

*Desembre*  
**1999**

# Quaderns de la bona praxi

*Prevenció i maneig de riscos,  
anàlisi de reclamacions*

*Metges d'Atenció Primària*

**11**

# Índex

## *Introducció*

---

3

### **1. Descripció de les reclamacions enregistrades al Servei de Responsabilitat Professional durant el període 1986-1998**

- 1.1 Material i mètodes*
  - 1.2 Resultats*
  - 1.3 Conclusions provisionals*
- 

4

### **2. Casos reals comentats**

- 2.1 Cas 1. Defecte de tractament.*
  - 2.2 Cas 2. Retard en l'assistència i manca de col·laboració dels cossos de seguretat*
  - 2.3 Cas 3. Error diagnòstic per defecte d'estudi clínic*
  - 2.4 Cas 4. Defecte de seguiment assistencial*
- 

7

### **3. Delimitació del risc i prevenció**

- Diagnòstics que no es corresponen amb el procés o situació patològica real del pacient*
  - Retard en la detecció de processos patològics en els malalts*
  - Llistes d'espera per a la visita del metge*
  - Llistes d'espera per a la realització de proves diagnòstiques*
  - Dèficits en la informació terapèutica i pel consentiment*
  - Dèficits en la custòdia d'informació confidencial del pacient*
  - Dèficits en la coordinació*
  - Dèficits en la formalització dels registres en la història clínic*
  - Realització d'informes d'assistència o certificats mèdics*
- 

9

### **4. Bústia de consultes més freqüents**

- 4.1 Consultes*
  - 4.2 Respostes*
- 

11




*Aquest document inicia una sèrie d'informes dirigits als metges per donar-los eines per aprendre a gestionar els riscos personals, professionals i econòmics derivats d'una situació conflictiva o d'una reclamació. El primer es dirigeix als metges d'atenció primària malgrat que es pugui considerar que els riscos de reclamació judicial d'aquest col·lectiu són petits, atès el quocient entre el volum d'actes i el nombre de reclamacions.*

*Això no obstant, tot i ser la probabilitat de reclamació judicial molt baixa en els metges d'atenció primària, no s'ha d'oblidar que a qui toca, li toca el 100 %. Per tant, és absolutament necessari que el metge conegui i sàpiga reconèixer els factors de risc i la seva minimització.*

*Si sabem que l'atenció primària es caracteritza per ser general, accessible, global, contínua, longitudinal, personal, coordinada i confidencial, i que aquesta és l'expectativa social de l'atenció assistencial que s'espera rebre, pot intuir-se que és la fallada d'aquestes circumstàncies la que generarà la reclamació. Tampoc podem excloure altres motius de reclamació comuns a altres especialistes i que són els errors de diagnòstic, les seqüeles de tractaments, etc. En la mesura que cada vegada més l'atenció primària de salut és més resolutiva, i que es van aplicant tècniques que fins fa poc temps han estat exclusives d'altres especialistes també aniran apareixent reclamacions que fins aleshores eren patrimoni de les especialitats quirúrgiques.*

*Una darrera característica diferencial dels metges d'atenció primària és que poden exercir la seva tasca professional en diferents àmbits assistencials i de la pràctica clínica.*

*Concretament:*

-  *Atenció Primària en Centres d'Atenció Primària de la xarxa d'assistència pública, centres reformats, no reformats, urbans, rurals, consultoris públics, atenció primària autogestionada, etc.*
-  *Urgències en els centres hospitalaris (privats o públics).*
-  *Consultoris privats on s'ofereixen serveis de medicina estètica, mesoteràpia, homeopatia, acupuntura, etc.*

*Cadascuna d'aquestes posicions presenta uns riscos de reclamació ben diferents. A títol d'exemple, els metges d'urgències o els metges que practiquen la medicina estètica assoleixen uns riscos superiors als de les Àrees Bàsiques de Salut.*

*És per l'exposat que aquest document estudia els riscos de les diferents posicions d'exercici i es dissenya per incitar tant la reflexió com la discussió, tenint com a objectiu la formació i la informació.*

*Estem convençuts que la discussió d'aquest document en les sessions clíniques dels metges d'atenció primària farà augmentar les seves habilitats en la detecció i gestió de riscos i, conseqüentment, prevenir i evitar les reclamacions judicials o, si s'escau, gaudir d'elements de defensa efectius en cas de reclamació.*

# Descripció de les reclamacions enregistrades al COMB durant el període 1986-1998

1

## 1.1

### Material i mètodes

#### Disseny:

Es tracta d'un estudi observacional descriptiu transversal.

#### Àmbit:

Reclamacions de pacients a metges gestionades pel Servei de Responsabilitat Professional (SRP) del Col·legi de Metges de Barcelona.

#### Subjectes:

S'han analitzat totes les reclamacions que consten al registre específic que té l'SRP durant el període de 1986 a 1998. La unitat d'anàlisi ha estat la reclamació, ja que es pot donar el cas que una reclamació presenti més d'un metge afectat. S'han inclòs igualment les reclamacions de pacients a metges gestionades per via col·legial durant els anys 1997 i 1998.

#### Variables:

Els aspectes recollits en cada reclamació són:

##### Dades sobre el metge:

- edat
- sexe
- especialitat
- àmbit laboral (assistència hospitalària / atenció primària)
- tipus d'assistència (privat / públic)
- càrrec assistencial (adjunt / cap de secció / cap de servei / resident / altres).

##### Dades sobre aspectes de la pràctica mèdica:

- tipus de praxi (amb o sense cirurgia)
- fets assistencials que han motivat la reclamació
- especialitat de l'acte mèdic

##### Dades sobre aspectes medicolegals:

- tipus de procés: col·legial, preventiu, judicial o privat
- jutjat (d'instrucció, del penal o de primera instància)
- finalització de l'expedient: acord extrajudicial, sentència absolutòria o condemnatòria o sobresseïment o arxiu.

##### Dades sobre la tipologia dels malalts

Aquesta és una informació de caràcter qualitatiu que s'extreu de l'anàlisi de la personalitat del reclamant. Els

metges la constaten en el dia a dia, tot relacionant-se amb els pacients i coneixent-los. Aquest document incorpora aquesta tipologia com a rellevant atès que és en l'àmbit de l'atenció primària on la relació metge-pacient és més reiterada i periòdica i, per tant, on el perfil psicològic del pacient i la seva relació amb el metge actua de catalitzador o d'inhibidor de reclamacions.

#### Recollida de dades:

Cada vegada que es produeix una reclamació, es recullen totes les dades disponibles en aquell moment, s'omple la fitxa dissenyada a aquest efecte i s'introdueix en la base de dades de l'SRP, en una subaplicació exclusiva per a reclamacions. En el moment en què es generen noves informacions, mèdiques, legals o econòmiques, s'introdueixen a la base de dades.

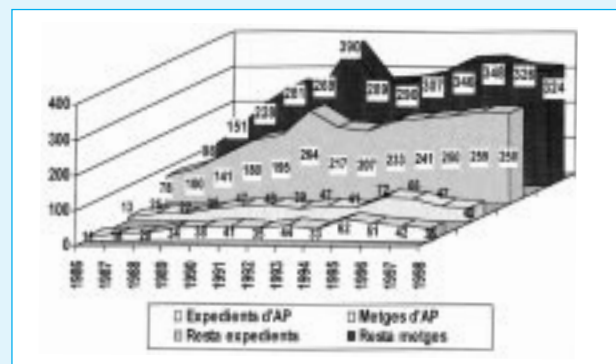
#### Anàlisi:

La base de dades s'exporta regularment a SPSS/PC per al seu processament i anàlisi. La informació que es presenta en aquest informe és el resultat de l'anàlisi de les reclamacions codificades dels metges d'atenció primària durant el període d'estudi. No s'ha produït cap exclusió.

## 1.2

### Resultats

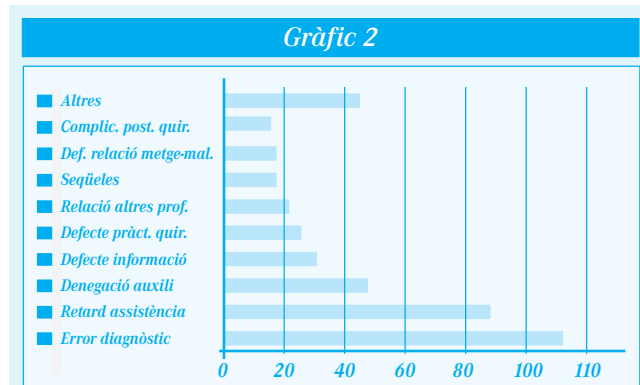
Gràfic 1



Distribució de les reclamacions enregistrades a l'SRP

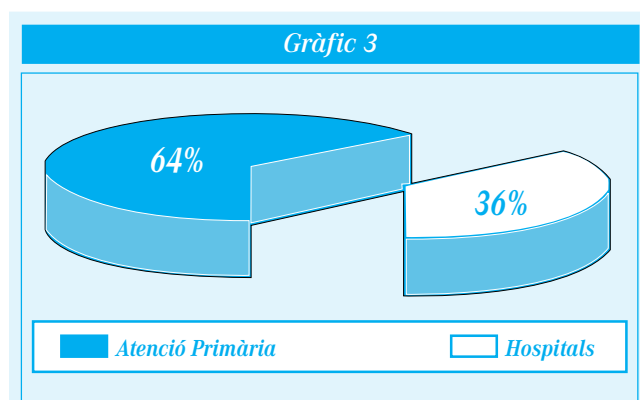
La distribució de les reclamacions dels metges d'atenció primària manté una tònica semblant a la de la resta d'especialitats (Gràfic 1). Globalment es va produir un increment de les reclamacions des de l'anys d'inici

del registre fins a l'any 1996. A partir del 1997 s'ha anat produint una tendència a la disminució. Si se separa l'anàlisi de forma que s'estudiï, d'una banda, la tendència de les reclamacions en els metges d'atenció primària i de l'altra, en la resta d'especialitats, s'observa que la distribució en ambdós casos segueix el mateix patró. El nombre de casos comptabilitzats a la via col·legial ha estat de 10 l'any 1997 i d'11 l'any 1998.



Distribució de les reclamacions segons motiu de la reclamació

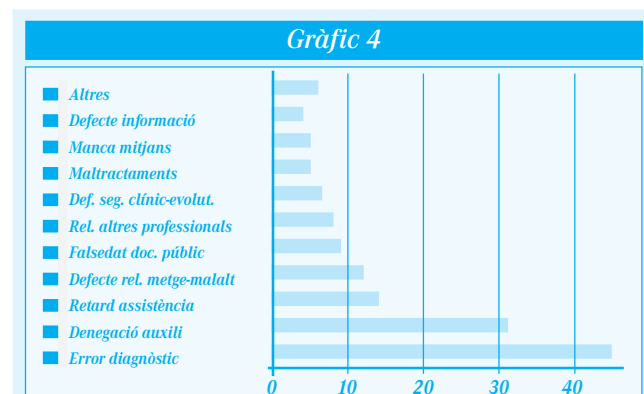
En l'àmbit de l'atenció primària, els principals motius de reclamació han estat els relacionats amb l'error o retard diagnòstic com a causa principal, seguit de problemes relacionats amb el retard en l'assistència o denegació d'auxili. Aquests casos es produeixen majoritàriament en visites domiciliàries en dies de guàrdia, atès el nombre elevat de visites al centre i la dificultat de poder sortir a atendre aquestes visites externes. Es pot observar que, a més a més dels motius de reclamació molt específics dels metges d'atenció primària, com el defecte en la relació metge-malalt, també existeixen reclamacions degudes a complicacions postquirúrgiques o seqüeles. Això és degut al fet que s'engloben en aquesta categoria els metges que dediquen la seva pràctica assistencial a activitats com medicina estètica i en unitats d'urgència hospitalària.



Distribució de les reclamacions segons àmbit de la reclamació

La majoria d'actes mèdics reclamats corresponen a metges que treballen en l'àmbit de l'atenció primària, però cal remarcar que, malgrat que els actes mèdics realitzats a l'atenció primària són molt més nombrosos que els realitzats en hospitals, aquests últims produeixen una tercera part de les reclamacions. Amb aquestes

dades es pot interpretar que les activitats situades en l'àmbit d'atenció de les urgències té un risc molt superior ha les que se situen en l'atenció primària. Del total de casos judicials resolts, el 5,9% va finalitzar en sentències condemnatòries per al metge. Si s'analitzen exclusivament les reclamacions relacionades amb els centres de salut públics, representen un total de 145 reclamacions. En l'estudi d'aquestes reclamacions s'observa com les causes de reclamació són lleugerament diferents que al gruix de l'especialitat.



Distribució dels processos en els metges generals de família de centres públics d'assistència primària

En estudiar les reclamacions dels metges d'atenció primària que treballen en centres de salut públics, els motius de les reclamacions són semblants a la distribució anterior, però aquí es perceben molt millor les causes per les quals els pacients reclamen als metges d'atenció primària dels centres de salut. Es comprova que les reclamacions més freqüents són les degudes a error / retard diagnòstic, retard en l'assistència / denegació d'auxili sanitari, problemes amb la relació metge-malalt, emissió d'informes i certificats, etc.

L'apreciació de mala praxi en els casos dels metges d'atenció primària que desenvolupen la seva activitat als centres de salut no mostra diferències en relació amb el global de metges d'atenció primària.

La finalització del procés va ser de sentència condemnatòria en el 4 % dels processos penals, mentre que en els civils el percentatge de sentències condemnatòries va pujar fins al 16 % dels casos.

L'estudi del temps de retard entre l'acte mèdic reclamant i l'obertura de l'expedient va demostrar que en el 25 % dels expedients, el retard entre l'acte mèdic i l'obertura de l'expedient va ser de 42 dies, i de 168 dies en el 50 % dels expedients.

## Estudi de la tipologia dels malalts i recomanacions de relació

### Malalts afalagadors.

Afalaguen el metge i maximitzen les seves possibilitats i els efectes del tractament. Cal tractar-los des de l'inici

de la relació professional amb una clara delimitació del què pot raonablement esperar-se del tractament i, fins i tot, confirmant per escrit que no s'han d'esperar ni resultats excepcionals ni miraculosos.

#### *Malalts queixosos.*

Es queixen de tot i de tots. Es reconeixen fàcilment ja a la primera relació professional i cal tenir present que molt probablement també es queixaran de nosaltres. Que es queixin de tot no serà la nostra defensa i per tant, el que s'ha de fer és extreure el rigor en els registres clínics. Quan adrecin la seva queixa a la nostra activitat, caldrà respondre indicant rigorosament cada pas diagnòstic i de tractament efectuat i informant-los de la disposició a comentar amb algú de la seva confiança la seva evolució o situació de queixa.

#### *Malalts expertíssims.*

Llegeixen els articles mèdics que es publiquen a la premsa no especialitzada o a Internet. Poden fins i tot contradir amb el suport de lectures tot allò que el metge li diu o recomana i anoten tots els detalls que es comenten a les visites. En aquest cas, caldrà tenir molta cura de no oferir a aquests pacients (o a qualsevol altre) garantia de guariment, com tampoc entrar a comentar o debatre les seves informacions. Exclusivament haurem de procurar informar-los sobre l'objectiu assistencial i les actuacions mèdiques recomanades. Si insisteixen en altres possibilitats, cal suggerir-los canvi de facultatiu.

#### *Malalts desobedients.*

Són aquells que incompleixen les visites, no prenen la medicació prescrita i ofereixen tot tipus d'excuses per no complir les instruccions del metge. És molt recomanable incorporar a la història clínica aquests comportaments del malalt. Si la patologia és greu, caldrà notificar-li per escrit el risc que per a la seva salut comporta la seva actitud.

#### *Malalts hipocondríacs.*

El risc amb aquests malalts està constituït per la infravaloració d'algun dels símptomes que ens relati i que es correspongui amb la realitat. Caldrà estar alerta per reconfirmar clínicament i analíticament els símptomes de major risc per al pacient amb l'assistència clínica.

#### *Malalts rendistes.*

Són aquells que intenten obtenir beneficis econòmics mitjançant l'expedició per part del metge de determinats informes (certificats mèdics oficials, comunicats d'IT, etc.), els continguts dels quals no es corresponguin estrictament amb la informació clínica de què es disposa o bé declarant situacions de drets del pacient que no correspon fer al metge. El metge de vegades ho fa per afavorir el pacient, per entendre que no afecta el curs clínic. Evidentment això és així, però aquest tipus d'informes de complaença poden comportar greus responsabilitats al metge.

## 1.3

## Conclusions provisionals

- ✓ La tendència de les reclamacions de metges d'atenció primària no mostra característiques diferents del global de reclamacions.
- ✓ La causa principal de reclamació és l'error de diagnòstic i, en segon lloc, i això sí que és característic dels metges d'atenció primària, el retard en l'assistència i la denegació d'auxili. Els pacients realment consideren que l'atenció primària ha de ser accessible, i reclamen quan tenen dificultats per ser visitats pel metge d'atenció primària.
- ✓ Hi ha una part de reclamacions referents a problemes legals en la complimentació de documentació medicolegal (certificats, informes).
- ✓ Les reclamacions judicials finalitzen en molt poques ocasions, al voltant del 6%, en sentències condemnatòries. En tot cas, la incertesa i l'angoixa ocasionen perjudicis importants al metge afectat.
- ✓ Els actes mèdics que es realitzen en el cas de visites urgents i domiciliàries tenen més risc de reclamació que les de la consulta ambulatoria normal.
- ✓ Les visites realitzades sense el suport documental de la història clínica són apriorísticament de més risc en els casos de reclamació. Però cal afegir que si les notes de la història clínica són incompletes també poden perjudicar la defensa del metge en els casos de reclamació judicial.
- ✓ En els casos dels metges d'atenció primària, els pacients valoren molt més el tracte correcte i cordial que en altres metges. Per aquesta raó es produeixen moltes reclamacions per aquesta causa.
- ✓ És molt important l'elaboració i el seguiment per part dels metges d'atenció primària, de protocols, si més no per a les patologies més freqüents.
- ✓ Facilitar l'accessibilitat telefònica dels pacients al seu metge d'atenció primària. Cal, però, no confondre l'accessibilitat amb l'assistència clínica.
- ✓ Existeix dificultat de defensa dels metges en els casos en què es produeixen defectes d'ús o complimentació de la documentació clínica (història clínica).
- ✓ Tenir molta cura amb els certificats o informes mèdics realitzats per complaença, que en ocasions poden ser utilitzats en contra del mateix metge.

### 2.1

#### Cas 1

Senyora de 22 anys que, treballant com a dependent, pateix una ferida incisa al tercer dit de la mà dreta. Immediatament és portada a urgències d'un centre hospitalari on és atesa pel metge d'urgències que és generalista. Aquest explora el tall i avalua el tendó extensor del dit amb el resultat d'estat correcte en presentar la pacient una extensió normal. El metge efectua l'assistència que consisteix en cura tòpica sense sutura i profilaxi antitetànica. Dóna d'alta la pacient i la deriva a la mútua d'accidents de treball, a la qual no acudeix fins al cap de dos dies ja que l'acte mèdic es va produir un divendres. El metge fa constar a l'informe d'assistència que va explorar el funcionament del tendó extensor així com l'assistència prestada.

Al cap de dos dies la pacient acudeix a la mútua d'accidents de treball, on s'observa un dèficit d'extensió a nivell de la tercera falange per lesió del tendó extensor a nivell de la falange mitjana del tercer dit.

Es procedeix a col·locar una fèrula, que es retira al cap de tres setmanes. En aquell moment persistia el dèficit d'extensió i a més a més existia una deformitat en "coll de cigne". Finalment, les lesions són valorades com "anquilosi de la segona articulació interfalàngica (distal) del dit mig de la mà dreta" amb el caràcter de lesions permanents no invalidants.

La senyora interposa demanda judicial.

#### ■ Anàlisi del risc:

- 1 El metge que la va assistir en el primer moment, no va intervenir quirúrgicament la lesió, ni tampoc va suturar la ferida. Es va limitar a embenar la lesió i efectuar la profilaxi antitetànica.
- 2 La intervenció quirúrgica immediata, a més a més de no tenir les característiques de pràctica complicada, hauria suposat la recuperació funcional absoluta del dit.
- 3 La senyora a més de presentar lesions al dit de forma permanent, presenta dolors a l'hora de desenvolupar la seva tasca laboral habitual.

#### ■ Valoració legal:

El jutjat va estimar la demanda i va condemnar el metge i el centre hospitalari.

### 2.2

#### Cas 2

Una metgessa d'atenció primària va ser requerida en tres ocasions per agents de la policia municipal per a l'atenció d'una menor amb antecedents d'esquizofrènia que presentava crisi histèrica. La pacient s'havia tancat a casa seva i la família expressava el temor que la pacient realitzés un intent d'autolisi. Els agents de la policia municipal es posen en contacte amb el Centre d'Atenció Primària per sol·licitar la presència d'un metge al domicili. La metgessa del CAP va comentar que ho havia de consultar al seu superior. Després de dues noves trucades per part de la policia sol·licitant l'assistència de la metgessa, aquesta els diu que és competència del CAP Salut Mental o del metge forense, però en cap cas seva. La policia entra en l'habitació i aconsegueixen convèncer la menor perquè es deixi traslladar a un centre hospitalari, la qual cosa va realitzar a continuació.

Posteriorment, el caporal de la policia municipal incoa diligències judicials per suposada denegació d'auxili sanitari.

#### ■ Anàlisi del risc:

Es produeix una negativa a entrar al domicili i visitar un pacient. S'augmenta el risc de possible execució de conducta d'autolisi per part de la menor.

#### ■ Valoració legal:

Atesa l'absència de dany, i que no es va produir l'intent d'autolisi, no es va constatar imprudència. Malgrat això, en el judici el Ministeri Fiscal va sol·licitar la condemna per una falta de desobediència als agents de l'autoritat. El jutge va resoldre condemnar la metgessa com a autora d'un delictes de desobediència a l'autoritat

### 2.3

#### Cas 3

Una senyora de 70 anys és atesa a urgències d'un centre hospitalari per un metge general. La senyora tenia antecedents de diabetis mellitus i hipertensió arterial. En acudir a l'hospital presentava dolor toràctic de més de 24 hores d'evolució que augmentava amb la deambulació. Amb l'orientació diagnòstica d'epigastràlgia ingressa a l'hospital per tractament i seguiment de la clínica i d'electrocardiogrames que

se li van practicar per descartar cardiopatia isquèmica. En els electrocardiogrames que se li van practicar no s'observen lesions suggerents de cardiopatia isquèmica malgrat que els episodis de dolor es van produint. A les 48 hores de l'ingrés, un altre metge que entra de guàrdia, li torna a practicar electrocardiograma i enzims (CPK), essent en aquell moment quan es pot diagnosticar canvis suggerents d'infart agut de miocardi. Atès que el centre no disposa d'unitat coronària, es deriva a un altre centre per a la pràctica de tractament fibrinolític. De tota manera, la senyora és èxitus per infart agut de miocardi més trencament de la paret intraventricular.

La família interposa una denúncia per negligència.

### ■ *Anàlisi del risc:*

Es pot interpretar manca de diligència per no complir protocol de demanda de proves diagnòstiques (enzims) en el diagnòstic d'angina de pit. A més a més es produeix com a resultat la mort de la pacient. Malgrat que la forma de presentació de l'infart de miocardi en ocasions és per mort sobtada, és interpretable el fet que un diagnòstic precoç hauria millorat les expectatives de vida, cosa que no es va produir.

### ■ *Valoració legal:*

Tenint en compte l'anàlisi de risc, no s'arriba a judici ja que s'assoleix acord transaccional per entendre la Comissió del Servei de Responsabilitat Professional que el metge seria condemnat si s'arribés a judici.

## 2.4

### Cas 4

Una pacient de 53 anys amb antecedents de diagnòstic de limfoma no hodgkinià que havia estat tractat amb esplenectomia i tractament quimioteràpic, cinc anys abans, va iniciar al domicili un quadre clínic de febre, mal de cap i vòmits. Per aquesta raó, el seu marit va sol·licitar assistència domiciliària al seu metge de capçalera que va acudir dues hores després. El metge

va realitzar una exploració a la senyora, va orientar el quadre com a síndrome gripal i va receptar un antitèrmic i un antibiòtic.

L'endemà no solament no va disminuir la clínica que presentava sinó que, a més a més, s'hi va afegir rigidesa de clatell. En aquells moments el marit va anar de nou a la consulta del metge el qual sense acudir al domicili li va receptar uns supositoris per a la febre, amb el consell de trucar al servei d'urgències si no millorava el quadre.

A les cinc de la tarda, que era quan iniciava l'activitat el servei d'urgències, el marit de la senyora avisa el metge de guàrdia, el qual en arribar al domicili i explorar la pacient va diagnosticar un quadre meningi, per la qual cosa la va derivar a l'hospital de referència. En arribar a l'hospital i practicar les proves adients van diagnosticar una meningitis pneumocòccica que s'acompanyava d'un status epilèptic. Es va ingressar a la unitat de cures intensives on, degut a diferents complicacions, va estar ingressada durant 111 dies abans de passar a la planta de medicina interna.

Finalment se li va donar l'alta de l'hospital amb seqüeles neurològiques importantíssimes com dependència total de terceres persones per a les activitats mínimes diàries, per problemes motrius a més de bradipsíquia, discrets defectes en orientació i en àrea amnèsica, apatia, manca d'iniciativa i dificultat per planificar. Per totes aquestes raons li va ser concedida la invalidesa permanent per la disminució de la seva capacitat orgànica i funcional del 100 %.

### ■ *Anàlisi del risc:*

Existeix la constància d'una possible falta d'assistència per la no visita al domicili i les seqüeles que li va reportar no haver estat diagnosticada precoçment de la meningitis.

### ■ *Valoració legal:*

Atesa la possible existència de responsabilitat civil o penal, es va arribar a acord transaccional.



*La revisió dels casos referents als metges d'atenció primària permet establir que el risc de ser reclamat esdevé:*

## ■ Primer:

**En establir un diagnòstic que no es correspon amb el procés o situació patològica real del pacient.**

Aquest error diagnòstic únicament serà negligent quan qualsevol altre metge en la mateixa situació assistencial no hauria efectuat aquest diagnòstic ja sigui perquè no està entre els possibles que es corresponen amb els signes i símptomes presents en el malalt (referits, analítics, radiològics, etc.), ja sigui perquè l'hem establert obviant l'estudi clínic recomanat prèviament a la seva emissió.

*CONSELL: Assegurar mitjançant la realització de formació continuada l'existència de coneixements, aptituds i habilitats que garanteixin l'encert de les orientacions diagnòstiques*

## ■ Segon:

**Retard en la detecció de processos patològics en els malalts.** El metge d'atenció primària disposa de la gran majoria de proves diagnòstiques per poder arribar a realitzar un diagnòstic de forma acurada. Tots aquells problemes que no diagnostiqui el metge de capçalera i que arriben a altres nivells assistencials, poden ser motiu de reclamació ja que el retard i, per tant, el desenvolupament del procés patològic no diagnosticat pot perjudicar el seu guariment.

*CONSELL: Iniciar tractaments quan ja tenim símptomes i signes clínics catalogables d'un determinat diagnòstic. Evitar les proves i interconsultes amb finalitat únicament defensiva. Garantir una assistència sanitària de qualitat en uns terminis de temps raonables. Si tenen dubtes en el diagnòstic, accelerar els diagnòstics diferencials però començar a tractar el que aparegui com a més possible, instaurant estratègia de control evolutiu, de resposta al tractament.*

• Un pacient amb adenocarcinoma de pulmó i com a únic símptoma una tos seca de llarga durada, va ser tractat durant més d'un any amb tractament simptomàtic. Fins que, degut a la presència d'un esput sanguinolent i empitjorament de l'estat general, se li va sol·licitar una radiografia de tòrax on es va observar una imatge sospitosa tumoral més vessament pleural. Davant la presència mantinguda en el temps d'aquest símptoma, el metge tenia la obligació de plantejar-se diagnòstics diferencials.

## ■ Tercer:

**Llista d'espera per a la visita del metge (cita prèvia) que s'allarga excessivament,** fins i tot en alguns casos arribant als 7 dies. Aquesta situació sol provocar un augment de les visites urgents. El risc s'incrementa perquè en alguns àmbits les visites urgents es realitzen sense el suport de la història clínica.

*CONSELL: Evitar que la llista d'espera amb cita prèvia sobrepassi uns mínims raonables per a la visita (es podria parlar d'un màxim de 48 hores), sempre que les visites urgents siguin ateses el mateix dia.*

## ■ Quart:

**Llistes d'espera interminables per realitzar-se una prova diagnòstica, o per a una consulta a un especialista hospitalari, o per efectuar-se una intervenció quirúrgica.** Atès que el pacient sempre és responsabilitat del metge, si aquest deriva el malalt per a la realització d'una prova diagnòstica o d'una visita a un especialista, li és exigible que conegui els terminis de temps en què aquestes assistències es produeixen. El metge de capçalera ha de garantir que el pacient rebi una atenció, fins i tot en altres nivells assistencials, en un període de temps que no li produeixi cap repercussió a la seva salut. Si el metge no pot oferir-ho, ha de posar en coneixement dels seus superiors que les demores existents poden afectar la salut dels pacients. També ha de procurar el comentari del cas amb l'especialista, sense haver de derivar formalment el pacient.

*CONSELL: Assegurar que la llista d'espera per a la realització de visites en altres nivells o de proves diagnòstiques presenten uns terminis de temps que el professional considera raonables. Si no és així té l'obligació de posar-ho en coneixement dels responsables.*

• Una pacient a la qual se sol·licita estudi amb ecografia abdominal, amb prioritat normal, per a estudi de dolor abdominal se li practica l'esmentada prova als 4 mesos de la sol·licitud. L'orientació diagnòstica, un cop practcada, va ser de fetge tumoral, precisant 15 dies més d'espera per a la visita del digestòleg.

### ■ Cinquè:

**Dèficits en la informació terapèutica i per al consentiment.** El defecte en la informació terapèutica (seguiment d'ordres mèdiques i de prescripció) pot comportar danys somàtics al pacient, dels quals serà responsable el metge si ha utilitzat sigles susceptibles de confusió o no ha avisat dels riscos d'utilització equivocada o aplicació incorrecta del tractament farmacològic o qualsevol altra conducta similar. Així mateix, els dèficits en la informació per al consentiment (Document de Consentiment Informat) poden generar responsabilitats. Com sigui que el consell en aquest cas no és resumible en l'extensió que aquest espai requeriria, aconsellem la lectura de Profissió número 1 **El Document de Consentiment Informat**, Servei d'Informació Col·legial núm. 187 (gener-febrer 1999) i número 2 **Assistència a menors, adolescents i maltractaments**, Servei d'Informació Col·legial núm. 188 (març-abril 1999).

### ■ Sisè:

**Dèficits en la custòdia d'informació confidencial del pacient.** Aquest dèficit comporta la vulneració del dret a la intimitat i pot comportar responsabilitat civil i fins i tot penal al metge. Aconsellem la lectura de Profissió número 3 **La informatització de les dades personals, administratives i mèdiques**, Servei d'Informació Col·legial núm. 189 (juliol-agost 1999) el mateix que predica sobre la història clínica informatitzada es pot aplicar al paper (pàgines 4 i 5).

• Un pacient efectua una reclamació al seu metge de capçalera degut a l'emissió a l'esposa del pacient d'un certificat mèdic on consta la malaltia d'alcoholisme i el conseqüent tractament. L'esmentat certificat és aportat per l'esposa en un judici de separació matrimonial.

### ■ Setè:

**Dèficits en la coordinació. Dèficits en la relació metges d'atenció primària i altres especialistes.** Sovint en l'atenció primària es produeixen derivacions

on el metge d'atenció primària informa exhaustivament del procés pel qual es deriva el pacient. En canvi, sovint també, no reben per part de l'especialista una informació mínima de retorn sobre l'avaluació de la visita al pacient derivat. En altres ocasions es produeixen derivacions per part de metges d'atenció primària en les quals l'única informació clínica és la de "prego visita". Cal emfatitzar que aquestes situacions són d'alt risc de reclamació si el pacient interpreta una mala coordinació entre professionals, que propiciï un error en el seguiment clínic.

*CONSELL: Assegurar de forma activa l'existència d'una coordinació efectiva entre nivells. Garantir mitjançant contactes per comentaris de casos clínics, sessions clinicoformatives, elaboració de protocols conjunts de derivació, maneig de pacients i patologies, etc. Avaluar de forma contínua els protocols realitzats i assegurar la seva utilització.*

### ■ Vuitè:

**Dèficits en la formalització dels registres en la història clínica.** Algunes, o moltes notes clíniques, que poden afectar els antecedents personals o patològics, el diagnòstic, l'avaluació i el seguiment, o els resultats de proves diagnòstiques de l'especialista no es recullen adequadament en la història clínica i, per tant, es propicien defectes en el tractament, efectes indesitjables, etc.

*CONSELL: Extremar el rigor en l'anotació dels registres clínics. Fer constar tots aquells que donin suport a la presa de decisions clíniques.*

### ■ Novè:

**La realització d'informes d'assistència o certificats mèdics que, amb demanda feta per conveniència del pacient, tenen l'objectiu d'accedir a algun tipus de prestació econòmica.** Aquestes conductes són susceptibles de generar reclamacions deontològiques, civils i penals que fins i tot no tinguin la cobertura de la pòlissa de Responsabilitat Civil Professional. Per tant:

*CONSELL: Si es realitzen informes d'assistència amb motiu de sol·licitud de prestació econòmica, no magnificar l'estat patològic del pacient, ni falsejar determinada informació. A la llarga aquesta informació pot anar en contra del mateix metge.*

# Bústia de consultes més freqüents

4

*Les consultes més freqüents que preocupen els metges sobre el maneig de riscos són:*

*Què haig de fer després d'un problema assistencial (resultat no desitjat)?*

- Al contrari que pretendre una posició defensiva en contra de les acusacions de mala praxi, s'haurien d'iniciar immediatament algunes de les següents mesures positives.

- Actitud de compartir el problema i de col·laborar en la seva solució si això és possible.

- Valorar la situació i comunicar-la al pacient i a la família.

- Explicar les possibles raons d'aquesta situació adversa i la necessitat d'esbrinar quina ha pogut ser la causa. Cal explicar el pla de tractament per tal de minimitzar els danys al pacient i la disposició a facilitar informació. Podrem oferir al pacient i als familiars suport emocional, si s'escau.

- Continuar mantenint contacte amb el pacient i els familiars per qüestions que es puguin produir, clíniques o legals. Pel procés clínic, assumirem la responsabilitat del seguiment del procés (cal, sempre i en tot cas, evitar atribuir a un altre professional o a una altra institució la responsabilitat del resultat no desitjat).

- A la història clínica, registrarem l'incident i les eventuais necessitats de seguiment.

- Per al procés legal, informarem al Servei de Responsabilitat Professional del COMB/CCMC i li traslladarem la negociació jurídica que pogués correspondre.

*Una disculpa significa admissió de negligència?*

- No, però s'ha d'aprendre a assumir una actitud correcta per evitar males interpretacions.

- Comentaris com: "Sento que el tractament que li vaig recomanar li hagi produït perjudici", són del tot inapropiats. Més aviat expressions sinceres sobre un resultat no esperat, tal com "Sento el que ha passat" i seguidament afrontar altres opcions de tractament pot demostrar una actitud de suport professional ben rebuda pel pacient i els seus familiars.

*S'han de documentar totes les troballes normals o anormals en el resultat d'una exploració a un pacient?*

- No.

- Cal documentar aquelles troballes significatives que estan associades amb algun dels processos relacionats amb el diagnòstic diferencial.

*S'han d'evitar les consultes telefòniques i per Internet?*

- No, però cal limitar-les a una sèrie de requisits:

- Documentar cada conversa telefònica. Incloure la identificació del pacient, la valoració, la conclusió final i la resposta donada, així com les derivacions a un altre proveïdor o servei sanitari.

- Si s'estableix una relació formal metge-pacient mitjançant la consulta telefònica, documentar-la i realitzar el seguiment en una trobada amb el pacient cara a cara.

*Puc sol·licitar sense consentiment previ del pacient la prova del VIH? He de registrar-ne el resultat a la història clínica?*

- En cap cas aquesta prova ha de practicar-se de manera rutinària i indiscriminada. El metge ha de demanar expressa autorització cada vegada que calgui practicar-la i informar del seu resultat al pacient.

- La sol·licitud de prova del VIH s'ha d'informar prèviament al pacient, indicant-li la raó de la seva realització (sempre haurà de ser en benefici del pacient).

- A la història haurem de fer constar el resultat.

- Nota: Les institucions sanitàries han de prendre especials precaucions per assegurar que l'estat dels pacients quant a infecció pel VIH no sigui revelat.

## Què hauria de fer si un pacient aparentment deteriorat insisteix a conduir?



• Quan un pacient no està en bones condicions físiques o psíquiques per conduir, la intervenció per part del professional assistencial està justificada.

El tipus d'intervenció depèn de les circumstàncies.

**1** Trobada episòdica: si un pacient amb efectes d'alcohol arriba a un servei d'urgències, refusa el tractament i insisteix a conduir, la intervenció menys problemàtica és buscar un taxi, o un altre mitjà de transport o esperar que el pacient recuperi l'estat normal.

Si això falla, la policia local habitualment resoldrà el problema acompanyant el pacient al domicili.

**2** Pacients ancians o deteriorats cognitivament: sovint els metges observen o són alertats sobre pacients que no poden conduir un cotxe amb seguretat. Es recomana una trobada amb el pacient o amb la família oferint consell sanitari i informant sobre la gravetat dels riscos associats a la conducció. L'objectiu és facilitar el suport de la família per ajudar que el pacient de forma voluntària abandoni la conducció de vehicles. Cal documentar els consells en els registres del pacient.

**3** Si malgrat les recomanacions sabem que el pacient continua conduint, caldrà notificar-ho al Ministeri Fiscal per mitjà del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

## Quadre resum i orientació de risc

	<i>Metges d'Atenció Primària</i>					<i>Metges d'urgències hospitalàries</i>	<i>Metges de medicina estètica, acupuntura, mesoteràpia...</i>
	<i>Consulta ambulatoria</i>	<i>Consulta domiciliària</i>	<i>Urgències al centre</i>	<i>Urgències domiciliàries</i>	<i>Reforços</i>		
<i>Error diagnòstic</i>	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+
<i>Retard assistència</i>	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+
<i>Denegació auxili</i>	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
<i>Defecte informació</i>	+	-/+	++	-/+	++	+++	+++
<i>Defecte pràctica quirúrgica</i>	+++	+	++	+	++	+	+
<i>Relació altres professionals</i>	+	+	++	+	+	++	+++
<i>Seqüeles</i>	+++	+++	+++	+++	+++	++	+
<i>Defecte relació metge-malalt</i>	-/+	-/+	++	-/+	++	++	+++
<i>Complicacions postquirúrgiques</i>	-/+	-/+	++	-/+	++	++	+++
<b>- Sense risc</b>	<b>+ Risc lleu</b>					<b>++ Risc moderat</b>	<b>+++ Risc important</b>

# Redacció

## Comitè de redacció

*Director:* Hèlios Pardell Alentà

*Caps de redacció:* Alex Ramos Torre, Magda Martínez Pardo

## Experts redactors d'aquest quadern

Josep Benet Travé (Servei de Responsabilitat Professional)

Roger Bruguera Villagrasa (Servei de Responsabilitat Professional)

Magda Martínez Pardo (Servei de Responsabilitat Professional)

## Comitè editorial

**President:** Miquel Bruguera Cortada

Josep M. Bertran Soler

Mercè Boada Rovira

Manuel Cerdà Vila

Xavier Corbella Virós

Laureano Fernández-Cruz Pérez

Eduard Gaynés Palou

Joan Gené Badia

Joan Monés Xiol

Jaume Padrós Selma

Manuel Rodríguez Pazos

Jaume Roigé Solé

Lluís Salleras Sanmartí

Miquel Vilardell Tarrés

## Agraïments

Revisió per experts del COMB d'Atenció Primària:

Jaume Sellarés

Joan Guri

M. Lluïsa Morató

## Edita

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Centre d'Estudis Col·legials i Servei de Responsabilitat Professional

Còrsega, 257, pral.

08036 Barcelona

Coordinació gràfica, disseny i impressió:

**AMBIENT GRÀFIC**

Gran Via de les Corts Catalanes, 162, esc. B, 2n. 2a.

08038 Barcelona

Dipòsit legal: B-46.873-96

# Altres números publicats



*Quaderns de la Bona Praxi*



*Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.*