

CARTA AL DIRECTOR

Medicina defensiva

Dr. Luis Barbaro Ramos Armas¹

Dr. Derby Jiménez Serrano¹

Dr. Julio Horaldo López-Silvero Moya²

RESUMEN

En esta comunicación intentamos un acercamiento al tema de la medicina defensiva, muy poco manejado en nuestro medio. Aquí exponemos algunas de las situaciones en que se incurre en esta nociva y mediocre práctica; se analizan las razones de su inadecuación y se sugirieren algunas medidas para eludirla, entre ellas mencionamos una relación médico-paciente asertiva y horizontal.

DeCS:

MEDICINA DEFENSIVA

MALA CONDUCTA PROFESIONAL

RELACIONES MEDICO-PACIENTE

SUMMARY

In this communication we make an approach to the topic of Defensive Medicine, which is not very common in our medical environment. We show here some of the actions that are often found in this harmful and mediocre practice. The reasons for its inadequacy are analyzed here and we suggest some measures to avoid it, among them we include an assertive and horizontal doctor-patient relationship.

MeSH:

DEFENSIVE MEDICINE

PROFESSIONAL MISCONDUCT

PHYSICIAN-PATIENT RELATIONS

Sr. Director:

Nos gustaría definir la medicina defensiva como el conjunto de medidas diagnóstico-terapéuticas que el médico realiza a sabiendas de su inutilidad con el objetivo de evitar reclamaciones por parte del paciente. ¿A qué llamamos medicina defensiva en la práctica cotidiana? Sabemos que esto va a irritar muchos ánimos, pero las definiciones provienen de la bibliografía revisada¹ y no de nuestro arbitrio. Este término engloba a: el profesional que indica complementarios innecesarios para llegar al diagnóstico, el que prescribe medicamentos no justificados, el que remite un enfermo al hospital para quitarse un problema, el que al trabajar en un cuerpo de guardia ingresa un caso por complacencia o para que otro le “saque las castañas del fuego”, el que envía a un paciente a otra especialidad tras valorarlo contando con los conocimientos y los recursos necesarios para la resolución de su dolencia, el médico que no hace un procedimiento diagnóstico al que está obligado por su especialidad, alega que hay cierto riesgo y deja que el enfermo enfrente un riesgo mayor que

muchas veces paga con su vida, el que cita una y otra vez al enfermo a su consulta porque no sabe cómo resolverle el problema y el que no realiza una operación de mal pronóstico a sabiendas de que condena al paciente a una muerte segura por el temor a una muerte probable. A lo largo de este breve trabajo trataremos de profundizar en esta temática tan poco comentada y demostrada en nuestro medio.

En múltiples ocasiones nos llegan viajeros que han sido tratados en clínicas privadas o públicas de otros países; por lo general nos muestran extensos documentos con una larga lista de complementarios realizados, un por ciento de éstos con clara relación con la enfermedad que nos refiere, pero un por ciento nada desdeñable sin justificación: ¿será esto beneficioso para el enfermo? Veámoslo por partes.

Económicamente, si lo paga el paciente, es evidente que generará gastos innecesarios que afectarán su economía doméstica; si lo paga el estado, en un país capitalista, se desviarán fondos de un presupuesto habitualmente rígido y menguado que al agotarse afectará la atención médica de otros enfermos necesitados. Aun cuando sea cubierto por el seguro, se cae en el derroche y obliga a las compañías a un mayor control, clasifica como no procedente e invalida estudios que si les eran necesarios a otros enfermos.² En Cuba, donde el estado compromete la economía en pro de la salud pública y los recursos pertenecen a la población, el profesional que incurra en esta mala práctica no preserva los bienes del pueblo.

Para el médico es una aceptación franca de sus limitantes intelectuales: con una buena anamnesis y el examen físico (método clínico) podría acercarse más al diagnóstico y precisar los estudios realmente útiles. Cae en la tecnocracia y muchas veces en la poca sensibilidad, y la especificidad de los complementarios lo atrapan en rutas diagnósticas erróneas que llevan al traste su misión, prolongan la estadía hospitalaria, aumentan los riesgos al enfermo y los costos de su institución.

Para la salud del paciente también es un dilema: pruebas diagnósticas invasivas ponen en peligro su vida. Las radiaciones inducen enfermedades y los complementarios falsos positivos los obligan a someterse a regímenes terapéuticos y estilos de vida innecesarios y muchas veces nocivos.

Mientras redactábamos este documento nos encontramos con un magnífico trabajo realizado por el doctor Miguel A. Moreno Rodríguez donde, con un encantador estilo, aborda esta parte de nuestra temática. Nos ha impresionado tan favorablemente su trabajo que nos hemos permitido citar textualmente uno de los párrafos de su artículo: "*Uno de los aspectos más fascinantes de la medicina clínica es la excitación intelectual del razonamiento diagnóstico, los retos del diagnóstico. Y una gran parte de esa excitación está dada por anticipar lo que darán los análisis de laboratorio que se indican inteligente y racionalmente a los*

enfermos, después que un aguzado y dignificante ejercicio mental, ayudado por una buena biblioteca neuronal de conocimientos ha conducido a un reducido número de hipótesis. Lo otro es hacer la labor del bodeguero, un crudo "triage" y reducir el refinamiento del diagnóstico a la indicación de perfiles hematológicos, bioquímicos, hepáticos, renales, donde los análisis se amontonan sin ton ni son, sin acierto ni concierto, absurdamente. De esa forma irracional, por cualquier pretexto, se indican hoy en el mundo análisis, radiografías, endoscopias, ultrasonidos, gammagrafías, tomografías y resonancias -por no citar más que algunos-, que lo único que hacen es multiplicar los costos y aumentar los errores. El abuso tecnológico no mejora la calidad de la atención médica, sino que la perjudica, y ha deteriorado sensiblemente en todo el mundo la educación de los médicos en la aplicación del Método Clínico, determinando no solo una disminución del énfasis en el entrenamiento de los estudiantes para hacer una historia clínica de calidad, también ha distorsionado en muchos la relación médico-paciente al hacerla depender excesivamente de datos informados por fuentes extrañas al médico y al enfermo".³

En Cuba, afortunadamente, las reclamaciones no tienen repercusión ni motivación económica; sí se traducen en sanciones legales y administrativas y en el descrédito del profesional o de su institución. En estas reclamaciones incurren más especialistas a nivel hospitalario que en el área de salud, a pesar de que el error médico pudiera ser igual de frecuente en ambos niveles de atención. Ahora el acceso a la tecnología, mucho menor en la atención primaria, obliga a una estrecha relación médico-paciente y a una utilización más sistemática y necesaria del método clínico para llegar al diagnóstico y tratar racionalmente al enfermo, lo que aumenta su tolerancia y la de su familia al error médico, que raramente es disculpado al ocurrir en un entorno hospitalario.

En realidad, esta medicina defensiva es la cima de un iceberg que toca fondos muy profundos con manifestaciones proteiformes de las que rozaremos algunas facetas. Cuando un médico remite a su paciente a otro especialista o institución por el temor injustificado de no estar a la altura del problema, lo está maltratando. En nuestra práctica cotidiana vemos médicos de familia que envían enfermos con fiebre aguda, sin siquiera hacerle un leucograma y un parcial de orina, a los cuerpos de guardia y especialidades que en su sala se resisten a indicar un captopril sublingual a un paciente con cifras tensionales altas y encomiendan a la enfermera llamar al clínico para un problema en el que fueron entrenados en su formación de pre y posgrado. El enfermo se ve obligado a esperar la valoración del otro especialista para un problema cuya fácil solución es retardada por la comodidad o la inseguridad de su médico de cabecera. En ocasiones es el clínico quien llama a un reumatólogo para medicar una artritis gotosa, tema que debía ser del dominio del primero. Retomamos el ejemplo de la hipertensión descompensada: al llegar a la sala para la interconsulta le preguntamos a la residente, que ya era especialista en Medicina General Integral (MGI), si no sabía cómo manejar dicha

situación, tan frecuente en los consultorios, y nos respondió textualmente: “desde luego doctor, pero los especialistas me han enseñado que llame siempre al clínico y no me meta en esos problemas”... Los ejemplos nutrirían legiones ¿pero qué condiciona estas conductas? Mencionemos algunas razones como la permisibilidad: si nadie me reclama por ello es más cómodo no hacerlo; en nuestro medio existen especialidades que hacen guardia sin estetoscopio ni esfigmomanómetro en una aceptación implícita de que sus enfermos serán tratados, e incluso ingresados, sin una determinación de sus signos vitales; por otro lado, la inseguridad que genera el hacer algo que durante años se han acostumbrado a no hacer (estos patrones de actitud son mitos de hospital heredados por tradición oral, de especialistas a residentes, durante generaciones) y, en no menor medida, el propio paciente, que ha oído decir que la fiebre se trata en los cuerpos de guardia de los hospitales, la presión alta la bajan los clínicos y las artritis necesitan de un reumatólogo y reclaman por una atención ultraespecializada, motivados sobre todo porque no es con su cartera con lo que se cubre esa consulta. Si no se cumplen sus exigencias se quejan y, frecuentemente, encuentran un receptor que no se arriesga a explicar al familiar o al enfermo que ese profesional estaba plenamente capacitado para resolver su dolencia sin remisiones innecesarias.

Es frecuente, sobre todo en la atención primaria, que los pacientes sean medicados innecesariamente para evitar quejas o críticas sobre médicos que se sienten inseguros de sus habilidades diagnóstico-terapéuticas. Es el socorrido ejemplo del catarro común, en el que se comienza de inmediato una terapia antibiótica “por si es una neumonía”, como igual no es infrecuente ver enfermos hospitalizados con meningitis virales cubiertos con antibióticos de tercera generación por si es una meningitis parcialmente tratada, sin corroboración microbiológica ni clínica compatible, a lo cual algunos galenos jocosamente justifican con el término de “espaldología”.

¿Cómo se puede evitar esta práctica mediocre, pusilánime y mal intencionada? Tal vez si mejoraran la formación profesional del facultativo mediante el estudio autodidacta y por mini cursos de capacitación y el dominio del método clínico donde la anamnesis, el examen físico y el raciocinio desplazan, sin desdeñar, al útil complementario y logran protocolos de actuación; o si las guías de buenas prácticas clínicas específicas para cada centro estuvieran al alcance de sus posibilidades, bien consensuadas por expertos y por el colectivo de médicos que las pondrán en práctica y que deben garantizar adherirse a las mismas en una medicina basada en la evidencia, con resultados demostrados y validados en el tiempo⁴ y si se establece un equipo horizontal con el enfermo y la familia en el que la toma de decisiones sea un proceso democrático⁵ con una calidad técnica científicamente demostrada y el pertinente consentimiento informado. Se invoca un modelo de medicina llamada **asertiva**,¹ que se considera la mejor alternativa de la defensiva. Lange y colaboradores,¹ en 1976, definieron la asertividad como

“...expresión y defensa de los derechos y opiniones, en forma directa, honesta y apropiada, sin violentar los derechos de los demás, basándose en el respeto y la comunicación”. Es la solución del falso dilema actitud pasiva versus actitud agresiva, modelo autoritario versus modelo demagógico. Tena y Sánchez,¹ en el año 2005, afirmaron que el médico asertivo era aquel que tiene confianza en sí mismo, porque está seguro de sus conocimientos, sus opiniones y sus intenciones; es expresivo, espontáneo y seguro, por lo cual ejerce un liderazgo en la relación médico-paciente a través de un modelo de comunicación deliberativo, respeta los derechos de los demás y promueve que se respeten los suyos.

En nuestro servicio se le indican a los enfermos un grupo de complementarios elementales como son hemoglobina, leucograma, eritrosedimentación, transaminasa glutámico pirúvica, glicemia, creatinina y orina a lo cual añadimos aquellos estudios relacionados con la enfermedad por la que acude el paciente. Una hemoglobina baja lleva a indicar, en un segundo tiempo, lámina periférica, reticulocitos, hierro sérico y otros afines. Una eritrosedimentación acelerada nos obliga a la búsqueda de enfermedades malignas, conectivopatías. Así hacemos con esta analítica “de salida”, que conducida por el método clínico, nos traza el flujograma por el que es estudiado y tratado individualmente cada enfermo en lo que se ha dado en llamar: “medicina según el paciente”. Sabemos, por experiencia personal y referencias de la literatura,⁶ cuanto ignoramos de lo que se supone debemos dominar; sería imprudente tratar un enfermo bajo estas condiciones, pero es imperdonable que la próxima vez que se repita dicha situación usted no haya revisado el tema. Forme equipo con el paciente y la familia, borre de su mente falsas ideas de grandeza, póngase siempre en el lugar del otro, respete los derechos ajenos e instruya a los demás sobre los derechos que también tiene usted, los que decidimos colocar como colofón de este trabajo.

Decálogo de los derechos generales de los pacientes:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Decálogo de los derechos generales de los médicos:

1. Ejercer la profesión en forma libre, sin presiones de cualquier naturaleza.
2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.

3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.
4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.
5. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.
6. Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.
8. Asociarse para promover sus intereses profesionales.
9. Salvaguardar su prestigio profesional.
10. Percibir remuneración por los servicios prestados (que en nuestro país corre por cuenta del estado).⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Almada H. Medicina asertiva versus medicina defensiva. Rev Méd Urug. 2006;22(3):3-8.
2. Dalton GD, Samaropoulos XF, Dalton AC. Effect of physician strategies for coping with the US medical malpractice crisis on healthcare delivery and patient access to healthcare. Public Health. 2008;122(10):1051-1060.
3. Moreno Rodríguez MA. La clínica y el laboratorio. Rev cubana med. 2000 oct-dic;39(4):106-14.
4. Arimany Manzo J. La medicina defensiva, un peligroso boomerang. Orthopedic. 2006;29(4):296-297.
5. Sorokin P. Relación intersubjetiva médico-paciente: en defensa propia. Bioética & Derecho. Rev latinoam derecho médico med legal. 2000 Jun;5(1):89-92.
6. Gluck PA. Medical error theory. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008 Mar;35(1):11-7.
7. Paredes Sierra R. Ética y Medicina Defensiva. Seminario: El ejercicio de la medicina. 2003. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_sep_2k3.htm.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna.