




## Antibióticos en el final de la vida: entre el alivio sintomático y la desproporción terapéutica. Revisión narrativa

### *Antibiotics at the end of life: between symptomatic relief and therapeutic disproportion. Narrative review*

#### Autores

  **Luzdari Patricia Torres Palacios\***

  **María José Peralta Godoy**

  **Mariana Concepción Vallejo Martínez**

Universidad Católica Santiago de Guayaquil  
Guayaquil, Ecuador.

Unidad de Cuidados Paliativos. Instituto  
Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo.  
Sociedad de Lucha contra el Cáncer, SOLCA  
Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

\*Autor de correspondencia

**Citacion sugerida:** Torres L, Peralta M, Vallejo M. Antibióticos en el final de la vida: entre el alivio sintomático y la desproporción terapéutica. Revisión narrativa. Rev. Qhalikay, 2026; 10(1): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.33936/qkrcs.v10i1.8338>

Recibido: Marzo 13, 2026

Aceptado: Abril 9, 2026

Publicado: Abril 20, 2026

#### Resumen

El uso de antibiótico en el final de la vida representa un desafío clínico y ético, debido a la tensión entre el alivio sintomático y el riesgo de desproporción terapéutica. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar críticamente la evidencia disponible sobre el uso de antibióticos en el final de la vida. Para ello, se realizó una revisión narrativa de la literatura entre enero 2018 a diciembre 2025, con actualización enero 2026. Utilizando bases como LILACS, Redalyc, PsicoINFO, PUBMED/MEDLINE, Scopus y SciELO. Utilizando descriptores como cuidados paliativos, cuidado terminal, antibacterianos, inutilidad médica, combinados con booleanos. Se incluyeron artículos a texto completo, en inglés, portugués y español. Se excluyeron publicaciones no relacionada con la temática y duplicados. Se identificaron 42 estudios, solo 32 cumplieron con los criterios de inclusión. En el final de la vida el uso de antibióticos es frecuente y empírico, incluso en ausencia de confirmación microbiológica. Los beneficios clínicos son variables, no se ha develado mejoría consistente sobre la sintomatología o supervivencia. Además, se identificaron riesgos asociados, efectos adversos, incremento de la medicalización y resistencia antibiótica. En este contexto, su indicación debe basarse en una evaluación ética y proporcional, priorizando el confort, la dignidad y los valores del paciente en el final de la vida.

**Palabras clave:** antibacterianos; cuidados paliativos; cuidado terminal; inutilidad médica.

#### Abstract

The use of antibiotics at the end of life represents a clinical and ethical challenge, due to the tension between symptomatic relief and the risk of therapeutic disproportion. In this context, the present study aimed to critically analyze the available evidence on the use of antibiotics at the end of life. To this end, a narrative literature review was conducted from January 2018 to December 2025, with an update in January 2026. Databases including LILACS, Redalyc, PsycINFO, PubMed/MEDLINE, Scopus, and SciELO were searched using descriptors such as palliative care, end-of-life care, antibacterial agents, and medical futility, combined with Boolean operators. Full-text articles in English, Portuguese, and Spanish were included, while studies not related to the topic and duplicates were excluded. A total of 42 studies were identified, of which 32 met the inclusion criteria. At the end of life, antibiotic use is frequent and predominantly empirical, even in the absence of microbiological confirmation. Clinical benefits are variable, with no consistent evidence of improvement in symptom control or survival. Additionally, associated risks were identified, including adverse effects, increased medicalization, and antimicrobial resistance. In this context, antibiotic use should be guided by an ethical and proportional evaluation, prioritizing patient comfort, dignity, and individual values at the end of life.

**Keywords:** Anti-bacterial agents; palliative care; terminal care; medical futility.



## Introducción

El uso de antibióticos en pacientes que se encuentran en el final de la vida representa un desafío ético y clínico en el ámbito de los cuidados paliativos<sup>1</sup>. En este escenario, la atención se enmarca en el alivio del sufrimiento y preservar la calidad de vida, evitando intervenciones que pueden prolongar de manera innecesaria el sufrimiento y el proceso de morir o que incrementen la carga sin un beneficio claro<sup>2</sup>.

En la actualidad, la práctica clínica va orientada a mantener o iniciar un esquema antibiótico incluso en fases avanzadas de la enfermedad, muchas veces bajo un esquema empírico y en ausencia de una conformación microbiológica. Esta conducta refleja, por un lado, la dificultad de delimitar el momento en que una intervención deja de ser beneficiosa y por otro, la inercia terapéutica propia de los entornos hospitalarios<sup>3</sup>.

Varios estudios<sup>2,4-6</sup> muestran resultados variables respecto al impacto de los antibióticos en el alivio de los síntomas y la supervivencia en los pacientes de unidades paliativas o que transitan en el final de la vida. Si bien algunos autores sugieren beneficios limitados en infecciones específicas, otros no evidencian mejorías clínicas significativas en pacientes con deterioro avanzado. De igual forma se han descrito riesgos relevantes como efectos adversos, procedimientos invasivos innecesarios y aumento de la medicalización en una etapa donde los objetivos paliativos deberían centrarse en el confort del paciente<sup>7,8</sup>.

En este medio, es cuando emerge el concepto de desproporcionalidad terapéutica, interpretado como el manejo de intervenciones cuya carga supera los beneficios esperables. La administración de tratamiento antibiótico en el final de la vida puede asentarse dentro de este marco cuando no se alinea al pronóstico, ni a la fase evolutiva de la enfermedad, menos aún a las preferencias del paciente<sup>1,9</sup>.

La actual dispersión de evidencia científica y la falta de integración clara entre estudios clínicos similares, imposibilitan un equilibrio apropiado frente a la desproporción terapéutica, esta carencia de estándares y de consensos unificados hace necesario plantear una revisión profunda con la finalidad de integrar y analizar de manera crítica la evidencia disponible en la literatura sobre el uso de antibióticos en el final de la vida, abordando su impacto a nivel clínico, pronóstico, ético y su relación con la desproporción terapéutica en el ámbito de los cuidados paliativos.

## Metodología

Se desarrolló una revisión narrativa de literatura, con la finalidad de integrar y analizar de manera crítica la evidencia disponible sobre el uso de antibióticos en el final de la vida, incorporando dimensiones clínicas y éticas. Para ello, se efectuó la búsqueda en bases de datos del tipo: Información de Ciencias de la Salud de América Latina y el Caribe (LILACS), Información Psicológica (PsicoINFO), Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en Línea/Pubmed (MEDLINE), Scopus, SciELO y Redalyc. Considerando publicaciones entre enero 2018 hasta diciembre 2025, con actualización en enero 2026. Se emplearon descriptores (DECS/MESH) en español e inglés relacionados con “Cuidados Paliativos”; “Cuidado terminal”; “antibacterianos” e “Inutilidad médica” y se cruzaron con operadores booleanos “AND” y “OR”.

Para este estudio se incluyeron artículos originales, revisiones y estudios con relevancia clínica y bioética, publicados en inglés, español o portugués, disponibles a texto completo. Se excluyeron estudios no relacionados con la temática y duplicados.

El proceso de selección de los estudios se desarrolló en dos fases: primero se revisaron títulos y resúmenes para identificar su pertinencia temática; en la segunda fase se realizó la lectura a texto completo de los artículos potencialmente elegibles. La selección fue realizada por dos investigadores de manera independiente, resolviendo discrepancias mediante consensos o con la participación de un tercer evaluador.

Como resultado de la búsqueda inicial, se identificaron 42 publicaciones. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron finalmente 32 artículos que conformaron el corpus de análisis. Dado el enfoque narrativo, no se aplicaron herramientas formales de evaluación del riesgo de sesgo; sin embargo, se dio prioridad a la parte conceptual, la calidad de las fuentes y la coherencia con los objetivos del estudio.

## Resultados y discusión

En esta sección se describen las observaciones más relevantes en torno a la temática de estudio, extraída de artículos observacionales, retrospectivos, prospectivos, cualitativos, revisiones sistemáticas y de reflexión bioética. La exploración que se presenta a continuación se confeccionó en cinco tópicos: a) prevalencia y patrones de prescripción, b) indicaciones clínicas, beneficios sintomáticos; c) riesgos y cargas clínicas; d) supervivencia y trayectoria del final de la vida ; e) dimensión ética y desproporción terapéutica.

### Prevalencia y patrones de prescripción

La revisión de literatura establece que el uso de antibióticos en pacientes que se encuentran en el final de la vida (días o semanas previas a la muerte) es una práctica prevalente en el ámbito hospitalario con tasas que varían entre el 27 al 87 %<sup>5,10,11</sup>. Esta amplia variabilidad no solo refleja diferencias entre ambientes asistenciales, sino que deja en evidencia la ausencia de criterios clínicos estandarizados para su indicación en esta etapa.

De manera particular, la mayor prevalencia observada ocurre en hospitales de agudos y en unidades de cuidados intensivos, lo que vislumbra que la intensidad terapéutica se mantiene incluso cuando el enfoque debería reorientarse hacia el confort, lo que evidencia una transición incompleta hacia modelos de atención paliativa<sup>12,13</sup>.

Más allá de la prevalencia, el perfil farmacológico se caracterizó por el uso predominante de antibióticos del tipo betalactámicos de tercera generación, combinados con inhibidores de betalactamasa, carbapenémicos, fluoroquinolonas y glucopéptidos<sup>2,5,10,11,14</sup>, lo que permite deducir que la prescripción está guiada principalmente por la incertidumbre clínica, más no se orienta a un diagnóstico dirigido. Esta situación es importante debido a que la antibioticoterapia en el final de la vida responde a una lógica de cobertura ante la sospecha, en lugar de una decisión deliberada basada en la probabilidad real del beneficio.

De igual forma, la variabilidad en la duración del tratamiento y su inicio en fases previas al fallecimiento evidencia una discordancia entre la evolución clínica del paciente y a la indicación terapéutica<sup>4,5,10,11,15</sup>. El hecho de que muchos pacientes reciban antibióticos en sus últimos días de vida e incluso fallezcan durante su administración<sup>16,17</sup>, plantea cuestionamientos sobre la pertinencia de esta intervención en etapas donde el desenlace es irreversible.

La suspensión tardía o incluso la no suspensión del tratamiento antibiótico<sup>2</sup>, refuerza la idea de que la reevaluación terapéutica no se realiza de manera sistémica. Este fenómeno puede interpretarse como una manifestación de inercia clínica, en la que las decisiones se mantienen por continuidad más que por una valoración activa del beneficio esperado.

En cuanto a la vía de administración, el predominio de la vía intravenosa, de acuerdo a la literatura alcanza cifras superiores al 80% en los entornos hospitalarios, lo que introduce una carga adicional que trasciende el efecto farmacológico<sup>12,14</sup>. La necesidad de dispositivos invasivos, monitorización y posibles prolongaciones de la estancia hospitalaria puede contradecir los objetivos del cuidado paliativo, centrado en el confort y la minimización de intervenciones innecesarias. La transición limitada hacia la vía oral<sup>10</sup> sugiere, nuevamente que la reevaluación del plan terapéutico no siempre acompaña la evolución del paciente.

Finalmente, el carácter empírico de la prescripción, con baja confirmación microbiológica, evidencia una práctica clínica que se enfoca en signos inespecíficos más que en un diagnóstico confirmado. Este comportamiento está centrado no solo a una cultura hospitalaria pensada en el control biológico de la enfermedad y por la incertidumbre clínica asociada al estadio terminal del paciente, sino que también obedece a factores como la cultura hospitalaria, la presión asistencial y la dificultad de aceptar la limitación terapéutica.

### Indicaciones clínicas y beneficios sintomáticos

Desde el punto de vista clínico, la administración de antibióticos en pacientes que transitan en el final de la vida se justifica principalmente por su potencial efecto en el alivio sintomático más que en una intención curativa. Con todo, la evidencia sugiere que este fundamento terapéutico no es uniforme ni consistentemente sustentado en resultados clínicos claros. Si bien las infecciones respiratorias, urinarias y de tejidos blandos constituyen las principales indicaciones reportadas<sup>2,7,8,11</sup>, el beneficio clínico asociado al tratamiento antibiótico parece estar condicionado de manera significativa por el estado funcional del paciente, particularmente del momento evolutivo de la enfermedad.

En lo que respecta a infecciones respiratorias, específicamente la neumonía, frecuente en pacientes en etapa terminal. Algunos estudios<sup>16,18</sup>, describen mejoría inicial en parámetros como secreciones o carga bacteriana. Pero, cuando estos

cuadros se presentan en pacientes con deterioro neurológico avanzado, aspiración recurrente o fallo multiorgánico, la respuesta clínica es limitada<sup>5</sup>. Aunque en fases avanzadas, el proceso infeccioso forma parte del deterioro global del paciente más que un evento potencialmente reversible, lo que cuestiona la utilidad real de la antibioticoterapia en estos escenarios.

De manera consistente, estudios comparativos en pacientes con fragilidad extrema no reportan diferencias significativas en síntomas clave como la disnea (síntoma cardinal en cuidados paliativos), fiebre, dolor o alteración del estado mental entre pacientes manejados con antibioticoterapia y en aquellos que no, durante las fases avanzadas de la enfermedad<sup>10,11</sup>. En este punto es particularmente relevante, ya que pone en duda uno de los principales argumentos para su uso en cuidados paliativos: el alivio del sufrimiento. En este sentido, resulta necesario diferenciar entre cambios en parámetros biológicos y mejoría clínicamente perceptible, dado que el control de la infección no necesariamente se traduce en confort para el paciente.

En el caso de infecciones urinarias recurrentes, la evidencia muestra un comportamiento distinto, con cierta mejoría clínica de la disuria, principalmente en pacientes con mayor reserva funcional y menor carga sistémica de enfermedad<sup>5</sup>. Sin embargo, incluso en este grupo, la indicación terapéutica no siempre se encuentra respaldada por la confirmación microbiológica ni por criterios clínicos estrictos, lo que deja entrever una tendencia a sobre diagnosticar y tratar empíricamente. El hecho de que solo una proporción limitada de las indicaciones sea considerada apropiada refuerza la idea de que la decisión de tratar responde, en muchos casos, más a la práctica clínica habitual que a una valoración individualizada del beneficio.

Asimismo, el inicio de la antibioticoterapia en ausencia de confirmación microbiológica, basada en signos inespecíficos como fiebre o elevación de marcadores inflamatorios, evidencia una dificultad para diferenciar entre procesos infecciosos reales y respuestas fisiológicas propias del final de vida<sup>19</sup>. Esto implica un riesgo de medicalización innecesaria<sup>15,20</sup> en la que el tratamiento se orienta a corregir alteraciones biológicas sin considerar el impacto real sobre la experiencia del paciente.

Por otro lado, la identificación de factores asociados al inicio de antibioticoterapia, por ejemplo, la hospitalización prolongada<sup>21</sup>, ingreso en cuidados intensivos o presencia de dispositivos invasivos<sup>19</sup>, sugiere que la indicación no depende exclusivamente de la condición clínica, sino también del contexto asistencial. Demostrando que el entorno hospitalario favorece una mayor intensidad terapéutica, incluso en situaciones donde el beneficio es incierto.

En términos globales, la mejoría clínica asociada al uso de antibióticos en el final de la vida es variable, y en muchos casos limitada<sup>6,14,17</sup>. La evidencia muestra que solo una proporción reducida de pacientes experimenta beneficio, mientras que en otros no se observa un impacto significativo. Esta situación, en conjunto con la falta de consistencia entre estudios, sugiere que el uso de antibióticos en este contexto no puede considerarse una intervención universalmente beneficiosa.

Finalmente, el estado inflamatorio persistente propio de las fases avanzadas de la enfermedad limita la respuesta a la terapia antimicrobiana, lo que favorece la repetición de esquemas de amplio espectro y contribuye al desarrollo de resistencia bacteriana. Este fenómeno introduce una dimensión adicional al problema, al trascender el beneficio individual y plantear implicaciones en la salud pública. En conjunto, estos elementos permiten sostener que la indicación de antibióticos en el final de la vida requiere una evaluación más rigurosa y contextualizada, que distinga entre intervenciones potencialmente beneficiosas y aquellas que, aunque justificadas desde una lógica biomédica, no aportan valor real al bienestar del paciente.

## Riesgo y cargas clínicas

La literatura especializada muestra que el uso de antibióticos en el final de la vida no es una intervención neutra, sino que se asocia a un conjunto de riesgos clínicos que adquieren una relevancia particular en pacientes con alta fragilidad. Si bien la literatura describe efectos adversos como reacciones alérgicas, problemas gastrointestinales, alteraciones del estado mental, disfunción orgánica y eventos derivados de interacciones farmacológicas. Estas complicaciones no solo tienen implicaciones biomédicas, también inciden sobre el confort y la calidad de vida en una etapa donde el objetivo principal del cuidado es el alivio del sufrimiento<sup>8</sup>.

En este contexto, la aparición de eventos adversos debe interpretarse no solo en términos de frecuencia, sino en relación

con su carga para el paciente. Incluso efectos considerados esperables pueden tener un impacto desproporcionado en personas con deterioro avanzado, al generar mayor dependencia, incomodidad y pérdida de autonomía. Esto sugiere que la tolerabilidad de la antibioticoterapia en el final de la vida no puede evaluarse bajo los mismos criterios que en pacientes con potencial de recuperación.

Un aspecto particularmente relevante es el riesgo de la infección por *Clostridioides difficile*, cuya presentación en pacientes que cursan el final de vida, se asocia con un deterioro acelerado y significativo compromiso del bienestar<sup>15,22</sup>. Este tipo de complicaciones evidencia que la antibioticoterapia, lejos de ser una intervención de bajo impacto, puede introducir nuevas fuentes de sufrimiento en una fase donde la prioridad debería ser la estabilidad clínica del paciente.

Adicionalmente, el uso empírico o profiláctico de antibióticos contribuye al desarrollo de resistencia antimicrobiana, lo que introduce una dimensión ética que trasciende al paciente individual. En este sentido, los pacientes en el final de la vida pueden convertirse en reservorios de bacterias multirresistentes, lo que plantea interrogantes sobre la responsabilidad en el uso de antimicrobianos en contextos donde el beneficio clínico es incierto<sup>23</sup>.

Por ende, estos hallazgos permiten sustentar que los riesgos y cargas asociados al uso de antibióticos en el final de la vida son significativos y, en muchos casos, subestimados. Por ello, su indicación debería ir más allá de la lógica biomédica tradicional e incorporar una evaluación crítica que considere no solo los posibles beneficios, sino también el impacto global sobre la experiencia del paciente en su etapa final.

### Impacto en la supervivencia y trayectoria en el final de la vida

La relación entre el uso de antibióticos y la supervivencia en pacientes en el final de la vida es compleja y, en muchos casos, clínicamente ambigua. Aunque algunos estudios<sup>19,23,24</sup> sugieren que su administración puede asociarse con una prolongación limitada de la vida en pacientes con mayor reserva funcional o ante infecciones potencialmente reversibles, este efecto suele ser transitorio y altamente dependiente del contexto clínico. Más que un beneficio sostenido, estos hallazgos parecen reflejar situaciones puntuales donde aún existe cierto margen de respuesta fisiológica.

Si bien, cuando la enfermedad se encuentra en fases avanzadas o en agonía activa, la evidencia converge en señalar la ausencia de un impacto significativo en la supervivencia global<sup>25</sup>. En estos escenarios, el curso clínico está determinado principalmente por la progresión de la enfermedad de base, lo que sugiere que el control del proceso infeccioso tiene un efecto limitado frente al deterioro sistémico. El hecho de que muchos pacientes fallezcan mientras recibe antibioticoterapia, no solo evidencia esta falta de impacto, sino que plantea interrogantes sobre el sentido clínico de mantener este tipo de intervenciones en etapas irreversibles.

Sumado a esto, resulta fundamental distinguir entre prolongación biológica y beneficio clínicamente significativo. Aumentar los días de vida no necesariamente implica mejorar la experiencia del paciente, especialmente cuando dicha prolongación ocurre en condiciones de deterioro funcional, dependencia o intervenciones médicas intensivas<sup>6</sup>. Esta distinción es particularmente relevante en cuidados paliativos, donde el objetivo no es extender la vida a cualquier costo, sino preservar su calidad hasta el final.

Desde esta perspectiva, el uso de antibióticos podría tener un impacto limitado en la prolongación de la vida, pero una influencia significativa en la forma en la que se experimentan sus últimos momentos. La evidencia sugiere que su administración se asocia, en algunos casos, con estancias hospitalarias más prolongadas y con una transición tardía hacia enfoques centrados en el confort<sup>4,6,26</sup>. Esto implica que, aunque la intervención no modifique el desenlace, sí puede alterar el entorno en el que ocurre el proceso de morir, alejándolo de escenarios más humanizados o acordes con los objetivos paliativos.

Asimismo, la aparente prolongación de la supervivencia observada en ciertos estudios<sup>10,27</sup> debe interpretarse con cautela, ya que no siempre se acompaña de una mejoría en bienestar, funcionalidad o calidad de vida. Lo que refuerza la necesidad de replantear el valor clínico de intervenciones que, aunque logran extender el tiempo biológico, no aportan beneficios tangibles para el paciente.

Estos hallazgos proponen que la antibioticoterapia en el final de la vida no modifica de manera sustancial la trayectoria del morir, pero sí puede influir en sus condiciones. Por ello, su indicación debería considerar no solo la posibilidad de prolongar la vida, sino el tipo de experiencia que se está configurando en ese tiempo adicional. Esta reflexión resulta clave para evitar intervenciones que, aunque técnicamente justificables, no se alinean con una atención centrada en la dignidad y el sentido del cuidado en el final de la vida.

## Dimensión ética y desproporción terapéutica

La discusión ética en torno al uso de antibióticos en el final de la vida trasciende la decisión técnica de tratar o no una infección, y se sitúa en un plano más profundo, es decir sobre la definición del tipo de cuidado que se ofrece cuando la expectativa de vida es limitada. En este escenario, la proporcionalidad terapéutica emerge como un criterio fundamental para orientar la toma de decisiones, al exigir que exista una relación razonable entre los beneficios esperados y las cargas que la intervención impone al paciente<sup>28</sup>.

Desde este punto de vista, la antibioticoterapia no puede considerarse una práctica indiferente. Cuando su uso no se traduce en beneficios clínicamente significativos y, por el contrario, incrementa la complejidad asistencial, el sufrimiento o la necesidad de intervenciones adicionales, puede configurarse como una forma de desproporción terapéutica o inutilidad médica. Este escenario resulta especialmente relevante cuando el tratamiento se mantiene por inercia clínica, más que como resultado de una deliberación consciente y contextualizada<sup>7,29</sup>.

Un elemento que contribuye a esta problemática es la percepción de los antibióticos como intervenciones básicas o de bajo impacto<sup>20</sup>. Esta aparente inocuidad favorece la continuidad de su uso incluso cuando otras medidas han sido limitadas, desplazando la reflexión ética hacia un plano técnico, centrado en la infección, en lugar de los objetivos globales del cuidado. Ante esta realidad, la prescripción de antibióticos puede convertirse en una acción automática que no siempre se cuestiona en relación con el momento evolutivo del paciente.

Incluso la toma de decisiones en el final de la vida se encuentra atravesada por factores emocionales y relacionales. Tanto profesionales como familiares pueden inclinarse hacia la continuidad del tratamiento por la necesidad de no abandonar, incluso cuando el beneficio clínico es incierto<sup>30,31</sup>. Este fenómeno evidencia que la decisión no es exclusivamente médica, sino también humana, y que en ella confluyen valores, expectativas y dificultades para aceptar la limitación terapéutica.

Sin embargo, precisamente en este punto radica la importancia de reorientar la pregunta clínica. Más allá de considerar si es posible tratar una infección, resulta fundamental cuestionar si la intervención aporta valor real al tiempo que le queda al paciente o si, por el contrario, introduce una carga adicional en una etapa especialmente vulnerable. Este cambio de enfoque permite desplazar la atención desde la enfermedad hacia la persona, alineando las decisiones con los principios de los cuidados paliativos.

En este marco, el respeto a la autonomía adquiere un papel central. Escuchar activamente las prioridades, creencias y expectativas del paciente facilita la construcción de decisiones compartidas, evitando intervenciones que no reflejen sus valores. La deliberación ética, entendida como un proceso progresivo y contextualizado, permite integrar la información clínica con los objetivos del cuidado, favoreciendo decisiones más coherentes y humanizadas<sup>32</sup>.

En definitiva, la desproporción terapéutica en el uso de antibióticos no se define por la intervención en sí misma, sino por el contexto en el que se aplica, el pronóstico, la fase evolutiva de la enfermedad, la probabilidad de beneficio y la coherencia con el plan de cuidado. Reconocer esta complejidad es fundamental para evitar prácticas inconscientes y promover un uso más prudente, reflexivo y centrado en la dignidad del paciente en el final de la vida.

## Limitaciones

Las limitaciones de esta investigación se centraron en que los estudios fueron retrospectivos y con poblaciones heterogéneas, lo que dificultó establecer relaciones causales firmes, por lo que se plantea la necesidad de estudios con diseños prospectivos que contemplen resultados clínicos, calidad de vida y reflexión ética.

## Conclusiones

El uso de antibióticos en el final de la vida es una práctica frecuente que no siempre se traduce en un beneficio real para el paciente, especialmente en etapas avanzadas donde la enfermedad ya ha definido su curso. En muchos casos, más que aliviar, puede añadir cargas innecesarias y alejar el cuidado de su verdadero propósito. Por ello, su indicación no debería responder únicamente a la posibilidad de tratar una infección, sino a una reflexión más profunda sobre lo que

realmente aporta al bienestar de la persona. Desde una mirada bioética, resulta fundamental preguntarse si el tratamiento mantiene una relación equilibrada entre beneficios y cargas, evitando intervenciones que prolonguen el proceso de morir sin sentido clínico ni humano. Ante esta realidad es necesario escuchar al paciente, comprender sus valores y acompañar sus decisiones, es en este punto donde se vuelve esencial ofrecer un cuidado coherente, digno y verdaderamente centrado en el alivio del sufrimiento en el final de la vida.

### Conflictos de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

### Referencias bibliográficas

1. Miranda-Chávez B, Fuentes-Yufra A, Hueda-Zavaleta M, Copaja-Corzo C, Flores-Cohaila J, Rivarola-Hidalgo M. The Use of Antibiotics at the End of Life: A Cross-Sectional Study. *Health Serv Insights*. 1 de septiembre de 2024;17. doi: <https://doi.org/10.1177/11786329241280812>
2. Silva R, Silva J, Neves A, Canelas D, Neves J, Andrade J, et al. Benefits and Harms of Antibiotic Use in End-of-Life Patients: Retrospective Study in Palliative Care. *Antibiotics*. 1 de agosto de 2025;14. doi: <https://doi.org/10.3390/antibiotics14080782>
3. Erazo-Muñoz M, Restrepo D, Benavides-Cruz J, Pachón P, Gutiérrez L, Luna J. Association Between Antibiotic Withdrawal and End-of-Life Comfort in Patients with Advanced Cancer and Suspected Infections: A Multicenter Retrospective Cohort Study. *Palliat Med Rep*. 1 de enero de 2025;6 (1):446-55. doi: <https://doi.org/10.1177/26892820251376993>
4. Kwon MK, Jung KH, Choi S, Kim HK, Woo C, Lee M, et al. Antibiotics use patterns in end-of-life cancer patients and medical staff's perception of antimicrobial stewardship programs. *Korean J Intern Med*. 17 de agosto de 2023;38:758-68. doi: <https://doi.org/10.3904/kjim.2023.160>
5. Radhi S, Alamri M, Ksibati A, Shahda N, Alsuhaib A, Zakkar M, et al. Prevalence and Symptomatic Benefit of Antibiotic Use in End-of-Life Patients in Saudi Arabia: An Observational Cohort Study. *J Palliat Care*. 8 de mayo de 2025; 8258597251336821. doi: <https://doi.org/10.1177/08258597251336821>
6. Wi Y, Kwon K, Hwang S, Bae S, Kim Y, Chang H, et al. Use of antibiotics within the last 14 days of life in Korean patients: A Nationwide Study. *J Korean Med Sci*. 15 de febrero de 2023;38. doi: <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e66>
7. Bantikassegn A. Ethical and practical issues with the use of antimicrobial Agents during the End of Life. *J Hosp Palliat Care*. 1 de septiembre de 2024;27(3):99-102. doi: <https://doi.org/10.14475/jhpc.2024.27.3.99>
8. Kang M, Wang WS, Chang Z. Antibiotic use at the End of Life: Current practice and ways to optimize. *Am J Hosp Palliat Care*. junio de 2025;42(6):610-5. doi: <https://doi.org/10.1177/10499091241266986>
9. Vaughan L, Duckett AA, Adler M, Cain J. Ethical and clinical considerations in treating Infections at the End of Life. *J Hosp Palliat Nurs*. abril de 2019;21(2):110-5. doi: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000541>
10. Lopez S, Vyas P, Malhotra P, Finuf K, Magalee C, Nouryan C, et al. A Retrospective study analyzing the lack of symptom benefit with antimicrobials at the End of Life. *Am J Hosp Palliat Med*. 1 de abril de 2021;38(4):391-5. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909120951748>
11. Mamak T, Hadiseh H, Shirin F, Masoud P, Mohammadreza S, Mahsa A. Antibiotic treatment in end stage cancer patients; Advantages and Disadvantages. *Cancer Inform*. 1 de enero de 2023;22. doi: <https://doi.org/10.1177/11769351231161476>
12. Kates O, Krantz E, Lee J, Klaassen J, Morris J, Mezheritsky I, et al. Association of physician orders for Life-Sustaining treatment with inpatient antimicrobial use at End of Life in patients with Cancer. *Open Forum Infect Dis*. 1 de agosto de 2021;8. doi: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab361>
13. Lee S, Datta R. Frontiers in antimicrobial stewardship: antimicrobial use during end-of-life care. *Antimicrob*



- Steward Healthc Epidemiol ASHE. 2 de octubre de 2023;3(1):e164. doi: <https://doi.org/10.1017/ash.2023.207>
14. Jones E, Howley F, Anderson C, Grennan S, Fagan R, Korn B, et al. Antibiotic use in patients approaching End of Life – A retrospective review in a tertiary Irish Hospital. *Age Ageing*. 1 de diciembre de 2025;54(Supplement\_4):afaf318.044. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf318.044>
  15. Pandey S, Wisniewski R, Morjaria Sejal, Bianchi AL, Newman Tiffani, Tan C, et al. Factors associated with antimicrobial use at the End-Of-Life among hospitalized cancer patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 22 de febrero de 2023;41:8-15. doi: <https://doi.org/10.1177/10499091231160185>
  16. Festou B, Quesnel PA, Ndiaye A, Faucher JF, Tchalla A. Prevalence of antibiotic prescription in the End-Of-Life care of hospitalised geriatric patients presented fever or Hypothermia Running Title: Antibiotic Prescription in the End-Of-Life Care. *Arch Infect Dis Ther*. 8 de julio de 2025;9(2):1-8. doi: <https://doi.org/10.33140/AIDT>
  17. Poojary S, Deodhar J, Chodankar A, Damani A, Ghoshal A, Muckaden M. Antibiotic use during end of life in patients with advanced malignancy: A retrospective analysis. *J Clin Oncol*. 20 de mayo de 2021;39. doi: [https://doi.org/10.1200/jco.2021.39.15\\_](https://doi.org/10.1200/jco.2021.39.15_)
  18. Moen MK, Løhre ET, Jakobsen G, Thronæs M, Klepstad P. Antibiotic therapy in integrated Oncology and Palliative Cancer Care: An observational study. *Cancers*. 22 de marzo de 2022;14(7):1602. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers14071602>
  19. Thomas A, Davis L, Dolan A, Prewett R. Utilization of Antibiotics for the Treatment of Urinary Tract Infections in End-of-Life Patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 13 de agosto de 2024;42:769-74. doi: <https://doi.org/10.1177/10499091241273949>
  20. Paez-Velásquez J, Márquez-González H, Guadarrama-Orozco J. Antibiotics in the end-of-life phase in pediatric oncological patients with a diagnosis of terminal illness: a dilemma. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2 de noviembre de 2023;80 5:279-87. doi: <https://doi.org/10.24875/bmhim.23000039>
  21. Kim JH, Yu J, Yoo S, Sim JA, Keam B, Heo DS. Broad-Spectrum antibiotic use at the End of Life in patients with advanced Cancer. *JAMA Netw Open*. 1 de septiembre de 2025;8. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.30980>
  22. Rosa WE, Pandey S, Wisniewski R, Blinderman C, Cheong MWL, Correa-Morales JE, et al. Antimicrobials in serious illness and end-of-life care: lifting the veil of silence. *Lancet Infect Dis*. 1 de julio de 2025;25(7):e416-31. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00832-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00832-6)
  23. Chamberlain C, Tammes P, Jones T, Pullyblank A, Blazeby JM, Thackray KE, et al. Novel methods to define invasive procedures at the end of life were developed to improve quality of End of Life care research: a population-based cohort study in colorectal cancer. *J Clin Epidemiol*. 1 de noviembre de 2023;163:51-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2023.08.018>
  24. Howley F, Jones E, Anderson C, Fagan R, Grennan S, Korn B, et al. Factors influencing antimicrobial choice and duration during the last month of Life in Hospitalized Patients. *Open Forum Infect Dis*. 3 de noviembre de 2025;12(11):ofaf670. doi: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaf670>
  25. Ham L, Geijteman E, Aarts M, Kuiper J, Kunst P, Raijmakers N, et al. Use of potentially inappropriate medication in older patients with lung cancer at the end of life. *J Geriatr Oncol*. 1 de agosto de 2021. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.07.009>
  26. Amado-Tineo J, Segura MA, Che-H E, Vargas-Tineo O, Solis J, Oscanoa-Espinoza T, et al. Calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado según lugar de atención en un hospital de referencia. *Rev Fac Med Humana*. enero de 2021;21(1):138-44. doi: <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3603>
  27. Maciel MG, Fruitg M, Lawall RP, Maciel AT. Characterization of antibiotic use, documented infection and

- prevalence of multidrug-resistant organisms in palliative care patients admitted to a Private Hospital in Brazil: A Retrospective, Cohort Study. *Indian J Palliat Care*. 2021;27(4):530-7. doi: <https://doi.org/10.25259/IJPC>
28. González-Melado F, Di Pietro M. The therapeutic proportionality standard: a new content for the best interests standard. *Cuad Bioet Rev of Asoc Espanola Bioet Etica Medica*. 2020;31(101):19-42.
  29. Usherwood T. Therapeutic inertia. *Aust Prescr*. 2024;47(1):15-9. doi: <https://doi.org/10.18773/austprescr.2024.001>
  30. Hays J, Ruiz-Alvarez M, Roson-Calero N, Amin R, Murugaiyan J, van Dongen M. Perspectives on the ethics of antibiotic overuse and on the implementation of (new) antibiotics. *Infect Dis Ther*. agosto de 2022;11(4):1315-26. doi: <https://doi.org/10.1007/s40121-022-00656-2>
  31. Datta R, Topal J, McManus D, Sanft T, Dembry L, Morrison L, et al. Education needed to improve antimicrobial use during end-of-life care of older adults with advanced cancer: A cross-sectional survey. *Palliat Med*. enero de 2021;35(1):236-41. doi: <https://doi.org/10.1177/0269216320956811>
  32. Kopar PK, Visani A, Squirrell K, Brown DE. Addressing Futility: A Practical Approach. *Crit Care Explor*. julio de 2022;4(7):e0706. doi: <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000706>

### Contribución de los autores

**Luzdari Patricia Torres Palacios:** Conceptualización, obtención de datos, análisis formal, investigación, metodología, recursos, redacción del borrador original, administración del proyecto redacción, redacción del borrador original y redacción, revisión y edición; **María José Peralta Godoy:** Conceptualización, investigación, metodología, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición; **Mariana Concepción Vallejo Martínez:** Conceptualización, investigación, metodología, supervisión, redacción, revisión y edición.

