



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITÁN
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



ANALISIS DE DECISIONES EN LA CLINICA

ENSAYO

Docente:

Dr. Fernández Solís Citlali Berenice.

Alumno: Jorge Alberto Hilerio González

Grado: 8vo Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas; Marzo del 2025.

INTRODUCCION:

El análisis de decisiones en la clínica es una aproximación sistemática para realizar decisiones bajo condiciones de falta de certeza.

Se define “toma de decisiones” al proceso intelectual que lleva a una elección entre varias posibilidades y que es común a varias situaciones. A partir de este concepto, el proceso de solución de los problemas de salud de individuos enfermos puede ser considerado como un proceso continuo de toma de decisiones médicas, de las cuales depende, invariablemente, el éxito o el fracaso de la gestión del médico.

El profesional del primer nivel de atención necesita estar bien capacitado en tomar decisiones médicas mediante un respaldo científico con una metodología ordenada y eficiente para decidir sobre la base de sus hipótesis diagnósticas, el manejo terapéutico, que conduzca a la solución del problema de salud del paciente.

El profesional del primer nivel de atención necesita estar altamente calificado en tomar decisiones médicas con el debido respaldo científico, aplicado a una metodología ordenada y eficiente a la hora de tomar una decisión. De esta manera llegamos a un diagnóstico razonado, generando satisfacción en el usuario.

A este método lo denominamos toma de decisiones clínicas en atención primaria. Durante el proceso de toma de decisión médica surge la incertidumbre, que en medicina gira en torno a la probabilidad que tiene un paciente de presentar una enfermedad en particular y este puede variar entre 0 y 1. Según el rango de incertidumbre en el que nos encontremos podemos tomar tres caminos: tratamos al paciente, profundizamos el estudio del caso o simplemente nada. Hay que destacar que existen tres modelos en la toma de decisiones, siendo el más importante, el modelo hipotético deductivo. Finalmente, podemos concluir que no necesariamente tenemos que llegar a un diagnóstico, pero sí debemos llegar a una certeza lo suficientemente alta para actuar.

DESARROLLO:

La clásica relación médico-paciente ha cambiado en los últimos años, como lo han hecho todas las sociedades en su vida cotidiana, cada una a su propio ritmo. Las relaciones humanas verticales propias de la antigüedad, en la cual todo tipo de autoridad se vivió como relaciones de padres a hijos, la forma de pensar del 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. El tipo de decisiones complejas con problemas éticos es casi ilimitado. Siguiendo el ciclo vital podemos imaginar los problemas ético-clínicos relacionados a cada una de sus etapas como control de natalidad, tratamientos de infertilidad, embarazo y aborto, tratamientos perinatales, prematuridad, malformaciones congénitas, enfermos críticos de dudosa recuperabilidad, pacientes terminales, cuidados paliativos con sus requerimientos específicos, los problemas del adulto mayor, así como todos aquellos que se relacionan con el fin de la vida y la búsqueda de una muerte digna.

¿CÓMO TOMAMOS DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Veamos el siguiente ejemplo:

Un paciente varón de 38 años acude a un centro de atención primaria por un dolor tipo punzada en región precordial no desencadenado por el ejercicio y que por momentos se irradia hacia la mandíbula. El médico lo examina y no encuentra alteración cardiovascular alguna. Sospecha de una costochondritis y lo envía a su casa, recomendándole reposo y prescribiendo analgésicos. Horas más tarde los familiares del paciente llevan al paciente con urgencia al centro de atención primaria porque su estado se ha deteriorado mucho. El dolor ha aumentado significativamente, se observa diaforesis, y dolor precordial tipo opresivo irradiado al brazo izquierdo. El médico decide referirlo de inmediato al hospital, donde se realizan exámenes complementarios encontrando elevación de troponinas en sangre y alteraciones en el EKG. Esto, sumado al antecedente de tabaquismo, sedentarismo y diabetes mellitus, lleva a pensar en infarto agudo de miocardio, iniciándose tratamiento especializado.

El diagnóstico diferencial del dolor precordial es amplio e incluye: costochondritis, infarto agudo de miocardio, disección de la aorta, disfagia motora, síntomas de ansiedad, entre otras. El médico debe, ante este panorama, plantear la hipótesis correcta en función de las características presentes o ausentes en el cuadro clínico (dolor precordial tipo opresivo, irradiado a brazo izquierdo, desencadenado por el ejercicio, diaforesis, obesidad, tabaquismo, Diabetes mellitus) y llegar al umbral de confirmación de su diagnóstico y el umbral de exclusión de otras enfermedades que podrían tener repercusiones graves en la salud del paciente (4).

El error en este caso consistió en quedarse con el diagnóstico más frecuente y menos grave por la edad de presentación y características atípicas iniciales con el que se manifestó el dolor precordial, sin tener en cuenta los factores de riesgo como tabaquismo, sedentarismo y antecedente de diabetes mellitus (DM); esto significó pasar por alto otras enfermedades que podrían ser graves, como el infarto agudo de miocardio (IMA). A esto, se le denomina sesgo de representatividad derivado del conocimiento de la probabilidad previa, al no ser un dolor precordial típico, el caso podría corresponder a una costochondritis para los médicos; sin embargo, al tener todos los antecedentes mencionados que elevaban su riesgo cardiovascular, seguramente se hubiera concluido que la probabilidad de un síndrome coronario agudo sobrepasaba el umbral en el que no es necesario hacer más estudios e intervenir.

INCERTIDUMBRE Y PROBABILIDAD EN MEDICINA

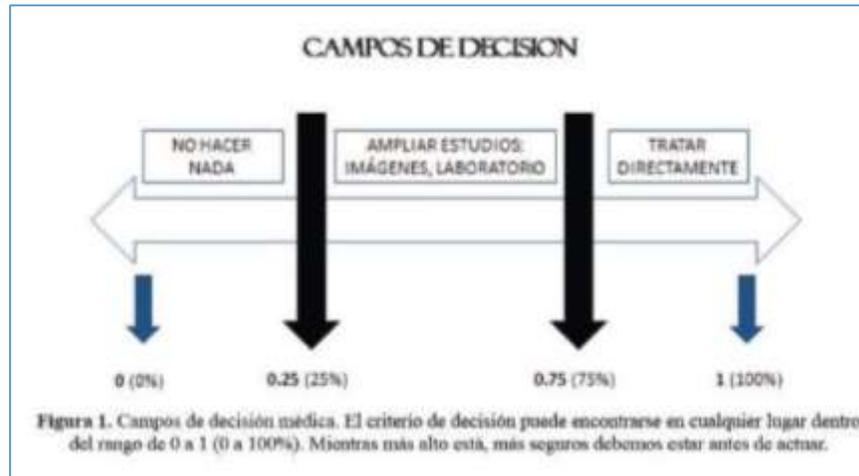
La probabilidad que tiene un paciente de presentar una enfermedad en particular varía entre 0 y 1 (0% a 100%). Dentro de este rango, se postula la siguiente pregunta ¿A partir de qué grado de certeza podemos o debemos iniciar una acción contra esta enfermedad?

Veamos otro ejemplo:

Un niño de 6 años es llevado por su padre a la consulta. El niño 1 día antes empezó con escalofríos, fiebre y estornudos. En el examen físico el médico encontró solo congestión nasal. El resto del examen físico fue normal.

Ante este cuadro, el médico decidió comunicar al padre que el niño presentaba resfrío común y prescribió el tratamiento pertinente, recomendándole que regrese en caso no haber mejoría. En este caso no se consideró indispensable solicitar una radiografía de tórax, menos aún un cultivo de secreción faríngea.

Con los pocos argumentos de la anamnesis y del examen clínico, llegó a un nivel de certeza suficiente para poder actuar, sin necesidad de profundizar su investigación diagnóstica.



"El criterio de decisión es una balanza entre el riesgo de tratar y no tratar, de solicitar y no solicitar exámenes de laboratorio para profundizar el caso. Conlleva poner en una balanza los beneficios y los riesgos a beneficio del paciente. Mientras más arriba nos situamos al umbral (acercándose a 0%), más riesgo corremos de considerar equivocadamente a un buen número de pacientes como personas sanas mientras que en verdad sufren de una patología (falsos negativos) y, por consecuencia, los dejamos sin el tratamiento que necesitan. Esta situación es particularmente nefasta cuando la enfermedad es grave (causa mortalidad o invalidez, por ejemplo, la meningitis bacteriana), cuando es vulnerable por una acción terapéutica (por ejemplo, un antibiótico) o cuando se corre el riesgo de tener graves consecuencias sobre el medio (por ejemplo, una enfermedad epidémica). En cambio, si situamos el umbral muy abajo (cerca de 100%), más riesgo tenemos de considerar erróneamente a un buen número de personas sanas como enfermas afectadas por cierta patología (falsos positivos), tratándolas innecesariamente".

Por lo visto anteriormente, los médicos en su práctica diaria con los pacientes generan una cantidad limitada de hipótesis. Las hipótesis se confirman o se descartan en un proceso continuo en el cual los conocimientos y la experiencia personal desempeñan un papel importante. Entonces uno puede tomar una de las siguientes decisiones:

1. No pedir estudios ni dar tratamiento.
2. Obtener más información (pedir estudios y decidir sobre la base de los resultados).
3. Tratar directamente sin obtener información adicional

MODELOS EN LA TOMA DE DECISIONES

Sackett, enumeró tres estrategias para el diagnóstico clínico: Razonamiento inductivo, hipotético-deductivo y de reconocimiento de patrones.

Modelo RAZONAMIENTO INDUCTIVO.

Este modelo de razonamiento busca la información sin estar dirigida desde un inicio por alguna hipótesis; es decir se procede a la anamnesis y exploración de aparatos y sistemas que ayudaran a formular una primera hipótesis.

Veamos un ejemplo:

Paciente de 42 años de edad, acude a un centro de atención primaria por inestabilidad moderada, nistagmo unidireccional e importantes manifestaciones vegetativas. El médico realiza la anamnesis y examen físico encontrando un Dx-Hallpike positivo. De esta manera el médico ejecuta su primera hipótesis: vértigo paroxístico posicional benigno.

Modelo HIPOTÉTICO-DEDUCTIVO.

Este modelo considera que al inicio del proceso se establecen hipótesis basadas en la evidencia disponible, o incluso en la intuición, que después se someten a prueba mediante la exploración y las exámenes complementarios.

Un ejemplo:

Mujer de 30 años, divorciada, gerente de una empresa y un hijo con parálisis cerebral infantil; manifiesta dolor de cabeza de moderada intensidad, en forma continua en región occipital irradiado hacia los hombros, el cual cede en algunas ocasiones con paracetamol. Al analizar los síntomas y los antecedentes, el médico postula una probable cefalea tensional como primera hipótesis, antes de explorar a la paciente y descartar signos de alarma.

Modelo de RECONOCIMIENTO DE PATRONES.

Este modelo se plantea como un proceso de mero reconocimiento del cuadro comparándolo con el modelo de la enfermedad que se dispone en la mente, por similitud global, sin ningún tipo de razonamiento.

Ejemplo: Típico caso de paciente de 69 años con dolores articulares en la mano, que se exacerba al despertar por la mañana y mejora con el ejercicio, antiinflamatorios no esteroideos o ambos. El médico diagnostica Artrosis.

CONCLUSIÓN

La meta de una decisión clínica no es necesariamente alcanzar un diagnóstico seguro de una enfermedad, sino más bien llegar a una certeza lo suficientemente alta para actuar y tomar la decisión correcta frente a un paciente y su contexto.

Tomar una decisión médica implica ejecutar un razonamiento ordenado respaldado por la evidencia científica, con la intención de tener una aproximación diagnóstica, terapéutica y educativa, mejorando de esta manera la efectividad del médico de atención primaria en beneficio de la salud del paciente; pero esto también nos lleva a asumir riesgos para el paciente, que ha depositado su confianza y su salud en el juicio de su médico, quien cuenta como únicas fortalezas: su capacidad intelectual, sus años de experiencia y el uso perspicaz de una buena orientación clínica a la hora de tomar la decisión final.

BIBLIOGRAFIA:

-Antonio David Moncada Catalán (2020) *Análisis de la toma de decisiones en la clínica*, elsevier, revista de asociación española.

-Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria-SEMFYC. *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2º ed. Barcelona: Panamericana; 2022*

-

GRACIAS.