

Adecuación del esfuerzo terapéutico en los servicios de medicina interna

Adequacy of therapeutic effort in internal medicine services

Julia C. Mendoza Benavides*  0009-0006-9087-233X, David S. Morán Perozo*  0009-0004-5208-3634, Elizabeth Hernández Maurice**  0000-0002-2262-627X

Recibido: 02 de febrero de 2026

Aceptado: 03 de mayo 2026

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el nivel de conocimiento sobre la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) en médicos residentes de Medicina Interna a nivel nacional y analizar su implementación práctica en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas (HUC).

Métodos: Se realizó un estudio observacional y descriptivo con dos abordajes: primero se distribuyó un cuestionario mediante Google Forms a médicos residentes y especialistas de Medicina Interna en Venezuela para evaluar conocimientos y conductas sobre la AET. Segundo, se efectuó una revisión de historias clínicas de pacientes con criterios de enfermedad terminal en el HUC durante el periodo enero–septiembre de 2024. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para el análisis estadístico y se estableció una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: Se identificó una discrepancia significativa entre la percepción de conocimiento y el conocimiento teórico real sobre la AET. Los participantes demostraron un bajo dominio de conceptos específicos y manifestaron sentir ansiedad al enfrentarse a decisiones al final de la vida. A nivel práctico, se evidenció una alta frecuencia de procedimientos invasivos y tratamientos fútiles en pacientes terminales, a pesar de existir órdenes de "medidas mínimas", demostrando la ambigüedad y la ineficacia de dicho término. **Conclusión:** Existe

una brecha entre la teoría y la aplicación de la AET en la Medicina Interna en Venezuela. El conocimiento deficiente y la falta de directrices claras conducen a la prolongación de tratamientos agresivos en pacientes terminales. Se requiere implementar formación protocolizada en AET y cuidados al final de la vida en los postgrados.

Palabras clave: futilidad médica; cuidados paliativos; enfermo terminal; cuidados al final de la vida; toma de decisiones; limitación del esfuerzo terapéutico; adecuación del esfuerzo terapéutico; educación médica de postgrado.

Adequacy of therapeutic effort in internal medicine services

Julia C. Mendoza Benavides, David S. Moran Perozo, Elizabeth Hernández Maurice

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the level of knowledge regarding Adequacy of Therapeutic Efforts (LTE) among Internal Medicine residents nationwide and to analyze its practical implementation in the Internal Medicine departments of the Hospital Universitario de Caracas (HUC).

Methods: An observational, descriptive study with a two-pronged approach was conducted. First, a validated questionnaire was distributed via Google Forms to Internal Medicine residents and specialists in Venezuela to assess knowledge and behaviors regarding LTE. Second, a review of medical records of patients meeting criteria for terminal illness at the HUC was carried out for the

* Médico Internista, Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

** Médico Internista, profesora del Servicio de Medicina Interna 3, directora del Postgrado de Medicina Interna, Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

** correo: elihm1@gmail.com

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

period of January–September 2024. The chi-square test was used for statistical analysis, with $p < 0.05$ considered significant.

Results: A significant discrepancy was identified between self-perceived knowledge and actual theoretical knowledge of LTE. Participants showed a low mastery of specific concepts and reported anxiety when facing end-of-life decisions. In practice, a high frequency of invasive procedures and futile treatments was observed in terminal patients, despite "minimum measures" orders, demonstrating the ambiguity and ineffectiveness of this term.

Conclusion: A gap exists between the theory and application of LTE in Internal Medicine in Venezuela. Deficient knowledge and the lack of clear guidelines lead to the continuation of aggressive treatments in terminal patients. There is a need to implement formalized training in LTE and end-of-life care in postgraduate programs.

Keywords: Medical Futility; Palliative Care; Terminal Care; End-of-Life Care; Decision Making; Medical Education.

INTRODUCCIÓN

La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) es una decisión clínica fundamental para evitar tratamientos desproporcionados o fútiles en pacientes con pronóstico reservado. Si bien es una práctica establecida en otras áreas, su aplicación en los servicios de Medicina Interna presenta una brecha significativa. Estos servicios manejan una población de alta complejidad, con una notable carga de pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas (hasta un 11.9% de los ingresos), y reportan tasas de mortalidad que en nuestro medio alcanzan el 35,4%,¹ lo que subraya la urgencia de optimizar las decisiones al final de la vida.

La implementación de la AET se ve obstaculizada por importantes barreras de conocimiento. Estudios previos revelan una discrepancia notable: mientras un 72,3% de los médicos internistas percibe tener un buen dominio del tema, solo el 23,8% logra definir el concepto correctamente.² Esta falta de dominio conceptual se asocia a sentimientos de

ansiedad e incomodidad en los profesionales al momento de abordar estas decisiones, lo que repercute directamente en la calidad de la atención.

En Venezuela, a pesar de que el marco normativo apoya la AET,^{3,4} su implementación práctica es deficiente. Este vacío se debe no solo a la ausencia de guías clínicas específicas, sino a carencias críticas del sistema, como la escasez de unidades de cuidados paliativos, la formación insuficiente del personal y la limitada disponibilidad de recursos. Esta suma de carencias, enmarcada en un contexto de bajos recursos, obstaculiza la correcta aplicación de la AET y eleva el riesgo de incurrir en ensañamiento terapéutico.

Por lo tanto, generar evidencia científica local es fundamental. La presente investigación se planteó con el doble objetivo de: 1) evaluar el nivel de conocimiento sobre la AET entre los médicos residentes de Medicina Interna a nivel nacional, y 2) identificar las barreras para su implementación real en un servicio hospitalario de referencia y así contribuir a mejorar la atención al final de la vida.

Diseño del Estudio y Población: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con dos componentes, llevado a cabo entre enero y septiembre de 2024.

1. Componente nacional (encuesta): La población estuvo conformada por médicos residentes de postgrados de Medicina Interna y especialistas en Medicina Interna de Venezuela. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los médicos que aceptaron voluntariamente participar y respondieron la encuesta.
2. Componente local (revisión de casos): La población fueron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas (HUC) que cumplieran con los criterios de enfermedad terminal definidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SEC-PAL).⁵ Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional de los casos que

cumplían dichos criterios en el periodo de estudio.

Se excluyeron del análisis de revisión de casos a los pacientes con patologías neoplásicas hematológicas.

Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario de Caracas. La investigación se adhirió a los principios de la Declaración de Helsinki. Para la encuesta, la participación fue anónima y voluntaria, y el consentimiento informado se consideró implícito al completar y enviar el cuestionario. Para la revisión de historias clínicas, se garantizó la confidencialidad de los datos de los pacientes mediante la anonimización de la información en la base de datos, la cual fue de acceso exclusivo para los investigadores.

Procedimientos y recolección de datos: Para el componente nacional, se distribuyó un cuestionario electrónico a través de la plataforma Google Forms. El instrumento, con una confiabilidad aceptable (alfa de Cronbach = 0,753), fue enviado por correo electrónico y mensajería instantánea (WhatsApp), recogiendo variables demográficas, de conocimiento y de percepción subjetiva sobre la AET.

Para el componente local, se realizó una revisión de las historias clínicas. La recolección de datos fue realizada por dos investigadores y registrada en una hoja de cálculo estandarizada (Microsoft Excel). Se extrajeron variables sobre la aplicación de AET, el personal que la indicó (médicos tratantes o de guardia), comorbilidades y el estado funcional de los pacientes al ingreso. Para la evaluación pronóstica y funcional se utilizaron las escalas de Charlson, Palliative Performance Scale (PaP), ECOG y Karnofsky.^{6,7,8}

Análisis estadístico: Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables numéricas continuas se presentaron con su media y desviación estándar (DE). Para determinar la asociación entre variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado (χ^2).

Se consideró un resultado estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Parte 1: Encuesta Nacional sobre Conocimiento y Percepción de la AET.

Se analizaron 182 encuestas válidas.

- Características de los participantes: El grupo etario predominante fue el de 23 a 29 años (46,7%), seguido por el de 30 a 39 años. La distribución por sexo fue similar. La mayoría de los participantes eran médicos residentes de postgrado (88,9%), principalmente de primer año (41,7%). Geográficamente, el 55,5% de las respuestas provinieron de centros en el Distrito Metropolitano de Caracas. El Hospital Universitario de Caracas fue la institución con mayor participación (24,2%). El

Tabla 1. Características demográficas y laborales de los médicos encuestados (n=182).

Característica	n	%
Sexo		
Femenino	92	50,5
Masculino	90	49,5
Grupo etario (años)		
23 – 29	85	46,7
30 – 39	79	43,4
40 o más	15	8,2
Nivel de formación		
Residente 1er año	76	41,7
Residente 2do año	49	26,9
Residente 3er año	37	20,3
Especialista en Medicina Interna	20	11
Centro médico de trabajo principal		
Hospital Universitario de Caracas	44	24,18
Hospital Miguel Pérez Carreño	21	11,54
Hospital General del Sur	18	9,89
Hosp. Gral. Del Oeste "Dr. J. G. Hernández"	14	7,69
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera	11	6,04
Hospital de la ULA	8	4,4
Hospital Vargas de Caracas	8	4,4
Otros centros	58	31,87

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

93,4% de los encuestados laboraba en salas de hospitalización, y de estos, el 72,5% también cubría áreas de urgencias.

- Percepción y conocimiento sobre AET: La percepción sobre el conocimiento general del médico internista en el manejo del final de la vida fue calificada como "buena" por el 52,7% o "muy buena" por el 22,3%. En cuanto a la autopercepción, el 70,3% consideró su propio conocimiento como "bueno" o "muy bueno". No obstante, el 77,5% de los encuestados refirió no haber recibido formación especializada en cuidados paliativos. Al evaluar el conocimiento específico, solo el 17,03% de los participantes identificó correctamente las tres acciones que definen la AET (no iniciar un tratamiento, orden de no reanimación y retirar un tratamiento) siendo evaluado a través de las siguientes preguntas: ¿Qué entiende por adecuación del esfuerzo terapéutico en un paciente?, ¿Qué entiende cuando en la historia clínica de un paciente aparece un epígrafe del tipo "paciente no candidato a medidas agresivas/heroicas"?, ¿Piensas que es lo mismo no iniciar un tratamiento que retirar un tratamiento ya instaurado? Obteniendo que, además, solo el 12,7% consideró equivalente retirar un tratamiento y no iniciarlo. Por otro lado, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre responder correctamente y las características demográficas de los encuestados. (ver tabla 2)
- Actitudes y experiencias prácticas: El 81,3% de los participantes expresó su deseo de recibir formación en cuidados paliativos. El 89% refirió sentir ansiedad o incomodidad en el manejo de pacientes al final de la vida, y el 60,4% reconoció haber tenido conflictos relacionados con

Tabla 2. Percepción sobre la atención y el conocimiento al final de la vida, según nivel de formación (n=182).

Característica	1er Año (n=76)	2do Año (n=49)	3er Año (n=37)	Especialista (n=20)	Total (n=182)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Atención al final de la vida					
Muy buena	8 (10,5)	10 (20,4)	3 (8,1)	2 (10,0)	23 (12,6)
Buena	47 (61,8)	26 (53,1)	22 (59,5)	12 (60,0)	107 (58,8)
Mala	20 (26,3)	13 (26,5)	8 (21,6)	5 (25,0)	46 (25,3)
Muy mala	1 (1,3)	0 (0,0)	4 (10,8)	1 (5,0)	6 (3,3)
Conocimiento general de los internistas					
Muy bueno	18 (23,7)	15 (30,6)	5 (13,5)	3 (15,0)	41 (22,5)
Bueno	40 (52,6)	22 (44,9)	23 (62,2)	12 (60,0)	97 (53,3)
Mala	15 (19,7)	10 (20,4)	9 (24,3)	5 (25,0)	39 (21,4)
Muy malo	3 (3,9)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,2)
Conocimiento propio (autopercepción)					
Muy bueno	5 (6,6)	6 (12,2)	4 (10,8)	3 (15,0)	18 (9,9)
Bueno	41 (53,9)	33 (67,3)	22 (59,5)	14 (70,0)	110 (60,4)
Malo*	27 (35,0)	10 (20,4)	11 (29,7)	3 (15,0)	51 (28,0)
Muy malo	3 (3,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,6)

decisiones de AET, principalmente con familiares (50,1%). El 78% consideró que la formación especializada podría aliviar dicha ansiedad. El 86,3% informó no contar con un equipo de cuidados paliativos en su centro de trabajo. (Ver tabla 3)

Parte 2: Análisis de la Implementación de AET en el Hospital Universitario de Caracas

Durante el periodo de estudio, de un total de 552 ingresos, se identificaron 70 pacientes que cumplían criterios de terminalidad.

- Características de la población y desenlaces: La franja etaria con mayor prevalencia fue la de 70-79 años (27%), y el 60% de los pacientes fueron mujeres. La tasa de mortalidad durante la hospitalización fue del 74,3%. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 18 días.
- Evaluación pronóstica, funcional y de

Tabla 3. Posición respecto a manejo de pacientes en el final de su vida (n=182).

Característica	1er Año (n=76)	2do Año (n=49)	3er Año (n=37)	Especialista (n=20)	Total (n=182)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
¿Le genera ansiedad o incomodidad afrontar con un paciente el manejo del final de su vida?					
Mucho	9 (11,8)	6 (12,2)	5 (13,5)	4 (20,0)	24 (13,2)
Un poco	41 (53,9)	26 (53,1)	18 (48,6)	9 (45,0)	94 (51,6)
Rara vez	19 (25,0)	10 (20,4)	10 (27,0)	5 (25,0)	44 (24,2)
Nunca	7 (9,2)	7 (14,2)	4 (10,8)	2 (10,0)	20 (11,0)
Si le genera ansiedad, ¿Cómo cree que podría solucionarlo?					
Aumentando la formación específica en cuidados paliativos	60 (78,9)	38 (77,6)	30 (81,0)	14 (70,0)	142 (78,0)
Con actualizaciones anuales de esa formación	33 (43,4)	22 (44,9)	19 (51,4)	6 (30,0)	80 (44,0)
Teniendo sesiones multidisciplinarias al respecto	41 (53,9)	21 (42,8)	17 (45,9)	6 (30,0)	85 (46,7)
Siendo el Médico de Atención Primaria quien aborde la situación	4 (5,3)	4 (8,2)	0 (0,0)	2 (10,0)	10 (5,5)

laboratorio: El 60% de los pacientes presentó un índice de Charlson superior a 3 puntos, con una mortalidad del 78,6% en este grupo. Según la escala ECOG, el 71,4% se encontraba en incapacidad total (ECOG 4), con una mortalidad del 82% en este subgrupo ($p=0,05$). En la escala PaP, el 54% fue clasificado en el grupo C (supervivencia <30%), de los cuales el 89,9% falleció; la asociación entre la clasificación de la escala y la mortalidad fue

estadísticamente significativa ($p=0,003$). En cuanto a los parámetros de laboratorio, el 76% de los pacientes con hipoproteíнемia y el 69% de aquellos con leucocitosis fallecieron sin embargo ningún con valor estadísticamente significativo.

•Diagnóstico de ingreso y mortalidad: El 47,1% de los ingresos correspondió a pacientes oncológicos y el 52,9% a no oncológicos (principalmente patología neurodegenerativa/ECV). Aunque los ingresos no oncológicos fueron ligeramente mayores, el 52% del total de fallecidos eran pacientes con diagnóstico oncológico.

•Decisiones al final de la vida y medidas terapéuticas: Se encontró evidencia de comunicación sobre la terminalidad al familiar en el 61,4% de los casos, pero solo al propio paciente en el 30%. Únicamente el 7,1% tenía registro de voluntades anticipadas. En el 44,3% de los casos (31 pacientes) existía una orden de "medidas mínimas" en la historia clínica. Se observaron inconsistencias entre estas órdenes y las intervenciones realizadas: al 61,4% del total de los pacientes se les realizó al menos un procedimiento invasivo (siendo la colocación de sonda de Foley la más prevalente) (ver tabla 6); de igual forma del total de pacientes al 21,4 % se le realizó maniobras de RCP y al 24,3% se le administró algún fármaco vasoactivo (ver tabla 7), de los pacientes que recibieron maniobras de RCP, el 64% tenía una orden preexistente de "medidas mínimas". De manera similar, dicha orden estaba presente en el 53,3% de los casos en que se administraron fármacos vasoactivos y en el 66% de los que recibieron quimioterapia o radioterapia (ver tabla 8).

Discusión

Este estudio revela una profunda dicotomía entre la percepción del conocimiento y la aplicación real de la AET en los servicios de Medicina

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

Tabla 4. Características demográficas y condición al egreso de los pacientes con enfermedad terminal (n=70).

Característica	n	%
Sexo		
Femenino	42	60
Masculino	28	40
Grupo etario (años)		
< 50	15	21,4
50 - 59	9	12,8
60 - 69	16	22,8
70 - 79	19	27,1
≥ 80	11	15,7
Condición al egreso		
Vivo	18	25,7
Muerto	52	74,3

Interna en Venezuela. Los hallazgos sugieren barreras significativas a nivel educativo, emocional e institucional que impiden una atención óptima al final de la vida.

- La brecha del conocimiento: Percepción vs. Realidad: Un hallazgo central de nuestro estudio es la marcada discrepancia entre la autopercepción de competencia de los médicos y su conocimiento real sobre la AET. A pesar de que más del 70% de los encuestados consideró su conocimiento como "bueno" o "muy bueno", el 77,5% admitió no tener formación formal en cuidados paliativos y solo un 17% pudo identificar correctamente la definición de AET. Este resultado es consistente con la literatura internacional, como el estudio de García-Caballero y cols.,² aunque nuestra cifra de conocimiento real es aún más baja (17% vs. 23,8%), lo que podría indicar una brecha educativa más pronunciada en nuestro entorno. Esta desconexión entre la confianza y la competencia real es un obstáculo fundamental para la toma de decisiones informadas.
- El impacto emocional y los conflictos en la práctica clínica: La toma de decisiones en el final de la vida genera una carga emo-

Tabla 5. Clasificación de los pacientes según escalas pronósticas y su asociación con la mortalidad (n=70).

Escala y Categoría	Vivo n (%)	Muerto n (%)	Total n
Escala de Charlson al ingreso			
0 – 1 puntos	1 (33,3)	2 (66,7)	3
2 puntos	8 (32,0)	17 (68,0)	25
> 3 puntos	9 (21,4)	33 (78,6)	42
$\chi^2 = 1.01$ $p = 0.60$			
Clinical Dementia Rating (CDR)			
Sano	2 (100,0)	0	2
Cuestionable	1 (16,7)	5 (83,3)	6
Leve	4 (28,6)	10 (71,4)	14
Moderado	5 (26,3)	14 (73,7)	19
Grave	6 (20,7)	23 (79,3)	29
$\chi^2 = 6.5$ $p = 0.16$			
Escala ECOG			
Restricción actividad intensa	0	2 (100,0)	2
Ambulatorio, incapaz para trabajar	1 (50,0)	1 (50,0)	2
Capaz de algún autocuidado	8 (50,0)	8 (50,0)	16
Incapacidad total	9 (18,0)	41 (82,0)	50
$\chi^2 = 7.8$ $p = 0.05$			
Palliative Prognostic Score (PaP)			
Grupo A	4 (30,8)	9 (69,2)	13
Grupo B	10 (52,6)	9 (47,4)	19
Grupo C	4 (10,5)	34 (89,5)	38
$\chi^2 = 11.9$ $p = 0.003$			

cional considerable. La mayoría de los médicos reportaron sentir ansiedad o incomodidad al momento de aplicar AET, una

Tabla 6. Frecuencia de procedimientos invasivos realizados durante la hospitalización en pacientes terminales (n=70).

Procedimiento	n	%
Pacientes con al menos un procedimiento invasivo	43	61,4
Tipos de procedimientos realizados		
Sonda de Foley	31	44,3
Sonda nasogástrica / Gastrostomo	28	40
Vía venosa central (VVC)	25	35,7
Catéter de alto flujo	4	5,7

cifra alarmantemente alta que supera el 62,3% evidenciado por García-Caballero y cols.² Esta ansiedad puede conducir a la inacción o a la toma de decisiones defensivas, como lo sugiere el trabajo de Einstein y cols.¹⁰ sobre la reticencia de los residentes a desaconsejar la RCP fútil. Dicho malestar emocional se traduce en conflictos interpersonales: el 60,4% de nuestros encuestados reportó haber tenido conflictos con familiares, pacientes o colegas. Es revelador que los propios médicos identifiquen la formación especializada (solicitada por el 81,3%)⁹ como la principal herramienta para mitigar esta ansiedad y mejorar la seguridad en sus decisiones.

- La ambigüedad en la práctica: "medidas mínimas" y tratamiento fútil: El análisis de la práctica clínica en el HUC expuso la consecuencia más grave de las barreras anteriores: la persistencia de tratamientos invasivos y fútiles en una población con enfermedad terminal avanzada. A pesar de que los pacientes presentaban una alta carga de comorbilidad (Índice de Charlson elevado) y un mal estado funcional (ECOG 4) y pronóstico (PaP grupo C), el 61,4% fue sometido a procedimientos invasivos.

Tabla 7. Registro de decisiones al final de la vida y procedimientos realizados (n=70).

Característica	n	%
Documentación de decisiones en historia clínica		
Comunicación de terminalidad a familiar	43	61,4
Comunicación de terminalidad a paciente	21	30
Registro de voluntades anticipadas	5	7,1
Orden de "medidas mínimas"	31	44,3
Indicada por médico tratante	22	71,0 [†]
Indicada por médico de guardia	9	29,0 [†]
Intervenciones terapéuticas realizadas		
Administración de fármacos vasoactivos	17	24,3
Reanimación cardiopulmonar (RCP)	15	21,4
Quimioterapia / Radioterapia (QT/RT)	14	20
Terapia de soporte renal (TSR)	10	14,3
Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	7	10
Nutrición parenteral total (NPT)	3	4,3

El hallazgo más preocupante es la ambigüedad y el mal uso del término "medidas mínimas". Aunque esta orden constaba en el 44,3% de las historias, su existencia no impidió la realización de intervenciones agresivas. Resulta paradigmático que el 64% de los pacientes que recibieron RCP ya tuvieran una orden de "medidas mínimas". Esta contradicción evidencia que el término carece de una definición estandarizada y operativa, generando confusión y perpetuando el

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

Tabla 8. Inconsistencia entre órdenes de "cuidados mínimos" y tratamientos realizados en pacientes fallecidos.

Procedimiento	Nº de fallecidos con el procedimiento	Con orden de CM* (n)	Con orden de CM* (%)
Administración de fármacos vasoactivos	15	8	53,3
Reanimación cardiopulmonar (RCP)	14	9	64
Quimioterapia / Radioterapia (QT/RT)	12	8	66,7
Terapia de soporte renal (TSR)	7	4	57,1
Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	6	1	16,7
Nutrición parenteral total (NPT)	3	1	33,3

ensañamiento terapéutico. Irónicamente, esta práctica ocurre a pesar de que el marco legal venezolano, a través de la Ley Orgánica de Salud (Art. 69)⁴ y el Código de Deontología Médica (Art. 77 y 81),³ ampara el derecho del paciente a rechazar medidas extraordinarias y exime al médico de la obligación de aplicarlas.

- Limitaciones del estudio: Este estudio tiene varias limitaciones que deben ser reconocidas. La encuesta se basó en un muestreo no probabilístico por conveniencia, con una mayor concentración de respuestas en Caracas, lo que podría limitar la generalización de los resultados a nivel nacional. La autoevaluación del conocimiento está sujeta a sesgos de deseabilidad social. Por su parte, la revisión de casos se realizó en un único centro hospitalario (HUC).

Conclusión

En conclusión, los médicos de medicina interna en Venezuela enfrentan la atención al final de la

vida con un conocimiento formal deficiente, una alta carga de ansiedad y la ausencia de protocolos institucionales claros, a pesar de un marco legal que apoya la AET. La discrepancia entre la alta autopercepción de competencia y el bajo conocimiento real, sumada a la ambigüedad de términos como "medidas mínimas", resulta en la aplicación de tratamientos fútiles que pueden prolongar el sufrimiento. Se recomienda la implementación urgente de programas de formación estructurados en cuidados paliativos y AET en los postgrados de Medicina Interna, así como el desarrollo y la estandarización de guías clínicas que definan claramente la AET para unificar la práctica, mejorar la comunicación y garantizar que se respete la dignidad del paciente al final de la vida.

REFERENCIAS

1. Luces y Hernandez Factores predictivo de mortalidad en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas Octubre del 2023
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 (Barc)* [Internet]. 2021 ;221(5) :274–8.
3. Código de Deontología Médica Aprobado Durante la LXXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, Realizada en Caracas el 20 de marzo de 1985.
4. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 39.823 del 19 de diciembre de 2011
5. Sociedad española de cuidados paliativos. Guía de cuidados paliativos 2004
6. Bruera E, Miller MJ, Kuehn N, MacEachern T, Hanson J. Estimate of survival of patients admitted to a Palliative Care Unit: A prospective study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 1992;7(2):82–6
7. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckaert B, Christakis N, Eychmueller S, y colaboradores. Prognostic factors in advanced cancer patients: Evidence-based clinical recommendations—A study by the steering committee of the European Association for Palliative Care. *J Clin Oncol* [Internet]. 2005;23(25):6240–8
8. Stuart B. The NHO Medical Guidelines for Non-Cancer Disease and local medical review policy: hospice access for patients with diseases other than cancer. *Hosp J* 1999;14:139–54.
9. Jacobsen J, Blinderman C, Alexander Cole C, Jackson V. "I'd recommend ..." how to incorporate your recommendation into shared decision making for patients with serious illness. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2018 ;55(4) :1224–30.
10. Einstein DJ, Einstein KL, Mathew P. Dying for advice: Code status discussions between resident physicians and patients with advanced cancer—A national survey. *J Palliat Med* [Internet]. 2015;18(6):535–41