
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Caracterización de la Proporcionalidad Terapéutica desde una perspectiva Bioética: Una revisión bibliográfica.

Sebastián A. Haro G.¹, Derek U. Gützlaff I.², Matías A. Jara V I.³,

¹Becado de Medicina Interna, Hospital del Salvador, Universidad de Chile, Santiago, Chile

²Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

³Médico Cirujano, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El desarrollo vertiginoso en la técnica médica ha traído a discusión con mayor frecuencia los aspectos éticos de los tratamientos. Si bien es evidente que la gravedad potencial de una entidad patológica debe relacionarse con un abordaje terapéutico de intensidad acorde, no es raro que a opinión experta dicho manejo no siempre es proporcional, pudiendo ser una causa de daño físico, psicológico o social que no justifica su uso para tratar la patología primaria. Esta situación hace imprescindible una reflexión profunda sobre su concepción e implicaciones. **DESARROLLO:** El concepto clave hallado en múltiples definiciones fue "equilibrio", eje central a la hora de abordar el concepto de forma correcta. Respecto a los criterios, deben integrarse miradas clínicas y económicas, así como también aspectos esencialmente humanos, situando al paciente en el centro del abordaje. **CONCLUSIONES:** No existe un abordaje universal y sistematizado que unifique la *lex artis* respecto al tema en cuestión. La humildad en reconocer los límites de la medicina actual debe ir de la mano con reflexiones cada vez más integrativa de las distintas esferas que en su conjunto definen al paciente tratado y la debida proporcionalidad de dicho tratamiento. Este nuevo enfoque debe, además, ser parte integral de la atención clínica cotidiana y no solo limitar su potencial pertinencia en el ámbito de los cuidados paliativos y del fin de vida.

PALABRAS CLAVE: Bioética; futilidad médica; proporcionalidad terapéutica; cuidados paliativos; *lex artis*.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The vertiginous development in medical technique has brought the ethical aspects of treatments more frequently into discussion. Although it is evident that the potential severity of a pathological entity must be related to a therapeutic approach of corresponding intensity according to severity, it is not uncommon that, in an expert opinion, the treatment is not always proportional, and may be itself a cause of physical, psychological or social damage that does not justify its use to treat the disease. These situations need a deep reflection on its conception and implications. **DISCUSSION:** The key concept found in multiple definitions was "balance", the central axis when addressing the concept correctly. Regarding the criteria, clinical and economic perspectives must be integrated, as well as essentially human aspects, placing the patient at the center of any approach. **CONCLUSIONS:** There is no universal and systematized approach that unifies the *lex artis* to the subject in question. The humility in recognizing the limits of current medicine must go together with considerations of the different areas that as a whole define the treated patient, and the proportionality of his/her treatment. This new approach must also be an integral part of daily clinical care and not only limit its potential relevance in the field of palliative and end-of-life care.

KEYWORDS: Bioethics; decision making; medical futility; withholding treatment; attitude of health personnel; palliative care..

INTRODUCCIÓN

La atingencia al prescribir un tratamiento no es un tema contemporáneo. Si bien los avances actuales permiten prolongar en gran medida el curso de una patología, es trascendental identificar cuando estos esfuerzos resultan más en la prolongación de un sufrimiento que en un tratamiento adecuado(1). El equilibrio entre el costo y el beneficio de estos abordajes debe, por tanto, ser armonioso y proporcionado. Si los problemas derivados de la intervención resultan mayores que las soluciones que provee, es innegable que el paciente está recibiendo un daño derivado de la atención médica(2). Si bien tradicionalmente un objeto de análisis en las unidades de paciente crítico, evaluar la proporcionalidad de los tratamientos indicados debería constituirse un ejercicio transversal en la medicina, en tanto su aplicabilidad real abarca a todos los aspectos de esta, incluyendo tanto la solicitud como el retiro de exámenes de laboratorio, procedimientos imagenológicos, tratamientos y aspectos nutricionales, entre muchos otros(2,3,4).

La conducta médica integral debe considerar tanto el deber clínico de preservar la salud como la sabiduría humana de aceptar la muerte(5), delimitando por tanto las intervenciones médicas consideradas como éticamente obligatorias de las que no lo son(6). El proceso deliberativo por el cual se determina y distingue entre lo obligatorio, lo lícito, lo optativo y lo ilegítimo, se consolida en el estudio en torno al llamado "principio de proporcionalidad terapéutica" (PPT). El PPT es aquel por el cual existe la obligación moral de implementar sólo aquellas soluciones terapéuticas que guarden la debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible(7). Es el determinar cual es el punto en el cual el equilibrio se rompe el que ha sido objeto de debate desde prácticamente el albor de la medicina (8).

COCEPTUALIZACIÓN DEL PPT

El Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (SMS), al referirse al PPT, contextualiza que "los beneficios esperados para un paciente con un determinado diagnóstico y pronóstico tienen que guardar proporción con el esfuerzo terapéutico, los sufrimientos del paciente, los costos de toda índole involucrados y los riesgos asumidos"(9). De ello se desprende que un abordaje proporcional requiere dominios técnicos, éticos, sociales y económicos, diferenciando medidas esenciales y ordinarias de las derivadas y extraordinarias(10), como también la utilidad del abordaje, las alternativas disponibles, el cambio pronóstico secundario al procedimiento evaluado y sus costos, tangibles e intangibles(11), siendo considerado

también por algunos autores como "la opción que prometa maximizar los bienes como la vida, la salud o la alegría, frente a los males como la muerte, la enfermedad o la tristeza"(12) incluyéndolo dentro del principio de beneficencia, lo cual tampoco está exento de crítica. En definitiva, el acto proporcional es dinámico tanto en el corto plazo en relación al estado del paciente, como en el largo, en relación a mejoras técnicas y cambios culturales(13).

Un caso interesante lo proporciona la jurisprudencia nacional, incluyendo al PPT en el marco del principio de autonomía en tanto legitima la decisión personal de negarse a un tratamiento con pocas garantías de efectividad, pero aun esto entra en conflicto con la normativa vigente del derecho familiar, que explicita que "ante un niño que padezca de alguna enfermedad que irremediablemente acarreará su muerte, si existe un tratamiento susceptible de ofrecer alguna posibilidad de sobrevida, ese tratamiento debe aplicarse hasta su agotamiento con los recursos humanos y médicos disponibles"(14).

Al prescribir un medicamento o un procedimiento, el clínico en definitiva considera que los beneficios percibidos por el abordaje son mayores que los riesgos derivados de este, pero en ningún caso puede olvidar que estos últimos existen(15). El tratar una enfermedad pese a determinar a la misma fuera del alcance terapéutico no es inconsecuente, en tanto la calidad de vida del paciente y sus familiares puede deteriorarse por el mismo(16) independiente de la condición estrictamente clínica derivada de su uso, puesto que los determinantes sociales de la enfermedad cumplen un rol crítico en el análisis integral de estos casos(17). El determinar cuando la condición del usuario es "reversible" es clave en la aproximación terapéutica, puesto que para juzgar adecuadamente la proporcionalidad es imperativo el tener el dominio técnico suficiente para reconocer la situación del enfermo(18). En caso de que la enfermedad sea irreversible, debe tenerse especial precaución, puesto que la prescripción farmacológica en busca de una mejora sintomática puede acarrear costos psicológicos, económicos, sociales e incluso médicos al paciente que en principio se intenta cuidar(19).

La perspectiva biomédica tradicional tiende a operar exclusivamente en base al aspecto clínico. Para aplicar correctamente el PPT es imprescindible el análisis integral y global del tratamiento, más en línea con los abordajes biopsicosociales contemporáneos(20). Se pretende enmarcar el tratamiento proporcionado como uno de los tantos principios rectores de la medicina, en especial en los aspectos paliativos, la cual reconoce que al determinar imposible la intención curativa, el eje de la atención médica debe persistir centrado en la calidad de vida, y de muerte, del paciente(21), en directa oposición a los actos

médicos fútiles. Se dice que una acción es fútil cuando su grado de éxito es negligible, o derechamente nulo(22), atentando directamente contra el principio de beneficencia, ya que nada aportaría a bienestar del paciente(23). Términos relacionados son el encarnizamiento terapéutico y la distanasia, implicando el primero intrínsecamente una intencionalidad perniciosa del médico tratante(24), y el segundo restringiendo el escenario a los cuidados de fin de vida. El análisis semántico de dicha terminología no es trivial, y si bien fuera del espectro de este documento, es importante considerar que fomentan la confusión entre opiniones y hechos objetivos, pudiendo incluso tener repercusiones en la relación médico-paciente(25).

Los resultados en torno al análisis del concepto de PTT se organizan a continuación de modo de plantear una definición operacional del mismo (Tabla 1)

CRITERIOS POR CONSIDERAR EN EL PTT

Por su misma naturaleza, probablemente sea imposible el reglamentar de manera universal el PTT, en tanto su aplicación concreta depende de cada caso particular, pese a que las definiciones se aúnan en procurar evitar un abordaje fútil(1), pero aun así resulta indispensable un marco objetivo ante el cual estandarizar recomendaciones generales. Antiguamente, se distinguían las medidas terapéuticas y las decisiones que habían de tomarse sobre ellas en *ordinarias* o *extraordinarias*(10), siendo las primeras terapias de uso habitual en contraste con las segundas, descritas como experimentales y/o excepcionales(26). Dicha diferenciación obedecía a criterios más teológicos que científicos, y con frecuencia entraba en conflicto con los métodos utilizados, los recursos y su disponibilidad para llevarlos a cabo y el propio avance científico que ha tornado muchas medidas antiguamente consideradas extraordinarias en abordajes de común usanza(27).

La SMS actualiza la definición de cuidados ordinarios refiriéndose a aquellas medidas que engloban los cuidados de carácter imprescindible para preservar la fisionomía basal, y medicamentos/procedimientos de control sintomático con pocos efectos adversos descritos(9), pero aún estas medidas básicas pueden ver cuestionada su atinencia en casos donde el compromiso de conciencia impide la toma activa de decisiones y el deceso es próximo en el tiempo(28). Una mención especial requiere el uso de anestésicos en cuidados paliativos, sobre todo con el llamado "doble efecto", esto es la remisión sintomatológica conjunta al acortamiento de la vida del paciente sufriente, donde la brecha entre lo ordinario y lo extraordinario se desdibuja aún más(29). La

clínica contemporánea, por tanto, requiere un abordaje gradual, carente de la dicotomía del sistema previo, que permita considerar las circunstancias y los recursos disponibles(30)

El PTT se erige como un espacio de análisis cuyos criterios acogen estos considerandos, no centrándose exclusivamente en la metodología del quehacer médico, sino que en el paciente y su contexto biopsicosocial. La pertinencia de un abordaje no depende tanto de las características del primero, sino de las circunstancias objetivadas en que se encuentre el segundo(31). El advenimiento de la dignidad y la honestidad como nuevos principios básicos de la ética clínica tienen especial lugar en este análisis(32), en tanto el médico no puede imponer un tratamiento que podría o no ser ventajoso, es el paciente quien debe elegir si acceder o no a un abordaje de tales características(14). Indudablemente, para valorar la situación clínica de forma criteriosa es imprescindible tener la mayor certeza posible del diagnóstico y sus implicancias, en tanto este es el eje en el que se articulan las decisiones médicas subsecuentes sobre las que se realizara el juicio de proporcionalidad. Dicho juicio necesita por lo suprascrito tanto criterios cuantitativos/técnico-médicos como cualitativos/psicosocioemocionales(33).

Esta necesaria estandarización, por la naturaleza misma del PTT, no es sujeta de una línea absoluta para aplicarla, dando lugar a una miríada de consideraciones. Sin embargo, todas en mayor o menor medida abarcan la valoración clínica de las alternativas disponibles, la dificultad propia de las mismas, los riesgos derivados, la viabilidad del método, las tasas de éxito, el pronóstico ligado a cada opción y sus costos sociales, personales y económicos para el paciente, su familia y el equipo clínico(1,5,8,9). De esto se desprende que un tratamiento proporcionado pueda dejar de serlo según la visión de mundo de cada paciente, pese a compartir un contexto clínico homologable. El juicio proporcional por tanto no puede excluir a quien padece la enfermedad, sobre todo considerando la inexistencia de normas universalmente validas obre la obligatoriedad moral de algunas intervenciones en patologías avanzadas, cobrando especial relevancia el consentimiento informado del paciente facultado de juicio y discernimiento, sin importar su edad(34). Esto es importante en tanto los jóvenes son frecuentemente excluidos de la toma de decisiones, cuando lo éticamente adecuado sería hacerlos partícipes de manera prudente, dando soporte y herramientas a los padres para una reflexión y decisión conjuntas(35).

La información proporcionada puede condensarse en que un juicio de proporcionalidad óptimo debe necesariamente incluir algunos aspectos, por mucho que las consideraciones específicas de los mismos cambien (9). Estos tópicos pueden sistematizarse en:

- a) Razones científicas.
- b) Razones técnicas.
- c) Razones económicas.
- d) Estado espiritual del paciente.
- e) Relaciones familiares del paciente
- f) Proyectos del paciente.
- g) Su expresa voluntad cuando ella es manifestada con plena lucidez y libertad.

Estos tópicos pueden sintetizarse en cuatro criterios (Tabla 2) los cuales pueden ser de utilidad en la guía de la decisión clínica. En suma, lo proporcional o desproporcionado resulta de un juicio global del acto médico, excluyéndose de dicho análisis aquellos actos que por su naturaleza misma son siempre ilícitos(36).

La complejidad del proceso deliberativo conducente a la toma de decisiones proporcionales puede ser bastante alta, por lo que se han desarrollado métodos para hacer más ameno el proceso. Diego Gracia, en su sistema de las cuatro cajas provee de una esquematización que permite una visión amplia de la situación integral del paciente, invitando a considerar las circunstancias y las consecuencias de las potenciales decisiones tomadas, para su posterior desarrollo contrastando los principios y valores éticos en conflicto(37).

Los cuatro tópicos propuestos se relacionan entre sí, y son (Tabla 3)

- a. Indicaciones médicas
- b. Preferencias del paciente
- c. Calidad de vida
- d. Hechos contextuales que circundan el caso.

Finalmente, la futilidad clínica también puede sistematizarse con el uso de criterios objetivos para evaluarla. No es sorpresa que dichos criterios sean relativamente opuestos a los antes descritos, y como tales pueden contribuir a un juicio proporcional adecuado. Un análisis acabado de estos criterios escapa del espectro de esta revisión, pero a modo operacional, se plantean el acto médico clínicamente ineficaz o sin proporcionalidad entre el beneficio y riesgo determinados y factores biopsicosociales desfavorables(38).

ABORDAJES Y SOLUCIONES EN LA TOMA PROPORCIONAL DE DECISIONES MÉDICAS

La deliberación ética implica intrínsecamente el análisis transversal de la situación clínica en cuestión, en donde es

imprescindible establecer una jerarquía respecto a los principios a considerar, siendo el piso mínimo durante la evaluación preliminar que la intervención no genere daño ni sea injusta previo al análisis normativo(39). Al regirnos por el PTT el clínico debe cuestionarse si hacer todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable, la atención mínima basada en la justicia y la dignidad y lo que la legislación vigente establece como legal(40)

El método expuesto previamente expone de manera clara la situación para simplificar el análisis, respetando los imperativos éticos subyacentes a cada equipo clínico y al paciente en cuestión, ilustrando los principales aspectos a considerar a la hora de ejercer un juicio proporcional en forma de una serie de preguntas que guían la reflexión del caso(41). Un ejemplo usual es el abordaje proporcional del paciente en cuidados paliativos: ¿Se está aliviando su sufrimiento, o acelerando su muerte?(42).

Al ejecutar el método es fácil en caer dentro del paternalismo clínico en pro de simplificar la ejecución y en ocasiones, el mismo análisis del caso, lo cual a la larga es una vulneración a los mismos derechos y criterios que se intentan resguardar(43). El respeto a la empatía, la moral y la prudencia en el acto clínico son angulares en una correcta aplicación, relacionándose sobre todo con los principios éticos de la autonomía y la dignidad. Al respecto, se puede decidir entre mantener el tratamiento propuesto o tomar medidas menos invasivas o agresivas, lo que se considera una “limitación del esfuerzo terapéutico” (LET). El LET implica la omisión o cese de abordajes médicos sin intención de causar la muerte, sino de vivirla dignamente, designando un techo máximo a las medidas que se tomaran en caso que el estado del paciente deteriora(44).

El juicio proporcional y el LET se consideran en contextos clínicos ominosos, los que sin duda contribuyen a dificultar aún mas el proceso deliberativo y la percepción de este por los distintos actores participantes(45). Los aspectos legales y la firma de diversos documentos no hacen sino reforzar un ambiente hostil para el paciente y sus familiares, corriendo el riesgo de deteriorar inmensamente el vínculo médico-paciente/familiares si el clínico no actúa con la debida empatía y humanidad ante el sufriente. No es raro que la burocracia se interprete como un burdo intento de eximir de responsabilidades al equipo clínico por sobre documentar una decisión conjunta de forma transparente, sobre todo si el proceso no fue realizado de manera adecuada(46). Una comunicación efectiva con el paciente y los suyos contribuye en cimentar la confianza en el relato médico de la situación clínica y una actitud más favorable a conversar sobre las alternativas disponibles, de modo que la decisión resultante, lejos de ser impositiva, sea una resolución integral, pluralista y bien respaldada tanto desde lo biomédico como desde lo psicosocial(47).

CONCLUSIÓN

El profesional no debe olvidar que el contexto de pérdida origina un duelo en el paciente, un proceso dinámico con etapas superpuestas y no siempre presentes del cual es muy difícil tener expectativas y pronósticos, puesto que su desarrollo es muy dependiente de la personalidad, experiencias y contexto propio de quien lo padece. Una respuesta inicial hostil puede dejar de serlo si se provee del tiempo y ambiente adecuados(48).

El tratante no debe olvidar que su objetivo es proporcionar un tratamiento que se adecue al contexto propio del paciente. En caso del paciente terminal, es una muerte digna, sin buscar ni acelerarla ni posponerla, siempre dentro del margen medicolegal vigente(49). Las decisiones deben ser consensuadas y contextuales, e incluso los mismos principios bioéticos no deben aplicarse de forma absoluta, sino que ponderarse de manera singular, entendiendo que cada individuo tiene su propia historia, valores, creencias y contextos derivados de entornos físicos, psicológicos y socioculturales particulares, pero aun así es posible ofrecer guías generales concretas para una solución deliberativa aceptable(50,51,52):

- 1) La toma de decisiones, sobre todo las paliativas y concernientes al LET, deben ser acordadas y no impuestas. Para ello, son útiles reuniones con el paciente y su familia, de ser posible en un ambiente tranquilo que invite al dialogo.
- 2) Entregar a la familia copias de cualquier documento que se firme, a la vez que un informe escrito que detalle todo lo que se habló con ellos a modo de acta
- 3) Es esencial el respeto a los tiempos propios de cada grupo familiar. Algunos incluso no querrán hacer dudas respecto a la situación, no porque estas no existan, sino porque no están listos para asimilar más información en ese momento.
- 4) El médico tratante podría no tener las herramientas comunicativas para hacer frente a casos mas complejos. En estas situaciones, admitir que el escenario sobrepasa las capacidades es un acto de humildad y profesionalismo, como también lo es recurrir a expertos externos que brinden asistencia, incluyendo incluso en casos seleccionados al comité ético-asistencial multidisciplinario del centro, si este existiera.

El PTT puede definirse sintéticamente como el equilibrio en la conducta medica con relación al tratamiento proporcionado, considerando un enfoque biopsicosocial que entregue una solución integral al problema clínico, contando como unidad operativa la triada equipo sanitario-paciente-familia. Es básico determinar la utilidad del abordaje, considerando para ello sus riesgos, beneficios, dificultad técnica, alternativas disponibles y la futilidad potencial, pero también los costes económicos, sociales y la opinión del paciente.

El tratamiento proporcional resulta inexorablemente de un juicio global de la situación del paciente y no solo en relación del aspecto biomédico. El pensamiento utilitarista no tiene cabida al aplicar el PTT, en tanto la decisión proporcional con frecuencia dista de ser la que busca una "utilidad" concreta, sino que aquella que es mas adecuada para todas las partes involucradas, determinada en equipo tras un proceso deliberativo en constante evolución, en evidente reflejo con el hecho que la misma condición del paciente es a su vez evolutiva. Este acuerdo, si bien complejo, puede favorecerse con medidas concretas que todo profesional sanitario se beneficiaria de conocer para la toma de esta y otras decisiones delicadas.

En el contexto de medidas tecnológicas cada vez más complejas que permiten prolongar la vida es prudente el mantener una visión crítica constante respecto tanto a su implementación como a su retiro.

Proporcionalidad Terapéutica	
Equilibrio de la conducta médica en relación con el tratamiento aplicado a un paciente, considerando variables técnicas, bioéticas y sociales, que determine un manejo que otorgue bienestar, calidad de vida y ayude al buen morir.	
Principios Fundamentales	Unidad de Acción
1) Beneficencia 2) Autonomía 3) No maleficencia	Tríada: Equipo de Salud-Paciente-Familia
<i>Tabla 1: Definición conceptual de la Proporcionalidad Terapéutica desde una perspectiva bioética.</i>	

Tabla 1: Definición conceptual de la proporcionalidad terapéutica desde una perspectiva bioética.

Criterio	Descripción	Observaciones
De la inutilidad del tratamiento	El médico no está obligado a proporcionar al paciente tratamientos fútiles (que no curen la enfermedad ni sus síntomas), existiendo un deber moral de implementar aquellas útiles o necesarias (beneficiosas) al efecto buscado. También puede usar aquellas que alivien el dolor.	Dificultad de determinar la utilidad de un tratamiento. Avance constante según la nueva evidencia disponible, por lo que no basta por sí solo para determinar la proporcionalidad del tratamiento analizado.
De la opinión del paciente	El paciente competente, informado de su situación y que comprenda cabalmente la misma tiene una opinión formada sobre el tratamiento con un rol determinante en la decisión final. Toma en cuenta el sufrimiento psicológico y moral del paciente.	Íntimamente relacionada con la objeción de conciencia (ej: jerarquización de derechos, disponibilidad de vida por razones religiosas, etc.). En el contexto de fin de vida es importante comprender que la autonomía se eleva potencialmente al rango de "no maleficencia"
De la calidad de vida	Considera la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente. Reconoce mecanismo que inciden negativamente en la calidad de vida, y busca promoción del mayor bienestar posible.	Para poder evaluarse de manera correcta es imprescindible tanto la excelencia técnica de la atención como la excelencia interpersonal en el desarrollo del vínculo médico-paciente. Quien padece la enfermedad debe analizar las consecuencias de esta en su cotidianidad sin coerciones ni exhortaciones.
Del costo asociado	Aspecto que involucra la salud social y familiar. Es cuestionable la obligación moral de mantener medidas de tratamiento cuando provocan una merma económica irreparable a nivel familiar	La relación médico paciente debe integrar el cuidado tanto del paciente como de su entorno y núcleo familiar. Sin embargo, es de común acuerdo que las decisiones exclusivamente en base a costos son inaceptables éticamente.
<i>Tabla 2: Criterios para aplicación del análisis por medio de proporcionalidad terapéutica.</i>		

Tabla 2: Criterios para aplicación del análisis por medio de proporcionalidad terapéutica.

<p>Indicaciones medicas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnósticos y problemas médicos 2. Pronostico 3. Objetivos terapéuticos 4. Probabilidad de fracaso 5. En caso de fracaso, ¿que se hará? 6. Beneficios y riesgos 7. Características del problema (¿Es agudo, crónico, critico, reversible, terminal?) 	<p>Preferencias del paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El paciente es capaz de entender su situación? 2. Ante interdicción, ¿quién subroga? 3. ¿Existen declaraciones de voluntad? 4. ¿Qué opina el paciente de su estado? 5. ¿Qué justificaciones tiene dicha opinión? 6. ¿Qué opina la familia del paciente? 7. ¿Se ha realizado el consentimiento informado?
<p>Calidad de vida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Impacto del tratamiento en recuperar estilo previo de vida 2. ¿La evaluación respecto a la calidad previa y potencial de vida está libre de sesgos? 3. ¿Cuál es el riesgo de deterioro mental, físico o social derivado del tratamiento? 4. ¿El paciente y su familia consideran indeseable la situación actual y/o futura? 5. ¿Hay planes de limitación terapéutica, apoyo y cuidado paliativo? 	<p>Contexto y ambiente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Hay hechos familiares que influyen en las decisiones? 2. ¿Hay intereses médicos que influyen? 3. ¿Hay factores económicos o de asignación de recursos que influyen? 4. ¿Qué factores culturales y/o religiosos influyen? 5. ¿Qué implicancias legales tiene la propuesta? 6. ¿Es un caso de investigación? 7. ¿Hay conflicto de interés?

Tabla 3: Método de las 4 cajas de Albert Jonsen, con el subsecuente análisis de valores para cada una.

Tabla 3: Método de las 4 cajas de Albert Jonse, con el subsecuente analiis de valores para cada una.

Correspondencia

Derek Gützlaff Ilarzi

derekgutzlaffi@ug.uchile.cl

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

Información sobre el artículo

Recibido el 28 de diciembre de
2020.

Aceptado el 14 de febrero de 2021.

Publicado el 21 de febrero de 2021.

Referencias

1. Betancourt G de J, Rivero Castillo JA. Limitación del esfuerzo terapéutico: aspectos religiosos y culturales . Vol. 15, Humanidades Médicas . scielocu ; 2015. p. 145-62.
2. García Caballero R, Real de Asúa D, García Olmos L, Herreros B. Do internists know what limitation of therapeutic effort means? Rev Clin Esp. 2020 May;
3. Torrente Jiménez I, Villarino Marzo MA, Herranz Martínez S. Limitation of therapeutic effort in departments of internal medicine. Vol. 218, Revista clinica espanola. Spain; 2018. p. 265.
4. Mansilla-Olivares A, López-Bárcena J, Plancarte-Sánchez R, Valenzuela-Gómez-Gallardo F, Rojo J, Meneses-González F, et al. [Postura de la Academia Nacional de Medicina de México en relación con las decisiones sobre el final de la vida]. Gac Med Mex. 2018;154(6):732-6.
5. Allué M. La muerte en las ciencias sociales, una bibliografía. Arx d'Etnografia Catalunya. 2016 Feb 12;200.
6. Serrano Calvo I. [Nursing Care in the Limitation of Therapeutic Effort: Right To Life, Right to Die]. Rev Enferm. 2016 Oct;39(10):8-17.
7. Rodríguez P. Principios éticos relevantes en la atención de pacientes terminales. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas. 2016 Aug 7;35:11.
8. Ciruzzi M, Selandari J, Kiman R, Maglio I, Tripodoro V, Marta J, et al. Los Cuidados Paliativos como Derechos Humanos. El rol del sistema de salud público y de la familia en pacientes con patologías crónicas amenazantes de la vida. Propuesta de regulación de un sistema de cuidado integral para pacientes con enfermedades crónicas, avanzadas y/o amenazantes de la vida. 2017.
9. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. Rev. méd. Chile [Internet]. 2003 Jun [citado 2021 Ene 07]; 131(6): 689-696. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000600015>.
10. Giraldo-Cadavid LF. MUERTE, EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS. Pers y BioÉtica [Internet]. 2008;12:158-68. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200007&nrm=iso
- 11.1. DeGrazia D. Sentient Nonpersons and the Disvalue of Death. Bioethics. 2016 Sep;30(7):511
12. Siurana, JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. VERITAS. 2010 N° 22 121-157.

13. Cléro J-P. [New paths or advances in bioethics]. *Ethics, Med public Heal*. 2020;15:100588.
14. Vivanco, A. Negativa de un menor de edad y de su familia a que este reciba una terapia desproporcionada o con pocas garantías de efectividad. Apelación de medida de protección otorgada por la jueza de familia de Valdivia. Sentencia de la I. Corte de Apelaciones de Valdivia, de 14 de mayo de 2009. *Revista Chilena de Derecho*. 2009, vol. 36 N°2, pp. 399 – 440.
15. Stone EG. Evidence-Based Medicine and Bioethics: Implications for Health Care Organizations, Clinicians, and Patients. *Perm J* [Internet]. 2018 Oct 22;22:18–30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207438/>
16. Currow DC, Stevenson JP, Abernethy AP, Plummer J, Shelby-James TM. Prescribing in palliative care as death approaches. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Apr;55(4):590–5.
17. Groebe B, Rietz C, Voltz R, Strupp J. How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019 Aug;36(8):697–704.
18. Blay C, Limón E, Meléndez A. Cronicidad, profesionalismo y la encrucijada paliativa. *Med Paliativa* [Internet]. 2017;24(1):1–3. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-resumen-cronicidad-profesionalismo-encrucijada-paliativa-S1134248X16300659> ER
19. Paque K, Elseviers M, Vander Stichele R, Pardon K, Vinkerooye C, Deliens L, et al. Balancing medication use in nursing home residents with life-limiting disease. *Eur J Clin Pharmacol*. 2019 Jul;75(7):969–77.
20. Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidad y bioética narrativa en una unidad de salud especializada. *Rev. Bioét*. 2016; 24(1):165–75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100165&nrm=iso
21. Sánchez-García MR, Moreno-Rodríguez M, Hueso-Montoro C, Campos-Calderón C, Varella-Safont A, Montoya-Juárez R. Facilitators and barriers regarding end of life care at nursing homes: A focus group study TT - Dificultades y factores favorables para la atención al final de la vida en residencias de ancianos: un estudio con grupos focales. *Aten primaria* [Internet]. 2016/11/25. 2017 May;49(5):278–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27890302>
22. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: response to critiques. *Ann Intern Med*. 1996 Oct;125(8):669–74.
23. Gamboa, F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Med Clin (Barc)*. 2010; 135(9):410–416.
24. Institut Borja de Bioètica. Hacia una posible despenalización de la eutanasia: Declaración del Institut Borja de Bioètica (Universitat Ramon Llull). 2005. Disponible en: http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta_cast.pdf
25. Kottow, M. Futilidad. *Medwave*. 2002. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/bioeticasnoviembre2002/2557>
26. Gillon R. Ordinary And Extraordinary Means. *Br Med J (Clinical Res Ed)* [Internet]. 1986 Jan 7;292(6515):259–61. Available from: <http://www.jstor.org/stable/29521992>
27. Sørensen M, Andersen LW. Accepting the avoidable death: The philosophy of limiting intensive care. *Bioethics*. 2019 Jan;33(1):201–6.
28. Cañizo Fernández-Roldán A del. Nutrición en el paciente terminal: Punto de vista ético . Vol. 20, *Nutrición Hospitalaria* . scieloes ; 2005. p. 88–92.
29. Aguilar, G. El Principio del Interés Superior del Niño y la Corte Interamericana de Derechos Humanos”, *Estudios Constitucionales* año 6 N° 11 (Talca, Universidad de Talca): pp. 223–247.
30. Astete, CP., Beca, JP., Paredes, M. Trasplante hepático en una paciente con daño neurológico: ¿Un recurso terapéutico excepcional? Algunas reflexiones bioéticas. *Rev Chil Pediatr*. 2003. 74(1) 81–86. 1
31. Bettancourt Ortega LP, Gonzalez Nahuelquin CA, Gundelach Gonzalez PC, Carrasco Iturrieta TA, Muñoz Fuentes C, Valenzuela Iturrieta A. LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO: EXPERIENCIAS DE ENFERMERAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. *RHE* [Internet]. 27 de abril de 2020 [citado 7 de enero de 2021];30(1):61–5. Disponible en: <http://www.revistacienciapolitica.cl/index.php/RHE/article/view/11880>
32. Allan A, Davidson G. Respect for the Dignity of People: What Does This Principle Mean in Practice? *Aust Psychol*. 2013;48.

33. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?. Vol. 30, Anales del Sistema Sanitario de Navarra . scieloes ; 2007. p. 129-35.
34. Berro, G. El consentimiento del adolescente: sus aspectos médicos, éticos y legales. Arch Pediatr Urug 2001; 72(1): 45-49.
35. Novoa, F. Dilemas éticos en la limitación terapéutica en edad pediátrica. Rev Chil Pediatr 2008; 79 Supl (1): 51-54.
36. Taboada, P, López, R. Metodología de análisis ético de casos clínicos. Enciclopedia de bioética [Internet]. Disponible en: <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-vozes/153metodologia-de-analisis-etico-de-casos-clinicos> [Consultado 21/12/2020].
37. Beca-Infante, Juan. La toma de decisiones en ética clínica. Acad. Chil. Med. Conferencia presentada en Seminario de Ética Clínica, 28 de septiembre de 2011.
38. Betancourt, GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Rev Hum Med. 2011; 11(2): 259-273.
39. Pérez Rueda M, Palacios García-Cervigón G. Bioethical challenges in clinical practice of the 20th century TT - Los retos de la bioética en la práctica clínica del siglo xxi. Rev Clin Esp [Internet]. 2020 Jul 29;S0014-2565(20)30182-X. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32739025>
40. Mandal J, Ponnambath DK, Parija SC. Utilitarian and deontological ethics in medicine. Trop Parasitol [Internet]. 2016;6(1):5-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26998430>
41. Koppmann A. INTERCONSULTA BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(6):949-55. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301529>
42. Cuadrado, David. Las cinco etapas del cambio. Rev. Capital Humano, 241:54-59. Marzo 2010. Disponible en: https://factorhuma.org/attachments_secure/articulo/420/c303_cincoetapas.pdf
43. Medeiros Maria Olivia Sobral Fraga de, Meira Mariana do Valle, Fraga Fernanda Moreira Ribeiro, Nascimento Sobrinho Carlito Lopes, Rosa Darci de Oliveira Santa, Silva Rudval Souza da. Conflictos bioéticos en los cuidados al final de la vida. Rev. Bioét. [Internet]. 2020 Mar [cited 2021 Jan 08] ; 28(1): 128-134. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000100128&lng=en
44. Yañez-Dabdoub M, Celus I. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos, desafíos para enfermería. Pers y Bioética. 2018 Jul 17;22:56-75.
45. Betancourt G, Castillo J. Limitación del esfuerzo terapéutico: aspectos religiosos y culturales. Humanidades Médicas. 2015;15:145-62.
46. Espinoza-Suárez Nataly R, Zapata del Mar Carla Milagros, Mejía Pérez Lina Andrea. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Ene 09] ; 80(2): 125-136. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000200006&lng=es
47. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. Med Fam Semer [Internet]. 2016;42(8):566-74. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico-una-S1138359315004177>
48. Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud; Acciones Vinculadas a la Atención en Salud; Atención en Salud; D.F.L. no. 1, Ministerio de Justicia, 2000; Ley no. 20.584
49. Hernando, P., Diestre, G., Baigorri, F. Limitación del esfuerzo terapéutico: “cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (Supl. 3): 129-135.
50. Vega-Vega Paula, González-Rodríguez Rina, López-Encina María-Eugenia, Abarca-González Esmeralda, Carrasco-Aldunate Paola, Rojo-Suárez Leticia et al . Percepción de apoyo en duelo por profesionales y técnicos de cuidados intensivos pediátricos de hospitales públicos. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2019 Ago [citado 2021 Ene 10] ; 90(4): 429-436. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000400429&lng=es.
51. Ghesquiere A, Martinez J, Jalali C, Sirey JA, Morales S. Training residents in depression and grief. Clin Teach. 2018 Apr;15(2):114-9.
52. Nalayeh H. Addressing the cultural, spiritual and religious perspectives of palliative care. Ann Palliat Med. 2018 Jan;7(Suppl 1):AB016.