Medicina Intensiva xxx (xxxx) 502556

Contents lists available at ScienceDirect

Medicina Intensiva

journal homepage: http://www.medintensiva.org

Puesta al día en medicina intensiva: paciente oncológico crítico

Más allá del tratamiento: decisiones éticas y cuidados paliativos en el paciente oncológico crítico

Beyond treatment: Ethical decision-making and palliative care in critically ill patients with cancer

Eric Mayor-Vázquez[a,b,c,*], Beatriz Lobo-Valbuena[d,e,f], Santiago Cruz Montesinos[f,g,h] y Rubén D. Camargo[i,j]

[a] *Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, Barcelona, España*
[b] *Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona, Barcelona, España*
[c] *Grupo de Trabajo en Hemoterapia, Hematología y Oncología Crítica (GTHHOC), Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC), España*
[d] *Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid, España*
[e] *Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España*
[f] *Grupo de Trabajo en Bioética. Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC), España*
[g] *Hospital Militar del Ecuador HE-1, Quito, Ecuador*
[h] *Comité de Oncología Crítica, Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI)*
[i] *Comité de Bioética, Federación Panamericana e Ibérica de Terapia Intensiva (FEPIMCTI)*
[j] *Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras clave:
(MeSH)
Bioética
Cáncer
Tumores sólidos
Hemopatías malignas
Cuidados críticos
Cuidados paliativos
Ética clínica
Decisiones al final de la vida

RESUMEN

En las últimas décadas, los avances en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer han mejorado la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes oncológicos, lo que ha incrementado el número de ingresos en los servicios de medicina intensiva (SMI). En este contexto, la toma de decisiones clínicas en el paciente crítico oncológico se ve condicionada por una elevada incertidumbre pronóstica, el uso intensivo de tecnología e intervenciones terapéuticas cuya proporcionalidad puede resultar incierta, lo que genera conflictos éticos relevantes en la práctica clínica.

La bioética aplicada a la oncología crítica proporciona un marco deliberativo basado en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, orientado a una atención centrada en valores y respetuosa con la dignidad de la persona. Esta revisión analiza 3 decisiones clave: la indicación de ingreso en los SMI, la integración de los cuidados paliativos y la definición de la terminalidad, aportando herramientas éticas para una toma de decisiones prudente, proporcionada y humanizada.

Keywords:
(MeSH)
Bioethics
Cancer
Solid neoplasms
Hematologic neoplasms
Critical care
Palliative care
Clinical ethics
End-of-life decisions

ABSTRACT

Over recent decades, advances in cancer diagnosis and treatment have improved survival and quality of life, leading to an increasing number of patients with cancer admitted to Intensive Care Units (ICUs). In this setting, clinical decision-making is challenged by prognostic uncertainty, the intensive use of technology, and therapeutic interventions whose proportionality may be uncertain, generating relevant ethical conflicts in clinical practice.

Bioethics applied to Critical Oncology provides a deliberative framework based on the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, aimed at ensuring value-based and dignity-centered care. This review addresses three key decisions in the management of critically ill oncologic patients: ICU admission criteria, integration of palliative care, and definition of terminal illness, offering ethical tools to support prudent, proportionate, and humanized decision-making.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: emayorv@clinic.cat (E. Mayor-Vázquez).

https://doi.org/10.1016/j.medin.2026.502556
Recibido el 6 de febrero de 2026; Aceptado el 24 de mayo de 2026
Disponible en Internet el xxx

0210-5691/© 2026 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Cómo citar este artículo: E. Mayor-Vázquez, B. Lobo-Valbuena, S.C. Montesinos et al., Más allá del tratamiento: decisiones éticas y cuidados paliativos en el paciente oncológico crítico, Medicina Intensiva, https://doi.org/10.1016/j.medin.2026.502556

Introducción

El manejo del paciente oncológico crítico plantea retos clínicos y bioéticos de especial complejidad. Más allá del conocimiento científico y tecnológico, la atención en los servicios de medicina intensiva (SMI) exige reconocer a la persona en su integridad, respetando sus valores, preferencias y derechos, en un contexto de elevada vulnerabilidad e incertidumbre pronóstica[1,2].

Los avances terapéuticos han mejorado la supervivencia en determinados escenarios, pero también han incrementado el riesgo de aplicar intervenciones terapéuticas cuya proporcionalidad resulta difícil de valorar en situaciones de elevada incertidumbre pronóstica. En entornos altamente tecnificados como los SMI, este fenómeno se relaciona con el denominado «imperativo tecnológico» (tabla 1), entendido como la tendencia a utilizar las tecnologías disponibles por el mero hecho de existir, lo que puede favorecer la prolongación de tratamientos potencialmente desproporcionados y generar sufrimiento o daño moral en pacientes, familias y profesionales[3,4]. Ante este escenario, resulta fundamental situar los valores, preferencias y objetivos del paciente en el centro de la toma de decisiones clínicas, priorizando el respeto a la dignidad de la persona y la proporcionalidad terapéutica frente a la mera disponibilidad técnica[5].

La bioética ofrece un marco deliberativo que permite equilibrar lo técnicamente posible con lo éticamente justificable. Su integración resulta especialmente relevante en el paciente oncológico crítico, en quien el sufrimiento, la incertidumbre y la posibilidad de muerte cercana condicionan todas las decisiones asistenciales. La atención ética y centrada en valores debe estar presente a lo largo de todo el proceso asistencial: desde el ingreso en un SMI y la definición de objetivos, hasta la consideración de la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)—también denominada «adecuación de las terapias de soporte vital» en los países latinoamericanos—, la transición a cuidados paliativos (CP) o la sedación paliativa en el final de la vida, mediante una comunicación clara y una deliberación compartida entre profesionales, pacientes y familias[6,7].

Este manuscrito se estructura en torno a 3 preguntas clave en la atención al paciente crítico oncológico:

- ¿Cuándo está indicado el ingreso en un SMI?
- ¿Cuándo debe priorizarse un enfoque paliativo y considerarse la sedación paliativa?
- ¿Cómo definir la terminalidad de la enfermedad en este contexto?

A partir de ellas, se propone un enfoque bioético orientado a favorecer decisiones prudentes, proporcionadas y respetuosas con la dignidad humana.

Tabla 1
Marco ético que guía las acciones

Deber o exigencia	Definición
Imperativo tecnológico	Tendencia de aplicar toda la capacidad técnica y tecnológica adquirida, a menudo sin considerar suficientemente las implicaciones humanas, bioéticas, morales o sociales.
Imperativo categórico	Dictar la necesidad de realizar ciertas acciones o actuar de una manera específica independientemente de las circunstancias o los beneficios personales. La forma en que la razón somete a la voluntad, basándose en un principio universal que se puede aplicar a todos los seres humanos.

Fuente: elaboración propia.

¿Cuándo debemos considerar el ingreso de un paciente oncológico en un servicio de medicina intensiva?

En las últimas décadas, la supervivencia de los pacientes con cáncer ha aumentado de forma significativa gracias a la detección precoz y al desarrollo de terapias cada vez más seguras y efectivas. Como consecuencia de estos avances, el número de pacientes oncológicos que requieren valoración por el intensivista ha aumentado de forma progresiva. Diversas series contemporáneas estiman que entre el 15 y el 20% de los pacientes con cáncer hospitalizados pueden requerir valoración por un intensivista, siendo más frecuentes los ingresos no programados en la población afecta de tumores hematológicos[1,8,9].

Las causas de ingreso en el SMI son heterogéneas, e incluyen complicaciones médicas agudas —principalmente sepsis e insuficiencia respiratoria—, complicaciones derivadas del tratamiento oncológico y cuidados postoperatorios tras cirugía oncológica mayor. En este contexto, el desarrollo de terapias inmunológicas avanzadas, como los anticuerpos biespecíficos o las terapias con células CAR-T, ha introducido nuevos escenarios clínicos que pueden requerir soporte intensivo, entre ellos el síndrome de liberación de citocinas (CRS), la neurotoxicidad asociada a células efectoras inmunes (ICANS) y diferentes formas de respuesta inflamatoria sistémica grave. Paralelamente, la inmunosupresión inducida por los tratamientos antineoplásicos continúa siendo un factor determinante en la aparición de infecciones graves y sepsis, que siguen representando una de las causas más frecuentes de ingreso en los SMI en esta población[8–11].

Desde una perspectiva clínica, el ingreso en un SMI está justificado cuando existe una indicación clínica concreta, ya sea por la necesidad de cuidados posquirúrgicos complejos, por complicaciones derivadas del tumor o de sus tratamientos, o por un cuadro crítico no directamente relacionado con la enfermedad oncológica[8,12–14]. Sin embargo, la decisión no debe sustentarse únicamente en la presencia de una indicación médica, sino también en una valoración integral del paciente que contemple su estado funcional previo y su grado de fragilidad. Herramientas como el ECOG-Performance Status (ECOG-PS) y la Clinical Frailty Scale (CFS) permiten estimar el pronóstico y valorar la proporcionalidad del tratamiento: los pacientes con una CFS ≥ 5 o un ECOG ≥ 3 presentan, en general, una menor probabilidad de recuperación significativa[8]. En este contexto, la decisión de ingreso debe equilibrar los potenciales beneficios del tratamiento intensivo con los valores y preferencias del paciente, evitando tanto la obstinación terapéutica como la discriminación injustificada. Por ello, la indicación de ingreso requiere una valoración clínica individualizada que tenga en cuenta la situación basal del paciente, su pronóstico funcional y la proporcionalidad de las intervenciones terapéuticas[12,15,16].

Pese a lo anteriormente comentado, en un gran número de ocasiones el pronóstico de los pacientes oncológicos críticos puede ser limitado o incierto. Paralelamente, los SMI han desarrollado nuevas competencias diagnósticas y terapéuticas que permiten asistir a los pacientes tradicionalmente excluidos de la atención intensiva. En este contexto de elevada incertidumbre, resulta especialmente relevante incorporar los valores del paciente al proceso de toma de decisiones, identificando precozmente la existencia de voluntades anticipadas (VA), a fin de garantizar decisiones congruentes con sus valores, reducir la carga moral de la familia y favorecer una comunicación honesta[17]. Con el objetivo de facilitar este proceso deliberativo, Azoulay et al. propusieron un modelo flexible de estrategias de ingreso que supera la tradicional dicotomía «ingresar o no ingresar», orientando la decisión hacia un enfoque dinámico y deliberativo. Dicho modelo distingue varias modalidades:

- Ingreso completo *(full-code management)*: modalidad de ingreso en la que el tratamiento intensivo se considera potencialmente beneficioso y proporcionado, por lo que se indican todas las medidas diagnósticas y terapéuticas disponibles sin limitaciones iniciales de soporte vital. Este enfoque suele aplicarse en pacientes con expectativa razonable de reversibilidad del proceso agudo y una situación basal compatible con la recuperación clínica.

- Ingreso limitado o prueba de ingreso *(ICU trial)*: consiste en un ingreso temporal en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con aplicación inicial de soporte intensivo completo, acompañado de una reevaluación clínica precoz (habitualmente a los 3-5 días para el paciente con tumor sólido, y entorno a los 5-10 días para el paciente con tumor hematológico). Si durante este periodo no se observa mejoría fisiológica ni una tendencia favorable en la evolución clínica, se reconsidera la proporcionalidad de las intervenciones y la continuidad del soporte vital.
- Ingreso heroico o excepcional: algunos autores han descrito este modelo de ingreso como una modalidad de admisión reservada para situaciones particularmente complejas, caracterizadas por un pronóstico muy desfavorable o una elevada incertidumbre pronóstica. En estos casos, el ingreso puede plantearse cuando el paciente y/o su familia expresan de forma explícita el deseo de realizar un intento máximo de tratamiento, o bien cuando existe desacuerdo entre los equipos clínicos implicados —habitualmente entre medicina intensiva y oncología / hematología— respecto al manejo más adecuado. Este tipo de ingreso suele plantearse como una medida excepcional y limitada en el tiempo, cuyo objetivo principal es facilitar la deliberación clínica, mejorar la comunicación entre los equipos implicados y generar confianza en el proceso de toma de decisiones por parte del paciente y su familia. No obstante, este enfoque debe aplicarse con prudencia, evitando que pueda interpretarse como una estrategia de prolongación indiscriminada del soporte vital cuando las probabilidades de beneficio clínico son muy limitadas.

Ingreso con orientación paliativa: modalidad de ingreso dirigida a pacientes sin expectativa realista de reversibilidad del proceso agudo, en los que el objetivo principal es el alivio del sufrimiento y el control sintomático, así como el acompañamiento al final de la vida en un entorno clínico adecuado. En determinadas circunstancias, el ingreso en la UCI puede facilitar un control más eficaz de síntomas refractarios o evitar traslados innecesarios en situaciones de especial complejidad clínica o familiar. No obstante, para evitar interpretaciones de obstinación terapéutica, este enfoque debe plantearse como una intervención excepcional y claramente delimitada, con objetivos asistenciales explícitos, reevaluación precoz y coherencia con los valores del paciente y con el principio de proporcionalidad terapéutica.

Este esquema permite adaptar la intensidad del tratamiento a la evolución clínica, los valores del paciente y la deliberación ética del equipo, conjugando prudencia, proporcionalidad y humanidad en la toma de decisiones[18].

En ausencia de beneficio clínico claro o ante un deterioro progresivo durante la estancia en el SMI, puede plantearse la AET, entendida como la decisión deliberada de no iniciar, modificar o retirar tratamientos desproporcionados, priorizando el confort y la calidad de vida. La AET no equivale a eutanasia ni a abandono terapéutico: se fundamenta en la ética clínica y en el reconocimiento del curso natural de la enfermedad avanzada[19]. En este contexto, adquiere especial relevancia la planificación anticipada (PA) de los cuidados, que debe iniciarse de forma temprana y actualizarse conforme aumenta el riesgo clínico. La PA permite respetar los deseos del paciente en caso de pérdida de capacidad, incluyendo decisiones sobre intervenciones invasivas, estancias prolongadas en los SMI, órdenes de no reanimación o de no intubación[20]. A diferencia de las VA, la PA se formaliza habitualmente en el contexto clínico actual, mediante un diálogo estructurado entre paciente, familia y profesionales.

En síntesis, el ingreso en un SMI del paciente oncológico no debe basarse exclusivamente en el diagnóstico, sino en una valoración integral que contemple el pronóstico, la reversibilidad del proceso agudo, la fragilidad, las preferencias del paciente y la proporcionalidad terapéutica. Este enfoque, sustentado en la bioética clínica, favorece decisiones prudentes, individualizadas y humanizadas, respetando tanto la dignidad del paciente como la responsabilidad moral del equipo asistencial (fig. 1).

¿Cómo integrar los cuidados paliativos en el manejo del paciente oncológico crítico?

El término «paliativo» procede del latín *palliare* («cubrir, proteger»), reflejando la idea de aliviar y acompañar más que de curar la causa subyacente. En la actualidad, los CP se definen como el conjunto de cuidados activos e integrales dirigidos a personas con enfermedades amenazantes para la vida, cuyo objetivo principal es aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia mediante la prevención y el tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales, independientemente de que la enfermedad sea o no curable[21]. Es importante subrayar que los CP no deben confundirse con los cuidados exclusivamente al final de la vida, ya que su inicio debe guiarse por las necesidades del paciente y no únicamente por el pronóstico, constituyendo un sistema de apoyo longitudinal.

A pesar de que el acceso a los CP se reconoce como un derecho, su disponibilidad es desigual a nivel global. Se estima que el máximo nivel de prestación solo está disponible para aproximadamente el 14% de la población mundial, concentrado fundamentalmente en países europeos, mientras que en Latinoamérica apenas alrededor del 1% de las personas que los precisan los reciben[21,22]. El Atlas of Palliative Care in Europe 2025 de la European Association for Palliative Care (EAPC) pone de manifiesto importantes disparidades en la provisión de CP, así como la necesidad de una mayor integración en los distintos niveles asistenciales y de una formación más amplia y sistemática de los profesionales sanitarios[23].

La transición desde un enfoque centrado exclusivamente en el tratamiento activo de la enfermedad hacia unos CP integrados constituye un desafío clínico y ético relevante en un SMI oncológico[24,25]. El objetivo es compatibilizar el respeto al valor de la vida con la libertad y la dignidad del paciente. En este contexto, 3 pilares sustentan el manejo paliativo: el adecuado control de síntomas, una comunicación abierta y honesta y el apoyo emocional continuado. El sufrimiento —físico, psicológico, espiritual y emocional— compromete dimensiones esenciales de la persona, como la autonomía, los vínculos y el sentido vital, por lo que el acompañamiento paliativo busca preservar la dignidad incluso en la proximidad de la muerte.

Los CP de excelencia requieren equipos interdisciplinarios que integren distintos perfiles profesionales. En su práctica cotidiana emergen numerosos problemas morales, especialmente relacionados con la toma de decisiones, la futilidad médica, la autonomía del paciente y los dilemas de enfermería, así como con la comunicación, los conflictos familiares, la atención espiritual y las diferencias culturales[26] (fig. 2).

Las directrices de las sociedades científicas de medicina intensiva sobre CP y final de la vida en los SMI proporcionan un marco conceptual sólido y basado en la evidencia[27–29]. No obstante, su aplicación exige una adaptación a los valores locales, a la estructura de los sistemas sanitarios y a las limitaciones de recursos, especialmente en entornos con carencias de personal, infraestructuras o acceso a fármacos esenciales. En este sentido, la propuesta de Diego Gracia de una bioética clínica deliberativa resulta especialmente pertinente[30]. Desde una ética de la responsabilidad, los CP se sitúan entre la convicción y la prudencia, superando tanto un principialismo rígido como una ética que absolutiza determinados fines sin ponderar adecuadamente los medios y sus consecuencias. La reorientación de los objetivos terapéuticos en el SMI oncológico exige así una deliberación sobre hechos, valores y deberes, asumiendo la responsabilidad por las consecuencias previsibles y buscando la opción menos lesiva para la dignidad y el alivio del sufrimiento del paciente.

La pregunta sobre cuándo iniciar un enfoque paliativo en el SMI oncológico no debe entenderse como un punto de ruptura, sino como el momento en que resulta necesario redefinir los objetivos del tratamiento: desde la curación o la prolongación de la vida a toda costa hacia la priorización explícita del alivio del sufrimiento y la calidad de vida. Esta transición debe basarse en el juicio clínico, la mejor evidencia

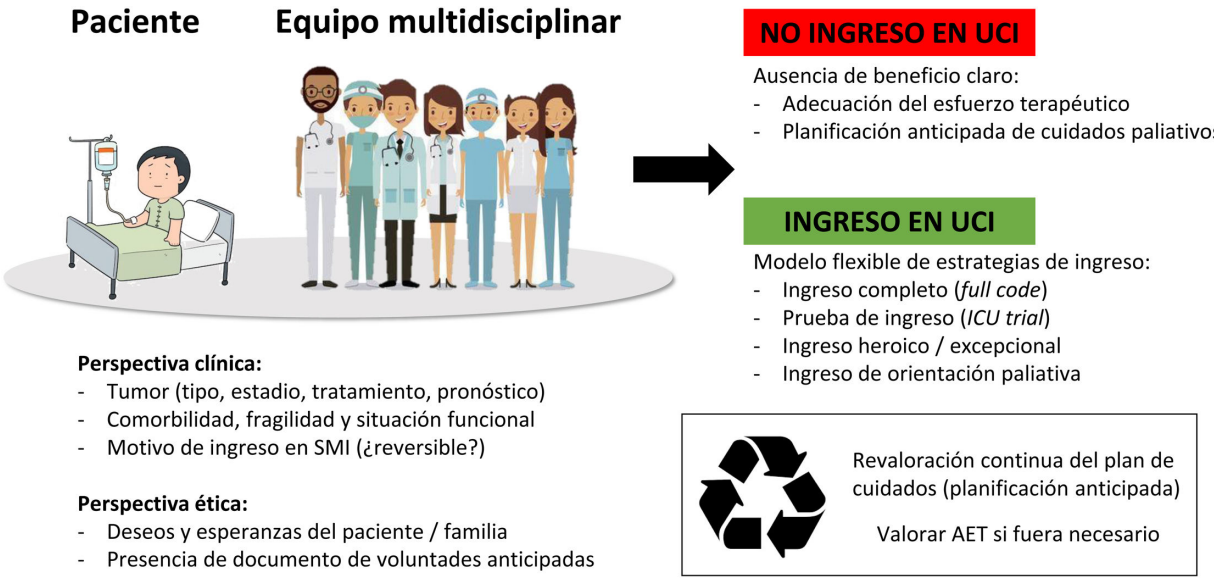

Figura 1. Propuesta de valoración multimodal de ingreso en la UCI de los pacientes oncológicos. Fuente: elaboración propia.

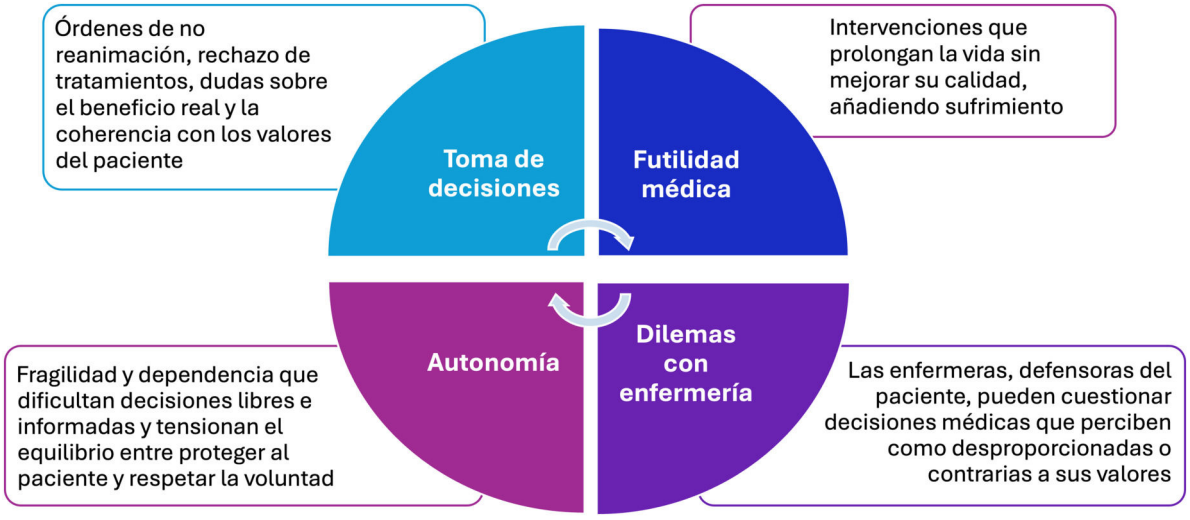

Figura 2. Principales dilemas éticos en el abordaje paliativo del paciente crítico oncológico. Fuente: elaboración propia.

disponible, los valores del paciente y un análisis ético riguroso de la proporcionalidad de las intervenciones (fig. 3). Como señala Adela Cortina, la buena práctica clínica al final de la vida implica evitar medios desproporcionados, promover las VA y favorecer una conversación abierta y honesta sobre la muerte, sin que ello suponga una pérdida de esperanza[31]. De hecho, la participación en la PA de cuidados no se asocia a una disminución de la esperanza y puede incluso incrementarla tras ajustar por otros factores[32]. En el SMI oncológico, integrar los CP significa ir más allá del tratamiento entendido como mera acumulación de tecnología, para ofrecer un cuidado humano, prudente y éticamente responsable.

¿Cuándo considerar una sedación paliativa?

En el SMI oncológico, la sedación paliativa (SP) puede considerarse en los pacientes con enfermedad avanzada o terminal que presentan un sufrimiento intenso e intolerable debido a síntomas refractarios, definidos como aquellos que no responden a un tratamiento óptimo en indicación, intensidad y tiempo razonable[33]. Aunque el dolor es el síntoma refractario más frecuente, la SP también puede indicarse en casos de disnea, delirium agitado o angustia psicológica y existencial extrema, siempre tras una valoración cuidadosa y multidisciplinar.

La mayoría de los pacientes críticos oncológicos requieren inicialmente un manejo intensivo de síntomas —especialmente dolor y disnea— que puede realizarse en el propio SMI mediante opioides, sedantes y medidas no farmacológicas. La SP debe reservarse para aquellos casos en los que, pese a estas intervenciones, el sufrimiento persiste de forma intensa. Cuando está adecuadamente indicada, la evidencia disponible sugiere que la SP mejora el control sintomático sin asociarse a un acortamiento clínicamente relevante de la supervivencia, aunque su uso continúa siendo objeto de debate ético[34].

Tradicionalmente, estas situaciones se han analizado a la luz del principio del doble efecto (PDE), que permite considerar moralmente aceptables intervenciones cuyo objetivo primario es aliviar el sufrimiento, aunque puedan conllevar efectos secundarios no deseados, siempre que exista proporcionalidad entre el beneficio buscado y el riesgo asumido[35]. Desde esta perspectiva, la SP no persigue la muerte del paciente, sino el alivio del sufrimiento, lo que permite diferenciarla claramente de prácticas eutanásicas, con las que a veces se confunde de forma errónea.

Figura 3. Criterios para considerar la transición hacía un enfoque de cuidados paliativos en la UCI oncológica. Fuente: elaboración propia.

Más allá del PDE, la indicación de SP en el SMI oncológico debe enmarcarse en una ética de la responsabilidad y del principialismo bioético. La autonomía del paciente puede verse limitada por su situación clínica, lo que obliga a extremar la comunicación con representantes y familiares, así como la deliberación interdisciplinar. Garantizar el derecho a una información veraz, el consentimiento informado, la autodeterminación y el respeto a la dignidad debe ser una prioridad en todo el proceso[36].

En definitiva, la sedación paliativa en el SMI oncológico no representa un abandono terapéutico, sino la culminación coherente de una redefinición de objetivos orientada al confort cuando las intervenciones intensivas dejan de ser proporcionales o beneficiosas. Integrada en un marco de deliberación ética, comunicación honesta y acompañamiento, la SP constituye una herramienta legítima y, en muchos casos, necesaria para garantizar una muerte digna en un entorno de alta complejidad tecnológica.

¿Cómo definir la terminalidad de la enfermedad en el paciente oncológico?

La definición de la terminalidad de la enfermedad constituye un elemento central en la atención clínica y bioética del paciente oncológico. Diversas organizaciones internacionales —entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), la International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC), la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP)— han trabajado de forma sostenida para consensuar criterios que permitan identificar esta situación clínica, con el objetivo de mejorar una atención integral, proporcional y humanizada en la fase final de la vida[37].

Tradicionalmente, la enfermedad en fase terminal se ha definido como la etapa final de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, caracterizada por daño orgánico irreversible, ausencia de opciones terapéuticas modificadoras del curso de la enfermedad y una pérdida progresiva de la autonomía funcional, asociada a un aumento de la fragilidad y de la carga sintomática[38]. Este concepto ha sido ampliamente utilizado en el ámbito clínico y normativo para orientar decisiones terapéuticas y organizativas, especialmente en relación con la AET y la indicación de CP. No obstante, en los últimos años se ha producido una evolución terminológica y conceptual relevante. En particular, la SECPAL y otras sociedades científicas han promovido el uso del término enfermedad avanzada en lugar de enfermedad terminal, al considerar que este último puede resultar impreciso y potencialmente estigmatizante[39]. Desde esta perspectiva, la enfermedad terminal se entiende como un subgrupo dentro del espectro de la enfermedad avanzada, caracterizado por un pronóstico de vida limitado y una clara irreversibilidad clínica.

En el ámbito oncológico, esta distinción adquiere especial importancia. No todo cáncer es terminal, ni todo paciente con cáncer avanzado se encuentra en situación de fin de vida (tabla 2). Se considera que un paciente presenta una enfermedad oncológica avanzada cuando las opciones de tratamiento con intención curativa se han agotado y la enfermedad progresa de forma inexorable, aunque el curso temporal pueda ser variable y coexistir con tratamientos dirigidos al control de la enfermedad o de los síntomas. En cambio, la situación de terminalidad o de fin de vida suele identificarse cuando concurren varios elementos clínicos: enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable; ausencia de opciones razonables de tratamiento modificador del curso de la enfermedad; deterioro funcional progresivo; presencia de síntomas múltiples o refractarios; y una expectativa de vida limitada, habitualmente estimada en semanas o pocos meses.

Desde un punto de vista ético, resulta fundamental diferenciar entre estos conceptos, ya que la confusión entre ellos puede conducir tanto a la obstinación terapéutica como a la omisión injustificada de intervenciones potencialmente beneficiosas. El diagnóstico oncológico sigue generando, en muchos contextos culturales, una asociación inmediata

Tabla 2
Conceptos relacionados con la terminalidad de la enfermedad

Término	Concepto
Enfermedad terminal	Es una enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico. Fuente: *Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2025)*.
¿El cáncer es una enfermedad terminal?	El cáncer no es inherente a un paciente terminal, sino que el paciente puede alcanzar una fase terminal cuando la enfermedad no se puede curar ni controlar con el tratamiento disponible, y se espera que culmine con la muerte en un periodo de tiempo relativamente corto. La distinción entre cáncer avanzado y cáncer terminal es importante porque los objetivos del tratamiento son diferentes. Fuente*: Sang HK. Cancer Res Treat (2016)*.
¿Hay cifras relacionadas con morbimortalidad del cáncer?	El 25% de los pacientes con cáncer mueren en el hospital. El 62% de los pacientes se hospitalizan por lo menos una vez durante el último mes de vida. El 29% de los pacientes ingresan a una UCI por lo menos una vez. El 61% de los pacientes que fallecen usan los servicios de un programa de CP. Fuente*: Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice (2013)*.
Muerte digna	Derecho a afrontar el final de vida conforme a los valores y preferencias del paciente, con información adecuada, alivio del sufrimiento, acceso a cuidados paliativos y proporcionalidad terapéutica (incluida la adecuación / retirada de medidas). La ayuda médica para morir, cuando se plantea, depende del marco legal de cada país. Fuente*: Ivankovichs IG. Acta Bioethica (2023)*.

CP: cuidados paliativos; UCI: unidad de cuidados intensivos
Fuente: elaboración propia.

con la muerte, lo que refuerza la necesidad de un lenguaje clínico preciso y honesto, que permita una adecuada deliberación compartida entre profesionales, pacientes y familias[40].

A pesar de los avances terapéuticos en el cáncer, la esperanza de vida de determinados subgrupos de pacientes oncológicos continúa siendo limitada[41]. Estudios poblacionales, como los realizados por el Dartmouth Atlas Project en los pacientes mayores de 65 años con cáncer en EE. UU., han puesto de manifiesto que una proporción significativa fallece en el plazo de un año desde el diagnóstico, con una elevada utilización de recursos sanitarios en los últimos meses de vida[42]. Estos datos refuerzan la necesidad de identificar de forma precoz la transición hacia la enfermedad avanzada y la terminalidad, de cara a adecuar los objetivos de la atención. Asimismo, existen variaciones regionales y culturales significativas en los descriptores utilizados y en la comprensión de conceptos como fin de vida, muerte digna y derechos del paciente en la etapa final de la vida, tanto en pacientes oncológicos como no-oncológicos[43]. No obstante, desde una perspectiva bioética ampliamente compartida, la terminalidad de la enfermedad debe abordarse siempre desde el respeto a la dignidad de la persona, entendiendo que la atención al final de la vida implica no solo la gestión clínica de la enfermedad, sino también el acompañamiento humano, emocional y moral del paciente y su entorno.

Es así que el final de la vida y su manejo deben ser abordados de manera activa por el médico intensivista, reconociendo que no todo lo técnicamente posible es clínicamente apropiado. En este contexto, la toma de decisiones compartida entre el equipo de salud y los familiares o representantes del paciente constituye un estándar de calidad, al permitir respetar los principios fundamentales de la bioética, evitar la prolongación innecesaria de la agonía, reducir los conflictos con la familia y mejorar la comunicación clínica. Para ello, es fundamental el desarrollo de protocolos institucionales que permitan identificar oportunamente la situación de final de la vida y optimizar su abordaje en la unidad de cuidados intensivos.

La consideración del final de la vida es especialmente relevante en los pacientes con fallo multiorgánico persistente e irreversible, a pesar de una escalada adecuada del soporte terapéutico, así como en aquellos con enfermedades terminales avanzadas, en quienes los objetivos del tratamiento deben alinearse con los valores, creencias y preferencias del paciente, priorizando el alivio del sufrimiento y evitando intervenciones fútiles. En este proceso, es esencial identificar y documentar a un representante legal o sustituto, quien participe en la toma de decisiones compartidas tras recibir una explicación clara y honesta del pronóstico real.

La evaluación del beneficio del soporte vital, así como la consideración de no-iniciar *(witholding)* o retirada *(withdraw)* del mismo, debe realizarse de manera interdisciplinaria, idealmente con la participación de comités de bioética y equipos de CP, integrando además las dimensiones culturales y espirituales del paciente y su familia. Para garantizar una atención de calidad al final de la vida, el equipo de cuidados intensivos debe contar con formación adecuada en CP, comunicación de malas noticias y ética clínica básica, competencias esenciales para una práctica intensivista humanizada, ética y centrada en el paciente[29].

Comentario final

La integración sistemática de la bioética en la práctica clínica cotidiana transforma la relación médico-paciente y orienta el acto médico hacia decisiones prudentes, proporcionadas y centradas en la persona. En el paciente oncológico crítico, esta integración resulta especialmente relevante para determinar el ámbito más adecuado de atención en función de la situación clínica, el pronóstico y los valores del paciente. En la práctica asistencial, se observa con frecuencia que los pacientes oncológicos tienen mayor probabilidad de ingreso en un SMI que de acceso a programas estructurados de CP, en parte debido a una mayor disponibilidad de camas de cuidados intensivos frente a la limitada oferta de recursos paliativos a nivel mundial. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de desarrollar políticas sanitarias que promuevan la formación de profesionales, la habilitación de unidades de CP y el compromiso institucional con modelos de atención integrados. La pandemia por COVID-19 evidenció de forma dramática estas carencias, obligando a muchos SMI a asumir funciones paliativas ante la ausencia de dispositivos específicos. En este contexto, se han propuesto 2 modelos principales de integración entre SMI y CP: el modelo consultivo, centrado en la participación de especialistas en CP para los pacientes con mayor riesgo de desenlaces adversos, y el modelo integrativo, que incorpora los principios paliativos en la práctica diaria de un SMI para todos los pacientes con enfermedad crítica. Ambos enfoques represen-

tan extremos de un continuo y no son excluyentes; la elección de uno u otro debe formar parte de una planificación estratégica adaptada a cada sistema sanitario[44].

Finalmente, la toma de decisiones en el paciente oncológico crítico debe sustentarse en el respeto a la dignidad, la autonomía y la autodeterminación, garantizando una información clara y veraz sobre la evolución de la enfermedad y la proximidad del final de la vida. La integración sistemática de la bioética en la práctica clínica permite alcanzar una proporcionalidad terapéutica que evite tanto el abandono como el encarnizamiento, humanizando el uso de las tecnologías biomédicas. Este enfoque, basado en los principios de la ética biomédica y en una ética relacional centrada en la persona, constituye un pilar esencial para una medicina intensiva ética, responsable y verdaderamente orientada al paciente.

Contribución de los autores

Coordinación del equipo de trabajo: Eric Mayor-Vázquez.

Redacción, revisión y aprobación del manuscrito original remitido: Eric Mayor-Vázquez, Beatriz Lobo-Valbuena, Santiago Cruz Montesinos y Rubén D. Camargo.

Gestión bibliográfica: Eric Mayor-Vázquez y Beatriz Lobo-Valbuena.

Creación de tablas y figuras: Eric Mayor-Vázquez, Beatriz Lobo-Valbuena y Rubén D. Camargo.

Revisión de comentarios editoriales, elaboración de carta de respuesta y de manuscrito modificado: Eric Mayor-Vázquez y Beatriz Lobo-Valbuena.

Declaración sobre el uso de la IA generativa y de las tecnologías asistidas por la IA en el proceso de redacción

No se ha empleado inteligencia artificial (IA) generativa en este manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflicto de intereses en la elaboración de este manuscrito.

Financiación

Los autores no han recibido financiación para la realización del manuscrito.

Bibliografía

1. Masters GA, Krilov L, Bailey HH, Brose MS, Brustein H, Diller LR, et al. Clinical cancer advances 2015: Annual report on progress against cancer from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol*. 2015;33:786–809, http://dx.doi.org/10.1200/JCO. 2014.59.9746.
2. Pene F, Percheron S, Lemiale V, Viallon V, Claessens YE, Marqué S, et al. Temporal changes in management and outcome of septic shock in patients with malignancies in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2008;36:690–696, http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0B013E318165314B.
3. Baliga MS, Marakala V, Madathil LP, George T, D'Souza RF, Palatty PL. Ethical and moral principles for oncology healthcare workers: A brief report from a bioethics consortium emphasizing need for education. *J Educ Health Promot*. 2024;13:145, http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_1048_23.
4. Rodríguez-Arnaíz GG. El imperativo tecnológico: una alternativa desde el humanismo. *Cuad Bioét*. 2004;15:53–67 [consultado 1 Oct 2025] Disponible en: https://aebioetica.org/revistas/2004/15/1/53/37.pdf.
5. Sarango J, Loayza T, Estrada L. La ética de Kant como fundamento para una educación moral en nuestros días. *Phainomenon*. 2024:23, http://dx.doi.org/10.33539/phai.v23i1.3227.
6. Cherny NI, Ziff-Werman B. Ethical considerations in the relief of cancer pain. *Support Care Cancer*. 2023;31:414, http://dx.doi.org/10.1007/s00520-023-07868-3.
7. Crico C, Sanchini V, Casali PG, Pravettoni G. Ethical issues in oncology practice: A qualitative study of stakeholders' experiences and expectations. *BMC Med Ethics*. 2022;23:67, http://dx.doi.org/10.1186/s12910-022-00803-x.
8. Cuenca Fito E, Mayor-Vázquez E, Díaz Lagares C, Vidal Tegedor B, Lázaro Martín NI, López Fernández A, et al. Factores determinantes en la decisión de ingreso de pacientes oncológicos en la unidad de cuidados intensivos: estudio español prospectivo multicéntrico. *Med Intensiva*. 2026;50:502344, http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2025.502344.
9. Azoulay E, Zafrani L, Nates J, Maillard A, Chean D, Ferreyro B, et al. Advances in the critical care management for patients with hematological malignancies. *Blood Rev*. 2025;74:101306, http://dx.doi.org/10.1016/j.blre.2025.101306.
10. Castro P, McEvoy C, Azoulay E. Critical care in hematologic emergencies. *Intensive Care Med*. 2026, http://dx.doi.org/10.1007/s00134-026-08322-8.
11. Mayor-Vázquez E, Cuenca Fito E, Marcos-Neira P, Díaz-Lagares C, Gomila-Sintes C, Albalá N, et al. Síndrome de liberación de citocinas y síndrome hemofagocítico asociados a inmunoterapia: una revisión narrativa. *Med Intensiva*. 2026;50:502254, http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2025.502254.
12. Bos MM, Verburg IW, Dumaij I, Stouthard J, Nortier JW, Richel D, et al. Intensive care admission of cancer patients: A comparative analysis. *Cancer Med*. 2015;4:966–976, http://dx.doi.org/10.1002/cam4.430.
13. Cuenca Fito E, González Castro A, Gómez Acebo I. Motivos de rechazo de ingreso en UCI en población oncológica y su asociación con la mortalidad a seis meses. *Med Intensiva*. 2024;48:616–620, http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2024.05.013.
14. Xia R, Wang D. Intensive care unit prognostic factors in critically ill patients with advanced solid tumors: A 3-year retrospective study. *BMC Cancer*. 2016;16:188, http://dx.doi.org/10.1186/s12885-016-2242-0.
15. Martos-Benítez FD, Soler-Morejón CD, Lara-Ponce KX, Orama-Requejo V, Burgos-Arangüez D, Larrondo-Muguercia H, et al. Critically ill patients with cancer: A clinical perspective. *World J Clin Oncol*. 2020;11:809–835, http://dx.doi.org/10.5306/wjco.v11.i10.809.
16. García de Herreros M, Laguna JC, Padrosa J, Barreto TD, Chicote M, Font C, et al. Characterisation and outcomes of patients with solid organ malignancies admitted to the intensive care unit: Mortality and impact on functional status and oncological treatment. *Diagnostics (Basel)*. 2024;14:730, http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics14070730.
17. Chaverra Castellar MI, Osorio Castaño JH. Voluntades anticipadas como referente ético de conocimiento en los enfermeros que laboran en servicios de oncología. *Rev Latinoam Bioet*. 2022;22:97–112, http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.5694.
18. Azoulay E, Schellongowski P, Darmon M, Bauer PR, Benoit D, Depuydt P, et al. The Intensive Care Medicine research agenda on critically ill oncology and hematology patients. *Intensive Care Med*. 2017;43:1366–1382, http://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-4884-z.
19. Rincón Roncancio M, Garzón F. Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos. *Rev Latinoam Bioet*. 2015;15:42–51, http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.534.
20. Abellán JC. Directivas anticipadas: un instrumento de autonomía para los pacientes oncológicos. *Rev Bioética*. 2023:37, http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420233471ES.
21. World Health Organization. *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines*. 2nd ed Geneva: World Health Organization; 2002.
22. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: The situation in 2017. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59:794–807, http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009.
23. Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid. *Atlas de cuidados paliativos en Europa 2025*. Madrid: ABIMAD; 2025 [consultado 10 Oct 2025] Disponible en: https://abimad.org/atlas-de-cuidados-paliativos-en-europa-2025/.
24. Parodi JF, Morante R, Hidalgo L, Carreño R. Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. *Horiz Med*. 2016;16:69–74 [consultado 10 Oct 2025] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100010&lng=es.
25. Wigmore TJ, Farquhar-Smith P, Lawson A. Intensive care for the cancer patient: Unique clinical and ethical challenges and outcome prediction in the critically ill cancer patient. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2013;27:527–543, http://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2013.10.002.
26. Hermsen MA, ten Have HAMJ. Moral problems in palliative care practice: A qualitative study. *Med Health Care Philos*. 2003;6:263–272, http://dx.doi.org/10.1023/A:1025986700278.
27. Estella A, Saralegui I, Rubio-Sanchiz O, Hernández-Tejedor A, López-Camps V, Martín MC, et al. Puesta al día y recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital. *Med Intensiva*. 2020;44:101–112, http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.006.
28. Kesecioglu J, Rusinova D, Alampi D, Arabi YM, Benbenishty J, Benoit D, et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2024;50:1740–1766, http://dx.doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1.
29. Marshall MF, Davis FD, Fogelman PA, Oczkowski S, Reid JC, Arellano D, et al. Society of Critical Care Medicine clinical practice guidelines on adult end-of-life care in the ICU. *Crit Care Med*. 2025;53:e2734–e2746, http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000006549.
30. Gracia D. Ética de los cuidados paliativos: entre la convicción y la responsabilidad. En: Gracia D, ed. *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004:463–495.
31. Cortina A. Morir en paz. En: Couceiro A, ed. *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela; 2004:343–364.
32. Cohen MG, Althouse AD, Arnold RM, Bulls HW, White DB, Chu E, et al. Hope and advance care planning in advanced cancer: Is there a relationship? *Cancer*. 2022;128:1339–1345, http://dx.doi.org/10.1002/cncr.34034.
33. Sulmasy DP. Sedation and care at the end of life. *Theor Med Bioeth*. 2018;39:171–180, http://dx.doi.org/10.1007/s11017-018-9441-4.

34. Guité-Verret A, Boivin J, Hanna AMR, Downar J, Bush SH, Marcoux I, et al. Continuous palliative sedation until death: A qualitative study of palliative care clinicians' experiences. *BMC Palliat Care*. 2024;23:104, http://dx.doi.org/10.1186/s12904-024-01426-2.
35. Murphy JG. The principle of double effect. *Int Philos Q*. 2013;53:189–205, http://dx.doi.org/10.5840/ipq201353220.
36. Gillon R. The principle of double effect and medical ethics. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292:193–194, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.292.6514.193.
37. Connor SR. *Global atlas of palliative care at the end of life.*. 2nd London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020 [consultado 12 Oct 2025] Disponible en: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
38. Australian Commission on Safety, Quality in Health Care (ACSQHC). *National consensus statement: Essential elements for safe and high-quality end-of-life care*. Sydney: ACSQHC; 2015 [consultado 12 Oct 2025] Disponible en: https://www.safetyandquality.gov.au.
39. Kim SH, Shin DW, Kim SY, Yang HK, Nam E, Jho HJ, et al. Terminal versus advanced cancer: do the general population and health care professionals share a common language? *Cancer Res Treat*. 2016;48:759–767, http://dx.doi.org/10.4143/crt.2015.124.
40. Organización Médica Colegial (OMC), Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Declaración sobre la atención médica al final de la vida. *Cuad Bioet*. 2003;14 [consultado 23 Ago 2026] Disponible en: https://repository.globethics.net/handle/20.500.12424/203958.
41. American Cancer Society. *Cancer facts and figures 2025*. Atlanta: American Cancer Society; 2025 [consultado 16 Ene 2026] Disponible en: https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/2025-cancer-facts-figures.html.
42. Goodman DC, Morden NE, Chang CH. *Trends in cancer care near the end of life: a Dartmouth Atlas of Health Care brief*. Lebanon (NH): Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice; 2024 [consultado 24 Ene 2026] Disponible en: https://data.dartmouthatlas.org.
43. Ivankovics I, Rodrigues Vieira GS, Faleiro LF, de Moraes Vieira TF, Nunes R. Muerte digna en la Unidad de Cuidados Intensivos: ¿Cómo se ha llevado a cabo? *Acta Bioeth*. 2023;29:213–217, http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2023000200213.
44. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, et al., Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU). Project Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2010;38:1765–1772, http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e8ad23.