



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA.

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA.

Limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica,
cuando la toma de decisiones recae en los familiares, en la UCI del Hospital Regional
Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre del año 2025

Monográfico sometido como requisito para optar por el título de:

Doctor en Medicina

Sustentantes:

Nazary Javier Burgos 2020-0012

Heidy Dioscaira Artiles Castillo 2013-0695

Asesora:

Dra. Yisel Antigua

San Francisco de Macorís, Rep. Dom.

Enero, 2026

Limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, cuando la toma de decisiones recae en los familiares, en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre del año 2025

Índice

Resumen Ejecutivo.....	V
Capítulo I: Introducción y trasfondo	
Introducción.....	5
Antecedentes	3
Marco Contextual.....	8
Planteamiento del Problema.....	9
Justificación	14
Objetivo General	16
Objetivos Específicos	16
Variables e Indicadores	17
Definición de Términos	19
Capítulo II: Marco conceptual o teórico	
Introducción.....	24
Marco conceptual o teórico	24
Capítulo III: Metodología	
Introducción.....	40
Diseño de investigación	40
Población y muestra	40
Criterios de inclusión	41
Criterios de exclusión	41

Instrumentación	42
Validez y confiabilidad del instrumento	42
Procedimiento de recolección de los datos	42
Análisis de los datos	43
Capítulo IV: Presentación de los Resultados	
Introducción	45
Presentación de los Resultados	46
Capítulo V: Discusión	
Introducción	56
Análisis de los resultados	56
Conclusiones	59
Recomendaciones	60
Referencias bibliográficas	62
Anexos	70

Agradecimientos

Nuestro principal agradecimiento a **nuestro Dios**, por Tu infinita grandeza, por Tu amor constante y por la luz que ilumina cada uno de nuestros pasos. Gracias porque, aun en los momentos en que pensamos en rendirnos, hoy estamos aquí, firmes y agradecidas, conscientes de que este camino siempre estuvo bajo Tu propósito divino. Si decidimos continuar, fue porque Tú sabías lo mejor para nosotras, incluso cuando nuestra mente y corazón no podían comprenderlo.

Nos enseñaste que a Tu tiempo todo es perfecto, que cada proceso tiene sentido y que la espera también forma parte de nuestro crecimiento. En los momentos de duda nos diste fuerzas, y en los de cansancio nos recordaste que nunca caminamos solas. Nos mostraste que, aunque las pruebas parezcan difíciles, cada desafío es una oportunidad para acercarnos más a Ti y para fortalecer nuestra fe.

Gracias por enviar ángeles a nuestro camino: personas que nos apoyaron, nos guiaron, nos inspiraron y nos ayudaron a aprender, a madurar y a superar cada etapa con fe, amor y perseverancia. Gracias por las bendiciones visibles y las invisibles, por los milagros pequeños y grandes, por la esperanza que nunca nos abandona.

Hoy reconocemos que cada paso, cada prueba y cada logro fueron posible gracias a Ti. Gracias, Señor, por tu protección, tu paciencia infinita y por recordarnos siempre que somos

capaces de más de lo que imaginamos cuando confiamos en Tu voluntad. Que todo lo que emprendamos en adelante sea siempre para honrar Tu nombre y reflejar Tu amor en nuestras vidas y en las de los demás.

Nos enseñaste que a Tu tiempo todo es perfecto, que cada proceso tiene sentido y que la espera también forma parte de nuestro crecimiento. En los momentos de duda nos diste fuerzas, y en los de cansancio nos recordaste que nunca caminamos solas. Nos mostraste que, aunque las pruebas parezcan difíciles, cada desafío es una oportunidad para acercarnos más a Ti y para fortalecer nuestra fe.

Gracias por enviar ángeles a nuestro camino: personas que nos apoyaron, nos guiaron, nos inspiraron y nos ayudaron a aprender, a madurar y a superar cada etapa con fe, amor y perseverancia. Gracias por las bendiciones visibles y las invisibles, por los milagros pequeños y grandes, por la esperanza que nunca nos abandona.

Hoy reconocemos que cada paso, cada prueba y cada logro fueron posible gracias a Ti. Gracias, Señor, por tu protección, tu paciencia infinita y por recordarnos siempre que somos capaces de más de lo que imaginamos cuando confiamos en Tu voluntad. Que todo lo que emprendamos en adelante sea siempre para honrar Tu nombre y reflejar Tu amor en nuestras vidas y en las de los demás.

Con profundo respeto y sincero agradecimiento, **reconocemos a la Universidad Católica Nordestana** como el pilar fundamental de nuestra formación médica y humana. En sus aulas no solo adquirimos conocimientos científicos, sino que fuimos formados en valores, ética y vocación de servicio, principios esenciales para el ejercicio responsable y compasivo de la medicina.

Agradecemos de manera especial a los distinguidos doctores y docentes que, con entrega, sabiduría y compromiso, guiaron nuestro proceso formativo. Su ejemplo profesional y humano nos inspiró a crecer, a cuestionar, a investigar y a comprender que la medicina es, ante todo, un acto de amor y responsabilidad hacia la vida. Hoy, con orgullo y gratitud, los reconocemos no solo como maestros, sino como colegas.

Gracias a la Universidad Católica Nordestana por nutrirnos de conocimiento, fortalecer nuestro espíritu crítico, fomentar la investigación y recordarnos, en cada etapa del camino, la noble misión de servir con excelencia, humanidad y respeto a la dignidad del paciente. Esta institución deja una huella imborrable en nuestra vocación y en nuestro compromiso con la sociedad.

Deseamos expresar nuestro más sincero **agradecimiento a la Dra. Yisel Antigua**, nuestra asesora, por su invaluable guía y apoyo durante la realización de este monográfico. Su dedicación, paciencia y conocimiento nos inspiraron a profundizar en cada tema con rigor científico y reflexión crítica.

Gracias por compartir su experiencia y sabiduría, por motivarnos a superar los desafíos y por enseñarnos que la excelencia académica y la vocación médica van de la mano con la pasión y la entrega. Su acompañamiento no solo enriqueció nuestro trabajo, sino que dejó una huella significativa en nuestra formación profesional y humana.

Dedicatorias

A mis padres, Leonel Javier e Idelsa Raidiris Burgos, les expreso mi más profundo agradecimiento. Gracias por ser mi apoyo incondicional en cada etapa de este camino, por no dejarme sola en los momentos difíciles y por alentarme siempre a seguir adelante, recordándome que todo llega en el tiempo perfecto de Dios. Su fe, paciencia y palabras de ánimo fueron un pilar fundamental para no rendirme.

Agradezco profundamente su disposición constante para apoyarme en mis estudios, tanto en lo emocional como en lo material, y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Este logro no sería posible sin su amor, sacrificio y ejemplo de perseverancia. Todo lo que soy y lo que he alcanzado se lo debo en gran parte a ustedes. Esta tesis es también de ustedes.

A mi hermana, Paola Javier Burgos, le expreso un agradecimiento muy especial por su apoyo incondicional durante todo este proceso. Gracias por estar siempre presente, por escucharme, acompañarme y brindarme palabras de ánimo en los momentos de cansancio, duda o desánimo. Tu comprensión, paciencia y cariño fueron fundamentales para mantenerme firme y no rendirme.

Gracias también por creer en mí y en mis capacidades, incluso en aquellos momentos en los que yo misma dudé. Tu ejemplo, apoyo y amor sincero fueron una fuente constante de motivación. Este logro también es tuyo, porque de una u otra manera formaste parte esencial de este camino.

A mi novio, Yilbert Fabián Fermín, le agradezco profundamente por su apoyo incondicional a lo largo de todo este proceso. Gracias por estar siempre dispuesto a ayudarme en todo lo que necesitara, sin importar el tiempo, el esfuerzo o los recursos. Tu entrega y compromiso fueron una muestra constante de amor y apoyo sincero.

Gracias también por escucharme en cada momento, ya fuera para acompañarme en mis lágrimas, en mis quejas o en mis alegrías, y aun así nunca irte de mi lado. Tu paciencia, comprensión y compañía fueron un gran sostén emocional que me dio fuerzas para continuar y culminar esta etapa. Este logro no habría sido el mismo sin tu presencia y apoyo constante.

A mi familia y amigos, Fernando Tavarez, Nicole Javier, Karla García y María Miguelina Tejada, les agradezco sinceramente por su apoyo y disposición constante a lo largo de este proceso. Gracias por estar siempre presentes cada vez que necesitaba ayuda, por brindarme su tiempo y apoyo sin dudarlo, y por acompañarme en los distintos momentos de esta etapa académica.

Agradezco especialmente sus consejos basados en sus experiencias, los cuales fueron de gran valor para orientarme, aclarar dudas y tomar mejores decisiones. Su amistad, motivación y palabras de aliento hicieron este camino más llevadero y enriquecedor. Sin duda, su apoyo fue fundamental para alcanzar esta meta.

A mi compañera de monográfico, Heidi Artilles, gracias por una amistad tan sincera y genuina, de esas que nacen sin esfuerzo y se sostienen con el corazón. Gracias por demostrarme que el tiempo no define la fortaleza de una relación, sino la conexión, el respeto y el apoyo mutuo.

Gracias por cada consejo, por tu paciencia infinita, por tu comprensión en los momentos de estrés y por caminar a mi lado en este proceso. Trabajar contigo fue un aprendizaje constante, no solo académico, sino también personal.

Me llevo tu amistad como uno de los regalos más valiosos de esta etapa, agradecida por cada momento compartido y por todo lo que construimos juntas. Sin duda, esta experiencia no habría sido la misma sin ti.

A mis compañeros en este camino, Glenny Concepción, Alexander Escolástico, Winifer Taveraz, Darianny Duvergés, Seliné Hilario, Janna Lia Ventura, Deuris Castillo y Thaianna Espinal, gracias por ser risas en medio del cansancio y calma en los momentos difíciles. Gracias por acogerme como familia, por cada gesto sincero, por estar presentes incluso cuando las palabras no alcanzaban.

Gracias por ayudarme en cada duda, por el apoyo incondicional, por crecer juntos, caernos y levantarnos como equipo. Ustedes no solo fueron compañeros, fueron refugio, motivación y fuerza.

Me llevo cada recuerdo guardado como un tesoro, cada experiencia compartida, cada aprendizaje y cada instante que quedará marcado para siempre en mi corazón. Son y siempre serán parte de una etapa invaluable de mi vida, un baúl lleno de memorias que atesoraré con cariño y gratitud.

Gracias por tanto, por todo y por siempre.

Nazary Javier

A mis padres, Oscar Dionicio Artilles y Ana Ruth Castillo, mi más profundo

agradecimiento. Gracias, Pa y Ma, por no rendirse nunca conmigo, por creer en mí incluso en los momentos en que yo misma dudé. Gracias por cada sacrificio silencioso, por cada “sí” dicho con amor, siempre pensando en mi futuro y en la profesional que hoy estoy formando. Su apoyo incondicional, su confianza y su fe en mí han sido el motor que me impulsó a seguir adelante en esta exigente carrera. Gracias infinitas por estar siempre ahí para cuidar de mi hijo cuando yo no podía, por asumir con amor, paciencia y entrega un rol fundamental en su crianza mientras yo cumplía con largas jornadas de estudio, guardias y compromisos académicos. Gracias por brindarle amor, protección y estabilidad, permitiéndome avanzar con tranquilidad y sin culpa en este camino. Cada logro alcanzado lleva también su esfuerzo, dedicación e inmenso corazón. Sin ustedes, este sueño no habría sido posible.

A mi hijo, Oscar Manuel Bonilla, mi mayor bendición. Papito, eres mi fuerza, mi motor y la razón por la que nunca me rendí. Gracias por tu comprensión a tan corta edad, por tu paciencia en los días en que debía estudiar, ausentarse o llegar cansada. Gracias por entender mis sacrificios sin reproches, por regalarme sonrisas que sanaban el agotamiento y por darme fuerzas aun sin saberlo. Cada paso que doy, cada meta que alcanzo, es pensando en ti y en el futuro que deseo construirte. Tu amor ha sido mi mayor impulso y mi más grande motivación. Todo este esfuerzo también es para ti. Te amo más de lo que las palabras pueden expresar.

A mis hermanos, Wanda Artilles, Oscar A. Artilles y Madelin Artilles, gracias por ser parte esencial de este camino. Su apoyo sincero, su confianza constante y su manera tan genuina de creer en mí me dieron la fortaleza necesaria para avanzar, incluso cuando las fuerzas parecían agotarse. Cada palabra de ánimo, cada gesto de respaldo y cada muestra de cariño fueron un impulso silencioso que me ayudó a no rendirme.

De forma muy especial, a mi hermana **Madelin Artilles**, mi apoyo incondicional y mi mano derecha. Gracias por estar presente en cada etapa, por sostenerme cuando el cansancio vencía, por acompañarme sin condiciones y por recordarme siempre de lo que soy capaz. Tu entrega, tu lealtad y tu amor hicieron este trayecto más llevadero y significativo. Este logro no solo refleja mi esfuerzo, sino también el tuyo.

A mis abuelos paternos, Carmen Santos y Oscar Artilles, y a mis abuelos maternos, Ana Mercedes y Sotero Jorge, gracias por su apoyo constante, aun desde la distancia. Sus oraciones, sus buenos deseos y su amor incondicional fueron un sostén silencioso para que cada paso que diera estuviera acompañado de fe y esperanza, permitiéndome avanzar siempre con la confianza de que deseaban lo mejor para mí.

De manera muy especial, a mi abuela materna, **Ana Mercedes**, gracias por creer tanto en mí, por cada llamada semanal llena de aliento, por tus palabras sabias y por cada bendición que me regalaste. Tu fe, tu amor y tu constante apoyo fueron una fuente de fortaleza que me acompañó durante todo este camino. Llevo conmigo tu cariño y tus bendiciones como uno de los mayores regalos de mi vida.

A Yordi Mora, gracias por ser luz en los momentos en los que el camino se volvió pesado y la fuerza parecía agotarse. Gracias por tu presencia constante, por no soltarme aun cuando yo misma dudaba, y por acompañarme con paciencia, cariño y palabras que sanaban. Fuiste refugio, impulso y sostén en una etapa que exigió más de lo que imaginé. Cada mensaje, cada “tú puedes” y cada “estoy orgulloso de ti” fueron abrazos al alma que me devolvieron la confianza y el valor para seguir adelante. Tu fe en mí me recordó quién soy y hasta dónde puedo llegar. Este logro no solo es fruto de mi esfuerzo, sino también del amor, el apoyo y la entrega que me brindaste sin condiciones gracias por tanto.

A mi compañera de proyecto, Nazary Javier, una persona a quien le tengo un cariño inmenso. Gracias por su apoyo constante, su cercanía y su manera tan genuina de hacerme sentir parte de su familia. A lo largo de este camino, has sido un verdadero ángel, aportando calma y fortaleza en cada etapa del proceso, haciendo este trayecto no solo más llevadero, sino también más bonito. Con el paso del tiempo, su presencia, su entrega y su nobleza transformaron una compañera de trabajo en una hermana de vida. Su corazón lleno de paz y amor ha sido un pilar fundamental para culminar este proyecto. Gracias por caminar a mi lado, por su amistad sincera y por dejar una huella tan especial en este logro académico y personal.

A mis amigos, hoy convertidos en familia: Diomedes Mejía, Aleurys Estévez, Isamar Frometa, María Teresa Cimitile, Leyda Marte y Lewis Méndez, gracias por estar presentes en cada etapa de este proceso, por cada mensaje de aliento, por cada llamada para preguntar cómo iba la carrera y, sobre todo, por hacerme sentir siempre orgullosa de lo que estaba logrando. Su apoyo sincero, sus palabras oportunas y su manera tan especial de acompañarme hicieron que este camino fuera menos pesado y mucho más humano. Gracias por creer en mí, por celebrar mis avances como propios. Este logro también lleva una parte de cada uno de ustedes.

A mis amigos de la universidad, Thaianna Espinal y Deuris Castillo, gracias por su amistad sincera y por la acogida tan especial que me brindaron desde el inicio. Gracias por abrirme las puertas de su círculo, por hacerme sentir parte, por acompañarme en cada etapa académica y por ofrecerme su apoyo constante. Su presencia fue fundamental para que no me sintiera sola en momentos en los que dudé de mi lugar. Valoro profundamente su amistad, la cual hizo este camino universitario más bonito, llevadero y significativo.

A mis compañeros del internado, Alexander Escolástico, Seline Hilario, Darianny Duvergés y Janna Ventura, gracias por convertirse en parte fundamental de esta etapa tan exigente y significativa de mi formación. Gracias por cada risa compartida en medio del cansancio, por las largas horas de trabajo arduo y por el apoyo sincero que nos brindamos mutuamente. Entre guardias, aprendizajes y momentos de agotamiento, logramos crear lazos llenos de compañerismo, respeto y amistad que hicieron este camino mucho más llevadero. Su presencia aportó alegría y fuerza a esta experiencia, y cada uno dejó una huella especial en mi corazón. Los llevaré siempre conmigo, no solo como colegas, sino como personas valiosas que marcaron mi vida, que hoy puedo llamar familia.

A mis compañeros de Teams, los doctores Luis Concepción, Ashley Minaya, Anibelka Santos, Samil Concepción, Lourys Santos y Yokairy Trinidad, gracias por convertirse en un soporte fundamental durante este proceso. Gracias por su compañerismo constante, por cada risa compartida que alivió el cansancio, por cada almuerzo compartido, y por el apoyo brindado en los momentos de mayor exigencia.

Eternamente agradecida Heidy Artilles

Resumen Ejecutivo

La presente investigación analizó el proceso de toma de decisiones relacionadas con la limitación de las medidas terapéuticas (LMT) en pacientes críticos bajo ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el periodo julio–noviembre de 2025. El estudio partió de la premisa de que la LMT es una práctica esencial cuando los tratamientos de soporte vital dejan de ofrecer beneficios significativos, trasladando la responsabilidad decisional a los familiares debido a la incapacidad de los pacientes críticos para expresar su voluntad. El objetivo general fue examinar cómo influyen los factores clínicos, éticos y emocionales en este proceso, así como evaluar la calidad de la comunicación y el acompañamiento brindado por el personal de salud.

Desde el punto de vista metodológico, se realizó un estudio de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo y de corte transversal. La población y muestra estuvo integrada por la totalidad de los 68 familiares responsables de la toma de decisiones en la UCI durante el periodo establecido. Para la recolección de los datos, se diseñó y validó un cuestionario estructurado de 15 preguntas cerradas que abordó las dimensiones sociodemográficas, clínicas y relacionales del fenómeno estudiado.

Los resultados sociodemográficos revelaron un perfil de decisores predominantemente femenino (58.8%), concentrado en el rango de edad de 26 a 35 años (41.2%). El parentesco más frecuente fue el de padre o madre del paciente (61.8%), seguido por cónyuges (14.7%) e hijos (11.8%). En cuanto al nivel educativo y laboral, predominó la educación secundaria (41.2%) y el desempeño en trabajos remunerados (41.2%). Estos hallazgos configuran un perfil de adultos jóvenes en edad productiva que asumen la carga moral y legal de la decisión.

En el análisis de los factores determinantes, el 50.0% de los familiares consideró adecuados los criterios clínicos presentados por el equipo médico, mientras que los aspectos éticos fueron

valorados en un nivel alto por el 55.9% de los participantes. Un hallazgo crítico fue la alta incidencia de factores emocionales (67.6%), manifestados a través de sentimientos de miedo, tristeza, culpa o ansiedad. A pesar de que la comunicación fue calificada como "buena" o "muy buena" por la mayoría (73.5%), el 58.8% de los familiares reportó dificultades personales y el 52.9% percibió barreras en el personal de salud, tales como limitaciones de tiempo o ausencia de protocolos claros.

Finalmente, el estudio concluye que, aunque la información médica se percibe como clara, persiste una proporción significativa de familiares con comprensión parcial o insuficiente de la situación. Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y a la institución hospitalaria el fortalecimiento de protocolos de comunicación empática y lineamientos estandarizados que humanicen el final de la vida en la UCI, reduciendo la carga emocional de las familias y optimizando la relación médico-familia en momentos de alta vulnerabilidad.

CAPÍTULO I:
INTRODUCCIÓN Y TRASFONDO

Capítulo I: Introducción y trasfondo

Introducción

La limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica constituye hoy uno de los temas centrales en la medicina intensiva y en la bioética clínica. Se entiende por limitación del esfuerzo terapéutico la decisión de no iniciar o de retirar tratamientos de soporte vital, como la ventilación mecánica, drogas vasoactivas o diálisis, cuando ya no existe una expectativa razonable de beneficio para el paciente y las intervenciones se vuelven desproporcionadas o fútiles (Becerra-Bolaños et al., 2024). Estudios multicéntricos internacionales, como el proyecto ETHICUS-2, han mostrado que la limitación de tratamientos de soporte vital es una práctica frecuente en las UCI y está presente en una proporción importante de las muertes en estos servicios, siendo más habitual la no instauración de medidas que su retirada una vez iniciadas (Avidan et al., 2021; Nouvel et al., 2025).

En este contexto, la ventilación mecánica ocupa un lugar especialmente relevante, ya que suele representar la principal medida de soporte en pacientes críticos y, al mismo tiempo, una de las decisiones más complejas cuando se plantea su mantenimiento, limitación o retirada al final de la vida. La literatura reciente señala que la decisión de limitar tratamientos de soporte vital se basa no solo en el pronóstico clínico y la expectativa de supervivencia, sino también en la calidad

de vida esperada, la presencia de comorbilidades y la adecuación de las intervenciones a los valores del paciente (Beil et al., 2023). Cuando el paciente se encuentra inconsciente o incapaz de expresar su voluntad, situación frecuente en quienes están sometidos a ventilación mecánica, la toma de decisiones suele trasladarse a los familiares o representantes legales, lo que introduce un componente adicional de carga emocional, incertidumbre y potencial conflicto.

Diversos trabajos han mostrado que las decisiones sobre limitación del esfuerzo terapéutico y órdenes de no reanimación generan importantes dilemas éticos para los equipos de salud, especialmente cuando las expectativas de la familia no coinciden con el criterio clínico o cuando existen dificultades de comunicación (Gómez-Pérez et al., 2023; López-Ávila et al., 2024). La participación de los familiares como decisores sustitutos se ve influida por factores culturales, religiosos y afectivos, y puede asociarse tanto a conflictos con el equipo tratante como a sentimientos posteriores de culpa o duda respecto a las decisiones tomadas.

En este primer capítulo se presentan los antecedentes de la investigación y se ofrece un marco contextual que aborda la evolución histórica y las bases teóricas del tema. A partir de este análisis, se formula el problema de estudio, resaltando su pertinencia en el contexto actual. Asimismo, se expone la justificación que sustenta la importancia del trabajo, tanto en el plano teórico como en el práctico, enfatizando el aporte que puede generar al cuerpo de conocimientos existente. También se establecen los objetivos general y específicos, junto con las variables e indicadores que orientarán el proceso analítico. Finalmente, se incorporan las definiciones de los términos esenciales empleados en la investigación para asegurar precisión conceptual y coherencia a lo largo del documento.

Antecedentes

En esta parte se abordan las experiencias de diversos autores que han incursionado en el tema o en cuestiones similares, que de algún modo arrojaran luces para la comprensión de la problemática a indagar. Dentro del estudio se incluyeron las siguientes investigaciones:

Rubio (2015), en la tesis Limitación de tratamientos de soporte vital en el momento del ingreso en UCI: Estudio multicéntrico nacional, desarrollada en 39 hospitales españoles, se propuso evaluar la frecuencia con que las UCI reciben pacientes con órdenes de limitación de tratamientos de soporte vital ya establecidas y qué criterios influyen en esa decisión. Se trata de un estudio observacional multicéntrico, con cuestionarios dirigidos a responsables de UCI. El trabajo muestra que el 94,9% de las unidades reciben pacientes con alguna forma de LTSV indicada antes del ingreso; los criterios más utilizados para limitar tratamientos son la existencia de enfermedad crónica muy avanzada (92,3%), el respeto a un documento de instrucciones previas (97,4%), la presencia de limitación funcional grave (84,6%) y la futilidad cualitativa percibida del tratamiento (84,6%). Rubio concluye que la LTSV al ingreso es práctica habitual en las UCI españolas y que, aunque la decisión es fundamentalmente médica, se justifica en la mayoría de los casos en base a la información aportada por la familia y a las voluntades anticipadas del paciente.

Hernández et al. (2015), en el trabajo Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del estudio EPIPUSE, realizado en 75 UCI españolas, se plantearon como objetivo analizar la frecuencia y características de la LTSV en pacientes con estancias prolongadas (≥ 14 días) en cuidados intensivos. Se llevó a cabo un estudio multicéntrico observacional de cohortes. Entre los pacientes con ingreso prolongado, la LTSV se aplicó en el 34,3%, con una mortalidad en UCI del

82,7% en los pacientes con LTSV frente al 21,6% en aquellos sin LTSV, y mortalidad hospitalaria del 93% frente al 28,7%, respectivamente. En el 97% de los casos la LTSV propuesta se llevó finalmente a cabo y en el 87,9% la decisión fue unánime entre el equipo médico, habitualmente tras informar y consensuar con los familiares. Los autores concluyen que, en los ingresos prolongados, la LTSV es una práctica frecuente que se decide mayoritariamente de forma colegiada, aunque con predominio del criterio médico, y que suele implicar la retirada progresiva de soporte ventilatorio y hemodinámico.

García et al. (2016), en el estudio Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna, realizado en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid, España), tuvieron como objetivo describir qué medidas de LET se aplican en los pacientes fallecidos en un servicio de Medicina Interna y qué perfil clínico presentan. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a los 211 pacientes fallecidos entre 2011 y 2012. En 182 de ellos (86,3%) se registró al menos una orden de LET; las órdenes más frecuentes fueron la de no reanimación cardiopulmonar (73%), la no realización de “medidas agresivas” (38%), la limitación de antibioterapia (9%) y la orden de no ingreso en UCI (8,5%). Aproximadamente la mitad (49,8%) cumplía criterios de enfermedad terminal al ingreso y el 50,2% recibió sedación terminal. Los autores concluyen que la LET es muy frecuente en pacientes ancianos y pluripatológicos, y que muchas de las decisiones se orientan a evitar el ingreso o re-ingreso en UCI, decisiones que habitualmente se comentan con las familias cuando el paciente es incapaz.

Trenchs et al. (2016), en el artículo Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico, realizado en unidades de cuidados intensivos pediátricos de Chile, se plantearon describir las prácticas y

actitudes de los pediatras frente a la LET. Fue un estudio transversal mediante encuesta a 186 médicos, de los cuales se obtuvieron 126 respuestas (67%) de 34 UCIP públicas y privadas. El 98% de los encuestados declaró haber tomado decisiones de LET; las modalidades más frecuentes fueron la orden de no reanimar (119 respuestas), la no instauración de determinados medicamentos (113) y la limitación del ingreso a UCIP (81). Un 93% informó que su hospital disponía de comité de ética asistencial, aunque el 57% nunca lo había consultado. Los autores concluyen que la LET es una práctica común en las UCIP chilenas y que las decisiones se toman casi siempre por el equipo médico, integrando a las familias para explicar y acordar la retirada de soporte vital, incluida la ventilación mecánica, aunque la formación formal en bioética sigue siendo insuficiente.

Bettancourt et al. (2020), en el estudio Limitación del esfuerzo terapéutico: experiencias de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos, desarrollado en UCI de adultos de hospitales de Valparaíso (Chile), tuvieron como objetivo comprender las experiencias de las enfermeras en la atención de pacientes sometidos a LET, habitualmente dependientes de ventilación mecánica. Se trata de una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, basada en entrevistas en profundidad a enfermeras de UCI seleccionadas intencionalmente hasta saturación teórica. El análisis temático mostró que las profesionales perciben la LET como un proceso complejo, cargado de conflicto emocional, donde la decisión corresponde al equipo médico, pero la enfermera acompaña al paciente y a la familia durante la retirada de soporte vital. Reportan sentimientos de tristeza, ambivalencia y sufrimiento profesional, pero también la convicción de que adecuar el tratamiento evita la obstinación y favorece una muerte más digna para el paciente y sus allegados.

Azoulay et al. (2020), en el estudio titulado Prevalencia y características de las decisiones de limitación del soporte vital en UCI europeas, realizado en 22 hospitales de Francia y Bélgica, tuvieron como objetivo evaluar cómo se toman las decisiones de retirar o no iniciar ventilación mecánica y otros soportes vitales, y el nivel de participación familiar durante la pandemia. Se desarrolló un estudio observacional multicéntrico con 1.985 pacientes críticos. Los autores reportaron que el 36 % de las muertes en UCI ocurrieron después de una decisión formal de LET, incluyendo retirada de ventilación mecánica en el 28 % y no escalamiento de soporte en el 41 %. El 79 % de las decisiones fueron compartidas con familiares, quienes expresaron dificultades emocionales por no poder participar físicamente en la UCI. Concluyen que la LET continúa siendo una parte importante de la práctica intensiva y que la participación familiar mejora la aceptación y congruencia con los valores del paciente.

Ramos et al. (2020), en el artículo Limitación de soporte vital en UCI brasileñas y participación familiar, realizado en 10 hospitales de Brasil, tuvieron como objetivo analizar los factores que influyen en la retirada de ventilación mecánica en pacientes terminales. El estudio fue transversal y recopiló datos de 412 pacientes fallecidos en UCI. Los autores reportan que en el 48 % de los fallecimientos se retiró algún soporte vital, siendo la retirada de ventilación mecánica la medida más frecuente (32 %). Solamente el 52 % de las familias participó en discusiones formales sobre LET y menos del 10 % había dejado directrices anticipadas. Concluyen que la participación familiar sigue siendo limitada y que la decisión continúa dependiendo del equipo médico.

Hurtado et al. (2020), en el artículo Cuidado enfermero a pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico en unidad de cuidados intensivos, realizado en la UCI de un hospital peruano, se propusieron caracterizar el cuidado brindado por las enfermeras a pacientes adultos con LET.

La metodología fue cualitativa, tipo estudio de caso, con entrevistas semiestructuradas a cinco enfermeras de UCI. El análisis identificó tres grandes categorías: conocimiento de la práctica de LET, vivencia del proceso (incluida la retirada de ventilación mecánica, sedación y manejo del confort) y trabajo en equipo. Las participantes refieren temor e incertidumbre ante la LET, influenciados por sus valores personales y creencias religiosas, y señalan que la decisión es eminentemente médica, mientras la enfermería ejecuta las indicaciones y sostiene emocionalmente a la familia. Concluyen que el acompañamiento espiritual y el trabajo colaborativo con el equipo son claves para humanizar el final de la vida en UCI.

Rubio Sanchiz y Ventura (2020), en la revisión Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI, publicada en Revista de Bioética y Derecho, analizaron la evidencia disponible sobre frecuencia, modalidades y aspectos éticos de la LTSV en las UCI, con especial énfasis en el contexto español. A través de una revisión narrativa de estudios observacionales y guías (como Esteban et al., EPIPUSE y estudios europeos tipo ETHICUS), los autores señalan que una proporción importante de muertes en UCI ocurre tras decisiones de LTSV, muchas veces centradas en la retirada de ventilación mecánica y fármacos vasoactivos. La revisión destaca que las decisiones se inician habitualmente desde el equipo médico, se comparten con la familia y, con menor frecuencia, se sustentan en voluntades anticipadas. Concluyen que la LTSV debe entenderse como buena práctica clínica, evitando la obstinación terapéutica y favoreciendo un proceso de toma de decisiones gradual, interdisciplinario y centrado en el paciente y su familia.

Rosado et al. (2024), en Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: percepción del profesional de la salud, llevado a cabo en unidades de cuidados intensivos de Ecuador, tuvieron como objetivo describir las experiencias y percepciones de

profesionales de la salud —principalmente enfermería— frente a la LET en pacientes críticos.

Fue un estudio cualitativo descriptivo con entrevistas semiestructuradas a profesionales de UCI, analizadas mediante codificación temática. Los hallazgos señalan problemas recurrentes de comunicación con las familias, escasa formación en LET y bioética, y sensación de poca participación en la toma de decisiones, que recae sobre el médico en diálogo con los familiares. Se destaca que la LET suele implicar la retirada de ventilación mecánica y otros soportes, y que los profesionales valoran la importancia de la humanización del cuidado y del apoyo espiritual al paciente y su familia. Los autores concluyen que es urgente fortalecer la formación y los protocolos institucionales para mejorar la calidad de las decisiones compartidas al final de la vida.

Marco Contextual

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl tiene sus orígenes el 25 de julio de 1926, fecha en la que fue inaugurado como una institución destinada a brindar atención sanitaria a la población de San Francisco de Macorís y comunidades cercanas. Previamente, el edificio había funcionado como cuartel militar, siendo adquirido por Juan Francisco Brea de Castillo y posteriormente adaptado para su uso hospitalario durante el gobierno de Rafael Leónidas Trujillo. En sus inicios, el hospital contaba con una estructura de concreto y una capacidad aproximada de treinta camas, ofreciendo servicios básicos de medicina general, maternidad y cirugía, aunque con limitaciones propias de las condiciones sanitarias de la época.

Desde sus primeros años, el hospital contó con una estructura organizativa formal, integrada por un director, subdirector, administrador, contador y responsables de áreas asistenciales. Entre el personal fundacional se destacaron el Dr. Pascacio T. Piantini como director, el médico Miguel C. Lorenzo, el médico interno Dr. Eusebio A. Polanco, el farmacéutico Dr. Ernesto R. Rodríguez y el administrador Juan Brea. Asimismo, el equipo de enfermería estuvo conformado por profesionales pioneras que desempeñaron un papel esencial en el funcionamiento inicial del centro y en la atención directa a los pacientes.

En el año 1954, atendiendo a una solicitud del presidente de la República y del secretario de salud, Dr. Martínez Lavé, se incorporaron al hospital nueve religiosas españolas pertenecientes a la congregación Hijas de la Caridad, quienes se integraron activamente al trabajo asistencial y administrativo. Estas religiosas desempeñaron funciones clave en áreas como administración, enfermería, laboratorio y banco de sangre, fortaleciendo la calidad de la atención y contribuyendo al desarrollo organizativo del hospital durante varias décadas.

Una de las transformaciones más relevantes del Hospital Universitario San Vicente de Paúl ocurrió en 1998, con la reconstrucción de su área docente, lo que permitió su consolidación como un centro universitario. En la actualidad, el hospital sirve como espacio de formación para estudiantes de la Universidad Católica Nordestana, la Universidad Autónoma de Santo Domingo y diversas escuelas técnicas del área de la salud. Además, alberga programas de especialización médica en Medicina Familiar y Comunitaria, Emergenciología y Desastres, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y la subespecialidad de Cuidados Intensivos.

Actualmente, el hospital cuenta con una capacidad instalada de quinientas camas, de las cuales trescientas cincuenta y seis se encuentran operativas, brindando servicios preventivos, curativos y ambulatorios a la Región III de salud, que incluye provincias y municipios como Duarte, Samaná, María Trinidad Sánchez y Hermanas Mirabal, entre otros. Se trata de un establecimiento de tercer nivel de atención, perteneciente al Servicio Regional de Salud Nordeste, integrado al sistema dominicano de seguridad social conforme a las leyes 42-01 y 87-01, que funciona de manera continua las veinticuatro horas del día y mantiene un compromiso institucional con la atención humanizada y de calidad.

| La especialidad de Cuidados Intensivos en la República Dominicana es considerada relativamente joven en comparación con otras disciplinas médicas. Antes del año 2000, la

atención de los pacientes críticos era asumida por médicos especialistas en áreas como medicina interna, cardiología, anestesiología, neurología y otras especialidades afines, quienes adquirían experiencia mediante rotaciones internacionales y entrenamientos informales, sin la existencia de programas universitarios estructurados. Esta modalidad de ejercicio profesional permitió el desarrollo inicial de la atención crítica en el país; sin embargo, también evidenció limitaciones importantes ante el aumento de la complejidad clínica y las altas tasas de complicaciones asociadas a la atención de pacientes en estado crítico.

Con la implementación del Sistema Dominicano de Seguridad Social y la entrada en funcionamiento de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) en el año 2000, se estableció la necesidad de regular el ejercicio profesional de las especialidades médicas. A partir de este momento, se exigió que cada médico ejerciera conforme a su formación académica formal, respaldada por títulos emitidos y avalados por universidades reconocidas. Este cambio normativo impulsó la creación de programas formales de formación en Cuidados Intensivos, con el objetivo de garantizar una atención especializada, segura y basada en competencias claramente definidas.

En este contexto, la primera escuela de Cuidados Intensivos avalada por la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM), campus Santiago, fue establecida en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el año 2000. Este programa se estructuró con una duración de tres años y estuvo dirigido a médicos con especialidad base en Medicina Interna, formando intensivistas con un enfoque integral en la atención del paciente crítico. La escuela inició con una capacidad de dos residentes por año, convirtiéndose en un referente nacional en la formación de especialistas en cuidados intensivos.

La dirección académica y asistencial de esta escuela estuvo a cargo del Dr. Pedro Mendoza, médico internista intensivista, quien además se desempeñaba como coordinador y jefe

del Departamento de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez. Los primeros egresados con aval universitario correspondieron a la primera promoción del período 2000–2003, integrada por el Dr. Peña Cruz y la Dra. Elba Abreu. Posteriormente, la segunda promoción estuvo conformada por el Dr. Bernardo Jiménez, y la tercera promoción por la Dra. Yisel Antigua y el Dr. Marcos Sigfrido Pérez. Hasta la actualidad, esta escuela se mantiene activa, contribuyendo de manera sostenida al fortalecimiento del recurso humano especializado en cuidados intensivos en la República Dominicana.

Planteamiento del Problema

La limitación de las medidas terapéuticas (LMT), entendida como la decisión clínica de no iniciar o retirar intervenciones de soporte vital cuando estas ya no ofrecen beneficios significativos para la recuperación del paciente, se ha consolidado como una práctica esencial en unidades de cuidados intensivos a nivel mundial (Azoulay et al., 2020). Entre las intervenciones más complejas se encuentra la retirada o no instauración de la ventilación mecánica, especialmente en pacientes con pronóstico irreversible o deterioro clínico severo, donde la toma de decisiones suele recaer en los familiares debido a que la mayoría de los pacientes críticos no pueden expresar su voluntad (Molina et al., 2021; Gutiérrez-Pérez et al., 2021). La literatura evidencia que estas decisiones involucran importantes desafíos éticos, emocionales y comunicacionales tanto para la familia como para el equipo de salud (Ramos et al., 2020).

La literatura científica reciente demuestra que entre el 40 % y el 70 % de las muertes en unidades de cuidados intensivos ocurren después de una decisión de limitación terapéutica, siendo la retirada de ventilación mecánica una de las prácticas más frecuentes (Molina et al., 2021; González-Cabezas et al., 2022; Jiménez-Royo et al., 2024). Sin embargo, también evidencia que solo entre un 50 % y 70 % de las familias comprenden completamente el

pronóstico del paciente y las implicaciones de la decisión, lo que aumenta su carga emocional y el riesgo de conflictos con el equipo sanitario (Gutiérrez-Pérez et al., 2021; Velasco et al., 2023). La falta de directrices anticipadas, la escasa comunicación efectiva, la limitación de conocimientos médicos y el impacto psicológico que acompaña a estas decisiones complejas pueden generar sentimientos de culpa, incertidumbre, angustia o desacuerdo entre familiares y personal clínico.

En la República Dominicana, y particularmente en la región Nordeste, existe un vacío importante de investigaciones que describan cómo se toman estas decisiones en los hospitales públicos, a pesar de que las unidades de cuidados intensivos enfrentan diariamente casos en los que la familia debe decidir sobre la continuidad de la ventilación mecánica y otros soportes vitales.

En el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, en San Francisco de Macorís, República Dominicana, no existen estudios previos que analicen específicamente cómo los familiares asumen la toma de decisiones en situaciones de limitación de tratamientos de soporte vital, a pesar de que estas decisiones ocurren con frecuencia en pacientes conectados a ventilación mecánica. Esta ausencia de información dificulta la comprensión de los factores que intervienen en el proceso decisional, así como la identificación de posibles brechas en la comunicación clínica, el acompañamiento emocional y las prácticas éticas dentro de la UCI.

Ante esta realidad, surge la necesidad de investigar cómo se vive este proceso desde la perspectiva de los familiares y qué elementos influyen en su experiencia al tomar decisiones tan complejas. Explorar esta problemática permitirá fortalecer la calidad de la atención crítica,

mejorar los protocolos de comunicación médico-familia y promover una toma de decisiones más ética, humanizada y fundamentada en el respeto a la dignidad del paciente.

Es así que, a la luz de lo explicitado en los párrafos anteriores, con el presente estudio se busca dar respuesta a las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los familiares responsables de tomar decisiones sobre la limitación de medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica?
2. ¿Qué factores clínicos, éticos y emocionales influyen en los familiares al momento de decidir sobre la limitación de medidas terapéuticas en pacientes críticos ventilados?
3. ¿Qué nivel de información, comprensión y acompañamiento reciben los familiares por parte del personal de salud durante el proceso de toma de decisiones?
4. ¿Cómo perciben y experimentan los familiares la comunicación establecida con el equipo médico durante la discusión de la limitación de tratamientos de soporte vital?
5. ¿Cuáles son las principales dificultades y barreras que enfrentan los familiares y el personal sanitario al tomar decisiones sobre la suspensión o no instauración de medidas terapéuticas en la UCI?

Justificación

La limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica representa uno de los procesos más delicados y complejos dentro de la medicina intensiva, tanto por las implicaciones éticas como por las repercusiones emocionales que conlleva. Cuando el paciente pierde la capacidad de expresar su voluntad, la responsabilidad de decidir sobre la suspensión o no instauración de tratamientos de soporte vital recae en los familiares,

quienes deben enfrentar un escenario cargado de incertidumbre, estrés, miedo y una profunda carga moral. Comprender cómo viven este proceso y cuáles factores influyen en sus decisiones constituye un elemento fundamental para garantizar una atención digna y humanizada en el final de la vida.

En el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, esta situación se presenta con alta frecuencia debido al volumen de pacientes críticos dependientes de ventilación mecánica y a la complejidad de los casos que ingresan a su Unidad de Cuidados Intensivos. Sin embargo, a nivel institucional no existen estudios que analicen de forma sistemática la experiencia de los familiares ni el papel que desempeñan variables como sus características sociodemográficas, el nivel de información recibida, la calidad de la comunicación con el personal de salud o las barreras que enfrentan durante el proceso decisorio. Esta ausencia de evidencia limita la posibilidad de diseñar estrategias de acompañamiento que respondan a las necesidades reales de las familias y del equipo sanitario.

La realización de esta investigación es relevante porque permitirá identificar brechas en la comunicación, establecer factores que dificultan o facilitan la toma de decisiones, y reconocer los elementos clínicos, éticos y emocionales que actúan sobre los familiares en momentos de alta vulnerabilidad. Además, los resultados ofrecerán información valiosa para desarrollar protocolos, guías institucionales y acciones de mejora que promuevan la toma de decisiones compartida, el acompañamiento empático y la atención humanizada.

Asimismo, los hallazgos beneficiarán tanto a los familiares de los pacientes como al personal de salud, ya que contribuirán a mejorar la calidad del proceso asistencial, reducir la carga ética y emocional en los profesionales, y optimizar la relación médico-familia.

Institucionalmente, esta investigación aportará bases sólidas para fortalecer las políticas internas

del hospital y garantizar que las decisiones relacionadas con el fin de la vida se tomen en un entorno de respeto, claridad y apoyo.

En conjunto, este estudio adquiere importancia teórica, ética y práctica, ya que permitirá comprender un fenómeno altamente sensible dentro del ámbito crítico y ofrecerá herramientas para mejorar la calidad y humanización de los cuidados en la UCI durante el período julio–noviembre de 2025.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el proceso de toma de decisiones relacionadas con la limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, cuando dicha responsabilidad recae en los familiares, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre de 2025.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los familiares responsables de tomar decisiones sobre la limitación de medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica.
2. Identificar los factores clínicos, éticos y emocionales que influyen en los familiares al asumir decisiones sobre la limitación de medidas terapéuticas en pacientes ventilados.
3. Describir el nivel de información, comprensión y acompañamiento que reciben los familiares por parte del personal de salud durante el proceso de toma de decisiones.

4. Examinar las percepciones y experiencias de los familiares respecto a la comunicación establecida con el equipo médico durante la discusión de limitación de tratamientos de soporte vital.
5. Determinar las dificultades y barreras que enfrentan los familiares y el personal sanitario al tomar decisiones sobre la suspensión o no instauración de medidas terapéuticas en la UCI.

Variables e Indicadores

Objetivo Específicos	Variable	Definición	Indicadores	Escala
Describir las características sociodemográficas de los familiares responsables de decisiones sobre LMT.	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Edad reportada.	18–25 años / 26–35 años / 36–45 años / >45 años (ordinal)
	Sexo	Condición biológica que clasifica a la persona como hombre o mujer.	Sexo declarado.	Masculino / Femenino (nominal)
	Parentesco con el paciente	Relación familiar respecto al paciente crítico.	Tipo de parentesco.	Padre/madre / Hijo(a) / Cónyuge / Hermano(a) / Otro (nominal)
	Nivel educativo	Máximo grado académico alcanzado por el familiar.	Nivel de escolaridad.	Primaria / Secundaria / Técnico / Universitario (ordinal)
	Ocupación	Actividad laboral	Condición	Empleado /

		principal desempeñada.	laboral.	Desempleado / Ama de casa / Estudiante / Otro (nominal)
Identificar los factores clínicos, éticos y emocionales que influyen en los familiares al asumir decisiones sobre LMT.	Factores clínicos	Elementos relacionados con la condición del paciente que influyen en la decisión.	Pronóstico comunicado, gravedad percibida, comprensión del estado clínico.	Adecuado / Parcial / Inadecuado (ordinal)
	Factores éticos	Valores y principios morales que intervienen en la toma de decisiones.	Respeto a la voluntad, creencias, percepción de dignidad.	Alto / Medio / Bajo (ordinal)
	Factores emocionales	Reacciones psicológicas asociadas al proceso decisonal.	Ansiedad, miedo, tristeza, culpa.	Presente / Ausente (nominal)
Describir el nivel de información, comprensión y acompañamiento recibido por los familiares.	Información recibida	Grado de claridad y suficiencia de la información proporcionada por el personal.	Explicación del diagnóstico, riesgos, beneficios y alternativas.	Muy buena / Buena / Regular / Mala (ordinal)
	Comprensión	Nivel en que el familiar entiende lo explicado por el equipo de salud.	Entendimiento de la situación clínica y opciones terapéuticas.	Adecuada / Parcial / Inadecuada (ordinal)
	Acompañamiento	Asistencia emocional y orientación ofrecida al familiar.	Disponibilidad del personal, apoyo emocional, seguimiento.	Muy adecuado / Adecuado / Poco adecuado / Inadecuado (ordinal)

Examinar percepciones y experiencias respecto a la comunicación con el equipo médico.	Calidad de la comunicación	Evaluación del proceso comunicativo entre médico y familiar.	Claridad, respeto, escucha, tiempo brindado.	Muy buena / Buena / Regular / Mala (<i>ordinal</i>)
	Experiencia del familiar	Vivencia subjetiva durante la discusión sobre LMT.	Satisfacción general, sensación de apoyo y empatía.	Positiva / Neutra / Negativa (<i>ordinal</i>)
Determinar las dificultades y barreras en la toma de decisiones sobre LMT.	Dificultades familiares	Obstáculos enfrentados por los familiares durante el proceso de decisión.	Falta de conocimiento, presión emocional, desacuerdos familiares.	Presente / Ausente (<i>nominal</i>)
	Barreras del personal de salud	Limitaciones que dificultan el acompañamiento y la orientación al familiar.	Sobrecarga laboral, tiempo limitado, ausencia de protocolos, fallas en comunicación.	Presente / Ausente (<i>nominal</i>)

Definición de Términos

Acompañamiento del Personal de Salud: Apoyo emocional, comunicacional y educativo ofrecido por el equipo médico y de enfermería a los familiares durante el proceso de toma de decisiones, favoreciendo la reducción del estrés y la toma de decisiones informadas (Boss et al., 2020).

Comprensión: Grado en el que los familiares logran interpretar y asimilar la información clínica proporcionada, permitiendo decisiones fundamentadas y consistentes con los valores del paciente (White et al., 2020).

Comunicación Médico–Familiar: Interacción verbal y no verbal entre el equipo sanitario y los familiares, caracterizada por claridad, empatía, escucha activa, honestidad y disponibilidad, considerada esencial en discusiones de LMT (Back et al., 2020).

Edad: Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació. La edad es un factor clave en la evaluación del riesgo de diversas condiciones médicas, incluyendo la diabetes gestacional, que tiene una mayor prevalencia en mujeres de mayor edad (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Estado civil: Situación legal y social de una persona respecto a su relación conyugal o familiar, lo que incluye si está soltera, casada, en unión libre, divorciada o viuda. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

Factores Clínicos: Conjunto de elementos relacionados con la condición de salud del paciente —pronóstico, gravedad, comorbilidades y respuesta terapéutica— que influyen en la toma de decisiones sobre LMT (Piva et al., 2020).

Factores Emocionales: Reacciones psicológicas que experimentan los familiares ante la situación crítica y el riesgo de muerte del paciente, como miedo, ansiedad, culpa, tristeza o negación, las cuales afectan su capacidad para decidir (Kentish-Barnes et al., 2021).

Factores Éticos: Principios morales y valores involucrados en el proceso de decisión, tales como respeto a la autonomía, dignidad, proporcionalidad terapéutica y justicia en la administración de recursos (Serrano Del Rosal & Ramos, 2020).

Familiares responsables de toma de decisiones: Personas designadas legalmente o reconocidas por el equipo médico como representantes del paciente incapacitado para expresar su voluntad, quienes deben tomar decisiones sobre tratamientos, cuidados y limitación de terapias en su nombre (Ingravallo et al., 2020).

Información Recibida: Datos, explicaciones y orientaciones proporcionadas por el personal de salud acerca del diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas y consecuencias de la LMT (Curtis et al., 2021).

Limitación de Medidas Terapéuticas (LMT): Decisión clínica orientada a no iniciar, no escalar o retirar intervenciones de soporte vital cuando estas no modifican el pronóstico, prolongan el sufrimiento o no aportan beneficios significativos al paciente, fundamentada en principios éticos como autonomía, beneficencia y no maleficencia (Azoulay et al., 2020).

Nivel académico: Grado de educación formal alcanzado por una persona, medido en términos de años de estudio completados o nivel educativo obtenido. (Pérez et al., 2019).

Paciente Crítico: Individuo que presenta alteraciones severas en uno o más sistemas fisiológicos, con riesgo vital inminente, que requiere monitorización continua y soporte vital avanzado dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos (Sociedad Española de Medicina Intensiva, 2021).

Procedencia: Origen geográfico o residencia habitual de una persona, que puede influir en el acceso a servicios de salud y otros factores determinantes de salud. (Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, 2021).

Ventilación Mecánica: Intervención que utiliza un ventilador para proporcionar soporte respiratorio a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada, cuando la

respiración espontánea resulta ineficiente para garantizar el intercambio gaseoso adecuado (Peñuelas et al., 2020).

CAPITULO II:

MARCO CONCEPTUAL O TEÓRICO

Capítulo II: Marco conceptual o teórico

Introducción

El presente capítulo expone los fundamentos teóricos que sustentan el estudio sobre el proceso de toma de decisiones relacionadas con la limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, cuando dicha responsabilidad recae en los familiares. Se abordan conceptos, enfoques y antecedentes relevantes que permiten comprender las dimensiones clínicas, éticas, emocionales y comunicacionales implicadas en este proceso dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, sirviendo de base para la interpretación de los resultados obtenidos.

Marco conceptual o teórico

Limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos

La limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos es una práctica clínica común en la atención de cuidados intensivos cuando los tratamientos de soporte vital dejan de ser efectivos o ya no se ajustan a los valores y preferencias del paciente. La literatura reciente indica que la decisión de limitar tratamientos de sostén vital se da en una proporción significativa de pacientes críticos; por ejemplo, en una cohorte multicéntrica europea de pacientes con COVID-19, un 14.5 % tuvo decisiones de limitación de tratamientos durante su estancia en UCI, con variaciones importantes entre centros clínicos. (Giabicani, et al., 2023).

Desde una perspectiva ética y clínica, las limitaciones terapéuticas incluyen tanto el retiro (cuando se detienen tratamientos en curso) como el no inicio de nuevos tratamientos considerados fútiles. La evidencia sugiere que, en muchos contextos de UCI, las decisiones de no iniciar medidas como reanimación cardiopulmonar o soporte vasopresor son más frecuentes que

retirar tratamientos ya instaurados, destacando la relevancia de la evaluación continua del beneficio clínico versus el sufrimiento del paciente. (Becerra, et al., 2024).

Varios autores han señalado la necesidad de estructurar estas decisiones para asegurar procesos de toma de decisiones compartidos entre equipo clínico y familiares. Los documentos de consenso publicados por sociedades científicas abordan la importancia de la planificación anticipada, la comunicación con familiares y la adecuada documentación clínica para legitimizar la decisión de limitar esfuerzos terapéuticos. (Estella, et al., 2020).

La limitación de medidas terapéuticas también ha sido analizada en estudios epidemiológicos que describen factores asociados a estas prácticas. En el estudio COVID-ICU, por ejemplo, la edad avanzada, la fragilidad y la severidad de la lesión respiratoria fueron predictores significativos de decisiones de limitación de tratamientos en pacientes con COVID-19 en UCI, reflejando la interacción entre la gravedad clínica y las decisiones ético-clínicas. (Giabiconi, et al., 2023).

Finalmente, la literatura académica insiste en que la limitación terapéutica no equivale a abandono del cuidado, sino a redirección hacia un enfoque paliativo y respetuoso con la dignidad del paciente en fases finales de enfermedad. Este enfoque integral requiere coordinación interprofesional y comunicación clara con las familias, especialmente cuando el pronóstico es desfavorable y los tratamientos solo prolongarían el sufrimiento. (Estella, et al., 2020).

Concepto y tipos de limitación de medidas terapéuticas

El concepto de limitación de medidas terapéuticas se refiere a omitir o retirar tratamientos que sostienen la vida cuando se considera que estos no aportan un beneficio clínico adecuado o que van en contra de los valores y preferencias del paciente. Estos tratamientos son comúnmente

denominados como life-sustaining therapies (LST), e incluyen intervenciones como reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica invasiva o soporte vasopresor. (Giabicani, et al., 2023).

Los tipos principales de limitación terapéutica se describen como ‘withholding’ y ‘withdrawal’. Withholding implica no iniciar una intervención que podría extender la vida, mientras que withdrawal implica retirar una medida ya iniciada. Esta distinción es importante en términos clínicos y éticos, ya que a menudo los clínicos se sienten más cómodos con el no inicio de una intervención que con el retiro de un tratamiento activo. (Becerra, et al., 2024).

Diversos estudios han documentado que las decisiones de no iniciar tratamientos son más frecuentes que las de retirar medidas ya establecidas, particularmente cuando el objetivo clínico cambia de curativo a paliativo. En algunas series, la mayoría de las decisiones de limitación consistieron en órdenes de do-not-resuscitate u ordenes de no iniciar ventilación invasiva, reflejando preferencias centradas en evitar procedimientos invasivos sin beneficio esperado. (Becerra, et al., 2024).

Además de withholding y withdrawal, los límites de medidas terapéuticas a menudo se acompañan de órdenes de cuidados paliativos o de confort, que priorizan el alivio sintomático y el bienestar frente a la prolongación artificial de la vida. Estas decisiones suelen requerir un marco ético sólido y un proceso de comunicación con los familiares para respetar la autonomía y dignidad del paciente, sobre todo cuando este no puede expresar su voluntad. (Estella, et al., 2020).

Las guías clínicas recomiendan que las decisiones de limitación terapéutica se documenten cuidadosamente en la historia clínica para garantizar transparencia, continuidad del cuidado y

respeto a las directrices éticas y legales vigentes, un aspecto clave para la calidad asistencial en UCI. (Ka-Hin et al., 2024).

Ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos

La ventilación mecánica es una intervención fundamental en la UCI para pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica grave, pero también constituye un importante punto de decisión en la limitación de medidas terapéuticas en pacientes críticos. El uso prolongado de ventilación mecánica cuando no hay probabilidad razonable de recuperación se considera un ejemplo de soporte vital que puede ser limitado, ya sea mediante el no inicio o la retirada en determinadas circunstancias clínicas. (Giabicani, et al., 2023).

En el contexto de la pandemia por COVID-19, la ventilación mecánica invasiva fue uno de los tratamientos más utilizados en pacientes críticamente enfermos con síndrome de dificultad respiratoria aguda (ARDS). Sin embargo, la evidencia muestra que la implementación de decisiones de limitación, incluidas órdenes de no intubación o no reintubación, fue relativamente frecuente en pacientes con pronóstico severo, reflejando la complejidad de balancear beneficios y cargas de la ventilación prolongada. (Becerra, et al., 2024).

La literatura científica sugiere que la evaluación continua de la respuesta y la probabilidad de beneficio clínico es esencial para decidir si seguir o discontinuar la ventilación mecánica en determinados pacientes críticos, especialmente cuando los indicadores pronósticos son desfavorables y la calidad de vida futura es limitada. (Estella, et al., 2019).

Además, la decisión de limitar la ventilación mecánica suele integrarse en un proceso más amplio de evaluación ética y clínica que considera la preferencia del paciente, el pronóstico general, la presencia de comorbilidades y la posibilidad de sufrimiento añadido por

intervenciones invasivas sin beneficio significativo. Este proceso es particularmente relevante en pacientes de edad avanzada o con fragilidad severa, donde las complicaciones de la ventilación pueden superar sus beneficios. (Giabicani, et al., 2023).

Finalmente, la educación del equipo clínico y la comunicación con la familia son cruciales para abordar las expectativas respecto a la ventilación mecánica. Informar sobre los posibles resultados funcionales y las limitaciones del tratamiento ayuda a tomar decisiones compartidas y a implementar prácticas que respeten los valores del paciente frente a la prolongación innecesaria del soporte ventilatorio. (Estella, et al., 2019).

Características sociodemográficas de los familiares decisores

Las características sociodemográficas de los familiares que ejercen como decisores en situaciones críticas son relevantes porque influyen en cómo interpretan la información clínica, su participación en el proceso de toma de decisiones y el nivel de estrés que experimentan. Estudios descriptivos han mostrado que los familiares que acompañan pacientes críticos tienden a ser mayoritariamente mujeres, lo cual coincide con investigaciones que reportan que en UCI la presencia femenina supera ampliamente a la masculina (por ejemplo, 74 % mujeres frente a 26 % hombres en una muestra de familias en UCI). (Ramos, 2017).

La edad de los familiares también es una característica frecuente en estas investigaciones. Los datos reportados en estudios sociodemográficos indican rangos amplios de edad entre los familiares de pacientes críticos, con presencia significativa de adultos jóvenes y de mediana edad, lo que sugiere que muchos decisores se encuentran en etapas activas de vida laboral y familiar, lo que puede influir en su percepción de la gravedad del cuadro clínico y su capacidad de afrontamiento. (Ramos, 2017).

El nivel educativo de los familiares decisores varía considerablemente en diferentes contextos. Por ejemplo, en algunas muestras de familiares de pacientes críticos hasta un 26 % contaban con educación secundaria completa, otro 26 % con educación técnica y 16 % con educación primaria incompleta, lo que evidencia una diversidad en el nivel de escolaridad que puede afectar la comprensión de información médica compleja y la toma de decisiones informadas. (Ramos, 2017).

Además, aunque los datos directos sobre condición socioeconómica específica de los familiares decididores no siempre se reportan en estudios clínicos de UCI, investigaciones relacionadas con factores sociodemográficos han encontrado que variables como ingreso familiar y ocupación laboral sí se asocian con la experiencia emocional y la ansiedad de los familiares en contextos de cuidado crítico. Esto sugiere que la condición socioeconómica puede influir indirectamente en cómo los familiares asumen su rol decisor, afectando su acceso a recursos informativos y apoyo social durante el proceso de toma de decisiones. (Cach, et al., 2015).

Edad, sexo, nivel educativo, parentesco y condición socioeconómica.

Las características sociodemográficas de los familiares que actúan como decisores en contextos de cuidado crítico son variables que pueden influir en la comunicación con el equipo clínico, la percepción de la gravedad del cuadro y la participación en decisiones de tratamiento. En un estudio descriptivo realizado en UCI de Santiago de Chile en 251 familiares de pacientes críticos, se documentó que el sexo femenino predominó entre los familiares (64,9 %), mientras que los hombres fueron el 35,1 %, y más del 80 % de los participantes tenía entre 30 y 69 años, lo que sugiere que la mayoría de los decisores son adultos en edad laboral activa. (Padilla, et al., 2018).

La edad es una dimensión relevante porque influye en las necesidades de información y en la percepción del riesgo. Ese mismo estudio chileno muestra que los grupos de 30-49 y 50-69 años representaron los porcentajes más altos entre los familiares, indicando que las decisiones de cuidado crítico son tomadas principalmente por adultos maduros, quienes podrían tener mayores responsabilidades familiares o laborales al enfrentar decisiones estresantes sobre tratamiento. (Padilla, et al., 2018).

Respecto al nivel educativo, el estudio chileno reportó que un 45 % de los familiares encuestados tenía nivel universitario, y un 38,6 % tenía estudios secundarios completos, mientras que niveles educativos básicos (primaria) representaron sólo un 4 % de la muestra. Este hallazgo es importante porque el nivel de escolaridad se asocia con la capacidad de comprender la información médica compleja, las opciones terapéuticas y sus riesgos, favoreciendo una participación más activa en decisiones compartidas. (Padilla, et al., 2018).

El parentesco con el paciente también es una variable frecuente en estudios sociodemográficos de cuidadores y decisores. En una investigación publicada en PMC sobre decisiones de tratamientos de sostén en UCI, se encontró que casi la mitad de los familiares eran hijos adultos (47,2 %), seguidos por cónyuges y otros parientes, lo cual coincide con la literatura que indica que los familiares directos suelen ser los principales interlocutores en decisiones médicas críticas. (Kim y Tak, 2021).

Finalmente, aunque no siempre se mide directamente la condición socioeconómica en estudios de UCI, varios trabajos han demostrado que el nivel socioeconómico influye en la comprensión, el acceso a recursos y la experiencia emocional del familiar decisor. Por ejemplo, un estudio descriptivo en Montería (Colombia) reportó estratos socioeconómicos variados entre

familiares (con predominio de estratos medio y bajo), lo cual puede influir indirectamente en su participación y percepción del proceso asistencial en UCI. (Ramos, 2017).

Factores que influyen en la toma de decisiones

La toma de decisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), especialmente respecto a la limitación de medidas terapéuticas, es un proceso complejo influido por múltiples factores. No solo intervienen elementos clínicos, sino también consideraciones éticas y emocionales que interactúan en situaciones de alta incertidumbre. La literatura reciente indica que las decisiones sobre continuar, retirar o no iniciar tratamientos de soporte vital dependen de la condición del paciente, los valores de la familia y la experiencia del equipo médico (Azoulay y Kentish-Barnes, 2021).

Factores clínicos

Los factores clínicos son determinantes fundamentales en la toma de decisiones sobre limitación de medidas terapéuticas. Entre ellos se incluyen la gravedad de la enfermedad, la presencia de comorbilidades, el pronóstico funcional y la probabilidad de recuperación con o sin intervención (Huynh, van de Leur, y Sprung, 2022). Por ejemplo, pacientes con deterioro neurológico severo, falla multiorgánica o baja probabilidad de recuperación funcional son candidatos frecuentes para limitar tratamientos invasivos.

Asimismo, la utilización de herramientas pronósticas objetivas, como escalas de severidad y scores de riesgo, permite al equipo clínico evaluar la probabilidad de beneficio de las intervenciones, reduciendo la subjetividad y guiando decisiones basadas en evidencia (Detering, Hancock, Reade, y Silvester, 2020).

La capacidad del paciente para participar en decisiones también es relevante; cuando el paciente está incapacitado, la responsabilidad recae sobre los familiares o representantes legales, quienes deben interpretar la voluntad previa del paciente y sus valores (Azoulay, Timsit, Sprung, et al., 2020).

Además, la claridad en la comunicación clínica sobre la evolución y pronóstico influye directamente en cómo los familiares comprenden la situación, afectando su participación en las decisiones de tratamiento (Curtis y White, 2018).

Finalmente, el contexto clínico, como la disponibilidad de recursos o situaciones de alta demanda en la UCI, también condiciona las decisiones, al priorizar intervenciones que ofrezcan mayor probabilidad de beneficio clínico (Heyland, Rocker, Dodek, et al., 2020).

Factores éticos

Los factores éticos guían la legitimidad y moralidad de las decisiones de cuidado al final de la vida. Entre los principios fundamentales se encuentran la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, los cuales orientan cuándo es apropiado iniciar, continuar o limitar un tratamiento (Huynh, van de Leur, y Sprung, 2022). La autonomía del paciente respalda la participación en decisiones siempre que sea posible, o de lo contrario, requiere la interpretación de sus preferencias por familiares o representantes.

El principio de justicia también cobra relevancia en contextos de recursos limitados, como durante crisis sanitarias, donde es necesario equilibrar equidad y probabilidad de beneficio en la asignación de cuidados intensivos (Azoulay y Kentish-Barnes, 2021).

Además, los profesionales enfrentan dilemas éticos derivados de la discordancia entre los deseos del paciente, la familia y las recomendaciones médicas, lo que requiere habilidades de deliberación ética y sensibilidad para minimizar daños y respetar la dignidad del paciente (Curtis y White, 2018).

Los equipos de salud deben documentar y justificar las decisiones éticas, garantizando transparencia y responsabilidad profesional, lo cual protege tanto al paciente como a los familiares (Huynh, van de Leur, y Sprung, 2022).

La formación ética del equipo clínico es esencial para enfrentar dilemas complejos y para manejar situaciones de encarnizamiento terapéutico o prolongación de sufrimiento innecesario (Azoulay, Timsit, Sprung, et al., 2020).

Factores emocionales

Los factores emocionales afectan tanto a familiares como a profesionales en la toma de decisiones críticas. Las emociones como miedo, ansiedad, tristeza y culpa pueden interferir en la claridad del juicio y en la rapidez de las decisiones sobre limitación de medidas terapéuticas (Schwarzkopf, Fegg, y Vollmann, 2021).

En el caso de los familiares, la angustia emocional puede dificultar la comprensión de la información médica y generar retrasos o conflictos en la toma de decisiones (Azoulay, Timsit, Sprung, et al., 2020).

Por su parte, los profesionales también experimentan carga emocional, incluyendo angustia moral y temor a errores, que puede afectar su comunicación con los familiares y la recomendación clínica (Curtis y White, 2018).

La evidencia indica que la comunicación empática y el apoyo psicosocial contribuyen a reducir la carga emocional y a facilitar decisiones más reflexivas y coherentes con los valores del paciente (Schwarzkopf, Fegg, y Vollmann, 2021).

Finalmente, una adecuada gestión emocional impacta en la satisfacción de los familiares con el proceso de atención, mejorando la percepción de calidad del cuidado incluso en situaciones de alta complejidad clínica (Heyland, Rocker, Dodek, et al., 2020).

Información, comprensión y acompañamiento del personal de salud

La comunicación efectiva entre el personal de salud y los familiares de pacientes críticos es un componente esencial en la calidad de la atención y en la toma de decisiones al final de la vida. El nivel de información que reciben los familiares sobre el estado clínico del paciente influye directamente en su capacidad para participar en decisiones compartidas y para comprender el pronóstico (Curtis y White, 2018). Estudios recientes muestran que familiares mejor informados presentan menor ansiedad y mayor satisfacción con la atención recibida en la UCI.

La comprensión del pronóstico por parte de los familiares es otro factor crítico. No basta con proporcionar información médica; es necesario asegurarse de que los familiares interpreten correctamente la gravedad de la enfermedad, las posibilidades de recuperación y los riesgos asociados a cada intervención. La literatura evidencia que muchos familiares experimentan dificultades para procesar información compleja en situaciones de alto estrés, lo que puede llevar a expectativas irreales sobre el desenlace del paciente (Azoulay y Kentish-Barnes, 2021).

El acompañamiento brindado por el equipo de salud incluye tanto la disponibilidad para consultas como la empatía, el apoyo emocional y la orientación en la toma de decisiones difíciles.

Investigaciones recientes indican que el acompañamiento cercano disminuye la carga emocional de los familiares y facilita decisiones más coherentes con los valores y preferencias del paciente (Schwarzkopf, Fegg, y Vollmann, 2021).

La combinación de información clara, comprensión del pronóstico y acompañamiento emocional contribuye a fortalecer la relación de confianza entre los familiares y el personal clínico. Este proceso de comunicación estructurada permite que los familiares participen activamente en decisiones sobre limitación de medidas terapéuticas, reduciendo conflictos y mejorando la percepción de calidad del cuidado (Heyland, Rocker, Dodek, et al., 2020).

Finalmente, la evidencia destaca la importancia de estrategias específicas de comunicación, como reuniones familiares periódicas, lenguaje comprensible y disponibilidad para aclarar dudas. Estas medidas no solo mejoran la comprensión y el acompañamiento, sino que también favorecen un entorno más humano y ético dentro de la UCI (Curtis y White, 2018; Azoulay, Timsit, Sprung, et al., 2020).

Comunicación entre el equipo de salud y los familiares

La comunicación entre el personal de salud y los familiares de pacientes críticos es un factor central en la toma de decisiones en la UCI. Estudios recientes muestran que la percepción que tienen los familiares sobre la claridad, frecuencia y honestidad de la información médica influye directamente en su nivel de satisfacción y en la confianza hacia el equipo clínico (Curtis y White, 2018). Una comunicación deficiente se asocia con ansiedad, estrés emocional y conflictos en la toma de decisiones sobre tratamientos de sostén vital.

La experiencia de los familiares durante la estancia del paciente en UCI revela que la comunicación efectiva no solo implica transmitir información médica, sino también brindar

apoyo emocional y validar las emociones de los familiares. Investigaciones multicéntricas indican que los familiares valoran especialmente la oportunidad de participar en reuniones familiares estructuradas, donde pueden hacer preguntas, expresar preocupaciones y comprender mejor las opciones terapéuticas disponibles (Azoulay y Kentish-Barnes, 2021).

La calidad de la comunicación se evalúa en términos de claridad, consistencia, empatía y accesibilidad de los profesionales. La evidencia demuestra que los equipos de salud que aplican estrategias de comunicación estructurada, como protocolos de conferencias familiares, registros de información compartida y lenguaje comprensible, mejoran la comprensión del pronóstico y reducen la incertidumbre y el sufrimiento emocional de los familiares (Heyland, Rocker, Dodek, et al., 2020).

Además, la comunicación efectiva fomenta la toma de decisiones compartida, donde los familiares comprenden el estado clínico del paciente, los beneficios y riesgos de los tratamientos y las implicaciones éticas de continuar o limitar las medidas terapéuticas. Esto no solo fortalece la autonomía del paciente representada por sus familiares, sino que también genera un entorno de confianza y colaboración entre el equipo clínico y los decisores (Schwarzkopf, Fegg, y Vollmann, 2021).

La literatura enfatiza que la calidad de la comunicación en la UCI no solo depende de la información transmitida, sino también de la sensibilidad emocional del personal, la disponibilidad para resolver dudas y la empatía en la interacción. La formación en habilidades comunicativas y la implementación de protocolos estandarizados contribuyen significativamente a mejorar la percepción de la comunicación y a apoyar la toma de decisiones éticas y centradas en el paciente (Azoulay, Timsit, Sprung, et al., 2020).

Dificultades y barreras en la toma de decisiones en UCI

La toma de decisiones en la UCI enfrenta barreras complejas relacionadas con la comunicación y colaboración entre clínicos y familias. Un estudio cualitativo reciente identificó que los sistemas de trabajo en la UCI generan retrasos en la comunicación sobre el final de la vida, lo que obstaculiza el inicio temprano de las discusiones con las familias. Por ejemplo, la dependencia excesiva de equipos de cuidados paliativos para estas conversaciones y la variabilidad de habilidades comunicativas entre profesionales generan conversaciones tardías y calidad inconsistente en la toma de decisiones compartida (Janczewski et al., 2024).

Otra barrera frecuente es la variabilidad individual de los clínicos en cómo se comunican con las familias. Investigaciones recientes reportan que la calidad de la comunicación depende en gran medida de “quién lidera” la conversación, ya que algunos profesionales muestran mayor comodidad y habilidades para tratar temas de pronóstico y deseos del paciente, mientras que otros evitan estas interacciones por falta de entrenamiento o incomodidad emocional (Janczewski et al., 2024).

Además de los factores del sistema y del clínico, existen barreras culturales y lingüísticas que afectan la comunicación entre profesionales de la salud y los familiares. En un estudio cualitativo con enfermeras y familias en UCI en Jordania, se identificaron barreras culturales como expectativas sociales, diferencias de idioma, jerarquías familiares y desconfianza interpersonal, que dificultan la transmisión de información clara y la participación de los familiares en la toma de decisiones (Saifan et al., 2025).

La literatura también señala que sobreutilización de lenguaje técnico y falta de tiempo contribuyen a la incapacidad de los familiares para comprender adecuadamente el estado clínico del paciente y las implicancias de las decisiones médicas. Estas barreras generan frustración, confusión y sentimientos de abandono, lo cual puede prolongar el sufrimiento emocional y disminuir la calidad percibida de la atención en la UCI (Saifan et al., 2025; Assessing palliative care practices, 2024).

Incluso cuando se intenta aplicar una comunicación centrada en la toma de decisiones compartida (SDM), estudios recientes muestran que la comprensión del pronóstico por parte de los familiares puede permanecer parcial o equivocada, incluso con estrategias de SDM, lo que indica que solo mejorar el proceso de comunicación no siempre es suficiente para eliminar barreras cognitivas profundas en contextos de estrés emocional intenso (Vick et al., 2024).

CAPÍTULO III:
METODOLOGÍA

Capítulo III: Metodología

Introducción

El presente capítulo describe la metodología empleada en la investigación, incluyendo el diseño del estudio, la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, el instrumento de recolección de datos, la validez y confiabilidad del instrumento, el procedimiento de recolección de la información y el análisis de los datos obtenidos.

Diseño de investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo y de corte transversal, cuyo propósito fue analizar el proceso de toma de decisiones relacionadas con la limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, cuando dicha responsabilidad recae en los familiares, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre de 2025.

De acuerdo con García (2011), los estudios descriptivos permiten caracterizar y detallar las propiedades, características y comportamientos de una población específica. Asimismo, el diseño transversal se caracteriza por la recolección de datos en un único momento, sin seguimiento temporal de los participantes.

Población y muestra

La población estuvo conformada por 68 familiares responsables de la toma de decisiones de pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, ingresados en la Unidad de Cuidados

Intensivos del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl durante el período julio–noviembre de 2025.

Debido a que se trató de una población accesible y finita, se incluyó la totalidad de los sujetos como muestra del estudio, por lo que no fue necesario aplicar fórmula para el cálculo del tamaño muestral.

Criterios de inclusión

Familiares responsables directos de la toma de decisiones clínicas de pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica.

Familiares mayores de 18 años de edad.

Familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el período julio–noviembre de 2025.

Familiares que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión

Familiares que no tuvieron participación directa en la toma de decisiones relacionadas con la limitación de medidas terapéuticas.

Familiares menores de edad.

Familiares que no completaron el instrumento de recolección de datos.

Casos fuera del período establecido para la investigación.

Instrumentación

Para la recolección de la información se elaboró un instrumento estructurado tipo cuestionario, diseñado específicamente para este estudio, el cual incluyó las variables sociodemográficas, clínicas, éticas, emocionales, de información, acompañamiento, comunicación y dificultades relacionadas con la toma de decisiones sobre la limitación de medidas terapéuticas.

El instrumento estuvo conformado por 15 preguntas cerradas, de selección múltiple y dicotómicas, organizadas en secciones temáticas. Dicho cuestionario fue aplicado directamente a los familiares responsables de la toma de decisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Validez y confiabilidad del instrumento

La validez del instrumento se estableció mediante juicio de expertos, realizado por la asesora de la investigación, quien evaluó la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems en relación con los objetivos y variables del estudio.

Para asegurar la confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto en un grupo reducido de familiares con características similares a la población de estudio, lo que permitió identificar y corregir posibles inconsistencias en la redacción y estructura del cuestionario, garantizando una adecuada medición de las variables propuestas.

Procedimiento de recolección de los datos

La recolección de los datos se realizó durante el período julio–noviembre de 2025, previa autorización institucional del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl. El cuestionario fue aplicado en un único momento a cada participante, respetando los principios de confidencialidad, anonimato y voluntariedad.

La aplicación del instrumento se efectuó sin interferir con las actividades asistenciales del personal de salud ni con el proceso de atención de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Análisis de los datos

Los datos recolectados fueron organizados y tabulados en una base de datos en Microsoft Excel. Se elaboraron tablas de frecuencia y porcentaje para cada una de las variables estudiadas, permitiendo la presentación descriptiva de los resultados.

Los hallazgos fueron presentados mediante tablas estadísticas y analizados de forma descriptiva, en coherencia con los objetivos planteados, sirviendo de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones del estudio.

CAPÍTULO IV:

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Capítulo IV: Presentación de los Resultados

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recolectados mediante la aplicación del instrumento a los familiares responsables de la toma de decisiones sobre la limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre de 2025. Los hallazgos se exponen de manera descriptiva y se organizan en secciones que corresponden a las características sociodemográficas de los familiares, los factores clínicos, éticos y emocionales, el nivel de información, comprensión y acompañamiento recibido, así como las percepciones sobre la comunicación con el equipo médico y las dificultades presentadas en el proceso de toma de decisiones. La información se presenta mediante tablas estadísticas con el propósito de facilitar la comprensión y el análisis de los resultados obtenidos.

Presentación de los Resultados

Perfil sociodemográfico de los familiares responsables

Tabla 1: Distribución según edad de los familiares responsables

Edad (años)	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
18–25	20	29.4
26–35	28	41.2
36–45	12	17.6
>45	8	11.8
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

La distribución por edad muestra que el 41.2% de los familiares responsables se ubicó en el grupo de 26 a 35 años. El 29.4% correspondió al grupo de 18 a 25 años, seguido del 17.6% en el rango de 36 a 45 años. El grupo de mayores de 45 años representó el 11.8% del total de la población estudiada.

Tabla 2: Distribución según sexo

Sexo	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Hombre	28	41.2
Mujer	40	58.8
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

En relación con el sexo, el 58.8% de los familiares responsables correspondió al sexo femenino, mientras que el 41.2% perteneció al sexo masculino.

Tabla 3: Distribución según parentesco con el paciente

Parentesco	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Padre/Madre	42	61.8
Hijo(a)	8	11.8
Cónyuge	10	14.7
Hermano(a)	5	7.4
Otro	3	4.3

Total	68	100
--------------	-----------	------------

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

Según el parentesco, el 61.8% de los familiares responsables fueron padres o madres del paciente. El 14.7% correspondió a cónyuges y el 11.8% a hijos. Los hermanos representaron el 7.4%, mientras que otros familiares constituyeron el 4.3% del total.

Tabla 4: Distribución según nivel educativo

Nivel educativo	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Primaria	10	14.7
Secundaria	28	41.2
Técnico	12	17.6
Universitario	18	26.5
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

Respecto al nivel educativo, el 41.2% de los familiares presentó nivel secundario. El 26.5% alcanzó nivel universitario, el 17.6% nivel técnico y el 14.7% nivel primario.

Tabla 5: Distribución según ocupación

Ocupación	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Trabajo remunerado	28	41.2
No trabaja	12	17.6
Ama de casa	18	26.5
Estudiante	5	7.4
Otro	5	7.4
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

En cuanto a la ocupación, el 41.2% de los familiares reportó tener trabajo remunerado. El 26.5% se identificó como ama de casa y el 17.6% indicó no trabajar. Los estudiantes y otras ocupaciones representaron cada uno el 7.4%.

Factores que influyen en la toma de decisiones sobre LMT

Tabla 6: Factores clínicos

Factor clínico	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Adecuado	34	50.0
Parcial	24	35.3
Inadecuado	10	14.7
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

Los factores clínicos fueron considerados adecuados por el 50.0% de los familiares. El 35.3% los calificó como parciales y el 14.7% como inadecuados.

Tabla 7: Factores éticos

Factor ético	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Alto	38	55.9
Medio	20	29.4

Bajo	10	14.7
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

En relación con los factores éticos, el 55.9% de los familiares los clasificó como altos. El 29.4% los consideró medios y el 14.7% bajos.

Tabla 8: Factores emocionales

Factor emocional	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Presente	46	67.6
Ausente	22	32.4
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

Los factores emocionales estuvieron presentes en el 67.6% de los familiares responsables, mientras que el 32.4% indicó su ausencia.

Nivel de información, comprensión y acompañamiento recibido

Tabla 9: Información recibida

Información	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Muy clara	20	29.4
Clara	30	44.1

Poco clara	12	17.6
Confusa	6	8.8
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

La información recibida fue calificada como clara por el 44.1% de los familiares y muy clara por el 29.4%. El 17.6% la consideró poco clara y el 8.8% la describió como confusa.

Tabla 10: Comprensión

Comprensión	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Sí, entendí bien	32	47.1
Más o menos	24	35.3
No entendí	12	17.6
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

En cuanto a la comprensión, el 47.1% de los familiares manifestó haber entendido bien la información recibida. El 35.3% indicó una comprensión parcial y el 17.6% expresó no haber entendido.

Tabla 11: Acompañamiento recibido

Acompañamiento	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
----------------	----------------	----------------

Mucho	28	41.2
Algo	22	32.4
Poco	12	17.6
Nada	6	8.8
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

El acompañamiento fue calificado como mucho por el 41.2% de los familiares y como algo por el 32.4%. El 17.6% reportó poco acompañamiento y el 8.8% ninguno.

Percepciones sobre la comunicación con el equipo médico

Tabla 12: Calidad de la comunicación

Calidad de comunicación	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Muy buena	20	29.4
Buena	30	44.1
Regular	12	17.6
Mala	6	8.8
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

La calidad de la comunicación fue considerada buena por el 44.1% de los familiares y muy buena por el 29.4%. El 17.6% la calificó como regular y el 8.8% como mala.

Tabla 13: Experiencia personal

Experiencia personal	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Positiva	32	47.1
Normal	22	32.4
Negativa	14	20.5
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

La experiencia personal fue reportada como positiva por el 47.1% de los familiares, normal por el 32.4% y negativa por el 20.5%.

Dificultades y barreras en la toma de decisiones

Tabla 14: Dificultades personales

Dificultades	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Sí	40	58.8
No	28	41.2
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

El 58.8% de los familiares indicó haber presentado dificultades personales durante la toma de decisiones, mientras que el 41.2% manifestó no haber tenido dificultades.

Tabla 15: Dificultades del personal de salud

Dificultades del personal	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Sí	36	52.9
No	32	47.1
Total	68	100

Fuente: Recolección de datos del instrumento aplicado a los familiares de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre 2025.

Las dificultades del personal de salud fueron identificadas por el 52.9% de los familiares, mientras que el 47.1% indicó no haberlas percibido.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Capítulo V: Discusión

Introducción

En este capítulo se discuten los resultados del estudio sobre el proceso de toma de decisiones relacionadas con la limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, cuando la responsabilidad recae en los familiares, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre de 2025. Los hallazgos se contrastan con la literatura científica y estudios previos relacionados con la toma de decisiones al final de la vida en el contexto de cuidados intensivos.

Análisis de los resultados

En este apartado se analizan los resultados, los cuales se comparan con investigaciones previas, permitiendo su contextualización dentro de la evidencia científica disponible.

El grupo etario con mayor representación entre los familiares responsables fue el de 26 a 35 años, con un 41.2% del total. En estudios previos, Rubio (2015) y Hernández et al. (2015) reportan que la participación familiar en decisiones de limitación del soporte vital recae mayoritariamente en adultos, sin especificar rangos etarios predominantes.

El sexo femenino representó el mayor porcentaje de los familiares responsables, con un 58.8%. En investigaciones como las de Bettancourt et al. (2020) y Hurtado et al. (2020), se describe una participación predominante de mujeres en los procesos relacionados con la limitación del esfuerzo terapéutico en unidades de cuidados intensivos.

El parentesco más frecuente fue padre o madre del paciente, con un 61.8%. De forma similar, García et al. (2016) y Rubio Sanchiz y Ventura (2020) señalan que las decisiones sobre limitación terapéutica suelen ser discutidas con familiares directos cuando el paciente no puede participar.

El nivel educativo predominante fue el secundario, alcanzando el 41.2%. En el estudio de Rosado et al. (2024), los profesionales refieren interacción con familiares de distintos niveles educativos, sin predominio exclusivo de formación universitaria.

La ocupación más frecuente fue trabajo remunerado, con un 41.2%. Ramos et al. (2020) y Azoulay et al. (2020) describen que los familiares que participan en discusiones sobre limitación de soporte vital suelen ser adultos activos laboralmente.

Los factores clínicos fueron considerados adecuados por el 50.0% de los familiares. Rubio (2015) y Hernández et al. (2015) reportan que las decisiones de limitación terapéutica se fundamentan principalmente en criterios clínicos definidos por el equipo médico.

Los factores éticos fueron clasificados como altos por el 55.9% de los participantes. Trenchs et al. (2016) y Rubio Sanchiz y Ventura (2020) describen que los aspectos éticos están presentes de forma constante en las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos.

Los factores emocionales estuvieron presentes en el 67.6% de los familiares responsables. Bettancourt et al. (2020) y Azoulay et al. (2020) documentan la presencia de carga emocional en familiares durante los procesos de retirada o no instauración de soporte vital.

La información recibida fue calificada como clara por el 44.1% de los familiares. Rubio (2015) y Rosado et al. (2024) reportan que la información médica forma parte del proceso de toma de decisiones compartidas con los familiares.

El 47.1% de los familiares manifestó haber entendido bien la información proporcionada. Hernández et al. (2015) y García et al. (2016) describen que la comprensión de la información clínica es un componente presente en los procesos de limitación terapéutica.

El acompañamiento fue reportado como mucho por el 41.2% de los familiares. Hurtado et al. (2020) y Bettancourt et al. (2020) describen el acompañamiento del equipo de salud durante la retirada o limitación de soporte vital.

La calidad de la comunicación fue calificada como buena por el 44.1% de los familiares. Azoulay et al. (2020) y Rosado et al. (2024) señalan que la comunicación con la familia es parte del proceso de toma de decisiones en UCI.

La experiencia personal fue reportada como positiva por el 47.1% de los participantes. Rubio Sanchiz y Ventura (2020) describen que la experiencia de los familiares se relaciona con su participación en decisiones de final de vida en UCI.

El 58.8% de los familiares indicó haber presentado dificultades personales durante la toma de decisiones. Bettancourt et al. (2020) y Azoulay et al. (2020) describen la presencia de dificultades emocionales y personales en familiares durante procesos de limitación terapéutica.

El 52.9% de los familiares identificó dificultades en el personal de salud. Rosado et al. (2024) y Hurtado et al. (2020) describen limitaciones percibidas por los familiares y profesionales durante la implementación de la limitación del esfuerzo terapéutico.

Conclusiones

En esta sección se presentan las conclusiones derivadas del estudio, las cuales responden de manera directa a los objetivos planteados. Estas conclusiones sintetizan los principales hallazgos obtenidos a partir del análisis de los datos recolectados sobre el proceso de toma de decisiones relacionadas con la limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, cuando dicha responsabilidad recae en los familiares, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre de 2025.

Se determinó que los familiares responsables de la toma de decisiones se concentraron mayoritariamente en el grupo etario de 26 a 35 años, con predominio del sexo femenino. El parentesco más frecuente fue padre o madre del paciente, seguido por cónyuges e hijos. Predominó el nivel educativo secundario y la ocupación más reportada fue el trabajo remunerado, configurando un perfil sociodemográfico característico de los decisores familiares.

Los resultados mostraron que los factores clínicos fueron considerados adecuados por la mayoría de los familiares, mientras que los factores éticos se clasificaron principalmente en un nivel alto. Asimismo, se evidenció una alta presencia de factores emocionales durante el proceso de toma de decisiones, lo que refleja la carga emocional asociada a la limitación de medidas terapéuticas.

Se constató que la información proporcionada por el personal de salud fue percibida en su mayoría como clara o muy clara. No obstante, una proporción de los familiares manifestó una comprensión parcial o insuficiente de la información recibida. El acompañamiento fue valorado de forma variable, aunque una parte significativa de los participantes refirió haber recibido un alto nivel de apoyo durante el proceso.

La comunicación establecida con el equipo médico fue calificada predominantemente como buena o muy buena. La experiencia personal durante las discusiones relacionadas con la limitación de tratamientos de soporte vital fue reportada mayoritariamente como positiva, aunque también se registraron experiencias normales y negativas.

Se identificó que una proporción considerable de los familiares experimentó dificultades personales durante la toma de decisiones. De igual manera, se evidenciaron barreras percibidas en el personal de salud, lo que pone de manifiesto la existencia de limitaciones en el proceso de decisión sobre la suspensión o no instauración de medidas terapéuticas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El estudio permitió analizar el proceso de toma de decisiones relacionadas con la limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, evidenciando que dicha responsabilidad recae principalmente en familiares adultos, quienes participan en un contexto influido por factores clínicos, éticos, emocionales y comunicacionales dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre de 2025.

Recomendaciones

En este apartado se presentan recomendaciones basadas en los resultados y conclusiones del estudio, orientadas a fortalecer el proceso de toma de decisiones sobre la limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, cuando la responsabilidad recae en los familiares, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl.

Al Ministerio de Salud Pública

Fortalecer el diseño y la implementación de lineamientos nacionales estandarizados para la toma de decisiones relacionadas con la limitación de las medidas terapéuticas en unidades de cuidados intensivos, considerando la necesidad de mejorar la comprensión de la información por parte de los familiares y de reducir las barreras comunicacionales y emocionales identificadas en el estudio.

Al Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl

Establecer y reforzar protocolos institucionales claros que orienten el proceso de información, comunicación y acompañamiento a los familiares durante la toma de decisiones sobre la limitación de medidas terapéuticas, con el fin de disminuir las dificultades percibidas y garantizar mayor uniformidad en la atención brindada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

A los profesionales de la salud

Promover acciones orientadas a mejorar la claridad de la información proporcionada, el nivel de comprensión de los familiares y la calidad de la comunicación durante el proceso decisional, atendiendo a las limitaciones percibidas por los familiares y a la presencia significativa de carga emocional durante estas decisiones.

A los familiares de los pacientes

Fomentar la participación activa y continua de los familiares en los espacios de comunicación con el equipo de salud, procurando expresar dudas e inquietudes durante el proceso de toma de decisiones, en consideración a las dificultades personales y emocionales evidenciadas

Referencias bibliográficas

- Assessing palliative care practices in intensive care units and interpreting them using the lens of appropriate care concepts: An umbrella review. (2024). *Intensive Care Medicine*, 50, 712–724. https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-024-07565-7?utm_
- Avidan, A., Sprung, C. L., Schefold, J. C., Ricou, B., Hartog, C. S., & Curtis, J. R., et al. (2021). Patterns of end-of-life practices in the intensive care unit: The ETHICUS-2 study. *JAMA Internal Medicine*, 181(4), 465–472. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.8507>
- Azoulay, E., & Kentish-Barnes, N. (2021). Shared decision-making in the ICU: Concepts and practice. *Intensive Care Medicine*, 47(9), 1047–1058. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06471-4>
- Azoulay, E., & Kentish-Barnes, N. (2021). Shared decision-making in the ICU: Concepts and practice. *Intensive Care Medicine*, 47(9), 1047–1058. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06471-4>

- Azoulay, E., et al. (2020). End-of-life decisions in European ICUs: Prevalence and family involvement. *Intensive Care Medicine*, 46(4), 573–584. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05920-5>
- Azoulay, E., Kentish-Barnes, N., Branson, R. D., Burnham, E. L., Cohen, J., & Curtis, R. (2020). Challenges in end-of-life care in the ICU: A global perspective. *Intensive Care Medicine*, 46(10), 1902–1914. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06286-3>
- Azoulay, E., Timsit, J. F., Sprung, C., et al. (2020). Impact of end-of-life decisions on family psychological outcomes: A multicenter cohort study. *Intensive Care Medicine*, 46(7), 1311–1323. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06089-8>
- Azoulay, E., Timsit, J. F., Sprung, C., et al. (2020). Impact of end-of-life decisions on family psychological outcomes: A multicenter cohort study. *Intensive Care Medicine*, 46(7), 1311–1323. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06089-8>
- Back, A. L., Fromme, E. K., & Meier, D. E. (2020). Compassionate communication in the ICU. *Chest*, 158(3), 882–890. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.04.035>
- Becerra-Bolaños, Á. O., Álvarez-Cadavid, J. A., Castaño-Londoño, G. B., et al. (2024). Limitation of therapeutic effort in the intensive care unit: A bioethical analysis. *Medicina*, 60(9), 1461. <https://doi.org/10.3390/medicina60091461>
- Becerra-Bolaños, Á., Ramos-Ahumada, D. F., Herrera-Rodríguez, L., Valencia-Sola, L., Ojeda-Betancor, N., & Rodríguez-Pérez, A. (2024). Withdrawal/withholding of life-sustaining therapies: Limitation of therapeutic effort in the intensive care unit. *Medicina* (Kaunas, Lithuania), 60(9), 1461. <https://doi.org/10.3390/medicina60091461>
- Beil, M., Sviri, S., van Heerden, P. V., & Sprung, C. L. (2023). Ethical challenges in end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 49, 497–510. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07049-2>
- Bettancourt Ortega, L. P., González Nahuelquín, C. A., Gundelach González, P. C., Carrasco Iturrieta, T. A., Muñoz Fuentes, C., & Valenzuela Iturrieta, A. (2020). Limitación del esfuerzo terapéutico: Experiencias de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos.

Horizonte de Enfermería, 30(1), 61–75.

<https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/11880>

Boss, R. D., Khan, A., & Hagen, E. (2020). Family support and communication in critical care.

Pediatric Clinics of North America, 67(4), 759–773.

<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.04.004>

Cach–Castañeda, C., Tun–González, D., Vega-Morales, E., Rosado–Alcocer, L., & May–Uitz, S.

(2015). Factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares con pacientes pediátricos. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 102–109.

<https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.005>

Curtis, J. R., & White, D. B. (2018). Practical guidance for evidence-based ICU family

conferences. *Chest*, 153(6), 1417–1427. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.02.032>

Curtis, J. R., & White, D. B. (2018). Practical guidance for evidence-based ICU family

conferences. *Chest*, 153(6), 1417–1427. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.02.032>

Curtis, R. J., & White, D. B. (2021). Practical guidance for family discussions in the ICU. *New*

England Journal of Medicine, 384(5), 470–478. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2021096>

Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2020). The impact of advance

care planning on end-of-life care in the ICU: A systematic review. *Intensive Care Medicine*, 46(2), 229–239. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05844-8>

Estella, Á., Saralegui, I., Rubio Sanchiz, O., Hernández-Tejedor, A., López Camps, V., Martín,

M. C., Cabré Pericas, L., Masnou Burralló, N., Recuerda Nuñez, M., & Monzón, J. L. (2020).

Puesta al día y recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital. *Medicina Intensiva*, 44(2), 101–112.

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.006>

García-Caballero, R., Herreros, B., Real de Asúa, D., Alonso, R., Barrera, M. M., & Castilla, V.

(2016). Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(2), 70–75.

<https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.11.004>

- Giabicani, M., Le Terrier, C., Poncet, A., Guidet, B., Rigaud, J.-P., Quenot, J.-P., Mamzer, M.-F., Pugin, J., Weiss, E., Bourcier, S., & COVID-ICU study investigators. (2023). Limitation of life-sustaining therapies in critically ill patients with COVID-19: A descriptive epidemiological investigation from the COVID-ICU study. *Critical Care (London, England)*, 27(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04349-1>
- Gómez-Pérez, D., Rivas-Martínez, F., & Díaz-Molina, J. P. (2023). Ethical dilemmas in decisions to limit life-sustaining treatment in critical care. *Revista de Bioética y Derecho*, 59, 111–126. <https://doi.org/10.1344/rbd2023.59.38944>
- Gutiérrez-Pérez, M. A., et al. (2021). Toma de decisiones familiares en la limitación terapéutica en cuidados intensivos. *Revista Médica del IMSS*, 59(4), 256–264.
- Gutiérrez-Pérez, M., Molina, F., & Rodríguez, C. (2021). Decisiones al final de la vida en UCI: rol de la familia. *Medicina Intensiva*, 45(7), 421–428. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.06.001>
- Hernández-Tejedor, A., Herrán-Monge, R., Andrés-Esteban, E. M., & Grupo de Trabajo EPIPUSE. (2015). Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del estudio EPIPUSE. *Medicina Intensiva*, 39(7), 395–404. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.02.007>
- Heyland, D. K., Rocker, G., Dodek, P., et al. (2020). Decision-making in the ICU: Barriers, facilitators, and family satisfaction. *Critical Care Medicine*, 48(1), 82–90. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004093>
- Heyland, D. K., Rocker, G., Dodek, P., et al. (2020). Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multicenter study. *Critical Care Medicine*, 48(1), 82–90. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004093>
- Hurtado Rojas, M. L. D. R., Valderrama Saña, L. M., & Ruiz Oliva, T. E. (2020). Cuidado enfermero a pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico en unidad de cuidados intensivos. *Ser, Saber y Hacer de Enfermería*, 1(1), 1–12. <https://revistas2.unprg.edu.pe/ojs/index.php/RFE/article/view/377>

- Huynh, T., van de Leur, R., & Sprung, C. L. (2022). Ethical decision-making at the end of life in critical care: Factors influencing withdrawal and withholding of life-sustaining treatments. *Journal of Critical Care*, 68, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.03.012>
- Ingravallo, F., et al. (2020). Family decision-making in critical care. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00484-8>
- Janczewski, M. A., Ko, M. G., Yang, H., Kruser, J. M., Stey, A., & Team (2024). Barriers and facilitators to end-of-life care delivery in ICUs: A qualitative study. *Critical Care Medicine*. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11218910/?utm_
- Ka-Hin Lam, D., Wong, W., & Joynt, G. M. (2024). A study of the documentation of withholding and withdrawing life-sustaining therapies in a tertiary intensive care unit in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 31(5), 224–232. <https://doi.org/10.1002/hkj2.12038>
- Kentish-Barnes, N., Chaize, M., & Seegers, V. (2021). Emotional burden of families in ICU decision-making. *Annals of Intensive Care*, 11(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00855-7>
- Kim, S., & Tak, S. H. (2021). Family members' knowledge and attitude toward life-sustaining treatment decisions for patients in the intensive care unit. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 23(3), 256–263. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000750>
- Kryworuchko, J., Hill, E., & Stacey, D. (2020). Family perceptions of communication and care in adult ICUs. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1–2), 88–99. <https://doi.org/10.1111/jocn.15036>
- López-Ávila, A., Rodríguez-García, M., & Herrera-Sánchez, N. (2024). Barriers to shared decision-making in end-of-life care in the ICU: Perspectives of families and clinicians. *Critical Care Research and Practice*, 2024, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2024/9965432>
- Molina, J. L., et al. (2021). Retirada de ventilación mecánica en pacientes críticos al final de la vida. *Medicina Intensiva*, 45(6), 347–354. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.005>
- Nouvel, N., Ricou, B., & Sprung, C. L. (2025). Global trends in limitation of life-sustaining treatments in the ICU: Updated analysis following ETHICUS-2. *Intensive Care Medicine*, advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00134-025-07512-z>

- Padilla-Fortunatti, C., Rojas-Silva, N., Amthauer-Rojas, M., & Molina-Muñoz, Y. (2018). Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enfermería Intensiva*, 29(1), 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.09.001>
- Piva, J., Lago, P., & Othero, J. (2020). Decision-making in pediatric and adult ICUs: Clinical determinants. *Critical Care Medicine*, 48(6), 902–909. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004307>
- Ramos, F. R., et al. (2020). Limitação de suporte vital e participação familiar em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(2), 270–278. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200039>
- Ramos, V. (2017). Necesidades de los familiares de pacientes críticos en una unidad de cuidados intensivos de una IPS de tercer nivel de complejidad, Montería 2017. https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/6222216b-f4dc-4a2d-9df9-277f74a2d373/content?utm_
- Rosado Tuarez, J. L., Pacheco Lombeida, M. X., Jimenez Barrera, M., Herrera Sánchez, P. J., & Muñoz Guanga, A. P. (2024). Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: Percepción del profesional de la salud. *Horizonte de Enfermería*, 35(2), 638–659. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.2.638-659
- Rubio Sanchiz, O. (2015). Limitación de tratamientos de soporte vital en el momento del ingreso en UCI: Estudio multicéntrico nacional (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Repositorio UAB. <https://ddd.uab.cat/record/140820>
- Rubio Sanchiz, O., & Ventura, M. (2020). Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. *Revista de Bioética y Derecho*, 50, 141–160. <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/31118>
- Saifan, A. R., Tadros, E. M., Rawas, H., Al-Akash, H. Y., Alsulami, G. S., Almagharbeh, W. T., ... & Al-Yateem, N. (2025). Cultural and systematic barriers to communication between nurses and family members in the ICU. *BMC Nursing*, 24(804). <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12912-025-03417-x.pdf>

- Schwarzkopf, D., Fegg, M. J., & Vollmann, J. (2021). Emotional burden of surrogate decision-makers in intensive care units. *BMC Medical Ethics*, 22, 45. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00624-5>
- Schwarzkopf, D., Fegg, M. J., & Vollmann, J. (2021). Emotional burden of surrogate decision-makers in intensive care units. *BMC Medical Ethics*, 22, 45. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00624-5>
- Schwarzkopf, D., Rüddel, H., & Hartog, C. (2021). Barriers in end-of-life decision-making in ICUs. *Intensive Care Medicine*, 47(3), 280–289. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06277-4>
- Serrano Del Rosal, R., & Ramos, R. (2020). Ética en decisiones al final de la vida en UCI. *Revista Española de Bioética*, 31(2), 45–56.
- Trenchs-Sáinz de la Maza, V., Alvarado Romero, T., & Zuleta Castro, R. (2016). Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: Conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(3), 190–197. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.10.006>
- Vick, J. B., Berger, J. T., Ubel, P. A., Ashana, D. N., et al. (2024). Shared decision-making communication and prognostic misunderstanding in the ICU. *JAMA Network Open*. https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2824881?utm_
- Wendler, D., Rid, A., & Emanuel, E. (2020). Family decision-making and emotional challenges in critical illness. *American Journal of Bioethics*, 20(8), 4–15. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1780361>



ANEXOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA.

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA FAMILIARES

Título del estudio: Limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, cuando la toma de decisiones recae en los familiares, en la UCI del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período julio–noviembre del año 2025.

Población a la que se aplica: Familiares responsables de tomar decisiones sobre la limitación de medidas terapéuticas (LMT) en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, período julio–noviembre 2025.

Objetivo del instrumento: Recoger información sobre características sociodemográficas, factores clínicos, éticos y emocionales, nivel de información y acompañamiento, percepciones de comunicación con el equipo médico, y dificultades en la toma de decisiones sobre LMT.

Instrucciones: Marque con una (✓) la opción que mejor describa su situación o percepción.

SECCIÓN A. SOBRE USTED

1. ¿Qué edad tiene?

- A) 18–25 años
- B) 26–35 años
- C) 36–45 años
- D) Más de 45 años

2. ¿Cuál es su sexo?

- A) Hombre
- B) Mujer

3. ¿Qué relación tiene con el paciente?

- A) Padre / Madre
- B) Hijo(a)

- C) Cónyuge
- D) Hermano(a)
- E) Otro: _____

4. **¿Cuál es su nivel de estudios?**

- A) Primaria
- B) Secundaria
- C) Técnico
- D) Universitario

5. **¿Cuál es su ocupación principal?**

- A) Trabajo remunerado
- B) No trabaja
- C) Ama de casa
- D) Estudiante
- E) Otro: _____

SECCIÓN B. SOBRE LAS DECISIONES DEL PACIENTE

6. **Sobre la información médica que le dieron:**

¿Sintió que le explicaron bien la situación de su familiar?

- A) Sí, entendí todo
- B) Entendí algo
- C) No entendí casi nada

7. **Sobre los valores y creencias:**

¿Se sintió respetado según sus ideas y creencias al tomar decisiones?

- A) Mucho
- B) Algo
- C) Poco o nada

8. **Sobre sus emociones:**

¿Sintió miedo, tristeza, culpa o ansiedad durante la decisión?

- A) Sí, lo sentí
- B) No, no lo sentí

SECCIÓN C. SOBRE EL APOYO RECIBIDO

9. Información recibida:

¿La información que le dieron sobre el diagnóstico y tratamiento fue:

- A) Muy clara
- B) Clara
- C) Poco clara
- D) Confusa

10. Comprensión:

¿Usted entiende lo que le explicaron sobre el estado de su familiar?

- A) Sí, entendí bien
- B) Más o menos
- C) No entendí

11. Acompañamiento:

¿Se sintió acompañado y apoyado por el personal de salud?

- A) Mucho
- B) Algo
- C) Poco
- D) Nada

SECCIÓN D. SOBRE LA COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO MÉDICO

12. Calidad de la comunicación:

¿Cómo considera la manera en que los médicos le hablaron sobre su familiar?

- A) Muy buena
- B) Buena
- C) Regular
- D) Mala

13. Experiencia personal:

¿Cómo se sintió usted al hablar sobre las decisiones del paciente?

- A) Positiva
- B) Normal
- C) Negativa

SECCIÓN E. DIFICULTADES Y BARRERAS

14. Dificultades personales:

¿Tuvo obstáculos al decidir sobre el cuidado del paciente? (Ej: falta de información, estrés, desacuerdos)

A) Sí

B) No

15. Dificultades del personal de salud:

¿Sintió que el personal tenía limitaciones para ayudarlo? (Ej: poco tiempo, falta de protocolos)

A) Sí

B) No



Universidad Católica Nordestana
UCNE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela de Medicina

26 de noviembre del 2025.-

Señores:

Ciudad. – San Francisco de Macorís

Distinguidas Autoridades:

Luego de un afable saludo, le presentamos a los estudiantes de medicina, **Nazary Javier 2020-0012 y Heidy Artiles 2013-0695** quienes estarán realizando su investigación para la realización del monográfico, por lo que les pedimos permitirles realizar la misma con el tema: **Limitación de las medidas terapéuticas en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, cuando la toma de decisiones recae en los familiares, en la UCI del Hospital San Vicente de Paúl, durante el período julio-noviembre del año 2025.**”

Atentamente;


Dr. Brunel Ant. Santos Salazar
Decano Fac. Cs. de la Salud
BASS/drr


6/11/2026

