

Decisiones clínicas en la medicina de hoy

Clinical Decisions in Medicine Today

Dr. Gabriel d'Empaire Yanes¹ MD, FACC, FESC, MTSVC

¹Médico Cardiólogo Intensivista. Magister en Bioética. Director Ejecutivo del Centro Internacional de Bioética. Expresidente de la Sociedad Venezolana de Cardiología. Caracas-RB de Venezuela.

“La medicina es la ciencia de las incertidumbres y el arte de las probabilidades”.

Sir. William Osler

Decidir es parte de nuestra vida cotidiana, es una condición constitutiva que define y caracteriza al ser humano. Constantemente estamos decidiendo y no podemos dejar de hacerlo. Aun en el caso de que optásemos por no emitir nuestra opinión, ya eso significa tomar una decisión. Esta capacidad única lleva implícita la condición ineludible de asumir una responsabilidad moral y en determinadas ocasiones, una responsabilidad legal. De esta forma, nuestra capacidad de decidir nos hace seres morales, responsables de nuestras acciones y nos diferencia de todos los otros seres que habitan en este planeta.

De igual forma, en el ejercicio profesional de la medicina, los médicos deben decidir sobre todos los aspectos relacionados con la atención de los enfermos. Sin embargo, las decisiones clínicas tienen características particulares. Algunas de estas características no han variado a lo largo del tiempo, como es el caso de la incertidumbre con la que se toman la mayoría de las decisiones cotidianas; otras veces son características mucho más específicas del ámbito clínico y difieren en diferentes aspectos de las decisiones que se toman en la vida diaria. A continuación, describiré algunas de estas distinciones, haciendo hincapié en su importancia y sus implicaciones éticas.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Gabriel d'Empaire Yanes

Tel: +58-212-263.57.87

E-mail: gabrieldempaire@gmail.com @bioeticaclinica

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES:

No declarado

Recibido en: Marzo 03, 2025

Aceptado en: Marzo 05, 2025

Las decisiones clínicas en la medicina actual.

1) Las decisiones en la práctica clínica son probabilísticas

Todas las decisiones clínicas son probabilísticas, en otras palabras, solamente expresan probabilidades de que se cumpla el objetivo esperado en ningún caso, se puede garantizar una respuesta única, exacta o absoluta. Siempre existirá un determinado grado de incertidumbre y la probabilidad de que el resultado

final sea diferente a lo previsto. Como decía Sir. William Osler: “La medicina es la ciencia de las incertidumbres y el arte de las probabilidades”. En este sentido son diferentes a las denominadas decisiones apodícticas, las cuales se basan en proposiciones que son necesariamente válidas, sin posibilidades de contradicción y la respuesta será siempre una sola. Es el caso típico de los procesos matemáticos, o de los clásicos silogismos, por ejemplo: “Todos los hombres son mortales, Sócrates es hombre, por tanto, Sócrates es mortal”. Este último tipo de decisión consta de dos premisas y una conclusión, la cual es una inferencia deductiva de las otras dos, no existe otra posibilidad. Por el contrario, las decisiones probabilísticas están basadas en el análisis de los hechos, las circunstancias y de las posibles consecuencias, y en ningún caso se podrá garantizar una respuesta absoluta e inequívoca.

Cuando nos referimos a decisiones clínicas esta aclaratoria resulta muy pertinente, debido a que, cuando el médico expresa una decisión, se puede dar por un hecho que el resultado será inequívoco. Por ejemplo, se le dice al paciente: “luego de revisar su caso, he decidido que es mejor que se opere, nunca he visto que se presenten complicaciones en este tipo de operación y con seguridad se curará”. Este tipo de aseveración es interpretado por el enfermo y sus familiares como un hecho, la operación que le proponen no se complican y con seguridad se curará. Por el contrario, el médico debería haber dicho: la operación tiene pocas posibilidades de complicaciones y una alta probabilidad de resolver su problema. No entender bien este concepto conlleva a frustraciones, sensación de engaño y muchas veces a demandas legales. En este sentido, el médico debe expresar su decisión de manera correcta, que no deje dudas y, el paciente debe saber interpretar que, diga lo que diga el médico, toda decisión de este tipo es probabilística.

2) La mayoría de las decisiones clínicas, tienen efectos directos en la salud, la enfermedad y hasta en la vida de los pacientes.

Las decisiones que tomamos a diario pueden tener o no, consecuencias sobre nuestras vidas

o nuestro entorno. En el caso de la medicina la situación es diferente, las decisiones que se toman, pueden producir beneficios o daños a un tercero, a los enfermos, e incluso, en ocasiones pueden afectar al sistema de salud. En este sentido, es bien conocida la frase: “Los médicos entierran sus errores”. Esta condición particular, al poder perjudicar a otros nos establece una inmensa responsabilidad moral y legal.

3) La complejidad y la incertidumbre para la toma de decisiones se ha incrementado en el tiempo.

El médico de hoy debe enfrentar situaciones nunca vistas a lo largo de la historia de la medicina. Los rápidos avances científicos y tecnológicos ocurridos durante las últimas décadas cambiaron el horizonte de la profesión médica. De una medicina que siempre contó con muy pocos recursos, se pasó, en un tiempo relativamente corto, a una nueva realidad plena de innumerables alternativas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que, hasta hace poco tiempo, resultaba imposible pensar en su curación y muchas veces ni siquiera su alivio. En tan solo siete décadas, la medicina avanzó más que en 30 siglos.

Esta rápida disponibilidad de posibilidades de actuación tuvo efectos ambivalentes. Por una parte, se abrió la posibilidad de mejorar e incluso curar pacientes que, años antes hubiesen fallecido precozmente. Un claro ejemplo han sido los pacientes con enfermedad coronaria, en quienes ha sido posible reducir la tasa de mortalidad de manera muy significativa. Efectos similares se han obtenido con muchas otras enfermedades como el cáncer, las enfermedades autoinmunes y la sepsis, entre muchas otras. Al mismo tiempo, de manera paralela comenzaron a surgir dudas, retos y problemas nunca vistos en la historia de la medicina. Tan solo para nombrar algunos: surgieron serias dudas, en relación con la indicación adecuada de los métodos de soporte vital en pacientes con pocas posibilidades de recuperación. La aparición de la condición de muerte encefálica, secundaria a las técnicas de reanimación cardiopulmonar y de ventilación mecánica hizo cambiar los criterios

de muerte, el diagnóstico basado en el cese de la actividad cardiopulmonar, el cambio al diagnóstico basado en la ausencia de actividad encefálica, sobre este tema, aún se mantienen importantes discusiones. La amplia disponibilidad de nuevos tratamientos, muchos de ellos sin evidencias definitivas de eficacia y seguridad, inició el camino a la sobre medicación de muchos enfermos con sus correspondientes consecuencias las cuales en muchos casos aún persisten. Se tecnificaron los ambientes hospitalarios y el ejercicio de la medicina con la consecuente deshumanización de la atención médica. Se inició el incremento de los problemas asociados a la gestión de recursos escasos y a la inequidad. Surgió la posibilidad de desarrollar técnicas que pueden afectar a las generaciones futuras. Estas y muchas otras situaciones complicaron de manera muy significativa la toma de las decisiones clínicas. La medicina no es ni volverá a ser la medicina que se ejerció a lo largo de la historia. Contamos con extraordinarios beneficios que se alternan con problemas, en su mayoría éticos. Hemos tenido que aprender que, no todo lo que es técnicamente posible es siempre éticamente aceptable, en otras palabras, no todo lo que se puede hacer se debe hacer. En consecuencia, nos enfrentamos a dudas e incertidumbres que, de manera permanente, retan nuestra capacidad de tomar decisiones prudentes. La complejidad de la medicina actual hace posible que se produzcan errores en la toma de decisiones (tal como en ocasiones ocurre), errores que pueden incluso pasar desapercibidos. Lo antes descrito nos exige deliberar y educar sobre estos temas, situación en la que no hemos avanzado mucho.

4) ¿Quién decide?

Coincidiendo en el tiempo, con el proceso de desarrollo científico, antes descrito, ocurrió un segundo evento, tal vez uno de los avances más importantes de la historia de la medicina. En la década de los años 70 del siglo XX, el modelo de relación médico-paciente vertical paternalista, según el cual el médico decidía de acuerdo a sus conocimientos y valores lo que era mejor para el enfermo, cambió a un modelo más horizontal basado en la autonomía de los pacientes, así como el respeto

a su dignidad, sus derechos y su proyecto de vida. A partir de ese momento los enfermos adquirieron el derecho a recibir una información completa, veraz y oportuna de su diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como el derecho a decidir sobre la alternativa de terapéutica que consideraran más conveniente. Surgió el consentimiento informado ⁽¹⁾ y la obligación ineludible de cumplirlo. Según este nuevo modelo de relación, el médico ya no es quien decide de acuerdo con su criterio y valores. En la actualidad son los enfermos quienes, una vez informados y estando capacitados, deciden en conjunto con el facultativo lo que consideran mejor de acuerdo con sus valores y proyecto de vida. En el caso de que, el paciente no esté capacitado para tomar la decisión, nunca pierde este derecho, el mismo es subrogado al familiar que le corresponde.

Este inmenso avance en el que los pacientes pasaron a ser reconocidos como personas autónomas con derechos sobre su cuerpo, su salud y su vida, trajo también, importantes interrogantes que obligan al médico de hoy a tomar decisiones complejas para las cuales, muchas veces no ha recibido la formación adecuada. Por ej: ¿Qué decidir, cuando un paciente le solicita se le retiren todos los tratamientos de soporte vital? ¿Qué decisión tomar si el paciente solicita se le continúen tratamientos fútiles? ¿Qué decisión tomar si un enfermo solicita que se le ayude a morir?

5) Las decisiones clínicas y el control de los costos de atención médica.

El desarrollo científico y tecnológico aunado a las mayores exigencias por parte de los enfermos, entre otras causas, inició un incremento progresivo de los costos de atención médica, el cual aún persiste y ha sido una de las principales causas de la creciente inequidad en la atención médica de los pacientes cada día ⁽²⁾.

Contamos con más recursos novedosos que están disponibles para menos personas. Al igual que en los casos anteriores, los problemas asociados a la distribución de recursos escasos plantean serias interrogantes relacionadas con la forma correcta de utilizar estos recursos de manera justa y equitativa.

Interrogantes que exigen se tomen decisiones muy complejas relacionadas con los principios de justicia y equidad. Entre muchas otras, como distribuir los recursos escasos de una manera justa y equitativa. ¿Cómo decidir a quién asignar la única cama disponible en la Unidad de Cuidados Intensivos, cuando hay tres pacientes que la requieren?

En una larga lista de espera para diálisis, ¿quién debe beneficiarse de esta técnica? Son interrogantes que exigen decisiones.

6) Las decisiones clínicas y los principios de la Bioética.

Dicho lo anterior, no quedan dudas de que surgió una nueva dimensión moral en la que, como bien dicen las Dras. Ida Sim y Chistine Cassel: ⁽³⁾ “Las decisiones más cruciales que confronta la comunidad médica no son técnicas sino éticas”. Por tanto, es ineludible contrastar las decisiones médicas con los principios de la Bioética a fin de garantizar que estas decisiones ofrezcan mayor beneficio para el paciente, con el menor daño, con el adecuado respeto a su autonomía y garantizando la justicia y la equidad.

En este sentido, todas las decisiones clínicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de los enfermos, deben evaluar la eficacia y seguridad de los métodos a utilizar de acuerdo a las evidencias científicas disponibles con la finalidad de seleccionar aquellos métodos diagnósticos y tratamientos más eficaces para el paciente que debemos tratar. No se trata de seleccionar la mejor opción para una determinada enfermedad, se trata de lograr la mejor indicación de acuerdo con las evidencias disponibles y a las circunstancias y condiciones de un paciente en particular: Principio de Beneficencia ⁽⁴⁾. A la vez, la decisión que se tome debe considerar aquella opción que reduzca el mínimo las posibilidades de causar daño: Principio de no maleficencia, a la vez que garantice el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos del enfermo: Principio de autonomía. Finalmente, que tenga la mejor relación de costo-beneficio a fin de promover una adecuada gestión de los recursos y evitar la discriminación: Principio de justicia.

En la medicina de hoy, las decisiones no pueden estar basadas en opiniones, o preferencias de los médicos que no cumplan con este requisito formal. Hacer lo contrario es atentar contra el bienestar, la salud y hasta la vida de los enfermos, e incluso contra el buen funcionamiento de los sistemas de atención médica.

7) Las decisiones en la práctica clínica requieren seguir una metodología

Con relativa frecuencia, las decisiones médicas resultan sencillas. En estos casos una metodología clínica simple, permite conseguir un diagnóstico adecuado y una opción terapéutica que cumpla con los principios de la Bioética, antes mencionados. Sin embargo, en otros casos (cada vez con más frecuencia) se presentan situaciones clínicas en la que se enfrentan principios. Por ejemplo. El caso de un paciente que, estando informado y capacitado para decidir, se niega a recibir un tratamiento que puede ser importante para su sobrevivencia. En este caso se enfrentan el principio de beneficencia representado en la propuesta médica, que busca preservar la vida, con el principio de autonomía expresado en la voluntad, la autonomía y los derechos del enfermo. Ante este tipo de situación se deben jerarquizar los principios, a través de una deliberación sobre los valores, derechos, su voluntad y proyecto de vida del enfermo a fin de conseguir la opción que le resulte más conveniente. En este caso, si el enfermo está bien informado y capacitado para decidir, el principio de autonomía estará por encima del principio de beneficencia, aun en el caso de que muchos no lo comprendan. También podemos expresarlo de la siguiente manera: la mejor manera de beneficiar a este paciente es respetándole su autonomía.

En casos más complejos es necesario seguir una metodología más rigurosa que nos permita una adecuada recolección y análisis de los hechos, valores y circunstancias implicados en el caso; seguido de la deliberación sobre los diferentes cursos de acción, de acuerdo con los principios y las consecuencias implícitos de cada uno de estos cursos, a fin de definir la mejor opción para el

enfermo. Incluso, en situaciones muy complejas es necesaria la participación de un Comité de Bioética Asistencial a fin de que se realice una deliberación multidisciplinaria que aporte la mejor alternativa para ese paciente en particular.

El método de análisis clínico, más conocido, es el propuesto por J Siegler ⁽⁵⁾ y posteriormente modificado por el Dr. Diego Gracia ⁽⁶⁾. Este método se base en el análisis y la deliberación de los hechos, los valores y los deberes, implícitos en cada caso particular, con la finalidad de definir los cursos de acción posibles. Una vez definidos estos cursos de acción, los mismos son contrastados con los valores y circunstancias del paciente. Se busca encontrar la alternativa que preserve el mayor número de valores y principios o les cause el menor daño. Finalmente, esta alternativa debe cumplir con el Canon Kantiano de: respetar a cada ser humano como un fin y no solamente como un medio. Esta alternativa, es la que finalmente se considerará la más prudente.

Toda decisión clínica, desde la más sencilla, hasta la más compleja, lleva implícita una importante carga de responsabilidad, en la medida que la misma afecta la vida, la salud y la calidad de vida de otros.

❖ **Deliberación sobre los hechos**

Los hechos se refieren a los síntomas y signos recogidos en la historia clínica del paciente a lo cual se suman los exámenes de laboratorio, estudios radiológicos, así como cualquier otra evaluación o examen complementario, obtenido con la intención de aclarar el diagnóstico del enfermo. Se deben recabar la mayor cantidad de hechos y los mismos deben ser exactos. La omisión o la inexactitud de uno o varios hechos, por razones de tiempo o acuciosidad en su obtención pueden llevar a una decisión errada. Desafortunadamente, la lucha por la “eficiencia” ha llevado a restringir, de forma muy importante, el tiempo que el médico le dedica a la elaboración de la historia clínica. Esto implica el riesgo de que se omita datos que pueden ser fundamentales para el logro de una conclusión adecuada. Al referirnos a que la información sea completa y exacta, nos referimos, además, a que los mismos deben incluir los valores y las circunstancias

personales, económicas, sociales, familiares, etc., que rodean al paciente en ese momento.

❖ **Deliberación sobre los valores**

El tema de los valores ha sido ampliamente discutido por las diferentes corrientes de la filosofía, a lo largo de la historia. Sin embargo, desde una visión pragmática, los valores son todo aquello que a una persona le resulta realmente importante en su vida ⁽⁷⁾. Son aspectos que le dan sentido a nuestra existencia y por los cuales se lucha e incluso se muere.

Al igual que la capacidad para decidir, los valores son constitutivos, son inherentes a nuestra condición humana. Valoramos todo lo que se encuentra a nuestro alrededor y no podemos dejar de hacerlo. Existen diferentes tipos de valores: estéticos, económicos, religiosos, ideológicos, éticos. En este sentido, permanentemente, expresamos lo que nos parece bonito o feo, caro o económico; asumimos los valores de una religión; defendemos determinadas ideologías; valoramos nuestra vida, nuestra salud, nuestra familia, amigos, sentimientos; valoramos principios morales: la justicia, la igualdad, la honestidad, la responsabilidad, la verdad, la transparencia, etc., y con base en estas valoraciones, emitimos juicios sobre lo que consideramos justo o injusto, correcto o incorrecto, honesto o deshonesto. Dentro de este contexto, resulta muy importante resaltar que cada uno de nosotros, valora de forma diferente. Profesamos religiones diferentes, ideologías diferentes e incluso diferimos en valores y principios morales, es decir, podemos diferir entre lo que consideramos justo o injusto, correcto o incorrecto.

Tener claro este concepto es fundamental, para comprender la ética de nuestros días. A diferencia de otras épocas en las que se consideraba que los valores eran impuestos por la naturaleza, la religión, las monarquías o la sociedad. Hoy sabemos que somos libres de asumir y construir nuestros valores y tenemos el derecho a defenderlos y a que se nos respeten. Vivimos en sociedades con códigos morales múltiples, lo cual nos exige el establecimiento de mínimos éticos iguales para

todos. Pero más allá de estos mínimos (ética de mínimos), todos somos libres para definir y ejercer nuestros valores (ética de máximos). El hecho de que los valores de otra persona sean diferentes a los nuestros, no significa que esté equivocada. Podemos no entender o no aceptar los valores de otro, pero siempre debemos respetarlos. Solamente a través del respeto y la tolerancia a los valores de los otros, podemos respetar a nuestros semejantes y vivir en paz.

Valoramos en forma diferente y la ética de hoy nos exige el respeto los valores de las demás personas.

En toda decisión clínica deben incorporarse los valores del enfermo y en muchas ocasiones deben también considerarse los valores de los médicos, los familiares y hasta de las instituciones. Las decisiones médicas no deben hacerse basadas, solamente en criterios clínicos.

❖ **Deliberación sobre los deberes**

La ética se refiere a los deberes, a lo que debemos hacer ante cada situación particular. En otras palabras se refiere a cómo debemos actuar. En este sentido, del análisis clínico y la deliberación sobre los hechos se derivan los diagnósticos presuntivos, de los que surge un diagnóstico probable o definitivo y a partir del cual se plantean alternativas de actuación.

Una vez establecidos diferentes cursos de actuación, los mismos se ubican en un árbol de decisiones. Las opciones extremas se colocan a cada lado y las opciones intermedias se ubican en el centro. A continuación, se procede a contrastar cada curso de acción con los principios de la Bioética, los valores y circunstancias del enfermo a fin de definir la opción que respeta el mayor número de principios y valores o los daña menos. En otras palabras, la alternativa más eficaz para cumplir con el mayor beneficio al enfermo, principio de beneficencia; menos dañina para cumplir con el principio de no maleficencia; aquella que mejor se adapte a la voluntad y los valores del enfermo, a fin de respetar el principio de autonomía y la más eficiente para

cumplir con el principio de justicia. La propuesta final, (aquella que respeta más o daña menos los principios y valores implicados), se debe contrastar con el denominado sistema de referencia o canon moral Kantiano, según el cual: todo ser humano debe siempre ser respetado como fin y no solamente como un medio. Regresando al principio, el resultado final de esta metodología nunca será absoluto, solamente expresará las mayores probabilidades de ser la mejor para el enfermo.

CONCLUSIÓN

Las decisiones clínicas constituyen una parte fundamental del acto médico. Sus características particulares, los cambios que han afectado estas características durante las últimas décadas, sus implicaciones éticas en relación a sus efectos sobre la salud y la vida de los enfermos, exigen que este tema sea considerado con mayor profundidad en los programas de docencia médica. El adecuado conocimiento y la práctica en la toma de las decisiones clínicas desde la perspectiva de la Bioética, constituye una condición indispensable para lograr una medicina de mayor calidad, respeto y equidad.

REFERENCIAS

1. Simón Lorda P. El Consentimiento Informado. Madrid: Riacastela; 2000.
2. Health Institute of Medicine. Best Care at Lower Cost The Path to Continuously Learning Health Care in America. The National Academies Press; 2013.
3. Sim I, Cassel Ch, The Ethics of Relational AI — Expanding and Implementing the Belmont Principles. N Engl J Med. 2024;391;3:193-196.
4. d'Empaire G, F de d'Empaire M. En Busca de una Medicina más Humana. 44;4:308-4.
5. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Clinical Ethics. 7ª edición. NY: Mc Grow Hill Medical; 2010.
6. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema; 1991.
7. Gracia D. Construyendo valores. Madrid: Ed. Triacastela; 2013.