

Medicina defensiva en un servicio de urgencias de adultos

The defensive medicine in a Service of Urgencies of Adults

Dr. Rafael Alejandro Chavarria-Islas¹, Dra. Brenda González-Rodríguez²

Resumen

Introducción. La medicina defensiva es el conjunto de conductas desarrolladas para evitar las demandas por mala praxis, extremando los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, evitando pacientes de alto riesgo, ocasionando gastos excesivos al sistema de atención, siendo una situación cada vez más frecuente en los servicios de urgencias. El objetivo fue conocer el nivel de medicina defensiva practicado por los médicos adscritos al servicio de urgencias.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, transversal prospectivo donde participaron 49 médicos adscritos cuya práctica defensiva fue evaluada por una encuesta con cuatro indicadores.

Resultados. Se obtiene una calificación baja en la práctica de medicina defensiva en 79.59%, regular en 16.32% y alta en 4.08%

Conclusiones. Existe un nivel bajo de práctica de medicina defensiva, pero importante en cuanto a las acciones diagnóstico-terapéuticas: ésta se da en urgenciólogos y no urgenciólogos, pero en menor medida en los primeros. *Rev CONAMED. 2008; 13; (4): 20-28.*

Palabras clave. Medicina defensiva, urgencias médico-quirúrgicas, responsabilidad profesional, ética médica.

Abstract

Introduction. The defensive medicine is the group of behaviors development to avoid the demands for malpractice, carrying to an extreme the diagnostic and therapeutic procedures, avoiding patient of high risk, causing excessive expenses to the system of health, being a more and more frequent situation in the Service of Urgencies. The objective of the study was to know the level of defensive medicine practiced by the doctors attributed to the Service of Urgencies.

Material and Methods. There was carried out an observational, transverse, prospective study, where 49 attributed doctors participated whose defensive practice was evaluated by means of a survey with four indicators.

Results. A low qualification is obtained in the practice of the defensive medicine in 79.59%, regular in 16.32% high in 4.08%.

Conclusions. There is a low level of practice of defensive medicine, but important for the diagnostic – therapeutic actions. This is given in urgenciology and also in non urgenciology, but in smaller measure in the first ones.

Key words. Defensive medicine, medical and surgical urgencies, professional responsibility, medical ethics.

1 Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas. Profesor Adjunto en la Especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas en el Hospital General Regional No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinador Médicos Internos de Pregrado Módulo de Urgencias.

2 Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas, Hospital General Regional No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia: Dr. Rafael Alejandro Chavarria-Islas. Hospital General Regional No. 25 I.M.S.S. Manuel Álvarez No 111 Edif. 7 A int. 204, Col. Juan Escutia, Deleg. Iztapalapa, C.P. 09100, México D.F. Correo electrónico: ralex@prodigy.net.mx

Introducción

Desde el surgimiento de la Medicina Occidental, cuyo exponente más reconocido es el médico griego Hipócrates de Cos, la ética médica ha utilizado un criterio naturalista para discernir "lo bueno" de "lo malo".¹

La misión del médico entre estas dos personas, ofrece características de lograr un "bien objetivo" al restituir el orden natural al organismo sufriente. Por lo tanto, el médico era agente técnico y moral, mientras que el paciente era una persona necesitada de ayuda especializada de comportamiento ético. Esta caracterización de la relación médico-paciente que signó la ética médica del orden natural es hasta hoy denominada "Paternalismo médico".

¿En qué circunstancias se da actualmente esa relación médico-paciente? El tipo de relación interpersonal inferir un modo de relación poco vinculante entre esos dos sujetos. Ello se debe a las condiciones en las cuales se desarrolla la consulta,¹ conmoviendo -en ocasiones- las creencias religiosas, éticas y morales, generando un amplio campo de discusión multidisciplinaria (fundamentalmente para la sociología, la filosofía, la educación, la medicina, la psicología, la economía, la ética médica, el derecho y la antropología), pendiente aún de acuerdos básicos. Indicaremos a continuación algunas de ellas:^{2,3}

- a) Tendencia creciente hacia la utilización de tecnologías cada vez más sofisticadas, para la obtención de certeza diagnóstica que permita mejorar así la prognosis. La irrupción e interposición del aparataje entre el médico y el paciente, ha contribuido a la deshumanización de la práctica médica, al privilegiar un modo de interacción impersonal.
- b) La interconsulta del paciente con médicos especializados en ramas clínicas, provoca en los miembros de este equipo *ad hoc*, un sentimiento difuso respecto de la responsabilidad de cada uno en la toma de decisiones.
- c) El sistema de salud pública en América Latina se ha ido pauperizando progresivamente, pero subsiste aún la creencia arraigada de que el modelo paternalista es el apropiado, para la población que demanda los servicios asistenciales (especialmente en los médicos que superan los 60 años de edad), considerando que "sus" pacientes, no poseen las aptitudes necesarias para participar en la toma de decisiones referidas a su salud.
- d) Los sistemas de salud privados son percibidos como empresas médicas, fundadas en motivaciones de carácter exclusivamente económico. Se crea entre médico y paciente, una relación de proveedor- consumidor.
- e) Reduccionismo médico, basado en la concepción biologista de la enfermedad. Generalmente una persona concurre a la consulta especializada, sólo en aquellos casos en que considera que su salud está deteriorada, es decir que recurre al médico a los efectos de ser cura-

do de una determinada dolencia, quedando fuera de este contrato la medicina preventiva.

La medicina es concebida como un acto de gran confianza entre el paciente y el médico. El hecho de que los médicos tengan que estar pendientes de defenderse, implica que hay un acto de desconfianza.⁴ En esta globalización de los principios y de las costumbres, se ha ido extendiendo gradualmente la opinión respecto a que los médicos por temor a las demandas judiciales actúan de modo paternalista y beneficiante. Empero la tradicional medicina paternalista basada en la beneficencia, tiene como elemento básico la confianza mutua entre médico y enfermo, situación que no debiera llevar a una práctica defensiva.⁵⁻⁶

La desconfianza del médico en el enfermo o en su entorno (conocida vulgarmente como la "industria del juicio"), es la base de la medicina defensiva. Entendiendo por medicina defensiva: al conjunto de conductas desarrolladas por los médicos, para evitar las demandas por mala praxis, consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aún aquellos de escasa efectividad o el evitar pacientes de alto riesgo, ocasionando gastos excesivos al paciente o al sistema de atención y sometiéndolo a riesgos evitables. En la actualidad el médico realiza una serie de estudios innecesarios, para protegerse de una posible demanda, derivada de lo que podría calificarse como un error de omisión, y en ocasiones, no solamente realiza un exceso de estudios que en sí, pueden tener algún peligro para el enfermo, sino que emplea algunos procedimientos terapéuticos que a veces son excesivos, y que ponen en riesgo aún mayor la salud del paciente.⁷⁻⁹

Históricamente, la medicina defensiva adquiere relevancia en los Estados Unidos en la década de los setentas, cuando los avances y la especialización en medicina, unidos a la progresiva modernización de la tecnología aplicada, propician una transformación en la expectativa de vida y de curación de los pacientes y como consecuencia esperable, la espiral creciente de demandas contra los médicos.¹⁰ En la primera mitad de los setentas, la legislación norteamericana permite abolir la inmunidad de los hospitales y del personal sanitario dependiente, por lo que se abre un campo de responsabilidad y aseguramiento de previsible consecuencias. En 1971, el presidente Nixon de los Estados Unidos, ordenó crear una Comisión de Mala Práctica Médica (*Commission on Medical Malpractice*), para obtener información y actuar en consecuencia. Dicha comisión investigó 90% de los casos en 1970 y encontró que había quince mil casos cerrados que representaban doce mil incidentes de pacientes y veintidós mil demandas contra médicos, hospitales, enfermeras, laboratorios y fabricantes de tecnología médica. En 1971 en los Estados Unidos se iniciaron de doce mil a quince mil litigios por mala ejecución profesional ante los tribunales y en 1978



llegaron a ser 20 mil. El mismo panorama se dibujaba en Francia y en Gran Bretaña, países en que las reclamaciones aumentaron 15% en 20 años, desde 1945 a 1965. En Francia, el aumento de las demandas fue de 15% anual entre 1944 y 1973.¹¹⁻¹²

Dichas prácticas defensivas causaron un preocupante crecimiento del gasto en salud, tanto por el énfasis en la utilización de tecnologías para arribar a un diagnóstico, como por el aumento de las primas de los seguros, que se tornaron casi imprescindibles para el ejercicio profesional. El aumento de demandas legales ha producido en forma reactiva, el desarrollo de estrategias polimórficas entre los médicos y otros profesionales de la salud, las cuales modifican las prácticas comunes, pudiendo provocar gastos innecesarios al sistema de atención y al enfermo sin mejorar los resultados clínicos. La incorporación sistemática de una tecnología impersonal y deshumanizante, en detrimento de un vínculo de diálogo médico-enfermo, reduce los momentos de intersubjetividad y desaparecen así las variables socio-antropológicas del análisis contextual en que se desarrolla una enfermedad; así la profesión médica se apoya en la tecnología.¹³⁻¹⁵

Los médicos se enfrentan cruelmente a una justicia distributiva escasamente justa a la hora de asistir a sus pacientes, en un hospital público y muchas de las demandas por mala praxis, obedecen a negligencia, imprudencia o impericia, causadas fundamentalmente por carencia de recursos sanitarios básicos o a los daños provocados mediante terapéuticas aplicadas, en pacientes ingresados por urgencia. Otro resultado inmediato es la selección de pacientes; aquí el médico no niega el servicio al enfermo; lo envía a otro centro médico con más jerarquía, donde se le atenderá con un costo mucho mayor y donde los médicos estarán más protegidos, que un profesional aislado en caso de una demanda.¹⁶

La medicina tecnológica altera la relación clínica en la fase de elaboración del diagnóstico y en el mismo sentido, desvirtúa el acto terapéutico. El verdadero médico no es visto como aquel que cuida al paciente, sino quien cura "cómo sea" la enfermedad.

El doctor Octavio Rivero Serrano señala cuatro causas fundamentales de la medicina defensiva: la desconfianza entre el paciente y el médico, quien muchas veces receloso, orienta su trabajo más a evadir una posible demanda que a mejorar la salud del enfermo; los cambios –consecuencia de los avances científicos actuales– en los procedimientos terapéuticos y diagnósticos, el pago por terceros, que hace de la relación médico-paciente un intercambio comercial y la falta de actualización teórica y práctica en la mayor parte de las escuelas y facultades en nuestro país.¹⁷⁻¹⁸

Ante esta situación que modifica la práctica médica, es necesario plantearnos la pregunta: ¿es ética la medicina defensiva? La respuesta inmediata es no. La medicina

defensiva es destructiva, deteriora la relación médico-paciente, propicia la pérdida de la confianza entre ambos y si llega a queja formal o demanda, ocasiona pérdida de la confianza del médico en sí mismo y favorece posteriormente su proceder defensivo.

La medicina defensiva no es ética, ni es sólo el médico el único responsable de su existencia; si consideramos que el médico se autoprotege al solicitar exámenes, prescribir medicamentos o realizar procedimientos quirúrgicos para evitarse problemas, concluimos que se trata de un proceder inadecuado y es consecuencia de su historia personal, tanto de su preparación deficiente o no actualizada, como de su inadecuada formación ética y moral en el seno familiar, su medio social y en la escuela.¹⁹

En nuestro país, la práctica de la medicina defensiva se ha acrecentado a últimas fechas. En el Hospital General Regional No. 25, específicamente en el servicio de urgencias adultos, atestiguamos en fechas recientes actitudes defensivas, cada vez más frecuentes en los médicos que laboran en el mismo.

Por lo anterior expuesto el presente estudio pretende evaluar el nivel de medicina defensiva practicado por los médicos adscritos al servicio de urgencias adultos, con el propósito de conocer el nivel de medicina defensiva practicada en los diferentes turnos, entre los especialistas en urgencias médicas y los que poseen otra especialidad.

Material y métodos

El estudio se realizó en el Hospital General Regional No. 25. El diseño del estudio fue observacional de tipo transversal, prospectivo y comparativo.

Nuestro grupo de estudio estuvo constituido por 49 médicos adscritos al servicio de urgencias, distribuidos en 13 médicos adscritos al turno matutino; 16 médicos en el turno vespertino y 20 médicos en el turno nocturno. Nuestra variable de estudio fue la práctica de medicina defensiva que se definió como el conjunto de conductas desarrolladas por los médicos, para exagerar las demandas por mala praxis, consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aún aquellos de escasa efectividad o evitar pacientes de alto riesgo, ocasionando gastos excesivos al sistema de atención, constando de cuatro indicadores para su medición:

a) Solicitud: se refiere a la medida en que el médico de urgencias solicita estudios de laboratorio o gabinete en exceso para fundamentar el diagnóstico de su paciente.

b) Prescripción: magnitud con la que el médico de urgencias extrema el tratamiento administrado al paciente acorde a su patología.

c) Información: es la forma en que al paciente o su responsable se le ocultan detalles sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, por parte del personal médico.

d) Decisión: magnitud en que el médico en urgencias realiza acciones de ingreso, egreso o interconsulta que requieran los pacientes evaluados en el servicio.

Cada uno de estos indicadores se decidieron a partir de lo expuesto en el marco teórico previo, en relación a los diferentes estudios revisados que versaban sobre las características de la práctica de la medicina defensiva, en especial los que la retomaban dentro de los servicios de urgencias, con lo cual logro dársele la validez de constructo que el instrumento requería y lograr un instrumento ad hoc, que nos permitiera evaluar esta práctica defensiva en los médicos, tanto urgenciólogos como no urgenciólogos que laboran en el servicio de urgencias. La construcción del instrumento se basó en una serie de enunciados referentes a los indicadores propuestos, dentro de una escala de frecuencias, sometiendo a ronda por cuatro expertos (dos expertos en investigación y dos en urgencias médicas) para su validez de contenido y por último prueba de semipartición de mitades para su confiabilidad. El análisis estadístico incluyó Prueba de Spearman-Brown para la consistencia interna del instrumento, prueba U de Mann Whitney para comparación entre cada grupo de médicos y prueba de Kruskal Wallis para la diferencia entre turno y especialidad.

Resultados

La población participante quedó integrada por 49 médicos del servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No. 25 adscritos a los turnos matutino, vespertino y nocturno (Figura 1).

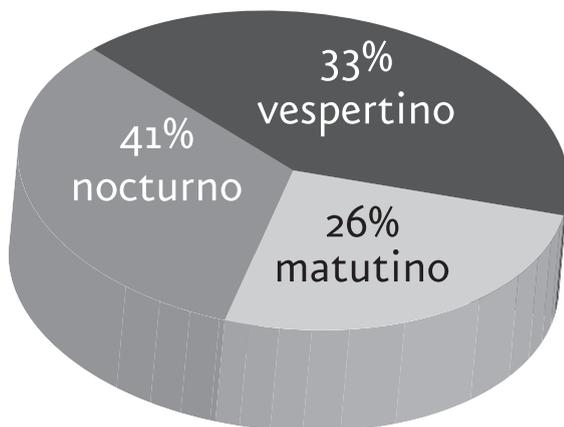


Figura 1. Distribución de los médicos por turno

El instrumento para la medición de la medicina defensiva quedó constituido por un total de 56 ítems, distribuidos en 28 enunciados en sentido positivo y 28 en sentido negativo, correspondiendo al indicador de satisfacción 14

enunciados, prescripción 14, información 14 y decisión 14, obteniéndose por la prueba de semipartición de mitades un índice de confiabilidad de 0.92.

En el Cuadro 1 se observa la distribución de cada turno conforme a la escala de medición de medicina defensiva, donde siete médicos se ubican en el nivel muy bajo (14.28%), 32 en bajo (79.59%), ocho en regular (16.32%), dos (4.08%) en la categoría alta y ninguno en la categoría muy alta.

Cuadro 1. Distribución de médicos de acuerdo a calificación en la escala de medicina defensiva

Medicina defensiva	Matutino (n = 13)	Vespertino (n = 16)	Nocturno (n = 20)	Total (n = 49)
Muy alta 45.2 a 56	0	0	0	0
Alta 33.9 a 45.1	1	0	1	2
Regular 22.6 a 33.8	0	1	7	8
Baja 11.3 a 22.5	8	12	12	32
Muy baja 0 a 11.2	4	3	0	7
Total	13	16	20	49

En la distribución global se observa una distribución en el nivel bajo para los tres turnos con un rango de 8 a 37.25 y una mediana de 17.37, destacando el nivel regular del turno nocturno (Cuadro 2).

Cuadro 2. Resultado global del cuestionario sobre medicina defensiva (CMD)

Turno	Mat (n = 13)	Vesp (n = 16)	Noct (n = 20)	P*	Todos
Mediana	13.5	16.75	22.25	0.005	17.37
Rango	8 a 36	9.5 a 22.75	15 a 37.75		8 a 37.25
Medicina defensiva	Baja	Baja	Regular	-	Baja

Mat= matutino, Vesp= vespertino, Noc= nocturno
P* Kruskal Wallis.

Al evaluar los resultados por cada indicador en forma global, observamos que existe diferencia significativa en cada uno de los indicadores para los tres turnos, siendo los indicadores de solicitud y prescripción los de mayor calificación en los tres turnos y los de información y decisión los de menor, pero sólo para los turnos matutino y vespertino (Cuadro 3). Al compararse las diferencias entre cada grupo, existen diferencias significativas en los cuatro indicadores entre matutino vs. nocturno y vespertino vs. nocturno, no así en el grupo de matutino vs. vespertino (Cuadro 4)



Cuadro 3. Calificaciones obtenidas en el instrumento de medicina defensiva, por indicador y turno

	Matutino (n = 13)	Vespertino (n = 16)	Nocturno (n = 20)	P*
Indicador	Mediana Rango	Mediana Rango	Mediana Rango	P*
Solicitud	4.5 0.75 a 9.25	4.75 2.25 a 6.75	6 2.75 a 9.5	0.02
Prescripción	4 2.25 a 8.75	4.75 2.5 a 6	5.5 2.75 a 8.25	0.003
Información	2.5 0.75 a 9.25	2.75 0 a 5.5	6 2.75 a 9.25	0.0001
Decisión	3 1.25 a 8.75	4.25 2 a 7.5	5 3 a 10.25	0.008

P* Kruskal Wallis.

Cuadro 4. Análisis de las diferencias entre los turnos en cuanto a medicina defensiva con la prueba U de Mann Whitney por indicador

Indicador	Mat vs. Noct	Vesp vs. Noct	Mat vs. Vesp
Solicitud	0.021	0.012	NS
Prescripción	0.001	0.006	NS
Información	0.001	0.0001	NS
Decisión	0.004	0.037	NS

NS: No significativo.

Al compararse ahora las medianas entre urgenciólogos y no urgenciólogos, podemos observar que en los tres turnos los urgenciólogos se ubican en un nivel bajo de medicina defensiva, con un rango de 8 a 29.75 con una mediana de 15.75 con $P < 0.013$ (Cuadro 5); mientras que para los no urgenciólogos se observa que en los tres turnos se ubican en un nivel bajo de medicina defensiva con un rango de 13.25 a 37.25 con una mediana de 22 con $P < 0.082$ (Cuadro 6).

Cuadro 5. Resultado para médicos urgenciólogos del CMD (medicina defensiva)

Turno	Matutino (n = 9)	Vespertino (n = 12)	Nocturno (n = 9)	P*	Todos
Mediana Rango	12 8 a 19.5	15.75 9.5 a 19.75	17.5 15 a 29.75	0.013	15.75 8 a 29.75
Medicina defensiva	Baja	Baja	Baja		Baja

P* Kruskal Wallis.

Cuadro 6. Resultado para médicos no urgenciólogos del CMD (medicina defensiva)

Turno	Matutino (n = 4)	Vespertino (n = 4)	Nocturno (n = 11)	P*	Todos
Mediana Rango	16.62 13.25 a 36	15.75 14 a 23	29 15.5 a 37.25	0.082	22 13.25 a 37.25
Medicina defensiva	Baja	Baja	Regular		Baja

P* Kruskal Wallis.

Al evaluar los resultados por cada indicador, para los urgenciólogos sólo existe diferencia significativa ($P < 0.016$ y 0.005) en los indicadores de información y decisión, no así en los de solicitud y prescripción (Cuadro 7); mientras que para los no urgenciólogos sólo existe diferencia significativa en el indicador de información ($P < 0.022$) (Cuadro 8). Al compararse las diferencias por grupo entre los urgenciólogos sólo existe diferencia significativa en el indicador de información entre matutino vs. nocturno y vespertino vs. nocturno y en el de decisión sólo entre matutino vs. nocturno (Cuadro 9); y en cuanto a los no urgenciólogos sólo en el indicador de información entre vespertino y nocturno (Cuadro 10).

Cuadro 7. Calificaciones obtenidas en el instrumento de medicina defensiva, por indicador y turno para médicos urgenciólogos

Indicador	Matutino (n = 9)	Vespertino (n = 12)	Nocturno (n = 9)	P*
Indicador	Mediana Rango	Mediana Rango	Mediana Rango	P*
Solicitud	4.5 0.75 a 6.25	4.5 2.25 a 6.75	5 2.75 a 7.5	0.305
Prescripción	4 2.25 a 5.5	4.12 2.5 a 5.75	4.75 2.75 a 7.5	0.375
Información	1.75 0.75 a 5.5	2.625 0 a 5.5	4.75 2.75 a 8	0.016
Decisión	2 1.25 a 5	3.75 2 a 5.5	4 3.5 a 7.5	0.005

P* Kruskal Wallis.

Cuadro 8. Calificaciones obtenidas en el instrumento de medicina defensiva, por indicador y turno para médicos no urgenciólogos.

	Matutino (n = 4)	Vespertino (n = 4)	Nocturno (n = 11)	
Indicador	Mediana Rango	Mediana Rango	Mediana Rango	P*
Solicitud	4.37 4 a 9.25	5 3.75 a 5.5	6.5 4.5 a 9.5	0.143
Prescripción	3.5 2.25 a 8.75	4.87 3.5 a 6	6.87 4 a 8.25	0.170
Información	4.87 2.5 a 9.25	1.62 0.5 a 5.5	8.25 3 a 9.25	0.022
Decisión	3.87 3 a 8	4.87 3.75 a 5	6.37 2.75 a 9.5	0.368

P* Kruskall Wallis

Cuadro 9. Análisis de las diferencias entre los turnos en cuanto a medicina defensiva con la prueba U de Mann Whitney por indicador en médicos urgenciólogos

Indicador	Mat vs. Noct	Vesp vs. Noct	Mat vs. Vesp
Solicitud	NS	NS	NS
Prescripción	NS	NS	NS
Información	0.011	0.015	NS
Decisión	0.001	NS	0.018

Mat= matutino, Vesp= vespertino, Noc= nocturno

Cuadro 10. Análisis de las diferencias entre los turnos en cuanto a medicina defensiva con la prueba U de Mann Whitney por indicador en médicos no urgenciólogos

Indicador	Mat vs. Noct	Vesp vs. Noct	Mat vs. Vesp
Solicitud	NS	NS	NS
Prescripción	NS	NS	NS
Información	NS	.004	NS
Decisión	NS	NS	NS

Mat= matutino, Vesp= vespertino, Noc= nocturno

Discusión

En nuestro marco teórico habíamos hecho énfasis en que el deterioro en la relación médico-paciente y la relación cada vez más impersonal con nuestros pacientes, sumados a la situación jurídico social actual, había derivado

en un creciente desarrollo de actitudes defensivas en la práctica médica, con el objeto de evitar demandas. Hemos evidenciado una práctica creciente en particular en nuestro servicio, a pesar de tener un número importante de especialistas en urgencias médico-quirúrgicas y con esto una menor práctica defensiva, se ha evidenciado un aumento de la misma. Todo esto nos motivó a construir el presente instrumento, para permitirnos evaluar hasta que punto realizamos medicina defensiva los médicos adscritos al servicio de urgencias.

Al evaluar esta medicina defensiva en forma general se aprecia como la mayoría de los médicos caen en un nivel bajo, con extremos de muy bajo y alto; al transpolar esto por turnos, podemos apreciar que el turno matutino y vespertino caen en el nivel bajo, mientras el nocturno en un nivel regular, siendo el turno matutino el que menor medicina defensiva practica. Al analizar cada uno de los indicadores, resulta que los de solicitud y prescripción, son en los que más realizamos medicina defensiva, e igualmente menor en los turnos matutino y vespertino, aumentando hacia el turno nocturno. Los indicadores de información y decisión, son en los que menor medicina defensiva se realiza únicamente en los turnos matutino y vespertino, mientras que en el nocturno se contribuye al resultado global de medicina defensiva.

Cuando desglosamos entre urgenciólogos y no urgenciólogos, apreciamos que los urgenciólogos se ubican en un nivel bajo, conservando la tendencia del turno nocturno al mayor nivel de medicina defensiva; mientras que los no urgenciólogos aunque también se ubican en un nivel bajo, la escala de calificaciones tiende a ubicarse en un rango más alto con respecto a los urgenciólogos. Igualmente es el turno nocturno en el que mayor nivel de medicina defensiva se practica, aunque en este caso tiene un nivel mayor con respecto al nocturno en urgenciólogos. Al analizar cada uno de los indicadores con respecto a los urgenciólogos, existe igualmente mayor práctica defensiva en los indicadores solicitud y prescripción, pero ésta es menor respecto al resultado global, sin existir diferencia estadística significativa, mientras en los indicadores información y decisión, es menor su práctica en el matutino y vespertino no así en el nocturno; para los no urgenciólogos se practica una mayor medicina defensiva en los cuatro indicadores, siendo mayor en el turno nocturno.

Apreciamos que el turno nocturno es el que practica mayor medicina defensiva dentro de nuestro servicio, pudiera justificarse en el hecho de que es el turno con menor número de urgenciólogos; sin embargo, el desglose por especialistas, muestra también a los urgenciólogos del turno nocturno con una práctica mayor de medicina defensiva con respecto a los otros turnos; otro atenuante pudiera ser la poca disponibilidad de recursos en este turno, para precisar un diagnóstico y con ello tomar una decisión,



pero de igual forma si tomamos en cuenta que para llegar a esto se requiere sólo del desarrollo de una aptitud clínica adecuada (*el mayor o menor dominio del médico para identificar situaciones problemáticas de la experiencia de variable complejidad, donde debe discriminar y optar entre alternativas de interpretación, de decisión o de acción; diferenciar las apropiadas, oportunas, útiles o beneficiosas de las inadecuadas, extemporáneas, precipitadas, inútiles o perjudiciales*). Somos testigos del abuso de recursos (fetichismo tecnológico) orientados por una actitud defensiva, evitando con ello la posibilidad de ser demandados; estamos tratando de ser muy acuciosos en nuestro diagnóstico y tratamiento, buscando minimizar nuestros errores, lo cual revela el poco desarrollo de esta aptitud clínica y que puede ser un reflejo indirecto de la deficiencia de formación en este rubro durante los años de residencia. También en forma indirecta, podemos ver un pobre desarrollo de la relación médico-paciente que contribuye a la desconfianza entre médico y paciente orillando a la práctica de esta medicina defensiva.

Podemos concluir que existe un nivel bajo de práctica de medicina defensiva, pero importante en cuanto a las acciones diagnóstico-terapéuticas; ésta se da en urgenciólogos y no urgenciólogos, pero en mayor medida en los segundos. Se requiere precisar en posteriores estudios cuales son los factores (relación médico-paciente, aptitudes clínicas, entorno laboral) que la estén favoreciendo.

Referencias

1. Laín EP. La medicina hipocrática. Madrid: Alianza Universidad; 1987.
2. Gracia D. Bioética clínica. Bogotá: Editorial el Búho; 1998.
3. Sorokin P. Acerca del consentimiento informado en los test gráficos de figura humana. Bioética y Derecho: un análisis socio-jurídico. DE045. Programación científica UBA 1994/97.
4. Blanco MR. Temas de responsabilidad médica por mala praxis. Buenos Aires: Akadia; 1993. p: 1-10.
5. Forster HP, Schwartz J, De Renzo E. Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine. Arch Intern Med. 2002; 162: 1217-9.
6. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: A questionnaire study of general practitioners. BMJ. 1995; 310: 27-9.
7. Slazs HM. La Bioética: Fundamentos filosóficos y aplicaciones. Boletín OPS. 1990; 108: 331.
8. Mardones UJ, Espinoza GR, Cruz ME. Urgencia: Calidad y costo-eficacia. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1995; 24: 179-82 9. Academia Nacional de Medicina de México, AC. Factores que han modificado la práctica médica. Gac Méd México. 2002; 138: 331-46.
10. Lavados M, Serani A. Ética clínica: Fundamentos y aplicaciones. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile, Colección de textos universitarios; 1993. p. 348.
11. Barrera I. La medicina defensiva: tendencias y experiencias en el ámbito internacional. Rev. CONAMED. 1999; 4: 18-21.
12. Weiss SD. Influences of American philosophy and history on the practice of American medicine. Mayo Clinic Proc. 1995; 70: 298-302.
13. Anderson RE. The pervasive nature of defensive medicine. Arch Intern Med. 1999; 159: 2399-402.
14. Tussing AD, Wojtcz M. Malpractice, defensive medicine, and obstetric behavior. Med Care. 1997; 35: 172-91
15. Resident Physicians Section. Reforming house staffs practice of defensive medicine. JAMA. 1996; 275: 662af.
16. Rencoret SG. Auditoria Médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. Gestión de calidad: Riesgos y conflictos. Rev Chil Radiol. 2003;9:157-60.
17. Rivero SO. Los riesgos de la medicina defensiva en una sociedad en proceso de cambio. Rev CONAMED. 1999; 4: 5-11.
18. Rivero SO, Tanimoto M. El ejercicio actual de la medicina. 2ª parte. México: Siglo XXI; 2003.
19. Contrato colectivo del trabajo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. 2001-2003.

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

CUESTIONARIO SOBRE MEDICINA DEFENSIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ESPECIALIDAD: _____

TURNO: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario sobre medicina defensiva en el servicio de urgencias (CMDSU), pretende conocer las circunstancias y situaciones en las que se desarrolla la práctica médica en su lugar de trabajo. Para facilitar la sinceridad de sus respuestas no se requiere que anote su nombre. Es muy importante que sus respuestas reflejen, con la mayor veracidad posible, sus percepciones y puntos de vista sobre como es la práctica médica en la unidad donde está usted laborando.

El CMDSU consta de 48 enunciados que se refieren a diferentes situaciones que pueden estar presentes o no en la unidad donde usted labora. Cada uno de ellos debe responderse de acuerdo a la frecuencia con que ocurre, según las siguientes opciones:

- a) Siempre o casi siempre.
- b) La mayoría de las veces.
- c) Unas veces si y otras no.
- d) Pocas veces.
- e) Nunca o casi nunca.

Anote en el paréntesis a la izquierda de cada enunciado, la letra (a.b.c.d.e) según corresponda.

Tome en cuenta que todos los enunciados están percibidos de la frase:

“Durante la atención de mi paciente en urgencias”.

NO DEJE ENUNCIADOS SIN RESPONDER.

Durante la atención de mi paciente en urgencias:

1. () Solicito a mis pacientes todos los estudios posibles para su diagnóstico.
 2. () Tomo electrocardiograma a todo paciente que acude con dolor torácico.
 3. () A todo paciente independientemente del grado de traumatismo craneoencefálico le solicito tomografía.
 4. () En general a los pacientes que acuden por dolor abdominal les efectuó ultrasonido.
 5. () Ante la insistencia del paciente accedo a realizar los estudios que él solicita.
 6. () A todos mis pacientes en observación les solicito nuevamente todos los estudios posibles para realizar el diagnóstico.
 7. () No doy detalles al paciente de las desventajas de los estudios que requiere para su diagnóstico.
 8. () Ante un proceso infeccioso lo mejor es iniciar tratamiento con antibióticos de última generación.
 9. () Administro a mis pacientes lo último en medicamentos recomendados por los laboratorios farmacéuticos.
 10. () Si mi paciente insiste en determinado tratamiento accedo a indicárselo.
 11. () Presiono a mi paciente para que acepte determinado procedimiento terapéutico.
 12. () Administro a mis pacientes tratamiento para cada una de las patologías agudas y crónicas con las que se presenta al servicio de urgencias.
 13. () Administro todos los planes terapéuticos existentes para la patología de fondo de mi paciente.
 14. () No doy detalles de las ventajas y desventajas del tratamiento a mi paciente.
 15. () Informo a mi paciente acerca de su padecimiento.
 16. () Comunico a mi paciente en forma explícita el reporte de los exámenes de laboratorio o gabinete que se le practicaron.
 17. () Notifico al paciente los efectos colaterales del tratamiento que está por recibir.
 18. () Informo al familiar de mi paciente en forma detallada cada uno de los pormenores de la evolución del paciente.
 19. () Doy un reporte del estado de salud del paciente conforme a su estado real a su familiar.
 20. () Le notifico a mi paciente qué estudios serán necesarios de acuerdo a la sospecha diagnóstica con la que ingresa.
 21. () Comunico los efectos y secuelas derivados de su padecimiento al paciente.
 22. () Pido interconsulta a otros especialistas si el paciente lo amerita.
 23. () Revaloro al paciente y tomo las decisiones de egreso acorde a mi criterio propio.
- Durante la atención de mi paciente en urgencias:*
24. () Al estar en consulta, valoro que pacientes deben de ingresar y cuáles pueden ser ambulatorios.
 25. () En observación valoro cuales de mis pacientes pueden egresarse y cuales deben de hospitalizarse en piso.
 26. () Doy de alta al paciente explicándole las características de su padecimiento y la posibilidad de reagudizaciones.
 27. () Si un paciente regresa por persistencia de su sintomatología, valoro si requiere ingresarse o sólo ajustarse su tratamiento.
 28. () Sólo egreso al paciente ante el visto bueno de mi superior.
 29. () Explico al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento.
 30. () Indico a mi paciente el plan terapéutico mas adecuado a su patología.
 31. () Inicio tratamiento apegado a la patología en agudo con la que acude mi paciente.
 32. () Permito al paciente elegir el procedimiento terapéutico sugerido por mí.
 33. () Ante la insistencia de mi paciente a determinado tratamiento, rehúso al tratamiento sugerido por él.
 34. () Antes de prescribir medicamentos de reciente aparición, hago una revisión de la literatura antes de indicar algún medicamento a mis pacientes.
 35. () Inicio manejo con antibióticos acorde al germen causal más frecuente en el proceso infeccioso.
 36. () Explico al paciente la utilidad de los estudios que requiere para su diagnóstico.
 37. () Valoro que estudios adicionales requieren mis pacientes internados en observación para emitir un diagnóstico.
 38. () Me rehúso, ante la insistencia del paciente, a realizarle los estudios que solicita.
 39. () De acuerdo a la semiología del dolor abdominal decido realizar o no ultrasonido abdominal al paciente.
 40. () Dependiendo de la gravedad del estado neurológico del paciente con traumatismo craneoencefálico solicito la tomografía.
 41. () Acorde a las características del dolor torácico decido a quien realizar electrocardiograma.
 42. () Pido los estudios pertinentes para confirmar el diagnóstico de mi paciente.
 43. () Omito notificar a mi paciente su diagnóstico.
 44. () Me reservo el notificar los estudios practicados a mi paciente.
 45. () No manifiesto a mi paciente los efectos secundarios o complicaciones de determinado procedimiento terapéutico.
- Durante la atención de mi paciente en urgencias:*
46. () Al dar informes al familiar de mi paciente omito detalles que puedan ser malinterpretados.
 47. () Siempre reporto a todos mis pacientes que reviso en urgencias como graves a su familiar.
 48. () Al ingresar un paciente le comunico que se le efectuarán todo tipo de estudios y tratamientos.
 49. () No notifico al paciente la consecuencias de su padecimiento.
 50. () Siempre involucro a otros especialistas durante el manejo de mi paciente en su diagnóstico y tratamiento.
 51. () Me abstengo de egresar al paciente si éste no ha sido valorado por algún especialista.
 52. () Ingreso a observación a la mayoría de los pacientes que atiende en la consulta.
 53. () Al pasar visita en observación solicito ingreso a piso de todos mis pacientes.
 54. () Ante la posibilidad de que pueda reingresar el paciente decido dejarlo internado y diferir su alta.
 55. () Al regresar un paciente por falta de respuesta al tratamiento decido ingresarlo al servicio.
 56. () Nunca doy de alta a nadie sin el visto bueno de mi superior.



Curso sobre

PREVENCIÓN DEL CONFLICTO DERIVADO DEL ACTO MÉDICO

9 al 13 de febrero del 2009.

Horario 9:00 a 15:00 hrs.

INFORMES

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Dirección General de Difusión e Investigación.

Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, 8º piso. Col. Vértiz Narvarte.

Teléfonos: 5420 7147, 54207148, 5420 7003, 5420 7103 y 5420 7093.
Correo electrónico: smartinez@conamed.gob.mx y crojano@conamed.gob.mx