

DOI: <https://doi.org/10.18359/r/bi.5920>



# Principios bioéticos y virtudes éticas en la toma de decisiones fisioterapéuticas en una unidad de cuidado intensivo (UCI) de Bogotá\*

Jessyca Gómez Henao<sup>a</sup> ■ Luis Alberto Sánchez-Alfaro<sup>b</sup>

**Resumen: Objetivo:** analizar los principios bioéticos y las virtudes éticas en la toma de decisiones de fisioterapeutas de una unidad de cuidado intensivo (UCI) en Bogotá. **Metodología:** estudio cualitativo en el que participaron fisioterapeutas especialistas en cuidado crítico, trabajadores de una UCI en Bogotá. **Herramientas de recolección de información:** observación participante, diario de campo y entrevista semiestructurada. Se realizó análisis categorial de tipo hermenéutico. **Resultados:** las principales discusiones bioéticas en la UCI remiten a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, tangencialmente a los principios de dignidad humana y derechos humanos, igualdad, justicia y equidad, y respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal. Algunas virtudes expresadas fueron benevolencia, compasión, cuidado y prudencia. **Conclusiones:** de acuerdo con los participantes, los principios de respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia son herramientas para analizar, reflexionar y solucionar conflictos que día a día ocurren en las UCI; la virtud de la prudencia es la más difícil de cultivar, especialmente por el contexto de gravedad del paciente en la UCI o al informar sobre su estado a familiares. En la UCI se debe fomentar la discusión sobre principios bioéticos basados en derechos humanos y en virtudes éticas del personal asistencial, en aras de prácticas humanizadas y de calidad.

**Recibido:** 18/08/2021

**Aceptado:** 16/05/2022

**Disponible en línea:** 31/12/2022

- 
- \* Artículo de investigación. La investigación que dio origen a este artículo se realizó en el marco del desarrollo de la especialización en Fisioterapia en Cuidado Crítico, de la Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia.
- a Especialista en fisioterapia en cuidado crítico. Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [jessicagomezhenao@gmail.com](mailto:jessicagomezhenao@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0373-3157>
- b PhD(c) en bioética. MSc en bioética. Especialista en bioética. Profesor Asociado, Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Profesor Asociado, Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [lasanchea@unal.edu.co](mailto:lasanchea@unal.edu.co) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5219-2639>

**Cómo citar:** Sánchez-Alfaro, L. A., & Gómez Henao, J. (2022). Principios bioéticos y virtudes éticas en la toma de decisiones fisioterapéuticas en una unidad de cuidado intensivo (UCI) de Bogotá. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 22(2), 97-110. <https://doi.org/10.18359/r/bi.5920>

**Palabras clave:** ética basada en principios; fisioterapeutas; unidades de cuidados intensivos; bioética; toma de decisiones

### *Bioethical principles and virtue ethics in physiotherapeutic decision making in an Intensive Care Unit (ICU) in Bogota.*

**Objective:** to analyze the bioethical principles and ethical virtues in the decision-making of physiotherapists in an intensive care unit (ICU) in Bogotá. Methodology: a qualitative study with the participation of physiotherapists specialized in critical care and workers of an ICU in Bogota. Data collection tools: participant observation, field diary, and semi-structured interview. A hermeneutic categorical analysis was performed. Results: the main bioethical discussions in the ICU refer to the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, tangentially to the principles of human dignity and human rights, equality, justice and equity, and respect for human vulnerability and personal integrity. Some virtues expressed were benevolence, compassion, care, and prudence. Conclusions: according to the participants, the principles of respect for autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice are tools for analyzing, reflecting, and solving conflicts that occur on a daily basis in the ICU; the virtue of prudence is the most difficult to cultivate, especially in the context of the seriousness of the patient in the ICU or when informing relatives about his condition. In the ICU, discussion of bioethical principles based on human rights and ethical virtues should be encouraged in the ICU, for the sake of humanized and quality practices.

**Keywords:** principled ethics; physiotherapists; intensive care units; bioethics; decision making

### *Princípios bioéticos e virtudes éticas na tomada de decisões fisioterapêuticas numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Bogotá, Colômbia*

**Objetivo:** analisar os princípios bioéticos e as virtudes éticas na tomada de decisões de fisioterapeutas de unidades de terapia intensiva (UTI) em Bogotá, Colômbia. Metodologia: estudo qualitativo do qual participaram fisioterapeutas especializados em cuidado crítico, trabalhadores de uma UTI em Bogotá. Ferramentas de coleta de informações foram observação participante, diário de campo e entrevista semiestruturada. Foi realizada análise categorial de tipo hermenêutico. Resultados: as principais discussões bioéticas na UTI remetem aos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, de forma tangencial aos princípios de dignidade humana e direitos humanos, igualdade, justiça e equidade, e respeito à vulnerabilidade humana e à integridade pessoal. Algumas virtudes expressas foram benevolência, compaixão, cuidado e prudência. Conclusões: de acordo com os participantes, os princípios de respeito pela autonomia, pela beneficência, pela não maleficência e pela justiça são ferramentas para analisar, refletir e solucionar conflitos que dia a dia ocorrem nas UTIs; a virtude da prudência é a mais difícil de cultivar, especialmente pelo contexto de gravidade do paciente na UTI ou ao informar sobre seu estado a familiares. Na UTI, deve ser fomentada a discussão sobre princípios bioéticos baseados em direitos humanos e em virtudes éticas do pessoal assistencial, em termos de práticas humanizadas e de qualidade.

**Palavras-chave:** ética baseada em princípios; fisioterapeutas; unidades de terapia intensiva; bioética; tomada de decisões

## Introducción

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) se cuenta con tecnología avanzada, encaminada a la mejoría del estado de salud del paciente, no solo con el objetivo de aumentar o prolongar su supervivencia, sino también en pro de reducir la mortalidad y morbilidad de las patologías (1). En la UCI se espera que los profesionales apliquen la bioética, que nació en el seno de la cultura occidental como respuesta a la necesidad social y profesional de encontrar soluciones a los dilemas éticos que emergen debido al avance tecnológico y a su impacto en la vida en general y en la vida humana en particular, al deterioro ambiental y a las injusticias sociales, procurando la generación de relaciones democráticas con equidad, basadas en principios y virtudes éticas (2), (3), ; este es un campo comprometido, entre otras cosas, con la búsqueda de la excelencia en las interacciones entre los seres humanos, y de estos con los otros seres vivientes (4). Desde hace algunos años, se empezó a ver la necesidad de aplicar los conocimientos sobre esta área en el campo de la salud. Inicialmente, debido al crecimiento de las UCI y al manejo dado allí a pacientes críticamente enfermos, surgió la necesidad de tener elementos o herramientas que facilitaran la toma de decisiones difíciles o importantes, acerca del tratamiento de los pacientes, la limitación terapéutica, el retiro del soporte vital, entre otras.

En la bioética clínica, que centra su interés en las prácticas de las profesiones de la salud y la filosofía de la medicina (5), han tenido relevancia los cuatro principios propuestos por Beauchamp y Childress: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia (6), que para algunos autores presentan lagunas o problemas, entre ellos la indefinición de conceptos y la posibilidad de caer en el relativismo moral (7) al aplicarlos. Otra propuesta de principios bioéticos se expresa en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH), entre los cuales están: dignidad humana y derechos humanos, respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, privacidad y confidencialidad, igualdad, justicia y equidad, no discriminación y no estigmatización (8).

Además, existen propuestas encaminadas a la excelencia profesional y al cultivo de las virtudes, como elementos esenciales para el buen carácter y guía en el actuar profesional. Camps (9), (10) ha planteado que los profesionales de la salud deberían cultivar ciertas virtudes como parte de su profesionalismo y excelencia profesional, conjugando la competencia científica y técnica con el interés por el bienestar y cuidado de sus pacientes. Las virtudes propuestas por la autora son: benevolencia, respeto, cuidado, sinceridad, amabilidad, justicia, compasión, integridad, olvido de uno mismo y prudencia. Específicamente, para los fisioterapeutas, la American Physical Therapy Association (APTA) (11) ha planteado un código de ética que mediante ocho principios o enunciados fundamentales refleja los valores centrales que se esperan en la *praxis*: responsabilidad, altruismo, colaboración, compasión y cuidado, deber, excelencia, integridad y responsabilidad social.

En las UCI se evidencian casos con pronósticos reservados o poco favorables y se deben tomar decisiones acerca de limitar las acciones terapéuticas (por ejemplo, retirar el soporte ventilatorio). En estos escenarios, solo una minoría de pacientes escribe instrucciones previas (testamento vital o directrices anticipadas) o designan un representante para situaciones en las que no puedan decidir por sí mismos acerca de su asistencia sanitaria (12); así las cosas, los dilemas y cuestionamientos éticos son una constante. Las situaciones más frecuentes que configuran dilemas éticos en las UCI o en pacientes en etapas de final de vida, como lo manifiestan Sousa, Lustosa y Carvalho (13) y Vera (14), son las siguientes: la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), el encarnizamiento terapéutico, las órdenes de no reanimación, la distanasia, la eutanasia, la ortotanasia y los cuidados paliativos, la admisión o no de un paciente en la UCI, entre otras.

A estas encrucijadas no escapan los fisioterapeutas que trabajan en UCI, aunque poco ha sido lo que explícitamente se ha desarrollado al respecto (15). Moscoso (16) plantea que algunos de los dilemas en las UCI están relacionados con cuestionamientos a la práctica clínica idónea (deshumanización, limitación en la intervención atribuida a escasez de equipos y condiciones institucionales)

y con la toma de decisiones profesionales bajo un modelo vertical basado en órdenes médicas. Motta, Oliveira, Silva y Siqueira-Batista (17) sugieren que la toma de decisiones ocurre de acuerdo con la intuición moral o por emoción, no por atendi- miento a un modelo. Recientemente, Molina (18) expuso el modelo de integración razón-emoción para la toma de decisiones bioéticas en las ciencias de la salud, en el cual establece 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 segui- miento de la decisión.

En definitiva, de manera constante, los equipos de atención de las UCI, entre ellos los fisioterapeu- tas, se enfrentan a situaciones en las que deben tomar decisiones sobre el cuerpo, la salud y la vida de los pacientes, situaciones de grandes incerti- dumbres en el marco de la aplicación o retiro de tecnologías que están a la mano, y decisiones que requieren tanto de argumentación científica como bioética. Teniendo en cuenta esto, esta investiga- ción planteó el objetivo de analizar los principios bioéticos y las virtudes éticas que fundamentan la toma de decisiones de fisioterapeutas de una UCI en la ciudad de Bogotá, Colombia.

## Metodología

### Tipo de estudio

Estudio cualitativo que utilizó herramientas de la etnografía, pretendiendo comprender y analizar el fenómeno de la integración de principios bioé- ticos y las virtudes éticas por parte de fisiotera- peutas, durante el ejercicio profesional y la toma de decisiones en UCI, a partir de la perspectiva y conocimiento de cada participante, interpretando sus ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas (19), (20).

### Población participante

Participaron doce fisioterapeutas especialistas en cuidado crítico que trabajan en una UCI de Bogo- tá, ocho mujeres y cuatro hombres. Cuatro de los

participantes tenían menos de cinco años de expe- riencia en UCI (dos hombres y dos mujeres), otros cuatro con experiencia entre cinco y diez años (dos hombres y dos mujeres) y las cuatro perso- nas restantes tenían un bagaje mayor a diez años (todas mujeres). 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, manifestaron haber visto bioética con intensidad durante dos semes- tres. Dos tuvieron formación en ética, pero no recuerdan haber tenido formación o no tuvieron formación en bioética.

## Técnicas e instrumentos para la recolección de información

Se utilizaron tres herramientas: la observación participante, para lo cual la investigadora principal del estudio (fisioterapeuta) estuvo rotando-labo- rando en la UCI durante un período de seis meses, lo que permitió encontrar *in situ* actitudes y modos de actuar que luego, mediante reflexiones objetiva- das, fueron plasmadas en el diario de campo, que además del registro de las observaciones permitió realizar un ejercicio autoetnográfico a la investiga- dora principal, dada su participación por tiempo prolongado en el escenario de interés. La entrevista semiestructurada fue diseñada, sometida a pilotaje y ajustada con base en los objetivos específicos del estudio. Cada una tuvo una duración promedio de cuarenta minutos. Seis entrevistas se realizaron por medio de videollamada en la plataforma Google Meet y seis fueron presenciales. En general, las entrevistas indagaron por preguntas tales como: en caso de limitar o evitar la intervención fisio- terapéutica, ¿sobre qué principios toma la decisión?; en general, ¿qué preocupaciones éticas considera que el gremio de fisioterapeutas que trabajan en UCI tiene al momento de atender a los pacientes?; ¿estaría en capacidad profesional y autónoma para decidir sobre la limitación de alguna intervención sobre un paciente que está en la UCI? También se pidió a los participantes que resolvieran un caso con dilema bioético y argumentaran la toma de su decisión, el cual fue elaborado por el equipo

de investigadores a partir de Levin y Sprung (21). *Grosso modo*, el caso planteado a los participantes fue el siguiente:

Un paciente masculino de 70 años (paciente A) sufrió un accidente de tráfico en carretera y fue ingresado a UCI hace cuatro semanas; la condición neurológica del paciente se ha estabilizado con funciones mínimas; está desarrollando falla renal, está anúrico, hipercaliémico y acidótico; es dependiente del respirador y de altas dosis de inotrópicos. La familia del paciente manifiesta que, de ser necesarios, todos los esfuerzos de reanimación sean continuados y se inicien los procesos de diálisis. En paralelo, un segundo paciente masculino, de 50 años (paciente B), con lesiones similares, cáncer de próstata metastásico y demencia, es admitido a la sala de emergencias de la misma institución donde está el paciente A y también necesita una cama en la UCI. En la institución no se tienen camas disponibles actualmente. La familia solicita que los médicos realicen todos los esfuerzos necesarios y le asignen una cama en la UCI. ¿Qué decisión deberá tomar el equipo de salud?

## Análisis de la información

A partir de la transcripción de entrevistas, del diario de campo y de la observación participante (triangulación de fuentes de información), se obtuvieron datos no estructurados que fueron categorizados en una matriz, en coherencia con los objetivos del estudio, permitiendo el análisis categorial de contenido pertinente (22), (23), de tipo inductivo y hermenéutico.

## Consideraciones éticas

Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (24), el estudio se clasificó como una investigación sin riesgo. Se tuvieron en cuenta para su desarrollo, los lineamientos establecidos en el Informe Belmont (25) y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005 (8). Se realizó el proceso de consentimiento informado, garantizando la participación voluntaria. Se cumplió con los requisitos relacionados con integridad científica exigidos por la Declaración de Singapur de 2010 (26).

## Resultados

### Principios bioéticos

Dos fisioterapeutas mencionaron algunos de los principios bioéticos relacionados con el enfoque en principios de ética biomédica:

Yo creo que el de justicia, el de beneficencia y el de autonomía; entonces, primero creo que el de justicia, [...] 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 y teniendo cuenta pues mis valores éticos. (Mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a seis años)

Beneficencia, todo 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. (Mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a quince años)

En esta categoría se encontró como relevante el abordaje humanizado del paciente, como complemento al ejercicio de los principios bioéticos, ya que muchos de los pacientes no solo son vulnerables, sino también frágiles, y la atención humanizada debería ser un componente sobresaliente de los profesionales que laboran en UCI:

“Pues, primero, la parte humana, qué condición y qué calidad de vida le voy a dar a la persona; qué riesgo-beneficio tiene la intervención que le voy a hacer, y pues, siempre velar por lo mejor hacia el paciente, lo mejor que le beneficia a él”

(Hombre, con experiencia menor a cinco años).

Otros fisioterapeutas hicieron mención, de manera implícita, a algunos de los principios establecidos 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, lo que tengo en cuenta es el sentido humano, saber que estás trabajando con otro ser humano igual a ti, que está cursando por un proceso de enfermedad 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, creo que eso es lo que en mi formación en UCI más se usa. (Hombre, fisioterapeuta con experiencia menor a cinco años)

## Virtudes

Entre las virtudes más comunes de los fisioterapeutas entrevistados se hallaron las siguientes: compasión, benevolencia, olvido de uno mismo, cuidado y prudencia.

- **Compasión**, entendida como la disposición para buscar el bien del paciente y ponerse en sus zapatos, tomando de esta manera conciencia de su sufrimiento:

Uno no puede estar llorando por todos los pacientes que mueren, pero da mucho pesar, sobre todo en las áreas pediátricas y críticas, y en el adulto que también es joven, [...] pero, de todas formas, hay casos de casos y uno, lamentablemente, dice: “bueno, si era su hora” [...] pero, de todas formas, a mí todavía me da duro [...] sobre todo cuando uno la dio toda por el paciente y buscó que mejorara. (Hombre, fisioterapeuta con experiencia menor a diez años)

- **Benevolencia**, implica el sentimiento de simpatía y buena voluntad hacia los pacientes, ser un profesional bueno y un buen profesional:

“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” (Mujer, fisioterapeuta con experiencia menor a cinco años).

- **Cuidado**, implica comprender al paciente en su red de relaciones, estar atentos a su vulnerabilidad y sufrimiento, actuando con hospitalidad, solidaridad y responsabilidad (capacidad de responder al llamado del paciente):

“[Sea] 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; sea [a nivel] cardiorrespiratorio o físico, en los diferentes roles que desempeñamos, a trabajar siempre en pro de la salud

de esa persona” (Mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a diez años).

- **Olvido de uno mismo** (en inglés, *self effacement*), es la virtud de la modestia, que invita a evitar el individualismo o el egoísmo exacerbado, a expresar opiniones de sí mismo desbordadas, y exhorta a cultivar la capacidad de reconocer errores y defectos:

Yo más uso es el criterio de ser profesional [...] 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 [...] en los que mis cualidades y mis estudios me permiten brindarle como el 100 % de lo que yo puedo ofrecer. (Hombre, fisioterapeuta con experiencia menor a cinco años)

- **Prudencia**, se relaciona con la capacidad de autorregulación, con el carácter de un buen profesional que basado en el buen sentido puede discernir entre el exceso y el defecto en sus acciones:

Creo que uno no debe dar falsas esperanzas a los pacientes ni a los familiares; pienso que uno debe ser muy claro sobre la condición en la que se encuentra el paciente, sin afectar o dar un choque 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. (Hombre, fisioterapeuta con experiencia mayor a cinco años)

En el caso propuesto 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. Argumentan que, aunque el paciente A tiene unas comorbilidades que afectarían su calidad de vida después de salir de la UCI (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 y autonomía, y las virtudes de prudencia, cuidado y benevolencia:

Pienso que por las condiciones que tiene el paciente A, de 70 años, que ha sufrido lesiones severas y entra en falla renal, su inestabilidad hemodinámica podría decir que va hacia al deterioro. Sin embargo, hay que

respetar el deseo de la familia de que sigan los esfuerzos. Quizás, más adelante, se podría pensar en una unidad de cuidado crónico. Por otra parte, el otro paciente es un adulto joven todavía, también habría que buscar la manera de garantizarle la UCI. (Mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a quince años)

## Autonomía profesional

Esta categoría describe cómo los participantes se consideran autónomos en cuanto a las decisiones fisioterapéuticas, pero acompañados de un trabajo multidisciplinar.

Algo que cabe resaltar en cuanto a la UCI de la clínica es que uno tiene autonomía, participa en la revista médica, los doctores le piden opinión a uno, por ejemplo: “Bueno, ¿usted qué piensa?, ¿qué tal si hacemos esto?, mejor, ¿por qué no le hacemos esto?, o lo pasamos a este modo y ¿qué tal si iniciamos electroestimulación?, ¿qué tal la parte de rehabilitación física?, y ¿usted cómo ve esos gases?, ¿qué cambio le va a hacer?”. (Hombre, fisioterapeuta con experiencia menor a cinco años)

De acuerdo con los participantes, el fisioterapeuta de la UCI ha logrado la autonomía profesional gracias al conocimiento, la credibilidad y el profesionalismo en la toma de decisiones. Los doce fisioterapeutas entrevistados concluyen que son totalmente autónomos en su quehacer profesional, en la unidad médico-quirúrgica y en la unidad COVID. Dos fisioterapeutas manifestaron que donde no son totalmente autónomos es en la unidad cardiovascular; allí, como deber, se siguen los lineamientos del intensivista en cardiología:

Sí tenemos momentos de autonomía, pero requerimos también otros momentos de apoyo multidisciplinar, porque a veces algunas de las decisiones que podemos tomar pueden comprometer aspectos relacionados con el personal de enfermería o con el médico, entonces, a veces son buenas esas decisiones que uno considera que podría tomar individualmente, comunicarlas previamente o al momento en que se va a realizar alguna estrategia o algún cambio. Pero sí tenemos autonomía. (Mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a quince años)

El fisioterapeuta especialista en cuidado crítico de la UCI está en capacidad de tomar decisiones frente a la gaseometría arterial, la programación

ventilatoria de acuerdo con la patología y necesidades del paciente, la toma de muestras, la asistencia en intubación orotraqueal, el destete ventilatorio y el plan y estructuración de la rehabilitación física integral para que los pacientes salgan de la unidad con éxito y puedan retornar a su funcionalidad y tener calidad de vida. Estos procedimientos se desarrollan mediante un equipo multidisciplinar, y este trabajo multidisciplinar se refleja en la responsabilidad del trabajo bien hecho, en pro del beneficio y el bienestar del paciente.

## Dilemas en la toma de decisiones

Si bien los participantes se consideran autónomos en cuanto a las decisiones fisioterapéuticas, no escapan a situaciones que configuran dilemas bioéticos y ponen a prueba los principios y las virtudes, como *praxis* de la vida profesional.

### *Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)*

La decisión respecto a la LET se plantea con el grupo multidisciplinario, y el médico le comunica a la familia los pros y los contra de los tratamientos que se podrían aplicar al paciente o, por el contrario, no realizarlos, con la firma de un documento legal:

Hoy todavía es el médico quien limita el esfuerzo terapéutico, obviamente avalado sobre el pronóstico del paciente y 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 tiene un mal pronóstico, no es decisión de nosotros. (Mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a diez años)

El fisioterapeuta, en la revista médica, emite su concepto en cuanto a los componentes físicos y respiratorios, y es tenido en cuenta, pero aun así, se considera que deben incluirse en otros espacios donde se puedan informar más sobre el LET, como, por ejemplo, en los comités de bioética, donde no hay participación de estos profesionales; allí solo acuden los médicos (neurocirugía, cardiología, medicina interna): “Simplemente ellos toman la decisión y luego tú bajas parámetros, haces lo que indican que se debe limitar, pero [el fisioterapeuta] no es tenido en cuenta dentro de un comité”

(Entrevista 9 LS. Mujer, fisioterapeuta con experiencia mayor a diez años).

Esto conlleva a dilemas bioéticos que, durante la pandemia por el COVID-19, aumentaron para los fisioterapeutas y demás personal de las UCI. Estos se repiten frecuentemente y con la investigación se vislumbraron algunos, como los siguientes:

### *LET vs. tratamientos fútiles*

No realizar más procedimientos a un paciente que se encuentra en deterioro, dado que las terapias física y respiratoria no están indicadas en estados críticos, por no representar algún beneficio, pero aun así se continúan realizando procedimientos de terapia respiratoria para evitar el disconfort o sufrimiento del paciente.

### *Beneficencia - no maleficencia vs. LET - ortotanasia*

Haber trabajado y realizado lo mejor por un paciente, aplicar los mejores tratamientos y entregar la mejor atención, pero luego el médico decide no realizarlos más y ordena bajar los parámetros; observar cómo esta sería la última vez que la familia lo verá vivo. El instante de saber que el paciente solo está soportado por un ventilador y al momento de apagarlo: “Ver cómo se apaga el aparato y con este se va una vida”.

### *Justicia vs. beneficencia - no maleficencia*

El decidir si se asigna una cama a un paciente más joven o a un paciente con menos comorbilidades, durante la pandemia del COVID-19, fue uno de los dilemas más comunes entre el personal sanitario, especialmente, por la limitada disponibilidad de camas. Este dilema, en los fisioterapeutas, se evidencia al tener que lograr cambios o limitar acciones para evitar daños en el paciente; hablar con el médico intensivista sobre las posibles alternativas de modos ventilatorios y diversas estrategias para mejorar aspectos de la mecánica ventilatoria o decidir, como se mencionó antes, limitar el esfuerzo terapéutico.

## Discusión y conclusiones

Respecto a los principios bioéticos para fundamentar la toma de decisiones que realizan los fisioterapeutas de la UCI, nuestros hallazgos coinciden con publicaciones como las de Correa-Pérez (27), quien plantea que los principios bioéticos de Beauchamp y Childress (beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto por la autonomía), integrados en la UCI, son cruciales en condiciones de escasez de recursos, que, aunque tienen limitaciones, son de utilidad y gran difusión. En concordancia con lo planteado por Moscoso (16), que reconoce la jerarquía de los principios bioéticos norteamericanos, como la ética de mínimos (justicia y no maleficencia) y la 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 las 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, en la que, como lo plantea Etxeberria (28), 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 *et al.* (17) y Lorenzo (7) 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, reconociendo el sentido de lo humano en los procesos de atención en las UCI, consideran como fundantes de su toma de decisiones algunos principios establecidos por la Unesco en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (8), entre los cuales están: dignidad humana y derechos humanos, igualdad, justicia y equidad, y respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal; sin embargo, la argumentación frente a estos es incipiente aún. En este sentido, los participantes ponen el acento en la importancia de fundamentar la práctica dentro de las 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 con sus necesidades, siempre privilegiando el respeto por su dignidad humana. Al respecto, no hay en la actualidad estudios sobre UCI que indaguen acerca de estos hallazgos desde la perspectiva de la bioética y los derechos humanos. Los hallazgos dan cuenta de algunos de los valores centrales propuestos por la APTA en su código de ética, entre ellos: compasión y cuidado, integridad y excelencia (11). Para este estudio, la compasión, el cuidado y la integridad son virtudes que conducen al logro de la excelencia profesional.

Entre las virtudes halladas en nuestro estudio, los participantes plantearon las siguientes: compasión, benevolencia, olvido de uno mismo (modestia), cuidado y prudencia, todas las cuales conducen a la búsqueda de la excelencia profesional, como lo plantea Camps (9), (10), a un profesionalismo que implique la preocupación y la *praxis* por el interés del paciente. La prudencia es 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. La prudencia, pues, como una sabiduría práctica que permite ejecutar acciones oportunas y adecuadas.

Sin embargo, es bueno problematizar este hallazgo, ya que, como lo afirman Esquerda *et al.* (29), 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 tecnocientíficas (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 (27), es loable, si no 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, y 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 decisoriales, salvo en los discernimientos conductuales relacionados con la prudencia, siguiendo las líneas de Etxeberria (27) y Beato (30).

La virtud del cuidado fue reconocida por los participantes del estudio como la disposición a actuar profesionalmente en procura del bienestar del paciente, siempre en *pro* de la salud de la persona, para lo cual son necesarios los conocimientos y el ponerse en los zapatos de esta (compasión). Nuestros hallazgos coinciden con lo planteado por Beato (30), 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 el de Beato, 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 común acuerdo (intersubjetividad), basada en la responsabilidad sobre el otro y en 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, y lograrla con los pacientes necesita de elementos como: razonamiento moral, sensibilidad ética, comunicación, compasión, prudencia, justicia, coraje, moderación, integridad y altruismo, entre otros; ponerla en práctica es un ejercicio de respeto por la dignidad humana de la persona, a lo cual subyace la pregunta: ¿qué comprendemos por dignidad humana y respeto ante los pacientes en UCI? (31-33).

En cuanto a la autonomía profesional, los fisioterapeutas participantes plantean tener un rol importante en el equipo multidisciplinario, especialmente en cuanto a decisiones de intervención

y manejo de las terapias física o respiratoria. Sin embargo, carecen de presencia en el comité de bioética de la institución y en la unidad cardiovascular. Este es uno de los cambios que Vera, en 2015, planteaba como un requerimiento para las UCI, como un tema pendiente, a saber: “Creación de grupos de trabajo que faciliten el trabajo en equipo; formación específica, incluyendo el fortalecimiento del área de ética y bioética; apoyo de los comités de bioética clínica” (34). Ahora bien, los resultados de este estudio coinciden con lo planteado por Moscoso (16), cuando afirma que la autonomía profesional en el área de fisioterapia está influenciada por muchos factores, entre ellos el lugar de trabajo y la capacitación constante para argumentar de manera acertada ante el equipo multidisciplinar la toma de decisiones. La fortaleza conceptual y el profesionalismo favorecen entonces el reconocimiento dentro de los equipos multi e interdisciplinarios. Futuras investigaciones podrán indagar sobre esta situación en la unidad cardiovascular y sobre la percepción de los intensivistas en cardiología, pues 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 (16).

Nuestro estudio encontró que en el ejercicio de la fisioterapia en cuidado crítico se presentan dilemas bioéticos, especialmente en relación con la LET, que ha 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, jóvenes y adultos jóvenes; de igual forma lo han reportado Sousa, Lustosa y Carvalho, 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” (13). 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 (13), 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, toman las decisiones; su ejecución ocurre cuando se tiene una justificación médica que percibe desproporción entre los fines y medios terapéuticos, tal como lo plantea Vera (14). 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, que es el mismo hallazgo de Sousa, Lustosa y Carvalho (13), en enfermería y fisioterapia de UCI en Brasil, y de Rincón y Garzón (35), quienes plantean la tensión entre “elección / selección vs. racionalización / racionamiento” al realizar la práctica de LET.

Frente al dilema LET vs. tratamientos fútiles, cobra relevancia una reflexión sobre la *praxis* de la bioética de la 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” (36). La *praxis* de la bioética basada en la virtud del cuidado podría brindar herramientas en torno a las necesidades de estos pacientes.

El dilema beneficencia - no maleficencia vs. LET - ortotanasia coincide con el planteamiento de Šore (37) 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. El dilema justicia vs. beneficencia - no maleficencia es consistente con el planteamiento de Šore (37) 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 en la que prima la racionalización de recursos como mecanismo para el establecimiento de prioridades, lo cual, con la pandemia de COVID-19, cobró relevancia. Por tanto, los principios bioéticos (tradicionales y basados en derechos humanos), la empatía y la colaboración con pacientes y familiares (38), y el buen juicio clínico en diálogo con el contexto sociocultural donde ocurre el proceso

de atención del paciente y su familia, favorecen la toma de decisiones en las UCI.

Finalmente, en esta investigación encontramos la atención humanizada en las UCI como componente ético y como uno de los retos en medio del andamiaje tecnológico propio de este contexto de atención. En las UCI puede ocurrir la atención despersonalizada y deshumanizada, en la que lo importante son las cifras y datos que indican posibilidad de sobrevivida. Nuestro estudio halló que los fisioterapeutas participantes, en primer lugar, consideran la parte humana y procuran hacer lo mejor, lo más beneficioso para el paciente. Brindar una atención humanizada en las UCI deberá ser objeto de atención e investigaciones. Correa-Pérez y Chavarro (39) han afirmado que humanizar la atención del paciente asistido en las UCI permite disminuir la mortalidad, el tiempo de permanencia en la unidad y los días de ventilación mecánica, y mejora la calidad de vida de los pacientes, entendida como menos secuelas físicas y emocionales.

Luego de este análisis podemos concluir que los principios, en primera medida, emanados para sustentar la *praxis* profesional, son los de respeto por la autonomía de la persona, beneficencia, no maleficencia y justicia, considerados como herramientas para realizar análisis, reflexión y solución de conflictos que a diario se presentan en las UCI. Aunque se mencionaron implícitamente algunos principios establecidos por la Unesco, como la dignidad y los derechos humanos, igualdad, justicia y equidad, respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, estos aún se muestran incipientes en cuanto a su aprehensión y *praxis* con contenido en los procesos de atención en las UCI. Entre las virtudes tenidas en cuenta por los fisioterapeutas en procura de la excelencia profesional, la prudencia se presenta como la más difícil de cultivar, especialmente en el contexto de la gravedad del paciente en la UCI o al informar sobre su estado a un familiar. Finalmente, de la mano con los planteamientos de Girbau, Monedero y Centeno (1), Vera (14) y Júnior *et al.* (40) podemos concluir que la práctica clínica y los cuidados proporcionados en las UCI, por lo menos en Latinoamérica, deben tener un marco de referencia cimentado robustamente y, por tanto, es clave fomentar en su *praxis*

la discusión amplia sobre principios bioéticos basados en derechos humanos y virtudes éticas del personal asistencial, a fin de lograr prácticas humanizadas y de calidad, con una mirada más allá de los principios clásicos de la bioética o de una perspectiva reduccionista de esta.

Como limitaciones de esta investigación, se puede mencionar la aparición de la pandemia por la COVID-19, ya que la población participante se encontraba en las UCI formándose en los nuevos protocolos institucionales, lo que dificultó la coordinación de tiempos para realizar entrevistas, tanto presenciales como virtuales, además de que muchos tenían jornadas de trabajo de doce horas o más.

## Referencias

1. Girbau MB, Monedero P, Centeno C. Integración de los principios de cuidados paliativos en cuidados intensivos. Cuadernos de Bioética. 2016;27(90):175-184.
2. Ruvalcaba JC, Reynoso J, Cortes SY, Garcia G, Escalante JV, Beltran MG, Lopez L. What is bioethics?, its rise and its impact on human health today. Mexican Bioethics Review icsa; [Internet]. 2020;2(3):22-26. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/MBR/issue/archive>
3. Sánchez-Alfaro LA. Bioética y derechos humanos: reflexiones para la formación integral de profesionales de la salud. Revista Ciencia y Salud Virtual. 2015;7(1):71-80. doi: <https://doi.org/10.22519/21455333.512>
4. Escobar J, Aristizábal C. Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. Revista Colombiana de Bioética. 2011;6(Especial):76-106.
5. Ten Have, H. Potter's Notion of Bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal. 2012;22(1):59-82.
6. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, New York, 2013. p. 100-101.
7. Lorenzo D. Teorías bioéticas, protección de la vida y ley natural. Cuadernos de Bioética. 2019; 30(100):263-274. doi: <https://doi.org/10.30444/CB.38>
8. Unesco. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. [Internet]. 2005. [Consulta: 2/03/2020]. Disponible en: <https://es.unesco.org/>
9. Camps V. La excelencia en las profesiones sanitaria. Humanitas, humanidades médicas. 2007;21:11-20.

10. Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación Médica*, 2015;16(1):3-8.
11. American Physical Therapy Association (APTA). Code of Ethics for the Physical Therapist. Policies & Bylaws. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.apta.org/apta-and-you/leadership-and-governance/policies/code-of-ethics-for-the-physical-therapist#>
12. Camhi S, Mercado A, Morrison R, Du Q, Platt D, August G, Nelson J. Deciding in the dark: Advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Critical Care Medicine*. 2009;37(3):919-925.
13. Sousa G, Lustosa M, Carvalho V. Dilemas de los profesionales de una unidad de terapia intensiva frente a la terminalidad. *Revista Bioética*. 2019;27(3):516-527. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273336>
14. Vera O. Dilemas bioéticos en las unidades de cuidados intensivos. *Revista médica de la paz*. 2010;16(2):50-57.
15. Ladeira T, Koifman L. Interface entre fisioterapia, bioética e educação: revisão integrativa. *Revista Bioética*. 2017;25(3):618-629. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253219>
16. Moscoso, J. Los dilemas del fisioterapeuta en el área asistencial: Una mirada a la toma de decisiones. *Movimiento Científico*. 2011;5(1):6-24.
17. Motta L, Oliveira L, Silva E, Siqueira-Batista R. Toma de decisiones en (bio)ética clínica: enfoques contemporáneos. *Revista Bioética*. 2016;24(2):304-314. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242131>
18. Molina N. Modelo de Toma de Decisiones Bioéticas En Ciencias de la Salud. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2019;36(1):135-152. doi: <https://doi.org/10.18359/rlbi.3598>
19. Vasilachis I. Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa, Barcelona, 2006. p. 23-33.
20. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Robinson C, Carrasco J. Investigación cualitativa en Cuidados Paliativos. Un recorrido por los enfoques más habituales. *Medicina Paliativa*. 2016;24(4):219-226.
21. Levin PD & Sprung CL. *The Cambridge textbook of bioethics*. Cambridge University Press, New York, 2008. p. 462-468.
22. Rodriguez C, Lorenzo O, Herrera L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, Sociotam*. 2005;XV(2):133-154.
23. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española Salud Pública*. 2002;76(5):423-436.
24. República de Colombia - Ministerio de Salud. Resolución 008430 del del 4 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. 1993. p. 1-19. [Consulta: 4/04/2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
25. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report. [Internet]. 1979. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
26. 2nd World Conference on Research Integrity. Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación. [Internet]. 1-4. 2010. [Consulta: 4/05/2020]. Disponible en: <http://eticayseguridad.uc.cl/documentos/cec-artes/legislacion-cecsociales/cec-sociales/223-decla-singa-cec-sociales/file.html>

27. Correa-Pérez LP. Aspectos bioéticos de la extubación paliativa dentro de los cuidados de fin de vida en el paciente no recuperable en la UCI. *Acta Colomb. Cuid. Intensivo*. 2020. p. 1-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.11.0030122>
28. Etxeberria X. Una aproximación a la bioética desde su perspectiva aretológica. *Revista Portuguesa de Filosofia*. 2020;76(1):385-408. doi: [https://doi.org/10.17990/RPF/2020\\_76\\_1\\_0385](https://doi.org/10.17990/RPF/2020_76_1_0385)
29. Esquerda M, Pifarré J, Roiga H, Busquets E, Yuguero O y Viñas J. Evaluando la enseñanza de la bioética: formando médicos virtuosos o solamente médicos con habilidades éticas prácticas. *Aten. Primaria*. 2017;51(2):99-104. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.018>
30. Beato J. O Cuidado Como Virtude: um Diálogo Entre a Ética das Virtudes e a Ética do Cuidado. *Revista Portuguesa de Filosofia*. 2020;76(1):285-318. doi: [https://doi.org/10.17990/RPF/2020\\_76\\_1\\_0285](https://doi.org/10.17990/RPF/2020_76_1_0285)
31. Yuguero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-González J Pifarre J. Ethics and empathy: The relationship between moral reasoning, ethical sensitivity and empathy in medical students. *Revista Clínica Española*. 2019; 219(2):73-78. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.09.002>
32. Cruz, JS. Ética das virtudes: em busca da excelência. *Rev. Med. (São Paulo)*. 2020;99(6):591-600. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i6p591-600>
33. Prieto P, Rodríguez N, Gómez L, Cárdenas Y, Celis E. Cárdenas, Y., Celis, É. Percepciones de dignidad y respeto en Unidades de Cuidado Intensivo. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2020;20(2):77-85. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.01.005>
34. Vera O. Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidado intensivos. *Revista Médica la Paz*. 2015;21(1):61-7.
35. Rincón M, Garzón F. Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2015;5(2):42-51.
36. Costa BP, Duarte LA. Reflexiones bioéticas acerca de la finitud de la vida, los cuidados paliativos y la fisioterapia. *Revista Bioética*. 2019;27(3):510-515. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273335>
37. Šore J. Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Revista de Bioética y Derecho. Perspectivas Bioéticas*. 2020; 48:193-207.
38. Ditwiler RE, Swisher LL, Hardwick D. Professional and Ethical Issues in United States Acute Care Physical Therapists Treating Patients With COVID-19: Stress, Walls, and Uncertainty. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*. 2021;101:1-10. doi: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab122>
39. Correa L, Chavarro G. Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuido Intensivo*. 2021;21(1):77-82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004>
40. Júnior EV, Nunes G, Silva C, Filho B, Lapa P, Duarte P, Boery E, Boery RM, Sawada N. Identificación de situaciones y conductas bioéticas en la práctica profesional en salud. *Revista Bioética*. 2021;29(1):148-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021291455>