

Intervención de Cuidados Paliativos en la unidad de Cuidados Intensivos Adultos en Colombia.

Una propuesta a partir de  
la Ética de la Responsabilidad.

Ensayo Analítico.

Diana Patricia Pérez Moreno

Universidad del Bosque

Departamento de Bioética

Especialización a Distancia en Bioética

Bogotá

2024

Intervención de Cuidados Paliativos en la unidad de Cuidados Intensivos Adultos en Colombia.

Una propuesta a partir de  
la Ética de la Responsabilidad.

Ensayo Analítico.

Diana Patricia Pérez Moreno

Trabajo de grado optando por el título de Especialización modalidad a distancia en Bioética

Tutor

Dra Tania Leonor Duran Pulido

Universidad del Bosque

Departamento de Bioética

Especialización a Distancia en Bioética

Bogotá

2024

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

Firma del tutor

---

---

---

---

---

---

Firma de Jurado

---

---

Firma de Jurado

---

---

Bogotá, D.C, 11 de junio de 2024

## Tabla de contenido

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>6</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>7</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>8</b>
<b>INTERVENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS EN COLOMBIA. UNA PROPUESTA A PARTIR DE LA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD: ENSAYO ANALÍTICO.</b> <b>11</b>	
<b>CONSIDERACIONES BIOÉTICAS</b> .....	<b>12</b>
<i>CUIDADOS PALIATIVOS</i> .....	13
<i>PROTOCOLOS DE FINAL DE VIDA</i> .....	13
<i>CUIDADOS DE FINAL DE VIDA</i> .....	13
<b>CAPÍTULO 1: HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL CUIDADO INTENSIVO</b> .....	<b>17</b>
<b>CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN LA ATENCIÓN EN UCI</b> .....	<b>21</b>
LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) SON ESPACIOS DONDE SE ATIENDEN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO, CUYA VIDA DEPENDE DE SOPORTE VITAL Y TECNOLOGÍA AVANZADA. SIN EMBARGO, ESTAS ÁREAS TAMBIÉN PRESENTAN DESAFÍOS BIOÉTICOS QUE REQUIEREN ESPECIAL ATENCIÓN PARA GARANTIZAR UNA ATENCIÓN DIGNA Y RESPETUOSA CON LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES. ....	21
<i>DESHUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO</i> .....	21
<i>ABANDONO TERAPÉUTICO</i> .....	21
<i>DISTANCIAMIENTO EMOCIONAL</i> .....	22
<i>OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA</i> .....	22
<b>CAPÍTULO 2: HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL CUIDADO PALIATIVO</b> .....	<b>24</b>
<b>DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	<b>25</b>
<b>CUIDADOS PALIATIVOS EN COLOMBIA</b> .....	<b>27</b>
<b>SITUACIONES CLÍNICAS AL FINAL DE LA VIDA</b> .....	<b>28</b>
<i>ENFERMEDAD INCURABLE AVANZADA</i> .....	28
<i>ENFERMEDAD TERMINAL</i> .....	29
<i>SITUACIÓN DE AGONÍA</i> .....	29
<b>CAPÍTULO 3. BIOÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD, PLANTEADA POR EL DOCTOR DIEGO GRACIA</b> .....	<b>30</b>

**CAPÍTULO 4. INTEGRACIÓN DEL CUIDADO PALIATIVOS CON LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.. 35****CONSIDERACIONES BIOÉTICAS..... 38****CAPÍTULO 5. PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA INTEGRACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO CON EL SERVICIO DE MEDICINA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA BIOÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD. .... 41****AUTONOMÍA..... 41****JUSTICIA..... 42****CONCLUSIONES..... 44****REFERENCIAS ..... 49**

## **Agradecimiento**

Al programa de Bioética de la Universidad del Bosque quien vela por el rigor científico, metodológico y Bioético del presente trabajo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

## **Dedicatoria**

A mis Profesores de la especialización de Bioética de la Universidad Del Bosque por sus enseñanzas, directrices y acompañamiento durante este tiempo de la especialización, resaltando la dedicación y disposición de la Doctora: Tania Duran y el Doctor Boris Pinto.

A Javier Andrés Mora Arteaga, quien ha sido mi apoyo en todos mis sueños académicos desde el principio hasta la culminación de esta etapa.

A mi familia son mi guía en las decisiones de índole moral, ético y personal a lo largo de mi vida.

Por último, a todas aquellas personas que de manera indirecta han contribuido a que la presente obra y mi especialidad sean una realidad

## Resumen

En mi experiencia profesional durante la pandemia, presencié los conflictos, la angustia moral y los dilemas éticos que surgen de la difícil transición de intervenciones activas e invasivas (como la ventilación mecánica invasiva, la nutrición enteral, la antibioticoterapia de amplio espectro, la hemodiálisis, las politransfusiones, etc.) a un acompañamiento y manejo por parte del servicio de Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos para pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

En el contexto de mi especialidad, la Medicina del Dolor y los Cuidados Paliativos, me gustaría abordar específicamente la adecuación del esfuerzo terapéutico, que implica en algunos casos la suspensión de ciertos tratamientos como: la antibioticoterapia de amplio espectro, las politransfusiones, la terapia de hemodiálisis, la instalación de gastrostomía con alimentación enteral, el ajuste de los parámetros ventilatorios, la extubación paliativa y en otros casos el escalonamiento de intervenciones por ejemplo el implante de tecnologías avanzadas para el manejo del dolor oncológico refractario (bombas de terapia intratecal).

En estos escenarios clínicos, la aplicación de la doctrina del doble efecto, el equilibrio entre el paternalismo y la toma de decisiones compartidas, el marco legal colombiano, las decisiones de interés superior para pacientes sin capacidad de decidir y la falta de voluntades anticipadas, generaron un gran estrés moral en todo el personal de salud tratante en la unidad de cuidados intensivos.

Este estrés se debió a la dificultad de determinar las mejores decisiones para los pacientes, la necesidad de respetar la autonomía de los pacientes, incertidumbre sobre las preferencias de los pacientes y el temor a tomar decisiones moralmente incorrectas.

No existen estudios de cómo sucede esta integración y de esta intervención activa de la



especialidad de medicina del dolor y Cuidados Paliativos en la unidad de Cuidados Intensivos Adultos en Colombia y mucho menos desde un enfoque bioético a diferencia de países como Estados Unidos, Canadá o ciertos países europeos. Se plantea una propuesta a partir de la Ética de la Responsabilidad del Doctor Diego Gracia.

El presente ensayo tiene como objetivo utilizar las herramientas propuestas por el Doctor Diego Gracia en la Ética de la Responsabilidad para generar acuerdos mediante el diálogo en torno a estos dilemas éticos. La Ética de la Responsabilidad propone un enfoque basado en la ponderación de valores. Esto permite a los profesionales de la salud tomar decisiones éticas más personalizadas y adaptadas a cada situación específica. Además, se pretende proponer principios bioéticos que faciliten la implementación de esta ética tanto en la práctica clínica como en la investigación de las dos especialidades Cuidados Intensivo y Cuidados Paliativos.

***Palabras clave:*** Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos, conflictos éticos, angustia moral, dilemas éticos, Ética de la Responsabilidad

Este ensayo analítico aborda la compleja relación entre los cuidados intensivos y los cuidados paliativos en Colombia, proponiendo una integración basada en la Ética de la Responsabilidad del Dr. Diego Gracia. La medicina intensiva trata pacientes críticos que presentan alteraciones fisiopatológicas graves que ponen en riesgo su vida y requieren medidas de soporte vital. Los cuidados paliativos, por otro lado, se enfocan en brindar atención integral y de alta calidad a pacientes con enfermedades graves y progresivas, mejorando su calidad de vida y proporcionando apoyo multidisciplinario.

El ensayo examina la historia y evolución de ambas especialidades, el marco regulatorio, los fundamentos bioéticos y las posibilidades de integración en la práctica clínica. Se destacan los principios bioéticos universales de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, y se propone la ética de la responsabilidad como un marco conceptual para guiar la toma de decisiones en la UCI. Se identifican los beneficios de la integración, como la valoración integral del paciente, la mejora de la comunicación y la atención centrada en la persona, y se reconocen las limitaciones, como las barreras de comunicación y la falta de formación médica adecuada. La propuesta se basa en generar acuerdos mediante el diálogo participativo, donde todas las partes involucradas sean escuchadas. Se subraya la importancia de la educar continuamente a los profesionales de la salud en cuidados paliativos y la necesidad de fomentar una cultura de empatía y comprensión en el equipo multidisciplinario de la UCI. Finalmente, se resalta que, aunque las UCI no son los entornos ideales para brindar cuidados paliativos, representan un punto crucial para iniciarlos, evitando la obstinación terapéutica y garantizando una transición adecuada hacia los cuidados paliativos especializados.

## **Intervención de Cuidados Paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos en Colombia. Una propuesta a partir de la Ética de la Responsabilidad: Ensayo Analítico.**

La medicina intensiva es una especialidad médica que se dedica al cuidado de pacientes críticos, es decir, aquellos que presentan alteraciones fisiopatológicas graves que comprometen la vida. Estas alteraciones pueden afectar a una o más funciones vitales, como la respiración, la circulación o la función renal. En estos casos, los pacientes necesitan medidas de soporte vital como soporte artificial mecánico (respiración artificial, diálisis), asistencia eléctrica (desfibrilación, marcapasos) o soporte farmacológico (antibióticos, vasopresores).

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área especializada del hospital donde se brinda atención médica a pacientes críticamente enfermos. Los pacientes que ingresan a la UCI deben cumplir con criterios específicos que aseguren que se beneficiarán de este nivel de atención. Los criterios de ingreso a la UCI incluyen:

1. Pacientes críticamente enfermos que requieren soporte vital para la falla orgánica: Estos pacientes presentan una condición que amenaza su vida y requieren soporte para una o más funciones vitales, como la respiración, la circulación o la función renal.
2. Pacientes que requieren monitoreo intensivo: estos pacientes presentan una condición que requiere un seguimiento constante y cercano debido a su inestabilidad hemodinámica, alteraciones neurológicas o alteraciones cardíacas.
3. Pacientes que requieren terapias solo proporcionadas en el entorno de la UCI: estas terapias, como la ventilación mecánica, la diálisis y la hemofiltración continua, solo pueden realizarse en la UCI debido a la complejidad del equipo y la necesidad de personal altamente capacitado. (Nates et al., 2016)

El cuidado paliativo es una especialidad médica que se enfoca en brindar atención

integral y de alta calidad a pacientes con enfermedades graves y progresivas, crónicas. El objetivo principal de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, proporcionándoles el apoyo multidisciplinario y los recursos necesarios para afrontar la enfermedad de manera digna y con el mayor confort posible. Los cuidados paliativos tienen sus raíces en el movimiento Hospice, que surgió en la década de 1960 en respuesta a la necesidad de ofrecer una atención más humanizada y compasiva a los pacientes terminales. La pionera de este movimiento fue Cicely Saunders, quien fundó el St. Christopher's Hospice en Londres, Inglaterra, considerado el primer hospicio moderno. (Twycross, 1980). El cuidado paliativo posteriormente llegó a Estados Unidos, gracias a Kübler Ross, psiquiatra suiza, residente en Estados Unidos (Gómez Sancho et al., 2010).

### **Consideraciones Bioéticas**

El modelo ético al inicio del cuidado paliativo en el modelo Hospice fue la ética del cuidado. La ética del cuidado se basa en la idea de que hay principios morales absolutos que siempre deben seguirse. En el contexto del cuidado paliativo, esto significa que los profesionales de la salud deben actuar de acuerdo con sus propias creencias morales, incluso si estas creencias no son compartidas por el paciente o la familia del paciente. Por ejemplo, un profesional de la salud que cree que la eutanasia es moralmente incorrecta no debe proporcionarla a un paciente, incluso si el paciente la solicita. (Block, 2007) Posteriormente la influencia de Norteamérica a favor de los derechos civiles incrementó el respeto hacia las decisiones autónomas de los pacientes (Handbook, 2001).

Un punto importante es aclarar los términos "cuidados paliativos", "protocolos de final de vida" y "cuidados de final de vida" se utilizan a menudo de manera indistinta, lo que puede generar confusión. En este texto, se aclararán las diferencias entre estos conceptos.

### ***Cuidados paliativos***

Los cuidados paliativos son un enfoque de atención médica que se centra en el alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades graves o terminales. No se trata de acelerar la muerte, sino de proporcionar al paciente el mejor cuidado posible durante su última etapa de vida estando de acuerdo con la ortotanasia.

### ***Protocolos de final de vida***

Los protocolos de final de vida son un conjunto de directrices que establecen los pasos a seguir cuando un paciente con una enfermedad terminal desea morir de forma natural o con asistencia médica. Estos protocolos varían según el país y la institución.

### ***Cuidados de final de vida***

Los cuidados de final de vida son la atención médica que se proporciona a los pacientes en sus últimos días de vida. Estos cuidados se centran en el alivio del dolor y el sufrimiento del paciente, y en proporcionar apoyo emocional a la familia.

Distinguir entre cuidados paliativos y protocolos de final de vida es importante para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan y desean. Los cuidados paliativos pueden beneficiar al paciente con una enfermedad crónica en cualquier momento de la evolución de la misma, mientras que los protocolos de final de vida se aplican solamente a las últimas etapas de vida (Chong et al., 2023). El Cuidado Paliativo ha enfatizado en el control activo de los síntomas (dolor, disnea, delirium, fiebre etc. ), la mejoría de comunicación, la ética centrada en el paciente y la familia. Además incluye la educación médica, la planificación anticipada de la atención (voluntades anticipadas) y las discusiones sobre objetivos de atención de los pacientes, familiares (adecuación del esfuerzo terapéutico) y el personal de la UCI, al reducir el estrés

moral y el riesgo del síndrome de cuidador (Metaxa et al., 2019).

Este ensayo se organiza en cinco capítulos que abordan de manera integral la compleja relación entre los cuidados intensivos y los cuidados paliativos. En el ensayo se profundizará en la historia y evolución de ambas especialidades, el marco regulatorio que las enmarca, los fundamentos bioéticos que las sustentan y las posibilidades de su integración en la práctica clínica.

El primer capítulo explorará los orígenes y evolución del cuidado intensivo. Se analizará el desarrollo de nuevas tecnologías, incluyendo los avances en soporte vital, monitorización avanzada y tratamiento de enfermedades graves, ha transformado radicalmente este campo de la medicina. Además, se examinarán las políticas públicas que han moldeado el panorama del cuidado intensivo en términos de normas, en la construcción de imaginarios sociales. El capítulo concluye con una síntesis del estado actual de la regulación en materia de cuidados intensivos.

El segundo capítulo se centra en los cuidados paliativos, trazando un panorama histórico de su desarrollo a nivel mundial y profundizando en su estado actual en el contexto regulatorio colombiano. Se abordarán los principios fundamentales de esta especialidad, haciendo énfasis en su enfoque humanizado y centrado en el bienestar integral del paciente y su familia.

El capítulo tres introduce el concepto “ética de la responsabilidad” propuesta por el Dr. Diego Gracia, como marco conceptual para analizar la compleja relación entre los cuidados intensivos y los cuidados paliativos. Se explorarán los principios y valores que fundamentan esta perspectiva ética, destacando su relevancia en la toma de decisiones médicas complejas y sensibles.

Basándose en la evidencia científica disponible y tomando como guía la ética de la responsabilidad, el capítulo cuatro analiza las posibilidades de integrar los cuidados intensivos y el cuidado paliativo en Colombia y en el mundo. Se discutirán los desafíos y oportunidades que presenta esta integración, enfatizando en un enfoque integrativo centrado en el paciente.

Inspirado en el método de ponderación de valores del Dr. Diego Gracia, el capítulo cinco se adentra en la aplicación práctica de la integración de ambas especialidades en el ámbito clínico. Se enfocará en la relación médico-paciente, proponiendo un conjunto de principios bioéticos fundamentados en la ética de la responsabilidad que guiaran la toma de decisiones complejas en este contexto.

La elaboración de este ensayo analítico se basó en una metodología rigurosa y sistemática, dividida en dos etapas principales: en la primera, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de fuentes confiables, incluyendo artículos científicos publicados en revistas especializadas, libros de reconocidos autores y documentos oficiales de organizaciones relevantes. La búsqueda se enfocó en identificar y analizar los argumentos que sustentan el desarrollo del tema central del ensayo. En la segunda etapa, se realizó una búsqueda bibliográfica específica sobre los siguientes tópicos: cuidado intensivo, cuidado paliativo y su integración considerando las perspectivas de la bioética. La combinación de estas dos etapas de investigación permitió identificar y analizar el estado del arte sobre este tópico, así como las principales corrientes de pensamiento, los avances recientes en la práctica clínica y los debates éticos que rodean esta compleja relación.

La estrategia de búsqueda de la literatura incluyó las bases de datos Scopus, PubMed, EMBASE y Google Scholar. El criterio de inclusión fueron los artículos publicados desde el

2015 hasta la actualidad, sin restricción de idioma, Los términos de búsqueda fueron definidos por palabras claves y términos Mesh y sus combinaciones con el uso de conectores booleanos: “intensive care unit (ICU) AND (bioethics OR ethics)”, Palliative care AND bioethical OR ethic. Descriptor ingles Mesh y naturales: “Patient care management”[Mesh]; “Comprehensive health care”[Mesh]; “Palliative care”[Mesh]; “Palliative medicine”[Mesh]; “Patient-centered care”[Mesh]; “Ethics of care”[free]; “End-of-life care”[free]; “Terminal care/standards”[Mesh]; “Advance care planning”[Mesh]; “Analgesia, patient-controlled”[Mesh]; “Patient care planning”[Mesh]; “Advance directives”[Mesh]; “Clinical protocols”[Mesh]; “Symptom management protocol”[free]; Recommendations [free]; “Advanced chronic patients” [free]; “Terminally Ill”[Mesh]; “End-of-life”[free]; “Intensive care units” [free]; “Critical care”[Mesh].

Como resultado final se encontraron total 58 artículos: Scopus (16 artículos). EMBASE (14 artículos). PubMed (17 artículos). Google Scholar ( 11 artículos), fueron descartados 24 pues se encontraban duplicados. Los artículos fueron escogidos según la relación con el tema tratar. También se realizó una búsqueda manual en las referencias de los artículos y estudios de revisión, así como de los resúmenes de trabajos presentados en los congresos de la Asociación Internacional de Cuidado Paliativos y Hospice y la Federación Europea de Cuidado Paliativo durante el mismo periodo de tiempo.



## Capítulo 1: Historia y evolución del cuidado intensivo

La medicina intensiva, también conocida como cuidado crítico, surge como respuesta a la necesidad de brindar atención específica a pacientes que enfrentan alteraciones fisiopatológicas de tal severidad que ponen en riesgo su vida, con una amenaza actual y potencial, aunque con posibilidades de recuperación (Nates et al., 2016).

Este concepto se consolidó en áreas especializadas entre las décadas de 1950 y 1960 en el norte de Europa y Norteamérica, mediante la aplicación de técnicas avanzadas de soporte como la ventilación mecánica, la circulación extracorpórea, la desfibrilación externa, la inserción de catéteres centrales y la administración extensiva de antibióticos, lo que dio lugar a la creación de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Estas unidades han aumentado significativamente las oportunidades de supervivencia y han contribuido a una mayor esperanza de vida global (Nates et al., 2016).

En Colombia, el origen del cuidado intensivo se remonta a la década de 1970, cuando se establecieron las primeras unidades en hospitales universitarios y centros médicos de alta complejidad. Desde entonces, esta especialidad ha experimentado un crecimiento y desarrollo significativos, contribuyendo a la reducción de la mortalidad por enfermedades graves de los colombianos. Los hitos más representativos de esta historia son:

- **1969-1970:** Con el apoyo de la OPS/OMS, surge la primera Unidad de Cuidado Intensivo en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá.
- **Década de 1970:** Se establecen unidades de medicina crítica en otros hospitales importantes como el Militar, la Clínica Shaio y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Medellín.
- **Década de 1980:** Se funda la Sociedad Colombiana de Cuidado Intensivo, la cual juega

un papel crucial en la promoción y el desarrollo de la especialidad.

- **Década de 1990:** Se crea la ACOMC: Asociación Colombiana de Medicina Crítica, la cual se enfoca en la formación académica y la investigación en cuidado intensivo.
- **Siglo XXI:** El cuidado intensivo en Colombia se ha subespecializado en diferentes áreas y se ha incorporado a grupos de práctica médica, brindando atención integral a las instituciones (Matiz Camacho, 2016)

El cuidado intensivo en Colombia y el mundo se ha subespecializado en áreas como (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013):

- Cuidado intensivo general: para pacientes con diversas patologías graves.
- Cuidado intensivo cardiovascular: para pacientes con patología cardiovascular.
- Cuidado intensivo pediátrico: para pacientes pediátricos en estado crítico.
- Cuidado intensivo neonatal: para recién nacidos con problemas de salud graves.
- Cuidado intensivo quirúrgico: para pacientes en el postoperatorio inmediato de cirugías complejas.

Estas subespecialidades permiten un enfoque más específico y eficiente en el tratamiento de diferentes tipos de pacientes críticos, mejorando los resultados en la atención. Cada una de estas áreas requiere criterios específicos de ingreso a las UCI, basados en la gravedad y las condiciones de los pacientes, así como en las necesidades de monitoreo y tratamiento intensivo (Nates et al., 2016)). Para identificar las necesidades de estos pacientes y determinar su ingreso a la UCI, se han establecido criterios específicos descritos en la Tabla 1. Pacientes en el grupo de prioridad 1 y 2 cuentan con criterio para unidad de cuidados intensivos, 3 y 4 para unidad de

cuidados intermedios y con prioridad 5 deben ser manejados por cuidados paliativos (Metaxa et al., 2019).

Tabla 1.

*Criterios de admisión a cuidados intensivos e intermedios.*

Nivel de atención	Prioridad	Criterio
UCI	1	Pacientes críticamente enfermos que requieren soporte vital por falla orgánica, monitorización intensiva y terapias proporcionadas solo en UCI.
	2	Pacientes con una menor probabilidad de recuperación que desean recibir terapias de cuidados intensivos, pero no reanimación cardiopulmonar (ej. cáncer metastásico con insuficiencia respiratoria).
Cuidado intermedio (UCIM)	3	Pacientes con disfunción orgánica que requieren monitorización intensiva y/o terapias, o manejo en un nivel de atención inferior a la UCI.
	4	Pacientes con menor probabilidad de recuperación que no desean ser intubados o resucitados. Podrían ser considerados para UCI en circunstancias especiales.
Cuidados paliativos	5	Pacientes terminales sin posibilidad de recuperación; no apropiados para ingreso en UCI a menos que sean donantes potenciales de órganos.

*Nota:* Traducido y adaptado por la autora de (Nates et al., 2016)

Los avances científicos han incrementado la esperanza de vida, generando un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. En Colombia, el índice de envejecimiento es considerable, estimado en 20,5 adultos mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años. Se prevé que para el año 2030, esta población representará el 75% de las muertes por envejecimiento a nivel mundial. En la actualidad la mayor parte de la población es mayor de 60 años y se estima que para el año 2050 este número se duplique. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Este panorama implica un mayor ingreso a unidades de cuidados intensivos (UCI) debido a las complicaciones asociadas con las enfermedades crónicas.

Los pacientes mayores en UCI a menudo presentan condiciones complejas y múltiples comorbilidades, requiriendo monitorización intensiva y tratamientos avanzados. La necesidad de soporte vital, ventilación mecánica y otros tratamientos especializados será cada vez más frecuente en esta población, aumentando la demanda sobre los recursos de las UCI.

A lo largo de la historia, la muerte ha sido el principal desafío para la medicina, considerándose un fracaso dentro de la práctica médica. Sin embargo, en la actualidad, el enfoque se ha orientado hacia la investigación de las mejores prácticas de atención en el contexto de la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida. Esto implica la evaluación y decisión sobre la continuidad, la suspensión o la instauración de tratamientos en pacientes con un pronóstico fatal cercano (Downar et al., 2023).

La atención al final de la vida exige una atención integral por parte del equipo de salud, conformado por profesionales con sólidos conocimientos médicos, farmacológicos, no farmacológicos, éticos y bioéticos, además de una profunda empatía (Neukirchen et al., 2023). La participación de la familia es fundamental, no solo en la toma de decisiones, sino también en el acompañamiento durante el proceso, incluyendo el duelo.

El objetivo primordial es brindar una *"muerte digna"*, definida como un descanso *"libre de sufrimientos innecesarios para el paciente, la familia y los cuidadores"*, tomando como base los deseos del paciente en su autonomía, la opinión de la familia y los estándares espirituales incluidos los religiosos y legales. Es imprescindible preparar a los trabajadores de la salud y recordar que la muerte hace parte de la vida, para así realizar intervenciones que tienen como objetivo promover el bienestar y la comodidad, evitando sufrimientos innecesarios (Morlans Molina, 2016).

La Organización Mundial de la Salud OMS en el año 2000 sugirió integrar los cuidados

paliativos, por ser un “planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus familias cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal incluida y en especial para los pacientes tratados en unidad de cuidados intensivos” (Paliativos, 2002). Esta recomendación destaca la importancia de proporcionar una atención integral que no solo enfoque en la curación, sino también en el alivio del sufrimiento, la gestión de los síntomas y el apoyo emocional y psicológico tanto para los pacientes como para sus familias.

### **Consideraciones bioéticas en la atención en UCI**

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son espacios donde se atienden pacientes en estado crítico, cuya vida depende de soporte vital y tecnología avanzada. Sin embargo, estas áreas también presentan desafíos bioéticos que requieren especial atención para garantizar una atención digna y respetuosa con los derechos de los pacientes.

#### ***Deshumanización en el cuidado***

La vulnerabilidad del paciente en la UCI es extrema. La enfermedad lo afecta en todas sus dimensiones, desde lo físico hasta lo emocional y espiritual. Esta alteración afecta tanto la estructura externa del ser, su cuerpo, como su interioridad más profunda. En la dimensión física, las manifestaciones son evidentes: alteraciones corporales, malestar, dolor, agotamiento, palidez, desplome de las extremidades, cambios en la temperatura y la presión sanguínea, alteraciones cardíacas, neurológicas y más. Estas señales externas son solo un reflejo de la batalla que se libra en el interior del paciente, donde la enfermedad desafía su fortaleza física y emocional.

#### ***Abandono terapéutico***

En la búsqueda de la terapia más adecuada para el paciente, es fundamental realizar una valoración integral que evite tanto la obstinación terapéutica como el abandono. Es lamentable la

frecuencia con que la frase “no hay nada que hacer” resuena en estas unidades, especialmente cuando se trata de pacientes en estado terminal o con bajas probabilidades de recuperación. Si bien, desde un punto de vista curativo, las opciones pueden ser limitadas, la obligación del equipo de la UCI no termina ahí. El deber primordial es brindar apoyo, educación y cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, aún en las circunstancias más difíciles.

### ***Distanciamiento emocional***

El ambiente de una unidad de cuidados intensivos dista mucho de ser el más ameno para una persona en estado vulnerable. Rodeado de personas desconocidas, en quienes confía su recuperación, el paciente se ve expuesto a una serie de factores que generan ansiedad, miedo e incertidumbre. Monitores sofisticados que emiten alarmas o sonidos perturbadores ante cualquier alteración en el estado hemodinámico, equipos de infusión con medicamentos de nombres impronunciables y la propia gravedad de su condición, crean una atmósfera hostil que puede agravar el sufrimiento del paciente y su familia. Esta situación, lejos de favorecer una comunicación efectiva y empática con el personal de salud, la obstaculiza. El paciente, abrumado por la ansiedad y el miedo, puede tener dificultades para expresar sus necesidades, inquietudes y deseos. Del mismo modo, el personal médico y de enfermería puede encontrar barreras para establecer una conexión genuina con el paciente y comprender su experiencia.

### ***Obstinación terapéutica***

La unidad de cuidados intensivos es el sitio donde más se presentan medidas desproporcionadas para el mantenimiento de la vida, lo que genera dilemas éticos de gran complejidad. Para realizar el juicio de proporcionalidad en estas situaciones, es fundamental considerar diversos factores como:

- El tipo de terapia, evaluando la naturaleza de la intervención terapéutica, su complejidad, riesgos potenciales y beneficios esperados
- La dificultad y el riesgo asociados a la administración del tratamiento, tanto para el paciente como para el equipo médico.
- Los costos del tratamiento deben ser cuidadosamente evaluados, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos y de alternativas más costo- efectivas.
- Es necesario analizar las probabilidades reales de éxito de la terapia, tomando en cuenta el estado actual del paciente y su pronóstico.
- La evaluación integral de las condiciones del paciente, la cual debe incluir su condición física, emocional y espiritual, considerando su capacidad para tolerar el tratamiento, así como sus deseos y expectativas.
- Se debe considerar la fortaleza física y moral del paciente, su capacidad para enfrentar la terapia y su voluntad de continuar con el tratamiento.

En este contexto, la ética juega un papel fundamental para guiar la toma de decisiones y garantizar que las medidas tomadas sean coherentes con los principios de dignidad humana y autonomía del paciente. Además, es necesario mantener una comunicación efectiva, brindar apoyo emocional y espiritual y la toma de decisiones informadas. Esto garantiza una atención humanizada y de calidad en este entorno crítico.

## Capítulo 2: Historia y evolución del Cuidado Paliativo

Los cuidados paliativos son una disciplina que se remonta a la Edad Media. Los hospicios fueron los precursores de los cuidados paliativos modernos y proporcionaban atención a los pobres, enfermos y peregrinos cerca de las rutas de mayor tránsito en Europa, con el propósito de brindarles alojamiento y comida a las personas enfermas. Sin embargo, los cuidados paliativos no se formalizaron como una disciplina y rama de las ciencias de la salud sino hasta 1987 en Inglaterra (Del Río I, 2007).

En 1854, la enfermera Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea, auxilió soldados gravemente heridos y promovió las mejores condiciones sanitarias para disminuir infecciones, el dolor e incentivar el descanso y confort (Gavrin et al., 1995). En 1842, Francia implementó los hospicios como institutos creados para el cuidado de personas moribundas. En 1879, en el Reino Unido, se estableció el Lady's Hospice en Dublín. En el siglo XX, en Inglaterra, se abrió el Saint Joseph Hospice gracias al arduo trabajo de las Hermanas de la Caridad Irlandesas y Cicely Saunders, quien fue una pionera en la promoción de los cuidados paliativos, que buscaban evitar tratamientos desproporcionados y brindar apoyo integral a la familia del paciente. Su enfoque se centró en aliviar el dolor físico y espiritual del paciente durante sus últimas etapas de vida (Siddiqui et al., 2024).

Los cuidados paliativos se erigen como una herramienta fundamental en el abordaje integral del paciente que enfrenta una enfermedad crónica debilitante o una etapa terminal de la vida. Su objetivo primordial radica en la disminución del sufrimiento en todas sus dimensiones, desde el físico hasta lo espiritual, procurando restaurar el sentido y la motivación en el diario vivir (Radbruch et al., 2009). A diferencia de los tratamientos curativos, cuyo enfoque se centra en combatir la enfermedad en sí misma, los cuidados paliativos no pretenden acelerar ni detener



el proceso de morir. Su esencia reside en acompañar al paciente y a sus seres queridos durante este tránsito delicado, brindándoles el soporte emocional, social y espiritual que tanto necesitan a través de un equipo multidisciplinario especializado y en un entorno que se extiende más allá del ámbito hospitalario, abarcando el hogar, la familia y los cuidadores. (Radbruch et al., 2009).

### **Definición de cuidados paliativos**

Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva y tienen como bases terapéuticas:

1. Atención integral individualizada y continuada teniendo en cuenta aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
2. El enfermo y la familia son la unidad para tratar y esta última actúa como núcleo fundamental del apoyo al enfermo.
3. Las decisiones terapéuticas deben ser tomadas pensando en la autonomía y dignidad del enfermo y los objetivos deben ser discutidos con el mismo.
4. Crear un ambiente en torno al respeto, tolerancia, confort, sostén y comunicación para intervenir de manera positiva y decisiva en el control de síntomas.

Estos son los instrumentos básicos para una valoración integral:

1. Intervención de síntomas: observar, explorar, evaluar y tratar los síntomas que incurren directamente sobre el bienestar de los pacientes.
2. Establecer una relación franca y honesta con el enfermo y la familia
3. Cambios en la organización del personal de salud que permitan un trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos. Equipo interdisciplinar con formación específica que disponga de espacios y tiempos (Rhoads et al., 2019).

Durante la pandemia por COVID-19, en el año 2020, la Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos (IAHPC) y la Comisión Lancet propusieron una nueva definición de los cuidados paliativos como “los cuidados holísticos activos de personas de todas las edades con graves sufrimientos relacionados con la salud debido a enfermedades graves y especialmente de aquellos cerca del final de la vida” cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores (Radbruch et al., 2021).

A pesar de su importancia crucial, la accesibilidad y cobertura de los cuidados paliativos a nivel global presentan desafíos considerables. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluyó 234 países, territorios y regiones realizado en 2011, reveló que solo 20 países contaban con una adecuada integración de servicios de asistencia paliativa, mientras que el 42% carecía de este tipo de servicios y un 32% adicional solo disponía de servicios aislados (Rhoads et al., 2019).

Los cuidados paliativos comprenden una amplia gama de servicios, incluyendo el alivio del dolor y otros síntomas angustiantes, la afirmación de la vida y la consideración de la muerte como un proceso normal. Los cuidados paliativos no buscan acelerar ni retrasar la muerte, sino que la reconocen como un proceso natural y valioso. La integración de los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente ofrecen un sistema de apoyo para el paciente y su familia, donde el paciente pueda vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte, y su familia pueda adaptarse durante el transcurrir de la enfermedad a través de herramientas que les permitan afrontar el estrés, la ansiedad y el duelo que conlleva la enfermedad y la pérdida, fortaleciendo las redes de apoyo y promoviendo el bienestar emocional de todos los involucrados y elaboren su propio duelo. Es importante resaltar el enfoque de equipo multidisciplinario que integra los conocimientos y habilidades de diversos profesionales, para responder a las necesidades de los

pacientes y sus familias.

Los cuidados paliativos no se limitan únicamente a etapas finales de la vida, estos pueden iniciarse en cualquier fase de la enfermedad, junto con otros tratamientos curativos o que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia en pacientes con cáncer, mejorando la calidad de vida e influyendo positivamente en el curso de la enfermedad al optimizar los resultados de los tratamientos. Además su inclusión dentro la investigación clínica es fundamental para comprender y manejar mejor las complicaciones clínicas angustiosas que enfrentan los pacientes con los tratamientos a los que son expuestos (Reville et al., 2014).

### **Cuidados Paliativos en Colombia**

En Colombia, los criterios para iniciar cuidados paliativos, según el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentran: enfermedad incurable, avanzada y progresiva; pronóstico de vida limitado; escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos; evolución de carácter oscilante; y un intenso impacto emocional y familiar, repercusiones sobre la estructura cuidadora (Tanaka Gutierrez et al., 2023).

En este contexto, un enfermo terminal es definido como una persona que padece una enfermedad medicamente comprobada, avanzada, progresiva e incontrolable, caracterizada por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento. Además, se trata de una condición que genera sufrimiento físico y psicológico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible, y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis meses.

En el 2014 la Ley 1733 “Ley Consuelo Devis Saavedra” regulo los servicios de cuidados paliativos en el país.

A continuación, se presentan los hechos legales más importantes en Colombia:

- 2010: Ley 1384 De 2010 (“Ley Sandra Ceballos”): Establece la atención integral del

cáncer en Colombia esto incluye los cuidados paliativos.

- 2014: Ley 1733 (“Ley Consuelo Devis Saavedra”): Regula los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de paciente con enfermedades crónicas terminales.
- 2016: Res. 1051 de 01 de abril 2016: Reglamenta la Ley 1733 de 2014 reglamentación del Documento de Voluntad Anticipada.
- 2016; Circular 022 de 19 de abril de 2016: Lineamientos para el acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor en el país.
- 2018: Resolución 825 de 2018: Derecho a muerte digna niños, niñas y adolescentes.
- 2021: Resolución 971 del 2021: ley de la eutanasia en el país (Sánchez Miguel, 2022).

Estas normativas reflejan el compromiso de Colombia con el desarrollo y la implementación de cuidados paliativos adecuados.

### **Situaciones clínicas al final de la vida**

Las situaciones clínicas, tanto oncológicas como no oncológicas, que conllevan una fragilidad progresiva y amenazan la vida pueden clasificarse de acuerdo con su severidad en enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal y situación de agonía. (Rao et al., 2022)

#### ***Enfermedad incurable avanzada***

Según la Organización Médica Colegial de España (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la enfermedad incurable avanzada se define como “una enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o mediano plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña habitualmente de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo asistencial”. (Paliativos, 2002)

Esta definición no solo contempla los criterios de clasificación de una enfermedad que amenaza la vida, sino también las necesidades de cuidado que enfrentan las personas que la padecen, sus familiares y su entorno. Estas situaciones clínicas son susceptibles de cuidados paliativos integrales desde etapas tempranas.(Akkermans et al., 2023)

### ***Enfermedad terminal***

En 1982, Cohen definió la enfermedad terminal como “aquella patología incurable, con expectativa de vida no superior a 6 meses y en la que no existe posibilidad de curación habiéndose tratado con todos los recursos terapéuticos existentes”. (Cynthia B Cohen, 1982)

La enfermedad terminal se considera una fase intermedia entre la enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía en la que la anticipación y planeación de los cuidados al final de la vida cobra máxima importancia (Ito et al., 2022). La enfermedad terminal se caracteriza por:

- Falta de posibilidades de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos de origen multifactorial.
- Pronóstico vital limitado.
- Gran impacto emocional relacionado con la inminencia de la muerte del paciente.

### ***Situación de agonía***

La OMS, en conjunto con la SECPAL, definen la situación de agonía como “aquella que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días”. Los esfuerzos de los diferentes programas y sistemas de salud se enfocan en que el paciente y su entorno tengan la suficiente preparación para la toma de decisiones conjunta con el personal asistencial, para que se cumplan los objetivos del cuidado paliativo en esta etapa (Aslakson et al., 2021).

### **Capítulo 3. Bioética de la responsabilidad, planteada por el Doctor Diego Gracia.**

El origen de la ética de la responsabilidad se encuentra en los trabajos del filósofo alemán Hans Jonas de la década de 1970. Jonas desarrolló esta corriente filosófica en respuesta a los desafíos éticos planteados por la tecnología moderna, proponiendo un cambio de paradigma ético que centra la atención en las consecuencias de nuestras acciones. Jonas argumentaba que la ética tradicional, basada en principios como el deber y el bien común, no es suficiente para abordar los problemas complejos que enfrentamos en la actualidad, tales como la energía nuclear, el cambio climático y la biotecnología. Estos problemas tienen el potencial de causar daños graves a las generaciones futuras. En lugar de esto, Jonas propone que la ética debe basarse en la responsabilidad, lo que significa que nuestras decisiones deben considerar las consecuencias para el futuro, actuando de manera que minimicen el riesgo de daño y promuevan el bienestar de las generaciones venideras. Además, Jonas enfatizaba la importancia de la prudencia y la previsión en nuestras decisiones, sugiriendo que una verdadera ética de la responsabilidad requiere una anticipación cuidadosa de las posibles repercusiones de nuestras acciones a largo plazo.

En este contexto, surge la tesis del Doctor Diego Gracia, un filósofo español que ha desarrollado una versión de la ética de la responsabilidad de Jonas aplicada específicamente a la bioética. El Dr. Gracia sostiene que los profesionales de la salud tienen una responsabilidad especial de proteger la salud y la vida de sus pacientes. Las decisiones deben tomarse no solo pensando en el bienestar del paciente individual, sino también en el bien común, basándose en los principios de la ética de la responsabilidad:

1. **No maleficencia:** Evitar causar daño a los demás.
2. **Beneficencia:** Hacer el bien a los demás.
3. **Autonomía:** Respetar la autonomía de las personas.
4. **Justicia:** Tratar a todos los individuos de manera justa y equitativa.

Estos principios no son absolutos y deben ponderarse en cada caso concreto. La metodología de aplicación de esta teoría de la ética de la responsabilidad implica tomar decisiones teniendo en cuenta todas las circunstancias relevantes. Esto significa considerar factores como el contexto cultural, social y económico, así como las necesidades y deseos individuales de los pacientes. Además, la toma de decisiones éticas en el ámbito de la salud requiere una deliberación cuidadosa y un diálogo constante entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias.

La ética de la responsabilidad tiene una aplicación significativa en el ámbito de la bioética, especialmente al engranar el cuidado intensivo y los cuidados paliativos. Esta metodología es útil para tomar decisiones en escenarios que pueden causar estrés moral, como al tomar decisiones sobre el final de la vida, incluso, la ética de la responsabilidad puede guiar decisiones sobre la eutanasia y el suicidio asistido. Por ejemplo, un profesional de la salud puede determinar que la eutanasia es la mejor opción para un paciente que padece de dolor y sufrimiento intolerables debido a una enfermedad crónica incurable, a pesar de un manejo multidisciplinario adecuado y el mejor acompañamiento posible. En estos casos, la ética de la responsabilidad exige una evaluación cuidadosa de la calidad de vida del paciente y una consideración profunda de sus deseos y valores personales. También es esencial involucrar a la familia del paciente en el proceso de toma de decisiones, asegurando que todas las partes

interesadas comprendan las implicaciones éticas y emocionales de estas decisiones.

Otros ámbitos donde la ética de la responsabilidad se ha aplicado incluyen la regulación de la investigación con embriones para proteger el valor de la vida humana y en el desarrollo de la biotecnología, de manera que se promueva el bienestar humano. En la investigación con embriones, por ejemplo, la ética de la responsabilidad requiere una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios potenciales, así como una consideración de los principios de justicia y equidad en el acceso a los avances científicos. Además, la biotecnología plantea cuestiones éticas complejas relacionadas con la modificación genética, la clonación y la manipulación del ADN, que deben ser abordadas desde una perspectiva de responsabilidad, asegurando que los beneficios de estos avances se distribuyan equitativamente y que se minimicen los riesgos para las generaciones futuras.

Gracia define la ética de la responsabilidad como una ética de mínimos, en contraste con la ética de máximos. La ética de máximos busca el mayor bien para el mayor número de personas, mientras que la ética de la responsabilidad se centra en evitar causar daño. Esta distinción es crucial debido a la complejidad de los problemas bioéticos, donde las soluciones absolutas son poco viables. La ética de la responsabilidad, con su enfoque pragmático y flexible, permite abordar estas situaciones de manera más adecuada. Además, esta ética reconoce la incertidumbre y la ambigüedad inherentes a muchas decisiones bioéticas, y promueve un enfoque basado en la deliberación y el consenso, en lugar de la imposición de soluciones únicas y rígidas.

Este es jerarquizar principios que defiende Diego Gracia, la cual organiza los cuatro principios en dos categorías: una ética de máximo, o privada, y una ética de mínimos o pública. La beneficencia y la autonomía pertenecen a la ética de máximos, centrada en los proyectos



vitales individuales y sus creencias, donde nadie debe interferir. Estos principios representan los objetivos más elevados a los que una persona aspira, guiando su conducta moral. En caso de conflicto entre principios, se deben garantizar los mínimos, que permiten los máximos. Aunque la libertad personal es crucial, no puede comprometer las obligaciones de justicia. Los principios de no maleficencia y justicia, pertenecientes a la ética de mínimos, aseguran la supervivencia y el trato igualitario en el acceso a bienes y servicios esenciales. La no maleficencia protege la integridad física, evitando daños, mientras que la justicia asegura la igualdad de acceso a recursos sociales y sanitarios. Estos principios deben prevalecer en caso de conflicto, permitiendo que la justicia no sea comprometida por la defensa de la libertad personal. Diferenciar estos niveles es esencial porque los humanos tienen una dimensión pública además de la privada, la libertad individual debe coexistir con la igualdad para todos. Las relaciones humanas deben basarse en el respeto mutuo y en la garantía de mínimos para la convivencia. Diego Gracia proponía un método en el que los principios se jerarquizaban primero, seguido de una evaluación de las consecuencias de cada acción para lograr coherencia entre principios y resultados. Este enfoque proporciona decisiones correctas desde una perspectiva deontológica y adecuadas desde una perspectiva teleológica, representando una contribución significativa a la bioética. (Feyto, 2011)

La obra de Diego Gracia ha sido fundamental para establecer la ética de la responsabilidad como un marco ético esencial en la bioética actual (Feyto, 2011). Su enfoque pragmático y flexible cobra especial relevancia en la era moderna, donde la ciencia y la tecnología presentan desafíos bioéticos sin precedentes. La ética de la responsabilidad de Gracia nos permite abordar estos desafíos de manera responsable, tomando decisiones informadas y considerando las implicaciones para el bienestar individual y social. Su enfoque nos brinda una herramienta

indispensable para la toma de decisiones responsables en el ámbito de la salud y la vida, particularmente en el punto de intersección entre el cuidado intensivo y los cuidados paliativos (Martin, 2009). En este sentido, la obra de Gracia ha influido significativamente en la formación de políticas de salud pública y en la educación de los profesionales de la salud, promoviendo una cultura de responsabilidad y compromiso ético en el cuidado de la vida humana.

#### **Capítulo 4. Integración del cuidado paliativos con la unidad de cuidados intensivos**

Los cuidados paliativos surgieron con el movimiento Hospice en los países anglosajones durante la década de 1960, enfocados en que los pacientes pudieran vivir sus últimos días de manera consciente y libres de dolor, con síntomas controlados y garantizándoles una muerte digna en un entorno familiar (Aslakson et al., 2021).

Cecily Saunders fundó el St. Christopher's Hospice, considerado la cuna de los cuidados paliativos. Este enfoque se desarrolló posteriormente en Estados Unidos, en gran parte, gracias a la colaboración de la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler Ross. Desde sus inicios, el modelo ético prevalente en el cuidado paliativo dentro del movimiento Hospice ha sido la ética de la convicción, enfatizando la atención compasiva y el respeto a las creencias del paciente. Sin embargo, la influencia de la ética de la autonomía creció, impulsada por la inclinación de Norteamérica en favor de los derechos civiles, lo que llevó al respeto de las decisiones autónomas de los pacientes (Hernández-Zambrano et al., 2020).

En los últimos 20 años, en países como Estados Unidos, Canadá y varios en Europa, los cuidados paliativos han ganado reconocimiento como una especialidad de apoyo cuidados intensivos, ofreciendo un enfoque integral que mitiga el sufrimiento físico, psicosocial y espiritual de los pacientes, sus familias y el equipo de salud de la UCI. La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias enfrentando los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (Ryan et al., 2020). Durante la pandemia de COVID-19, los cuidados paliativos se consolidaron como una especialidad esencial, redefiniéndose como “cuidados holísticos activos para personas de todas las edades con graves

sufrimientos relacionados con la salud debido a enfermedades graves, especialmente aquellos cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores” (Curtis et al., 2022).

Aproximadamente entre el 14% y el 20% de los pacientes en cuidados intensivos podrían beneficiarse de las consultas de cuidados paliativos, debido en parte a la fragilidad de pacientes cada vez más envejecidos con mayores comorbilidades, lo que incrementa el riesgo de complicaciones.(Loncán et al., 2007)

En este punto es crucial diferenciar los cuidados paliativos de los protocolos de final de vida, aunque frecuentemente se utilicen indistintamente. La Medicina del Dolor y los Cuidados Paliativos se ha desarrollado para incluir el control activo de síntomas (dolor, disnea, delirio, fiebre), la mejora de la comunicación, la bioética centrada en el paciente y la familia, la educación médica, la planificación anticipada de la atención (voluntades anticipadas) y las discusiones sobre objetivos de atención con efectos en pacientes, familias y personal de la UCI. Esta especialidad impacta no solo al paciente, sino también a su familia y al equipo multidisciplinario de salud (Aristizabal, 2015).

Además, los cuidados paliativos, basándose en la ética de la responsabilidad y el método de deliberación del Dr. Gracia (Metaxa et al., 2021) ofrecen un contexto y definición claros, sugiriendo intervenciones activas desde una visión bioética, disipando preocupaciones sobre la aceleración de la muerte. Abogan por la inclusión de la familia en la toma de decisiones, especialmente cuando el paciente no tiene capacidad y no ha dejado expreso el documento de voluntades anticipadas. Promueven la comunicación empática de malas noticias y el abordaje de temas y conversaciones difíciles (Metaxa et al., 2021).

Se han descrito una serie de beneficios para el paciente, la familia, el personal de salud y la sociedad, dentro de los cuales se destacan:

**Beneficios para el Paciente:**

- Control activo de los síntomas
- Mejora de la calidad de vida del paciente y sus cuidadores
- Atención multidisciplinaria con mejor coordinación, incluyendo aspectos de espiritualidad y religiosidad
- Mejora en la toma de decisiones centradas en el paciente y planificación avanzada de la atención
- Comunicación centrada en el paciente integrando al equipo médico y cuidadores
- Mayor uso de consultas éticas en conexión con comités de ética y bioética
- Prevención del síndrome post-cuidados intensivos y del síndrome del cuidador
- Estancias más cortas en la UCI sin afectar negativamente el pronóstico vital
- Cuidados intensivos menos invasivos (adecuación del esfuerzo terapéutico)

**Beneficios para los Cuidadores:**

- Comunicación centrada en el paciente con la red de apoyo
- Reducción del síndrome del cuidador
- Mayor satisfacción con el tratamiento y la comunicación

**Beneficios para el Equipo Médico:**

- Reducción de la angustia moral en el equipo médico
- Educación médica tanto para el equipo interdisciplinario como para los cuidadores

#### **Beneficios para la Sociedad:**

- Sostenibilidad económica de la intervención temprana de cuidados paliativos, con ahorro de recursos que impacta positivamente en la sostenibilidad ecológica

#### **Consideraciones Bioéticas**

La ética de la responsabilidad, propuesta por Diego Gracia en su trabajo “Ética de los Cuidados paliativos: entre la convicción y la responsabilidad”, proporciona un marco fundamental para abordar los dilemas éticos que surgen en la integración de cuidados paliativos en la UCI. Esta ética se centra en las consecuencias previsibles de las acciones, buscando equilibrar principios y resultados para tomar decisiones responsables, razonables y prudentes.

Max Weber acuñó el término de la ética de la responsabilidad en los inicios del siglo XX, otorgando valor moral a la realización de los fines a través de los medios disponibles, equilibrando principios y consecuencias, lo que Aristóteles denominaba *phrónesis* (prudencia) (Spoljar et al., 2020). Esta ética se contrapone a la ética de la convicción, la cual se centra en la adhesión inquebrantable a principios morales sin considerar las posibles repercusiones de las acciones derivadas de dichos principios. En el contexto de los cuidados paliativos, la ética de la responsabilidad permite a los profesionales de la salud tomar decisiones que no solo respeten los principios éticos fundamentales, como la autonomía y la beneficencia, sino que también consideren las consecuencias prácticas y el bienestar integral del paciente y su entorno. De este modo, se busca una aproximación más holística y pragmática en la atención sanitaria, integrando el conocimiento médico con la sensibilidad ética para lograr un cuidado más humanizado y

efectivo.

El equipo multidisciplinario de la UCI debe respetar la autonomía del paciente, proporcionando la información necesaria para la toma de decisiones, considerando sus preferencias y respetando su derecho a rechazar un tratamiento propuesto. El rechazo del tratamiento no tiene que influir en la calidad de los cuidados paliativos (Chow et al., 2010). Además, es fundamental que el equipo de salud promueva una comunicación abierta y empática, permitiendo que los pacientes y sus familias expresen sus deseos y preocupaciones de manera clara. La implementación de planes de atención anticipada, como las voluntades anticipadas, puede facilitar que las decisiones de los pacientes se respeten y se integren de manera efectiva en el plan de cuidados. Asimismo, la educación y el apoyo continuo al personal de la UCI son esenciales para garantizar que todos los miembros del equipo comprendan y apliquen principios bioéticos en su práctica diaria, contribuyendo a un entorno de cuidado centrado en el paciente que respete su dignidad y autonomía en todo momento.

La calidad de la atención de los pacientes que fallecen en las UCI tras la adecuación del esfuerzo terapéutico y el apoyo a sus familiares implica la prestación de unos cuidados paliativos adecuados. La formación de los profesionales en cuidados intensivos a menudo es deficiente, por lo que es necesaria la colaboración con especialistas en dolor y cuidado paliativos, además de incluir su enseñanza en la formación de estos especialistas. Mejorar las habilidades para la comunicación con el paciente y sus familiares, discutir y registrar adecuadamente las órdenes de adecuación del esfuerzo terapéutico, educar sobre los protocolos de la sedación paliativa y otras intervenciones activas de cuidados paliativos son esenciales para proporcionar una atención integral y de calidad d los pacientes que no podemos curar, pero a quienes debemos cuidar y confortar (Špoljar et al., 2022). Además, es vital promover una cultura de empatía y comprensión

dentro del equipo multidisciplinario de la UCI, asegurando que todos los miembros estén alineados en el objetivo de brindar cuidados centrados en el paciente. La integración de herramientas tecnológicas, como los registros electrónicos de salud, puede facilitar el seguimiento y la implementación de las directrices de cuidados paliativos, mejorando la continuidad y la coherencia de la atención. Por último, la investigación continua y el desarrollo de mejores prácticas en cuidados paliativos deben ser fomentados para adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y sus familias, garantizando que las intervenciones sean siempre basadas en evidencia y centradas en el bienestar del paciente.



## **Capítulo 5. Principios Bioéticos en la integración del servicio de medicina crítica y cuidado intensivo con el servicio de medicina de dolor y cuidados paliativos desde la Bioética de la responsabilidad.**

Una vez expuestos los argumentos bioéticos que sustentan el engranaje y trabajo cómo equipos multidisciplinarios del servicio de medicina crítica y cuidado intensivo con el servicio de medicina de dolor y cuidados paliativos, y basada en la estrategia de ponderación de la ética de la responsabilidad del Dr. Gracia, se propondrán los principios bioéticos que orientarían la toma de decisiones en este contexto.

### **Autonomía**

Desde la perspectiva de la Ética de la Responsabilidad, la autonomía se define como la capacidad de establecer y cumplir sus propias normas. Quien posee esta capacidad está vinculado a sí mismo por un compromiso que lo impulsa a alcanzar sus metas vitales y evitar ser instrumentalizado.

El paciente en la UCI, aquejado por el sufrimiento y en busca de una vida digna y significativa, ostenta el derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento, incluyendo la aceptación o el rechazo del acompañamiento paliativo. En su calidad de ser autónomo, posee capacidad reflexiva, autoconciencia y sensibilidad, lo que le permite comprender y evaluar los riesgos y beneficios de cualquier intervención médica.

El ejercicio de la autonomía profesional del médico lo vincula a una identidad práctica que le permite reconocer y valorar ciertas formas de vida como dignas de ser vividas. Esta capacidad de discernimiento se basa en el respeto por la dignidad humana y la identidad moral del paciente, entendida como el conjunto de valores que guían sus decisiones y le llevan a ponderar unos valores sobre otros. Este reconocimiento del otro obliga al médico a escuchar la

perspectiva del paciente, a orientarlo en la toma de decisiones y a prescribirle el tratamiento que necesita. A su vez, le exige una formación profesional continua para mantenerse actualizado y brindar la mejor atención posible.

El diálogo bilateral y empático entre el paciente y el personal de salud es crucial para la toma de decisiones conjunta. El médico debe proporcionar al paciente información completa, precisa y comprensible sobre su condición, las opciones de tratamiento, los riesgos y beneficios, además de las posibles consecuencias de no recibir el tratamiento o no seguir las recomendaciones prescritas. Es fundamental respetar las preferencias del paciente y sus valores, incluso si estos difieren de la opinión del médico.

El médico prescribirá solo lo que considere necesario y no cederá ante presiones que atenten contra su libertad profesional y su obligación de brindar una atención ética y de calidad (Zante et al., 2019).

## **Justicia**

Para la filósofa Adela Cortina justicia es dar a cada uno lo que le corresponde (Cortina Ortos et al., 1998).

En el contexto médico, esto se traduce en el derecho de los pacientes a:

- **Recibir un tratamiento médico adecuado y opciones terapéuticas:** Esto incluye acceso a medicamentos y procedimientos de calidad que no pongan en riesgo su vida ni su integridad física. Los tratamientos deben ser basados en la mejor evidencia científica disponible y adaptados a las necesidades individuales del paciente.
- **Contar con un personal de salud capacitado y actualizado:** El equipo médico debe tener el conocimiento y la experiencia necesarios para manejar adecuadamente la condición del paciente, incluyendo los posibles efectos terapéuticos, limitaciones y

efectos secundarios de los tratamientos administrados. Esto requiere una formación continua y un compromiso con el aprendizaje y la mejora profesional.

- **Ser reconocidos como sujetos de derecho:** Los pacientes deben ser tratados con dignidad y respeto, reconociendo su autonomía y su derecho a participar en las decisiones sobre su cuidado.
- **Acceso a medicamentos y tratamientos de calidad:** La justicia exige que los pacientes tengan acceso a productos seguros y eficaces, evitando aquellos que puedan poner en riesgo su salud o bienestar. Esto incluye la regulación y supervisión de los medicamentos y tratamientos para asegurar su calidad y seguridad.

Obrar con justicia es fundamental para que la medicina se mantenga como un arte. Implica reconocer el valor del conocimiento del otro, respetar la individualidad del paciente y racionalizar el alcance de los avances científicos. La implicación afectiva e intuitiva es inherente a la acción médica, y la comprensión de la cultura y contexto social de cada paciente es esencial para brindar una atención justa y humanizada (González-timoneda et al., 2018).

## Conclusiones

La integración de los servicios de cuidados paliativos y la unidad de cuidados intensivos (UCI) surge como una necesidad imperante para brindar una atención integral y humanizada a los pacientes que enfrentan enfermedades graves y requieren manejo en la UCI. El modelo de la Ética de la Responsabilidad, propuesto por el Dr. Diego Gracia, ofrece un marco conceptual valioso para guiar este proceso de integración, permitiendo tomar decisiones éticas y responsables que consideren las necesidades biopsicosociales del paciente, su familia y los valores que guían la práctica médica.

El modelo de la Ética de la Responsabilidad, con su énfasis en la ponderación de valores, permite analizar el caso de cada paciente en su totalidad, considerando sus dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Esta visión integral facilita la toma de decisiones informadas y consensuadas entre el equipo médico, el paciente y su familia, tomando en cuenta sus preferencias, valores y expectativas de tratamiento.

La aplicación del modelo de la Ética de la Responsabilidad en el contexto de la integración entre cuidados paliativos y la UCI presenta tanto beneficios como limitaciones. Entre los beneficios se destacan:

- Valoración integral del paciente: Permite una comprensión profunda de las necesidades del paciente, considerando su contexto social, psicológico, emocional, familiar y físico.
- Versatilidad y aplicabilidad: Es aplicable en cualquier situación, incluyendo el escenario paliativo, brindando mayor conocimiento a los profesionales de la salud sobre las necesidades del paciente, reduciendo el sufrimiento, estrés y la ansiedad ante las enfermedades terminales.
- Facilitación de la comunicación: Promueve la comunicación terapéutica, asertiva y

empática entre el equipo médico, el paciente y su familia, favoreciendo la expresión de emociones y la toma de decisiones conjunta.

- Enfoque en objetivos compartidos: Fomenta el trabajo en equipo y la continuidad de los cuidados, estableciendo planes con objetivos y metas comunes.
- Justificación de cuidados paliativos: Refuerza la necesidad de brindar cuidados paliativos a pacientes en situación de dolor y sufrimiento por enfermedad terminal en la UCI, especialmente al momento de reorientar el esfuerzo terapéutico.

Sin embargo, es importante reconocer que también existen limitaciones en la aplicación del modelo:

- Dificultades en situaciones complejas: El estado avanzado de la enfermedad, el estado anímico del paciente, las limitaciones físicas, la ausencia de la familia y la no continuidad del cuidado pueden dificultar la aplicación del modelo.
- Barreras de comunicación: La falta de tiempo, el exceso de trabajo, la falta de formación médica, la rotación del equipo médico y las percepciones individuales del trabajo pueden generar fallas en la comunicación interdisciplinaria. Estas fallas pueden tener consecuencias negativas como: i) la falta de articulación entre las diferentes disciplinas, lo que dificulta la colaboración efectiva entre los profesionales de la salud; ii) errores en la comunicación, con información incompleta o mal entendida que puede conducir a errores en la atención médica y poner en riesgo la salud del paciente; iii) fallas en la atención integral y enfoque equivocado en la terapéutica, debido a que la falta de comunicación puede llevar a decisiones terapéuticas que no sean las mejores para el paciente, lo que puede generar medidas desproporcionadas o fútiles.

Para superar las limitaciones mencionadas y garantizar una implementación exitosa del

modelo de la Ética de la Responsabilidad en la integración de cuidados paliativos y la UCI, se recomienda:

- Fomentar la comunicación interdisciplinaria mediante la creación de espacios de diálogo y colaboración entre las diferentes áreas del equipo de salud para facilitar el intercambio de información y la toma de decisiones conjunta.
- Brindar formación continua a los profesionales de la salud en comunicación asertiva, ética médica, cuidados paliativos y trabajo en equipo interdisciplinario.
- Desarrollar protocolos y guías clínicas claras y consensuadas para la integración de cuidados paliativos en la UCI, asegurando una atención estandarizada y de calidad.
- Fomentar la investigación en el campo de la integración de cuidados paliativos y la UCI, buscando generar evidencia científica que sustente la práctica y permita mejorar continuamente los modelos de atención.

El éxito de la atención centrada en la persona al final de la vida en las unidades de cuidado intensivo debe basarse en los siguientes principios:

- Humanización del cuidado: Brindar un trato digno, respetuoso y compasivo al paciente, reconociendo su valor como persona y sus necesidades emocionales y espirituales.
- Proporcionalidad terapéutica: Evitar medidas desproporcionadas o fútiles que puedan generar más daño que beneficio al paciente.
- Comunicación asertiva: Mantener una comunicación abierta, honesta y empática con el paciente y su familia, brindándoles información clara y comprensible sobre su condición y opciones de tratamiento.
- Inicio temprano de los cuidados paliativos: Integrar los cuidados paliativos desde el inicio de la enfermedad, permitiendo una mejor planificación del cuidado y el alivio del

sufrimiento.

- Autonomía del paciente: Respetar la autonomía del paciente en la toma de decisiones sobre su cuidado, incluyendo la posibilidad de expresar sus deseos y preferencias sobre el final de su vida.

Por último, se resalta la importancia de la educación de los profesionales de la salud en el ámbito de los cuidados paliativos. Esta formación debe capacitarlos para afrontar las exigencias de este tipo de atención en las unidades de cuidado intensivo (UCI). Es fundamental que los profesionales comprendan la muerte como un proceso natural que requiere acompañamiento y alivio del sufrimiento del paciente, en lugar de la obstinación terapéutica que puede generar medidas desproporcionadas e infructuosas, las cuales representan un daño más que un beneficio para el paciente en estado terminal. Los profesionales deben estar capacitados para:

- Comprender los principios de la ética de la responsabilidad y su aplicación en el contexto de los cuidados paliativos.
- Comunicarse de manera efectiva con los pacientes y sus familias, abordando temas sensibles como la muerte y el final de la vida.
- Brindar cuidados paliativos de calidad, incluyendo el manejo del dolor, el control de síntomas y el apoyo emocional.
- Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada.

Si bien las UCI no son los entornos ideales para brindar cuidados paliativos, representan un punto crucial para iniciarlos. Al integrar los principios de la ética de la responsabilidad y la atención centrada en la persona en la práctica diaria de las UCI, se puede evitar la obstinación terapéutica y garantizar una transición adecuada hacia los cuidados paliativos especializados. En

este sentido, este modelo se convierte en una herramienta valiosa para los profesionales de la salud que trabajan en las UCI. Al aplicar este modelo, se puede valorar a la persona en su totalidad, considerando sus expectativas de tratamiento, su relación con la familia, su estado físico y anímico, y los factores que aumentan su sufrimiento. Además, permite planificar objetivos y metas de cuidado claros y realistas, tomando decisiones éticas y responsables que consideren el bienestar del paciente y su familia, y brindar una atención integral y coordinada que involucre a todos los miembros del equipo de salud.



## Referencias

- Akkermans, A., Prins, S., Spijkers, A. S., Wagemans, J., Labrie, N. H. M., Willems, D. L., Schultz, M. J., Cherpanath, T. G. V., van Woensel, J. B. M., van Heerde, M., van Kaam, A. H., van de Loo, M., Stiggelbout, A., Smets, E. M. A., & de Vos, M. A. (2023). Argumentation in end-of-life conversations with families in Dutch intensive care units: a qualitative observational study. *Intensive Care Medicine*, 49(4), 421–433. doi: 10.1007/s00134-023-07027-6
- Aristizabal, L. E. (2015). Limitar los esfuerzos terapéuticos ( LET ) en las unidades de cuidados intensivos ( UCI ). Criterios éticos y procesos Limiting therapeutic efforts ( LTE ) in the intensive care units ( ICU ). Ethical criteria and decision-making processes Limitar os esfo. *Revista Colombiana de Bioética*, 10, 7–38.
- Aslakson, R. A., Cox, C. E., Baggs, J. G., & Curtis, J. R. (2021). Palliative and End-of-Life Care: Prioritizing Compassion Within the ICU and Beyond. *Critical Care Medicine*, 49(10), 1626–1637. doi: 10.1097/CCM.0000000000005208
- Block, S. D. (2007). Clinical and Ethical Issues in Palliative Care. *Focus*, 5(4), 393–397. doi: 10.1176/foc.5.4.foc393
- Chong, M. S. F., & Metaxa, V. (2023). *Rethinking the Role of Palliative Care in the ICU*. 549–559. doi: 10.1007/978-3-031-23005-9\_40
- Chow, G. V., Czarny, M. J., Hughes, M. T., & Carrese, J. A. (2010). CURVES: A mnemonic for determining medical decision-making capacity and providing emergency treatment in the

acute setting. *Chest*, 137(2), 421–427. doi: 10.1378/chest.09-1133

Curtis, J. R., Higginson, I. J., & White, D. B. (2022). Integrating palliative care into the ICU: a lasting and developing legacy. *Intensive Care Medicine*, 48(7), 939–942. doi: 10.1007/s00134-022-06729-7

Cynthia B Cohen. (1982). Interdisciplinary consultation on the care of the critically ill and dying: the role of one hospital ethics committee. *Critical Care Medicina*, 10(11), 1–9.

Del Río I, P. A. (2007). Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. 2007 [acceso 22 de mayo de 2022]; 32(1): 16-22. *Boletín Escuela de Medicina U. C. ,Pontificia Universidad Católica de Chile [Revista En Internet]*, 32(1), 1–7. Retrieved from <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia de CP.pdf>

Downar, J., Hua, M., & Wunsch, H. (2023). Palliative Care in the Intensive Care Unit: Past, Present, and Future. *Critical Care Clinics*, 39(3), 529–539. doi: 10.1016/j.ccc.2023.01.007

Feyto, L. (2011). Fundamentos de bioética, de Diego Gracia. *Bioética & Debat*, 17(64), 8–11.

Gavrin, J., & Chapman, C. R. (1995). Clinical management of dying patients. *Western Journal of Medicine*, 163(3), 268–277.

Gómez Sancho, M., Altisent Trota, R., Bádiz Cantera, J., Ciprés Casasnovas, L., Corral Collantes, P., González Fernández, J. L., Herranz Martínez, J. A., Rocafort Gil, J., & Rodríguez Sendín, J. J. (2010). Declaración sobre la atención médica al final de la vida: {Working} group on {Medical} care at the end of life. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 17(1), 63–64. Retrieved from

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-80462010000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462010000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

González-timoneda, M., & Vicu, M. N. (2018). *Medicina Paliativa Cuestiones bioéticas en la práctica clínica asistencial : a propósito de un caso*. 25(4).

Handbook, P. M. (2001). Dr Ian Back, 2001. Palliative Medicine Handbook 3 edition.

<http://www.pallmed.net>. *Palliative Medicine*, 3rd.(3), 16–237. Retrieved from  
<http://book.pallcare.info/index.php?page=preface>

Hernández-Zambrano, S. M., Carrillo-Algarra, A. J., Augusto-Torres, C., Katherine-Marroquín, I., Enciso-Olivera, C. O., & Gómez-Duque, M. (2020). Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 31(4), 170–183. doi: 10.1016/j.enfi.2019.12.003

Ito, K., George, N., Wilson, J., Bowman, J., Aaronson, E., & Ouchi, K. (2022). Primary palliative care recommendations for critical care clinicians. *Journal of Intensive Care*, 10(1), 1–8. doi: 10.1186/s40560-022-00612-9

Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., & Saralegui, I. (2007). Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(SUPPL. 3), 113–128. doi: 10.4321/s1137-66272007000600009

Martin, G. N. (2009). Review of Memory, attention and decision-making: A unified computational neuroscience approach. *Applied Cognitive Psychology*, 23(5), 743–745.

Retrieved from

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc6&NEWS=N&AN=2009-09099-009>

Matiz Camacho, H. (2016). The history of intensive care in Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44(3), 190–193. doi: 10.1016/j.rca.2016.05.003

Metaxa, V., Anagnostou, D., Vlachos, S., Arulkumaran, N., Sherihane, B., van Dusseldorp, I., Aslakson, R. A., Davidson, J. E., Gerritsen, R. T., Hartog, C., & Curtis, J. R. (2021). Palliative care interventions in intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine*, 47(12), 1415–1425. doi: 10.1007/s00134-021-06544-6

Metaxa, V., Anagnostou, D., Vlachos, S., Arulkumaran, N., Van Dusseldorp, I., Bensemmane, S., Aslakson, R., Davidson, J. E., Gerritsen, R., Hartog, C., & Curtis, R. (2019). Palliative care interventions in intensive care unit patients - A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 8(1), 1–5. doi: 10.1186/s13643-019-1064-y

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. 48. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

Morlans Molina, M. (2016). Soporte emocional al paciente crítico y a su entorno en el contexto de fin de su vida. *XI Conferencia de Expertos de La SOCMIC*, 51–57.

Nates, J. L., Nunnally, M., Kleinpell, R., Blosser, S., Goldner, J., Birriel, B., Fowler, C. S.,

Byrum, D., Miles, W. S., Bailey, H., & Sprung, C. L. (2016). ICU admission, discharge, and triage guidelines: A framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. In *Critical Care Medicine* (Vol. 44, Issue 8). doi: 10.1097/CCM.0000000000001856

Neukirchen, M., Metaxa, V., & Schaefer, M. S. (2023). Palliative care in intensive care.

*Intensive Care Medicine*. doi: 10.1007/s00134-023-07260-z

Paliativos, S. D. C. (2002). Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. *Secpal*, 1–52. Retrieved from <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>  
%5Cn<http://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER Y CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf>

Radbruch, L., Lima, L. De, Care, P., Knaul, F., Gables, C., Wenk, R., Nicolash, S., Ali, Z., Hospice, K., Bhatnagar, S., Delhi, N., Blanchard, C., Africa, S., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Practice, P., Janeiro, R. De, Callaway, M., ... Cleary, J. (2021). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*, 60(4), 754–764. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.Redefining

Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289.

Rao, S. R., Salins, N., Joshi, U., Patel, J., Remawi, B. N., Simha, S., Preston, N., & Walshe, C. (2022). Palliative and end-of-life care in intensive care units in low- and middle-income countries: A systematically constructed scoping review. *Journal of Critical Care*, 71. doi: 10.1016/j.jcrc.2022.154115

Reville, B., & Foxwell, A. M. (2014). The global state of palliative care-progress and challenges in cancer care. *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), 129–12938. doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.03

Rhoads, S., & Amass, T. (2019). Communication at the End-of-Life in the Intensive Care Unit: A Review of Evidence-Based Best Practices. *Rhode Island Medical Journal* (2013), 102(10), 30–33. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31795531>

Ryan, S., Wong, J., Chow, R., & Zimmermann, C. (2020). Evolving Definitions of Palliative Care: Upstream Migration or Confusion? *Current Treatment Options in Oncology*, 21(3). doi: 10.1007/s11864-020-0716-4

Sánchez Miguel, L. M. R. L. P. S. A. A. (2022). Estado Actual De Los Cuidados Paliativos En Colombia. *Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos*, 6671, 1–100.

Siddiqui, S., Kretzer, L., & Metaxa, V. (2024). Caring for the dying patient in ICU. *Intensive Care Medicine*, 24(1), 1–3. doi: 10.1007/s00134-024-07442-3

Špoljar, D., Curkovic, M., Gastmans, C., Gordijn, B., Vrkić, D., Jozepovic, A., Vuletić, S., Tonkovic, D., & Borovečki, A. (2020). Ethical content of expert recommendations for end-of-life decision-making in intensive care units: A systematic review. *Journal of Critical Care*, 58, 10–19. doi: 10.1016/j.jcrc.2020.03.010

Špoljar, D., Vučić, M., Peršec, J., Merc, V., Kereš, T., Radonić, R., Poljaković, Z., Neseček Adam, V., Karanović, N., Čaljkušić, K., Župan, Ž., Grubješić, I., Kopic, J., Vranković, S., Krobot, R., Nevajdić, B., Golubić, M., Grošek, Š., Kujundžić Tiljak, M., ... Borovečki, A. (2022).

Experiences and attitudes of medical professionals on treatment of end-of-life patients in intensive care units in the Republic of Croatia: a cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 1–13. doi: 10.1186/s12910-022-00752-5

Tanaka Gutiez, M., Efstathiou, N., Innes, R., & Metaxa, V. (2023). End-of-life care in the intensive care unit. *Anaesthesia*, 78(5), 636–643. doi: 10.1111/anae.15908

Twycross, R. G. (1980). Hospice care -- redressing the balance in medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 73(7), 475–481. doi: 10.1177/014107688007300703

Zante, B., & Schefold, J. C. (2019). Teaching End-of-Life Communication in Intensive Care Medicine: Review of the Existing Literature and Implications for Future Curricula. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(4), 301–310. doi: 10.1177/0885066617716057

