

Metodología Integral de Análisis Ético-Clínico (MIAEC): Un Nuevo Paradigma para la Resolución de Dilemas al Final de la Vida

Comprehensive Methodology for Ethical-Clinical Analysis (CMECA): A New Paradigm for Resolving End-of-Life Dilemmas

Anderson Díaz Pérez

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. **Objetivo:** 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, y que sea adaptable a los cambios en su estado de salud. **Metodología:** La Metodología Integral de Análisis Ético-Clínico (MIAEC), 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. **Conclusión:** 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 del método propuesto, la Metodología Integral de Análisis Ético-Clínico (MIAEC), por su enfoque integral que es tanto centrado en el paciente como 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.*

SUMMARY

The management of end-of-life care presents significant ethical challenges, particularly in complex clinical cases such as a patient with severe traumatic brain injury and multiple complications.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2024.132.2.25>

ORCID: 0000-0003-2448-0953

PhD en Bioética. PhD en Salud Pública. Magister en Ciencias Básicas Biomédicas. Miembro del Comité de Ética Hospitalario. Organización Clínica General del Norte, Barranquilla, Colombia. Investigador Senior adscrito a la Universidad Simón Bolívar, Departamento de Ciencias Sociales y Humanas, Centro de Investigaciones en Ciencias de

la Vida, Barranquilla, Colombia. Corporación Universitaria Rafael Núñez. Facultad Ciencias de la Salud. Programa de Medicina, Cartagena de Indias, Colombia

Recibido: 13 de febrero 2024
Aceptado: 24 de marzo 2024

E-mail: anderson.diaz@unisimon.edu.co

*Ethical decision-making involves considering the rights, dignity, and preferences of the patient and their family, as well as quality of life and relief of suffering. **Objective:** To design and implement a comprehensive methodology to provide a care plan that respects the dignity and improves the quality of life of end-of-life patients, aligned with their and their family's wishes, and adaptable to changes in their health condition. **Methodology:** The Comprehensive Methodology for Ethical-Clinical Analysis (CMECA) included continuous evaluation, pain and symptom management, support care, limitations of medical interventions, and preparation for the end of life, with the family's active participation from a palliative care approach. **Conclusion:** The case was resolved 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 proposed method, the Comprehensive Methodology for Ethical-Clinical Analysis (CMECA), is highlighted for its integral approach that is both patient-centered and in conformity with medical ethics. This method is notable for always considering legal and ethical aspects, empathy, and respect for human dignity.*

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

INTRODUCCIÓN

Metodologías para la resolución de dilemas clínicos

Para relacionar las metodologías mencionadas con el caso de XXX, quien enfrenta una situación clínica compleja y desafiante con múltiples complicaciones tras un severo trauma craneoencefálico, es importante considerar las características y desafíos éticos que presenta su cuidado al final de la vida. A continuación, los modelos más representativos utilizados por los comités de ética hospitalaria y clínicos en el análisis de casos que representan posibles dilemas clínicos

Casística

Este modelo enfatiza el análisis de casos mediante máximas y analogías, lo que permite abordar los dilemas evaluando situaciones

similares anteriores (1). Por ejemplo, se pueden considerar casos de pacientes en estado vegetativo persistente y las decisiones tomadas respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico, utilizando máximas como priorizar la calidad de vida sobre la prolongación de la vida en casos de sufrimiento irreversible (2).

Thomasma y Pellegrino

Con su enfoque en la descripción de hechos, valores y resolución de conflictos de valores, este modelo sugiere una evaluación detallada de los hechos médicos. La deliberación debería conducir a la toma de decisiones que protejan el mayor número de valores relevantes para el paciente y su familia (3-6).

James Drane

Este modelo destaca la importancia del proceso deliberativo, incorporando análisis racional y volitivo (1,7-9)

Diego Gracia

La diferenciación entre momentos deontológicos y teleológicos en la toma de decisiones morales puede aplicarse al evaluar las obligaciones éticas (momento deontológico, como no hacerle daño) y los resultados deseados de las intervenciones médicas (momento teleológico, como mejorar su calidad de vida o aliviar el sufrimiento). Este modelo puede guiar la toma de decisiones equilibrando estos aspectos (10,11).

Bernard Lo

Este modelo proporciona un proceso práctico para identificar y resolver dilemas éticos clínicos. Implica recolectar información detallada sobre su situación médica, clarificar los conflictos éticos (como la decisión de continuar o no con intervenciones agresivas), y resolver el dilema a través de la discusión con el equipo de salud y la familia, buscando una decisión mutuamente aceptable (1,4,7,12,13).

Verónica Anguita

La metodología centrada en la deliberación y la subjetividad en la toma de decisiones resalta la importancia de la experiencia y percepción personal en el proceso decisional (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 tanto como sea posible respetando los deseos de los pacientes moribundos. Sin embargo, los médicos enfrentan muchos desafíos éticos en la atención al final de la vida. Dado que las decisiones a tomar pueden afectar a los familiares y a la sociedad de los pacientes, así como a los propios pacientes, es importante proteger los derechos, la dignidad y el vigor de todas las partes involucradas en el proceso de toma de decisiones éticas clínicas (14,16-18).

La comunicación abierta y la toma de decisiones compartida entre proveedores de atención médica, pacientes y familias evitarían muchos de los dilemas éticos en la atención al final de la vida. Sin embargo, incluso si la información médica fuera proporcionada y comprendida adecuadamente por el paciente, es sólo un factor entre otros que influyen en una decisión final (17,19-21).

Los pacientes al final de la vida describen la sensación de estar en una “posición dividida”, en la que los argumentos racionales y otras fuerzas no siempre están alineados (13,16,19,22,23). Este escenario se ilustra vívidamente en el caso de un paciente holandés que está considerando la eutanasia: “Por un lado, definitivamente quiero morir. Por otro lado, sin embargo, todavía queda en mí demasiada fuerza vital física e intuitiva. (...) Ese es el dilema que estoy viviendo: racionalmente quieres morir, pero al mismo tiempo, existe esa voluntad inquebrantable de vivir, que me hace sentir como si estuviera siendo arrastrado en dos direcciones [simultáneamente]”. Paciente en situación de final de vida resume: “Bueno, profesionalmente mi médico. Confiaría en él... para siempre, y en mi marido, para lo que sería mejor para mí... mi médico usaría su cabeza, y mi marido usaría su corazón”. De ahí que la presencia de argumentos

racionales se considere un requisito necesario pero insuficiente. condición para que se produzca una toma de decisiones autónoma (12,24,25).

El caso el cual se identificará con XXX se vincula estrechamente con los elementos teóricos expuestos sobre los cuidados al final de la vida, destacando el dilema entre el deseo racional de morir y el impulso vital intuitivo de seguir viviendo, tal como se refleja en el paciente holandés que considera la eutanasia. Este escenario ilustra la complejidad de la toma de decisiones al final de la vida, donde factores racionales y emocionales entran en conflicto, resaltando la importancia de una comunicación abierta y la toma de decisiones compartida entre médicos, pacientes y familias para navegar estos dilemas éticos.

La descripción del paciente sobre confiar en la razón del médico y en el corazón del esposo encapsula la necesidad de un enfoque equilibrado que considere tanto el conocimiento médico como los valores y deseos personales. Este enfoque refleja la importancia de proteger la dignidad, los derechos y el bienestar de todas las partes involucradas, alineándose con el objetivo de aliviar el sufrimiento y respetar las preferencias de los pacientes al final de su vida (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 presentan numerosos desafíos y oportunidades para la medición, evaluación y mejora de la calidad. Las evaluaciones de la calidad de la atención al final de la vida a menudo se basan en la satisfacción de la familia y del paciente. Los factores asociados con las percepciones de una atención de mayor calidad incluyen expresiones de los deseos de los pacientes, discusiones sobre las necesidades espirituales de las familias, documentación de un testamento vital y presencia de la familia en el momento de la muerte (16,28,29).

El caso de XXX que analizaremos esta caracterizado por un trauma craneoencefálico severo y complicaciones críticas, ilustra los dilemas éticos, confrontaciones familiares con creencias religiosas y expectativas de vida del paciente desde una perspectiva teórica y psicológica. Se evidencia la necesidad

de aplicar los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia en su manejo. La comunicación con la familia y la toma de decisiones compartida reflejan el respeto por la autonomía del paciente, mientras que la implementación de cuidados paliativos y el manejo del dolor y síntomas abordan los principios de beneficencia y no maleficencia. La justicia se manifiesta en 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 se centra en la prevención del dolor y sufrimiento futuros además de aliviar los actuales, se relaciona con el caso de XXX en el sentido de anticipar y manejar proactivamente los aspectos negativos de la salud. Esta aproximación refleja un enfoque holístico y proactivo hacia el cuidado al final de la vida, donde las medidas preventivas y paliativas se integran para abordar no solo el sufrimiento presente sino también prevenir el potencial futuro, alineándose con el principio de "más vale prevenir que curar". En el contexto del caso de XXX, esto implicaría una gestión cuidadosa y anticipada de los síntomas, así como consideraciones sobre intervenciones que puedan aliviar el sufrimiento futuro, respetando siempre 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 es, en el fondo, un conflicto entre el respeto a la autonomía del paciente, por un lado, y la beneficencia del médico

y la justicia distributiva, por el otro (33). Al buscar un equilibrio entre los valores y objetivos del paciente y los valores y objetivos de la medicina, no se puede inflar tanto la importancia de la autonomía individual como para destruir el principio de beneficencia y pasar por alto la distribución equitativa de los recursos médicos en la sociedad. Para encontrar el equilibrio, los médicos deben llegar a un consenso sobre lo que constituye un tratamiento médico razonable, y los pacientes y sus sustitutos deben limitar su autodefensa a lo que es justo y equitativo para todos (9,11,13,14,28).

La decisión de tratamiento razonable debe centrarse en el mejor interés del paciente, sin dejar de reconocer que cada individuo es también miembro de la sociedad. Si un médico cree, después de considerar cuidadosamente el estado médico, los valores y los objetivos del paciente, que un tratamiento médico particular es inútil porque viola los principios de beneficencia y justicia, entonces el médico está obligado ética y profesionalmente a resistirse a administrar este tratamiento. La justificación de los tratamientos médicos sobre la base de la ponderación de los beneficios y las cargas y del uso apropiado de los recursos médicos está firmemente arraigada en la tradición moral católica de la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios (5,6,10,24,33-35).

El caso de XXX ejemplifica el debate sobre la futilidad médica, situado en el conflicto entre la autonomía del paciente y la beneficencia médica junto a la justicia distributiva. En este escenario, es crucial encontrar un equilibrio entre los deseos del paciente y los principios médicos sin sacrificar la beneficencia ni ignorar la equidad en la distribución de recursos. Los médicos deben definir qué constituye un tratamiento razonable, considerando tanto el bienestar del paciente como su impacto social, respetando la ética y la justicia al tomar decisiones de tratamiento.

Al abordar el posible abandono terapéutico en el contexto del caso de XXX, se refuerza la importancia de equilibrar la autonomía del paciente con la beneficencia y justicia distributiva.

El abandono terapéutico, definido como la decisión de cesar tratamientos considerados inútiles o desproporcionados, destaca el dilema ético entre continuar intervenciones con mínima o

ninguna esperanza de beneficio significativo y la responsabilidad de utilizar los recursos médicos de manera justa y equitativa. Este conflicto subraya la necesidad de un diálogo ético y una toma de decisiones compartida, centrada en el bienestar del paciente, sus valores y objetivos, mientras se considera su impacto en el sistema de salud en general.

Consideraciones éticas en el desarrollo e implementación de avances médicos

Durante las últimas décadas, los avances en ciencia y tecnología, el reconocimiento de la ética como fundamento de la práctica clínica, el reconocimiento de nuevos derechos y los cambios sociales relacionados con la atención de salud han influido fuertemente en el enfoque del manejo de pacientes con enfermedades médicas graves, especialmente aquellas con enfermedad avanzada (28,31,36,37). Al lado de la cama y en la clínica, las consideraciones éticas y legales influyen constantemente en la toma de decisiones. La necesidad de abordar estas consideraciones y al mismo tiempo esforzarse por combinar los aspectos técnicos de la atención con aspectos más humanistas se ha convertido en un desafío fundamental en la práctica de la medicina.

En el caso de XXX, los elementos mencionados se aplican al considerar los avances tecnológicos y científicos, junto con la ética y los derechos emergentes, en la toma de decisiones. La práctica clínica moderna, influenciada por estos avances y el enfoque humanista, requiere un equilibrio entre el uso de tecnologías para extender la vida y el reconocimiento de cuándo las intervenciones pueden no ser beneficiosas. Las decisiones sobre el tratamiento de XXX deben reflejar una consideración ética profunda, respetando su dignidad y derechos, mientras se abordan las complejidades técnicas y 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), por ejemplo:

1. Dilemas al final de la vida: La teoría de dilemas morales de Kohlberg puede ser útil para entender cómo las personas enfrentan decisiones difíciles relacionadas con el cuidado al final de la vida (39,40). Esta teoría sugiere que las decisiones morales se basan en diferentes niveles de razonamiento ético, desde el cumplimiento de normas externas hasta principios éticos universales. En este sentido, analizar desde la ética de la decisión y la teoría de dilemas morales. Se enfoca en cómo las decisiones difíciles en contextos de fin de vida pueden generar conflictos internos y externos, basados en valores, principios éticos y la ponderación del sufrimiento frente a la calidad de vida.
2. Confrontación de la familia con creencias religiosas: La teoría del conflicto cognitivo de Festinger puede aplicarse para examinar la tensión que surge cuando las creencias religiosas de la familia entran en conflicto con las decisiones médicas o los deseos del paciente (41). Según esta teoría, las personas se sienten motivadas a reducir la disonancia cognitiva mediante el cambio de actitudes, creencias o comportamientos. En el caso XXX, se examina el impacto de las discrepancias entre las creencias familiares y las recomendaciones médicas en el proceso de duelo y aceptación.
3. Expectativas de vida del paciente: La teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan enfoca en tres necesidades psicológicas básicas: autonomía, competencia y relacionadas (40,41). Esta teoría puede ayudar a comprender cómo el cumplimiento de estas necesidades influye en las expectativas de vida del paciente y su bienestar psicológico al enfrentar el final de la vida. Además, se considera en el caso del paciente XXX cómo la esperanza, el bienestar psicológico y la resiliencia pueden influir en la experiencia del paciente al enfrentar el final de su vida.

METODOLOGÍA

Descripción del caso

Paciente a quien llamaremos XXX, sexo biológico masculino, joven de edad 27, ingresado en cuidados intensivos tras un accidente de tránsito grave. Presenta múltiples complicaciones, incluyendo 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:

1. **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.
2. **Soporte nutricional:** Continuar con la nutrición enteral adecuada y monitorear la necesidad de ajustes según su estado clínico.
3. **Soporte respiratorio:** Mantenimiento del soporte ventilatorio mecánico, asegurando la comodidad del paciente y ajustando los parámetros según sea necesario para minimizar el daño pulmonar.
4. **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.

5. **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.
6. **Manejo de complicaciones:** Vigilancia y tratamiento activo de nuevas complicaciones como infecciones, deterioro hemodinámico, y alteraciones metabólicas.

Consideraciones éticas y legales

Consultar con un Comité de Ética Hospitalario si surgen dilemas éticos o si la familia solicita orientación adicional en la toma de decisiones. Al momento de sugerir todas las decisiones y acciones estén en conformidad con las leyes sobre cuidados al final de la vida y limitación del esfuerzo terapéutico.

En Colombia, los cuidados al final de la vida y la limitación del esfuerzo terapéutico están regulados por varias leyes y resoluciones que buscan garantizar el respeto a la dignidad, la autonomía del paciente y el derecho a morir dignamente. A continuación, se describen algunas de las principales normativas relacionadas:

1. **Ley 1733 de 2014 (Ley de Muerte Digna):** Esta ley regula el derecho de toda persona a morir con dignidad. Permite al paciente, que padece de una enfermedad terminal, limitar esfuerzos terapéuticos que prolonguen su vida de manera artificial, promoviendo el uso de cuidados paliativos para asegurar una mejor calidad de vida durante el proceso de morir.
2. **Ley 1751 de 2015 (Estatuto del Derecho Fundamental a la Salud):** Esta ley establece la salud como un derecho fundamental y autónomo, incluyendo el acceso a servicios de salud sin discriminación. Aunque no se refiere específicamente a los cuidados al final de la vida, establece un marco general de derechos en salud que incluye el tratamiento digno al paciente.

3. **Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional:** Aunque no es una ley, esta sentencia es fundamental en el contexto de la eutanasia y los cuidados al final de la vida en Colombia. La Corte despenalizó la eutanasia pasiva (omisión de tratamiento para prolongar la vida de un paciente terminal a petición del mismo) y estableció criterios para el derecho a morir con dignidad, abriendo el debate sobre el derecho a la muerte digna y el papel de los cuidados paliativos.
4. **Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social:** Reglamenta la eutanasia en Colombia y establece el procedimiento a seguir para la práctica de la muerte médicamente asistida en pacientes con enfermedad terminal, incluyendo requisitos, procedimientos y conformación de comités interdisciplinarios para la evaluación de cada caso.
5. **Resolución 825 de 2018:** Modifica la Resolución 1216 de 2015, ajustando algunos aspectos del procedimiento para la práctica de la eutanasia, reafirmando el compromiso del Estado con el respeto a la dignidad humana y el derecho a morir dignamente.

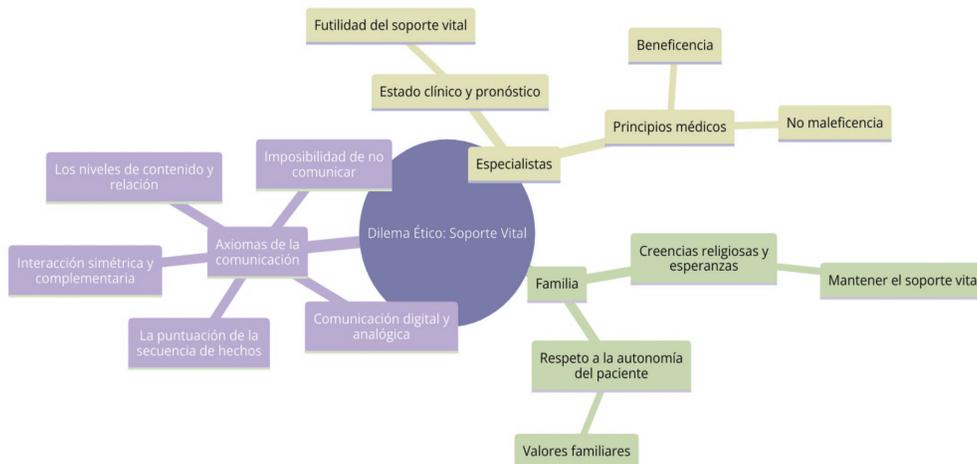
Dilema

Dada la complejidad del caso y el pronóstico reservado, es crucial evaluar continuamente los objetivos del cuidado en relación con la calidad de vida esperada y las preferencias del paciente y su familia. Este enfoque debe ser flexible y adaptarse a los cambios en el estado clínico del paciente, siempre priorizando el alivio del sufrimiento y el respeto por la dignidad del paciente.

El dilema presentado en el caso XXX gira en torno a la decisión de continuar o no el soporte vital. Los especialistas consideran fútil mantener al paciente conectado al ventilador debido a su estado clínico y pronóstico, sugiriendo la desconexión. Por otro lado, la familia, influenciada por sus creencias religiosas y esperanzas, aboga por mantener el soporte vital, creyendo en la posibilidad de recuperación. Este conflicto refleja una tensión fundamental 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

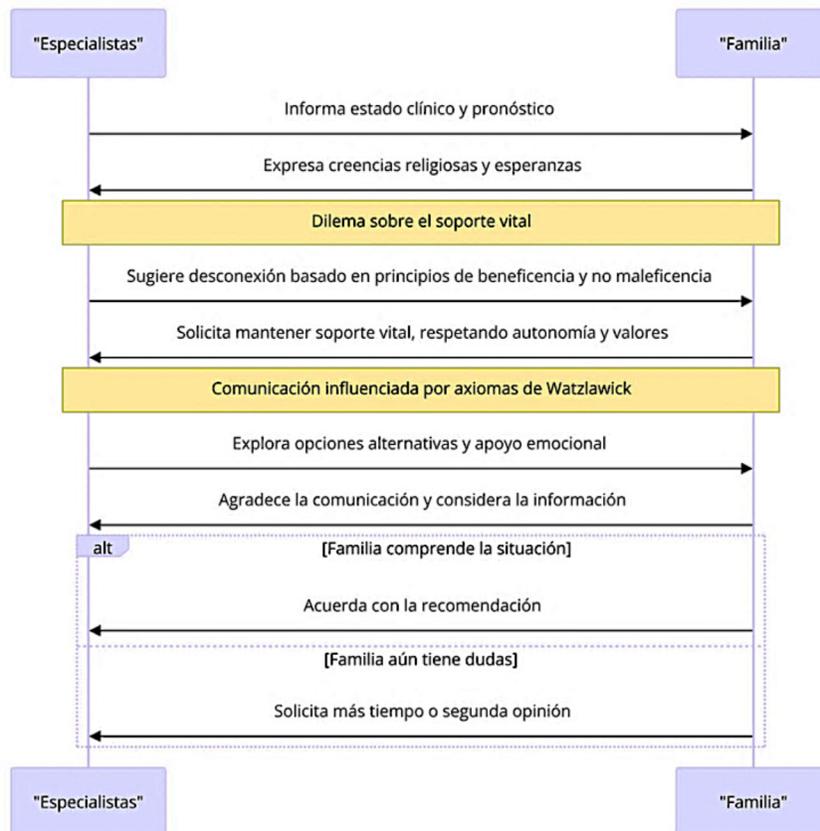


Desarrollo del caso

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

1. Beneficencia: Este principio se refiere a actuar de manera que promueva el bienestar del paciente. En el contexto del caso, la

implementación de medidas para manejar el dolor y otros síntomas, asegurar la nutrición adecuada, y proporcionar soporte respiratorio y holístico, buscan promover el bienestar de XXX y mejorar su calidad de vida dentro de lo posible.

2. **No Maleficencia:** Este principio implica evitar causar daño. En el cuidado de pacientes críticos, esto incluye evitar tratamientos excesivamente agresivos que puedan prolongar el sufrimiento sin una expectativa razonable de recuperación. La consideración cuidadosa en la administración de tratamientos, la evaluación de la sedación para asegurar que el paciente no experimente dolor ni ansiedad innecesarios, y la discusión sobre limitaciones de esfuerzo terapéutico, reflejan este principio.
3. **Autonomía:** Se refiere al respeto por la capacidad del paciente de tomar sus propias decisiones informadas. Dado que XXX se encuentra en un estado vegetativo persistente y no puede expresar su voluntad, la comunicación y toma de decisiones compartidas con la familia se convierten en el medio por el cual se respeta su autonomía. Esto incluye discusiones sobre directivas anticipadas y preferencias de cuidado en base a lo que se conoce o se presume sobre los deseos del paciente.
4. **Justicia:** Este principio implica tratar a todos los pacientes de manera equitativa y justa, asegurando que los recursos y el cuidado sean distribuidos de manera adecuada. En el manejo de XXX, la justicia se refleja en el acceso a cuidados y tratamientos basados en sus necesidades clínicas, sin discriminación y considerando el uso apropiado 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 Por 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:

1. Evaluación continua y comunicación con la familia:

- Realizar reuniones periódicas con la familia para actualizar sobre el estado de salud de XXX, discutir las opciones de cuidado disponibles y reevaluar los deseos y expectativas de la familia respecto a las limitaciones de esfuerzo terapéutico.
- Facilitar la comprensión de la familia sobre la condición de XXX y el pronóstico para tomar decisiones informadas.

2. Manejo del dolor y síntomas:

- Priorizar el control del dolor y otros síntomas molestos para garantizar el máximo confort posible, utilizando medicación adecuada y ajustando las dosis según sea necesario.
- Implementar o continuar con cuidados paliativos que se centren en el alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida.

3. Cuidados de soporte:

- Mantener soporte nutricional y de hidratación adaptado a las necesidades y condiciones del paciente, siempre valorando la proporcionalidad y beneficio del soporte ofrecido.
- Continuar con el soporte respiratorio, evaluando cuidadosamente la proporcionalidad de la ventilación mecánica y las preferencias de la familia sobre su mantenimiento o retiro.

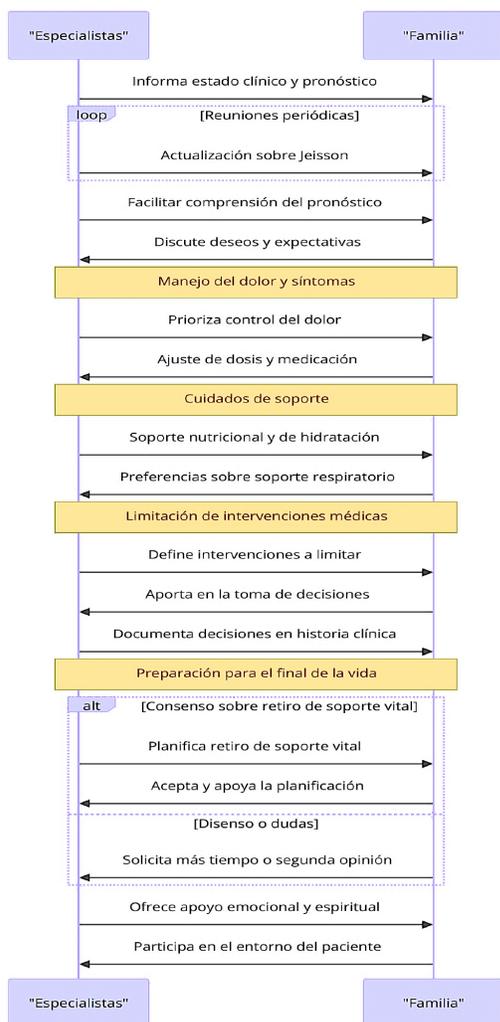
4. Limitación de intervenciones médicas:

- Definir claramente las intervenciones que se van a limitar, como resucitación cardiopulmonar (RCP), ingreso a UCI, uso de fármacos vasoactivos, entre otros, basándose en las discusiones con la familia y el equipo de salud.
- Documentar claramente estas decisiones en la historia clínica del paciente.

5. Preparación para el final de la vida:

- Si se llega a un consenso sobre el retiro de medidas de soporte vital, planificar cuidadosamente este proceso en colaboración con el equipo de cuidados paliativos para asegurar una transición pacífica y sin dolor.
- Ofrecer apoyo emocional y espiritual a XXX y su familia, facilitando la presencia de la familia en el entorno del paciente según deseen y sea posible.

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.

Este plan debe ser implementado por un equipo multidisciplinario que incluya médicos, enfermeras, trabajadores sociales, especialistas en cuidados paliativos y, cuando sea pertinente, capellanes o consejeros espirituales, trabajando juntos para garantizar que el cuidado proporcionado sea integral y respete los valores y deseos del paciente y su familia.

Resolución del Caso

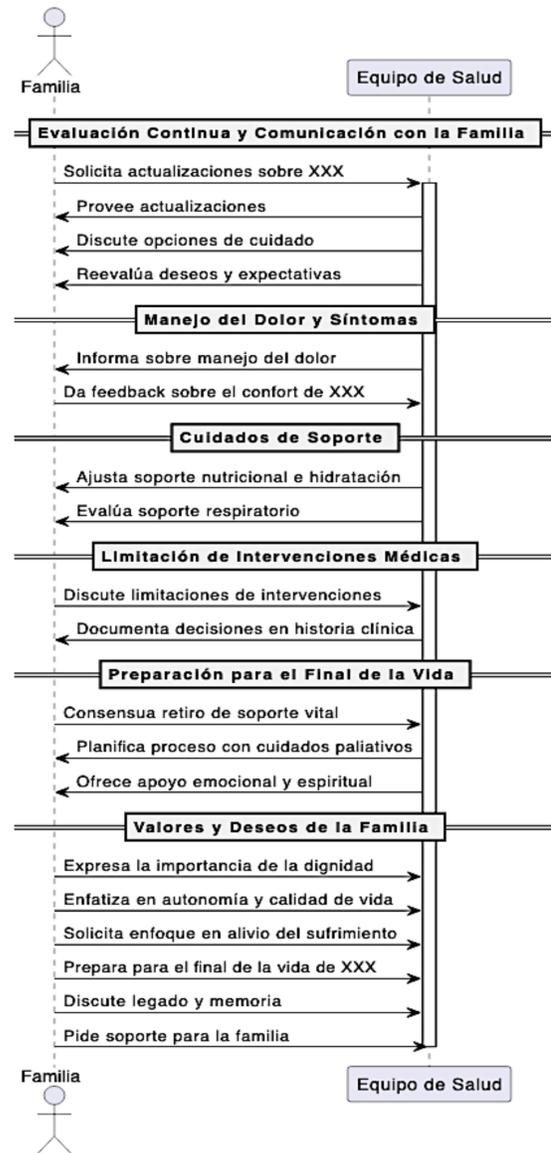
La resolución del caso de XXX culminó con una decisión compartida y consensuada entre los padres del paciente y el equipo médico. Tras deliberaciones profundas y considerando todas las perspectivas y opciones de cuidado, los padres acordaron proceder con una desconexión paulatina de las medidas de soporte vital. Este proceso fue planeado y ejecutado con cuidado para garantizar la dignidad y la comodidad de XXX, reflejando una comprensión y aceptación mutua de la situación entre la familia y los profesionales de la salud. La colaboración y comunicación abierta durante este proceso enfatizan la naturaleza ética y compasiva con la que se manejó el caso, asegurando que las decisiones estuvieran alineadas con los valores y deseos tanto del paciente como de su familia, los cuales fueron manifestados en las alternativas brindadas por el equipo médico:

1. **Dignidad:** Mantener el respeto por la persona del paciente, asegurándose de que se le trate con consideración y honor hasta el final de su vida.
2. **Autonomía:** Respetar la capacidad del paciente y/o de la familia para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento médico y el cuidado en función de sus propias creencias y valores.
3. **Calidad de Vida:** Priorizar la calidad sobre la cantidad de vida, lo cual puede significar evitar tratamientos agresivos o de prolongación de la vida que no contribuyen al bienestar del paciente.
4. **Alivio del Sufrimiento:** Enfocarse en el manejo del dolor y otros síntomas para minimizar el sufrimiento físico, emocional y espiritual.
5. **Preparación para la Muerte:** Permitir que el paciente y la familia se preparen para el final de la vida, incluyendo la realización de cualquier deseo personal o ritual espiritual.
6. **Legado y Memoria:** Considerar las formas en que el paciente puede querer ser recordado, así como cualquier deseo sobre cómo manejar asuntos personales después de su fallecimiento.
7. **Soporte para la Familia:** Proveer apoyo emocional, práctico y, si se desea, espiritual a los seres queridos que se enfrentan a la enfermedad y la pérdida del paciente.

Metodología Basada en Valores en relación con el Cuidado Integral al Final de la Vida (CIFV) Propuesta para el Análisis del Caso

El Cuadro 1 presenta un análisis de distintos modelos éticos aplicados al caso de un paciente en estado vegetativo persistente. Se evalúa si cada modelo aprueba o no la decisión de discontinuar el soporte vital. La Casuística y el enfoque de Verónica Anguita no dan su visto bueno, mientras que los modelos de Thomasma y Pellegrino, James Drane, Diego Gracia, y Bernard Lo sí lo hacen, reflejando un análisis más detallado y considerando los valores, deseos del paciente y familia, y la importancia de un proceso deliberativo para una toma de decisiones equilibrada y práctica.

Diagrama 4. Coordinación de Cuidados Paliativos y Comunicación Familiar para XXX: Un Enfoque Basado en Valores



El diagrama representa la interacción entre la familia y el equipo de salud respecto a 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 INTEGRAL DE ANÁLISIS ÉTICO-CLÍNICO (MIAEC)

Cuadro 1. Comparación de Metodologías de Ética Clínica Aplicadas al Caso de Gestión de Cuidados al Final de la Vida Aplicado al Caso XXX

Modelo	Enfoque	Aplicación al Caso	Visto Bueno
Casuística (1)	Análisis de casos mediante máximas y analogías.	Evaluación de decisiones previas en casos similares para aplicar máximas como "priorizar la calidad de vida" en el contexto del estado vegetativo persistente del caso de XXX	X
Thomasma y Pellegrino (3-6)	Descripción de hechos, valores y resolución de conflictos de valores.	Análisis detallado de los hechos médicos de XXX, los valores en juego y los conflictos entre estos (ej. prolongación de la vida vs. muerte digna), buscando proteger el mayor número de valores relevantes.	✓
James Drane (1,7-9)	Importancia del proceso deliberativo, con análisis racional y volitivo.	Deliberación que combina el análisis racional de las opciones terapéuticas y sus consecuencias, con un análisis volitivo centrado en los deseos y valores del paciente representados por su familia.	✓
Diego Gracia (10,11).	Diferenciación entre momentos deontológicos y teleológicos en la toma de decisiones.	Balance entre las obligaciones éticas hacia XXX (no maleficencia) y los resultados deseados de las intervenciones (mejorar calidad de vida o aliviar sufrimiento), para guiar una toma de decisiones equilibrada.	✓
Bernard Lo (1,4,7,12,13).	Proceso práctico para identificar y resolver dilemas éticos clínicos.	Recolectar información detallada, clarificar los conflictos éticos y resolver el dilema con el equipo de salud y la familia, buscando decisiones mutuamente aceptables sobre la limitación de esfuerzo terapéutico.	✓
Verónica Anguita (7,13-15).	Metodología centrada en la deliberación y la subjetividad en la toma de decisiones.	Valoración profunda de las perspectivas y deseos de la familia de XXX, equilibrando la información médica con las consideraciones subjetivas y emocionales de los involucrados.	X

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.
- Integrar los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.
- Cumplir con los estándares deontológicos médicos.

Aspectos de Fundamentación a Considerar

1. **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.
2. **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).

3. **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.
4. **Deliberación Multidisciplinaria:** Convocar a un comité de ética multidisciplinario, incluyendo especialistas en ética médica, derecho, psicología, y teología, para una deliberación colectiva.
5. **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.
6. **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

1. 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.

2. **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.

3. Deliberación Ética Multidisciplinaria:

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

4. Planificación de Cuidados Personalizados:

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

5. 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.

6. Revisión Continua y Adaptación del Plan:

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

7. Comunicación y Apoyo a la Familia:

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

8. Respeto a la Autonomía y Deseos del Paciente:

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

9. 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:

1. **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.
2. **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.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **Revisión Continua y Adaptación del Plan:** Se haría un seguimiento del plan de cuidados, adaptándolo según las necesidades cambiantes de XXX y su familia.
7. **Comunicación y Apoyo a la Familia:** Se mantendría una comunicación transparente y empática con la familia, ofreciendo soporte en este proceso difícil.
8. **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.

9. Protección de los Derechos del Paciente:

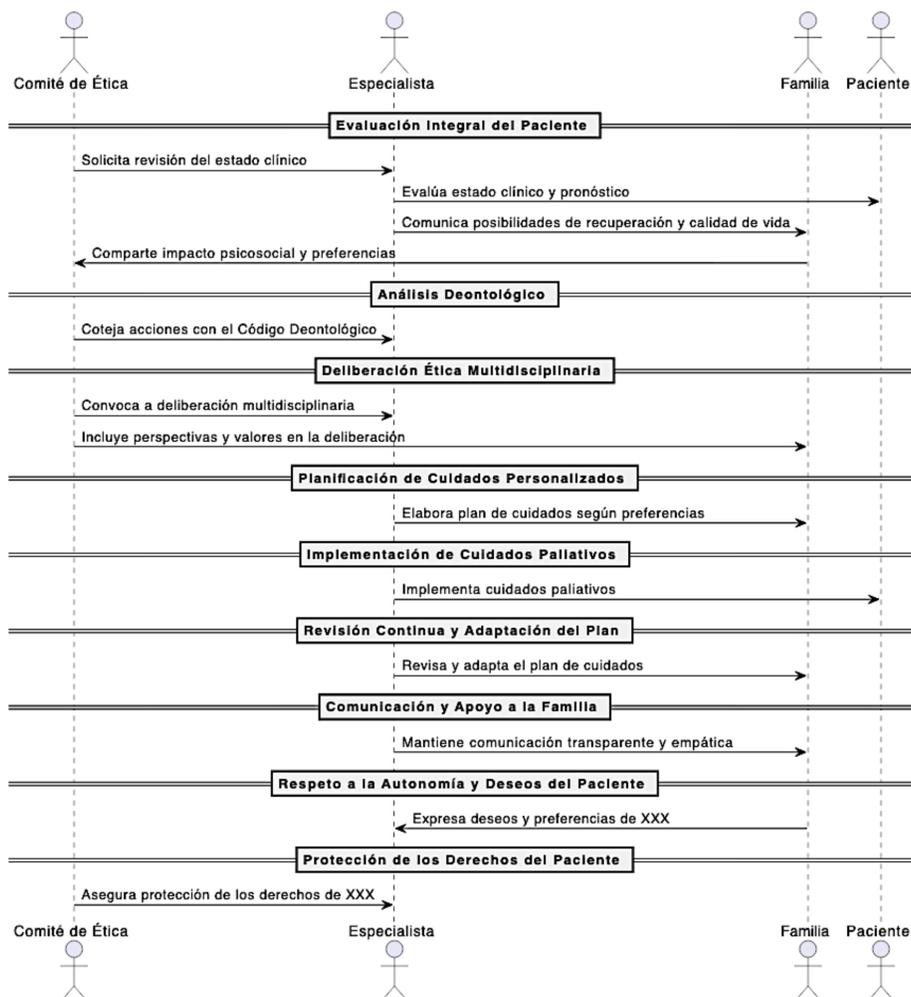
Se velaría por la protección de los derechos fundamentales de XXX, incluyendo su derecho a una muerte digna y a no ser sometido a un sufrimiento innecesario.

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 centra en un manejo ético del caso, alineado con la normativa legal colombiana y los principios bioéticos universales, buscando siempre el bienestar del paciente y el respeto por sus valores y los de su familia. Con relación al análisis del dilema este inicia con el Comité de Ética, que requiere una evaluación integral del paciente, y continúa con la provisión de datos clínicos y pronóstico por parte del especialista. La familia, al recibir información sobre la situación clínica y opciones terapéuticas, comunica los valores y deseos del paciente. El especialista confirma que las decisiones médicas están alineadas con los principios éticos y deontológicos, buscando consenso entre todas las partes. Si hay acuerdo, se presenta y acepta un plan de cuidados personalizado que incluye cuidados paliativos. Este plan es ordenado por el especialista y aplicado al paciente. Se establece un proceso de revisión y adaptación continua del plan de cuidados, informando a la familia de los ajustes realizados. Además, se ofrece apoyo constante y comunicación transparente. La familia tiene la oportunidad de solicitar soporte adicional si es necesario, reafirmando el respeto por la autonomía del paciente y reiterando sus deseos.

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



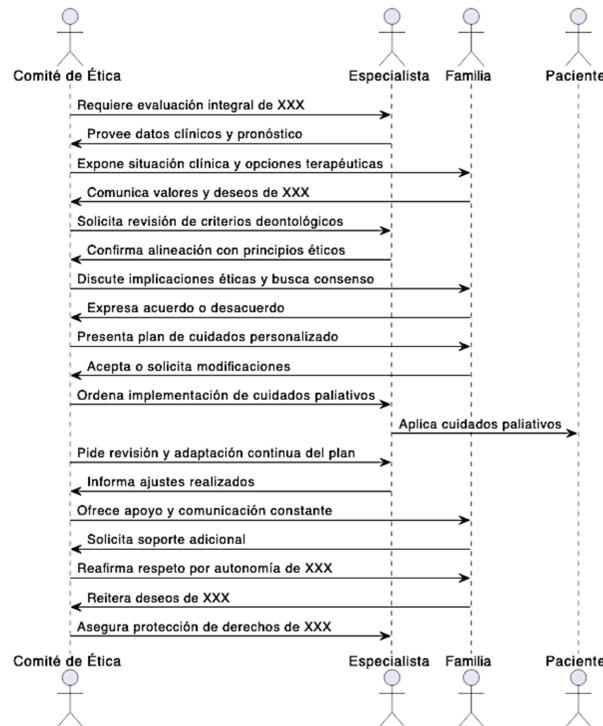
Finalmente, el Comité de Ética asegura que los derechos del paciente están protegidos a lo largo del proceso. El diagrama destaca la importancia de la colaboración y comunicación entre el comité de ética, los especialistas, la familia y el paciente para alcanzar una resolución ética que respete la dignidad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

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.

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



A continuación, un análisis comparativo con las metodologías mencionadas y sus diferencias:

Casuística (1):

- **Aproximación:** La MIAEC utiliza elementos de la casuística en su análisis de casos anteriores y en la aplicación de máximas éticas universales.
- **Diferencia:** A diferencia de la MIAEC, la casuística se centra principalmente en la comparación con casos anteriores, mientras que la MIAEC parece integrar esta comparación dentro de un enfoque más amplio que también incluye deliberación y análisis deontológico.

Thomasma y Pellegrino (3–6):

- **Aproximación:** MIAEC y el modelo de Thomasma y Pellegrino comparten la

importancia de un análisis detallado de los hechos, valores y resolución de conflictos.

- **Diferencia:** MIAEC podría tener un enfoque más estructurado y posiblemente más integral que el modelo de Thomasma y Pellegrino, que se centra más en los aspectos filosóficos de la ética médica.

James Drane (1,7–9)

- **Aproximación:** Ambas metodologías valoran el proceso deliberativo y la importancia de los deseos y valores del paciente.
- **Diferencia:** Mientras que James Drane pone un énfasis considerable en el proceso volitivo, MIAEC parece equilibrar este enfoque con la protección de los derechos del paciente y un análisis deontológico más pronunciado.

Diego Gracia (10,11):

- Aproximación: MIAEC y el enfoque de Diego Gracia comparten la diferenciación entre consideraciones deontológicas y teleológicas, buscando un balance en la toma de decisiones.
- Diferencia: La MIAEC puede aplicar esta diferenciación dentro de un marco más amplio de análisis que incluye un comité de ética multidisciplinario. Además, MIAEC parece ser un marco más comprensivo que integra elementos adicionales como la multidisciplinariedad, la personalización de cuidados y el apoyo emocional y espiritual, así como la protección de derechos en el proceso de toma de decisiones éticas.

Bernard Lo (1,4,7,12,13):

- Aproximación: MIAEC y el modelo de Bernard Lo comparten un enfoque práctico para identificar y resolver dilemas éticos, implicando a múltiples partes en el proceso de toma de decisiones.
- Diferencia: La MIAEC puede ser más integral al incluir una revisión continua y adaptación del plan de cuidados, además de la deliberación ética.

Verónica Anguita (7,13–15):

- Aproximación: MIAEC puede compartir con la metodología de Verónica Anguita la importancia de la deliberación y la subjetividad en la toma de decisiones.
- Diferencia: La MIAEC parece tener un enfoque más integral y estructurado que puede incorporar aspectos objetivos y deontológicos más definidos en comparación con el modelo centrado en la subjetividad de Anguita.

La metodología MIAEC representa un avance significativo en la integración de consideraciones éticas en la toma de decisiones clínicas. Al compararla con métodos previos, destaca por su enfoque sistemático y holístico, el cual permite una evaluación más profunda de las dimensiones éticas, sociales y personales que impactan en el cuidado del paciente. A través de un análisis comparativo con estudios anteriores, se evidencia

que CMECA facilita una deliberación más rigurosa y una justificación ética más sólida para las decisiones clínicas. Sin embargo, es crucial reconocer las limitaciones inherentes a cualquier metodología ética, incluyendo la variabilidad en su aplicación debido a diferencias culturales y contextuales.

Futuras investigaciones deberían enfocarse en adaptar y refinar la CMECA para abordar estos retos, asegurando su aplicabilidad en una diversidad de entornos clínicos y culturales, y promoviendo una práctica clínica que sea éticamente informada y globalmente consciente.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el caso de XXX. Esta afirmación incluye tanto intereses financieros como no financieros que podrían influir directa o indirectamente, o ser percibidos como influencia, en la imparcialidad de la investigación y las conclusiones presentadas en este estudio

REFERENCIAS

1. López Barreda R. Modelos de análisis de casos en ética clínica. *Acta Bioethica*. 2015;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;24(4):517-27.
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. Disponible en: <https://books.google.es/>
6. Thomasma DC, Pellegrino ED. Philosophy of medicine as the source for medical ethics. *Metamedicine*. 1981;2(1):5-11.
7. Drane JF. Methodologies for clinical ethics. *Bull Pan Am Health Organ PAHO* 24 4 1990. 1990. Disponible en: <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;6(1):20-9.
9. Drane JF. A methodology for making ethical health care decisions. *Health Prog St Louis Mo*. 1986;67(8):36-37.

10. Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. *Med Health Care Philos.* 2003;6:227-33.
11. Gracia D. Deliberation and consensus. *SAGE Handb Health Care Ethics Lond UK SAGE Publ.* 2011;84-94.
12. Lo B. Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=vyyFh8xoGHUC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Bernard+Lo+AND+clinical+AND+dilemmas&ots=WgG6JSNfLI&ig=9CfjHAnMZvO_5sqAKD7ZWYWi6E
13. Cohen D, Dasgupta R. Clinical Dilemmas. En: Rané A, Dasgupta R, editores. *Urinary Tract Infection.* London: Springer London; 2013.p.25-32. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/978-1-4471-4709-1-3>
14. Correa FJL, Simó RM, Schmidt L, Anguita V. Análisis de casos ético-clínicos. Disponible en: https://www.academia.edu/download/51723314/FLC_CASOS_CEA_FELAIBE.pdf
15. Drane JF. *Clinical bioethics: Theory and practice in medical ethical decision-making.* Rowman & Littlefield; 1994. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=tkorYKYJgF4C&oi=fnd&pg=PR8&dq=James+Drane&ots=rSyacz7Aey&sig=Cl_npSpGP-3FvaZnow3Jfathjzc
16. Cuevas García J. Actitudes y percepciones sobre los cuidados al final de la vida en adultos mayores. *Proy Investig.* 2023. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/136656>
17. Álvarez Cristancho FS, Villegas Castillo SZ. Dolor psíquico, sufrimiento psíquico y enfermedad grave e incurable derivada de afección psíquica. ¿Son válidas para acceder a la eutanasia en Colombia? 2023. Disponible en: <http://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/26309>
18. Mariño González CL. La eutanasia y el derecho a una muerte digna [Internet] [B.S. thesis]. 2023. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17085>
19. Amo Usanos R. Bioética y cáncer. Vol. 33. Universidad Pontificia Comillas; 2020. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=9dPWEEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=La+comunicaci%C3%B3n+abierta+y+la+toma+de+decisiones+compartida+entre+proveedores+de+atenci%C3%B3n+m%C3%A9dica,+pacientes+y+familias+evitar%C3%ADan+muchos+de+los+dilemas+%C3%A9tA9ticos+en+la+atenci%C3%B3n+al+final+de+la+vida.+Sin+embargo,+incluso+si+la+informaci%C3%B3n+m%C3%A9dica+fuera+proporcionada+y+comprendida+adecuadamente+por+el+paciente,+es+s%C3%B3lo+un+factor+entre+otros+que+influyen+en+una+decisi%C3%B3n+final.&ots=DPsUPN7eJr&sig=TDQqqX_TgL0Cq7YwYWKZRkIR5dA
20. Stepke FL, Yunta ER. Bioética y humanidades médicas Lecturas complementarias. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Fernando-Lolas-2/publication/348415410_LolasRodriguez_BIOETICAHUMANIDADES/links/5ffda5b8299bf140888cec2e/LolasRodriguezBIOETICAHUMANIDADES.pdf
21. Gómez Valcárcel BM. Dejarse cuidar: un imperativo ético en la profesión sanitaria. 2022. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/75134/TFM001742.pdf?sequence=1>
22. Lima KM de A, Maia AHN, Nascimento IRC do. Comunicación de malas noticias en cuidados paliativos en la oncopediatria. *Rev Bioét.* 2020;27:719-727.
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-Vírveda C, De Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. *BMC Med Ethics.* diciembre de 2020;21(1):50.
25. Valera L, Carrasco MA. Manual de ética aplicada: de la teoría a la práctica. Ediciones UC; 2021. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6EUvEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Por+un+lado,+definitivamente*quiere+morir.+Por+otro+lado,+sin+embargo,+todav%C3%ADa+quede+en+m%C3%AD+m%C3%AD+demasiada+fuerza+vital+f%C3%AD+sica+e+intuitiva.+\(%E2%80%A6\)+%C3%89se+es+el+dilema+que+estoy+viviendo:+racionalmente+quieres+morir,+pero+al+mismo+tiempo,+existe+esa+voluntad+inquebrantable+de+vivir,+que+me+hace+sentir+como+si+estuviera+siendo+a+rastrado+en+dos+direcciones+%5Bsimult%C3%A1neamente%5D%E2%80%9D&ots=56Mu9NP1-p&sig=OfmzkdfUCy5vE2c4XoXmLQPJa6M](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6EUvEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Por+un+lado,+definitivamente*quiere+morir.+Por+otro+lado,+sin+embargo,+todav%C3%ADa+quede+en+m%C3%AD+m%C3%AD+demasiada+fuerza+vital+f%C3%AD+sica+e+intuitiva.+(%E2%80%A6)+%C3%89se+es+el+dilema+que+estoy+viviendo:+racionalmente+quieres+morir,+pero+al+mismo+tiempo,+existe+esa+voluntad+inquebrantable+de+vivir,+que+me+hace+sentir+como+si+estuviera+siendo+a+rastrado+en+dos+direcciones+%5Bsimult%C3%A1neamente%5D%E2%80%9D&ots=56Mu9NP1-p&sig=OfmzkdfUCy5vE2c4XoXmLQPJa6M)
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. Disponible en: <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.* 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.* 2021;35(8):1434-1451.
 30. Calvo Orozco DE. La bioética global de Van Rensselaer Potter. [PhD Thesis]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/25942>
 31. Vallverdú J. Transhumanismo: El futuro de la moral. 2022. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/687809>
 32. Dye C. The Great Health Dilemma: Is Prevention Better Than Cure? Oxford University Press; 2021. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GxUuEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=+The+saying+%E2%80%9Cprevention+is+better+than+cure%E2%80%9D+well+expresses+the+foundation+of+this+expansion&ots=BH9tT4g9a4&sig=dwMkrkDv-ugb67tkouy1eFx6iOs>
 33. Clark PA. Medical futility: Legal and ethical analysis. *AMA J Ethics.* 2007;9(5):375-383.
 34. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Christian virtues in medical practice. Georgetown University Press; 1996. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Z-hjnQndfGIC&oi=fnd&pg=PP17&dq=The+justification+of+medical+treatments+on+the+basis+of+the+weighing+of+benefits+and+burdens+and+the+appropriate+use+of+medical+resources+is+firmly+rooted+in+the+Catholic+moral+tradition+of+the+distinction+between+ordinary+and+extraordinary+means.&ots=TuHcUX bBgS&sig=sCHR8lgiAjLd wvg6xvIs7qwxuIc>
 35. Devettere RJ. Practical decision making in health care ethics: Cases and concepts. Georgetown University Press; 2009. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=8qV97zgNKqAC&oi=fnd&pg=PR1&dq=The+justification+of+medical+treatments+on+the+basis+of+the+weighing+of+benefits+and+burdens+and+the+appropriate+use+of+medical+resources+is+firmly+rooted+in+the+Catholic+moral+tradition+of+the+distinction+between+ordinary+and+extraordinary+means.&ots=Ua0VZa2OeR&sig=dFkIcAksBvg GDXj9zpLec8TSwRg>
 36. Lesage P, Portenoy RK. Ethical challenges in the care of patients with serious illness. *Pain Med.* 2001;2(2):121-130.
 37. Tulchinsky TH, Varavikova EA. Health technology, quality, law, and ethics. *New Public Health.* 2014;771.
 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):143-153.
 39. Sheehan TJ, Husted SDR, Candee D, Cook CD, Borgen 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;842-858.
 41. Harmon-Jones E, Mills J. An introduction to cognitive dissonance theory and an overview of current perspectives on the theory. In: Harmon-Jones E, editor. *Cognitive dissonance: Reexamining a pivotal theory in psychology.* 2nd edition. Am Psychol Assoc. 2019.p.3-24.