



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS
MEDICINA HUMANA 8VO SEMESTRE**

UNIDAD I

TOMA DE DECISIONES EN MEDICINA

DR. RICARDO ACUÑA

DEBORA NIETO SANCHEZ

La toma de decisiones en medicina

La medicina es una disciplina compleja que mezcla el humanismo, la lógica, el conocimiento de evidencias, el conocimiento transmitido de colegas y maestros, así como la propia experiencia y el juicio clínico. La medicina no es, entonces, una ciencia en el sentido estricto, sino una oscilación entre la ciencia y el arte; bien se le ha descrito como la más científica de las humanidades y la más humana de las ciencias.

Los médicos seremos tan buenos o malos como las decisiones que tomemos, una operación algebraica donde las malas decisiones se restan de las buenas y cuya resultante puede ser menor de cero, o el punto de partida, que equivale al efecto placebo. Al final, en nuestra práctica cotidiana cada paciente aportará un valor positivo o negativo que va formando nuestro capital médico. Así, al mirar atrás, nos sinceraremos en nuestra conciencia y nos asumiremos como buenos o malos médicos, sin juzgarnos por sólo un paciente sino por su conjunto. Esto corresponde a que el resultado de las decisiones es probabilístico; una buena decisión no siempre conduce a un buen resultado, de la misma manera que una mala decisión no siempre es dañina. Por eso se dice que los pacientes generalmente curan “con el médico, sin el médico y a pesar del médico”. Entonces, aunque los buenos resultados no pueden garantizarse, debemos aceptar que los médicos que toman mejores decisiones acumularán el capital de una práctica más eficaz y segura para sus pacientes.

Las decisiones médicas derivan del razonamiento clínico que se construye con los bloques de información tradicionales: el interrogatorio, la exploración física y los estudios auxiliares, conjuntados con el conocimiento del médico. Sorprendentemente, el análisis de la toma de decisiones médicas, materia de este capítulo, es una disciplina muy joven. Este estudio “anatómico” de las decisiones médicas constituye una de las principales aplicaciones de la medicina basada en evidencias. Lo que se procura es sistematizar el estudio de las evidencias, entenderlas y mejorarlas, para enfocar la atención hacia la práctica ideal. Otros retos para que nuestra práctica médica sea tan buena como la idealmente posible, son la

infraestructura insuficiente para la atención, el trato no compasivo y el cobro deshonesto. Por ello, conviene aclarar que la toma de mejores decisiones debe sustentarse siempre en un trato pleno de compasión; no olvidemos que partimos del efecto placebo y que los pacientes se sienten mejor por el solo hecho de percibir la consonancia con sus médicos. Por principio fundamental estamos obligados al ejercicio honesto de la profesión médica, pues las decisiones tomadas con motivo de una incorrecta ambición económica generalmente serán malas. Al final, nadie logrará una práctica exitosa de la medicina si actúa con falta de humanismo o de honestidad, independientemente de su experiencia o preparación científica. Una práctica exitosa es aquella que resulta en lograr lo mejor para el paciente y no el beneficio económico del médico. Así las cosas, en esta reflexión sobre la decisión médica es imperativo involucrarnos con los principios bioéticos.

La decisión como acto ético

Aceptamos que la complejidad del acto médico es enorme y debe abordarse en dos vertientes: una técnica y otra ética. La toma de decisiones en medicina sigue a un proceso de deliberación que culmina en un acto. Este acto es una actividad moral que implica los motivos del médico, que es quien toma la decisión, para efectuarse en el paciente, quien posee su autonomía y dignidad.

La ética médica se fundamenta en al menos los siguientes cuatro principios básicos: 1) Principio de no-maleficencia, que sigue siendo el primero y fundamental, descrito como *primum non nocere* (primero no dañar)

2) Principio de justicia, que se relaciona con la responsabilidad del médico sobre la asignación y utilización de los recursos de salud, tanto individual como colectivamente

3) Principio de beneficencia, que implica que las decisiones y acciones buscarán siempre el mejor bienestar del paciente

4) Principio de autonomía, que reconoce el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones que directamente le atañen, incluyendo el rechazo al tratamiento.

De este modo, debemos tener siempre presente que nuestras decisiones médicas son actos morales, actuando en consecuencia. Sin embargo, no siempre es fácil decidir qué es lo que dicta la ética. Reflexionemos en las siguientes situaciones, comunes en la práctica: ¿Debemos aceptar o rechazar del servicio de urgencias al paciente diabético, con nefropatía terminal, ciego, que es traído por su familia con un cuadro de neumonía?; ¿qué le informaremos al paciente a quien recién se le ha demostrado un carcinoma de páncreas pero su familia solicitó no informárselo?; ¿estamos obligados a informar al paciente eventuales beneficios de un tratamiento que no puede obtener?; ¿es correcto prescribir un placebo que, por definición, implica la ignorancia del paciente? En los servicios clínicos continuamente decidimos intervenciones que impactarán de forma definitiva la vida de nuestros pacientes; por esto, la decisión siempre tendrá que ser dirigida por el fundamento de no maleficencia (no dañar) y con soporte de los otros tres principios. En los hospitales, las decisiones médicas suelen ser de gran complejidad, por lo que cada vez más se requiere del apoyo de comités o consultores éticos que, hoy por hoy, son inexistentes.

Es importante destacar que la decisión del médico tiene como límite la propia decisión del paciente, señalada como principio de autonomía. Es cada vez más frecuente enfrentar decisiones de no continuar tratamientos, no hospitalizar, no dar apoyo ventilatorio o no aceptar quimioterapia u otro tipo de medicamentos por decisión del propio paciente; el médico deberá estar siempre dispuesto a informar objetivamente, asumiendo siempre el respeto a la decisión del enfermo o su derecho a obtener opiniones adicionales. Así, la decisión médica deberá estar íntimamente relacionada con la decisión del paciente.

El proceso de decidir

Decisión se define como tomar una resolución en una cosa dudosa y también como firmeza de carácter. La decisión médica trata de resolver el misterio que implica la enfermedad. Los médicos somos cada vez más concientes de la necesidad de estudiar la teoría de las decisiones, pero pocos lo hacemos y menos la aplicamos.

En cierto modo, el estudio de las decisiones se ha basado en lo que debiera ser, no en lo que es. Esto resulta paradójico, pues las acciones terapéuticas serán tan buenas como lo sea el proceso que condujo al juicio clínico que las precede. Las escuelas de medicina generalmente no incluyen en su currículum el estudio de las decisiones, y las revisiones existentes se centran en el modelo bayesiano, que intimida por su aparente dificultad; puesto que lo trataremos en este capítulo, conviene anticipar que no es difícil.

Error, riesgo y decisión

En todas las decisiones médicas existe un inevitable rango de incertidumbre en donde el error y el riesgo están presentes. Mientras se les tenga en mente es posible tomar decisiones con menos incertidumbre. Al decidir, uno puede basarse en inferencias clínicas o en predicciones estadísticas. Las inferencias clínicas nos refieren al pasado que tratamos de ajustar a una situación presente, y en cambio, la predicción estadística hace un ejercicio de pronóstico de acuerdo con la información disponible.

Por otra parte, se debe considerar en nuestro análisis que en la práctica clínica existe una variación entre los diversos observadores y también una variación interna del mismo observador. De esta forma, los resultados de una exploración pueden tener diferentes interpretaciones entre un grupo de médicos o la interpretación de una radiografía puede también ser variable. Existe además la tendencia a sobrestimar el conocimiento propio y todo esto puede resultar en malas decisiones. El ejercicio clínico requiere tener presente, a lo largo de todo el proceso de decisiones en la atención al paciente, los riesgos implícitos a todas las intervenciones y la posibilidad de equivocarse. Estar alertas sobre los riesgos y errores puede disminuir la posibilidad de que ocurran o, al menos, incrementa la posibilidad de corregirlos una vez que suceden.

Generación de hipótesis diagnósticas

Luego del interrogatorio y la exploración física, el juicio clínico genera una hipótesis diagnóstica y se nos presentan tres posibles decisiones:

- 1) no intervenir (observar)
- 2) estudiar
- 3) tratar.

Estas posibilidades dependen de la probabilidad de enfermedad que sugiera la hipótesis diagnóstica, como lo muestra la figura 1. Como se observa, la probabilidad de enfermedad va de 0 (certeza de ausencia de enfermedad) a 1 (certeza de presencia de enfermedad); dentro de esta barra de probabilidad, se sitúan las diferentes decisiones descritas.

bibliografía

Facultad de Medicina UNAM. (s. f.).

http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/sep_01_ponencia.html