Acta Bioethica 2024; 30(2): 207-218

METODOLOGÍA INTEGRAL DE ANÁLISIS ÉTICO-CLÍNICO (MIAEC): UN NUEVO PARADIGMA PARA LA RESOLUCIÓN DE DILEMAS AL FINAL DE LA VIDA

Anderson Díaz Pérez[1]

Resumen: La gestión de cuidados al final de la vida presenta desafíos éticos significativos, especialmente en casos clínicos complejos como el de un paciente con severo trauma craneoencefálico y múltiples complicaciones. La toma de decisiones éticas involucra considerar los derechos, la dignidad y las preferencias del paciente y su familia, así como la calidad de vida y el alivio del sufrimiento. El objetivo de esta investigación es diseñar e implementar una metodología integral para brindar un plan de cuidado que respete la dignidad y mejore la calidad de vida de pacientes al final de la vida, alineado con sus deseos y los de su familia. El enfoque utilizado fue la Metodología Integral de Análisis Ético-Clínico (MIAEC), en el que se incluyó una evaluación continua, manejo del dolor y síntomas, cuidados de soporte, limitaciones de intervenciones médicas y preparación para el final de la vida, con la participación activa de la familia desde un enfoque de cuidados paliativos. La resolución del caso se logró a través de una decisión compartida entre los padres y el equipo médico, procediendo con una desconexión paulatina del soporte vital. Se resalta la importancia y pertinencia de la Metodología Integral de Análisis Ético-Clínico (MIAEC) por su enfoque integral centrado en el paciente y en conformidad con la ética médica. Este método se destaca por considerar aspectos legales y éticos, la empatía, y el respeto por la dignidad humana en todo momento.

Palabras clave: cuidados paliativos, ética médica, toma de decisiones, calidad de vida, autonomía personal, derechos del paciente, comité de ética hospitalaria, metodología, dilemas

Comprehensive Methodology for Ethical-Clinical Analysis (CMECA): A new paradigm for resolving end-of-Life dilemmas

Abstract: End-of-life care management presents significant ethical challenges, especially in complex clinical cases such as that of a patient with severe head trauma and multiple complications. Ethical decision-making involves considering the rights, dignity, and preferences of the patient and his or her family, as well as quality of life and relief from suffering. The objective of this research is to design and implement a comprehensive methodology to provide a care plan that respects the dignity and improves the quality of life of patients at the end of life, aligned with their wishes and those of their family. The approach used was the Comprehensive Methodology of Clinical-Ethical Analysis (CMECA), which included a continuous evaluation, pain and symptom management, supportive care, limitations of medical interventions, and preparation for the end of life, with the active participation of the family from a palliative care approach. The resolution of the case was achieved through a shared decision between the parents and the medical team, proceeding with a gradual disconnection of life support. The importance and relevance of the Comprehensive Methodology of Ethical-Clinical Analysis (CMECA) is highlighted, due to its comprehensive approach focused on the patient and in accordance with medical ethics. This method stands out for considering legal and ethical aspects, empathy, and respect for human dignity at all times.

Keywords: Palliative care, medical ethics, decision-making, quality of life, personal autonomy, patient rights, hospital ethics committee, methodology, dilemmas.

Metodologia Integral de Análise Ético-Clínica (MIAEC): Um novo paradigma para a resolução de dilemas ao final da vida

Resumo: La gestão de cuidados ao final da vida apresenta desafios éticos significativos, especialmente em casos clínicos complexos como o de um paciente com severo trauma cranioencefálico e múltiplas complicações. A tomada de decisões éticas envolve considerar os direitos, a dignidade e as preferências do paciente e de sua família, assim como a qualidade de vida e o alívio do sofrimento. O objetivo desta investigação é desenhar e implementar uma metodologia integral para oferecer um plano de cuidado que respeite a dignidade e melhore a qualidade de vida de pacientes ao final da vida, alinhado com seus desejos e os de sua família. O enfoque utilizado foi a Metodologia Integral de Análise Ético-Clínica (MIAEC), na qual incluiu-se uma avaliação contínua, manejo da dor e de sintomas, cuidados de suporte, limitação de intervenções médicas e preparação para o final da vida, com a participação ativa da família desde um enfoque de cuidados paliativos. Alcançou-se a resolução do caso através de uma decisão compartilhada entre os pais e a equipe médica, procedendo-se uma desconexão paulatina do suporte vital. Ressalta-se a importância e pertinência da Metodologia Integral de Análise Ético-Clínica (MIAEC) por seu enfoque integral centrado no paciente e em conformidade com a ética médica. Este método se destaca por considerar aspectos legais e éticos, a empatia e o respeito pela dignidade humana em todos os momentos.

Palavras-chave: cuidados paliativos, ética médica, tomada de decisões, qualidade de vida, autonomia pessoal, direitos do paciente, comitê de ética hospitalar, metodologia, dilemas

[1] Facultad Ciencias de la Salud. Programa de Medicina, Cartagena de Indias, Colombia, anderson.diaz@unisimon.edu.co, https://orcid.org/0000-0003-2448-0953

Introducción

Metodologías para la resolución de dilemas clínicos

Para relacionar las metodologías mencionadas con el caso de XXX, quien enfrenta una situación clínica compleja tras un severo trauma craneoencefálico, es crucial considerar las características y desafíos éticos que presenta su cuidado al final de la vida. La casuística enfatiza el análisis de casos, evaluando situaciones similares anteriores(1). El modelo de Thomasma y Pellegrino propone una evaluación detallada de hechos y valores para proteger los valores relevantes para el paciente*(2-6)*. James Drane destaca el proceso deliberativo*(1,7-9)*. Diego Gracia sugiere equilibrar momentos deontológicos y teleológicos en la toma de decisiones*(10,11)*. Bernard Lo proporciona un proceso práctico para resolver dilemas éticos, implicando la discusión con el equipo de salud y la familia*(1,4,7,12,13)*. La metodología de Verónica Anguita resalta la importancia de la subjetividad en la toma de decisiones*(7,13-15)*.

Comprender las consideraciones éticas, filosóficas y humanísticas en los cuidados al final de la vida

El objetivo de los cuidados al final de la vida es prevenir o aliviar el sufrimiento respetando los deseos de los pacientes moribundos, lo que plantea desafíos éticos para los médicos*(14,16-18)*. La comunicación abierta y la toma de decisiones compartida entre proveedores de atención médica, pacientes y familias pueden evitar muchos dilemas éticos*(17,19-21),* ya que los pacientes al final de la vida a menudo experimentan una "posición dividida" entre el deseo racional de morir y el impulso vital de vivir, como ilustra el caso de un paciente holandés considerando la eutanasia*(13,16,19,22-25)*. Esto subraya la importancia de una comunicación abierta y una toma de decisiones compartida para abordar estos dilemas éticos, protegiendo la dignidad y los derechos de todas las partes involucradas*(21,22,26,27)*.

Abordar los desafíos y barreras para integrar estas consideraciones en la atención al final de la vida

Los cuidados al final de la vida plantean desafíos y oportunidades para mejorar la calidad, evaluada frecuentemente a través de la satisfacción del paciente y la familia*(16,28,29)*. El caso de XXX, caracterizado por un severo trauma craneoencefálico, destaca dilemas éticos y confrontaciones familiares, requiriendo la aplicación de principios como beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia en su manejo. La comunicación y toma de decisiones compartida reflejan el respeto por la autonomía del paciente, mientras que los cuidados paliativos abordan principios de beneficencia y no maleficencia. La justicia se garantiza con el acceso equitativo a los cuidados necesarios.

La importancia de los avances médicos para promover el bienestar y aliviar el sufrimiento

La segunda expansión del imperativo moral ha sido extender la preocupación de la medicina por reducir el bienestar negativo del presente al futuro: de aliviar el dolor y el sufrimiento actuales a evitarlos en el futuro*(20,30,31)*. Si bien las medidas de medicina preventiva están dirigidas al objetivo tradicional del imperativo moral de la medicina, es decir, los fenómenos de dolor y sufrimiento, tienden a dirigirse a personas sanas para evitar tales fenómenos en el futuro. El dicho "más vale prevenir que curar" expresa bien el fundamento de esta expansión*(5,32)*.

La expansión del imperativo moral en medicina, que busca prevenir tanto el dolor futuro como aliviar el actual, se relaciona con el caso de XXX porque anticipa y maneja proactivamente los aspectos negativos de la salud. Este enfoque holístico y proactivo integra medidas preventivas y paliativas para abordar el sufrimiento presente y prevenir el futuro, alineándose con el principio de "más vale prevenir que curar".

En el caso de XXX, esto implica gestionar anticipadamente los síntomas y considerar intervenciones para aliviar el sufrimiento futuro, respetando sus deseos y valores personales.

Equilibrar los valores de respetar la autonomía y buscar la justicia en la toma de decisiones médicas. El debate sobre la medicina implica el equilibrio entre la autonomía del paciente, la beneficencia médica y la justicia distributiva*(33)*. Es crucial encontrar un equilibrio que respete los deseos del paciente y los principios médicos, considerando el bienestar del paciente y la equidad en la distri-

bución de recursos*(5,6,10,24,33-35)*. En el caso de XXX, se ilustra el dilema ético de la futilidad médica, donde los médicos deben determinar qué constituye un tratamiento razonable, respetando la ética y la justicia al tomar decisiones de tratamiento*(9,11,13,14,28)*. El posible abandono terapéutico destaca la importancia de equilibrar la autonomía del paciente con la beneficencia y la justicia distributiva, subrayando la necesidad de un diálogo ético y una toma de decisiones compartida centrada en el bienestar del paciente y su impacto en el sistema de salud*(5,6,10,24,33-35)*.

Consideraciones éticas en el desarrollo e implementación de avances médicos

Durante las últimas décadas, los avances en ciencia y tecnología, junto con el reconocimiento de la ética como base de la práctica clínica, han transformado el manejo de pacientes con enfermedades graves, especialmente en etapas avanzadas*(28,31,36,37)*. En el caso de XXX, la toma de decisiones implica equilibrar los avances tecnológicos con consideraciones éticas y derechos emergentes, siendo crucial discernir entre el uso de tecnología para prolongar la vida y cuando estas intervenciones pueden resultar no beneficiosas. Es esencial que las decisiones reflejen una profunda consideración ética, salvaguardando la dignidad y los derechos de XXX, mientras se enfrentan las complejidades tanto técnicas como humanísticas de su cuidado.

Intersección de ética, creencias y expectativas: Navegando los dilemas psicológicos al final de la vida

En torno a los dilemas al final de la vida, la confrontación de la familia con creencias religiosas y las expectativas de vida del paciente desde una perspectiva psicológica, se puede recurrir a diversas teorías y modelos conceptuales*(4,22,27,38)*. Para abordar los dilemas al final de la vida, se pueden aplicar teorías como la de dilemas morales de Kohlberg, que ofrece una perspectiva sobre cómo las personas enfrentan decisiones éticas en este contexto, basadas en diferentes niveles de razonamiento ético. Asimismo, la teoría del conflicto cognitivo de Festinger ayuda a entender la tensión que surge cuando las creencias religiosas familiares chocan con las decisiones médicas o los deseos del paciente, destacando cómo las personas buscan reducir la disonancia cognitiva mediante cambios en actitudes, creencias o comportamientos. Estos enfoques teóricos pueden iluminar el análisis de situaciones como la confrontación de la familia con creencias religiosas en el caso de XXX*(39,40,41)*.

Metodología

Descripción del caso

Paciente a quien llamaremos XXX, sexo biológico masculino, 27 años, ingresado en cuidados intensivos tras un accidente de tránsito de carácter grave. Presenta trauma craneoencefálico severo, infecciones, y necesidad de soporte ventilatorio prolongado. Ha requerido varias intervenciones quirúrgicas con una estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por más de 5 meses y enfrenta un pronóstico reservado. El manejo ha incluido estrategias intensivas con enfoque en estabilización hemodinámica y prevención de complicaciones secundarias. Además presenta complicaciones que incluyen infecciones, insuficiencia respiratoria, estado vegetativo persistente, y lesiones oculares, entre otras.

El manejo en UCI de pacientes críticos como en el caso de XXX implica un enfoque multidisciplinario que abarca el soporte vital avanzado, manejo de complicaciones y consideraciones de cuidados paliativos. La medicina paliativa en el contexto de cuidado crítico se enfoca en mejorar la calidad de vida de pacientes y familias a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación precisa, y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales como por ejemplo:

Manejo del dolor y síntomas: A través de medicamentos y terapias adecuadas para aliviar el sufrimiento y mejorar el confort. Esto incluye el manejo de la sedación para asegurar que el paciente no experimente dolor ni ansiedad.

Soporte nutricional: Continuar con la nutrición enteral adecuada y monitorear la necesidad de ajustes según su estado clínico.

Soporte respiratorio: Mantenimiento del soporte ventilatorio mecánico, asegurando la comodidad

del paciente y ajustando los parámetros según sea necesario para minimizar el daño pulmonar.

Comunicación y toma de decisiones compartidas: Mantener una comunicación abierta y continua con la familia para discutir el pronóstico, expectativas y decisiones sobre el cuidado a largo plazo, incluyendo discusiones sobre directivas anticipadas y limitaciones de esfuerzo terapéutico si corresponde.

Cuidado holístico: Considerar las necesidades emocionales, espirituales y psicosociales de XXX y su familia, proporcionando apoyo a través de servicios de psicología, trabajo social, y capellanía según sea necesario.

Manejo de complicaciones: Vigilancia y tratamiento activo de nuevas complicaciones como infecciones, deterioro hemodinámico, y alteraciones metabólicas.

Consideraciones éticas y legales

Se sugiere consultar con un Comité de Ética Hospitalario en caso de surgir dilemas éticos o si la familia solicita orientación adicional en la toma de decisiones. Todas las acciones deben estar en conformidad con las leyes sobre cuidados al final de la vida y limitación del esfuerzo terapéutico en Colombia. Algunas de las principales normativas relacionadas incluyen la Ley de Muerte Digna (Ley 1.733 de 2014), el Estatuto del Derecho Fundamental a la Salud (Ley 1.751 de 2015), la Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional, la Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, y la Resolución 825 de 2018, que reglamentan aspectos relacionados con los cuidados al final de la vida y la eutanasia en el país.

Dilema

Dada la complejidad del caso XXX y su pronóstico reservado, es crucial evaluar constantemente los objetivos del cuidado en función de la calidad de vida esperada y las preferencias del paciente y su familia. Este enfoque debe ser flexible y ajustarse a los cambios en el estado clínico del paciente, priorizando siempre el alivio del sufrimiento y el respeto por su dignidad. El dilema central gira en torno a la decisión de mantener o no el soporte vital, donde los especialistas consideran que es fútil continuar, mientras que la familia, influida por sus creencias religiosas y esperanzas, aboga por mantenerlo. Este conflicto refleja una tensión entre los principios médicos de beneficencia y no maleficencia, y el respeto a la autonomía del paciente y los valores familiares.

Este diagrama captura la complejidad del dilema presentado, mostrando las perspectivas de los especialistas y la familia, los principios médicos involucrados, y cómo estos se relacionan con los axiomas de la comunicación de Paul Watzlawick.

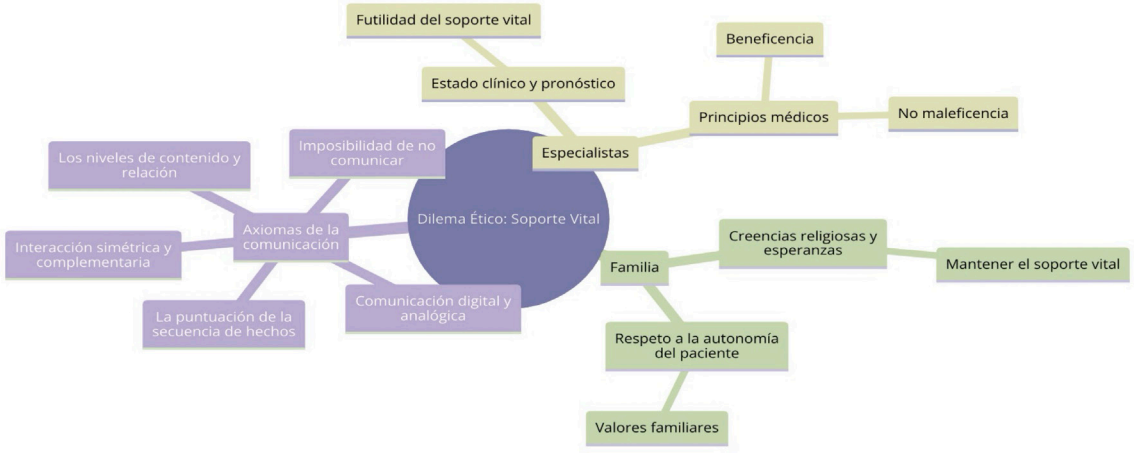


Diagrama 1. El dilema de la ética médica en el soporte vital: una perspectiva de comunicación.

Desarrollo del caso

Las recomendaciones brindadas en el manejo del caso de XXX se soportan en cuatro principios fundamentales de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Estos principios proporcionan una guía ética para la toma de decisiones en el cuidado de la salud, especialmente en situaciones clínicas complejas y críticas como esta.

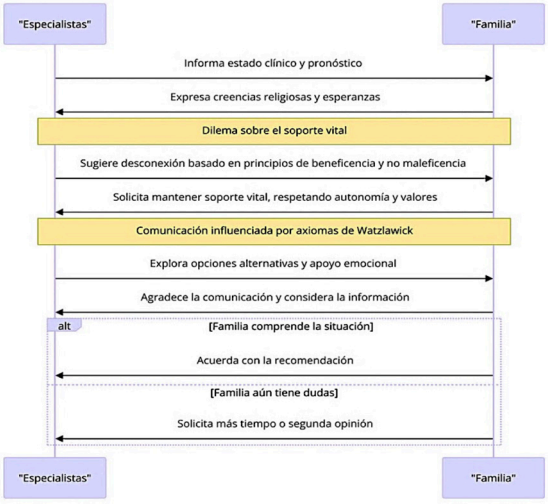


Diagrama 2. Proceso de toma de decisiones en cuidados intensivos: comunicación entre especialistas y familia.

(alt-[alternativas]: 1. La familia comprende la situación y acuerda con la recomendación de los especialistas. 2. La familia aún tiene dudas y solicita más tiempo o una segunda opinión).

Principios bioéticos en la atención al final de la vida

Beneficencia: Actuar para promover el bienestar del paciente, mediante medidas como el manejo del dolor, asegurar la nutrición adecuada y proporcionar soporte respiratorio y holístico.

No maleficencia: Evitar causar daño al paciente, evitando tratamientos excesivamente agresivos que prolonguen el sufrimiento sin expectativa razonable de recuperación.

Autonomía: Respetar la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas, mediante la comunicación y toma de decisiones compartidas con la familia.

Justicia: Tratar a todos los pacientes de manera equitativa y justa, garantizando el acceso a cuidados y tratamientos basados en sus necesidades clínicas y considerando el uso adecuado de los recursos disponibles.

Estos principios de la Bioética ofrecen un marco para guiar el cuidado compasivo y éticamente fundamentado de pacientes en situaciones complejas, asegurando que las decisiones tomadas busquen el mejor interés del paciente respetando su dignidad y valores.

Plan ético y clínico a considerar

El Comité de Ética Hospitalario ha proporcionado una serie de recomendaciones para el cuidado del paciente XXX en la Unidad de Cuidados Intensivos, tomando en cuenta la complejidad de su estado crítico y la necesidad de una toma de decisiones ética que respete su dignidad y calidad de vida. Al considerar las limitaciones de esfuerzo terapéutico para el paciente XXX, es importante elaborar un plan de cuidado que respete su dignidad, mejore su calidad de vida dentro de lo posible y esté alineado con los deseos de su familia, considerando la condición crítica y el pronóstico reservado del paciente. Este plan debe ser flexible y adaptarse a los cambios en su estado de salud y a las preferencias de su familia.

El comité de ética clínica sugirió el siguiente plan:

Evaluación continua y comunicación con la familia: Realizar reuniones periódicas para actualizar sobre el estado de salud, discutir opciones de cuidado y reevaluar los deseos de la familia.

Manejo del dolor y síntomas: Priorizar el control del dolor y síntomas molestos, utilizando medicación adecuada y cuidados paliativos.

Cuidados de soporte: Mantener soporte nutricional e hidratación, ajustándolos según las necesidades del paciente. Continuar con el soporte respiratorio, evaluando su proporcionalidad.

Limitación de intervenciones médicas: Definir claramente las intervenciones a limitar, como RCP o ingreso a UCI, basándose en discusiones con la familia y el equipo de salud.

Preparación para el final de la vida: Planificar cuidadosamente el retiro de medidas de soporte vital, ofreciendo apoyo emocional y espiritual a XXX y su familia.

Estas medidas buscan garantizar el máximo confort posible y una transición pacífica hacia el final de la vida de XXX.

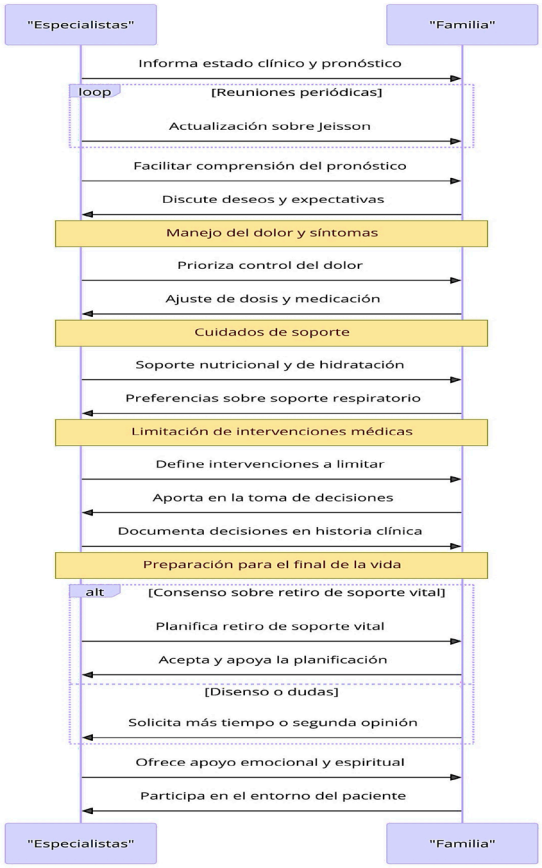


Diagrama 3. Evaluación y manejo integral del paciente en cuidados críticos: comunicación y toma de decisiones éticas.

Este diagrama muestra el flujo de comunicación y acciones que abarca desde las actualizaciones periódicas sobre el estado de salud de XXX, pasando por la facilitación de la comprensión de su condición por parte de la familia, hasta el manejo del dolor y los cuidados de soporte, así como la documentación de las decisiones.

Resolución del caso

El caso de XXX concluyó con una decisión compartida entre los padres y el equipo médico, acordando una desconexión gradual de las medidas de soporte vital. Este proceso se llevó a cabo con cuidado para preservar la dignidad y comodidad de XXX, reflejando una comprensión y aceptación mutua entre la familia y los profesionales de la salud. Se enfatizó la importancia de los siguientes aspectos éticos durante el proceso:

Dignidad: Respeto por la persona del paciente hasta el final de su vida.

Autonomía: Respeto por la capacidad de decisión del paciente o de la familia.

Calidad de vida: Priorización de la calidad sobre la cantidad de vida.

Alivio del sufrimiento: Enfoque en el manejo del dolor y otros síntomas.

Preparación para la muerte: Permitir al paciente y la familia prepararse para el final de la vida.

Legado y memoria: Consideración de cómo el paciente desea ser recordado.

Soporte para la familia: Provisión de apoyo emocional y práctico a los seres queridos.

El diagrama 4 representa la interacción entre la familia y el equipo de salud respecto de la evaluación continua y comunicación sobre el estado de XXX, su manejo del dolor y síntomas, cuidados de soporte, limitaciones en intervenciones médicas, y preparación para el final de la vida, respetando los valores y deseos de la familia.

Metodología basada en valores en relación al cuidado integral al final de la vida (MIAEC): propuesta para el análisis del caso

Cuidado integral al final de la vida: Metodología Integral de Análisis Ético-Clínico (MIAEC)

Objetivos:

Asegurar el respeto por la dignidad y los derechos del paciente terminal.

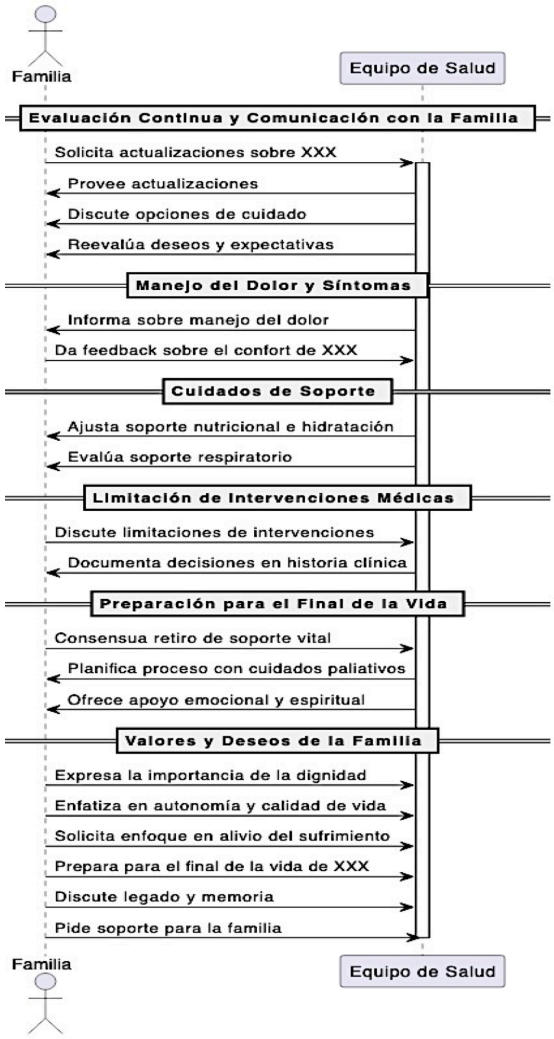


Diagrama 4. Coordinación de cuidados paliativos y comunicación familiar para XXX: un enfoque basado en valores.

Integrar los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Cumplir con los estándares deontológicos médicos.

Aspectos de fundamentación a considerar

Revisión deontológica: Evaluar el caso con base en la ley 23 de 1981, analizando cómo cada acción se alinea o desvía de sus artículos, con énfasis en la dignidad, autonomía, beneficencia y justicia.

Análisis de objetivos de la medicina: Contrastar la situación del paciente con los objetivos de la medicina, valorando la viabilidad y relevancia de cada uno (restablecimiento de la salud, alivio de síntomas, conservación de función, salvación de la vida, mantenimiento y educación del paciente).

Perspectiva de Derechos Humanos: Integrar una evaluación de los derechos humanos fundamentales del paciente, como el derecho a la vida, a la dignidad y a no sufrir torturas ni tratos inhumanos o degradantes.

Deliberación multidisciplinaria: Convocar a un comité de ética multidisciplinario, incluyendo especialistas en ética médica, derecho, psicología, y teología, para una deliberación colectiva.

Decisión centrada en el paciente y su contexto: Tomar una decisión que considere la individualidad del paciente, sus deseos y valores, y el contexto socio-cultural y familiar, promoviendo un enfoque centrado en el paciente.

Reflexión y retroalimentación: Documentar el proceso de deliberación y la decisión final, ofreciendo una retroalimentación al equipo de salud y familiares, y revisando periódicamente el caso para ajustar el manejo conforme evolucione la situación clínica y ética.

Esta metodología busca un equilibrio entre la ética médica, los objetivos de la medicina y los derechos humanos, proporcionando un marco comprensivo para la toma de decisiones en el comité de ética.

Aspectos descriptivos de la metodología

Evaluación integral del paciente:

Médica: Estado clínico actual, pronóstico, opciones terapéuticas posibles y sus consecuencias.

Psicosocial: Impacto psicológico, social y espiritual de la enfermedad en el paciente y su familia.

Análisis deontológico, Ley 1733 de 2014, Resolución 1216 de 2015 y la Resolución 825 de 2018, que modifica aspectos del procedimiento para la práctica de la eutanasia:

Revisión del Código Deontológico Médico para garantizar el cumplimiento de los deberes médicos hacia el paciente.

Deliberación ética multidisciplinaria:

Constitución de un comité ético que incluya médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y, si es posible, representantes de los pacientes.

Planificación de cuidados personalizados:

Elaboración de un plan que considere la voluntad del paciente, las directivas anticipadas y la participación activa de la familia.

Implementación de cuidados paliativos:

Enfoque en la calidad de vida que incluya manejo del dolor, soporte emocional y espiritual, y cuidados apropiados a la situación.

Revisión continua y adaptación del plan:

Evaluación periódica del plan de cuidados para ajustar las intervenciones a las necesidades cambiantes del paciente.

Comunicación y apoyo a la familia:

Mantenimiento de una comunicación clara, continua y compasiva con la familia, proporcionando apoyo emocional y logístico.

Respeto a la autonomía y deseos del paciente:

Asegurar que las decisiones tomadas estén alineadas con los valores y deseos expresados del paciente.

Protección de los derechos del paciente:

Garantizar que se respeten los derechos del paciente terminal, como el derecho a una muerte digna y a recibir información adecuada.

Consideraciones finales:

La metodología (MIAEC) busca integrar las mejores prácticas de las metodologías existentes con un enfoque que es tanto paciente-céntrico como conforme a la ética médica.

Se destaca la importancia de los aspectos legales y éticos, la empatía y el respeto por la dignidad humana en todo momento.

Aplicación del método al caso XXX

Se aplicó la Metodología Integral de Análisis Ético-Clínico (MIAEC) al caso de XXX, cuyo proceso fue:

Evaluación integral del paciente: Se revisaría el estado clínico de XXX, sus posibilidades de recuperación y calidad de vida futura, así como el impacto psicosocial de su condición en él y su familia.

Análisis deontológico: Se cotejarían las acciones médicas con el Código Deontológico Médico de Colombia, especialmente en lo referente al respeto por la vida y la muerte digna.

Deliberación ética multidisciplinaria: Un comité de ética conformado por expertos de diversas áreas consideraría el caso desde distintas perspectivas para llegar a una decisión que respete tanto los principios médicos como los valores del paciente y su familia.

Planificación de cuidados personalizados: Se elaboraría un plan de cuidados que tome en cuenta las preferencias del paciente y su familia, incluyendo el manejo del dolor y otros síntomas.

Implementación de cuidados paliativos: Se enfocaría en mejorar la calidad de vida de XXX a través de una atención que alivie su sufrimiento y apoye sus necesidades emocionales y espirituales.

Revisión continua y adaptación del plan: Se haría un seguimiento del plan de cuidados, adaptándolo según las necesidades cambiantes de XXX y su familia.

Comunicación y apoyo a la familia: Se mantendría una comunicación transparente y empática con la familia, ofreciendo soporte en este proceso difícil.

Respeto a la autonomía y deseos del paciente: Las decisiones se alinearían con los deseos del paciente, en la medida de lo posible, respetando su autonomía.

Protección de los derechos del paciente: Se velaría por la protección de los derechos fundamentales de XXX, incluyendo su derecho a una muerte digna y a no ser sometido a un sufrimiento innecesario.

El diagrama de secuencia ilustra la metodología aplicada en el proceso de comunicación entre el comité de ética, el especialista, la familia y el paciente para el caso de XXX, utilizando la Propuesta metodológica Integral de Análisis Ético-Clínico (MIAEC)

El diagrama 5 detalla el proceso de evaluación integral del paciente, análisis deontológico, deliberación ética multidisciplinaria, planificación de cuidados personalizados, implementación de cuidados paliativos, revisión continua y adaptación del plan, comunicación y apoyo a la familia, respeto a la autonomía y deseos del paciente, y protección de los derechos del paciente.

Este enfoque se basa en un manejo ético del caso, conforme a la normativa legal colombiana y los principios bioéticos universales, priorizando el bienestar del paciente y el respeto por sus valores y los de su familia. Comienza con la evaluación integral del paciente por parte del Comité de Ética, seguido de la provisión de datos clínicos y pronóstico por el especialista. La familia, informada sobre la situación clínica y opciones terapéuticas, expresa los valores y deseos del paciente. El especialista asegura que las decisiones médicas sean éticas y deontológicas, buscando consenso. Si hay acuerdo, se implementa un plan de cuidados personalizado que incluye cuidados paliativos. Este plan se revisa y adapta continuamente, con comunicación transparente y apoyo constante a la familia. Se respeta la autonomía del paciente y se reiteran sus deseos, con la opción de solicitar soporte adicional según sea necesario.

Finalmente, el Comité de Ética asegura que los derechos del paciente están protegidos a lo largo del proceso. El diagrama destaca la importancia de la colaboración y comunicación entre el comité de ética, los especialistas, la familia y el paciente para alcanzar una resolución ética que respete la dignidad y los deseos del paciente.

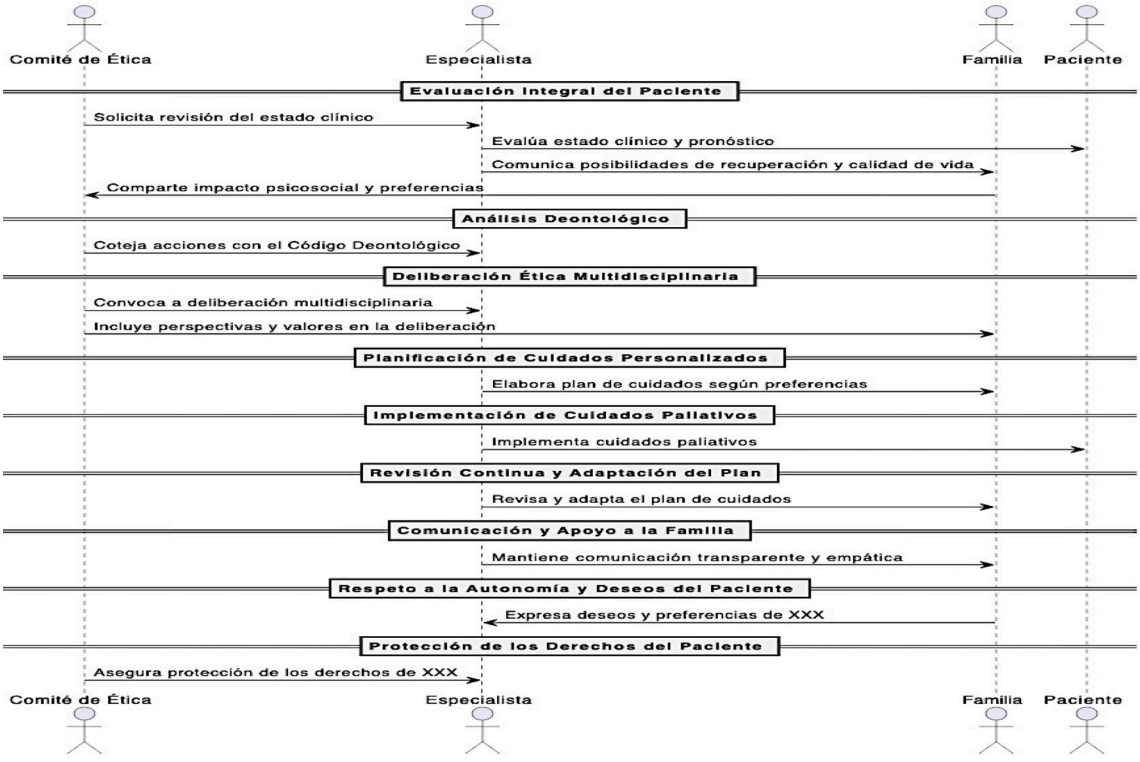


Diagrama 5. Metodología Integral de Análisis Ético-Clínico (MIAEC).

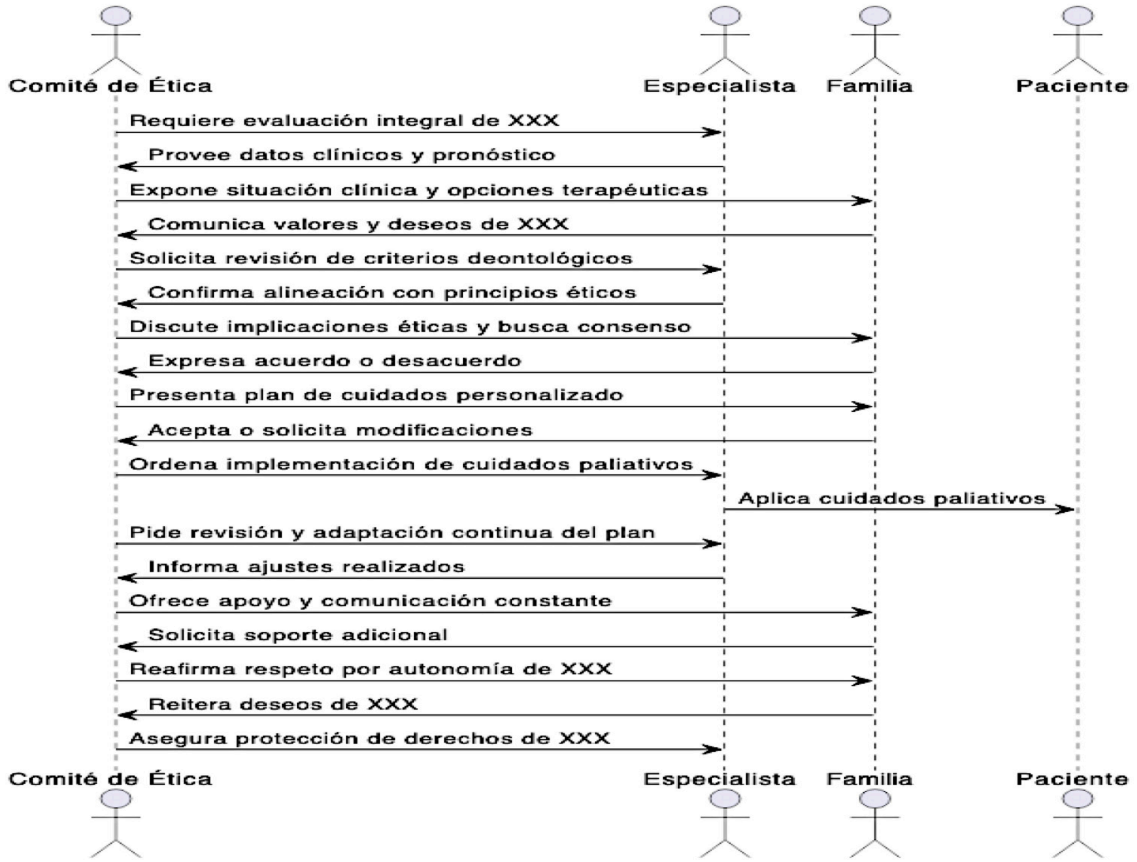


Diagrama 6. Proceso de toma de decisiones éticas en el cuidado médico del caso XXX.

La importancia de la Metodología Integral de Análisis Ético-Clínico (MIAEC) radica en su enfoque sistemático y multidisciplinario para abordar dilemas éticos complejos en la atención médica.

Discusión y conclusión

La MIAEC sintetiza componentes de diversas metodologías éticas para formar un enfoque comprensivo e integral que abarca desde la evaluación clínica y deontológica hasta la deliberación ética y la toma de decisiones personalizadas. Esto se hace manteniendo un equilibrio entre los aspectos objetivos de la atención médica y las consideraciones subjetivas de los pacientes y sus familias.

La aproximación de la MIAEC se basa en la casuística, pero se distingue al integrarla en un enfoque más amplio que incluye deliberación y análisis deontológico, proporcionando una perspectiva ética más completa y contextualizada*(1)*. Comparativamente, mientras la MIAEC adopta un enfoque estructurado y amplio, el modelo de Thomasma y Pellegrino se centra principalmente en aspectos filosóficos sin una estructura detallada*(3-6)*. Aunque tanto la MIAEC como James Drane valoran el proceso deliberativo y los deseos del paciente, difieren en que Drane enfatiza el proceso volitivo mientras que la MIAEC equilibra este enfoque con la protección de los derechos del paciente y un análisis deontológico más pronunciado*(1,7-9)*. La diferenciación entre consideraciones deontológicas y teleológicas, compartida por la MIAEC y Diego Gracia, se amplía en el marco más completo de análisis de la MIAEC, que incluye un comité de ética multidisciplinario*(10,11)*. Además, la MIAEC se destaca por su integralidad al incorporar una revisión continua del plan de cuidados, a diferencia del modelo de Bernard Lo*(1,4,7,12,13)*. Finalmente, tanto la MIAEC como la metodología de Verónica An-

guita valoran la deliberación y la subjetividad, pero la MIAEC tiene un enfoque más integral y estructurado que equilibra la subjetividad con consideraciones objetivas en la toma de decisiones éticas*(7,13–15)*.

La metodología MIAEC integra de consideraciones éticas en la toma de decisiones clínicas, caracterizada por su enfoque sistemático y holístico. Comparada con métodos previos, se destaca su capacidad para facilitar una deliberación más rigurosa y una justificación ética más sólida

Referencias

1. López Barreda R. Modelos de análisis de casos en ética clínica. *Acta Bioethica* 2015 Nov; 21(2): 281-90.
2. Macauley RC. The analysis and resolution of ethical dilemmas. *Handb Clin Neurol*. 2013; 118:11-23.
3. Vergara O. To be alive when dying: moral catharsis and hope in patients with limited life prognosis. *Med Health Care Philos*. 2021 Dec; 24(4): 517-2.
4. Pellegrino ED, Thomasma DC. The conflict between autonomy and beneficence in medical ethics: proposal for a resolution. *J Contemp Health Pol*. 1987;3:23.
5. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. Oxford University Press; 1993. https://books.google.es/books?id=sIEFvqjwZNMC.
6. Thomasma DC, Pellegrino ED. Philosophy of medicine as the source for medical ethics. *Metamedicine* 1981 Feb; 2(1): 5-11.
7. Drane JF. Methodologies for clinical ethics. *Bull Pan Am Health Organ.* (PAHO) 1990; 24(4). https://iris.paho.org/handle/10665.2/27128
8. Drane JF, Coulehan JL. The Best-Interest Standard: Surrogate Decision Making and Quality of Life. *J Clin Ethics*. 1995 Mar; 6(1): 20-9.
9. Drane JF. A methodology for making ethical health care decisions. *Health Prog. (St Louis Mo)* 1986; 67(8): 36-7.
10. Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. *Med Health Care Philos*. 2003; 6: 227-33.
11. Gracia D. Deliberation and consensus. In: *SAGE Handb Health Care Ethics*. Londres: SAGE Publications; 2011: 84-94.
12. Lo B. *Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians*. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. https://books.google.es/books?id=vyyFh8xoGHUC
13. Cohen D, Dasgupta R. Clinical Dilemmas. In: Rané A, Dasgupta R, editors. *Urinary Tract Infection*. Londres: Springer London; 2013: 25-32. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4471-4709-1_3
14. Correa FJL, Simó RM, Schmidt L, Anguita V. Análisis de casos ético-clínicos: https://www.academia.edu/51723314
15. Drane JF. Clinical bioethics: Theory and practice in medical ethical decision-making. Rowman & Littlefield; 1994. https://books.google.es/books?id=tkorYKyJgF4C
16. Cuevas García J. *Actitudes y percepciones sobre los cuidados al final de la vida en adultos mayores*; 2023. https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/136656
17. Álvarez Cristancho FS, Villegas Castillo SZ. *¿Son válidas para acceder a la eutanasia en Colombia el dolor psíquico, sufrimiento psíquico y enfermedad grave e incurable derivada de afección psíquica?*; 2023. http://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/26309
18. Mariño González CL. *La eutanasia y el derecho a una muerte digna* [tesis de grado]; 2023. https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17085
19. Amo Usanos R. *Bioética y cáncer*. Universidad Pontificia Comillas; 2020. https://books.google.es/books?id=9dPWEAAAQBAJ
20. Stepke FL, Yunta ER. *Bioética y humanidades médicas: Lecturas complementarias*; https://www.researchgate.net/publication/348415410
21. Gómez Valcárcel BM. *Dejarse cuidar: un imperativo ético en la profesión sanitaria*; 2022. https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/75134
22. Lima KM de A, Maia AHN, Nascimento IRC do. Comunicación de malas noticias en cuidados paliativos en la oncopediatría. *Rev Bioét*. 2020; 27: 719-27.
23. de Noriega Í, Alba RM, Velasco BH, Madrid PCM del C. Toma de decisiones en la atención al final de la vida en pacientes adolescentes, desde el enfoque paliativo. *Adolescere* 2022; 10(2): 76-83.
24. Gómez-Vírseda C, De Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. *BMC Med Ethics* 2020 Dec; 21(1): 50.

25. Valera L, Carrasco MA. *Manual de ética aplicada: de la teoría a la práctica*. Ediciones UC; 2021.
26. Molina Filho ET, Olivero AA, Gurgel SJT, Gil NM, Sanches R de CN, Sanches MA, et al. Cuidados paliativos en cuidados intensivos: revisión integradora. *Rev Bioét*. 2023; 31: e3418PT.
27. Cantaro Pardo LE. *El consentimiento anticipado como instrumento de protección de la dignidad humana y las personas que están en estado de coma*; 2023. https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/132342
28. Carlini J, Bahudin D, Michaleff ZA, Plunkett E, Shé ÉN, Clark J, et al. Discordance and concordance on perception of quality care at end of life between older patients, caregivers and clinicians: a scoping review. *Eur Geriatr Med*. febrero de 2022; 13(1): 87-99.
29. Dittborn M, Turrillas P, Maddocks M, Leniz J. Attitudes and preferences towards palliative and end of life care in patients with advanced illness and their family caregivers in Latin America: A mixed studies systematic review. *Palliat Med*. septiembre de 2021; 35(8): 1434-51.
30. Calvo Orozco DE. *La bioética global de Van Rensselaer Potter* [PhD Thesis]; [citado 12 de febrero de 2024]. https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/25942
31. Vallverdú J. *Transhumanismo: El futuro de la moral*. 2022; https://www.tdx.cat/handle/10803/687809
32. Dye C. *The Great Health Dilemma: Is Prevention Better Than Cure?* Oxford University Press; 2021.
33. Clark PA. Medical futility: legal and ethical analysis. *AMA J Ethics*. 2007; 9(5): 375-83.
34. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Christian virtues in medical practice*. Georgetown University Press; 1996.
35. Devettere RJ. *Practical decision making in health care ethics: Cases and concepts*. Georgetown University Press; 2009.
36. Lesage P, Portenoy RK. Ethical challenges in the care of patients with serious illness. *Pain Med*. 2001; 2(2): 121-30.
37. Tulchinsky TH, Varavikova EA. Health technology, quality, law, and ethics. *New Public Health* 2014: 771-819. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00015-X
38. Chen C, Michaels J, Meeker MA. Family Outcomes and Perceptions of End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: A Mixed-Methods Review. *J Palliat Care*. julio de 2020; 35(3): 143-53.
39. Sheehan TJ, Husted SDR, Candee D, Cook CD, Bargen M. Moral Judgment as a Predictor of Clinical Performance. *Eval Health Prof*. diciembre de 1980; 3(4): 393-393.
40. Walker LJ, De Vries B, Trevethan SD. Moral stages and moral orientations in real-life and hypothetical dilemmas. *Child Dev*. 1987; 842-58.
41. Harmon-Jones E, Mills J. *An introduction to cognitive dissonance theory and an overview of current perspectives on the theory*; 2019; 3-24. https://doi.org/10.1037/0000135-001.

Recibido: 13 de febrero de 2024
Aceptado: 16 de marzo de 2024