



**IBEROAMERICANA**  
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

**2021**

# **Principios bioéticos y virtudes éticas en la toma de decisiones fisioterapéuticas en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio**

**Jessyca Gómez Henao**

**Especialización en Fisioterapia en Cuidado Critico**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Corporación Universitaria Iberoamericana**

**Principios bioéticos y virtudes éticas en la toma de decisiones  
fisioterapéuticas en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio**



**JESSYCA GÓMEZ HENAO**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN FISIOTERPIA EN CUIDADO CRÍTICO  
BOGOTÁ D.C  
JUNIO DE 2021**

**Principios bioéticos y virtudes éticas en la toma de decisiones  
fisioterapéuticas en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio**



**AUTOR**

**Jessyca Gómez Henao**

**ASESOR**

**Luis Alberto Sánchez Alfaro**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN FISIOTERPIA EN CUIDADO CRÍTICO  
BOGOTÁ D.C  
FEBRERO DE 2021**

## **Agradecimientos**

“Esfuézate y sé valiente”

Agradezco al profesor Luis Sánchez Alfaro por su paciencia, tiempo de entrega y motivación constante. De igual manera, a los fisioterapeutas partícipes de la investigación a pesar de los momentos de pandemia.

## Tabla de Contenido

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <a href="#"><u>Introducción</u></a> .....                                                                      | 7  |
| <a href="#"><u>Capítulo 1. Descripción general del proyecto</u></a> .....                                      | 8  |
| <a href="#"><u>1.1 Problema de investigación</u></a> .....                                                     | 8  |
| <a href="#"><u>1.2 Objetivos</u></a> .....                                                                     | 12 |
| <a href="#"><u>1.2.1 Objetivo general</u></a> .....                                                            | 12 |
| <a href="#"><u>1.2.2 Objetivos específicos</u></a> .....                                                       | 12 |
| <a href="#"><u>1.3 Justificación</u></a> .....                                                                 | 13 |
| <a href="#"><u>Capítulo 2 - Fundamentación conceptual y teórica</u></a> .....                                  | 15 |
| <a href="#"><u>2.1 Bioética</u></a> .....                                                                      | 15 |
| <a href="#"><u>2.2 Principios en bioética</u></a> .....                                                        | 16 |
| <a href="#"><u>2.2.1 Principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos</u></a><br>..... | 16 |
| <a href="#"><u>2.2.1 Principios de ética biomédica</u></a> .....                                               | 18 |
| <a href="#"><u>2.2.2 Virtudes y excelencia profesional</u></a> .....                                           | 20 |
| <a href="#"><u>2.2.3 Dilemas éticos y toma de decisiones en salud</u></a> .....                                | 21 |
| <a href="#"><u>Capítulo 3 – Diseño Metodológico</u></a> .....                                                  | 25 |
| <a href="#"><u>3.1 Enfoque</u></a> .....                                                                       | 25 |
| <a href="#"><u>3.2 Tipo de estudio</u></a> .....                                                               | 25 |
| <a href="#"><u>3.3 Población participante</u></a> .....                                                        | 26 |
| <a href="#"><u>3.4 Técnicas e Instrumentos para recolección de información</u></a> .....                       | 27 |
| <a href="#"><u>3.5 Técnicas e Instrumentos para el análisis de la información</u></a> .....                    | 28 |
| <a href="#"><u>3.6 Consideraciones Éticas</u></a> .....                                                        | 29 |

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <a href="#"><u>Capítulo 4 - Resultados</u></a>                                                                           | 31 |
| <a href="#"><u>4.1 Ideas de ética y bioética</u></a>                                                                     | 31 |
| <a href="#"><u>4.1.1 Ética</u></a>                                                                                       | 31 |
| <a href="#"><u>4.1.2 Bioética</u></a>                                                                                    | 31 |
| <a href="#"><u>4.2 Fundamentación de la Bioética</u></a>                                                                 | 32 |
| <a href="#"><u>4.2.1 Principios</u></a>                                                                                  | 33 |
| <a href="#"><u>4.2.2 Virtudes</u></a>                                                                                    | 34 |
| <a href="#"><u>4.2.3 El caso</u></a>                                                                                     | 36 |
| <a href="#"><u>4.3 Dilemas en la toma de decisiones y autonomía profesional</u></a>                                      | 37 |
| <a href="#"><u>4.3.1 Rol del fisioterapeuta y trabajo multidisciplinar</u></a>                                           | 37 |
| <a href="#"><u>4.3.2 Limitación del esfuerzo terapéutico</u></a>                                                         | 39 |
| <a href="#"><u>4.3.2.1 Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) Vs Tratamientos fútiles</u></a>                         | 40 |
| <a href="#"><u>4.3.2.2 Beneficencia y No maleficencia Vs Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y Ortotanasia</u></a> | 40 |
| <a href="#"><u>4.3.2.3 Justicia Vs Beneficencia y No maleficencia</u></a>                                                | 41 |
| <a href="#"><u>4.4 Atención humanizada al paciente</u></a>                                                               | 41 |
| <a href="#"><u>Capítulo 5 – Discusión y conclusiones</u></a>                                                             | 42 |
| <a href="#"><u>Alcances y limitaciones</u></a>                                                                           | 48 |
| <a href="#"><u>Referencias</u></a>                                                                                       | 50 |
| <a href="#"><u>Anexos</u></a>                                                                                            | 54 |
| <a href="#"><u>Anexo 1. Guía de Entrevista</u></a>                                                                       | 54 |
| <a href="#"><u>Anexo 2. Caso para analizar en las entrevistas</u></a>                                                    | 56 |

## Introducción

Los fisioterapeutas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) están encargados de múltiples procedimientos, dividiéndose en terapia respiratoria y terapia física. Los dilemas de origen asistencial y la toma de decisiones en la unidad de cuidado intensivo son constantes que viven a diario el personal de atención en salud, la presente investigación basa su fundamento en principios y virtudes que la bioética plantea para orientar la práctica médica. La población objeto de estudio fueron profesionales de fisioterapia especialistas en cuidado crítico. El eje central estuvo en conocer los dilemas éticos que a diario ocurren en la unidad de cuidados intensivos de una clínica en Bogotá y ante ellos los principios bioéticos y las virtudes éticas encarnados durante la toma de decisiones fisioterapéuticas.

Actualmente en fisioterapia, la investigación se ha direccionado hacia técnicas e intervenciones en pro del bienestar del paciente críticamente enfermo; sin embargo, específicamente en Colombia, poco se ha profundizado en área de fisioterapia en diálogo con la bioética frente los dilemas éticos y la toma de decisiones en pacientes en etapas de fin de la vida o ante la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), que son experiencias del diario vivir en el personal que se desempeña en UCI.

El presente estudio se trata de una investigación cualitativa, tipo etnográfico dónde se llevó a cabo descripción y análisis, interpretando ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas a través de una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas sobre la descripción de la integración de la bioética en la experiencia en UCI a doce fisioterapeutas especialistas en cuidado crítico que se desempeñaban en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Shaio. El presente documento estructurado como informe de investigación presenta el problema de investigación, su justificación y objetivos como punto de partida, luego sus referentes teóricos, su metodología, para finalmente de manera amplia dar a conocer los hallazgos o resultados, la discusión con otras investigaciones, unas conclusiones o consideraciones finales y las limitaciones del estudio.

# **Capítulo 1. Descripción general del proyecto**

## **1.1 Problema de investigación**

Actualmente en las unidades de cuidado intensivo se cuenta con tecnología avanzada encaminada a la mejoría del paciente. Esto se logra gracias al equipo multidisciplinario, entre ellos los fisioterapeutas. Muchas veces en las unidades de cuidado intensivo se evidencian casos con pronósticos reservados o poco favorables, donde se deben tomar decisiones acerca de limitar las acciones terapéuticas, por ejemplo, retirar el soporte ventilatorio. Numerosas publicaciones describen que son una minoría los pacientes que escriben instrucciones previas (testamento vital, también denominadas directrices anticipadas) o designan un representante o interlocutor para situaciones en las que no puedan decidir por sí mismos acerca de su asistencia sanitaria (Cahmi, 2009).

Es aquí donde los profesionales de fisioterapia aplican la bioética, una disciplina que nació en el seno de la cultura occidental como respuesta a la necesidad social y profesional de encontrar una solución para los dilemas éticos que surgían a causa del avance tecnológico (Rojas y Lara, 2014) y su impacto en la vida en general y la vida humana en particular, como es el caso de los avances tecnológicos en el campo de la atención en salud. En fisioterapia, aunque se ha avanzado en el horizonte de los intereses que mueve la investigación en este campo, poco ha sido lo que explícitamente se ha desarrollado en su aspecto ético (Ladeira, 2017).

A principios de los años 80, cuando la fisioterapia estaba recién avalada para ser enseñada en Colombia, mucho de su conocimiento era netamente teórico, donde se enfocaban en educar para el campo asistencial de manera científica netamente, preparando profesionales para la realización de una tarea asistencial, dejando a un lado los aspectos bioéticos y de humanización del paciente que vemos hoy en día (Moscoso, 2011).



El término bioética es un concepto relativamente nuevo que se utilizan en el campo de la salud. Desde hace algunos años se empezó a ver la necesidad de aplicar los conocimientos sobre esta área en el campo de la salud, debido a que con el crecimiento de las unidades de cuidados intensivos (UCI) y el manejo dado allí a pacientes críticamente enfermos, surgió la necesidad de tener un elemento o herramienta que facilitara la toma de decisiones difíciles o importantes, como lo son las que se toman cada día en las UCI acerca del tratamiento de los pacientes, la limitación terapéutica, el retiro del soporte vital, entre otras.

Tradicionalmente la bioética se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud y dicha conducta es examinada a la luz de los valores y principios (Padovani y Clemente, 2010). Uno de sus antecedentes lo constituyó el Código de Núremberg de 1947, que estable obligatorio la obtención del consentimiento voluntario, ahora consentimiento informado, y autonomía del paciente (Betancourt, 2016).

En la aplicación de la bioética al campo de la salud han tenido relevancia cuatro principios de origen norteamericano propuestos por Beauchamp y Childress: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. Además, existen propuestas encaminadas a la excelencia profesional y el cultivo de las virtudes, como elementos esenciales para el buen carácter y guía en el actuar profesional en salud; Camps plantea diez virtudes éticas para favorecer el camino a la excelencia de las profesiones sanitarias. Estos serán abordados de manera más profunda durante la realización de la presente investigación.

Cabe resaltar la importancia de incluir en la formación universitaria de los programas de fisioterapia, una asignatura dedicada a la bioética, con el fin de proporcionar de manera completa, la mayor cantidad de conocimientos requeridos para ejercer íntegramente la profesión en cualquier área de la fisioterapia, tal como lo describe la investigación de Ladeira (2017), donde afirma que no todos los programas de fisioterapia incluyen formación en ética, por consiguiente, los estudiantes afrontan dificultades en la toma de decisiones en relación con los dilemas éticos de la práctica clínica.

Moscoso (2011) menciona los cuestionamientos de los profesionales de fisioterapia en su labor diaria: respecto a su formación, que hacer profesional e idoneidad; respecto a los límites en la intervención profesional en pacientes en estado terminal y UCI; en relación con la deshumanización, la limitación en la intervención atribuida a escasez de equipos y condiciones institucionales. La autora destaca la siguiente tesis: “El principal dilema bioético de los fisioterapeutas tiene su origen en la dificultad que genera la toma de decisiones profesionales en el área asistencial”, y es que la gran mayoría de dilemas en salud se encuentran en el área asistencial.

Un claro ejemplo de esto es el desarrollo de la labor de fisioterapia dentro de las unidades de cuidado intensivo, donde se observan dilemas éticos ante los cuales la toma de decisiones determina el desenlace del paciente o el fin de la vida del mismo. He aquí la razón de ser de este trabajo.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante analizar si los fisioterapeutas que ejercen su labor en el área de cuidado intensivo conocen y/o llevan a la *praxis* de los principios que la bioética propone, así como las virtudes éticas, y si estos se tienen en cuenta para la toma de decisiones en el contexto clínico, en este caso, en las unidades de cuidado intensivo de la Clínica Shaio.

La Clínica Shaio es una institución de cuarto nivel de atención, cuenta con las mejores tecnologías para dar soporte vital a los pacientes, como lo es el Centro de Terapia ECMO, la Unidad de Cuidados Intensivos, la Unidad de Cuidados Intensivos coronarios, la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos, entre otros.

De manera constante los equipos de atención de la UCI de Shaio y entre ellos los fisioterapeutas se enfrentan a situaciones donde debe tomar decisiones sobre el cuerpo, la salud y la vida de los pacientes; situaciones de grandes incertidumbres en el marco de la aplicación o retiro de tecnologías que están a la mano pero que requieren tanto de la argumentación científica como bioética y así ser sustentadas como las mejores para el paciente crítico.

De acuerdo con este contexto, acudiendo a las particularidades de la Clínica Shario, ante los posibles dilemas éticos experimentados por fisioterapeutas de unidades de cuidado intensivo, se logra identificar y plantear la necesidad de resolver la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles principios bioéticos y virtudes éticas fundamentan la toma de decisiones de los fisioterapeutas de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Shaio?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

Analizar los principios bioéticos y virtudes éticas que fundamentan la toma de decisiones de los fisioterapeutas de la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Identificar la noción sobre bioética que tienen los fisioterapeutas de la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio en relación con la experiencia.
- Describir los principios y virtudes implicados en la toma de decisiones que realizan los fisioterapeutas de la unidad de cuidado intensivo de Clínica Shaio.
- Describir la relación entre autonomía profesional, toma de decisiones y bioética a partir de la experiencia de los fisioterapeutas de la unidad de cuidado intensivo.

### **1.3 Justificación**

El rol del fisioterapeuta en la UCI implica la toma de decisiones de difícil manejo, donde el conocimiento teórico y el razonamiento clínico no son suficientes para abordar de manera integral estas situaciones que se presentan a diario en los pacientes en estado crítico. Por esto, es necesario complementar y trascender el conocimiento de los/las fisioterapeutas con otras disciplinas, como lo son en este caso la ética y la bioética.

Es importante tener bases que les faciliten la toma de decisiones como la limitación del esfuerzo terapéutico, el retiro de la ventilación mecánica, entre otras. Para ello se debe realizar una integración entre el desempeño y las competencias profesionales, la ética y bioética, para poder actuar de manera responsable, crítica y razonable, y demostrar la calidad de intervención del fisioterapeuta en la UCI.

Esto se hace con el fin de garantizar una atención integral por parte de los profesionales, quienes deben estar capacitados/as para responder a demandas fisiológicas y para tomar decisiones asertivas en momentos críticos. Teniendo en cuenta lo anterior, la bioética y la fisioterapia encuentran relación en la toma de decisiones y en la aplicabilidad del consentimiento informado para la investigación y las prácticas terapéuticas, entre otros aspectos donde el comportamiento de los fisioterapeutas es fundamental, lo cual va más allá de cumplir con el requisito de la obligatoria formación ética en los programas de fisioterapia (Torres, 2007).

Es escasa la información que se encuentra sobre la fisioterapia y la bioética en la UCI en población colombiana. Por esto, el propósito del estudio está en analizar los principios bioéticos y las virtudes éticas que fundamentan la toma de decisiones de los fisioterapeutas de la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio, realizando entrevistas cualitativas a fisioterapeutas especialistas en cuidado crítico se espera conocer sus experiencias y la objetivación que ellos realizan, es decir lo aprendido ante lo vivido en el escenario de la UCI. Máxime ante la exaltación que hace la institución de

tener un “equipo humano capacitado con alto sentido de humanización” (Fundación Clínica Shaio, 2019).

De esta manera la investigación arroja beneficios en términos sociales específicos para la comunidad propiamente dicha que labora en la UCI de la Clínica Shaio, y en general a la comunidad de fisioterapeutas especialistas en cuidado crítico que laboran en UCI y enfrentan dilemas éticos o incertidumbres para la toma de decisiones clínicas, que es una problemática de gran relevancia para quienes en su diario vivir acuden a estos escenarios, bien por necesidades de atención y cuidado, bien por laborar en ellos brindando lo necesario ante las necesidades de los pacientes. Divulgar la experiencia objetivada de quienes encaran situaciones dilemáticas o de incertidumbre en la toma de decisiones en la UCI contribuirá a los procesos de construcción de nuevas formas de sentido común y hábitos en pro de la excelencia profesional.

## Capítulo 2 - Fundamentación conceptual y teórica

Como sustento teórico de esta investigación se han planteado las siguientes categorías: Bioética, principios, virtudes profesionales y toma de decisiones en salud.

### 2.1 Bioética

Para comenzar es necesario saber el significado de la palabra bioética y los primeros autores en nombrarla. Bioética significa ética de la vida o ética de la Biología, del griego *Bios*, vida y *ethos*, ética. Diversos autores coinciden en que la bioética toma fuerza como campo de conocimiento y cimentación teórica luego de conocer los dilemas y cuestiones éticas a finales de la Segunda Guerra Mundial relacionadas con los abusos hacia a seres humanos cometidos en los campos de concentración de los Nazi y su transgresión a la Dignidad de las personas (Molina, 2011; Hottois, 2007; Hottois, 2013; Kottow, 2016).

Sánchez–Alfaro (2015), referenciando a Padovani (1996, p. 57) plantea que los campos de concentración nazis revelaron secretos que rebajaban la dignidad de los verdugos más que la de sus víctimas y entonces se decidió juzgar estos crímenes para que no se repitieran. De esta situación nacen los derechos humanos.

Para Ten Have (2012) la bioética se define como una disciplina que incluye la ciencia y la filosofía. De los primeros autores en nombrar la palabra bioética fueron Van Rensselaer Potter y André Hellegers. Para Potter la "bioética" era el nombre de una disciplina que combinaba la ciencia y las humanidades, con la sabiduría —"conocimiento de cómo usar el conocimiento". Puede ser considerada una ética aplicada, y dado esto algunos autores se acercan a ella desde una perspectiva utilitarista, otros con un tinte deontológico, y otros desde una perspectiva crítica y reflexiva.

Potter propuso la bioética como una disciplina que enlace la biología con las humanidades, como una ciencia de la sobrevivencia que mediante un proceso cibernético y sinérgico entre distintas perspectivas éticas alcance la llamada Bioética

Global, la cual encontró afinidad con movimientos ecológicos, pacifismo, con algunas formas de feminismo, mostrando un desarrollo más expresivo que académico (Ten Have, 2012).

En otro escenario aparece la bioética clínica, que centra su interés en la práctica médica (de las profesiones de la salud) y la filosofía relacionada con la medicina y en temas de investigación en seres vivos. André Hellegers en 1971, reconoce en la medicina instrumentalizada riesgos a los derechos de los pacientes y propone una bioética clínica que adapte la tradicional ética médica a las necesidades contemporáneas (Ten Have, 2012). Esta idea de una bioética clínica fue retomada de forma práctica por Beauchamp y Childress en su trabajo de 1979, titulado Principios de ética biomédica.

A inicios del siglo XXI, en octubre de 2005, la UNESCO difundió la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH), consciente de la capacidad que posee el ser humano para reflexionar sobre su propia existencia y entorno, así como de percibir la injusticia, evitar el peligro asumir responsabilidades, buscar la cooperación y dar muestras de un sentido moral que dé expresión a principios éticos. En la declaración también se establece que es necesario y conveniente que la comunidad internacional establezca principios universales que sirvan de fundamento para una respuesta de la humanidad a los dilemas y controversias cada vez numerosos que la ciencia y la tecnología plantean a la especie humana y al medio ambiente (UNESCO, 2005).

## **2.2 Principios en bioética**

### **2.2.1 Principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos**

Como se mencionó, la Unesco estableció principios bioéticos orientadores de la acción humana en distintos escenarios, ellos son: Dignidad humana y derechos humanos, Beneficios y efectos nocivos, Autonomía y responsabilidad individual, Consentimiento, Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, Privacidad y confidencialidad, Igualdad, justicia y equidad, No discriminación y no estigmatización,



Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo, Solidaridad y cooperación, Responsabilidad social y salud. Aprovechamiento compartido de los beneficios, Protección de las generaciones futuras, Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad (UNESCO, 2005). En este trabajo se centrará en analizar si algunos principios propios de la bioética están presentes en la práctica clínica. De la DUBDU (Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos) son de resaltar los siguientes principios:

**Artículo 3. Dignidad y derechos humanos:** en el cual resalta dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. “Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad” (UNESCO, 2005).

**Artículo 8. Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal:** “al aplicar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos” (UNESCO, 2005).

**Artículo 9. Privacidad y confidencialidad:** “la privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos” (UNESCO, 2005).

**Artículo 10. Igualdad, justicia y equidad:** “se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad” (UNESCO, 2005).

**Artículo 11. No discriminación y no estigmatización:** “ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna” (UNESCO, 2005).

### **2.2.1 Principios de ética biomédica**

En cuanto a los principios de la bioética clínica propuestos por Beauchamp y Childress, tenemos: **la autonomía**, la palabra autonomía se deriva del griego deriva del (auto-self) y nomos (regla, gobierno o ley, originalmente referidos al yo – regla o yo – gobierno), el individuo autónomo actúa libremente de acuerdo con un plan auto elegido, análogo a la forma en que un gobierno independiente gestiona sus territorios y establece sus políticas. (Beauchamp y Childress, 2013). Estableciendo la autonomía como la responsabilidad que adquiere cada ser humano al establecer sus decisiones y caminos asumiendo las consecuencias de sus actos, pero sin que no se imponga este camino.

Otro de los principios establecidos por los autores es el principio de **justicia**. Este principio expresa la exigencia de una regulación ética de las relaciones entre seres humanos que viven en sociedad. Existen diversas interpretaciones, pero es un principio muy importante en bioética porque tiene en cuenta las dimensiones sociales y políticas de los problemas analizados. Según Aristóteles “los iguales deben ser tratados por igual, y los desiguales deben ser tratados de manera desigual”; en este sentido no hay discusión en principio, pero tal como lo plantean Beauchamp y Childress (2013), el problema real es saber qué es un igual y cuáles son las diferencias para comparar individuos de grupos, planteándolo en que todas las personas deberían tener los mismos derechos, el mismo trato y la igualdad para acceder a los mismos servicios. Los autores plantean que los principios materiales de justicia (características relevantes para la igualdad o desigualdad) facilitan el trato igual o desigual pues permiten identificar las propiedades sustantivas de la distribución (justicia distributiva). Es decir, prima la justicia en las necesidades fundamentales de recursos esenciales, se entiende como necesidad

fundamental como aquello que le hace falta a la persona para estar bien o circunstancias en la que se ve perjudicada si no se satisface esta necesidad; por ejemplo, desnutrición, lesiones corporales o el no acceso a la información.

El principio de **no maleficencia** se refiere a no hacer daño a otras personas. En ética hipocrática o médica se plantea esta obligación en latín mediante la expresión “primum non nocere”. Escobar y Aristizábal (2011) al igual que Beauchamp y Childress (2013), establecen con este principio obligaciones como no matar, no causar dolor ni sufrimiento, no incapacitar, no privar a otros de bienes de la vida, no imponer riesgos de daños a los pacientes; es decir, nos obliga a abstenernos de causar daño a otros, inclusive para los autores la no maleficencia está por encima de la beneficencia ya que las obligaciones de la primera suelen ser más estrictas que las obligaciones de beneficencia.

Para el filósofo Willian Frankena (1973), el principio de beneficencia plantea cuatro obligaciones generales, “la primera de las cuales identificamos como el principio y la obligación de no maleficencia y las otras tres a las que nos referimos como principios y obligaciones de beneficencia: las cuales son: 1. Uno no debe infligir maldad o daño, 2. Uno debe evitar el mal o el daño, 3. Uno debe eliminar el mal o el daño, 4. Uno debe hacer o promover el bien”. Esto hace que en algunos casos o escenarios se traslapen los principios de beneficencia y no maleficencia.

El principio de beneficencia comprende hacer el bien, pero no solo va limitado con la intención sino en el actuar en forma adecuada para la situación y contexto. Para Escobar y Aristizábal (2011) este principio en el campo de la salud implica realizar un balance positivo entre beneficios y daños; establecen unas reglas morales más específicas de obligación respecto a este principio, como son: “proteger y defender los derechos de los otros, prevenir el daño causado por otros, retirar las condiciones que puedan causar daños a otros, ayudar a personas con discapacidades y auxiliar a personas en peligro” (Escobar y Aristizábal, 2011; p. 94). Estas acciones siempre deben pretender el bien del paciente. El principio de beneficencia se puede relacionar con el principio de autonomía,

dado que cada persona busca su bienestar y decide si aceptar o no los procedimientos según sus ideales de bienestar y calidad de vida.

### **2.2.2 Virtudes y excelencia profesional**

Autoras como Camps (2007 y 2015) han planteado que los profesionales de la salud dado su vocación de servicio deberían cultivar ciertas virtudes como parte de su profesionalismo, entiendo este en esencia como un valor y una virtud (excelencia), no como experticia (netamente competencia técnica o científica). Para fundamentar su tesis, Camps cita a Parsons quien establece la profesión médica debe ser vocación de servicio y no un negocio, como una profesión “motivada más por el altruismo que por el ánimo de lucro.” En este sentido la excelencia profesional llega ser una virtud, pues, siguiendo a Aristóteles la excelencia que proviene del término griego el areté (ἀρετή), el cual traduce “virtud” y lo plantea como el centro de la ética y el carácter.

Para Camps (2007) las virtudes son “aquellas cualidades que la persona debe adquirir para hacer bien lo que se propone hacer”, es decir cómo realizar un trabajo con excelencia. La autora plantea las siguientes virtudes que todo profesional sanitario debe adquirir: benevolencia, respeto, cuidado, sinceridad, amabilidad, justicia, compasión, integridad, olvido de uno mismo y prudencia (Camps, 2007 p. 17). La adquisición de estas virtudes “hará que los principios de beneficencia, autonomía, justicia y cuidado no sean solo bellas palabras escritas en algún documento y recogidas en los códigos y guías de buenas prácticas, sino practicas reales incorporadas a la actividad profesional” (Camps, 2015; p. 7).

Benevolencia, entendida como la virtud de sentir con el otro, la cual busca el bien y es una virtud sanitaria por que busca lo mejor para el paciente. Actuando con respeto siendo este cómo actuar o dejar actuar, valorando los derechos, condición y circunstancias, ni dejar de beneficiarse a si mismo o a los demás (Bravo Donoso, 1998).

La justicia, definida por Aristóteles como una virtud consistente en un modo de ser del hombre. Recoge la doble manifestación de la intencionalidad y la acción o conducta humana dirigidas a tal fin (Buenaga Ceballos, 2017; p. 24).

La compasión de cómo entender al otro ser, es definida por (Cebolla y Alvear, 2019) como la capacidad de ser sensible al sufrimiento de uno mismo y de otros.

Integridad la cual consiste en permanecer firme en las convicciones sin importar el costo o el riesgo que eso pueda traer (Núñez, 2016; p. 13).

Olvido de uno mismo, uno de los fines fundamentales de la profesión sanitaria, hace referencia al cuidado, en especial de aquellos que no tienen curación (Camps, 2007; p. 16).

Prudencia: es la actitud ética imprescindible para la llamada ética aplicada en que en la ética médica está más desarrollada (Camps, 2015; p. 5). Implica actuar y comunicar apropiadamente, en su justa medida.

El profesional con vocación que cultive estas virtudes habrá adquirido no solo conocimientos científicos y técnicos, adicional a esto, habrá aprehendido las actitudes éticas que lo llevarán a tener una postura integra donde se conjuga la competencia científica y técnica con el interés por el bienestar y cuidado de sus pacientes.

### **2.2.3 Dilemas éticos y toma de decisiones en salud**

En la actualidad los profesionales de la salud se enfrentan a dilemas éticos o cuestionamientos acerca de la toma de decisiones; generalmente, esta se hace intuitivamente o basado en ciertos criterios. López Barreda, R. (2015). citando a Bernard, define como dilema ético-clínico “la dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a valores o principios que

especifiquen lo que debe ser hecho en oposición a lo que simplemente fue hecho o frecuentemente se hace” (Lo B,1995).

Un dilema o problema ético es una situación que plantea un conflicto moral, donde el agente se encuentra ante una encrucijada moral, es decir: tiene que elegir entre dos alternativas, pero ninguna de ellas está libre de problemas éticos (Ferrer y Álvarez, 2005). Los dilemas más frecuentes en la práctica clínica se evidencian en las unidades de cuidado intensivo o en pacientes en etapas de final de vida, como lo manifiesta Sousa *et al* (2019), los profesionales involucrados en esta área se ven enfrentado a dilemas como: la Limitación del esfuerzo terapéutico (LET), el encarnizamiento terapéutico, las órdenes de no reanimación, la distanasia, la eutanasia, la ortotanasia y los cuidados paliativos, entre otras situaciones, en especial para los pacientes para quienes no hay más posibilidad de cura y es necesario que los profesionales entiendan la finitud de vida y los límites de la intervención.

Algunos de los dilemas encontrados por Moscoso (2011), se dividen en dos grupos: los cuestionamientos a la práctica clínica idónea por parte de los fisioterapeutas y los cuestionamientos en la toma de decisiones profesionales.

El primero tiene su origen en las acciones realizadas por algunos colegas que ponen en riesgo la vida de los pacientes que se encuentran la unidad de cuidado intensivo, ya que los profesionales entrevistados observaban poca autonomía y justicia en cuanto a el manejo o beneficio en pro del paciente. El segundo dilema que se ven enfrentados es la dificultad que genera la toma de decisiones profesionales en el área asistencial, tiene un trasfondo desde la formación profesional y desde la capacidad argumentativa para tomar decisiones frente al equipo interdisciplinar, Moscoso (2011), observa esta falencia desde la formación de pregrado en el cual al alumno es temeroso o no fundamenta los argumentos ante los pacientes y demás equipo, generando una sumisión frente al médico y se torna complejo la autonomía en la toma de decisiones.

Ahora bien, se ha encontrado que varios profesionales no tienen claro conceptos de bioética o los dilemas más frecuentes en asistencial o de UCI, el 30% de los profesionales de fisioterapia y enfermería entrevistados acerca del concepto de bioética o dilemas encontrados, dijeron que no recordaban el tema y reconocieron la necesidad de estudiarlo (Sousa y Carvalho, 2019; p. 520). Por otra parte, en este mismo artículo los entrevistadores encontraron la dificultad para identificar un dilema bioético acerca de la terminalidad, en la toma de decisiones por dependencia y responsabilidad médica, los fisioterapeutas entrevistados encontraron dificultad en la toma de decisiones sobre el uso de oxigenoterapia (ventilación no invasiva o ventilación mecánica), medidas relacionadas con la desconexión del ventilador y el análisis de la movilización motora. Estos problemas críticos se analizaron en base al principio de beneficencia (Sousa y Carvalho, 2019; p. 521).

En cuanto a la toma de decisiones en salud se ha planteado que en este contexto se sugiere que la toma de decisiones éticas en el campo de la salud ha sido tomada de acuerdo con la intuición moral o por emoción, no por seguir un modelo. Motta *et al* (2016) presentan varios modelos o métodos que ayudan a la realización de la toma de decisiones en campo clínico.

El primero de ellos, planteado por David Thomasma propone establecer prioridades en el momento de indicar la mejor decisión; por su parte Diego García, recomienda realizar una revisión minuciosa y detallada de la historia clínica antes de la aplicación del método denominado deliberativo que atiende a análisis de hechos, a las posibles soluciones en cuanto a principios y consecuencias; Albert Jonsen, establece que las consideraciones morales se deben analizar a partir de la historia clínica y no desde el inicio con los principios; para James Drane, es relevante usar los principios de autonomía y beneficencia para guiar la reflexión y en base las virtudes; por último Fermin Schramm, considera la razón teórica (descriptiva y global) y la razón práctica (aplicada), son indispensables para la bioética y su práctica, al igual que para la intuición moral ante la toma de decisiones.

Recientemente Molina (2019), expone el modelo integración razón emoción para la toma de decisiones bioéticas en las ciencias de la salud; en cual establece que esta contempla las siguientes fases: análisis de la información y reconocimiento del problema, identificación de los cursos de acción y exploración de los posibles resultados, elección de una opción y justificación moral de la misma, implementación de la acción, y monitoreo y seguimiento de la decisión.



## **Capítulo 3 – Diseño Metodológico**

### **3.1 Enfoque**

Estudio cualitativo donde participaron fisioterapeutas con especialización de fisioterapia en cuidado crítico. Se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas realizadas al personal de fisioterapia especialista en cuidado crítico, además de una inmersión en campo (la UCI de la clínica Shaio) dado que la investigadora principal labora en la institución y esto facilitó la observación participante. Es un estudio naturalista que estudió un fenómeno en particular (integración de la bioética en el ejercicio de la profesión) en su ambiente natural y su rutina diaria; adicional tiene una visión interpretativa, donde se buscó obtener resultados a partir de la perspectiva y conocimiento de cada participante de manera individual (Vasilachis, 2006; Arantzamendi, Lopez-Dicastillo, Robinson, & Carrasco, 2016).

### **3.2 Tipo de estudio**

Es un estudio de tipo etnográfico dónde se llevó a cabo descripción y análisis, interpretando ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas a través de una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas sobre la descripción de la integración de la bioética en la experiencia en UCI, a personas que en su quehacer diario se enfrentan a situaciones donde esta disciplina es fundamental para la toma de decisiones.

La investigación, en consonancia con su diseño cualitativo, una vez obtenido el aval ético y estar lo más afinado posible el marco teórico, se desarrollo bajo parámetros de permanente reflexividad por parte del equipo de investigación, tomando atento cuidado a los procedimientos realizados como trabajo de campo para el cumplimiento de los objetivos propuestos. Se realizaron cuatro (4) fases durante el proceso de investigación:

1. Fase heurística: búsqueda de información se realizará a través de las bases de datos (Pubmed, SciELO, Science, Lilacs) o meta-buscadores (Google Scholar) y preparación de las preguntas para el diseño de la entrevista semiestructurada.
2. Fase pilotaje: prueba piloto de la guía de entrevista semiestructurada y del caso estructurado para análisis dentro de la entrevista. Esto permitió realizar ajuste en términos de coherencia con los objetivos propuestos y afinar el instrumento.
3. Fase de trabajo de campo: realización de entrevistas, de observación participante y del diario de campo.
4. Fase hermenéutica o interpretativa: transcripción de entrevistas, diseño de matriz para análisis de las entrevistas, triangulación de información (tipo fuentes), finalmente elaboración de informe de resultados y análisis de los datos recolectados en el proceso de investigación.

### **3.3 Población participante**

Se realizó recolección de datos a especialistas en cuidado crítico que trabajan en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio en la UCI. Participaron doce profesionales de fisioterapia de acuerdo con los años de experiencia en la unidad de cuidados intensivos. En particular en este trabajo participaron ocho (8) mujeres y cuatro (4) hombres, en términos de experiencia en UCI, cuatro de los participantes tenían menos de cinco años de experiencia (dos hombres y dos mujeres), cuatro fisioterapeutas con experiencia entre cinco y 10 años (dos hombres y dos mujeres), cuatro personas de tenían un bagaje mayor a 10 años (todas mujeres).

En cuanto a la formación y experiencia, todos los participantes tenían especialización en fisioterapia en cuidado crítico, adicional dos de las participantes tenían especialización en docencia universitaria.

En términos generales diez de los participantes durante su pregrado y formación de postgrado recibieron formación en ética y bioética, con intensidades horarias diferentes en algunos casos en una, tres o cuatro clases, en dos casos manifiestan haber visto bioética con intensidad durante los dos semestres y la gran mayoría no manifiesta o no recuerda la intensidad asignada. Dos tuvieron formación en ética, no recuerdan haber tenido formación o no tuvieron formación en bioética

### **3.4 Técnicas e Instrumentos para recolección de información**

Se utilizaron tres herramientas de tipo etnográficas:

- primero, la observación participante, en este caso la investigadora principal tuvo un proceso de inducción y de rotación permanente en la unidad de cuidado intensivo;
- segundo, un diario de campo que permitirá realizar un ejercicio auto-etnográfico a la investigadora principal dada su participación por tiempo prolongado en el escenario de interés en la UCI, esto permitió realizar registros de percepciones, prácticas, significados, vivencias, experiencias;
- tercero, una entrevista semiestructurada la cual se diseñó y ajustó con base en los objetivos específicos del estudio (Anexo 1) de las cuales seis se realizaron a través de video llamada mediante la plataforma Google meet y seis presenciales, se indagó sobre la forma y sustentos que dan a la toma de decisiones en la UCI. También se pidió a los participantes que resolvieran un caso corto con dilema bioético (Anexo 2) y argumenten la toma de su decisión. Se utilizó un caso como recurso elaborado por el equipo de investigador a partir de Levin, Phillip D & Sprung Charles L (2008).

En total en esta investigación cualitativa se realizaron doce entrevistas semiestructuradas, las entrevistas tuvieron una duración promedio 30 – 40 minutos. Posterior se realizó un análisis de contenido a través de una matriz categorial, después

de haber hecho el análisis se obtuvieron tres grades categorías con sus respectivas subcategorías, a saber:

- Ideas de bioética, que a su vez se dividieron en dos subcategorías:
  1. Ética
  2. Bioética
- Fundamentación de la Bioética
  1. Principios
  2. Virtudes
- Dilemas en la toma de decisiones y autonomía profesional
  1. Rol del fisioterapeuta y trabajo multidisciplinar
  2. Limitación del esfuerzo terapéutico
- Atención humanizada al paciente

### **3.5 Técnicas e Instrumentos para el análisis de la información**

Se obtuvieron datos no estructurados, que fueron categorizados para el análisis de contenido pertinente (análisis categorial), con el fin de dar una estructura a la investigación y la recolección de datos; fue un análisis ecléctico y sistemático, no lineal, que estudió cada dato en sí mismo y en relación con los demás, de tipo inductivo.

Contó con diversos pasos como son: reflexión o inmersión inicial, inmersión profunda y por último el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas (análisis de contenido y del discurso), que fueron categorizados y transcritos a documentos digitales donde se realizará el proceso final de tipo hermenéutico, el cual permitió resolver nuestra pregunta de investigación y plantear las conclusiones alcanzadas. Finalmente, después de analizar la matriz se obtuvieron las categorías anteriormente nombradas a partir del cual se presentarán los resultados (Rodríguez Sabiote, Lorenzo Quiles, & Herrera Torres, 2005; Amezcua & Gálvez Toro, 2002).

### **3.6 Consideraciones Éticas**

La presente investigación se llevó a cabo bajo los dos códigos más relevantes sobre ética en investigación con humanos, donde resaltan una serie de condiciones para poder realizarla de manera segura, siguiendo todos los lineamientos para beneficio tanto de las personas involucradas en la investigación, como para seguridad de los investigadores.

Según la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y teniendo en cuenta el artículo 11, el presente estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, donde no se realizará ningún tipo de intervención fisioterapéutica, aplicación de técnicas o exámenes de valoración física de ninguna índole.

Teniendo en cuenta el Código de Nüremberg (1947), el Informe de Belmont (1978) y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) se llevará a cabo la investigación bajo las siguientes premisas:

Las personas entrevistadas serán personas con capacidad total de ejercer la libertad de decidir si desean participar de manera voluntaria, haciendo uso de todas sus facultades y aceptando de manera individual la aplicación de las encuestas y entrevistas que se utilizarán como herramienta de investigación.

Al ser una investigación con enfoque cualitativo, no se llevarán a cabo experimentos ni aplicación de técnicas de intervención; sin embargo, sí se realizará una búsqueda de información con el fin de obtener los resultados del estudio. Para este caso, se informará a los entrevistados que acepten de manera voluntaria participar en el estudio, cuáles son las preguntas por formular y el objetivo del estudio. Para garantizar esto se realizará el proceso de consentimiento informado (Anexo 3).

Si en algún momento los participantes quisieran retirarse de la investigación o no están de acuerdo en responder alguna pregunta, están en toda la libertad de retirarse sin

ninguna consecuencia. De igual forma serán respondidas todas las preguntas que surjan en los participantes durante la realización de la investigación.

Por otro lado, teniendo en cuenta la Ley 528 de 1999 que protege la profesión de la Fisioterapia y le concede el derecho de participar en procesos de investigación, nos comprometemos a llevar a cabo este estudio con fines únicamente académicos, con la intención de crear conocimiento.

Adicional a esto, trabajaremos de manera honesta, comprometida y responsable, garantizando que la información recolectada y los resultados obtenidos serán para beneficio de la academia y colaboración con la investigación en el campo de la fisioterapia, cumpliendo así con los criterios de integridad científica exigidos por la Declaración de Singapur (2010) y la Política de Ética de la investigación, Bioética e Integridad científica de Colciencias (Resolución 0314 de 2018), entre ellos la no fabricación ni manipulación de datos, veracidad, honestidad intelectual, veracidad; con esto, las investigadoras aseguramos que realizaremos esta investigación manejando siempre la confidencialidad del paciente, respetaremos su voluntad de ingresar o salir del proceso de investigación; manejaremos los datos de manera adecuada, respetando los criterios de la investigación y los principios de esta, siendo veraces, íntegras y reportando los datos de manera honesta, sin falsificarlos, modificarlos, ni usarlos a conveniencia del estudio o las investigadoras.

Al final de la investigación, los resultados obtenidos se compartirán con los profesionales en fisioterapia participantes y de ser posible con la institución (Clínica Shaio), graduados y/o graduandos, con el fin de difundir la información, generar conocimiento y poder compartir a nuestros colegas el conocimiento generado en esta investigación.

## Capítulo 4 - Resultados

### 4.1 Ideas de ética y bioética

El primer resultado hallado hace relación a la concepción que tienen los participantes sobre Bioética, al realizar estas indagaciones se logró identificar que en la mayoría de los casos hay traslape entre la noción que se tiene de Ética y de Bioética.

#### 4.1.1 Ética

En cuanto a ética se pudo identificar que en algunos participantes la asocian a la moral y los valores humanos. En otros casos la asocian relacionan como un componente entre el hacer profesional y la ciencia a través de la preparación académica previa: *"Pues desde mi punto de vista fisioterapéutico digamos que es como tu aplicas la ciencia y lo que aprendiste en un pregrado y un posgrado sin dejar de un lado el paciente y la ética, como tal profesional y la ética como tal del paciente entonces..."* (Entrevista 2 BR).

*"Me parece que es como descomponiendo la palabra yo creo que es la ética que tú tienes al trabajar cómo se dice con personas/gente viva, yo creo que es como la parte de la moral que nos rige para poder trabajar con seres humanos para trabajar con iguales"* (Entrevista 5 DR).

Esta noción traslapada entre moral y ética, y su idea rondando el conocimiento acerca de los derechos de los pacientes y los derechos y deberes del profesional se halló principalmente en aquellos fisioterapeutas con una experiencia entre 1 y 10 años en la UCI.

#### 4.1.2 Bioética

En cuanto a este concepto se estableció que no todos los fisioterapeutas entrevistados lo tienen con claridad, pocos involucran esta disciplina en su hacer profesional, en

algunos casos la relacionan con la toma decisiones en el campo o ámbito hospitalario y esto a su vez con lo bueno, lo malo, lo justo, lo normativo.

*"Es de pronto una guía una manera de intentar tomar buenas decisiones en el campo de la salud, de tener una adecuada conciencia sobre lo que se está haciendo bien, mal, sobre la tomada de decisiones en cuanto a los pacientes y en cuanto a todo el entorno laboral en salud" (Entrevista 7CB).*

*"Bueno bioética es como el diario vivir de un personal en salud, no ética con la que atiendes abor das el paciente con la que sientes que está haciendo el bien sin dañar a alguien y generando de la mejor forma el bienestar del paciente" (Entrevista 3 BS)*

*"Como la toma de decisiones más justas para el paciente, como tener como toda esta normatividad y como ponerla en práctica lo mejor para el paciente y para el profesional" (Entrevista 9 LS).*

Los participantes con estas nociones tenían experiencia menor a diez años y formación en pregrado y posgrado sobre bioética.

Tal vez una de las nociones más cercanas al concepto de bioética (aunque un enfoque en principios de ética biomédica) lo plasmó "fisioterapeuta, con experiencia en el ámbito clínico mayor a 15 años, con formación en especialización en docencia universitaria y maestría en pedagogía", quien no ha tomado cursos de bioética, pero en su práctica ha tenido que tomar decisiones y debatir sobre toma de decisiones difíciles donde se ha hablado del tema.

*"Pues es una de las ciencias que se encarga como el estudio que hace referencia a la beneficencia y no maleficencia orientada a la atención de los individuos, eso es lo que entiendo por la bioética" (Entrevista 10 SG).*

## **4.2 Fundamentación de la Bioética**

La segunda categoría expuesta tomó como referente los principios bioéticos tenidos en cuenta en la toma decisiones fisioterapéuticas y las virtudes aplicadas en el hacer profesional en busca de la excelencia profesional.



#### 4.2.1 Principios

En esta subcategoría dos fisioterapeutas nombraron algunos de los principios bioéticos relacionados con el enfoque en principios de ética biomédica:

*"Yo creo que el de Justicia, Beneficencia y el de Autonomía, entonces primero creo que el de justicia, que sé que digamos puede mirar, cómo tienes que tratar a una persona como según le corresponde sin discriminar y el de no maleficencia, que es como realizar lo que tengo que hacer sin causarle daño o perjuicio una persona teniendo y teniendo cuenta pues mis valores éticos" (Entrevista 4 LL, Mujer, Fisioterapeuta, con experiencia mayor a 6 años).*

*"Beneficencia tolo lo que pueda beneficiar al paciente todas las estrategias terapéuticas que yo pueda garantizar que el paciente vaya a mejorar y no maleficencia no generarle daño, no causarle algún efecto adverso o alguna lesión esos dos priman" (Entrevista 10 SG, fisioterapeuta mujer con experiencia mayor a 15 años)*

Otros fisioterapeutas hicieron mención a algunos de los principios establecidos por la UNESCO en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, tales como Dignidad humana y derechos humanos, Igualdad, justicia y equidad, y Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal:

*"Principalmente yo lo que tengo en cuenta es el sentido humano, saber que estás trabajando con otro ser humano igual a ti, que está cursando con un proceso de enfermedad o por un proceso o por alguna dolencia la cual requiere de tu apoyo principalmente uno tiene ciertos conocimientos que le pueden ayudar a brindarle ese apoyo esa ayuda a las personas entonces pues yo creo que eso es lo que en mi formación en UCI eso es lo que más se usa" (Entrevista 5 DR fisioterapeuta hombre, con experiencia menor a 5 años).*

*"Principalmente el respeto a la vida, el respeto a la persona que está en el momento crítico, en la persona que está consciente o no consciente, que está sedada; el respeto por su intimidad, por su privacidad por su cuerpo porque generalmente hacemos procedimientos invasivos entonces intentamos o sobre todo intento yo hablar y tratar, y yo sentir que hago las cosas con respeto para ese paciente "* (Entrevista 7 CB mujer fisioterapeuta con experiencia menor a 5 años).

#### 4.2.2 Virtudes

El profesional de fisioterapia en la unidad de cuidado intensivo se caracteriza por ser prudente ante pronósticos, ante la familia, sabe que no es apropiado crear falsas expectativas que muchas veces puede crear incertidumbre o dolor en las familias de pacientes en estado crítico. Entre las virtudes más comunes de los fisioterapeutas entrevistados que conducen a su profesionalismo, se hallaron: compasión, benevolencia, olvido de uno mismo, cuidado y prudencia.

##### – Compasión

*"Uno no puede estar llorando por todos los pacientes que mueren, pero pues da mucho pesar sobre todo en las áreas pediátricas y críticas y en el adulto que también es joven, pero digamos que es algo normal que uno piense que el adulto mayor, pues bueno cumplió su ciclo de vida, pero de todas formas hay casos de casos y uno pues lamentablemente uno dice bueno si era su hora... pero de todas formas a mí todavía siento que me da duro"* (Entrevista 3 BS hombre, fisioterapeuta con experiencia menor a 10 años).

##### – Benevolencia

*"Por más crítica que esté la situación brindar un poco de tranquilidad con nuestro profesionalismo hacer las cosas bien que la familia se sienta de alguna manera segura de que lo estamos atendiendo de la mejor manera posible"* (Entrevista 7 CB mujer, fisioterapeuta con experiencia menor a 5 años).

– Cuidado

*“El profesionalismo, bien sea, yo creo que eso no los enseñaron a todos, la persona que sea actuamos todos en pro o a favor de que esa persona salga adelante y que tratemos de cuidarlo todo el tiempo; tanto sea cardiorrespiratorio o a un nivel físico o bueno en los diferentes roles que nos desempeñamos a trabajar siempre en pro de la salud de esa persona” (Entrevista 1 SC mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a 10 años).*

– Olvido de uno mismo

*“ Yo más uso es el criterio de ser profesional ósea a pesar de que sabemos que estamos trabajando con personas que son iguales que están pasando por situaciones que pueden llegar a ser similares a las nuestras no entrar en el error de comparar o de ponerse en el sitio de esa persona de una forma personal y no a nivel profesional como fisioterapeuta y pues se le brinda en los que mis cualidades y mis estudios me permiten bríndale como el 100% de lo que yo puedo ofrecer” (Entrevista 5 DR, hombre, fisioterapeuta con experiencia menor a 5 años).*

– Prudencia

*“a pesar de qué tu como fisioterapeuta lo conoces no debes tienes que dar la información tú, si entonces la prudencia y va el secreto profesional de historia clínica, no divulgar nada tú solamente puedes decidir está estable o el pronóstico es reservado” (Entrevista 9 LS, mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a 10 años”*

*“Creo que uno no debe dar falsas esperanzas ni a los pacientes, ni a los familiares, pienso que uno debe ser muy claro en la condición que se encuentra el paciente sin afectar o dar un shock muy fuerte al familiar. Pienso que hay médicos que dan información de manera muy asertiva. Pero también hay médicos demasiados fuertes y no se miden cuando dicen las cosas” (Entrevista 8 CR, hombre, fisioterapeuta con experiencia mayor a 5 años).*

#### 4.2.3 El caso

En el caso propuesto (Anexo 2) en la entrevista se observó que, en su mayoría, sin distinción de género o por experiencia, los entrevistados aceptan o plantean una remisión para el paciente B debido. Argumentan que, aunque el paciente A tiene unas comorbilidades que afectarían su calidad de vida después de salir de la unidad de cuidados intensivos (probablemente no sea la misma que cuando ingresó), lo más adecuado es respetar la petición de la familia. Se vislumbran en los participantes, como orientadores de su análisis, los principios de Justicia, Beneficencia, Autonomía y las virtudes de Prudencia, Cuidado, Benevolencia. Al tiempo que permitió evidenciar e introducir lo relacionado a dilemas bioéticos.

*“Pues yo pienso que por las condiciones que tiene el paciente A que tiene 70 años que ha sufrido lesiones severas entrando en falla renal, pues digamos que su inestabilidad hemodinámica podría decir que podría ir hacia al deterioro. Sin embargo, hay que respetar digamos el deseo de la familia que desea que se sigan los esfuerzos. Quizás más adelante se podría pensar en una unidad de cuidado crónico. Por otra parte, el otro paciente es un paciente adulto joven todavía, pues también habría que buscar la manera de garantizar digamos la unidad de cuidado intensivo”.*

*(Entrevista 10 SG mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a 15 años).*

*“El sigue vivo, si no tuviera ninguna reacción ante estímulos, ahí si se podría hablar con los familiares; hablarles muy claro, que no hay posibilidades de mantener este paciente con vida, entonces como el paciente B está esperando una cama en la unidad de cuidado intensivo de manera prudente aceptar en otra unidad o hacer una remisión a una institución donde se pueda atender, si está muy difícil se podría mantener en urgencias con un respirador y todos los cuidados que se le puedan brindar” (Entrevista 7CR hombre, fisioterapeuta 5 años de experiencia).*

### 4.3 Dilemas en la toma de decisiones y autonomía profesional

Esta categoría dividida en las siguientes dos subcategorías describe cómo el fisioterapeuta de la clínica Shaio es autónomo en cuanto las decisiones fisioterapéuticas, pero acompañados de un trabajo multidisciplinar, aunque a ello no se escapan los dilemas bioéticos.

#### 4.3.1 Rol del fisioterapeuta y trabajo multidisciplinar

*"Algo que cabe resaltar en cuanto a la unidad de cuidado intensivo de la clínica es que uno tiene autonomía, participa en la revista médica, los doctores le piden la opinión a uno, ejemplo: bueno usted qué piensa, que tal si hacemos esto, mejor porque no le hacemos esto, lo pasamos a este modo y qué tal si iniciamos Electro-Estimulación que tal la parte de rehabilitación física y usted cómo ve esos gases que cambio le va a hacer..." (Entrevista 6 RM Hombre, fisioterapeuta con experiencia menor a 5 años).*

De acuerdo con los participantes del estudio, el fisioterapeuta de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Shaio ha logrado la autonomía profesional gracias a que se han otorgado este espacio por el conocimiento, credibilidad y profesionalismo en la toma de decisiones. En la Clínica Shaio doce fisioterapeutas entrevistados respondieron de manera similar, todos concluyen que son totalmente autónomos en su quehacer profesional en unidad médico-quirúrgica y en estos momentos en la unidad COVID. Dos fisioterapeutas manifestaron que en la única unidad donde no son totalmente autónomos es en la unidad cardiovascular, donde, como deber, se siguen los lineamientos del intensivista en cardiología.

*"... Digamos que lo tienen muy en cuenta a uno en la unidad donde estamos laborando, ...digamos que uno no es un cero a la izquierda, sino más bien tiene como autonomía y le preguntan a uno ciertas cosas" (Entrevista 6 RM hombre, fisioterapeuta con experiencia menor a 5 años).*

*“Si tenemos momentos de autonomía, pero requerimos también otros momentos de apoyo multidisciplinar porque a veces algunas de las decisiones que podamos tomar pueden comprometer aspectos que están relacionados con el personal de enfermería o con el médico, entonces a veces si es bueno esas decisiones que uno considera que podría tomar individualmente comunicarles previamente o comunicarles al momento en que se va a realizar alguna estrategia o algún cambio. Pero si tenemos autonomía”*  
(Entrevista 10 SG mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a 15 años).

El fisioterapeuta especialista en cuidado crítico de la unidad de cuidado intensivo está en capacidad de tomar decisiones frente a la gasometría arterial, programación ventilatoria de acuerdo con la patología y necesidades del paciente, toma de muestras, asistencia en intubación orotraqueal, destete ventilatorio, plan y estructuración de rehabilitación física integral para que los pacientes salgan de la unidad con éxito y puedan retornar a su funcionalidad normal y tener calidad de vida. Esto logrado bajo un equipo multidisciplinar en el cual escucha y es tenido en cuenta en cuanto a decisiones en pro del beneficio del paciente.

*“Toda decisión que se vaya a tomar frente a los pacientes debe estar avalado por el intensivista que es el que está pues a cargo de los pacientes, pero para nosotros ha sido un avance en la que la mayoría de las unidades somos las que damos nuestro concepto a nivel de ventilación mecánica y de manejo de la vía aérea, eso ha sido algo significativo que hace que tengamos tomar decisión ante algunas conductas”*  
(Entrevista 1 SC mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a 10 años).

Este trabajo multidisciplinar se ve reflejado de cada uno de los miembros del equipo, es la responsabilidad del trabajo bien hecho en pro del bienestar del paciente:

*"En la modificación de parámetros son unas las herramientas que nosotras usamos, entonces modificar mal un parámetro o dejar de hacerlo, que puede ser una de las cosas que puede pasar de acuerdo a toda la mecánica del paciente, de acuerdo a la gasometría, por ejemplo, que es con lo que nosotros modificamos parámetros y*

*dejarlos de hacer por alguna razón, porque por ejemplo, no me alcanzó el tiempo o porque ya estoy con otro paciente y el paciente se complica uno dice: es falta de profesionalismo de la persona, es falta de responsabilidad de la persona" (Entrevista 11 AM mujer, fisioterapeuta con experiencia menor a 5 años).*

*"Es un equipo todos manejamos un área, todos tenemos unas funciones; entonces si tu aprendes que tus funciones son vitales para el paciente, así como las funciones que tiene el médico, la enfermera, tu defiendes eso, así mismo das tu punto de vista hasta el último momento, debes tener claro que es lo que vienes hacer y porque lo haces" (Entrevista 12 JC mujer, fisioterapeuta con experiencia menor a 5 años).*

#### **4.3.2 Limitación del esfuerzo terapéutico**

La decisión respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico es una decisión que se plantea con el grupo multidisciplinario y el médico le comunica a la familia los pro y contra de los tratamientos que se podrían hacer o por el contrario no realizar firmando un documento legal.

*" Hoy por hoy todavía es el médico quien limita el esfuerzo terapéutico, obviamente avalados sobre: uno el pronóstico del paciente y de lo que digan los familiares... Según la ley colombiana esta decisión no la toma un médico y para eso está el consentimiento informado. Si dependiera de un fisioterapeuta bajarle parámetros a un paciente porque un paciente tiene un mal pronóstico no, no, no es decisión de nosotros" (Entrevista 1 SC mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a 10 años).*

El fisioterapeuta en la revista médica proyecta su concepto en cuanto a los componentes físico y respiratorio y es tenido en cuenta, pero aun así se considera que deben incluirse en otros espacios donde se pueda informar más sobre estas decisiones de limitación terapéutica, como por ejemplo en los comités de bioética donde no hay participación de estos profesionales, allí solamente acuden los médicos (neurocirugía, cardiología, medicina interna).

*“... Simplemente ellos toman la decisión y luego tu bajas parámetros, bueno haces lo que indican se debe limitar, pero [el fisioterapeuta] no es tenido en cuenta dentro de un comité” (Entrevista 9 LS Entrevista mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a 10 años)*

Esto conlleva a dilemas propios de la labor fisioterapéutica, que estos tiempos de pandemia han aumentado para los fisioterapeutas y demás personal de atención asistencial en salud ya que aumentaron las muertes de pacientes y estos dilemas se repiten frecuentemente e incluso personas que lamentablemente fallecen solas debido a que los miembros de sus familias se encuentran en aislamiento o en similares circunstancias o por seguridad se limitan los tiempos de la familia en la unidad de cuidado intensivo. Entre estos dilemas, con la investigación se vislumbraron algunos tales como:

#### *4.3.2.1 Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) Vs Tratamientos fútiles*

No realizar más procedimientos a un paciente que ya se encuentra en el detrimento o en el deterioro y saber que los procedimientos de terapia física y terapia respiratoria no se encuentran con indicación en estados críticos y no presentaran algún beneficio, pero aun así se continúa realizando procedimientos de terapia respiratoria para evitar el discomfort o sufrimiento del paciente.

#### *4.3.2.2 Beneficencia y No maleficencia Vs Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y Ortotanasia*

El saber que se ha trabajado y se ha realizado lo mejor por un paciente, se le dieron los mejores tratamientos, la mejor atención, pero el médico decide no realizarle más y ordena bajar parámetros, observar como para la familia que lo acaba de ver vivo, probablemente, sería la última vez que lo verían de esta manera.

El momento de saber que el paciente solo esta soportado por un ventilador y al momento de apagarlo: “ver cómo se apaga el aparato y con este se va una vida”.



#### 4.3.2.3 Justicia Vs Beneficencia y No maleficencia

Al evidenciar si se asigna una cama a un paciente más joven o paciente con menos comorbilidades, en estos tiempo de pandemia es uno de los dilemas más comunes en el personal médico y tenido en cuenta la disponibilidad de estas camas ya que se encuentran limitada, para los fisioterapeutas se evidencia en el sentido llegar al consenso entre hacer y lograr cambios o limitar acciones para evitar daños, hablar con el médico intensivista sobre las posibles alternativas de modos ventilatorios y diversas estrategias para mejorar aspectos del mecánica ventilatoria o decidir, como se mencionaba antes, limitación del esfuerzo terapéutico.

#### 4.4 Atención humanizada al paciente

En esta categoría se encontró como relevante el abordaje del paciente, ya que muchos de estos pacientes no solo son vulnerables si no también frágiles y la atención humanizada debería ser un componente sobresaliente de los profesionales que se encuentran el área asistencial, pero muchas veces no se encuentra o se encuentra reducida en los profesionales por el hacer diario.

*"Pues entran muchos factores, no pues uno mira la parte, pues primero la parte humana y qué condición y qué calidad de vida le voy a dar a la persona, qué riesgo beneficio tiene en la intervención que le voy a hacer y pues siempre pues vela por lo mejor hacia el paciente, lo mejor que le beneficia a él" (Entrevista 6 RM hombre, con experiencia menor a 5 años).*

## Capítulo 5 – Discusión y conclusiones

En este trabajo se encontró que los fisioterapeutas participantes tienen una idea de bioética que se traslapa con la ética (*“parte de la moral que nos rige para poder trabajar con seres humanos para trabajar con iguales”*) y a su vez la confunden con la moral basada en valores de tipo subjetivos. Luego del proceso inferencial se logró identificar que, los participantes con experiencia menor a diez años y habían tomado cursos de bioética en el desarrollo de su pregrado y postgrado, y una participante con experiencia clínica mayor a 15 años, relacionan la bioética dentro del campo o ámbito hospitalario con la toma de decisiones más justas y mejores para el paciente, y con el diario vivir del personal que labora en el campo de la atención en salud.

Se puede plantear que, tal como lo evidenciaron Sousa y Carvalho (2019), donde los participantes identificaron a la bioética como una temática “difícil, complicada y compleja”, este estudio reafirma que la bioética, al reflexionar sobre la vida y la muerte, saca a la luz “cuestiones presentes en la vida cotidiana de los profesionales de salud, discutiendo temas como la prolongación de la vida, morir con dignidad, eutanasia, suicidio asistido y cuidados paliativos”, en el mantenimiento o retiro del soporte vital y en la responsabilidad por la toma de este tipo de decisiones: “equipo, paciente o familia”. Así mismo, se corrobora lo planteado por Moscoso (2011): la bioética brinda el espacio de reflexión apropiado para que el fisioterapeuta analice los factores que generan influencia y cuestionamiento a su práctica clínica, brindándole elementos que signifiquen un cambio en su quehacer diario”.

Respecto a los principios bioéticos para fundamental la bioética en la toma de decisiones que realizan los fisioterapeutas de la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica Shaio, nuestros hallazgos coinciden con publicaciones como las de Motta, Oliveira, Silva y Siqueira-Batista (2016), quienes plantean que las principales discusiones en bioética clínica remiten a los principios de Respeto a la autonomía de las personas, Beneficencia, No maleficencia y Justicia. En concordancia con lo planteado por Moscoso (2011), quien reconoce la jerarquía de los principios bioéticos norteamericanos como Ética de mínimos

(justicia y no maleficencia) y Ética de máximos (beneficencia y autonomía), este estudio encuentra en estos principios herramientas que propician “un proceso de análisis y reflexión” sobre la práctica clínica de los fisioterapeutas de la UCI, al tiempo que les permite reconocer estrategias para lograr la solución a los conflictos o por lo menos su armonización. De esta manera, los participantes del estudio se sitúan en la perspectiva principialista de la bioética, donde como lo plantea Etxeberria (2020) son fundamentales “los principios-imperativos-máximas-criterios a los que deben ajustarse juicios, decisiones y comportamientos” bien sea por deontología, análisis de consecuencias o casuística.

Motta, Oliveira, Silva y Siqueira-Batista (2016) apelan por ampliar la mirada de la bioética clínica a otras corrientes de bioética; nuestro estudio logró identificar que además de los principios de la ética biomédica clásica, los fisioterapeutas participantes consideran, reconociendo el sentido de lo humano en los procesos de atención en las UCI, como fundantes de su toma de decisiones algunos principios establecidos por la UNESCO en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), entre ellos: Dignidad humana y derechos humanos, Igualdad, justicia y equidad, y Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal. En este sentido los participantes ponen el acento en la importancia de fundamentar la práctica dentro de la UCI en centrarse en los intereses y el bienestar de los pacientes, que como personas especialmente vulnerables deben ser objeto de protección y cuidado en su integridad y a quienes se debe atender con igualdad de acuerdo a sus necesidades siempre privilegiando el respeto por su dignidad humana. Al respecto no hay en la actualidad estudios en UCI que indaguen sobre estos hallazgos desde la perspectiva de la bioética y los derechos humanos.

Entre las virtudes halladas en nuestro estudio, los participantes plantearon: compasión, benevolencia, olvido de uno mismo, cuidado y prudencia, todas ellas conducentes a la búsqueda de la excelencia profesional, como lo plantea Camps (2007 y 2015) a un profesionalismo que sea conducente a la preocupación y la *praxis* por el interés del paciente. Siendo la prudencia una de las virtudes más difíciles de alcanzar, nuestros

resultados muestran su relevancia en cuanto al ejercicio profesional y su cultivo en la toma de decisiones, el análisis de las consecuencias e incluso la búsqueda de acciones clínicas mediadas entre las razones y las emociones.

Acorde con nuestros resultados Dimmock y Fisher (2017) han planteado la prudencia en términos de sabiduría práctica cuya finalidad es construirnos como seres mejores (con carácter y discernimiento) con capacidad de ejecutar acciones ingeniosas o valientes en lugar de groseras o cobardes. Sin embargo, es bueno problematizar este hallazgo dado que, como lo afirman Esquerda *et al* (2017), la *praxis* de la bioética y de las virtudes no debe circunscribirse a mejoras en habilidades prácticas para resolver o solucionar dilemas éticos. La clave del asunto está en lograr una sabiduría práctica (*phronesis*) que permita conjugar en el actuar virtuoso las habilidades de deliberación, las competencias tecno-científicas (saber hacer) y el compromiso con el bien (benevolencia) y con el interés del paciente. Así las cosas, de acuerdo con lo planteado por Etxeberria (2020), es loable, sino ideal, la conjunción de la perspectiva de principios bioéticos con la perspectiva aretológica de la bioética, lo cual aunque en pequeña medida se logra vislumbrar en nuestros hallazgos. Las virtudes, como modos de ser que albergan disposiciones para la acción y para el perfeccionamiento como agentes morales autónomos, están presentes en todas las realidades y procesos (en la toma de decisiones o en la cotidianidad de las actividades), emergen sin necesidad de deliberaciones cognitivas decisionales salvo en los discernimientos conductuales relacionados con la prudencia (Etxeberria, 2020; Beato, 2020).

La virtud del cuidado fue reconocida por los participantes del estudio como la disposición a actuar y el actuar profesionalmente en aras del bienestar del paciente, siempre en *pro* de la salud de la persona, para lo cual son necesarios conocimientos y el ponerse en los zapatos de esta (compasión). Nuestros hallazgos coinciden con lo planteado por Beato (2020), quien afirma que el cuidado implica una dimensión cognitiva (conocimiento y comprensión de la situación concreta de la persona sujeta a cuidado). Así las cosas, el cuidado tanto en nuestro estudio como en lo planteado por Beato (2020) se relaciona con un ejercicio de sabiduría práctica (*phronesis*) que procura el conocimiento de las

singularidades de las personas y las situaciones para lograr ajustar los medios a los fines, lo cual a su vez implica una dimensión de afectividad que permite percibir adecuadamente las necesidades de la otra persona (conocida o extraña), esto conlleva al ejercicio de la empatía y finalmente deviene en una acción, de comun acuerdo (intersubjetividad), basada en la responsabilidad sobre el otro y las necesidades identificadas dada su situación de dependencia y vulnerabilidad, situaciones que en una UCI cobran preponderancia. En la práctica de la bioética fundamentada en las virtudes la empatía es clave, lograrla con los pacientes necesita de elementos como: el razonamiento moral, la sensibilidad ética y la comunicación; ponerla en práctica es un ejercicio de respeto por la dignidad humana de la persona (Yuguero *et al*, 2019; Donoso-Sabando, 2014).

En cuanto a autonomía profesional los fisioterapeutas participantes plantean tener un rol importante en el equipo multidisciplinario especialmente en cuanto a decisiones de intervención y manejos de terapia física o respiratoria. Sin embargo, carecen de presencia en el comité de bioética de la institución y en la unidad cardiovascular. Ahora bien, los resultados de este estudio coinciden con los planteado por Moscoso (2011) quien afirma que la autonomía profesional en el área de fisioterapia está influenciada por muchos factores entre ellos: el lugar de trabajo, la capacitación constante para argumentar de manera acertada ante el equipo multidisciplinar la toma de decisiones. La fortaleza conceptual y en profesionalismo favorecen el reconocimiento dentro de los equipos multi e interdisciplinarios. Futuras investigaciones podrán indagar sobre esta situación en la unidad cardiovascular y la percepción de los intensivistas en cardiología, pues como lo plantea Moscoso (2011) un alto porcentaje de profesionales en medicina pone en duda la toma de decisiones fisioterapéuticas y opta por un comportamiento tendiente a la rendición de cuentas de parte de otros profesionales de la salud, entre ellos los fisioterapeutas.

Nuestro estudio encontró que en el ejercicio de la fisioterapia en cuidado crítico se presentan dilemas bioéticos especialmente en relación con la LET y han aumentado, en términos de frecuencia, en este tiempo de la pandemia por la COVID-19. Para nuestros

participantes los dilemas bioéticos relacionados con LET son más difíciles de sobrellevar en niños, adultos jóvenes y en jóvenes, de igual forma lo han reportado Sousa, Lustosa y Carvalho (2019) quienes encontraron que para los trabajadores de UCI “cuanto más joven, más difícil es decidir, aceptar y lidiar con la falta de posibilidad de cura”. Ahora bien, contrario a los hallazgos de estos autores, quienes reportan deficiencia en el conocimiento de los intensivistas sobre cuestiones relacionadas con la terminalidad: eutanasia, distanasia, ortotanasia, cuidados paliativos, LET (Sousa, Lustosa y Carvalho, 2019) nuestro estudio halló que son los médicos intensivistas quienes, en conjunto con los familiares, apoyados en el pronóstico del paciente, el comité de bioética institucional y aspectos legales, quienes toman la decisión. Sin embargo, es aquí donde emergen algunos dilemas, pues quien ejecuta la acción (“bajar parámetros”), por cuestiones de la jerarquía médica, no ha participado en la toma de decisiones y puede tener una apreciación diferente, mismo hallazgo que Sousa, Lustosa y Carvalho (2019) en enfermería y fisioterapia de UCI en Brasil y Ricón y Garzón (2015) quienes plantean la tensión entre “Elección/selección vs. racionalización/rationamiento” al realizar la práctica de LET.

Frente al dilema “Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) Vs Tratamientos fútiles”, cobra relevancia una reflexión sobre la praxis de la bioética en fisioterapia en cuidado crítico y con ello sobre la propuesta de la “fisioterapia paliativa” destinada a proveer asistencia para “aliviar el dolor y a promover la calidad de vida, el bienestar respiratorio y/o motor del enfermo terminal” (Costa y Duarte, 2019). Para ello la *praxis* de la bioética basada en la virtud del cuidado podría brindar herramientas entorno a las necesidades de estos pacientes.

El dilema “Beneficencia y No maleficencia Vs Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y Ortotanasia” coincide con el planteamiento de Šore (2020) denominado “Límites en el rol del fisioterapeuta en la educación inicial del diagnóstico y pronóstico” y su argumento sobre la efectividad de las terapéuticas en fisioterapia: múltiples terapias de aplicación frecuente, aunque no todas con un grado de evidencia importante (Šore, 2020). El dilema “Justicia Vs Beneficencia y No maleficencia” es consistente con el planteamiento de Šore

(2020) denominado “Atender a todos los pacientes según sus necesidades sin tener en cuenta sus factores personales o sociales”, la reflexión sobre esta situación invita a superar la mirada utilitarista donde prima la racionalización de recursos como mecanismo para el establecimiento de prioridades.

Finalmente, como categoría emergente en esta investigación encontramos la atención humanizada en UCI como componente ético y uno de los retos en medio del andamiaje tecnológico propio de este contexto de atención. En las UCI puede ocurrir atención despersonalizada y deshumanizada, donde lo importante son las cifras y datos que indican posibilidad de sobrevida. Nuestro estudio halló que los fisioterapeutas participantes, en primer lugar, consideran la parte humana y procuran hacer lo mejor, lo más benéfico para el paciente. Brindar una atención humanizada en UCI, deberá ser objeto de atención e investigaciones, Correa-Pérez y Chavarro (2020) han afirmado que humanizar la atención del paciente asistido en las UCI permite disminuir la mortalidad, el tiempo de permanencia en la unidad, los días de ventilación mecánica y mejora la calidad de vida de los pacientes (menos secuelas físicas y emocionales).

Luego de este análisis podemos concluir que de acuerdo con los resultados planteados los fisioterapeutas participantes entrelazan sus propias definiciones de bioética con otras definiciones como la moral y la ética, el cual basan su quehacer profesional y de acuerdo con la experiencia, también esta definición se vio influenciada con la preparación profesional o posgradual en el cual adquirieron estos conceptos. En el cual ya vivenciados en la práctica clínica llevan a la reflexión y cuestionamientos más profundos acerca de la terminalidad de vida.

En cuanto a principios y virtudes que son tomados en cuenta por los fisioterapeutas en la toma de decisiones, comenzando por los principios en primera línea el de autonomía de la persona, beneficencia, no maleficencia y justicia cada uno según su jerarquía de mínimos y máximos dados como herramientas para realizar análisis, reflexión y solución de conflictos que día a día se producen en un ambiente de UCI, en conjunto hacia la atención del paciente críticamente enfermo, los fisioterapeutas tienen en cuenta

principios establecidos por la UNESCO como: la dignidad humana y derechos humanos, Igualdad, justicia y equidad, y Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal. Entre las virtudes tenidas en cuenta por los fisioterapeutas en aras de la excelencia profesional, tenemos: compasión, benevolencia, olvido de uno mismo, cuidado y prudencia. Encontrando la prudencia como una de las virtudes más difícil de conservar en cuanto al contexto de la gravedad o al informar a sobre el estado de un familiar en la unidad de cuidados intensivos.

Los fisioterapeutas participantes de esta investigación encuentran un logro en la autonomía profesional que han logrados en las unidades donde se desempeñan actualmente, más sin embargo se considera necesario prestar atención a la UCI cardiovascular y comité de ética donde no se logra esta autonomía ni participación para la toma de decisiones en el equipo multidisciplinar. Esta toma de decisiones es compleja en torno a los dilemas que surgen en la unidad de cuidado intensivo y que a partir de la experiencia y prelación se pueden abarcar de buena manera.

### **Alcances y limitaciones**

En el trascurso de la investigación se encontraron las siguientes limitaciones: una de ellas fue el evento mundial de pandemia por la Covid-19, ya que la población de estudio se encontraba en la unidad de cuidados intensivo formándose en los nuevos protocolos para acceder con los elementos de protección personal establecidos según la institución, esto dificultó la coordinación de tiempos para realizar entrevistas tanto presenciales como virtuales ya que muchos tenían jornadas de doce horas al igual que la investigadora principal. Algunos de los participantes preferían la entrevista presencial en la institución por temas de privacidad y tecnología, esto facilitó el acceso a las entrevistas presenciales cumpliendo con los protocolos y elementos de protección personal.

Otra de las limitantes fue la inexperiencia por parte de la investigadora principal para realizar investigación cualitativa y recolección de datos; sin embargo, se tuvo el apoyo



permanente del director del trabajo y recibió instrucción y realizaron lecturas para solventar esta limitante.

En alcances uno de ellos principalmente fue lograr los objetivos de la investigación; a través de la entrevista semiestructurada se extrajo información de interés para la investigación. Otros de los alcances fundamentales fue acceder a los fisioterapeutas que se desempeñan en la unidad de cuidados intensivos de la clínica Shaio, escucharlos y comprender a través de ellos, las preocupaciones del gremio de fisioterapeutas que labora en unidades de cuidado intensivo actualmente.

## Referencias

- Amezcu, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Arantzamendi, M., Lopez-Dicastillo, O., Robinson, C., & Carrasco, J. (2016). Investigación cualitativa en Cuidados Paliativos. Un recorrido por los enfoques más habituales. *Medicina Paliativa* (209), 1-8.
- Beato JM. (2020). O Cuidado Como Virtude: um Diálogo Entre a Ética das Virtudes e a Ética do Cuidado. *Revista Portuguesa de Filosofia*. Vol 76 (1), 285-318. [https://doi.org/10.17990/RPF/2020\\_76\\_1\\_0285](https://doi.org/10.17990/RPF/2020_76_1_0285)
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed., pp. 100 - 101). New York: Oxford University Press.
- Betancourt, G. (2016). La ética y la moral: paradojas del ser humano. *Revista CES Psicología*; 9 (1):109-121.
- Bravo, Donoso, N. (1998). *Valores humanos*. Santiago: RIL.
- Buenaga Ceballos, Ó. (2017). *El concepto de justicia* (p. 24). Madrid.
- Camhi, S., Mercado, A., Morrison, R., Du, Q., Platt, D., August, G., & Nelson, J. (2009). Deciding in the dark: Advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Critical Care Medicine*, 37(3), 919-925.
- Camps, V. (2007). *La excelencia en las profesiones sanitaria*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Camps, V. (2015). Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación Médica*, 16(1), 3-8. doi: 10.1016/j.edumed.2015.04.001.
- Cebolla, A., Alvear, D. (2019). *psicología positiva contemplativa; fundamentos para un entrenamiento en bienestar basado en prácticas contemplativas*. Barcelona: editorial Kairós.
- Correa-Pérez L, Chavarro GA. (2020). Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colomb Cuid Intensivo* (En prensa). <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004>

Costa BP, Duarte LA. (2019). Reflexiones bioéticas acerca de la finitud de la vida, los cuidados paliativos y la fisioterapia. *Rev. bioét.* 27 (3): 510-515. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019273335>

Dimmock M and Fisher A. (2017). Aristotelian Virtue Ethics. In: Dimmock M and Fisher A. *Ethics for A-Level*. Cambridge, UK: Open Book Publishers. pp. 49-63.

Donoso-Sabando, C.A. 2014. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética*, vol. 18, núm. 2, 184-193.

Escobar Triana, J & Aristizábal Tobler, C. (2011). Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. *Revista Colombiana De Bioética*, (Vol. 6 No. Especial).

Esquerda M, Pifarré J, Roiga H, Busquets E, Yuguero O y Viñas J. (2017). Evaluando la enseñanza de la bioética: formando «médicos virtuosos» o solamente médicos con habilidades éticas prácticas. *Aten Primaria*. 2019; 51(2): 99-104.

Etxeberria X. (2020). Una aproximación a la bioética desde su perspectiva aretológica. *Revista Portuguesa de Filosofia*. Vol 76 (1), 385-408. [https://doi.org/10.17990/RPF/2020\\_76\\_1\\_0385](https://doi.org/10.17990/RPF/2020_76_1_0385)

Ferrer, Jore José & Álvarez, Juan Carlos. (2005). Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. 2ª edición. España Desclée De Broower, universida Ponticia Comillas.

Hottois Gilbert. (2007). ¿Qué es la Bioética? Colección Bios y Oikos No. 7. Bogotá: Universidad El Bosque.

Hottois Gilbert. (2013). Dignidad y Diversidad humanas. Bios y Oikos No. 11. Bogotá: Universidad El Bosque.

Kottow Lang, M. (2016). *Introducción a la Bioética* (3rd ed.). Santiago: Mediterráneo.

Ladeira T and Koifman L. (2017). Interface entre fisioterapia, bioética e educação: revisão integrativa. *Revista Bioética*, 25(3), pp.618-629.

Levin Phillip D & Sprung Charles L. (2008). Critical and intensive care ethics. En: Singer P y Viens AM. (Eds). *The Cambridge textbook of bioethics*. New York: Cambridge University Press, pp. 462–468.

Levin, Phillip D & Sprung Charles L. (2008). Critical and intensive care ethics. En: Singer P y Viens AM. (Eds). The Cambridge textbook of bioethics. New York: Cambridge University Press, pp. 462–468.

Lo B. Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1995.

López Barreda, R. (2015). Modelos de análisis de casos en ética clínica. *Acta Bioethica*, 21(2), 281-290.

Maldonado C, Sánchez Alfaro Luis Alberto, Urrea Mora F, Patiño Niño S & Fonseca Chaparro, M. (2009). Bioética, un campo en construcción. Una aproximación a sus tendencias. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología.

Molina Montoya, N. P. (2019). Modelo de Toma De Decisiones Bioéticas En Ciencias de la Salud. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(36-1).

Molina Ramírez, Nelsón. (2011). ¿Qué es la bioética y para qué sirve? Un intento de pedagogía callejera. *Revista Colombiana de Bioética*; 6 (2): 110–117.

Moscoso, J. (2011). Los dilemas del fisioterapeuta en el área asistencial: Una mirada a la toma de decisiones. *MOVIMIENTO CIENTÍFICO*. Iberoamericana Institución Universitaria.

Motta L, Oliveira L, Silva E, & Siqueira-Batista R. (2016). Toma de decisiones en (bio)ética clínica: enfoques contemporáneos. *Revista Bioética*, 24(2), 304-314. doi: 10.1590/1983-80422016242131

Núñez, M. (2016). Vivir con integridad y sabiduría: Persigue los valores que la sociedad ha perdido. (p. 13). Nashville, Tennessee.

Padovani Cantón, A & Clemente Rodríguez, M. (2010). ¿Que es la Bioética? *Rev Ciencias Médicas*; 14 (1).

Rincón, Mónica & Garzón, Fabio. (2015). Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 15(2) pp. 42-51.

Rodríguez Sabiote, C., Lorenzo Quiles, O., & Herrera Torres, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, XV (002), 133-154.

Rojas OA & Lara CL. (2014). ¿Ética, bioética o ética médica? Revista Chilena De Enfermedades Respiratorias, 30(2): 91-94. doi: 10.4067/s0717-73482014000200005

Sánchez-Alfaro Luis Alberto. (2015). Bioética y derechos humanos: reflexiones para la formación integral de profesionales de la salud. Rev CSV. 7 (1): 71-80.

Šore Galleguillos J. (2020). Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. Rev Bio y Der. 48: 193-207.

SousaGM, Lustosa MA, Carvalho VS. (2019). Dilemas de los profesionales de una unidad de terapia intensiva frente a la terminalidad. Rev. bioét. 27 (3): 516-527. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019273336>

Ten Have, H. (2012). Potter's Notion of Bioethics. Kennedy Institute Of Ethics Journal, 22(1), 59-82. doi: 10.1353/ken.2012.0003

Torres, M. (2007). Bioética y fisioterapia. Doc.investig. Fac. Rehabil. Desarro. Hum. Universidad del Rosario.

UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [en línea]. Disponible desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf>

Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis, Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Editorial Gedisa.

William Frankena, Ethics, 2nd ED. (Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall, 1973), p 47.

Yuguero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-Gonzalez J, Pifarré J. (2019). Ethics and empathy: The relationship between moral reasoning, ethical sensitivity and empathy in medical students. Rev Clin Esp. 219(2), 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.09.002>

## Anexos

### Anexo 1. Guía de Entrevista

Código de Anonimización: Ejemplo. Mujer Entrevistado 1

Años de Experiencia:

Genero:

Edad:

| Objetivo Específico                                                                                                                                          | Pregunta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificar la noción sobre bioética que tienen los fisioterapeutas de la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio en relación con la experiencia.    | <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Dónde hiciste el pregrado tuviste formación sobre Bioética?</li><li>- ¿Qué entiendes por bioética?</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Describir los principios y virtudes implicados en la toma de decisiones que realizan los fisioterapeutas de la unidad de cuidado intensivo de Clínica Shaio. | <ul style="list-style-type: none"><li>- En tu rol profesional aquí en la UCI ¿qué principios éticos te orientan o tienes en cuenta?</li><li>- En el caso de tomar una decisión de intervención fisioterapéutica ¿Sobre qué principios toma la decisión de limitar o evitar la intervención?</li><li>- En general, ¿qué preocupaciones éticas consideras que en el gremio de fisioterapeutas que trabajan en UCI tienen al momento de atender a los pacientes?</li><li>- Ante la compasión y respeto del paciente y su familia ¿cómo ser prudente en cuanto a un futuro pronóstico?</li></ul> |

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Describir la relación entre autonomía profesional, toma de decisiones y bioética a partir de la experiencia de los fisioterapeutas de la unidad de cuidado intensivo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué tan autónomo es usted en cuanto a la toma de decisiones fisioterapéuticas?</li> <li>- ¿Cómo se han ganado este espacio de autonomía en la fundación clínica Shaio?</li> <li>- ¿Estarías en capacidad profesional y autónoma para decidir sobre la limitación de alguna intervención sobre un paciente que está en la UCI?</li> <li>- A continuación, se le pide al entrevistado(a) que lea el caso, lo analice y tome una decisión frente a este.</li> <li>- Se habla un poco del caso y de los argumentos que llevan al entrevistado a tomar la decisión propuesta.</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **Anexo 2. Caso para analizar en las entrevistas**

Un paciente masculino de 70 años (paciente A) es admitido a la unidad de cuidado intensivo (UCI) después de un accidente de tráfico en carretera, en el cual sufrió lesiones severas en la cabeza y el abdomen. Luego de cuatro semanas en la UCI, la condición neurológica del paciente se ha estabilizado con funciones mínimas (el paciente no se comunica, pero retrae las cuatro extremidades ante estímulos dolorosos). Tras numerosos episodios de sepsis, el paciente está desarrollando falla renal, está anúrico, hipercaliémico y acidótico; está también dependiendo del respirador y de altas dosis de inotrópicos. La familia del paciente manifiesta que en su cultura la vida continúa hasta que el corazón se detiene. El día de hoy, la familia (que incluye a un médico) solicita que, de ser necesarios, todos los esfuerzos de reanimación sean continuados y se inicie con los procesos de diálisis.

En paralelo, el día de hoy, un segundo paciente masculino de 50 años (paciente B) con lesiones similares y cáncer de próstata metastásico, es admitido a la sala de emergencias de la misma institución donde está el paciente A y también necesita una cama en la UCI. Además de sus lesiones traumáticas se encuentra reducido a una silla de ruedas como resultado de demencia. En la institución no se tienen camas disponibles actualmente. La familia solicita que los médicos realicen todos los esfuerzos necesarios y asignen una cama en la UCI para estabilizar al paciente B.

De acuerdo con la evaluación médica, el paciente de trauma descrito en el caso uno (paciente A) se puede beneficiar muy poco de la terapia en la UCI por lo cual debería ser evaluado para retirarle el respirador (a lo cual la familia opone fuertes objeciones) y asignar la cama de la UCI al paciente B. ¿Qué decisión deberá tomar el equipo de salud?

Adaptado a partir de: Levin, Phillip D & Sprung Charles L. (2008). Critical and intensive care ethics. En: Singer P y Viens AM. (Eds). The Cambridge textbook of bioethics. New York: Cambridge University Press, pp. 462–468.