

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

# Los Umbrales

---

## Urgencias Medicas

**Docente: Ricardo Acuña del Saz**

**Alumna: Aurora Flor D' Luna Dguez Mtz**

Los médicos deben integrar una gran variedad de datos clínicos mientras se enfrentan a presiones contradictorias para disminuir la incertidumbre diagnóstica, los riesgos para los pacientes y los costos. Decidir qué información recopilar, qué pruebas solicitar, cómo interpretar e integrar esta información para sacar conclusiones diagnósticas y los tratamientos que se deben sugerir se conoce como toma de decisiones médicas.

Al evaluar a un paciente, los médicos generalmente deben responder las siguientes preguntas:

- ¿La anamnesis y el examen físico sugieren diagnósticos específicos?
- ¿Hay "señales de alarma" que sugieren un problema médico o social urgente que debe abordarse antes de confirmar un diagnóstico?
- ¿Deben realizarse pruebas o solicitarse interconsultas?

En situaciones sencillas o comunes, los médicos a menudo toman decisiones de manera reflexiva; los diagnósticos se realizan al reconocer los patrones de la enfermedad y los exámenes complementarios y el tratamiento se inicia sobre la base de la práctica habitual. Por ejemplo, durante una epidemia de gripe, un adulto sano que ha tenido fiebre, mialgia intensa, dolor orbitario y tos seca durante 2 días suele ser diagnosticado como otro caso de gripe y sólo se le proporciona alivio sintomático adecuado. Este reconocimiento de patrones es eficiente y fácil de usar, pero puede estar sujeto a error porque existen otras posibilidades diagnósticas y terapéuticas que no fueron consideradas de modo serio o sistemático. Por ejemplo, un paciente con ese patrón de gripe y disminución de la saturación de oxígeno podría tener COVID-19 o una neumonía bacteriana y requerir antibióticos. Los médicos deben conocer los posibles sesgos que pueden introducirse en el proceso de diagnóstico.

En casos más complejos, un mejor enfoque puede ser una metodología estructurada, cuantitativa y analítica para la toma de decisiones. Incluso aunque el reconocimiento de patrones permite arribar al diagnóstico más probable, a

menudo se solicitan pruebas de laboratorio y estudios complementarios para confirmar el diagnóstico y excluir entidades que podrían confundirse con la enfermedad. Los métodos analíticos pueden incluir la aplicación de los principios de la medicina basada en la evidencia y el uso de guías clínicas y de diferentes técnicas cuantitativas específicas (p. ej., teorema de Bayes).

Las situaciones clínicas complejas son en la medicina contemporánea casi ilimitadas en su número y variedad a lo largo del ciclo vital. Las alternativas de intervenciones diagnósticas y terapéuticas son progresivamente más numerosas planteando diversas alternativas para cada caso. No solo ha cambiado la medicina sino la sociedad y el enfermo, quien tiene el derecho a estar informado y tomar sus decisiones, o al menos a participar activamente en ellas. Las decisiones son por lo tanto procesos en los cuales participan médicos, otros profesionales, pacientes, familiares, los comités de ética asistencial y los consultores ético-clínicos. Para ello es necesario definir y aplicar un método que tome en consideración, junto a los hechos clínicos, las circunstancias, valores y consecuencias de las diferentes alternativas para cada caso. Para elegir el camino que otorgue el mayor beneficio para el enfermo el método debe ser, como en los juicios morales, empírico y probabilístico, con la necesidad de llegar a decisiones razonables y prudentes después de considerar y ponderar todos los elementos en juego. El método es, por ende, la deliberación, la cual se centra básicamente en el análisis de hechos, valores y deberes. En base a las propuestas de Albert Jonsen y de Diego Gracia, se plantea una metodología de síntesis partiendo de un marco teórico que reconoce la dignidad de la persona humana y la aplicación jerarquizada de los principios de la bioética. La propuesta es seguir un método deliberativo que analiza primero los hechos clínicos, calidad de vida, voluntad del enfermo y el contexto particular del caso, para continuar analizando los problemas éticos, los valores y principios en juego, y concluir en decisiones o recomendaciones en base a cursos de acción elegidos después de analizar todas las alternativas confrontadas con sus valores y fundamentos.

Como ya se ha expresado, en la medicina contemporánea las decisiones clínicas son complejas y no pueden ser tomadas solo por el médico. Los agentes de

decisión incluyen en primer lugar al médico, o más bien a los médicos, por cuanto rara vez un médico estará decidiendo solo ante escenarios críticos. Por su parte, el enfermo tampoco estará solo sino acompañado por su familia y una variable red social. A lo anterior se agregan otros profesionales no médicos de la salud, posibles consejeros externos de cada paciente, los documentos u otras formas de expresión de voluntades anticipadas cuando existen, y órganos consultivos como los comités de ética asistencial o los consultores de ética clínica. No solo participan estos diversos agentes sino que ellos están influenciados o dependen de factores que incluyen la capacidad del enfermo para comprender su situación y tomar decisiones, la misma capacidad en sus familiares, los problemas emocionales asociados inevitablemente a la enfermedad y los temores, esperanzas, culpas o intereses diversos en juego. A lo anterior se agregan factores culturales, religiosos, los recursos disponibles, las políticas de salud o las regulaciones institucionales y la legislación vigente. El conjunto de agentes de decisión y los diversos factores ya mencionados exigen procesos de decisiones compartidas que llevarán a determinaciones que son más complejas y muchas veces más lentas, pero generalmente más razonables y prudentes. Los casos clínicos que plantean problemas éticos más complejos o críticos pueden ser consultados a los comités de ética asistencial cuyas funciones son la consultoría de casos, la docencia intrahospitalaria y la participación proactiva en las normas institucionales. Los comités analizan los casos clínicos que les son presentados aplicando un método previamente acordado y de esta manera ayudan a la solución del problema mediante recomendaciones o sugerencias debidamente fundamentadas que deben responder así a las preguntas y dudas del equipo profesional tratante. No obstante, la responsabilidad profesional, moral y legal de las decisiones particulares corresponden a quienes toman las decisiones y no al comité que tiene calidad de órgano consultor. La experiencia ha mostrado, en diferentes partes del mundo, que los casos presentados a los comités son escasos o excepcionales. Por esta razón en muchos hospitales de EE.UU. se han establecido sistemas de consultoría ético-clínica, sea individual o en base a dos o tres consultores. Lo mismo ocurre en algunos países europeos y

recientemente se ha iniciado esta forma de consultoría en Chile. La consultoría individual se realiza aplicando un método similar de análisis, pero tiene la limitación de carecer de la reflexión grupal de los comités con las diversas perspectivas interdisciplinarias de sus miembros. Es evidente que no reemplaza sino que complementa la labor de los comités de ética asistencial y llega a ser una forma de lograr más cercanía con los clínicos. La evaluación de la labor asesora de los comités y de las consultorías individuales es difícil de realizar, pero la experiencia y algunos estudios muestran que constituyen un aporte positivo para resolver los problemas ético-clínicos. La lógica del juicio clínico es por su esencia probabilística y no apodíctica que es lo propio de las ciencias exactas. Por eso, en el juicio clínico se debe buscar lo razonable y no la certeza. Esta “razonabilidad” se logra mediante la ponderación cuidadosa de todos los factores que intervienen en una situación particular, con el fin de disminuir su incertidumbre. Es lo que desde los griegos se entiende por deliberación. Más aun, a la decisión tomada mediante una deliberación prolongada se la consideró “prudente”. Los juicios morales, al igual que los juicios clínicos, son primariamente empíricos y concretos, en los cuales las conclusiones son inciertas y serán más razonables en la medida en que se ponderen cuidadosa y reflexivamente todos los factores implicados. Ya Aristóteles llamó dialécticos a los juicios morales. Para estos juicios el diálogo con otros es la mejor forma de mejorar nuestro conocimiento y de llegar a decisiones de mayor sabiduría, proceso al que llamó “deliberación”. La deliberación ética es así una forma difícil y compleja de razonamiento, que evita los juicios a priori o emocionales e implica ponderar debidamente los principios, valores y conflictos de valor, así como las circunstancias y consecuencias de las decisiones. A ello se agrega el análisis de los cursos posibles de acción, la consideración del contexto de cada caso, los intereses en juego y el marco legal. Los procesos de deliberación suponen de sus participantes una destreza intelectual que exige condiciones de escucha atenta o activa de las demás opiniones, en especial de aquellas que difieren de las propias. Es relevante considerar que se delibera básicamente en el nivel de los hechos y en el de los valores, después de lo cual viene el nivel de los deberes. De esta manera la deliberación se constituye en el

método o procedimiento de elección para emitir un juicio fundamentado para la toma de decisiones. Lo anterior es válido no solo para los juicios morales, sino de igual forma para el análisis de los problemas ético-clínicos.

[Facultad de Medicina UNAM](#)

[Medicina basada en la evidencia: organización y rol en la toma de decisiones \(elsevier.com\)](#)