGNA\\_EN\\_ARGENTINA.\\_MAX.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12015/ANALISIS_CRITICO_DE_LA_LEY_DE_MUERTE_DIGNA_EN_ARGENTINA._MAX.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

### **FINANCIACIÓN**

Ninguna.

### **CONFLICTO DE INTERÉS**

Ninguno.