

**Desde la Autonomía para la Toma de Decisiones oportuna de Pacientes Adultos  
que ingresan a Unidad de Cuidados Intensivos: una Mirada Bioética**

Luisa Fernanda Giraldo Mejía

Universidad El Bosque  
Especialización en Bioética  
Bogotá, D.C

2024

**Desde la Autonomía para la Toma de Decisiones oportuna de Pacientes Adultos  
que ingresan a Unidad de Cuidados Intensivos: una Mirada Bioética**

Luisa Fernanda Giraldo Mejía

Trabajo de grado para optar al título de Especialización en Bioética

Tutor: Manuela Téllez

Universidad El Bosque  
Especialización en Bioética  
Bogotá, D.C

2024

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

Firma del autor

---

---

Firma del Jurado

---

---

Bogotá, D.C, mayo de 2024

## Tabla de contenido

|   |    |
|---|----|
| Agradecimientos.....  | 5  |
| Resumen.....  | 6  |
| Introducción .....  | 7  |
| Desarrollo.....   | 8  |
| Principios bioéticos al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.....      | 8  |
| Autonomía del paciente.....   | 8  |
| Beneficencia y no maleficencia.....   | 9  |
| Justicia .....  | 10 |
| Distribución de recursos (justicia distributiva) .....                        | 10 |
| Dilemas bioéticos al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos .....        | 13 |
| El consentimiento informado al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos .. | 14 |
| Comunicación efectiva .....   | 15 |
| Estrategias de comunicación con la familia y el paciente.....                 | 15 |
| Documentos de voluntades anticipadas (DVA) .....                              | 16 |
| Documentos de voluntades anticipadas (DVA) en Colombia.....                   | 17 |
| Análisis.....   | 18 |
| Conclusiones.....   | 21 |
| Referencias.....  | 22 |

## **Agradecimientos**

Hoy expreso mi agradecimiento a los docentes, que durante mi formación me acompañaron: Mauricio Sánchez, Boris Pinto, Manuela Téllez, Santiago Avilés, y todos los que aportaron no solo su conocimiento, si no también su vocación, paciencia, pasión por enseñar, compromiso en el aprendizaje, humildad y servicio para que tanto mis compañeros como yo nos sumergiéramos en el inmenso mundo de la bioética. A mi profesora Manuela, especialmente, por ser mi guía y maestra para este trabajo. Gracias a todos los bioeticistas que me inspiraron en todo este proceso.

Agradecer a mi familia y a mi pareja, por ser mi refugio, apoyo incondicional, soporte, consejeros de vida, darme motivación a diario. Han sido mi fortaleza cada día y soy afortunada de tenerlos conmigo, gracias por motivarme a superarme y construir un poco más en cada oportunidad. Se los recuerdo cada día y esta vez no será la excepción.

## Resumen

Cuando un paciente adulto ingresa a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), a menudo las decisiones pueden o no ser tomadas por el paciente dada su condición, lo que puede conllevar a que sean determinadas por sus acompañantes. En este proceso, la autonomía del paciente para la toma de decisiones puede no ser respetada por múltiples factores, los cuales se abordan en este ensayo.

Existen alternativas para que los profesionales de la salud se acerquen por medio de actos médicos y se acomoden a lo que el paciente quisiera que se le hiciera y se le respetara en su situación actual, cuando ingresa a una UCI sin capacidad para decidir.

El documento de voluntades anticipadas (DVA) se utiliza para respetar los deseos del paciente. Sin embargo, podemos vernos envueltos en situaciones críticas agudas e inesperadas, en donde no exista tal documento. Es allí donde la comunicación entre los profesionales de la salud del cuidado crítico, el paciente y su familia debe ser eficaz y efectiva para acercarnos desde una forma más empática y así respetar la autonomía de nuestros pacientes.

*Palabras clave:* Humanización de la atención, consentimiento informado, unidad de cuidados intensivos, toma de decisiones clínicas.

## Introducción

El experimento de Tuskegee, realizado entre 1932 y 1972, fue un estudio experimental que planteó hacer seguimiento a la sífilis y sus estadios en varones negros. En éste se les hacía creer a los participantes que estaban recibiendo tratamiento pleno para su enfermedad. Hubo por supuesto múltiples casos desafortunados en este tiempo, en cuanto a complicaciones, progresión de la enfermedad y muerte, a pesar de que la penicilina ya era el manejo de elección para 1947. Los pacientes del experimento recibían un manejo diferente, lo cual tuvo grandes consecuencias en morbilidad de la población y recelo de la población negra de la época hacia los tratamientos médicos en general (Anónimo, 2019).

Tom Beauchamp y James Childress, desarrollaron en 1999 los principios de la ética biomédica, estableciendo un marco ético. La autonomía es uno de estos principios, la cual hace referencia al respeto y a la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas y conscientes sobre su propia vida, especialmente en el contexto de la atención médica (Beauchamp & Childress, 1999).

El ejercicio médico en sus inicios fue profundamente paternalista y lo que hoy conocemos como autonomía no existía. Posteriormente, esto fue cambiando y se fueron adaptando nuevos conceptos, entre ellos la autonomía. Con Kant y el renacimiento la concepción del ser fue cambiando. Se le atribuye la capacidad de tomar decisiones individuales, libre y con conocimiento. Para que pueda tomar una decisión veraz, una persona deberá contar con información oportuna, comprensible y transparente, si no, dicha decisión no reflejará su voluntad y estará supeditada a la coerción (Sanchez, 2020).

Una persona autónoma se reconoce como aquella que tiene derecho a elegir, plantear su posición, y tomar decisiones basada en sus creencias, cultura y principios (Altamirano, 2006). De esta manera, se debe proporcionar información adecuada a los pacientes para que así, puedan tomar decisiones de manera informada y respetar su voluntad, siempre y cuando estén capacitados y hayan dado su consentimiento de manera voluntaria (Beauchamp & Childress, 1999).

A lo largo de la historia de la humanidad, hemos aprendido y agregado importancia a los principios bioéticos. Como pieza esencial surge, el consentimiento informado (CI) volviéndose un elemento fundamental en la bioética. Hoy en día debemos contar con el CI de cada paciente a la hora de proceder y llevar a cabo procedimientos como internaciones, entre otros procesos, de manera que el paciente pueda ejercer su autonomía

Por su puesto, hay excepciones a la regla, en donde el paciente se encuentra en situaciones en las cuales es incapaz de decidir por sí mismo y esta responsabilidad recae en manos de un tercero. Sin embargo, en casos en donde el paciente si sea capaz ¿Qué tanto es tomado en cuenta para la toma de decisiones cuando entra a la UCI? No todo paciente crítico está inhabilitado para tomar sus propias decisiones, así como no todo paciente con pronóstico paliativo está en estado terminal. A veces hay conceptos que generan dudas y temores a la hora del actuar como médicos, pero no hay que olvidar nunca que tratamos con seres humanos sintientes y muchos de ellos autónomos, aunque su condición clínica y pronóstico no tengan intención curativa, esto no limita su capacidad de tomar decisiones.

Para abordar y comprender mejor este tema debemos conocer qué dice la legislación colombiana respecto a los procesos a la hora de toma de decisiones de pacientes que ingresen a la UCI. Es por esto que se realizará una reflexión desde una mirada bioética, hacia la autonomía de los pacientes que ingresan a una UCI. Se tratarán estrategias de abordaje tanto del paciente como de la familia, marcos legales y representaciones de la vida cotidiana.

## **Desarrollo**

### **Principios bioéticos al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos**

En una Unidad de Cuidados Intensivos, la toma de decisiones implica considerar diversos principios éticos. Algunos de estos son:

#### **Autonomía del paciente.**

Cada persona se reconoce como un ser con autodeterminación, que posee valores, creencias, miedos, deseos y convicciones, y lleva su vida de acuerdo con estas. Es así como se debe respetar al ser humano de forma integral y la sociedad no deberá interferir, ya que la autonomía está constituida por la libertad de elegir. En este orden, cada persona podrá

rechazar o aceptar las medidas diagnósticas o terapéuticas que se le ofrezcan por parte del equipo médico tratante (Ferro, 2009). Debemos como profesionales a cargo del paciente, velar por el respeto de su autonomía. Si el paciente es capaz de tomar decisiones informadas, sus preferencias deben ser el factor principal en las decisiones médicas (Vera, 2015). Algunas barreras para esto son el no lograr conversar con el paciente mientras es competente y finalmente se termine cumpliendo la voluntad de un tercero.

El poder participar en la toma de decisiones médicas que repercuten sobre nosotros mismos, nos da un parte de tranquilidad como pacientes y se reconoce nuestro poder de autodeterminación como individuos. Esto no se limita a aceptar o negar procedimientos, sino también a un compromiso moral por parte del paciente en su proceso. Para esto, debe haber competencia y voluntariedad (Altamirano, 2006).

En algunos casos es fácil e inmediato identificar a un ser competente, sin embargo, en la UCI, se viven escenarios donde esta capacidad puede estar ausente, como en pacientes con delirium, con sedoanalgesia, con discapacidad cognitiva severa, entre otros. Por otro lado, la toma de una decisión consentida debe ser voluntaria, libre de coerciones y con la información adecuada y oportuna. De lo contrario, no refleja la voluntad del paciente y la elección tomada carece de validez (Altamirano, 2006). Tom Beauchamp y James Childress (1999), mencionan que el consentimiento que es obtenido como resultado de coerción o coacción, manipulación o influencia indebida, es inválido y no autoriza el tratamiento.

Este principio que reconoce a los seres humanos como agentes morales, en capacidad de decidir. Según este principio, podemos elegir un proyecto de vida, además de tomar otro tipo de decisiones. Se busca siempre el mejor interés del paciente y que se respete lo que para él como individuo sea calidad de vida en términos de sus preferencias, creencias, principios y valores (Sinay et al., 2020).

### **Beneficencia y no maleficencia.**

Se busca el mayor beneficio posible para el paciente, pero también se debe evitar causar daño innecesario. Las decisiones deben orientarse a maximizar el bienestar del paciente y minimizar cualquier sufrimiento (Vera, 2015). El principio de la no maleficencia es

empleado para prevenir, aliviar el daño o perjuicio y otorgar siempre el bien. Brindando una atención respetuosa, evitar excesos terapéuticos y respetar las condiciones propias del individuo que hacen parte de sus creencias y estilo de vida. En ocasiones, se puede generar un dilema entre la beneficencia y no causar el mal, debemos entonces ante todo tener presente la primicia de no hacer daño y actuar bajo esta. Para esto se debe realizar una toma de decisiones analizando el riesgo y el beneficio que traerán estas a nuestros pacientes (Ferro, 2009). La no maleficencia busca prevenir el daño a otros. Para esto, se debe normatizar el quehacer médico, fomentando las buenas prácticas, medidas de promoción y prevención, así como la seguridad del paciente (Sinay et al., 2020).

### **Justicia.**

Se considera que algo es justo cuando no interfiere con el orden al que pertenece, no afecta de manera negativa a su alrededor. La justicia se destaca por mantener un equilibrio en la sociedad, todo aquello que usurpe dicho equilibrio, se considera injusto. El derecho a la salud debe ser garantizado por la sociedad o el Estado. Este principio se relaciona con dar a cada persona lo que necesita. Para esto se debe realizar una adecuada distribución de recursos y que cada paciente reciba atención en una institución propicia según lo que requiera para una atención en salud digna. La equidad es muy importante a la hora de distribuir estos recursos, bienes y servicios para que una atención sea justa. Le damos cumplimiento a este principio cuando se le da al paciente un trato merecido, no se le niega información, servicio, se le impone una responsabilidad ilegítima o se le exige más de lo debido (Ferro, 2009).

La asignación de recursos escasos en la UCI debe ser justa. Los profesionales de la salud debemos equilibrar las necesidades de los pacientes y distribuir los recursos de manera ética, evitando discriminaciones injustas, así como teniendo en cuenta la voluntad de los pacientes. Dejando de lado los conflictos de intereses (Varkey, 2021), con claros criterios de ingreso a UCI y los objetivos de esta para así no causar daño y velar por la equidad a la hora de prestar un servicio en salud (Vera, 2015).

### **Distribución de recursos (justicia distributiva).**

En Colombia, la salud es un derecho fundamental y se rige bajo el principio de justicia y equidad, haciendo que los bienes, servicios y distribución de recursos sea realizado según las necesidades de la persona y no según su afiliación al régimen de salud o estrato social. Que las personas clasificadas como vulnerables obtengan prioridad en la atención en salud y hablando específicamente de cuidado crítico, todo aquel que tenga una condición crítica vital que se beneficie de ingreso a UCI pueda acceder a este recurso sin discriminación de edad, sexo, estilo de vida, creencias, condición social o económica, entre otros (Sentencia T 760, 2008).

En situaciones críticas, donde los recursos son limitados, (situación que vivimos hace poco en la pandemia por Covid 19), se debe buscar un equilibrio justo para asegurar que todos los pacientes tengan acceso adecuado a la atención, evitando preferencias injustificadas (Gomez et al., 2020).

Ahora, hablando de justicia distributiva en un contexto bioético, existen otros principios normativos a tener en consideración:

*Equidad.*

Propone la distribución de recursos, bienes y servicios según la justicia distributiva, conforme a la necesidad del paciente, rigiéndose siempre por la imparcialidad y garantizando el principio de oportunidad (Sinay et al., 2020).

*Dignidad.*

Esta nos señala que las personas no deben tratarse como objetos, incluyendo esto a cuando fallecemos (Sinay et al., 2020).

*No discriminación.*

Principio que va ligado a la justicia, en donde todas las personas deben tener igualdad de oportunidades y derechos. No se debe negar su atención en salud por su nacionalidad, edad, aporte social, entre otros (Sinay et al., 2020).

*Proporcionalidad.*

Relación entre medios y resultados predecibles. Emplea los principios de beneficencia y no maleficencia, creando un balance entre los derechos del individuo y obligaciones con la sociedad (Sinay et al., 2020).

*Utilidad.*

Pone el bienestar tanto comunitario como individual en contexto de moralidad conforme a su relación con ella. Busca el mayor beneficio general con el menor costo aceptable (Sinay et al., 2020).

*Reciprocidad.*

Retribución adecuada y justa a quienes tienen un riesgo moral mayor al resto de las personas (Sinay et al., 2020).

*Solidaridad.*

Soporte mutuo reconociendo la interdependencia de los individuos como agentes morales. Va de la mano con la justicia distributiva y entiende la relación entre Estado y persona (Sinay et al., 2020).

*Trasparencia.*

Este principio vela por la justicia distributiva, en donde la asignación de los recursos debe darse de forma pública y transparente, para así garantizar justicia y equidad en los procedimientos (Sinay et al., 2020).

El cuidado crítico tiene como objetivo salvar el mayor número de vidas posibles, teniendo en cuenta calidad de vida, pronóstico y funcionalidad. Como es un recurso escaso y de alto costo, se suele designar a pacientes con pronóstico de recuperación/curación y no a aquellos que cuyo pronóstico y condición clínica no mejoren con el ingreso a la misma. Para esto existen criterios médicos objetivos, integrales y se debe individualizar cada caso, analizando las condiciones particulares de cada paciente, incluyendo sus preferencias y pensamientos, con apoyo del CI o el DVA (Sinay et al., 2020).

## **Dilemas bioéticos de pacientes al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos**

El escenario de una UCI es muy distinto a los demás ámbitos intrahospitalarios, a diario se plantean problemas particulares en relación con los principios bioéticos y la terapia intensiva, de lo que es fútil o no, de la necesidad de plantear un direccionamiento en el enfoque terapéutico, el uso de tecnología para prolongar la vida, entre otros (Mariño, 2014).

Un estudio realizado por Mariño et al (2014), encontró que los dilemas bioéticos más prevalentes manifestados por el personal asistencial que trabaja en la UCI son: los criterios de ingreso, las maniobras avanzadas de reanimación en el paciente con condición de terminalidad, el direccionamiento de los esfuerzos terapéuticos, las transfusión de hemoderivados en pacientes testigos de Jehová, el encarnizamiento terapéutico, las solicitudes de eutanasia en contexto de UCI, la atención médica al paciente ingresado por contexto de intención suicida y el encarnizamiento terapéutico del equipo tratante.

La cultura y religión influyen a la hora de toma de decisiones en una UCI, ya que no en todo el mundo se toman decisiones médicas de la misma forma, basados en creencias y costumbres propias de la región. Así mismo, la época influye también. Cada vez nos alejamos más del modelo paternalista, en donde quien toma las decisiones médicas únicamente es el médico tratante. Actualmente tiene más peso la autonomía del paciente, sin embargo, se debe optar por un equilibrio, ya que descargar toda la responsabilidad de toma de decisiones médicas al paciente y la familia, los hace llevar una pesada carga para la cual no han sido preparados, sumado al factor emocional del momento (Hernandez, 2013).

Un estudio realizado por Li et al (2007), donde se realizaron preguntas por separado a los pacientes y a sus designados para tomar decisiones cuando ellos mismos no se encontrarán en capacidad de decidir, evidenció diferencias significativas entre ambos. Es por esto, que como médicos también debemos adquirir herramientas de comunicación y empatía para conocer mejor a nuestros pacientes y poder tomar decisiones en conjunto que se acerquen a verdadera voluntad.

Cuando un paciente ingresa a UCI, se debe buscar preservar la autonomía de este con la necesidad de tomar decisiones que busquen su beneficio. En situaciones críticas, es

posible que el paciente no esté en condiciones de proporcionar un CI, como, por ejemplo: intubación orotraqueal de emergencia, reanimación cardiopulmonar, alteración del estado de consciencia, sedo analgesia, estado de choque, entre otros. Es importante tener claridad en los conceptos para no vulnerar los derechos de nuestros pacientes y no negar la entrada a UCI a un paciente paliativo que si tenga criterios de ingreso. En estos casos, los profesionales de la salud a menudo buscan el consentimiento de familiares o representantes designados.

### **El consentimiento informado en Unidad de Cuidados Intensivos**

El CI hace referencia al proceso mediante el cual un individuo, después de recibir información completa y comprensible, da su aprobación voluntaria para participar en un tratamiento médico, una intervención o en una investigación. En el contexto de la bioética, CI se basa en el respeto a la autonomía y la toma de decisiones autónomas de los individuos. Implica asegurar que la persona comprenda los riesgos, beneficios, alternativas y cualquier otra información relevante antes de dar su consentimiento. Este proceso garantiza que los pacientes o participantes en investigación tengan la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su propia salud y bienestar y ayuda a proteger sus derechos y dignidad. En la investigación biomédica, por ejemplo, obtener el CI es esencial para garantizar la ética y la integridad en la conducta de estudios clínicos y experimentos (Minsalud Colombia, 2009).

Es por esto, se debe garantizar que la persona que firma ha comprendido la información que se la ha dado. Esta debe ser dada en un lenguaje que el paciente comprenda y no siempre en terminología médica, pues esto puede entorpecer el entendimiento, y así mismo, la validez ética del CI (Minsalud Colombia, 2009).

Kourti Tautiva y colaboradores (2022), mencionan que a los pacientes en UCI se les hace complicado entender la información suministrada sobre su diagnóstico, pronóstico y resultados clínicos. Es por esto, que los profesionales a cargo de su cuidado deben velar por dar una información clara, pertinente, usar lenguaje adecuado según el paciente que se tiene enfrente, promover la expresión de sentimientos y pensamientos de la familia. Esto genera un ambiente de seguridad y confianza. Se ha visto cómo la red de apoyo familiar o por el contrario el estrés familiar genera una respuesta emocional en el paciente (Tautiva, 2022).

Por otra parte, es crucial considerar los deseos previos expresados por el paciente. Para lograr este objetivo, los profesionales de la salud pueden valerse de documentos de voluntades anticipadas (DVA), y/o consultar con la familia para comprender mejor sus valores y preferencias. Sin embargo, es importante recordar que la toma de decisiones debe orientarse hacia el beneficio del paciente y respetar en la medida de lo posible su autonomía, incluso cuando las decisiones sean difíciles. El diálogo abierto y la comunicación efectiva son elementos esenciales en este proceso.

### **Comunicación efectiva**

La comunicación en la UCI puede ser compleja en algunos escenarios, ya sea por la gravedad del paciente y su patología, como también la presencia de elementos como ventilación mecánica y/o tubo endotraqueal que incapacita al paciente para hablar. Esto puede generar sentimientos de angustia, ansiedad, frustración en los pacientes al no poder expresarse, ya que no siempre estos se encuentran bajo sedoanalgesia mientras usamos estos dispositivos. Para esto, se han creado estrategias de comunicación para mejorar conversaciones entre el paciente y el personal asistencial: uso de tableros o cuadernos. Es indispensable incluir a la familia en este proceso para que el paciente se sienta acompañado y así potenciar el cuidado humanizado (Ezpinoza et al., 2021).

La comunicación abierta y honesta con los pacientes y sus familiares es esencial. Proporcionar información clara sobre el estado del paciente y las opciones de tratamiento ayuda a tomar decisiones informadas. Si consideramos que no tenemos las herramientas necesarias para una comunicación asertiva o ya hemos agotado nuestros recursos, podemos recurrir a un manejo interdisciplinario que llegue a apoyar la situación para así brindar una mejor atención (Minsalud, 2015).

### **Estrategias de comunicación con la familia y el paciente.**

Debemos apostarle a una comunicación efectiva entre el personal asistencial, la familia y el paciente, para conocer sus miedos, expectativas y deseos con respecto a la atención prestada, pronóstico, desenlace y tratamiento del paciente. Sin embargo, nos vemos enfrentados a situaciones de emergencia en donde no se cuenta con la posibilidad de conocer

los deseos del paciente y su familia, es ahí donde el médico debe tomar una decisión teniendo en cuenta qué es lo más beneficioso para el paciente, y no dudar en retirar soportes o no administrarlos cuando la supervivencia funcional es muy poco probable (Olmos & Gempeler, 2022).

Está descrito que la personalidad del paciente puede complicar la comunicación con el profesional de la salud, puede haber también opiniones, creencias, barreras socioculturales, alteraciones psicológicas permanentes o transitorias, entre otras que dificulten también este proceso. Algunas estrategias descritas para optimizar la comunicación con el paciente y su familia son:

1. Escoger un lugar adecuado que facilite la comunicación.
2. Escucha activa y empática, plantear preguntas abiertas o específicas de acuerdo con el tema tratado. No interrumpir a la persona mientras habla.
3. Utilizar un lenguaje asertivo, que incluya palabras y términos que el otro pueda entender.
4. Expresar sentimientos y emociones: “Yo considero”, “yo siento”, entre otros.
5. Llevar mensajes claros, precisos, consistente y útiles.
6. Aceptar argumentos, objeciones o críticas y proponer soluciones (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación [SCARE] y Fondo Especial para el Auxilio Solidario de Demandas [Fepasde 2020]).

### **Documentos de voluntades anticipadas (DVA)**

Como ya se ha mencionado antes, si el paciente ha expresado previamente sus deseos en documentos como testamentos vitales o poderes notariales de atención médica, estos deben ser respetados según la ley colombiana y el deber de ética médica de respetar la voluntad del paciente (Ley 1733, 2014).

Al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se cuenta con CI, donde el paciente autoriza ser ingresado a una unidad de alta dependencia y procedimientos que esto conlleva. Aun así, a la hora de iniciar diálisis, intubación orotraqueal, traqueostomía, reanimación cardiopulmonar, u otro tipo de intervención o procedimiento en la UCI, siempre

se solicita el consentimiento de la familia cuando el paciente pierde la capacidad de tomar decisiones por su estado crítico. Sin embargo, como se menciona anteriormente, muchas veces la familia va en contra de los deseos que manifestó el paciente previamente. Además, también va en contra de la *lex artis*, pero en lo que se vive día a día, es notorio el temor a una demanda médica al tomar una decisión que va en contra de los familiares.

### **Documento de voluntades anticipadas (DVA) en Colombia**

Si no conocemos qué leyes nos rigen, estamos sujetos a errores y a actuar bajo miedos sin fundamento que son transmitidos de generación en generación médica. Si conocemos la ley, sabemos qué nos ampara y no debemos actuar con el constante miedo a ser demandados o a la nulidad de nuestra práctica médica. No solo protegemos nuestra praxis, si no también le damos una atención más justa a nuestros pacientes.

En Colombia, La Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra) la cual establece que suscribir el DVA es un derecho y describe que “toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada” (Ley 1733, 2014, p. 2). En este, quien lo suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos (Ley 1733, 2014).

El DVA garantiza el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la autonomía de la persona que lo suscriba y que posteriormente se encuentre, por diversas circunstancias y en determinado momento, en imposibilidad de manifestar su voluntad. En todo caso, no suplanta la posibilidad de decidir y expresar su consentimiento actual en el proceso de atención si la persona es capaz y está en pleno uso de sus facultades legales y mentales. (Minsalud Colombia, 2018, p.1)

Para formalizar dicho documento tenemos varias formas, igualmente válidas, las cuales deben ser informadas:

Médico tratante: Se firma el documento con asesoría de un profesional médico quien debe firmar e indicar sus nombres, apellidos, número de registro médico y documento de identificación. No requiere testigos.

Testigos: Otra alternativa es en presencia de dos testigos, ambos deben firmar el documento indicando sus nombres y número de identificación.

Si elige hacer video para la suscripción, los testigos deben aparecer en la grabación y declarar sus nombres y números de identificación.

Notaría: El documento puede suscribirse en notaría o de forma asistida por el notario en el domicilio de la persona. Se deberá protocolizar una escritura pública que se ajuste a la normativa pertinente en materia notarial. La certificación ante el notario no puede ser exigida por parte de terceros para darle validez al contenido de otras formas de expresión. (Resolución 2665, 2018, p.3)

Existen varios formatos de voluntades y varias entidades prestadoras de salud (EPS) que tienen su propuesta de este documento. Las instituciones prestadoras de salud (IPS) también cuentan con un formato adaptado a sus necesidades. No importa cuál sea el formato que se diligencie, lo importante es cumplir con los requisitos que la ley en mención ordena. Además de que el paciente entienda qué está haciendo y tenga la libertad de expresarse (Ley 1733, 2014).

## **Análisis**

Ojalá todos tuviéramos la oportunidad de realizar nuestras voluntades anticipadas mientras estamos sanos, ya que con frecuencia nuestro entorno y sentimientos cambian cuando nos vemos enfrentados a una enfermedad crítica. Si bien es importante hablarlo con nuestra familia y pareja, que ellos sepan cómo nos gustaría ser tratados en caso de estar en situación de indefensión, también es importante hacer el DVA o CI o disentimiento en su defecto, ya que en ocasiones cuando caemos en una situación crítica inesperada, la familia pasa por momentos de incertidumbre, ansiedad y dolor.

Esto hace que tengan una mirada de la situación distinta a la que tendrían si no estuvieran inundados de dichas emociones y esto puede en cierta medida influir en la toma

de decisiones y olvidar lo que su familiar alguna vez les expresó, nublados por la premura de salvaguardar la vida de su ser querido. Esto se vive constantemente en las UCI con pacientes adultos, en donde los pacientes llevan semanas conectados a la ventilación mecánica con pocas o ninguna posibilidad de recuperarse. Tiempo después algún familiar cercano, recuerda que el paciente mientras estaba en sus plenas facultades de decidir, manifestó que no deseaba estar conectado a una máquina ni ser sometido a maniobras invasivas cuando su condición fuera crítica. Es por esto por lo que es tan fundamental poder realizar nuestras voluntades anticipadas mientras estamos en facultad de decidir.

Se proponen las siguientes preguntas a realizar y acciones a tener en consideración a la hora de la toma de decisiones oportunas en el paciente adulto que se encuentra en UCI, teniendo en cuenta su autonomía:

1. ¿El paciente tiene capacidad para autoreconocerse y está en pleno uso de sus facultades para tomar decisiones?
2. En caso de no estarlo, ¿Realizó un DVA?
3. En caso de no haberlo realizado, ¿Quiénes son sus seres queridos más cercanos?
4. Considerar según el caso realizar un comité, junta médica o similares para realizar exposición de caso y deliberación médica
5. Dependiendo el caso, reunir a todos los implicados y tomar una decisión final conjunta

Los escenarios donde contamos con DVA y/o CI, la toma de decisiones puede presentar menos conflicto que en los casos donde no contamos con ellos y el paciente no se encuentra en capacidad de autodeterminación. Es por esto que se plantean las preguntas anteriores con el fin de exponer un escenario de trabajo.

El grupo médico tratante cobra un papel fundamental, ya que son quienes tienen la responsabilidad de velar por el bienestar y cuidado del paciente, pero además, tienen el conocimiento científico. Como se abordó en el ensayo, el personal de salud debe ser siempre transparente con la información suministrada al paciente y su familia. Por otro lado, la familia y/o seres queridos cercanos al paciente, aportan al grupo tratante una información muy valiosa

que el médico desconoce, ya que son en muchos casos aquellos quienes han acompañado en el proceso de enfermedad al paciente, lo conocen de forma íntima y muchas veces pueden aportar al equipo médico esta información para la toma conjunta de decisiones.

Se considera prudente que, a la hora de tomar decisiones difíciles en UCI para la no interferencia de la autonomía de los pacientes, se busque siempre tener un balance, dejando de lado el paternalismo médico, pero tampoco accediendo a todos los requerimientos familiares o del paciente. Es por esto por lo que existen los comités de bioética, juntas médicas, entre otros. Si tomamos en cuenta al paciente y a su familia, podemos llegar a acuerdos muy acertados y respetuosos para todos, ya que no podemos desconocer que el personal médico también son sujetos de derechos, con principios, moral y autonomía.

Se busca entablar una adecuada comunicación entre el paciente, la familia y el personal asistencial para así conocer de forma anticipada el pensamiento y la voluntad de nuestro paciente. En la medida de lo posible, prever los desenlaces para actuar acorde a lo que beneficie mayormente a nuestro paciente. Teniendo en cuenta qué es calidad de vida para él, cuáles pueden ser los desenlaces de las intervenciones y su enfermedad. De esta manera, ninguna decisión sea unilateral e impuesta, si no, algo conjunto, amigable para todos, que respete al ser humano como individuo en todo su entorno biopsicosocial.

Debemos entonces tener en cuenta a nuestros pacientes y sus allegados a la hora de tomar decisiones, desde el ingreso a la UCI, hasta declarar que no se va a reanimar o no se tomarán medidas invasivas de soporte vital y buscar un lugar más adecuado para que esté acompañado por su familia si así se decide. Siempre velando por un CI oportuno y veraz, que más que un documento, es el permiso que nos da el paciente para acceder a su cuerpo para administrar un tratamiento médico o realizar una intervención. Es un voto de confianza que nos dan a los galenos y que se debe dar de la forma más clara y transparente para los pacientes, que en el caso de cuidado intensivo, se encuentran en situación crítica, esto hace diferente el contexto de estos pacientes comparado con cualquier otro que se encuentre en servicio.

Es por esto que debemos ser muy acuciosos a la hora de tomar decisiones que impliquen una intervención, tener siempre en cuenta la opinión de nuestro paciente, su autonomía y actuar en consecuencia de esto. Debemos esmerarnos en que la comunicación sea honesta, entendible y empática, entendiendo que el paciente que ingresa a UCI tiene miedos, recelo, tiene en su mente un entorno hostil y viene con creencias agravadas de historias que puede escuchar en la calle de experiencias ajenas. Como personal de la salud al cuidado de estos pacientes, debemos tener una formación en la sensibilización hacia el trato humanizado con los pacientes adultos que ingresan a una unidad de cuidados intensivos.

### **Conclusiones**

En última instancia, el análisis bioético en la UCI implica una evaluación cuidadosa de las circunstancias individuales, respetando los principios éticos fundamentales y buscando el mejor interés del paciente, incluso cuando las decisiones sean difíciles.

Por todo lo anteriormente descrito, el paciente que ingresa a UCI que va con temores o los genera allí dentro, quiere que se le respete su autonomía, que como personal de salud no sobrepasemos ciertos límites que él mismo se puede encargar de enseñarnos, para respetar sus creencias, valores y principios. Solo así podremos optar por una atención más humanizada y respetuosa a nuestros pacientes.

## Referencias

Altamirano, P. (2006). El principio de autonomía.

[https://www.colmed9.com.ar/Bioetica/principio\\_de\\_autonomía.pdf](https://www.colmed9.com.ar/Bioetica/principio_de_autonomía.pdf).

Anónimo. (2019). *Experimento de Tuskegee*. Universidad de Costa Rica.

<https://emedic.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2019/01/experimento-tuskegee.pdf>

Beauchamp, T., & Childress, J. (1999). *Principios de la ética biomédica*. Masson, S.A.

Espinoza-Caifil, M., Baeza-Daza, P., Rivera-Rojas, F., & Ceballos-Vásquez, P. (2021).

Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, doi.org/10.22235/ech.v10i1.2412 .

Ferro, M., Molina-Rodríguez, L., y Rodríguez, G. W. A. (2009). La bioéticas y sus principios.

*Acta Odontologica Venezolana*, 47(2), 481–487.

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es&tIng=es)

[63652009000200029&lng=es&tIng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es&tIng=es)

Gomez-Cordoba, A. I., Arevalo-Leal, J. S., Pinto-Bustamante, B. J., Leon-Osma, N. A.,

Castillo-Niuman, A., & Trujillo-Peña, C. E. (2020). Problemas éticos en la asignación de recursos escasos y cuidado intensivo en la atención de la pandemia por SARS-CoV-2 Una reflexión desde los principios, criterios, derechos y deberes. *Acta medica colombiana: AMC: organo de la Asociacion Columbiana de Medicina Interna*, 45(3). 47-54. ). <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1952>

Hernandez-Tejedor, A. (2013). Revisión sobre bioética en la Unidad de Cuidados Intensivos:

sobre sobre la autonomía y el papel de los familiares y los representantes legales.

*Medicina Intensiva*.

Ley 1733 de 2014. (2014,8 de septiembre). Congreso de la República de Colombia.

[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379#:~:te](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379#:~:text=Ley%20Consuelo%20Devis%20Saavedra%2C%20mediante,en%20la%20calidad%20de%20vida)

[xt=Ley%20Consuelo%20Devis%20Saavedra%2C%20mediante,en%20la%20calidad%20de%20vida](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379#:~:text=Ley%20Consuelo%20Devis%20Saavedra%2C%20mediante,en%20la%20calidad%20de%20vida)

- Li, L. L. M., Cheong, K. Y. P., Yaw, L. K., & Liu, E. H. C. (2007). The accuracy of surrogate decisions in intensive care scenarios. *Anaesthesia and Intensive Care*, 35(1), 46–51. <https://doi.org/10.1177/0310057x0703500105>
- Mariño, A. L. (2014). Dilemas éticos de las decisiones médicas en cuidados intensivos. *Acta Médica del Centro*.
- Minsalud Colombia. (31 de Diciembre de 2009). *Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>
- Minsalud Colombia. (2015). *Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- Minsalud Colombia. (2018). *Ministerio de Salud de Colombia*. Obtenido de Colombia: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/documento-de-voluntad-anticipada.aspx>
- Olmos, N., & Gempeler, F. E. (2022). Reanimación cardiopulmonar. Cuando el corazón para ¿reanimar o acompañar?. *Revista Javeriana*, 63,(1), 1-8.
- Sanchez, J. (2020). Principle of autonomy of the patient. Reflections and bioethical conflicts. *DOI: 10.1016/j.jhqr.2019.06.003* .
- Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) y Fondo Especial para el Auxilio Solidario de Demandas (Fepasde). (15 de 12 de 2020). *Estrategias de comunicación que debe apropiarse el profesional en salud con pacientes difíciles*. Comunidad SCARE-FEPASDE. <https://contenido.fepasde.com/estrategias-de-comunicacion-del-profesional-en-salud-con-pacientes-dificiles>
- Sentencia T-760/08. (2015, 11 de noviembre). Corte Constitucional <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

Sinay, J. (2020). Problemas éticos en la asignación de recursos escasos y cuidado intensivo en la atención de la pandemia por SARS-CoV-2 Una reflexión desde los principios, criterios, derechos y deberes . *Acta médica Colombiana*.

Tautiva, K., Lóez. C. M, Guzmán, S. Y., González, D. P, y Hernández, S. M. (2022).

Margarita. Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos. *Repertorio de Medicina y Cirugía*.

<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/950/1340>

Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical principles and practice*, 30(1), 17–28. doi: 10.1159/000509119.

Vera Carrasco, O. (2015). Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos. *Revista médica La Paz*, 21(1), 62-71.

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-)

[89582015000100009&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000100009&lng=es&tlng=es)