



COMITÉS PANAMERICAN
CLINICAL RESEARCH MÉXICO

Decisión Médica Compartida

Presidente del Comité de Ética en Investigación

Antecedentes Históricos

- *Código de Hammurabi* (1750 a. C.)
- Juramento hipocrático (Siglo VI)
- Imperio Romano Ley Aquileo “Culpa Gravis”
- *Juramento de Asaf* “Asaf Harofe” (Edad Media)
- El espíritu paternalista quedará plasmado en el primer gran código de ética médica, el *National System of Medical Morales* del año 1847. Thomas Percival, “la superioridad que da la autoridad inspira en la mente de los pacientes gratitud, respeto y confianza”.
- Asamblea Americana de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es. 1973

Decisión Médica Compartida;

- Decisión tomada por parte de un paciente enfermo o sano con respecto a su salud, basada en 7 puntos evaluados y comentados durante una atención médica, que involucra varios actores como; el paciente, el médico y los familiares

Estructura;

- Explicar el rol que tiene el paciente en la decisión que va a tomar.
- Discusión sobre el problema clínico.
- Discusión sobre los tratamientos disponibles.
- Discusión sobre los pros y contras de los tratamientos.
- Incertidumbres acerca del procedimiento.
- Valoración del entendimiento del paciente.
- Explorar las preferencias del paciente.

- Aborda así múltiples aspectos del proceso salud/enfermedad;
 - Pérdida de la salud y su recuperación
 - Facetas;
 - Familia
 - Educación en la salud,
 - El estado emocional del paciente
 - Religión
 - Comunidad y Cultura
 - Encarnizamiento terapéutico

- Acercando al médico con el paciente a través de la humanización del mismo médico, ya que la medicina cuenta con la dicotomía eterna de las humanidades y las ciencias
- La decisión medica compartida es producto de los cambios de la ultra modernidad a los derechos humanos en siglo XXI.

Derechos de los Pacientes

- Recibir atención médica adecuada.
- Trato digno y respetuoso, e información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre la atención.
- Otorgar o no consentimiento válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Disponer de un expediente clínico.

Problemática;

- Postura bioética ante la violación de sus principios, al tomar una decisión sobre el manejo de las enfermedades en los pacientes en base a las recomendaciones médicas unidireccionales de medico a paciente.



COMITÉS PANAMERICAN
CLINICAL RESEARCH MÉXICO

Problemática

- Desde el momento del primer contacto con el paciente a través de la consulta se presenta un tema bioético de violación de los derechos del paciente, de Autonomía y Libertad, así como Maleficencia / Beneficencia y Justicia

Problemática;

- Esto plantea que según sea proporcionada la información médica a cada paciente, en base a 7 puntos clave para lograr la autonomía del enfermo, se pueden obtener decisiones tan polarizadas como que 100% de los pacientes acepte la decisión propuesta en base a poca información obtenida o 98% de los pacientes no la acepte con mayor información proporcionada.

Problemática;

- La ruptura entre la idea de los derechos universales y los regionalismos que se ven amenazados por algunos de estos derechos
- La distancia entre el discurso de los derechos y los logros reales
- La tensión entre tradición e intereses personales.

Problemática;

- El motor que ha generado la crisis de la beneficencia paternalista tradicional ha sido la introducción de la idea de autonomía moral de las personas, es un error reducir a ello la fundamentación ética del nuevo modelo. De este modo, este tipo de fundamentación provoca en los profesionales sanitarios la impresión de que, ahora, el que toma el mando en el nuevo modelo es, unilateralmente, el paciente. No obstante, eso no es así, ni siquiera desde la perspectiva del propio paciente, que sigue esperando que sus médicos le ayuden a tomar decisiones, le recomienden, le sugieren, le expliquen y le acompañen, aunque respetando su autonomía última para aceptar o rechazar una intervención.

Evidencia

- *CENTENO CORTÉS, C., NÚÑEZ OLARTE, J. M.: «Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España», Revista Medicina Clínica, Barcelona, 1998, 110: 744-750. En este estudio, los autores afirman que el 75% de los pacientes informados hablaban claramente de su enfermedad y de sus consecuencias con sus familiares, mientras que solamente el 25% de los no informados hacía lo mismo. Además, añaden que un 40-70% de los enfermos con cáncer conocen la naturaleza maligna de la enfermedad, aun cuando sólo un 25-50% ha sido informado de ello. En este sentido afirman gráficamente que «el enfermo sabe habitualmente bastante más de lo que se le ha dicho».*



Evidencia

- De 1000 consultas que involucraron más de 3500 decisiones médicas, menos del 10% cumplieron el mínimo de los criterios de la decisión medica compartida. Similar a lo anterior, solo el 41% de los pacientes, creen que en su tratamiento se ven reflejadas sus preferencias sobre los cuidados paliativos e intervenciones agresivas.
- Un meta-análisis de ocho ensayos en los que participaron pacientes que se enfrentaban a posibles cirugías, encontraron que las tasas de cirugía eran un 24 por ciento más bajas entre los pacientes que utilizaron ayuda para la toma de decisiones (O'Connor y Stacey 2005).

Evidencia

- En 2009 y 2011 revisiones en Cochrane de 86 estudios, muestra que comparando a los pacientes que reciben un cuidado usual, contra los que usaron la herramientas y materiales de apoyo mencionados, estos últimos obtienen mayor conocimiento de su enfermedad, una percepción más precisa de los riesgos, reducción del conflicto interno sobre la toma de decisiones y una mayor probabilidad de recibir un cuidado más acorde a sus valores, además, menos pacientes se muestran indecisos o pasivos en el proceso de la toma de decisiones, lo que se traduce en adherencia al tratamiento y reducción en los costos.
- Consistentemente, el 20% de los pacientes que participan en la decisión médica compartida, optan por opciones menos invasivas y más conservadoras en comparación con aquellos que no participaron, lo ayuda a abordar los problemas de sobrediagnóstico y sobretratamiento.

Evidencia

- En 2008, Lewin Group estimó que la implementación de la decisión medica compartida en 11 procedimientos ahorraría más de 9 mil millones de dólares a lo largo de 10 años. Además, otro estudio en 2012 realizado por Group Health in Washington State, mostro que las herramientas para toma de decisiones en los pacientes para remplazo de cadera y rodilla, redujeron las tasas de cirugía y costos en un 38% en el primer caso y de 12 a 21% en el segundo a lo largo de 6 meses. (*Emily Oshima, 2013*)
- Un estudio del Instituto Nacional de Salud y Clinical Excellence (NICE) en el Reino Unido (Nunes et al 2009) se resume en que la gente tiende a adherirse a una prescripción de medicación, sí han tenido una conversación sobre tomar el medicamento y también si se les ha apoyado para planificar cómo van a incorporar el medicamento a su rutina diaria

Evidencia

- Un ejemplo de esto ocurrió en 1995 cuando Hubo una amplia cobertura mediática de un estudio que sugería que las dosis bajas de hormonas los anticonceptivos conllevan un aumento del doble del riesgo relativo de trombosis. Mucha gente malinterpretó esto en el sentido de que las mujeres que tomaban estas píldoras eran dos veces más propensas a tener una trombosis en comparación a las que no. La historia condujo a un aumento en embarazos no deseados y abortos, en gran parte debido a la forma en que los resultados fueron presentados. De hecho, el riesgo aumentado absoluto (basado en la población) fue solo 1 en 7.000, una cifra mucho menos alarmante.

Conclusión;

- Ser el responsable y actor principal de la salud, como lo es el paciente mismo, no significa ceder responsabilidades o tener incapacidad para tomar decisiones por falta de conocimiento o capacidad, el mejor capitán llega a puerto seguro con las personas correctas en los puestos indicados.



COMITÉS PANAMERICAN
CLINICAL RESEARCH MÉXICO