

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Los Umbrales

Urgencias Medicas

Docente: Ricardo Acuña del Saz

Alumna: Aurora Flor D' Luna Dguez Mtz

La clásica relación médico-paciente ha cambiado en los últimos 50 años, como lo han hecho todas las sociedades en su vida cívica, cada una a su propio ritmo. Las relaciones humanas verticales propias de la antigüedad y de la edad media, en la cual todo tipo de autoridad se vivió como relaciones de padres a hijos, incluyeron el paternalismo en la medicina. Este paternalismo médico evolucionó desde formas más duras a otras más moderadas. El enfermo primero fue solo informado de su situación, luego se pidió su aceptación para ser tratado, para hoy reconocer y respetar el derecho a ejercer su capacidad de decisión ante su salud y enfermedad. Es el desarrollo de la autonomía de la persona no solo en el terreno cívico o político sino en otros ámbitos que incluyen la medicina, con lo cual el clásico paciente ha pasado a ser un consumidor de servicios en modelos de salud más institucionalizada y de mercado. De esta manera, el clásico paternalismo ha evolucionado hacia el reconocimiento y respeto a la autonomía del enfermo, con lo cual ha cambiado radicalmente la forma de tomar decisiones. Pero no solo ha cambiado el enfermo, también lo ha hecho la medicina. Con los continuos avances científicos y tecnológicos, las alternativas de procedimientos e intervenciones diagnósticas y terapéuticas han llegado a magnitudes antes inimaginables. Y para cada una de ellas se hace necesario un proceso de decisiones que también es progresivamente más complejo y muchas veces conflictivo. La práctica clínica se enfrenta diariamente a problemas diagnósticos y terapéuticos que exigen decisiones en base a hechos que son también contextuales y que ponen en juego valores que necesitan ser debidamente ponderados. Por lo tanto, parece lógico considerar que las decisiones en la práctica clínica son científicas y técnicas, pero son además decisiones morales en cuanto a elegir “el mejor” camino para cada situación. Esta decisión de “lo mejor” constituye de hecho una ponderación de valores, lo cual implica un juicio moral que exige un análisis de hechos, valores y deberes.

Cada una de estas situaciones incluye una infinidad de dudas o conflictos diferentes, con frecuentes problemas éticos que pocas veces son explícitamente identificados por los profesionales involucrados en el caso. Lo anterior significa que se resuelven de manera intuitiva, sin reconocer ni menos aún analizar

sistemáticamente los valores en juego. De esta manera, aunque por la experiencia frecuentemente se resuelven de forma adecuada, no siempre es así. No se trata de que ocurran graves errores, pero sí que las soluciones podrían ser muchísimo mejores de lo que son. Imagínese el lector el caso de un enfermo de 90 años, con daño psico-orgánico y mala calidad de vida previa, que es llevado a un servicio de urgencia por apremio respiratorio. Confirmado el diagnóstico de una neumonía aspirativa con insuficiencia ventilatoria, la indicación médica debería ser su ingreso a cuidado intensivo y conexión a ventilación mecánica. Sin embargo, en este caso particular dicha decisión, para ser éticamente correcta, no puede restringirse a criterios biológicos sin considerar y ponderar la calidad de vida, posibles expresiones de voluntad previa del paciente, creencias y expectativas familiares, contexto económico social y las alternativas factibles de cuidado. El fundamento de la decisión no puede ser meramente intuitivo. Así como para establecer un diagnóstico y su terapéutica el clásico “ojo clínico” es insuficiente, para buscar la conducta éticamente más correcta no basta con el llamado “olfato moral”, que es la primera impresión basada en experiencias y criterios personales. Tanto el ojo clínico como el olfato moral pueden ser buenos puntos de partida pero exigen ser seguidos de una forma sistemática de análisis.

La toma de decisiones correctas en medicina exige método y fundamentos, tanto en lo biológico como en lo ético. Son competencias necesarias para todo profesional de la salud y no solo para los miembros de comités o consultores. En este capítulo se presentan, de manera muy resumida, las bases de la deliberación como forma de análisis y una síntesis de dos propuestas de método de análisis ético-clínico llevadas a una guía práctica.

El análisis detallado de los procesos cognitivos en la MUE está más allá de los objetivos de este artículo. Basado en Slogon, Croskerry describe dos modelos generales de razonamiento clínico.

El “sistema 1” es instintivo y alimentado por el reconocimiento de un patrón determinado. Se adquiere con el tiempo a través de la experiencia. El

“sistema 2” es sistemático y analítico. Es más fiable que el primero y menos propenso al error, aunque más largo en el tiempo de aprender y más caro. La combinación de ambos sistemas de pensamiento es usualmente lo más efectivo en las situaciones clínicas.

Se ha sugerido que el modelo ideal para la toma de decisiones clínicas involucraría el razonamiento bayesiano clásico, con una determinación formal de la probabilidad pretest de un diagnóstico particular y la evaluación experta de la evidencia clínica, seguido por un análisis cuidadoso de cada paso del proceso de decisión. Pero, en realidad, la necesidad de ser expeditivo en el SU nos conduce a usar atajos en dicho modelo para tratar y determinar un plan apropiado para un paciente. Croskerry describe un número de estrategias del proceso de decisión empleadas en el SU y explica los errores más comunes asociados con cada una de ellas.

El reconocimiento de un patrón clínico determinado es la estrategia más comúnmente usada en la toma de decisiones de los urgenciólogos con experiencia. Los atajos mentales o las reglas empíricas llamadas heurísticas se utilizan también frecuentemente. Lo heurístico se relaciona con los atajos del pensamiento que un individuo aprende a través de la experiencia. Un médico experimentado evitará trabajar con largas listas de diagnósticos diferenciales, más bien se focalizará en confirmar el diagnóstico más probable. Cuando se aplica correctamente, lo heurístico permite a los médicos trabajar con una alta efectividad y mejor eficiencia, aunque puede incrementarse el riesgo de error.

Los médicos menos experimentados tienen mayor dificultad para identificar patrones ante determinados datos o pueden no haber desarrollado todavía reglas heurísticas. Por lo tanto, fácilmente se pierden en exhaustivas investigaciones y pruebas para descartar un gran número de posibilidades diagnósticas. Esta actitud demanda un mayor consumo de recursos, aunque puede ser correcta cuando un diagnóstico es incierto.

Boletin2011.pdf (udd.cl)