

Dilemas bioéticos experimentados por el cuidador respiratorio durante el retiro de la ventilación mecánica en adultos al final de la vida. Revisión integradora



Yamile Acosta Urrego

Yenni Milena Sánchez Guarín

Luisa Fernanda Muñoz Cañón

Trabajo de grado para optar a título de Especialista en fisioterapia en cuidado crítico

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

Dilemas bioéticos experimentados por el cuidador respiratorio durante el retiro de la ventilación mecánica en adultos al final de la vida. Revisión integradora



Yamile Acosta Urrego

Yenni Milena Sánchez Guarín

Luisa Fernanda Muñoz Cañón

Trabajo de grado para optar a título de Especialista en Cuidado Crítico

DOCENTE ASESOR

Luis Alberto Sánchez Alfaro

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

Agradecimientos

Dedicado primeramente a Dios, quien nos permite culminar este proceso educativo y a nuestras familias quienes incansablemente nos han apoyado.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	6
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL Y TEÓRICA	18
2.1 HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN EN SALUD	18
2.2 UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	20
2.2.1 UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO Y HUMANIZACIÓN	22
CAPÍTULO 3 – DISEÑO METODOLÓGICO	23
3.1 TIPO DE ESTUDIO	23
3.2 POBLACIÓN PARTICIPANTE	23
3.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	23
3.2.2 TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA	23
3.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
3.2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	24
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	25
3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	2
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS	3
CAPÍTULO 5 – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	4
ALCANCES Y LIMITACIONES	4
REFERENCIAS	6

Introducción

El retiro de la ventilación mecánica al final de la vida se realiza para proporcionar una muerte aceptable, la literatura ha documentado brechas conceptuales en los cuidadores respiratorios sobre el fin de la vida y los consecuentes dilemas bioéticos a los que se enfrentan estos profesionales (Vera Carrasco, 2015). Esta investigación tiene como objetivo analizar los dilemas bioéticos que experimentan los cuidadores respiratorios durante el retiro de la ventilación mecánica en adultos al final de la vida a partir de una revisión integradora de la literatura publicada entre 2010 y 2021 (Zambrano Molina et al., 2020). Para dar cumplimiento a este objetivo se planteó una revisión integrativa de la literatura sobre modelos o escuelas de pensamiento existentes en torno a los dilemas bioéticos de los cuidadores respiratorios durante el retiro de la ventilación mecánica en adultos al final de la vida, siguiendo los lineamientos de Whittemore & Knafl (2005) y Guirao Goris (2015).

Para el análisis de la información se realizarán cinco pasos: 1. Evaluación crítica de la literatura (integridad de los artículos, autenticidad, calidad metodológica, valor informativo y representatividad de las fuentes primarias); 2. Reducción de datos en subgrupos (según la evidencia sobre: condiciones clínicas, dilemas éticos y pautas de actuación); 3. Descripción de datos acorde a la clasificación por subgrupos, seleccionando herramientas que permitan comparar adecuadamente los hallazgos; 4. Comparación de los datos para identificar patrones de comportamiento de los cuidadores respiratorios frente a los dilemas identificados; 5. Elaboración de conclusiones.

Los resultados mostraron un análisis de 40 documentos, en los que el 14,3% (n = 7) identificaron que la enfermedad terminal (ET) es la principal condición que genera dilemas bioéticos y 42,9% (n= 21) que disyuntivas éticas en el cuidado respiratorio están relacionadas con la muerte digna o eutanasia y los estados vegetativos, así mismo, que

los profesionales del cuidado respiratorio tienen en cuenta los conceptos de retención, retirada, sedación terminal, eutanasia y suicidio asistido para establecer las pautas de acción frente a dichos dilemas (Cáceres, 2011). Finalmente, se concluye no se ha definido claramente en la literatura los dilemas bioéticos que experimentan los cuidadores respiratorios durante el retiro de la ventilación mecánica en adultos al final de la vida (Sousa, Lustosa, Carvalho, et al., 2019) por lo que se hace necesario fomentar la investigación sobre bioética en derechos humanos en esta área.

Capítulo 1. Descripción general del proyecto

1.1 Problema de investigación

La ventilación mecánica es una estrategia de soporte vital a corto plazo que se aplica a diario en un amplio espectro de indicaciones, desde procedimientos quirúrgicos programados hasta insuficiencia orgánica aguda (Pham et al., 2017) (Correa-Perez, 2020a) . Cuando la disfunción orgánica de un paciente críticamente enfermo no responde al tratamiento, los objetivos de la atención ya no pueden lograrse, las intervenciones pueden resultar más onerosas que beneficiosas, o cuando el soporte vital deja de corresponder al pronóstico esperado, los profesionales de la salud de la unidad de cuidado intensivo (UCI) deben retirar y/o suspender las terapias y proporcionar una muerte aceptable (Correa-Perez, 2020a)(Mercadante et al., 2018), procurando una atención eficaz al final de la vida en la UCI (Prendergast et al., 1998). El retiro del soporte ventilatorio en pacientes con muerte inminente es una medida de comodidad y que evita prolongar el proceso de muerte (Correa-Perez, 2020); aunque este tratamiento de soporte vital es el más común que se retira antes del deceso, se ha encontrado que se encuentra asociado a malestar durante el final de la vida de los pacientes críticos (Robert et al., 2017) (for the group SEDARREVE et al., 2020) (Robert et al., 2020).

Este escenario exige la toma de decisiones por parte del equipo multidisciplinario de las unidades de cuidado intensivo con respecto a los procedimientos al final de la vida; siendo los profesionales en cuidado respiratorio parte de este equipo, se ven enfrentados a diario a situaciones relacionadas con el cuidado de la salud frente a la finitud de la vida, ocasionándoles en muchos casos impotencia o frustración (Correa-Perez, 2020a) (Costa et al., 2019), debido a que sus percepciones, actitudes, conflictos de valores y creencias son relevantes por ser el personal que con mayor frecuencia afronta la disminución paulatina del soporte ventilatorio, la extubación o apagar el ventilador mecánico del paciente terminal (Bonilla & Patricia, 2016). Grandhige et al. (2016) indagaron a los profesionales del cuidado respiratorio de dos centros asistenciales sobre sus experiencias en el cuidado de pacientes con extubaciones terminales y llegaron a la

conclusión que ocasionalmente se veían involucrados en discusiones sobre el final de la vida a pesar de su deseo de participar, adicionalmente, declararon experimentar malestar en situaciones difíciles. Lo que exige una capacitación más formal a fisioterapeutas y terapeutas respiratorio en torno a la atención de pacientes terminales y las diferentes modalidades del retiro del ventilador.

Aspecto que apoya el estudio de Sousa et al., (2019) quienes expusieron como los fisioterapeutas presentan brechas conceptuales sobre el fin de la vida y los consecuentes dilemas bioéticos, careciendo de fundamento para las decisiones terapéuticas en su quehacer diario, el cual está relacionado con el uso de soporte ventilatorio, estrategias de liberación de la ventilación mecánica y desconexión del ventilador (Sousa, Lustosa, & Carvalho, 2019). Las dificultades identificadas muestran la necesidad de una formación continua en la aplicación de principios éticos en contextos de finitud, para proceder con la mayor eficiencia y dignidad en el área de la salud. El no tener claridad sobre cómo enfrentar los dilemas bioéticos de la suspensión paliativa de la ventilación mecánica, puede llevar a que haya abstinencia en la toma de decisiones, así lo muestra el estudio de Huynh et al. (2013) de las 322 muertes ventiladas, 159 pacientes tuvieron retiro paliativo de ventilación mecánica y 163 pacientes murieron en el ventilador, debido a que la indicación se asoció más con la abstinencia que con los parámetros fisiológicos.

La literatura ha documentado el retiro de la ventilación mecánica al final de la vida en el paciente oncológico progresivo no tratable; enfermedades crónicas descompensadas sin posibilidades de tratamiento; pacientes con intubación de extrema urgencia en quienes no se conocía orden de no reanimación (Turnbull et al., 2014). De igual forma, las prácticas y percepciones sobre la extubación y la liberación terminal en personal asistencial y familiares, Cottureau et al. (2016) socializaron que de los 451 (98%) profesionales de cuidado intensivo incluidos en el estudio, 37 (8,4%) nunca o casi nunca habían realizado destete terminal (TW) y 138 (31,3%) nunca o casi nunca habían realizado extubación terminal (TE); 205 (45,8%) participantes percibieron una diferencia moral entre TW y TE. Se identificaron tres grupos definidos por creencias personales sobre TW y TE: el 21,2% de los participantes prefirió TW, el 18,1% prefirió TE y el 60,7%

no tenía preferencia. La preferencia por la TW estuvo relacionada con percepciones desfavorables o un conocimiento insuficiente de la TE. Los miembros del personal que preferían TE y aquellos que no tenían preferencia percibían que TE proporcionaba un proceso de muerte más natural con menos ambigüedad.

Thellier et al. (2017) realizaron un estudio retrospectivo analizando pacientes fallecidos en la UCI, demostrando que después del retiro de soporte vital, 68 pacientes fallecieron, de los cuales 22 recibieron TE y 46 TW (Aranguren Rincón & Avellaneda Riaño, 2020). No hubo diferencias en la edad media, la duración media de la estancia en la UCI, la causa de la admisión en la UCI y la dosis de sedantes utilizada durante el procedimiento de abstinencia entre los dos grupos. Todos los miembros de la familia aprobaron la decisión de TE (Domaica Mardaras, 2016). En este grupo, los familiares de cada paciente estaban presentes en la sala de UCI al momento del fallecimiento, mientras que en el grupo de TW solo estuvieron presentes 32 (69,5%). Se pone en evidencia la necesidad de los profesionales del cuidado respiratorio de reconocer cuáles son los pacientes en los que se debe continuar todas las estrategias terapéuticas y en quienes se deben limitar los tratamientos y retirar la ventilación mecánica por no aportar a un resultado favorable, cooperando con el buen morir, apaciguar el sufrimiento y asistir una muerte en paz (Beca I et al., 2010) (Zambrano Molina et al., 2020).

Asimismo, es fundamental el manejo del paciente y su entorno, en el cual se incluye el personal médico y su equipo interdisciplinario, así como la comunicación e interacción con las familias o personas inmiscuidas en el cuidado del paciente, especialmente en la toma de decisión de la limitación de esfuerzos terapéuticas y limitación de la ventilación mecánica, partiendo de los aspectos emocionales, criterios culturales, sociales y religiosos, evitando así discrepancias en la mala práctica clínica, pero sobre todo partiendo de los conceptos académicos y éticos de los profesionales de la salud (García, 2020b) (Carrillo et al., 2020).

De acuerdo con los antecedentes previamente expuestos se puede evidenciar que el profesional en cuidado respiratorio es parte fundamental del equipo multidisciplinario de

la UCI, debido a que es el encargado del manejo de la ventilación mecánica del paciente crítico (Carrillo et al., 2020). Este tipo de pacientes pueden llegar a una disfunción orgánica que no responda al tratamiento a pesar de contar con todas las intervenciones propias del soporte vital, momento en el que el personal asistencial deben tomar la decisión de suspender las terapias y proporcionar una atención eficaz al final de la vida. Los cuidadores respiratorios se ven frecuentemente confrontados a este tipo de situaciones, en los que se les dificulta enfrentar los dilemas éticos que rodean el retiro de la ventilación mecánica con fines paliativo (Carrillo et al., 2020); en la mayoría de los casos por no ser partícipes en la toma de decisiones del grupo, y en otras, por sensación de frustración secundario a la falta de conocimiento sobre principios y dilemas bioéticos (Cáceres, 2011). Es este orden de ideas surge la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuáles son los dilemas bioéticos experimentados por cuidadores respiratorios durante el retiro de la ventilación mecánica en adultos al final de la vida según la literatura publicada entre 2010 y 2021?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Analizar los dilemas bioéticos que experimentan los cuidadores respiratorios durante el retiro de la ventilación mecánica en adultos al final de la vida a partir de una revisión integradora de la literatura publicada entre 2010 y 2021.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las condiciones clínicas que condicionan la toma de decisiones del cuidador respiratorio en el retiro de la ventilación mecánica paliativa según la literatura publicada entre 2010 y 2021.
- Describir los dilemas éticos afrontados por los cuidadores respiratorios en el marco del retiro de la ventilación mecánica en adultos al final de la vida a partir la literatura publicada entre 2010 y 2021.

- Describir las pautas de actuación frente a los dilemas éticos en el retiro de la ventilación mecánica al final de la vida del cuidador respiratorio de acuerdo con la literatura publicada entre 2010 y 2021.

1.3 Justificación

La bioética enmarca un "conjunto de principios y normas que rigen entre estos profesionales, la relación del médico con sus pacientes, con sus familiares a fin de lograr la preservación de la salud, el tratamiento y recuperación de los pacientes" (Estrada & Zepeda, 2017), de los cuales se desglosan temas emocionales, profesionales y de humanización, que los trabajadores de la salud debe aplicar en su quehacer diario (Carrillo et al., 2020); de tal forma, que los dilemas éticos se correlacionan de manera directa con los conflictos de valores morales, conduciendo a situaciones que dependen de la toma de una decisión y la asertividad que conlleva el generar un procedimiento o llevar a cabo o la simple explicación a un paciente o familiar (Vera Carrasco, 2015b) (Carrillo et al., 2020).

El profesional del cuidado respiratorio se caracteriza por el manejo dinámico de la ventilación mecánica acorde a los requerimientos del paciente, por lo que también debe tomar decisiones clínicas e implementar acciones en pro de mantener el proceso respiratorio, todo ello basado en solidaridad, proporcionalidad, justicia e individualización, atención humanizada y aplicabilidad de los principios bioéticos, especialmente en la atención al final de la vida (Carrillo et al., 2020), (García, 2020b), en la que se debe procurar el bienestar del paciente sin tener en cuenta condiciones sociales, étnicas, religiosas, de género ni de otro tipo, procurando un accionar terapéutico competente, caracterizado por la comunicación entre colegas, la institución y la familia del paciente (Peña Otero, 2016) (García Asensio, 2019).

La presente investigación busca, a partir de una revisión de literatura tipo integradora, analizar los dilemas bioéticos que enfrentan los cuidadores respiratorios en el manejo de la ventilación mecánica del paciente crítico adulto al final de la vida y porque aspectos han estado determinados, con el fin de aportar al conocimiento y manejo de pacientes y

familiares desde los principios de justicia, de lealtad institucional y profesional a sus pacientes y a su propio ejercicio terapéutico (Vera Carrasco, 2010a), así como desde los principios de beneficencia y no maleficencia (Velarde, 2012) (Pereáñez, 2015a).

Capítulo 2 - Fundamentación conceptual y teórica

Como sustento teórico de esta investigación se han planteado las siguientes categorías: ventilación mecánica y dilemas bioéticos.

2.1 Ventilación mecánica

De acuerdo con lo que menciona la Fundación Española del Corazón, la ventilación mecánica se conoce como aquel procedimiento de respiración artificial la cual se emplea por medio de un equipo que supe y colabora con la función respiratoria de las personas cuyo sistema respiratorio está deteriorado o en recuperación, permitiendo que mejore la oxigenación, influyendo así en la mecánica pulmonar (Carrillo et al., 2020) (Pérez, 2016). Donde el ventilador genera una presión positiva en la vía aérea siendo su función suplir la fase activa del ciclo respiratorio, lo cual se entiende como la entrada de aire en la vía área central y en los alveolos. Es así como su beneficio mayor es el intercambio gaseoso permitiendo la disminución del trabajo respiratorio (Brakiti, 2020). Así también,

De acuerdo con Martínez Santiago, los objetivos de la Ventilación mecánica van encaminados:

- Mejorar las alteraciones del intercambio gaseoso, las cuales aparecen en los pacientes que padecen una insuficiencia respiratoria.
- Reducir el trabajo respiratorio en el paciente cuya patología le esté generando una insuficiencia respiratoria (Martinez Isasi, 2019)

Se deben tener en cuenta ciertos criterios pa0072a contemplar la ventilación mecánica como un medio de tratamiento, como lo menciona la siguiente tabla.

Tabla. Criterios de implementación de la Ventilación Mecánica

Criterios de ventilación mecánica
<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia respiratoria mayor de 35 o menor de 10 respiraciones por minuto• Saturación menor del 85% sin oxigenoterapia o menor de 90% con oxigenoterapia• PaCO₂ menor de 55 mmHg

Fuente: Propia de las autoras (2021), basado en el autor Martínez Isasi del 2019 disponible: <https://www.salusplay.com/blog/ventilacion-mecanica/>

Existen dos tipos de ventilación mecánica:

- Ventilación Mecánica Invasiva:

Se define como la ventilación tradicional, es aquella realizada por medio de un tubo endotraqueal o el tubo de traqueostomía, generalmente se utiliza para el manejo de la insuficiencia respiratoria (Perez, 2016).

- Ventilación Mecánica No Invasiva:

Se define como la ventilación la cual se realiza por medios artificiales, sin intubación endotraqueal. Ha sido demostrado que esta ventilación mecánica no invasiva, disminuye la incidencia de complicaciones y permite reducir costes. Está indicado para pacientes con edema agudo de pulmón cardiogénico e insuficiencia respiratoria, EPOC y en pacientes inmunocomprometidos (Perez, 2016).

Así también los ventiladores mecánicos son:

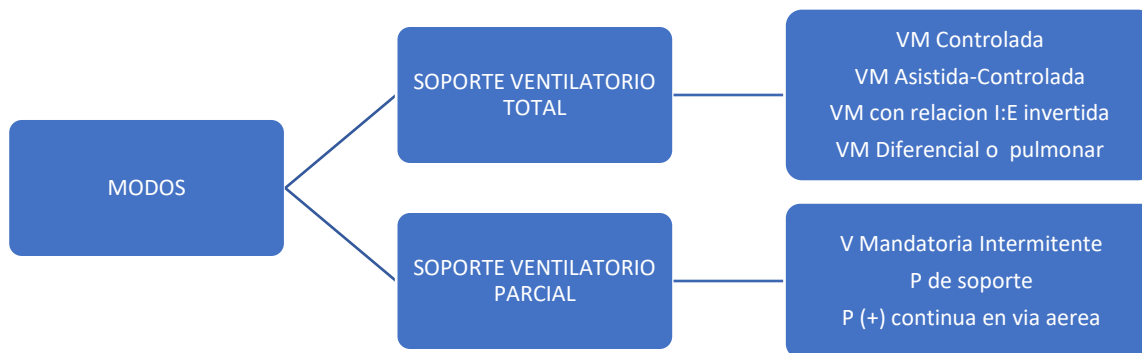
Aquellos ciclados por volumen: Donde se administra un volumen constante con cada respiración, aquí las presiones pueden variar (Correa-Perez, 2020).

Ciclado por presión: La administración de presión es constante durante cada respiración. El volumen administrado puede llegar a variar (Bhakti K. Patel, 2020).

Finalmente, una combinación de ciclado por volumen y presión (Ramchandani et al., 2019).

Así también existen los modos ventilatorios, definidos como la relación entre los diferentes tipos de respiración y variables las cuales constituyen la fase inspiratoria, esto depende de la carga de trabajo entre el ventilador y el paciente (Carrillo et al., 2020). Es importante tener en cuenta que al ventilar un paciente se debe primero determinar si existe la necesidad de suplir total o parcialmente la función ventilatoria, lo cual permite seleccionar la modalidad más apropiada (Ramchandani et al., 2019). Como se evidencia en la figura 1.

Figura 1. Modos Ventilatorios



Fuente: Ventilación Mecánica: Conocimientos Básicos, modificación de las autoras (2021), (Ramchandani et al., 2019).

Ventilación Controlada (Ciclada) por volumen: Aquella que entrega un volumen corriente determinada. La cual incluye Control de volumen (V/C) y Ventilación obligatoria intermitente sincronizada (SIMV) (Bhakti K. Patel, 2020).

Cuando se habla de V/C, hace referencia a la forma más simple y efectiva para generar una ventilación mecánica completa, aquí cada esfuerzo inspiratorio va por encima del

umbral de la sensibilidad el cual se desea al momento de administrar un volumen corriente fijo (Bhakti K. Patel, 2020).

Con la SIMV, de manera similar al V/C, realiza respiraciones de una frecuencia y un volumen determinados por el terapeuta, el cual debe sincronizados con el esfuerzo del paciente (Bhakti K. Patel, 2020). Este modo, se utiliza de manera concurrente, sin embargo, no puede brindar un apoyo respiratorio completo y no facilita la liberación del paciente de la respiración mecánica lo cual no permite la comodidad del paciente (Celis-Rodríguez et al., 2007).

Ventilación Controlada (Ciclada) por presión: Esta ventilación aporta una presión inspiratoria determinada. Incluyendo: la ventilación controlada por presión, la ventilación con soporte de presión y las modalidades no invasivas aplicadas con máscara facial, es así como el volumen corriente varía de acuerdo con la resistencia y la elasticidad del sistema respiratorio (Ortiz et al., 2013). Este modo ventilatorio de acuerdo con algunas teorías beneficia a pacientes diagnosticados con Síndrome de dificultad respiratoria aguda (Bhakti K. Patel, 2020).

En la ventilación con control de presión, funciona con cada esfuerzo inspiratorio por encima del umbral de sensibilidad determinado el cual permite el funcionamiento de un soporte de presión completo el cual se mantiene durante un tiempo inspiratorio fijo, manteniendo así una frecuencia respiratoria mínima (Serna Higuera, 2017).

Finalmente, la Ventilación con apoyo de presión, no existe una determinada frecuencia mínima, pues todas las respiraciones son disparadas por el paciente. Pues el respirador asiste al paciente por medio de la entrega de una presión que continua con un nivel constante hasta llegar a un flujo inspiratorio del paciente por debajo de un nivel determinado. Así este modo es manejado para liberar al paciente del respirador mecánico permitiendo que el asuma el mayor trabajo respiratorio (Lizcano Cardona et al., 2011).

Ventilación con Presión positiva no invasiva:

Es una ventilación la cual se genera una ventilación con presión positiva a través de una mascarilla ajustada la cual debe cubrir una nariz sola o la nariz y boca. Se utiliza en pacientes con respiración espontánea, la cual se usa como forma de PSV o para crear presión de espiración (Garnero et al., 2013) (Carrillo et al., 2020). Esta ventilación se administra como la presión positiva continua en la vía aérea y la presión positiva binivel en la vía aérea (BIPAP) (Martínez Isasi, 2019) (Carrillo et al., 2020). La ventilación mecánica, está indicada en algunos casos, tal como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Indicaciones para la VM.

Oxigenación Inadecuada	<ul style="list-style-type: none">•Atelactasias•Neumonía•Edema Pulmonar
Ventilación Alveolar Insuficiente	<ul style="list-style-type: none">•Hipoventilación•Apnea•TCV•ACV
Excesivo Trabajo Ventilatorio	<ul style="list-style-type: none">•Enfermedad•Anemia•Malnutrición
Indicaciones Profilácticas	<ul style="list-style-type: none">•Riesgo de Aspiración•Escala en coma de Glasgow•Inestabilidad hemodinámica

Fuente: Propia de las autoras (2021), basado en el autor Martínez Isasi del 2019 disponible: <https://www.salusplay.com/blog/ventilacion-mecanica/>

Así como existen indicaciones, para este procedimiento, también se mencionan algunas complicaciones que se pueden generar durante y después del mismo, tal como lo muestra la Figura 3.

Figura 3. *Complicaciones Asociadas de la VM:*

Asociadas a la vía aérea artificial	Asociadas a Presión Positiva	Toxicidad por O ₂	Infecciosas	Por programación Inadecuadas	Otras Complicaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias nasales y/o Sinusitis • Infecciones por pérdida de defensas naturales • Lesiones glóticas y traqueales • Obstrucción • Colocación inadecuada del TET 	<ul style="list-style-type: none"> • Barotrauma • Hemodinámicas • Renales • GI • Neurológicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Daño Tisular 	<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía • Sinusitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipo o hiperventilación • Aumento de trabajo ventilatorio • Malestar Psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxia • Bradicardia

Fuente: propia de las autoras (2021), basado en los autores, Armes y Cols. 2014 Disponible en: https://especialidades.sld.cu/enfermeriaintensiva/files/2014/04/vent_mecanic_princ_basic.pdf

2.2 Dilemas bioéticos

De acuerdo con los autores de Castejón y Cols (2019) . Hace referencia a que, en las Unidades de Cuidados Intensivos, se plantea comúnmente una serie de determinaciones basadas en los principios bioéticos los cuales se derivan de la aplicación en los métodos de diagnóstico y terapéuticos invasivos. Así también de la reflexión ética al momento de una situación terminal de una enfermedad y las cuales conllevan a una orden de no reanimación cardiopulmonar; actualmente existen nuevos conocimientos éticos y recursos científicos tecnológicos, los cuales son usados para generar una marcha hacia la etapa de justicia y humanismo para que en las decisiones medicas los conocimientos científicos, sin dejar atrás los conocimientos humanísticos (Ortiz et al., 2013).

Cuando se habla de un paciente grave y en estado crítico, es importante establecer procedimientos que determinen la seguridad al momento de reanimar un paciente. Se

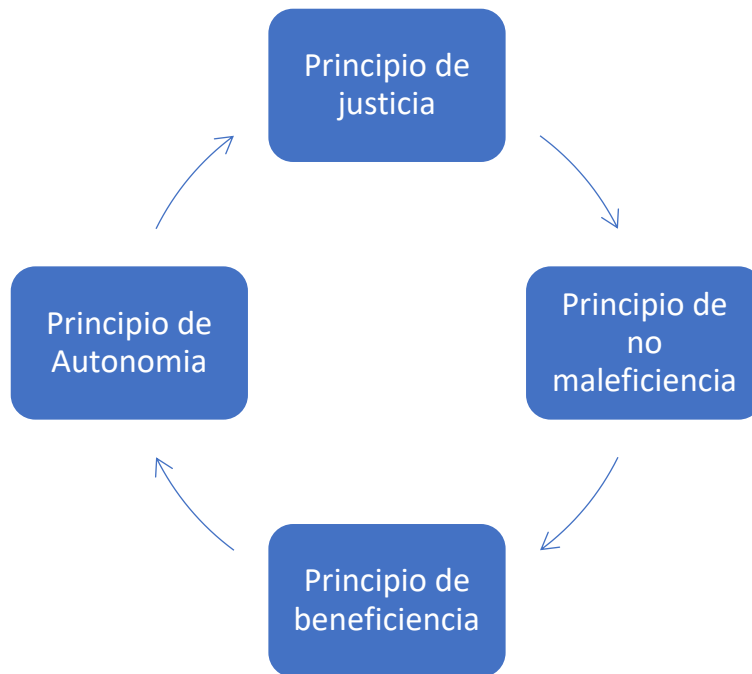
conoce de acuerdo con la OMS, las cuales cita el Dr. C Ricardo, cinco características para tener en cuenta:

1. Presencia de una enfermedad especificada avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento.
3. Presencia de varios problemas o síntomas intensos, múltiples o multifactoriales
4. Generación de gran impacto emocional no solo en el paciente sino a su familia y equipo terapéutico el cual se relaciona con la presencia de la muerte.
5. Se tenga un pronóstico de vida menor a seis meses (Cid, 2012) (Carrillo et al., 2020).

Cuando se habla de un dilema bioético en la toma de decisiones de un paciente crítico, se debe tener en cuenta la toma de buenas decisiones clínicas las cuales deben estar argumentadas de manera prudente en un sistema moral, el cual es aceptado y permitido en una sociedad médica avanzada (Carrasco, 2015). Es así como se menciona de acuerdo con los estudios realizados por varios autores como el Dr. Oscar Vera dos características importantes para tener en cuenta basados en la biótica:

Inicialmente se habla de la Ontología, refiriéndose al ser humano se habla como ser y no como un objeto o precio/valor; y el segundo la Ética, donde se busca un equilibrio en la percepción de las personas pues todos son iguales y deben ser tratados de manera equitativa con consideración y respeto, partiendo de estos dos conceptos se puede hablar de bioética, la cual fundamenta su intención de aplicación en cuatro principios los cuales deben ser respetados siempre y cuando no haya un conflicto entre ellos (Castejón Cruz et al., 2019) (Giron et al., 2002). Estos principios se muestran en la figura 4.

Figura 4. Principios Bioéticos



Fuente: Dilemas éticos en la práctica clínica en las unidades de cuidados intensivos y paros cardiorrespiratorios (Cáceres, 2011).

- El principio de Justicia: Habla de las mismas oportunidades en las prestaciones asistenciales, en un entorno crítico como las Unidades de Cuidados Intensivos, es donde todos los pacientes deben tener las mismas oportunidades de mejora tratando de obtener mejores tratamientos con resultados a bajo costo económico, humano y social.
- El principio de No maleficencia: Da la claridad que no es posible actuar con la intención de dañar, no se permite indicar procedimientos sin el consentimiento de los pacientes o familiares, procedimientos que estén contraindicados. Pues dichos procedimientos ya sean de diagnóstico o terapéuticos deben desarrollarse de manera que exista un equilibrio en el riesgo-beneficio y no generará un daño físico o de salud mental.
- El principio de Beneficencia: El cual busca el bien del paciente, en este principio se procura implicar los intereses para el paciente, haciendo el bien y evitando un mal necesario. Se debe tratar la enfermedad y evitar el daño una vez se identifique una esperanza de recuperación razonable.

- El principio de autonomía: En este principio se habla de la libertad que se tiene para elegir, de la capacidad que tiene el profesional para fijar una posición frente al diagnóstico del paciente y de asumir con responsabilidad las decisiones tomadas frente a sus actos. Además de mencionar la competencia autónoma del paciente crítico de elegir como derecho el aceptar o rechazar un tratamiento o de elegir alternativas para el mismo, además de no ser competente de tomar estas decisiones, el derecho de ser representado ya sea por un subrogado con un tutelado judicialmente.

Estos principios sirven de instrumento, para la deliberación ante cualquier dilema el cual sea consecuente con la asistencia o el cuidado de los pacientes (Castejón Cruz et al., 2019).

Capítulo 3 – Diseño Metodológico

3.1 Tipo de estudio

La presente investigación es una revisión integrativa de la literatura, sobre los modelos o escuelas de pensamiento existentes entorno a los dilemas bioéticos de los cuidadores respiratorios durante el retiro de la ventilación mecánica en adultos al final de la vida, a partir de una exploración extensa de la literatura (Zambrano Molina et al., 2020), evaluación de la calidad de esta, análisis y síntesis que integre los aspectos y la evidencia científica que pueden ser aplicados en la práctica y soportan la actualización académica, siguiendo así los lineamientos de Whitemore & Knafl (2005) y Guirao Goris (2015).

3.2 Población

Artículos y publicaciones científicas publicados en revistas indexadas. Se exploraron bases de datos y revistas especializadas como PubMed, Dialnet plus, Lilacs, Scencedirect, Redalyc, Scielo, PEDro, EBSCOhost, Scopus, Journal of Medical Ethics, Journal of Health and Social Sciences, Cuadernos de bioética española, BMC Medical Ethics, American Journal of Bioethics, International Journal of Qualitative Studies on Health, The New Bioethics, Revista de Bioética y Derecho, Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, Global Bioethics, Bioethics y Revista Latinoamericana de Bioética. Haciendo uso de ecuaciones de búsqueda como: *((Fisioterapia) OR (Terapia Respiratoria) OR (Profesionales de la Salud)) AND ((Discusiones Bioéticas) OR (Derechos del Paciente)) AND ((Desconexión del Ventilador) OR (Desconexión del Respirador) OR (Desconexión del Ventilador Mecánico) OR (Retiro del Respirador) OR (Retiro del Ventilador)) AND ((Cuidado Terminal) OR (Cuidado en el Final de la Vida)); ((Physiotherapy) OR (Respiratory Therapy) OR (Healthcare professionals)) AND ((Bioethical Issues) OR (Patient Rights)) AND ((Weaning) OR (Respirator Weaning) OR (Ventilator Weaning) OR (Mechanical Ventilator Weaning)) AND ((Terminal Care) OR (End of Life Care)); ((Fisioterapia) OR (Terapia Respiratória) OR (Pessoal de Saúde)) AND ((Temas Bioéticos) OR (Direitos do Paciente)) AND ((Desmame do Respirador) OR (Desmame do Respirador Mecânico) OR (Retirada do Respirador) OR (Retirada do*

Ventilador)) AND ((Assistência Terminal) OR (Cuidados de Fim de Vida)), se seleccionaron documentos de investigación primaria (investigación clínica), secundaria (revisiones sistemáticas) y documentos conceptuales o teorizadores sobre la temática de interés (Guirao Goris, 2015) (Aranguren Rincón & Avellaneda Riaño, 2020), teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

3.2.3 Criterios de inclusión

- Investigaciones o publicaciones en pacientes adultos.
- Investigaciones o publicaciones sobre dilemas bioéticos y el retiro de la ventilación mecánica
- Investigaciones o publicaciones al final de la vida y el retiro de la ventilación mecánica
- Investigaciones o documentos en un periodo de tiempo del 2010 al 2020.
- Las investigaciones incluidas en español, inglés y portugués.

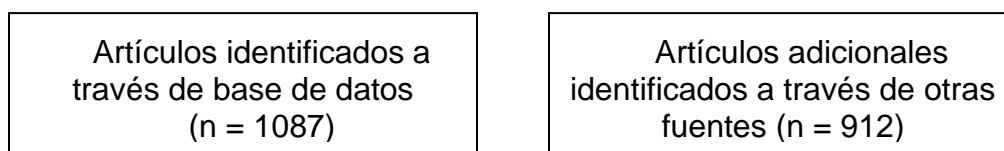
3.2.4 Criterios de exclusión

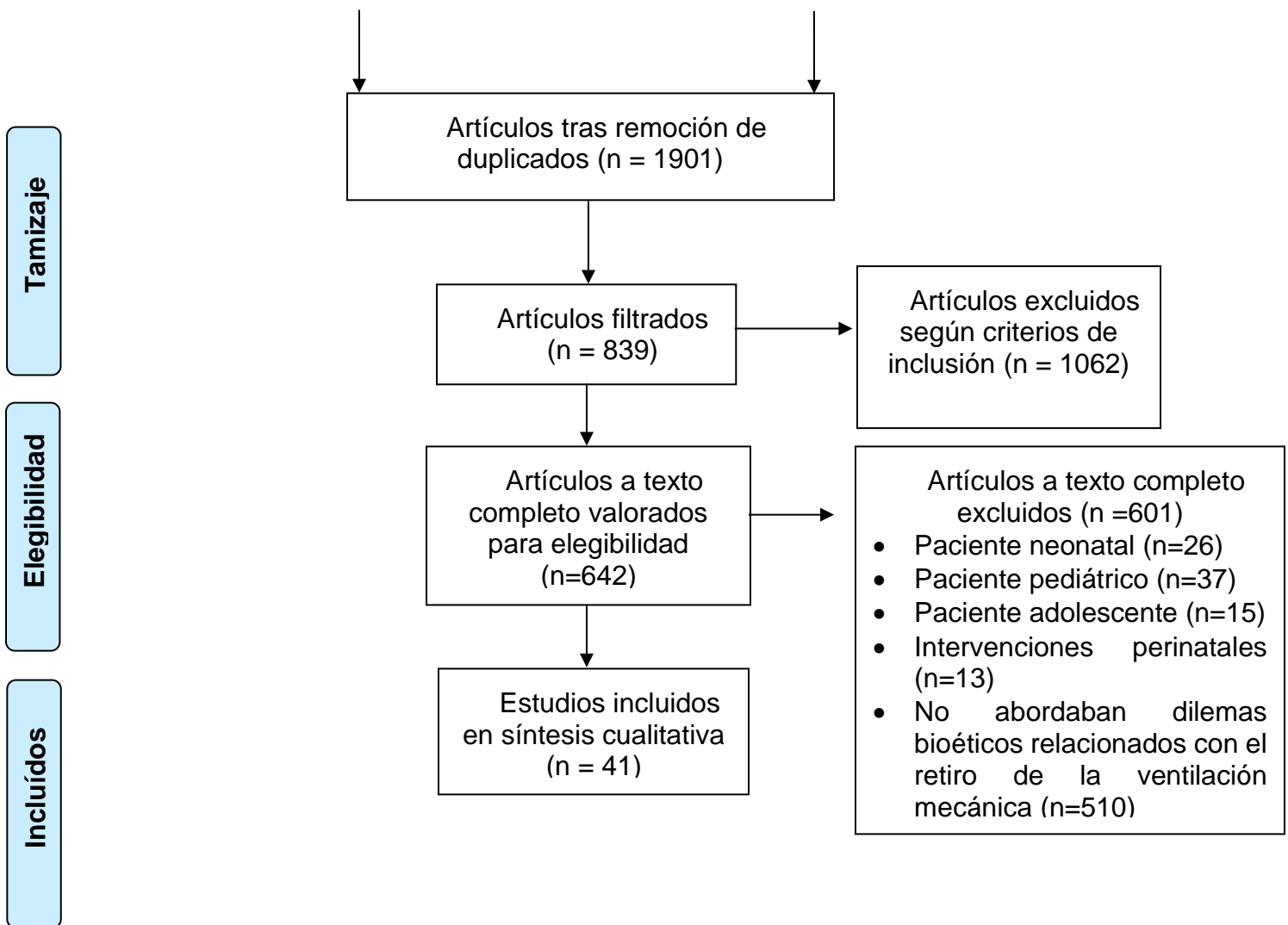
- Publicaciones en paciente pediátrico
- Publicaciones sobre dilemas bioéticos que no se asocien al retiro de la ventilación mecánica al final de la vida
- Publicaciones sin validez o respaldo académico, los cuales reflejen poca evidencia científica.

De acuerdo con el proceso ejecutado, se da paso a la verificación y búsqueda de la literatura, a lo que las investigadoras ponen en marcha una selección de manera organizada e independiente por medio de la cual se lograran aplicar los criterios inclusión y exclusión, que habían sido establecidos de manera previa y bajo la lectura asertiva de los artículos y textos seleccionados. Gracias a lo anteriormente expuesto en la Figura 1, se condensa la información de la búsqueda, selección y depuración de los artículos.

Figura 1 Flujograma de selección de estudios

Identificación





Elaboración propia, 2021

3.3 Técnicas e Instrumentos para recolección de información

Los investigadores extrajeron los datos de los textos seleccionados y los condensaron en formato de extracción de datos estandarizado en el que relacionaron las siguientes características para: 1. Publicación (título, autor, año, lugar del estudio); 2. Estudio (diseño, tamaño de la muestra, fuente de datos); 3. Indicadores de proceso (condiciones clínicas, dilemas bioéticos y pautas de acción frente al dilema)

3.4 Técnicas e Instrumentos para el análisis de la información

Para el análisis se siguieron los planteamientos de Whittemore & Knafl (2005) y Guirao Goris (2015):

- 1) Evaluación crítica de la literatura acopiada, para lo cual se examinó la integridad de los artículos, su autenticidad, la calidad metodológica, valor informativo, y la representatividad de las fuentes primarias de acuerdo con condiciones clínicas que condicionan la toma de decisiones del cuidador respiratorio en el retiro de la ventilación mecánica paliativa y los dilemas éticos afrontados en este escenario (Cáceres, 2011).
- 2) Reducción de datos en subgrupos según la evidencia sobre condiciones clínicas que influyen en el retiro de la ventilación mecánica al final de la vida (Correa-Perez, 2020a); dilemas éticos que enfrenta el cuidador respiratorio en el retiro de la ventilación mecánica paliativa y pautas de actuación frente a los dilemas éticos identificados en el análisis de la literatura.
- 3) Descripción de datos extraídos de las fuentes individuales en una visualización que reúna los datos en torno a los subgrupos mencionados previamente. La presentación de los datos fue acorde a la clasificación por subgrupos, seleccionando aquellas herramientas (matrices, gráficos, cuadros o redes) que permitieron comparar adecuadamente los hallazgos.
- 4) Comparación de los datos para identificar patrones de comportamiento de los cuidadores respiratorios frente a los dilemas bioéticos en el retiro de la ventilación mecánica paliativa.
- 5) Elaboración de conclusiones y verificación entorno a los patrones de comportamiento identificados.

3.5 Consideraciones Éticas

El presente estudio se ajusta a los principios éticos fundamentales y a las directrices de la Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993 (Lopera, 2017) del Ministerio de Salud de Colombia en su Artículo 11, por tanto se clasifica como una investigación sin riesgo

(Colombia. Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico, 1993) ya que no se realizará en o sobre población humana, sino mediante recolecta y análisis documental.

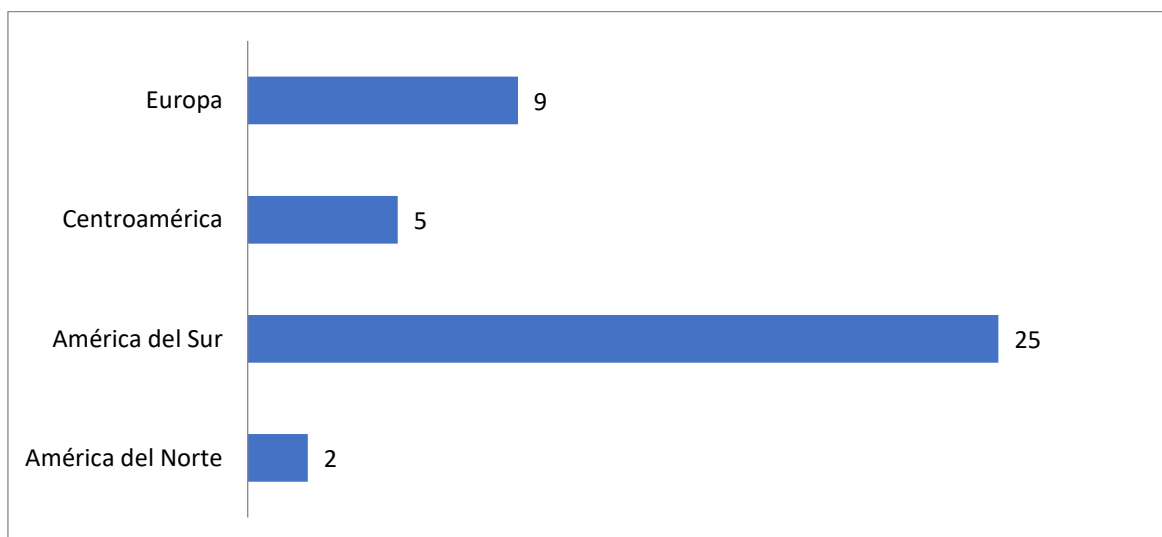
El grupo investigador se compromete a cumplir con los principios de integridad y respeto por los derechos de autor exigidos por la Declaración de Singapur de 2010 haciéndose responsable de la honradez en esta investigación y asumir la responsabilidad sobre sus contribuciones en las publicaciones e informes que resulten de este proyecto (Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, 2016), de igual manera, mantendrán integridad con respecto a la práctica científica, con el fin de conservar la confianza y la credibilidad en la ciencia, a través de buenas prácticas en la generación y apropiación del conocimiento; la veracidad y transparencia, honestidad intelectual, no fabricación de datos, no falsificación o manipulación de datos, entre otros y todo ello en el contexto de la presente investigación según la Política de Ética de la investigación, Bioética e Integridad científica de Colombia/Resolución 0314 de 2018 (Colciencias, 2017) y Declaration of the 9th World Science Forum. Science, ethics and responsibility (World Science Forum, 2019).

Capítulo 4 - Resultados

A través de los criterios de búsqueda previamente descritos, se recuperaron 40 documentos de investigación dentro de la ventana de tiempo estudiada, en la figura 5 se resume el proceso de selección de la literatura. De estos, el 61% (n = 25) correspondieron a publicaciones de América del Sur, seguido del 22% (n= 9) de Europa, el 12,2% (n= 5) de Centroamérica y 4,9% (n= 2) de América del Norte (Figura 6). Con respecto a la distribución cronológica de las publicaciones mostró un comportamiento fluctuante, siendo los periodos de mayor producción el 2010 (12.2%; n= 5) y el 2011 al 2013, 2015, 2018 al 2020 (9.8%; n= 4 en cada año), seguidos del 2014 (7.3%; n=3), 2016, 2017 (4.9%; n=2 en cada periodo) y 2021 (2.4%; n=1) (Figura 7).

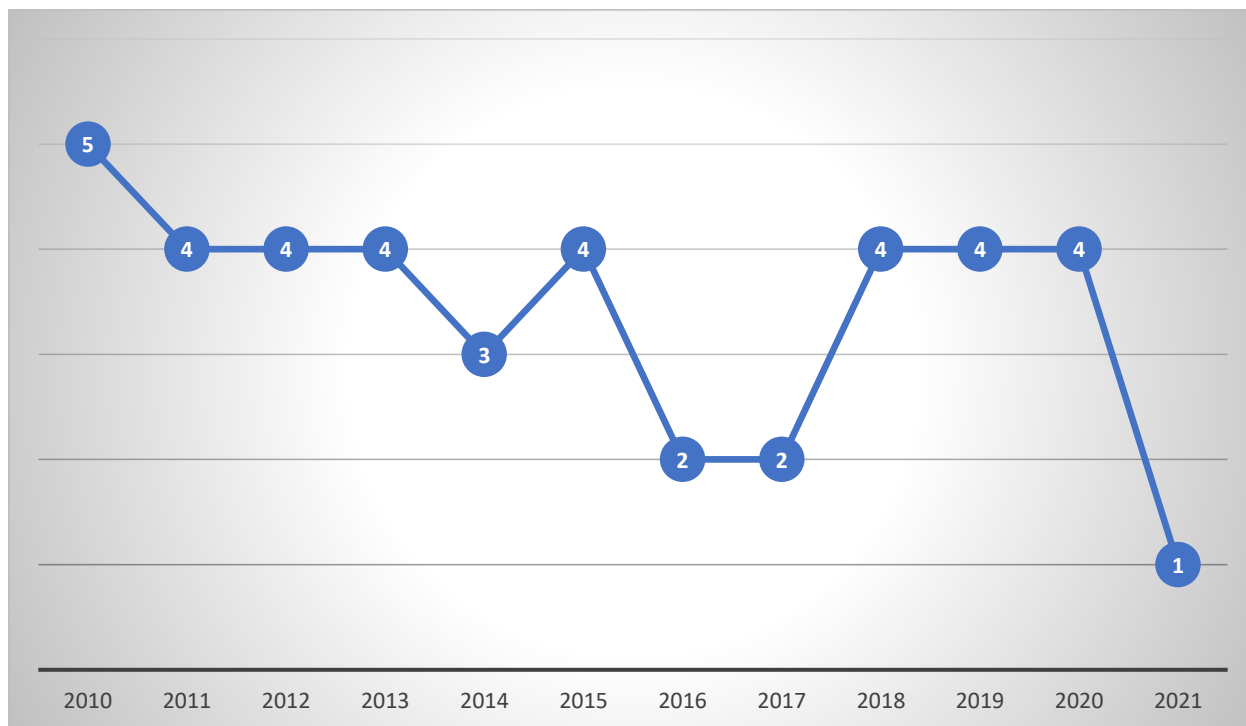
Al revisar su participación por metodología de investigación se evidencio que el 63.4% (n= 26) fueron revisiones de la literatura, el 19.5% (n= 8) corresponden a estudios cualitativos, el 7.3% (n= 3) pertenecen a investigaciones descriptivas, seguido del 4.9% (n= 2) que atañan a revisiones sistemáticas y el 2,4% (n= 1) de un estudio cuali-cuantitativo (Figura 8). Con respecto a los ejes temáticos, del total de publicaciones, el 42,9% (n= 21) correspondieron a dilemas bioéticos al igual que el 42,9% (n= 21) a pautas de acción y el 14,3% (n = 7) a condiciones clínicas (Figura 9).

Figura 2 Distribución geográfica.



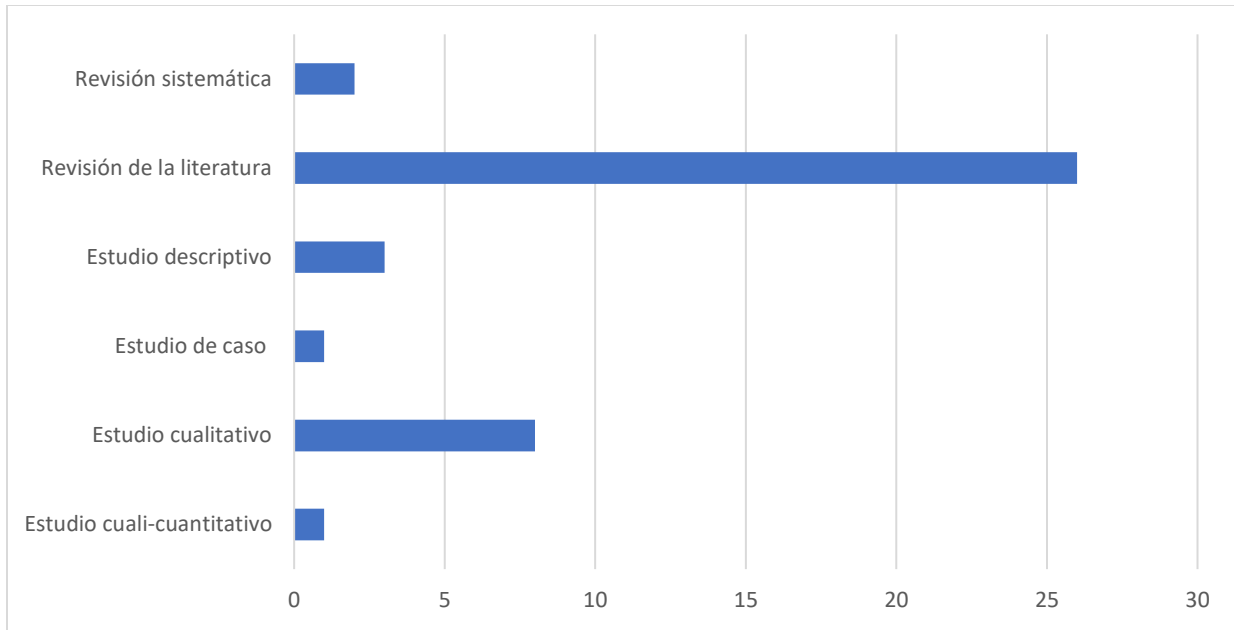
Elaboración propia, 2021

Figura 3 Comportamiento cronológico



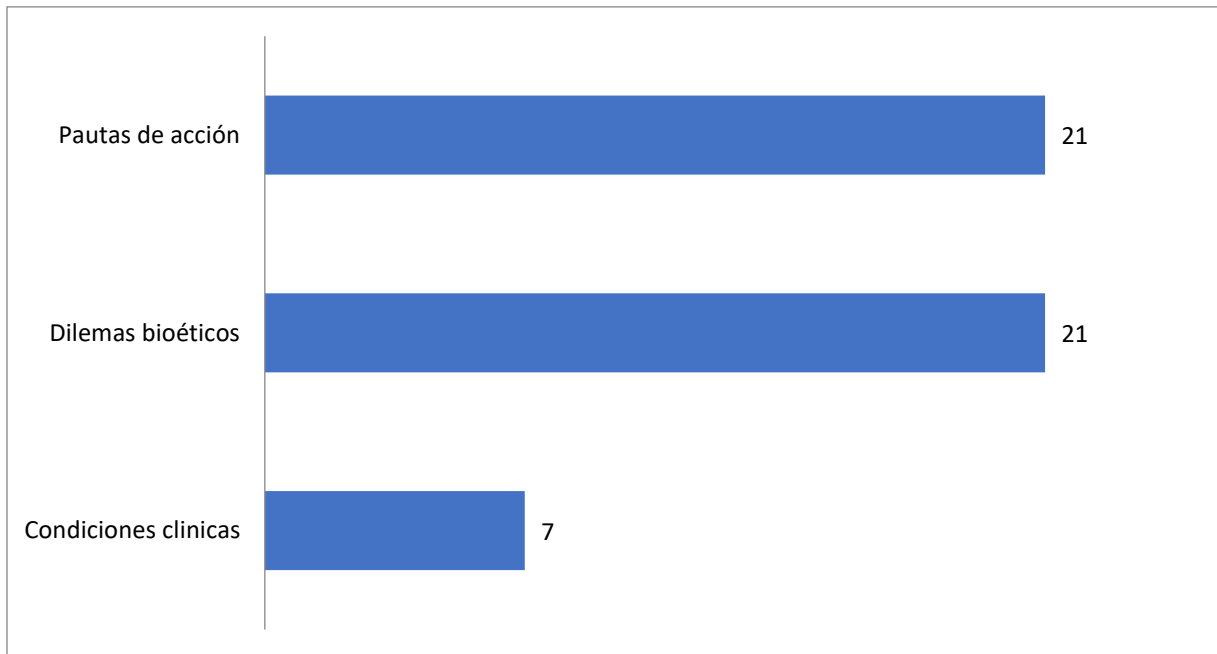
Elaboración propia, 2021

Figura 4 Metodología de la investigación



Elaboración propia, 2021

Figura 5 Ejes Temáticos



Elaboración propia, 2021

Condiciones clínicas que condicionan la toma de decisiones del cuidador respiratorio en el retiro de la ventilación mecánica paliativa

Para este eje temático aportaron 7 publicaciones de las cuales 6 fueron revisiones de la literatura y un estudio cualitativo. En estos documentos se identifica que la enfermedad terminal (ET) es la principal condición que genera dilemas bioéticos, la cual se define como aquella patología que no responde a los recursos terapéuticos existentes para curarla o estabilizarla, por lo que conlleva a una expectativa de vida no superior a meses, este proceso se distingue por el alto grado de sufrimiento físico, emocional y psicológico del paciente y su familia, quienes manifiestan preocupación por la cercanía de la muerte (García, 2018a) (Rojas et al., 2019a).

Frente a esta situación surge el cuidado paliativo con el propósito de identificar, evaluar y controlar los síntomas de los pacientes en estado terminal, teniendo en cuenta las dimensiones fisiológica, física, espiritual y social de la enfermedad, contribuyendo a la calidad del proceso de muerte del paciente y sostén a la familia (Amaral, 2012). Muchas de las afecciones que desembocan en un estado terminal están asociadas a la etapa del envejecimiento en que se presenta la imposibilidad de recuperación o mantenimiento de la vida; dichas afecciones se pueden clasificar en oncológicas y no oncológica, siendo las primeras las que se presentan en personas con diagnóstico tardío u avanzado y mayores de 65 años, mientras que las del otro grupo, son las que cursan con un importante deterioro funcional que induce la muerte irremediablemente (enfermedades cerebrovasculares, neurológicas degenerativas, enfermedades pulmonares crónicas, hepatopatías, cardiopatías e insuficiencia renal crónica avanzada). Muchas de estas circunstancias conllevan a ingresos a la unidad de cuidados intensivos generando diversos dilemas éticos (García, 2020a) (Patiño Cossio, 2019).

Para los profesionales del cuidado respiratorio las enfermedades no transmisibles e incurables en adultos mayores hospitalizados en cuidados paliativos suscitan dilemas bioéticos debido a los sentimientos que acompañan al proceso de la muerte (dolor, frustración, inequidad, miedo, tristeza, soledad, entre otros), ya que se concibe la vida como la mayor subvención y el profesional de la salud es el responsable de mantener la

vida, incluso cuando esta se extiende por medios artificiales (Amaral, 2012). Entre las patologías no transmisibles se encuentra la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cual en su fase terminal a menudo genera insuficiencia respiratoria aguda o crónica, en la que se observa una gran variabilidad en la práctica del final de la vida, asociado a la percepción generalizada que una vez se intube a un paciente con esta condición clínica, su pronóstico puede ser desfavorable por diversos factores que dificultan el proceso de liberación de la ventilación mecánica (edad, hipercapnia, hipoxia, debilidad de los músculos respiratorios, tratamiento con corticosteroides u otros agentes, inestabilidad hemodinámica, desnutrición y limitación de la actividad), influyendo negativamente en la toma de decisiones de los profesionales del cuidado respiratorio (Carlucci et al., 2012a).

Otros grupos de enfermedades no transmisibles en las que se han identificado conflictos e implicaciones éticas son las cardiovasculares y metabólicas que evolucionan hacia la cronicidad, discapacidad y a un periodo de padecimiento terminal con expectativas de muerte inminente; el síndrome coronario agudo, la insuficiencia cardíaca descompensada, la emergencia hipertensiva complicada, la muerte súbita resucitada, el síndrome aórtico agudo, las arritmias cardíacas malignas son las afecciones más frecuentes por su alta morbimortalidad e impacto en la salud pública (Rojas et al., 2019a). Así mismo, se ha documentado que la diabetes y la hipertensión arterial son motivo de reflexión frente a las prácticas de atención en salud, debido a que implican un deterioro progresivo y de largo tiempo de evolución (Correa-Perez, 2020a); por lo tanto, se debe contar con criterios éticos y de intervención para la toma de decisiones y no sólo un cálculo de consecuencias (Álvarez, 2017). Finalmente, en el realidad actual de la pandemia por COVID-19 los profesionales del cuidado respiratorio se han visto enfrentados a tomar decisiones relacionadas con las reflexiones bioéticas para priorizar su atención y seleccionar el tipo de intervención (Motta et al., 2020a) (Cáceres, 2011).

Dilemas éticos afrontados por los cuidadores respiratorios en el marco del retiro de la ventilación mecánica en adultos al final de la vida

Frente a los dilemas bioéticos 21 documentos brindaron información sobre esta temática, de los cuales 13 fueron revisiones de la literatura, 4 estudios cualitativos, 2 revisiones sistemática, un estudio cuali-cuantitativo y un estudio descriptivo (Cáceres, 2011).. En el transcurso del tiempo se reconocieron dilemas éticos relacionados con la muerte digna o eutanasia y los relacionados con estados vegetativos. Los profesionales reconocen que la eutanasia activa no es una figura reconocida legalmente e implica sanciones argumentando el respeto a la vida, con respecto a la eutanasia pasiva, la mayoría del personal sanitario manifiesta aceptarlo a pesar que en su práctica asistencial se presenta una dicotomía entre los que se piensa y lo que se ejecuta; en el caso de los estados vegetativos, a los profesionales les cuesta definir los límites entre un la condición vegetativa permanente (diagnóstico de irreversibilidad que puede ser establecido con alta certeza clínica) y persistente (trastorno funcional que no tiene pronostico definido) (Mariño, 2010) (Díaz, 2009). Según Marin (2019) actualmente, el debate ético al final de la vida se caracteriza por algunas interpretaciones conflictivas de responsabilidad moral en la práctica de la eutanasia y en otros casos a la retención o retiro de los tratamientos para el soporte vital del paciente(Díaz, 2009).

En el marco de estos dilemas bioéticos, uno de los primeros retos que enfrenta el profesional de cuidado respiratorio es saber plantear un problema práctico desde una perspectiva interdisciplinaria y, seguidamente, conocer cómo abordar el dilema bioético para obtener una solución desde varios niveles de observación que reconozcan los componentes que intervienen en la problemática (González & Ocampo, 2018), ya que para los fisioterapeutas es difícil conceptualizar el tema de la bioética para dar solución a los interrogantes inmediatamente, requiriendo tener manejo de los principios éticos y alinearlos con los valores personales para responderlas (Sousa, Lustosa, & Carvalho, 2019a). Por otra parte, algunos de los conflictos se relacionan directamente con la obediencia a la jerarquía (dinámica organizacional de alto control sobre el trabajador) (Rico Jaime & Domínguez Márquez, 2010) (Bayer, 2015), sin embargo, el dilema entre el rol laboral y el rol profesional es más complejo de tratar, debido a que el profesional percibe que en su rol laboral se le pide reconocer a la persona que atiende como un cliente que tiene unos derechos en salud que el personal sanitario está obligado a

proporcionarle, mientras que su rol profesional, le reclama reconocer a la persona que pide ayuda y volcarse a su servicio por encima de cualquier otro interés (Bayer, 2015).

También se ha documentado preocupaciones éticas sobre la decisión de la persona (consentimiento / rechazo de una propuesta terapéutica) información a la persona, el seguimiento al final de la vida, la responsabilidad profesional en intervenciones multidisciplinarias (procesos agonizantes, decisión de no resucitar y respeto a los derechos humanos en contextos desfavorables) (Nunes, 2015) y el derecho a la muerte digna (Guimaraes, 2013). Con respecto a la atención en las unidades de cuidados intensivos los profesionales del cuidado respiratorio se ven enfrentados a dilemas bioéticos relacionadas con el momento en que se deben dar terminadas las intervenciones o la limitación del esfuerzo terapéutico (Carrillo et al., 2020), el encarnizamiento terapéutico o distanasia, la eutanasia (activa o pasiva) y la ortotanasia, asociado a que la aplicación de un soporte puede implicar la necesidad de otro o retirar el primero puede motivar disyuntivas personales, institucionales o con los familiares (Vera Carrasco, 2010b) (Pereáñez, 2015b) (Silva et al., 2016) (Siqueira & Pessini, 2019) (Vásquez et al., 2017).

Frente a los dilemas a discutir por enfermedad pulmonar obstructiva crónica al final de la vida en el ingreso a la unidad de cuidados intensivos están relacionados con el destete difícil, la ventilación mecánica prolongada, una alta tasa de mortalidad intrahospitalaria a 1 año, mala calidad de vida después del egreso hospitalario, una muy alta frecuencia de readmisiones a corto plazo y necesidad de asistencia intensiva prolongada de enfermería y fisioterapia (Carlucci et al., 2012b). Del Solar (2008) dispone las disyuntivas, en donde se suman la poca participación del paciente en las decisiones médicas durante el proceso de enfermedad, las dificultades en la comunicación con el paciente, por distorsión o mala interpretación (Velastegui et al., 2018) (López et al., 2018) y prolongar la vida de forma artificial de pacientes en estado terminal (distanasia), lo que impulsa a reflexionar sobre la necesidad de los cuidados paliativos en la atención de estos pacientes (Amaral, 2012) (Crippa et al., 2015) (Motta et al., 2020b) (Alcântara, 2021) (Carrillo et al., 2020) .

Para Carrillo (2020) en el caso de los pacientes con diagnósticos cardiovasculares en fase terminal la problemática bioética se asocia a la disposición del personal de salud para brindar un cuidado humanizado, apoyando al paciente para calmar su dolor y tener un buen afrontamiento, evitando el ensañamiento terapéutico (adoptar medidas de una forma innecesaria que ocasionan sufrimiento al paciente) (Rojas et al., 2019b). Este tipo de apoyo no se limita al paciente sino que trasciende a su familia, quienes se encuentran en circunstancias únicas, en donde su familiar espera el mayor cuidado de sus seres queridos, por lo tanto, los miembros de la familia requieren asistencia para afrontar las diferentes situaciones para las que no estaban preparados y que genera diversidad en las reacciones, que no puede opacar la relevancia y la trascendencia que implica la atención del paciente terminal (Espitia, 2012).

Para Correa et al (2008), la ventilación mecánica, es una de las medidas de soporte vital más utilizadas en la enfermedad terminal y al mismo tiempo es origen de diversos dilemas bioéticos, entre ellos se encuentra el rechazo del soporte ventilatorio por parte del paciente o del personal sanitario, retiro de la ventilación asistida mecánicamente en ausencia de voluntad anticipada, en circunstancia en que se ha iniciado o cuando el tratamiento carece de utilidad para el paciente (futilidad medica), por ultimo esta la decisión de no administrar esta estrategia de soporte vital (García, 2020a).

Pautas de actuación frente a los dilemas éticos en el retiro de la ventilación mecánica al final de la vida del cuidador respiratorio

Para este eje temático aportaron 21 publicaciones de las cuales 14 fueron revisiones de la literatura, 2 estudios descriptivos, 4 investigaciones cualitativas y 1 estudio de caso (Cáceres, 2011). Para la toma de decisiones frente a los dilemas éticos a los que se enfrentan los profesionales del cuidado respiratorio al final de la vida, deben tener en cuenta conceptos como la retención, el cual hace referencia a una decisión planeada de no incorporar terapias que de otro modo están justificadas (intubación)(Cáceres, 2011);

retirada, es la interrupción de los tratamientos iniciados (disminución de la fracción inspiratoria de oxígeno al 21%, extubación, apagado del ventilador); sedación terminal, para el manejo de los síntomas y el dolor con el probable efecto secundario de acortar la vida; eutanasia (solicitud voluntaria de una buena muerte); suicidio asistido por un médico (cooperación médica en el suicidio de una persona que está sufriendo insoportablemente) (Carlucci et al., 2012b) (Sanchez y Sanches & Seidl, 2013), Martínez Bullé (2013) de igual forma plantea conceptos como la dignidad, la naturaleza humana, la calidad de vida, el respeto por la vida y la vulnerabilidad deben interpretarse correctamente para dar solución a las polémicas planteadas (Paiva et al., 2014) (Pichardo, 2018).

Paralelamente, los profesionales deben analizar las situaciones a la luz del principio de la inviolabilidad de la vida humana, el de la veracidad (informar la verdad al paciente sobre su condición), el de prevención (evitar las complicaciones utilizando las medidas necesarias para preservar al paciente), el de no abandono (no dejar de prestar atención sanitaria a pesar de que el paciente rechace el tratamiento) (Rojas et al., 2019b), el de no maleficencia (no causar daño físico, psíquico, moral y/o económico), el de justicia (selección equitativa de las personas en enfermedad terminal), el de autonomía (derecho a la libertad de los individuos y el respeto sus preferencias), finalmente, el derecho a la beneficencia (garantizar el bienestar de los individuos) (Chotirmall et al., 2010) (C & Javier, 2012) (García, 2018b). Cuando sus decisiones giren en torno a los cuidados paliativos primaran los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, porque los procedimientos en pacientes terminales requieren de una atención minuciosa, sensible y humanizada, además de garantizar el alivio de dolor físico y el apoyo espiritual (Chaves et al., 2011) (Felix et al., 2014) (Kovács, 2014) (Pereáñez, 2017) (Medeiros et al., 2020).

El estudio de Imbernón et al.(2011) documento que en cumplimiento al principio de beneficencia, los profesionales estuvieron a favor de la no incluir la intubación y ventilación mecánica de un paciente en coma cuando estaba indicada, en contra de la voluntad de la familia, adicionalmente, se asoció el principio de justicia con que el

personal sanitario accedió a las peticiones de la familia de mantener todas las medidas de apoyo (intubación traqueal y ventilación asistida) de un paciente en estado terminal. Carrillo (2020), expresa la decisión de retirar o no iniciar tratamientos como la ventilación mecánica se encontró que los profesionales tenían conocimientos sobre limitación de esfuerzo terapéutico (LET) y en menor medida de principios de la bioética y decisiones anticipadas (C & Javier, 2012), frente a la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico los profesionales consideraron que si el paciente es competente debe ser quien decida sobre las intervenciones que les afecten, en caso de que el paciente no esté en condiciones debe ser la familia que opine sobre la LET (Chaves et al., 2011) (Grupo de Estudios de ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, 2011) (Betancourt & Jesús, 2011) (Jaramillo et al., 2013).

Adicionalmente, se analizó que para resolver los problemas éticos en el área de la fisioterapia, se debe incluir en los procesos de formación la enseñanza de bioética y su aplicación en la práctica clínica generando competencia y compromiso ético (Carrillo et al., 2020) (Šore Galleguillos & Šore Galleguillos, 2020). Es necesario cuestionar, reflexionar, analizar y considerar todos los aspectos involucrados la deficiencia en el marco bioético de los fisioterapeutas, por lo que se hace necesario brindar herramientas para las acciones de salud, mejorando habilidades éticas y morales de los estudiantes y futuros fisioterapeutas (Ladeira et al., 2016).

Capítulo 5 – Discusión y conclusiones

Esta investigación determino que dentro condiciones clínicas que influyen en la toma de decisiones del cuidador respiratorio en el retiro de la ventilación mecánica paliativa prevalecen afecciones en estadio terminal asociadas al proceso de envejecimiento, de enfermedades oncológicas y no oncológicas que llevaban a insuficiencia respiratoria aguda (Correa-Perez, 2020a), lo que coincide con los estudios de Willms & Brewer, (2005) en el que los terapeutas respiratorios realizaban la atención en pacientes en estado terminal en los que debieron tomar de decisiones con respecto al proceso de retirada del soporte ventilatorio mecánico y extubación terminal; de igual manera, en la exploración de Sinuff et al., (2008) y Triolet Gálvez et al (2002), disponen como los profesionales de terapia respiratoria y fisioterapia asistieron a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda con órdenes de no reanimación, en los cuales se encontraron con mayor frecuencia pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el edema pulmonar cardiogénico.

Este tipo de pacientes también se encontraron en el estudio de Brown-Saltzman et al., (2010) en el que los profesionales del cuidado respiratorio participaron en el tratamiento de pacientes al final de la vida, que se encontraban en situaciones difíciles que daban lugar a dilemas éticos; al igual que, en la investigación de Stephen et al., (2013) y Correa (2020a) presentan las discusiones sobre el final de la vida debían ser iniciadas por profesionales de la salud, quienes deben conocer las expectativas de los pacientes con enfermedades respiratorias no malignas con respecto a los cuidados paliativos y la planificación de los cuidados al final de la vida durante los encuentros clínicos (De Simone & Tripodoro, 2004).

Los resultados de esta investigación frente a los dilemas éticos en el retiro de la ventilación mecánica, establecieron que el soporte ventilatorio es una de las estrategias de las medidas de soporte vital más utilizadas en la enfermedad terminal y uno de los dilemas bioéticos más relevantes es su retiro en este tipo de pacientes (Beneficencia vs No maleficencia), hallazgos que coinciden con los de Bodnar, (2019) quien encontró que

la retirada terminal de la ventilación mecánica es un procedimiento que se realiza tanto en las unidades de cuidado intensivo como en las de cuidados paliativos (Correa-Perez, 2020a); Chen et al., (2017) documentaron que los cuidados paliativos se asociaron significativamente al retiro de los agentes de soporte vital antes de la muerte y que ante una ventilación mecánica prolongada se debe analizar a fondo sus beneficios y cargas, teniendo la oportunidad de discutirlo con la familias y solicitar la implementación de cuidados paliativos o la retirada de la ventilación mecánica para evitar prolongar el proceso de muerte.

Laura et al (2013), dispone su hipótesis bajo la aplicación de los principios bioéticos de los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, que fueron identificados en este análisis como relevantes en la atención del paciente terminal, debido a que la toma de decisiones requiere un enfoque interdisciplinario intencional que equilibre la beneficencia y la autonomía del paciente y de esta manera ofrecer cuidados paliativos con enfoque clínico holístico (McKillip et al., 2019). Así mismo la revisión sistemática de Spoljar et al., (2020) reporto que los principios más utilizados son los de beneficencia, autonomía y no maleficencia por parte de los profesionales de la salud de la unidad de cuidados intensivos para abordan cuestiones éticas en relación con la toma de decisiones al final de la vida (Carrillo et al., 2020).

Díaz (2009), acompaña la conclusión que, los profesionales del cuidado respiratorio se ven enfrentados a dilemas éticos en el retiro de la ventilación mecánica al final de la vida de pacientes con afecciones oncológicas y no oncológica, cuyo análisis y toma de decisiones finales se toma principalmente con base en la orientación de principios bioéticos clásicos como son el respeto por la autonomía del paciente y la beneficencia; Carrilo (2020) sin embargo, sus pautas de actuación no se han definido claramente en la literatura, por lo que se hace necesario fomentar la investigación en este campo de la fisioterapia respiratoria. Alterio et al (2008) de igual forma pone en evidencia la carencia de estudios sobre bioética en diálogo con los derechos humanos, a pesar de que se cuenta con los lineamientos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco publicada en 2005.

Alcances y limitaciones

Durante el diseño e implementación del estudio se encontró que una limitación fue la escasa literatura sobre dilemas bioéticos en el marco del cuidado respiratorio o el acceso limitado a este tipo de publicaciones.

Referencias

- Alcântara, F. A. (2021). Dilemas éticos em cuidados paliativos: Revisão de literatura. *Revista Bioética*, 28, 704-709. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284434>
- Alterio, M. G., Alvarado, R., Cifuentes, E., Díaz, F. G., & Ortegón, M. (2008). Estructura y organización de los comités de ética de la investigación en Colombia (2001-2002). *Revista Latinoamericana de Bioética*, 8(14), 096-115. <https://doi.org/10.18359/rlbi.1121>
- Álvarez, J. E. G. (2017). Atención del adulto mayor con enfermedades crónicas: Dilemas éticos de los agentes sociales. *Medicina y ética: Revista internacional de bioética, deontología y ética médica*, 28(2 (ABRIL-JUNIO/APRIL-JUNE)), 371-382.
- Amaral, J. B. do. (2012). Ethic and bioethic dilemmas on palliative care for hospitalized elderly: Nurses' experience. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, 33, 14-21.
- Aranguren Rincón, J. A., & Avellaneda Riaño, K. N. (2020). *Efectos del posicionamiento prono sobre las variables fisiológicas respiratorias, hemodinámicas y metabólicas en adultos críticos que cursen con SDRA, revisión de literatura.*
- Bayer, G. L. A. (2015). Conflictos éticos que se presentan a médicos de tres centros hospitalarios de Bogotá, Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(28-1), 4.
- Beca I, J. P., Montes S, J. M., & Abarca Z, J. (2010). Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales. *Revista médica de Chile*, 138(5), 639-644. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000500016>

- Betancourt, B., & Jesús, G. de. (2011). Limitación del esfuerzo terapéutico como movimiento de signo positivo y sus problemas actuales. *Humanidades Médicas*, 11(1), 45-62.
- Bhakti K. Patel. (2020). *Generalidades sobre la ventilación mecánica—Cuidados críticos—Manual MSD versión para profesionales*.
<https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilaci%C3%B3n-mec%C3%A1nica/generalidades-sobre-la-ventilaci%C3%B3n-mec%C3%A1nica>
- Bodnar, J. (2019). Terminal Withdrawal of Mechanical Ventilation: A Hospice Perspective for the Intensivist. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(2), 156-164.
<https://doi.org/10.1177/0885066618797918>
- Bonilla, M., & Patricia, O. (2016). *Comprensión de las actitudes, imaginarios y sentimientos de los profesionales de la salud, ante el niño y la niña en el proceso de muerte inminente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Infantil de la unidad Universitario de la Cruz Roja de Manizales en el año 2001*.
- Brakiti, P. (2020). *Generalidades sobre la ventilación mecánica*.
- Brown-Saltzman, K., Upadhy, D., Lerner, L., & Wenger, N. S. (2010). An Intervention to Improve Respiratory Therapists' Comfort With End-of-Life Care. *Respiratory Care*, 55(7), 858-865.
- C, L., & Javier, F. (2012). Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud: Una mirada bioética. *Revista médica de Chile*, 140(11), 1490-1494.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872012001100017>

- Cáceres, A. P. (2011). *Diferencias que existen entre los predictores de destete en pediatría reportados en la literatura y los usados en las unidades de cuidado intensivo pediátrico de Bogotá.*
- Carlucci, A., Guerrieri, A., & Nava, S. (2012a). Palliative care in COPD patients: Is it only an end-of-life issue? *European Respiratory Review: An Official Journal of the European Respiratory Society*, 21(126), 347-354.
<https://doi.org/10.1183/09059180.00001512>
- Carlucci, A., Guerrieri, A., & Nava, S. (2012b). Palliative care in COPD patients: Is it only an end-of-life issue? *European Respiratory Review: An Official Journal of the European Respiratory Society*, 21(126), 347-354.
<https://doi.org/10.1183/09059180.00001512>
- Carrasco, D. O. V. (2015). *ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.* 11.
- Carrillo, X., Rebellon-Sanchez, D. E., Caicedo O, Y., & Méndez, Y. (2020). *Enfoque del paciente crítico y ventilación mecánica para no expertos.*
- Castejón Cruz, O. A., Hernández Pacheco, H. L., Núñez Savoff, R. A., & Bush Wood, S. W. (2019). Dilemas éticos en la práctica clínica en las unidades de cuidados intensivos y paros cardiorrespiratorios. *Revista Médica Hondureña*, 87(1), 33-37.
<https://doi.org/10.5377/rmh.v87i1.11936>
- Celis-Rodríguez, E., Besso, J., Birchenall, C., De la Cal, M., Carrillo, R., Castorena, G., Ceraso, D., Dueñas, C., Gil, F., & Jiménez, E. (2007). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina intensiva*, 31(8), 428-471.

- Chaves, J. H. B., Mendonça, V. L. G. de, Pessini, L., Rego, G., & Nunes, R. (2011). Cuidados paliativos na prática médica: Contexto bioético. *Revista Dor*, 12, 250-255. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300011>
- Chen, Y.-C., Fan, H.-Y., Curtis, J. R., Lee, O. K.-S., Liu, C.-K., & Huang, S.-J. (2017). Determinants of Receiving Palliative Care and Ventilator Withdrawal Among Patients With Prolonged Mechanical Ventilation*. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1625-1634. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002569>
- Chotirmall, S. H., Flynn, M. G., Donegan, C. F., Smith, D., O'Neill, S. J., & McElvaney, N. G. (2010). Extubation versus tracheostomy in withdrawal of treatment—Ethical, clinical, and legal perspectives. *Journal of Critical Care*, 25(2), 360.e1-360.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2009.08.007>
- Cid, V. E. (2012). Los cuidados paliativos: Acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, 23(1), 169-176.
- Colciencias. (2017). *Política de Ética de la Investigación, Bioética e Integridad Científica*. Colombia. Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico. (1993). *Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud: Resolución No. 008430 de 1993*. Ministerio de Salud.
- Correa, G., Gutierrez, S. J. C., Gutierrez, D. J. C., & Rondón, S. J. V. (2008). Destete ventilatorio un enfoque fisioterapeutico. *Movimiento Científico*, 2(1).
- Correa-Perez, L. P. (2020a). Aspectos bioéticos de la extubación paliativa dentro de los cuidados de fin de vida en el paciente no recuperable en la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*.

- Correa-Perez, L. P. (2020b). Aspectos bioéticos de la extubación paliativa dentro de los cuidados de fin de vida en el paciente no recuperable en la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.11.003>
- Costa, B. P., Duarte, L. A., Costa, B. P., & Duarte, L. A. (2019). Reflexões bioéticas sobre finitude da vida, cuidados paliativos e fisioterapia. *Revista Bioética*, 27(3), 510-515. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273335>
- Cottureau, A., Robert, R., le Gouge, A., Adda, M., Audibert, J., Barbier, F., Bardou, P., Bourcier, S., Boyer, A., Brenas, F., Canet, E., Da Silva, D., Das, V., Desachy, A., Devaquet, J., Embriaco, N., Eon, B., Feissel, M., Friedman, D., ... Reignier, J. (2016). ICU physicians' and nurses' perceptions of terminal extubation and terminal weaning: A self-questionnaire study. *Intensive Care Medicine*, 42(8), 1248-1257. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4373-9>
- Crippa, A., Lufiego, C. A. F., Feijó, A. G. dos S., Carli, G. A. D., & Gomes, I. (2015). Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: Análise crítica. *Revista Bioética*, 23, 149-160. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231055>
- De Simone, G., & Tripodoro, V. (2004). Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. *Buenos Aires. Febrero*.
- del Solar, G. M. (2008). El concepto de futilidad en la práctica médica. *Revista de la sociedad peruana de medicina interna*, 21(1), 26-35.
- Díaz, Y. A. A. (2009). LA "FUTILIDAD" COMO DILEMA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS PULMONARES. 75.

Domaica Mardaras, M. (2016). *Empoderamiento del profesional enfermero en el destete de la ventilación mecánica con tubo endotraqueal*.

Espitia, M. E. M. (2012). Problemas bioéticos de las familias que tienen paciente con enfermedad terminal. *Persona y bioética*, 16(1), 43-57.

Estrada, A. M., & Zepeda, H. R. (2017). La relación médico paciente: El desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica*, 39(S1), 832-842.

Felix, Z. C., Batista, P. S. de S., da Costa, S. F. G., Lopes, M. E. L., de Oliveira, R. C., & Abrão, F. M. da S. (2014). Nursing care in terminality: Compliance with principles of bioethics. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 35(3), 97-102.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.46405>

Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico. (2016). *Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación*. CONICYT Chile.

for the group SEDARREVE, Robert, R., Le Gouge, A., Kentish-Barnes, N., Adda, M., Audibert, J., Barbier, F., Bourcier, S., Bourenne, J., Boyer, A., Devaquet, J., Grillet, G., Guisset, O., Hyacinthe, A.-C., Jourdain, M., Lerolle, N., Lesieur, O., Mercier, E., Messika, J., ... Reignier, J. (2020). Sedation practice and discomfort during withdrawal of mechanical ventilation in critically ill patients at end-of-life: A post-hoc analysis of a multicenter study. *Intensive Care Medicine*, 46(6), 1194-1203.
<https://doi.org/10.1007/s00134-020-05930-w>

García Asensio, M. J. (2019). *El papel de la fisioterapia en cuidados paliativos. Revisión sistemática*. 33.

García, F. R. (2018a). Bioética, una disciplina útil para comprender la Enfermedad Terminal. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 3(3), 225-236.

- García, F. R. (2018b). Bioética, una disciplina útil para comprender la Enfermedad Terminal. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 3(3), 225-236.
- García, F. R. (2020a). Envejecimiento y aspectos bioéticos de la ventilación mecánica en la enfermedad terminal. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 12, 3.
- García, F. R. (2020b). Envejecimiento y aspectos bioéticos de la ventilación mecánica en la enfermedad terminal. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 12, 01-12.
<https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.003>
- Garnero, A., Abbona, H., Gordo-Vidal, F., & Hermosa-Gelbard, C. (2013). Modos controlados por presión versus volumen en la ventilación mecánica invasiva. *Medicina intensiva*, 37(4), 292-298.
- Giron, M., Beviá, B., Medina, E., & Manuel, S. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76.
<https://doi.org/10.1590/S1135-57272002000500016>
- González, A. G., & Ocampo, D. B. (2018). Teoría y práctica de la aproximación interdisciplinaria en Bioética. *Medicina y ética: Revista internacional de bioética, deontología y ética médica*, 29(3 (julio-septiembre/July-September)), 621-640.
- Goris, G., & Adolf, S. J. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2), 0-0.
<https://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
- Grandhige, A. P., Timmer, M., O'Neill, M. J., Binney, Z. O., & Quest, T. E. (2016). Respiratory Therapists' Experiences and Attitudes Regarding Terminal Extubations and End-of-Life Care. *Respiratory Care*, 61(7), 891-896.
<https://doi.org/10.4187/respcare.04168>

- Grupo de Estudios de ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. (2011). Eutanasia y acto médico. *Revista médica de Chile*, 139(5), 642-654. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500013>
- Guimaraes, R. (2013). Dilemas morais e praticas de saude. *Revista de Saúde Pública*, 47, 425-429. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004621>
- Huynh, T. N., Walling, A. M., Le, T. X., Kleerup, E. C., Liu, H., & Wenger, N. S. (2013). Factors Associated with Palliative Withdrawal of Mechanical Ventilation and Time to Death after Withdrawal. *Journal of Palliative Medicine*, 16(11), 1368-1374. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0142>
- Imbernón, F. J. L., Traba, M. A. G., & Ortega, R. R. (2011). La actividad asistencial en el servicio de urgencias hospitalario genera conflictos éticos a sus profesionales. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 23(4), 283-292.
- Jaramillo, F. L. O., Bernal, D. P. R., Uribe, C. C. C., Estrada, J. C. J., Restrepo, J. B., Ossa, D. J. D., & Ospina, S. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. *Persona y bioética*, 17(2), 216-226.
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22, 94-104.
- Ladeira, T. L., Silva Junior, A. G. da, & Koifman, L. (2016). Fundamentos éticos na tomada de decisão de discentes de fisioterapia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0273>

- Laura, A., & Liza, C. M. (2013). *La toma de decisiones éticas en situaciones de reanimación cardiopulmonar: Una visión enfermera.*
- Lizcano Cardona, D., Bermon Angarita, A., & Torres Millan, J. C. (2011). *Factores asociados a la mortalidad y al tiempo de supervivencia en pacientes con ventilación mecánica espontánea con presión soporte en una unidad de cuidados intensivos de Antioquia.*
- Lopera, M. M. (2017). Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. *Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud*, 37(4), 577.
- López, N., León, I., Ramírez, G., García, M., & Salgado Selema, G. (2018). *Cuidados paliativos en personal de enfermería. Manzanillo.*
- Marin, F. (2019). The end of life and the ascription of responsibility. *Medicina y Ética: Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica*, 30(3 (julio-setiembre/July-September)), 815-837.
- Mariño, A. M. (2010). Valoraciones morales de profesionales de la salud sobre el estatuto ontológico de la persona al final de. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 10(1), 1.
- Martínez Bullé-Goyri, V. M. (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(136), 39-67.
- Martinez Isasi, S. (2019). *Objetivos, indicaciones y tipos de ventilación mecánica.*
- McKillip, K. M., Lott, A. D., & Swetz, K. M. (2019). Respecting Autonomy and Promoting the Patient's Good in the Setting of Serious Terminal and Concurrent Mental Illness. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 92(4), 597-602.

- Medeiros, M. O. S. F. de, Meira, M. do V., Fraga, F. M. R., Nascimento, C. L., Rosa, D. de O. S., & Silva, R. S. da. (2020). Conflictos bioéticos en los cuidados al final de la vida. *Revista Bioética*, 28, 128-134. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281375>
- Mercadante, S., Gregoretti, C., & Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: Why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, 18(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9>
- Motta, O. J. R. da, Silva, E., & Siqueira-Batista, R. (2020a). Bioethical aspects of artificial intelligence: COVID-19 & end of life. *Revista Da Associação Médica Brasileira (1992)*, 66Suppl 2(Suppl 2), 5-6. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S2.5>
- Motta, O. J. R. da, Silva, E., & Siqueira-Batista, R. (2020b). Bioethical aspects of artificial intelligence: COVID-19 & end of life. *Revista Da Associação Médica Brasileira (1992)*, 66Suppl 2(Suppl 2), 5-6. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S2.5>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187-199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Ortiz, G., Dueñas, C., Lara, A., Garay, M., Blanco, J., & Díaz, G. (2013). Bases de ventilación mecánica. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 13(2), 17-45.
- Paiva, F. C. L. de, Almeida Júnior, J. J. de, & Damásio, A. C. (2014). Ética em cuidados paliativos: Concepções sobre o fim da vida. *Revista Bioética*, 22, 550-560. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014223038>

- Patiño Cossio, N. (2019). *NORMAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEONATOLOGÍA*. <https://docplayer.es/183681519-Normas-de-diagnostico-y-tratamiento-de-neonatologia.html>
- Peña Otero, D. (2016). *Cuidados de enfermería en el paciente crítico con ventilación mecánica no invasiva*.
- Pereáñez, J. A. G. (2015a). Dilemas bioéticos sobre el final de la vida. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(2), 242–257.
- Pereáñez, J. A. G. (2015b). Dilemas bioéticos sobre el final de la vida*. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(2), 242-257.
- Pereáñez, J. A. G. (2017). Consideraciones del bioderecho sobre la eutanasia en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(32-1), 200-221. <https://doi.org/10.18359/rlbi.2637>
- Perez, P. J. (2016). *Ventilacion Mecanica*. Fundacion Española del Corazon.
- Pham, T., Brochard, L. J., & Slutsky, A. S. (2017). Mechanical Ventilation: State of the Art. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(9), 1382-1400. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.05.004>
- Pichardo, L. M. (2018). Reinventing bioethics in a post-humanist and post-truth society. *Persona y Bioética*, 22(2), 212-222.
- Prendergast, T. J., Claessens, M. T., & Luce, J. M. (1998). A National Survey of End-of-life Care for Critically Ill Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 158(4), 1163-1167. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.158.4.9801108>
- Ramchandani, Á. A., Moreno, M. R. M., & Hdez, M. G. (2019). *VENTILACIÓN MECÁNICA: CONOCIMIENTOS BÁSICOS*. 33.

- Rico Jaime, V. M., & Domínguez Márquez, O. (2010). Aspectos bioéticos en la toma de decisiones para la calidad de atención en salud. *Acta bioethica*, 16(2), 142-147. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2010000200006>
- Robert, R., Le Gouge, A., Kentish-Barnes, N., Adda, M., Audibert, J., Barbier, F., Bourcier, S., Bourenne, J., Boyer, A., & Devaquet, J. (2020). Sedation practice and discomfort during withdrawal of mechanical ventilation in critically ill patients at end-of-life: A post-hoc analysis of a multicenter study. *Intensive Care Medicine*, 46(6), 1194-1203.
- Robert, R., Le Gouge, A., Kentish-Barnes, N., Cottureau, A., Giraudeau, B., Adda, M., Annane, D., Audibert, J., Barbier, F., Bardou, P., Bourcier, S., Bourenne, J., Boyer, A., Brenas, F., Das, V., Desachy, A., Devaquet, J., Feissel, M., Ganster, F., ... Reigner, J. (2017). Terminal weaning or immediate extubation for withdrawing mechanical ventilation in critically ill patients (the ARREVE observational study). *Intensive Care Medicine*, 43(12), 1793-1807. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4891-0>
- Rojas, L. de la C. B., Medina, K. N. G., & Avila, C. R. G. (2019a). Implicaciones bioéticas en la atención médica a pacientes con cardiopatías en estado terminal. *Universidad Médica Pinareña*, 15(3), 429-439.
- Rojas, L. de la C. B., Medina, K. N. G., & Avila, C. R. G. (2019b). Implicaciones bioéticas en la atención médica a pacientes con cardiopatías en estado terminal. *Universidad Médica Pinareña*, 15(3), 429-439.

- Sanchez y Sanches, K. M., & Seidl, E. M. F. (2013). Ortotanásia: Uma decisão frente à terminalidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17, 23-34. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100003>
- Serna Higueta, L. Y. (2017). *Modelado dinámico del sistema respiratorio ante incrementos de demanda ventilatoria, enfermedades pulmonares y ventilación mecánica asistida*.
- Silva, R. S. da, Evangelista, C. L. de S., Santos, R. D. dos, Paixão, G. P. do N., Marinho, C. L. A., & Lira, G. G. (2016). Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. *Revista Bioética*, 24(3), 579-589.
- Sinuff, T., Cook, D. J., Keenan, S. P., Burns, K. E., Adhikari, N. K., Rocker, G. M., Mehta, S., Kacmarek, R., Eva, K., & Hill, N. S. (2008). Noninvasive ventilation for acute respiratory failure near the end of life. *Critical care medicine*, 36(3), 789–794.
- Siqueira, J. E., & Pessini, L. (2019). Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. *Revista Bioética*, 27(1), Article 1. https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1543
- Šore Galleguillos, J., & Šore Galleguillos, J. (2020). Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Revista de Bioética y Derecho*, 48, 193-207.
- Sousa, G. M. de, Lustosa, M. de A., & Carvalho, V. S. (2019a). Dilemas de profissionais de unidade de terapia intensiva diante da terminalidade. *Revista Bioética*, 27(3), 516-527. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273336>

- Sousa, G. M. de, Lustosa, M. de A., & Carvalho, V. S. (2019b). Dilemas de profissionais de unidade de terapia intensiva diante da terminalidade. *Revista Bioética*, 27, 516-527. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273336>
- Sousa, G. M. de, Lustosa, M. de A., Carvalho, V. S., Sousa, G. M. de, Lustosa, M. de A., & Carvalho, V. S. (2019a). Dilemas de los profesionales de una unidad de terapia intensiva frente a la terminalidad. *Revista Bioética*, 27(3), 516-527. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273336>
- Sousa, G. M. de, Lustosa, M. de A., Carvalho, V. S., Sousa, G. M. de, Lustosa, M. de A., & Carvalho, V. S. (2019b). The dilemmas of the professionals of the intensive care unit in face of the terminality. *Revista Bioética*, 27(3), 516-527. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273336>
- Spoljar, D., Curkovic, M., Gastmans, C., Gordijn, B., Vrkic, D., Jozepovic, A., Vuletic, S., Tonkovic, D., & Borovecki, A. (2020). Ethical content of expert recommendations for end-of-life decision-making in intensive care units: A systematic review. *Journal of Critical Care*, 58, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.03.010>
- Stephen, N., Skirton, H., Woodward, V., Prigmore, S., & Endacott, R. (2013). End-of-life care discussions with nonmalignant respiratory disease patients: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 16(5), 555-565. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0442>
- Thellier, D., Delannoy, P. Y., Robineau, O., Meybeck, A., Boussekey, N., Chiche, A., Leroy, O., & Georges, H. (2017). Comparison of terminal extubation and terminal weaning as mechanical ventilation withdrawal in ICU patients. *Minerva*

Anestesiologica, 83(4), 375-382. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.16.11468-3>

Triolet Gálvez, A., Bofill Oliva, M. I., Estrada Alonso, A. R., & Pino Álvarez, A. A. (2002). Ventilación no invasiva con presión positiva. *Revista Cubana de Medicina*, 41(1), 29-43.

Turnbull, A. E., Lau, B. M., Ruhl, A. P., Mendez-Tellez, P. A., Shanholtz, C. B., & Needham, D. M. (2014). Age and decisions to limit life support for patients with acute lung injury: A prospective cohort study. *Critical Care*, 18(3), R107. <https://doi.org/10.1186/cc13890>

Vásquez, Y. B. A., Peña, E. M. D., & Fuentes, M. del C. P. (2017). Factores asociados a morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intermedios del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Miguel, año, 2017. *undefined*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Factores-asociados-a-morbilidad-y-mortalidad-en-a-V%C3%A1squez-Pe%C3%B1a/5c7fca9b68225286773c2d8fb5c7beeb930d9d02>

Velarde, M. C. C. (2012). *Estrategia ante el reto bioético del paciente crítico*. 3.

Velastegui, A. J. R., Aucancela, K. D. U., Borja, D. B. B., Cárdenas, G. V. M., Veloz, L. N. C., & Carvajal, V. G. V. (2018). Dilemas bioéticos comunes en la atención hospitalaria. *Revista Cubana de Reumatología: RCuR*, 20(3), 31-42.

Vera Carrasco, O. (2010a). Dilemas bioéticos en las unidades de cuidados intensivos. *Revista Médica La Paz*, 16(2), 50-57.

Vera Carrasco, O. (2010b). Dilemas bioéticos en las unidades de cuidados intensivos. *Revista Médica La Paz*, 16(2), 50-57.

- Vera Carrasco, O. (2015a). ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. *Revista Médica La Paz*, 21(1), 61-71.
- Vera Carrasco, O. (2015b). Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos. *Revista Médica La Paz*, 21(1), 61-71.
- Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546–553.
- Willms, D. C., & Brewer, J. A. (2005). Survey of respiratory therapists' attitudes and concerns regarding terminal extubation. *Respiratory Care*, 50(8), 1046-1049.
- World Science Forum. (2019). *Declaration of World Science Forum 2019*. World Science Forum. <https://worldscienceforum.org/contents/declaration-of-world-science-forum-2019-110073>
- Zambrano Molina, E. F., Gómez Valencia, N., & Colorado Plazas, J. J. (2020). *Rol de enfermería en el cuidado de la persona con cáncer gástrico en América del Sur: Revisión integrativa*.

