

# Adecuación terapéutica en nueve servicios de urgencia de Chile: Cuándo y cómo se aplica desde la urgencia

Diego Escudero<sup>1</sup>, Consuelo Torres<sup>1</sup>, Javier Pascual<sup>1</sup>, David Acuña<sup>2,\*</sup>.

Therapeutic Adequacy in Nine Emergency Departments in Chile: When and How It Is Applied in Emergency Care

## RESUMEN

La Adecuación Terapéutica (AT) en los Servicios de Urgencia (SU) busca evitar la obstinación terapéutica en pacientes con cuadros terminales o graves, priorizando su calidad de vida. Este estudio descriptivo, transversal y observacional analizó los criterios empleados por médicos en SU de alta complejidad en Chile para indicar AT, evaluando también su preparación y percepción ética. **Objetivo:** Analizar los criterios utilizados por médicos de Servicios de Urgencias (SU) en Chile para la indicación de Adecuación Terapéutica (AT) en pacientes con enfermedades terminales o graves, evaluando además su preparación y percepción ética en el proceso de toma de decisiones. **Método:** Se diseñó una encuesta cerrada de 14 preguntas, basada en estudios previos, y fue distribuida a médicos de 9 SU de alta complejidad entre febrero y octubre de 2023. Se recopilaron 70 respuestas. **Resultados:** El 83% de los médicos indicó realizar AT más de una vez al mes, priorizando criterios como la funcionalidad del paciente (97%), presencia de patologías crónicas (84%) y edad (69%). Las medidas más frecuentes incluyeron no realizar reanimación (97%) y no iniciar ventilación mecánica (94%). Un 65% de los encuestados se sintió preparado para tomar estas decisiones, cifra que aumentó a 85% entre especialistas en urgencia, pero el 67% no tenía formación formal en bioética. Un 55% reportó incomodidad al retirar medidas terapéuticas. **Conclusiones:** la AT es una práctica frecuente y enfocada principalmente en decisiones de no iniciar tratamientos. Sin embargo, existe una limitada preparación formal en bioética y predominan

<sup>1</sup>Residente. Programa Medicina de Urgencia Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Profesor adjunto. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago Chile.

Institución: Sección de Medicina de Urgencia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

\*Correspondencia: David Acuña Ramirez / dgacuna@uc.cl  
Marcoleta 367 – Santiago.

Financiamiento: Este trabajo no contó con apoyo financiero de ningún tipo.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 29 de agosto de 2024.  
Aceptado: 10 de enero de 2025.

decisiones individuales. Se recomienda fortalecer la formación en bioética, fomentar decisiones colaborativas y desarrollar protocolos hospitalarios que integren a los pacientes y sus familias para garantizar un enfoque ético y centrado en el paciente.

**Palabras clave:** Enfermedad Crítica; Órdenes de Resucitación; Privación de Tratamiento.

### ABSTRACT

*Therapeutic Adequacy (TA) in Emergency Departments (EDs) aims to avoid futile medical interventions in terminally ill or critically ill patients, prioritizing their quality of life. This descriptive, cross-sectional, observational study analyzed the criteria used by physicians in high-complexity EDs in Chile to indicate TA, while also assessing their preparedness and ethical perceptions. **Aim:** Examine the criteria that physicians in high-complexity Emergency Departments (EDs) in Chile use to determine Therapeutic Adequacy (TA) in terminally ill or critically ill patients, while also assessing their level of preparedness and ethical perceptions regarding these decisions. **Methods:** A 14-item closed survey, based on previous studies, was distributed among physicians from 9 high-complexity EDs between February and October 2023. A total of 70 responses were collected. **Results:** TA was performed more than once a month by 83% of respondents, with patient functionality (97%), chronic diseases (84%), and age (69%) being the most frequently considered criteria. The most common measures included refraining from resuscitation (97%) and mechanical ventilation (94%). While 65% of participants felt prepared to make these decisions, this figure increased to 85% among emergency specialists. However, 67% reported no formal training in bioethics, and 55% expressed discomfort with withdrawing therapeutic measures. **Conclusions:** TA is a frequent practice in EDs, mainly involving decisions not to initiate treatments. Despite this, there is limited formal training in bioethics, and individual decision-making predominates. This highlights the need to enhance bioethics education, foster collaborative decision-making, and implement hospital protocols that involve patients and their families to ensure an ethical, patient-centered approach.*

**Keywords:** Critical Illness; Resuscitation Orders; Withholding Treatment.

En los Servicios de Urgencia (SU), es frecuente la atención de pacientes con cuadros terminales o de extrema gravedad. Los avances en métodos diagnósticos y terapéuticos han permitido extender la expectativa de vida, incrementando la presencia de este grupo en los SU. Sin embargo, estas intervenciones pueden derivar en obstinación

terapéutica o futilidad médica, aumentando el sufrimiento y la agonía de los pacientes. En este contexto, cuando el tratamiento resulta inútil y afecta negativamente la calidad de vida, se debe optar por medidas que aseguren el bien superior del paciente. Este enfoque se conoce como Adecuación Terapéutica (AT)<sup>1</sup>.

La AT se define como “la decisión de ajustar, limitar o suspender una intervención médica cuando los beneficios previstos no justifican los riesgos, costos o sufrimiento asociado, con el objetivo de evitar la obstinación terapéutica”<sup>1</sup>. En Chile, la Ley 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente, en su artículo 16, reconoce el derecho del paciente a rechazar intervenciones extraordinarias o innecesarias que prolonguen artificialmente la vida. La AT puede incluir tanto la decisión de no iniciar una intervención (por ejemplo, no conectar a un paciente a ventilación mecánica) como la suspensión de un tratamiento en curso que resulta ineficaz<sup>2</sup>.

En nuestro país, existen estudios descriptivos que analizan la aplicación de estas medidas en unidades de cuidados intensivos (UCI), donde es común la implementación de órdenes de no reanimar (ONR)<sup>3,4,5</sup>. Sin embargo, la literatura sobre AT en SU es limitada, con pocos estudios internacionales que exploren esta temática<sup>6</sup>.

Considerando la creciente complejidad de los pacientes atendidos y la sobrecarga que enfrentan los SU, surge la siguiente pregunta clínica: ¿Qué criterios utilizan los médicos en los servicios de urgencia en Chile para indicar la adecuación terapéutica?

El objetivo principal de este trabajo es identificar los criterios empleados por los médicos en los SU para realizar adecuación terapéutica. Además, se busca reconocer las medidas retiradas o no aplicadas en estos casos, evaluar la frecuencia de esta práctica y comprender cuán preparados se sienten los médicos para tomar estas decisiones.

## Materiales y Métodos

Corresponde a un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado por un equipo de 3 residentes del programa de medicina de urgencia de la Pontificia Universidad Católica, guiado por un urgenciólogo asistente del mismo centro y el equipo de investigación de dicha especialidad.

Para obtener resultados representativos de la realidad del país se redactó una encuesta

cerrada y se distribuyó a los jefes de servicios de distintos servicios de urgencia públicos, de alta complejidad del país, ya que son los que reciben el mayor volumen de pacientes y los más complejos. La encuesta constó de 14 preguntas, las cuales fueron formuladas en base a preguntas ya realizadas en estudios similares pero aplicados en unidades de cuidados intensivos en el país<sup>5</sup>, sumado a otro estudio similar publicado por Yuan Helen Zhang, donde se aplicó una encuesta en 3 servicios de urgencias en Singapur, publicado en abril del 2022, donde buscaba conocer la percepción y experiencia de los médicos de urgencia al discutir la limitación de esfuerzo terapéutico<sup>6</sup>.

Se recolectaron características epidemiológicas de los médicos, como su género, edad, antigüedad laboral, entre otras; preguntando directamente qué parámetros consideraban para indicar la limitación de esfuerzo terapéutico.

Nuestra encuesta fue aplicada a un grupo piloto de 5 médicos de urgencias del Hospital Sótero del Río, para evaluar su aplicabilidad, de quienes se recibió su percepción de las preguntas; sin necesidad de eliminar o modificar preguntas. Durante el mes de febrero y marzo del 2023 se envió la invitación a participar de la encuesta a los jefes de servicio de 7 servicios de urgencia de alta complejidad del país, quienes las distribuyeron a sus médicos. La encuesta se difundió de forma anónima, mediante la plataforma Google Forms a los correos electrónicos de los jefes de servicio recopilados, en donde como primer paso se daba autorización para la participación en el estudio. Posteriormente, para conseguir una cantidad significativa de respuestas, se extendió el periodo de estudio hasta octubre del mismo año, además de ampliar el número de centros a 9, siguiendo la misma modalidad.

El tamaño muestral se cuantificó considerando una población de cantidad desconocida, al carecer de fuentes que contabilicen los médicos trabajando actualmente en servicios de urgencia de alta complejidad. Se estimó para un nivel de confianza del 90% con un margen de error del 10%, que se necesitarían 68 respuestas.

Los resultados se agruparon en términos de porcentajes y se analizaron las tendencias con relación a la distribución de medias.

El presente trabajo cuenta con la aprobación del comité de ética de ciencias de la salud de la Pontificia Universidad Católica. Y fue redactado siguiendo las recomendaciones de SRQR para estudios cualitativos, disponible en EQUATOR.

## Resultados

En total, se recopilaron 70 respuestas. Los resultados demográficos se resumen en la tabla 1.

Con respecto a la indicación de la AT, se obtuvo que este es un acto realizado más de una vez al mes en un 83% de encuestados. La decisión de incluir al tutor o la familia fue variable, encontrándose que la mitad de los participantes los incluyen de forma intermitente. Con relación a si esta decisión es tomada de forma individual o colectiva (equipo de trabajo), un 57% refirió que es individual.

Un 65% contestó sentirse “preparado o muy preparado” para indicar AT, cifra que se eleva al

85% cuando se analiza el subgrupo especialista en urgencia. El 55% del total de encuestados refiere sentirse “incómodo o muy incómodo” al consultarse sobre rebajar medidas en pacientes con indicación de AT. Un 67% contestó no contar con preparación formal en bioética. Se observó que el 51% de los participantes siente que existen implicancias éticas entre no indicar una terapia versus retirarla (Tabla 2).

Por último, al revisar los criterios usados para indicar AT, destacó que lo más prevalente fue la funcionalidad del paciente (97%), la presencia de patologías crónicas (84%) y la edad de este (69%) (Figura 1).

Las principales medidas terapéuticas que los médicos refieren cambiar al indicar AT fueron: no realizar reanimación (97%), no conectar a ventilación mecánica invasiva (94%), no iniciar drogas vasoactivas (79%) y no realizar procedimientos invasivos (79%). Se observa que las medidas relacionadas a retirar maniobras son realizadas en menor medida a las relacionadas a no iniciar maniobras (Figuras 2 y 3).

**Tabla 1.** Características demográficas de los encuestados.

		N	%
Género	Hombre	49	70%
	Mujer	21	30%
Edad	25-34 años	48	69%
	35-44 años	18	26%
	45-54 años	4	6%
Especialidad	Si	26	37%
	No	44	63%
Antigüedad Laboral	<5 años	44	63%
	5-10 años	19	27%
	>10 años	7	10%

**Tabla 2.** Frecuencia de respuestas obtenidas en encuesta.

		N	%
Formación en bioética	Si	23	33%
	No	47	67%
Decisión de LET	Individual	40	57%
	Colectiva	30	43%
Inclusión de familiares en decisión de LET	Si	26	37%
	No	8	11%
	A Veces	36	51%
Frecuencia de indicación	Menos de una vez al mes	12	17%
	1-5 veces al mes	40	57%
	1-3 veces a la semana	13	19%
	1-3 veces por turno	4	6%
	Más de 3 veces por turno	1	1%
Comodidad ante LET	Muy incómodo	10	14%
	Incómodo	29	41%
	Indiferente	10	14%
	Cómodo	15	21%
	Muy Comodo	6	9%
Preparación	No preparado	2	3%
	Muy poco preparado	10	14%
	Indiferente	12	17%
	Preparado	38	54%
	Muy Preparado	8	11%
¿Considera diferencias éticas entre no indicar una terapia vs retirarla?	Si	36	51%
	No	23	33%
	No sé	11	16%

LET: Limitación de esfuerzo terapéutico.

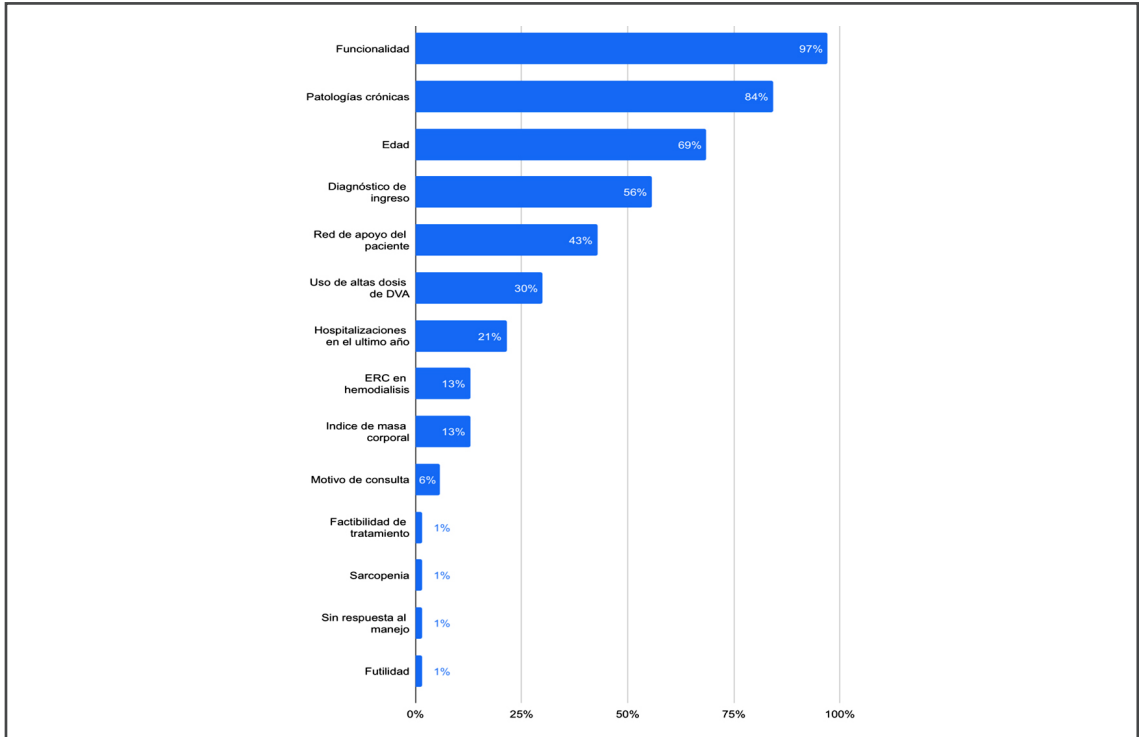


Figura 1: Criterios considerados para LET. DVA: Drogas vasoactivas. ERC: Enfermedad renal crónica.

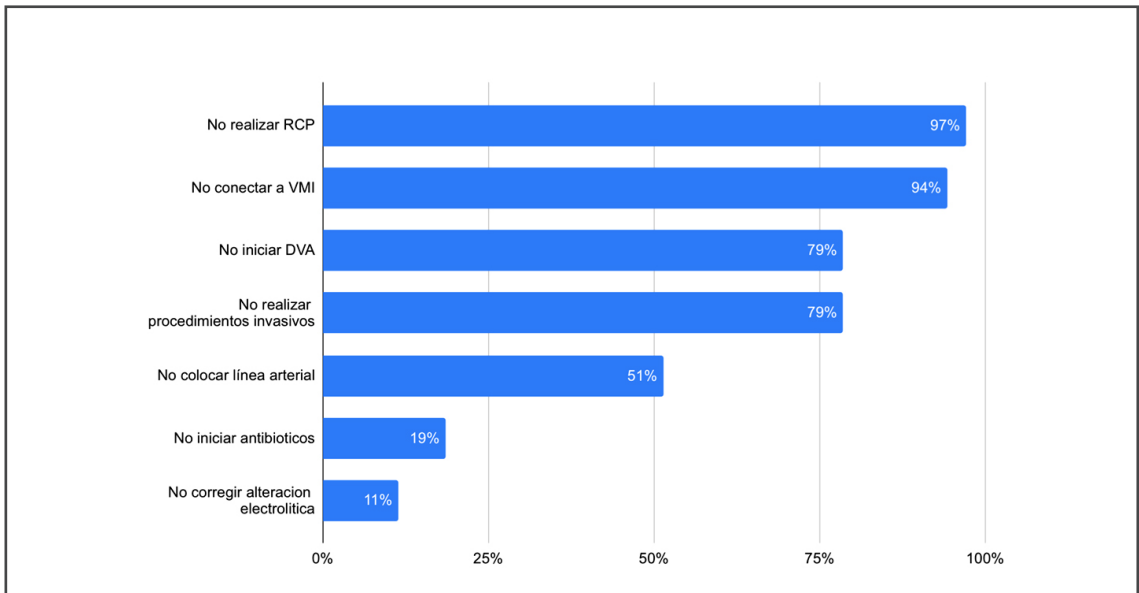
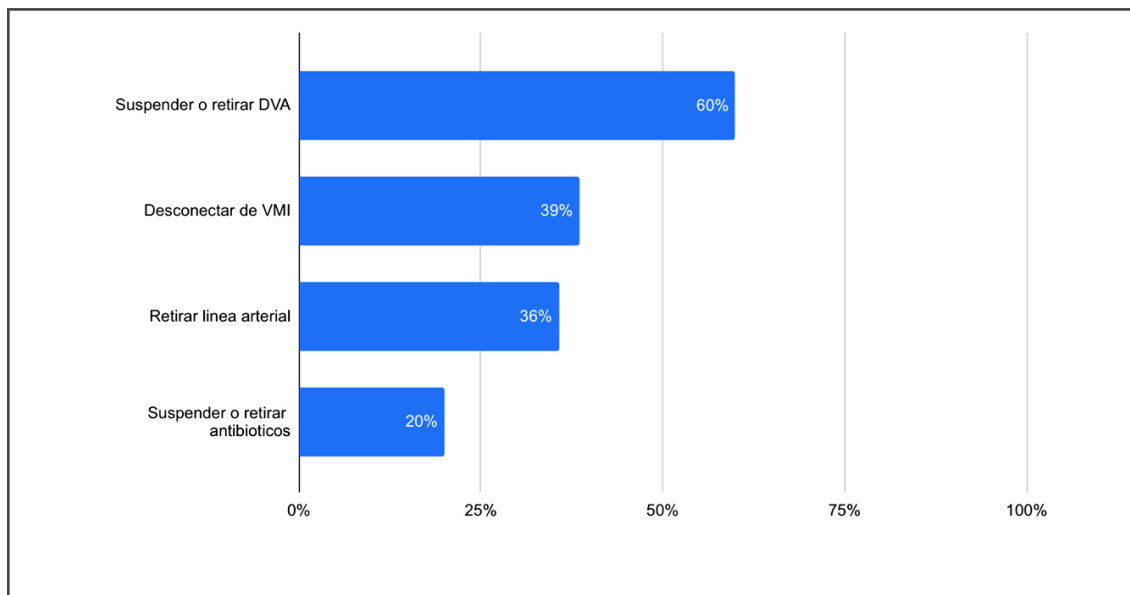


Figura 2: Medidas terapéuticas ante limitación de esfuerzo terapéutico (LET), relacionadas a no iniciar maniobras. RCP: Reanimación cardiopulmonar. VMI: Ventilación mecánica invasiva. DVA: Drogas vasoactivas.



**Figura 3:** Medidas terapéuticas ante limitación de esfuerzo terapéutico (LET), relacionadas a retirar maniobras. DVA: Drogas vasoactivas. VMI: Ventilación mecánica invasiva.

## Discusión

Analizando los resultados, observamos que la AT es una práctica relativamente frecuente y no ajena al trabajo en los servicios de urgencia. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de los encuestados perciben tener cierto grado de preparación para implementar estas medidas, predomina un sentimiento de inquietud ante estas decisiones. Estas situaciones no son sencillas de manejar y subrayan la necesidad de mejorar la formación en bioética y la implementación de estrategias que faciliten la toma de decisiones colaborativas.

Los resultados también destacan que los médicos tienden a priorizar criterios como la funcionalidad del paciente, la presencia de patologías crónicas y la edad al indicar AT, relegando a un segundo plano factores como el motivo de consulta o los diagnósticos actuales. Esto refleja un enfoque centrado en los antecedentes previos del paciente más que en su estado clínico agudo. Además, las intervenciones relacionadas a “no iniciar maniobras” (withholding), como no realizar reanimación cardiopulmonar o no escalar tratamientos invasivos, son más comunes que las

decisiones de “retirar maniobras” (withdrawal). Aunque ambas prácticas se consideran equivalentes desde una perspectiva bioética, no son percibidas de la misma manera por los encuestados, lo cual concuerda con literatura previa<sup>7,8</sup>.

Es fundamental enmarcar la AT como parte de un espectro más amplio de problemas médicos y éticos del final de la vida, que incluye conceptos como la futilidad, la muerte digna, el derecho a morir, la terminalidad y el imperativo médico y ético de no abandonar al paciente. Este contexto enfatiza la importancia de medidas paliativas para garantizar un manejo integral que priorice el mejor interés del paciente. Además, la literatura subraya que estas decisiones deben ser reflexivas, meditadas y discutidas en un entorno multidisciplinario, involucrando siempre la opinión del paciente, sus familiares o tutores<sup>9</sup>. Este enfoque es especialmente relevante en los servicios de urgencia, donde la presión del tiempo y la alta carga asistencial representan un desafío considerable.

Dentro del estudio no se abordó de manera directa la opinión de pacientes y familiares ni la

existencia de directrices anticipadas, dado que el objetivo principal fue identificar los criterios empleados por los médicos en los SU para realizar adecuación terapéutica. De todas maneras, queremos subrayar la necesidad de fortalecer protocolos hospitalarios que promuevan la participación del paciente y sus familiares, así como la capacitación formal en bioética para los equipos de salud. La formación en bioética no solo proporciona herramientas para abordar dilemas éticos complejos, sino que también mejora la confianza y la colaboración entre los profesionales.

Como fortalezas, este estudio aborda un tema poco explorado en nuestro medio, a pesar de su alta relevancia en la práctica diaria. Sin embargo, las limitaciones incluyen el tamaño de la muestra y su selección por conveniencia, lo que restringe la generalización de los resultados a otros contextos. Futuros estudios deberían incluir muestras más amplias, así como explorar de manera específica la opinión de los pacientes y sus familiares. Además, se recomienda evaluar cómo la formación bioética y el uso de directrices hospitalarias pueden contribuir a una toma de decisiones ética y centrada en el paciente.

## Conclusiones

Este estudio permitió identificar que los criterios más utilizados por los médicos en los SU para realizar AT son la funcionalidad del paciente, la presencia de patologías crónicas y la edad. La AT es una práctica frecuente, realizada más de una vez al mes por el 83% de los encuestados, y se caracteriza principalmente por decisiones relacionadas a no iniciar maniobras terapéuticas complejas. Sin embargo, se evidenció una baja preparación formal en bioética, reportada por el 67% de los participantes, y una alta proporción de

decisiones tomadas de forma individual (57%), lo que subraya la necesidad de fomentar un enfoque colectivo y ético. Asimismo, se observó incomodidad en un 55% de los médicos al reducir medidas terapéuticas, lo que refleja el impacto emocional y ético de estas decisiones. Los hallazgos resaltan la importancia de incorporar formación bioética y protocolos claros que promuevan decisiones informadas y centradas en el paciente.

## Referencias

1. Ruz V. *Obstinación terapéutica y su límite con la ética: ¿Cuándo detenerse?* *Revista Chilena de Anestesia*. 2021; 50(1): 252-268.
2. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. *Limitación del esfuerzo terapéutico: "Cuestión de profesionales o también de enfermos"*. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007; 30(3): 129-135.
3. Paredes M. *Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana*. *Acta bioethica*. 2012; 18(2): 163-171.
4. Bettancourt L, González C, Gundelach P, Carrasco A, Muñoz C, Valenzuela A. *Limitación del esfuerzo terapéutico: Experiencias de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos*. *Horizonte de Enfermería*. 2020; 30(1): 61-75.
5. Morales C, Alvarado T, Zuleta R. *Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: Conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico*. *Revista Chilena de Pediatría*. 2016; 87(2): 116-120.
6. Zhang Y, De Silva M, Allen J, Lateef F, Omar E. *End-of-Life Communication in the Emergency Department: The Emergency Physicians' Perspectives*. *Journal of emergencies, trauma, and shock*. 2022; 15(1): 29-34.
7. Fontana M, Farrell C, Gauvin F, Lacroix J, Janvier A. *Modes of death in pediatrics: Differences in the ethical approach in neonatal and pediatric patients*. *The Journal of Pediatrics*. 2023; 162(6): 1107-1111.
8. 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*. 2003; 131: 685-692.
9. Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago. *El enfermo terminal*. *Rev Méd Chile*. 2000; 128: 547-552.