

NÚMEROS JA PUBLICATS:

1. Document del Consentiment Informat. 2. Assistència a menors. Adolescents i maltractaments. 3. La informatització de les dades personals, administratives i mèdiques. 4. Risc de l'efecte 2000 en l'àmbit sanitari. 5. El treball en equip. Responsabilitats. 6. La recepta mèdica. 7. Les relacions amb els Tribunals de Justícia. 8. Fer de metge a l'hospital. Àrea d'urgències. 9. Fer de metge a l'hospital. Serveis Centrals. 10. Fer de metge quan el pacient és metge o familiar de metge. 11. Sobre l'activitat pericial. 12. Informes i certificats. 13. Guies de pràctica clínica.

PRÒXIMES QÜESTIONS QUE TRACTAREM:



**Altes hospitalàries.
Forçoses i voluntàries**



**El transport sanitari de pacients
d'hospitals comarcals a centres
de referència**



**Fer de metge a l'hospital:
Hospitalització i Farmàcia**



**Reaccions adverses
a medicaments**



**Atenció Primària
i Hospitals: cooperació**



**Fer de metge a l'hospital:
Consultes externes**

NOTA: Ordre de publicació per determinar

46

L'ESPAI DEL PROFESSIONAL

La Junta de Govern del COMB, COMT, COMLL, COMG us demanen la vostra col·laboració en la proposta dels temes que voldríeu que fossin tractats en pròxims números de PROFESSIÓ.

Ompliu les referències següents amb les vostres dades.

NOM:
COGNOM:
NÚM. COL·LEGIAT:
COL·LEGI DE:

(MAJÚSCULES)

Temes proposats (indiqueu tres temes):

(MAJÚSCULES)

Envieu una còpia d'aquest formulari a: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Secretaria operativa: Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona. També podeu fer-nos arribar les vostres propostes per e-mail: resp_prof@comb.es, per fax al 935 678 885 o bé per telèfon al 935 678 880.



TOTS ELS SERVEIS D'ASSEGURANCES PER COBRIR ELS RISCOS:

- Personals
- Professionals
- Econòmics i patrimonials dels metges

... amb els avantatges de:



núm. 14
Servei de
Responsabilitat
Professional



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

EDITA:
Col·legi Oficial
de Metges
de Barcelona

Sumari

2 Definició,
importància
i implicacions

3 Qüestions
polèmiques

6 Consells
pràctics

8 Contraportada
de professió

SETEMBRE-OCTUBRE 2001

PROFESSIÓ

Qüestions polèmiques i consells pràctics

Fer de metge a l'hospital Àrea Quirúrgica i Crítics

PRESENTACIÓ

Tothom coincideix que l'Àrea Quirúrgica té una gran consideració per al ciutadà. Malgrat aquest fet, moltes reclamacions per malpraxi afecten els metges que treballen en aquesta àrea hospitalària. Segons consta a les pàgines 34 i 35 de l'Informe Anual de 2000 del Col·legi de Metges de Barcelona gairebé el 50 % de les reclamacions són amb motiu de defectes de pràctica quirúrgica (27 %), complicació postquirúrgica (12 %) o defecte d'informació (7 %) del cirurgià.

També i com a novetat dels darrers anys, l'Àrea d'Intensius presenta conflictivitat –fins i tot judicial– associada als dilemes ètics, sent nombroses les consultes que ciutadans i metges efectuen al Col·legi sobre els passos per a la presa de decisions ètiques i les implicacions jurídiques conseqüents.

La pràctica de l'anestesiologia està sotmesa a presumpcions de malpraxi per tal com els danys greus i irreversibles s'imputen a penúria de mitjans o manca de diligència.

En aquest quadern, s'examinen les situacions més compromeses per la responsabilitat i s'aconsella la conducta a seguir que faciliti la prova de la diligència.

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.
Secretaria Operativa: Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona. Telèfon: 935 678 880. Fax 935 678 885
e-mail: resp_prof@comb.es • http://www.comb.es/publicacions_prof

Per a una activitat professional correcta en Anestesiologia, els Tribunals exigeixen els següents supòsits:

primer 1

Avaluació preanestèsica: adreçada a la valoració i preparació del pacient per a l'anestèsia amb el mínim risc possible. Comporta:

- revisió de la història clínica.
- entrevista amb el pacient: examen físic complet, determinació de l'estat físic (classificació A.S.A), informació del pla anestèsic (o, si s'escau, al familiar responsable) i de la medicació anestèsica.

Vegeu *Quaderns de la Bona Praxi* núm. 3 sobre valoració preoperatòria.

segón 2

Cura peranestèsica: comporta:

- monitorització del pacient i registre dels signes vitals.
- maneig de vies respiratòries.
- control de la dosi dels fàrmacs utilitzats i per utilitzar i control de líquids.

SUPOSA (llevat de circumstàncies d'emergència):

- la presència continuada de l'anestesiòleg per monitoritzar el pacient i proveir l'atenció anestèsica.
- la permanent avaluació monitoritzada de:
 - la concentració inhalatòria d'oxigen al circuit respiratori, disposant d'un analitzador proveït d'una alarma, sens perjudici de la valoració que del seguiment de la coloració del pacient faci l'anestesiòleg.
 - traçat continu del ritme cardíac; també almenys mesurar la tensió arterial cada 5 minuts, ritme cardíac i saturació d'oxigen, disposant d'una electrocardiograma visible.
 - contínua avaluació de la ventilació.

En cas d'accident anestèsic, cal anotar al full quirúrgic o d'anestèsia com es desencadena i què es fa.

Control de recuperació postanestèsica, en el moment de l'ingrés i alta en la zona de reanimació o despertar, deixant constància almenys de: signes vitals i nivell de consciència, fluids intravenosos administrats, medicaments administrats i incidències i complicacions sorgides i actuacions realitzades per al seu maneig.

Deure d'informar, a excepció de situació d'urgència, implica que de manera completa, veraç i adequada a l'estat d'ànim, característiques psicofísiques, naturalesa de l'acte realitzat, cultura del pacient i/o familiars ha d'informar de tot el que farà, el perquè, el grau de necessitat de l'acte a realitzar i dels riscos previsibles (típics) que es puguin produir (complicacions, efectes secundaris perjudicials), segons dades estadístiques (percentatge de producció alt, no incidències perjudicials remotes o altament infreqüents).

Es recomana a aquest efecte la lectura del *Professió* núm. 1 sobre el Document del Consentiment Informat, així com la incorporació a l'ordinador personal del model de consentiment informat per a procediments anestèsics.

Per a una activitat professional correcta en Cirurgia, els Tribunals exigeixen els següents supòsits:

primer 1

Avaluació prequirúrgica: que comporta:

- avaluació de la indicació quirúrgica
- ponderació del risc o contraindicació del procediment terapèutic escollit.
- elecció de la tècnica quirúrgica adequada.
- formalització d'un document de consentiment informat per a determinats procediments.
- cura en l'observància i manteniment i esterilització del material quirúrgic.
- condicions d'higiene dels quiròfans.

qui s'ha d'encarregar del preoperatori? En cas d'alteracions de coagulació, de l'ECG, etc., qui ha de decidir si es realitza la intervenció?

La responsabilitat del preoperatori és del cirurgià pel que fa a l'estudi clínic del pacient i al procediment quirúrgic escollit com a pauta de tractament i de l'anestesiòleg pel que fa a l'avaluació del risc ASA de l'anestèsia i de l'estat general del pacient (vegeu *Quaderns de la Bona Praxi* núm. 3, octubre de 1993 "La valoració preoperatòria").

Cadascú, malgrat que formin part d'un mateix equip quirúrgic, serà responsable dels actes propis de la seva especialitat, per tal com la seva relació es regeix pel principi de divisió horitzontal del treball i de confiança mútua. (SIC número 91, juliol-setembre de 1999, *Professió* núm. 5 "El treball en equip, responsabilitats").

El principi de confiança en les col·laboracions professionals només deixa d'actuar quan un dels especialistes dubti de la qualificació de l'altre metge o percebi la fallada greu de l'altre col·lega (SIC núm. 91, *Professió* núm. 5 "El treball en equip, responsabilitats").

La decisió sobre la suspensió d'intervenció o canvi de procediment terapèutic pot correspondre a ambdós conjuntament o a qualsevol d'ells autònomament segons les repercussions que l'alteració clínica detectada en el pacient pot incidir en el seu camp clínic d'actuació. Al sector sanitari, habitualment es sol·licita la valoració de l'especialista en Medicina Interna en base al principi de confiança entre professionals d'igual rang.

què ha de fer l'anestesiòleg davant situacions de simultaneïtat d'intervencions quirúrgiques?

És evident que la situació de simultanejar diversos quiròfans pot desencadenar resultats lesius per a les persones anestesiades. En aquest cas, al facultatiu se li presenta un difícil dilema: desobeir l'ordre de la direcció mèdica sobre l'organització dels serveis o afrontar el risc de producció d'un dany.

Davant d'aquesta disjuntiva, l'anestesiòleg ha d'intentar fer comprendre a la direcció del centre els riscos que, tant personalment com institucionalment, el centre hospitalari en qüestió assumeixen permetent aquesta situació.

Per això, hauria de posar en coneixement de la direcció de la institució per la qual treballa les deficiències existents i, si no són corregides, comunicar-les a d'altres entitats mèdiques corporatives o autoritats sanitàries, abans de fer-ho a d'altres mitjans. Norma 73 del Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica.

També, si s'escau, el metge hauria de negar-se a practicar l'acte mèdic, excepte en cas d'urgència, si considera que no té els mitjans adequats per dur-lo a terme i també si considera que existeix la raonable presumpció que el pacient en pogués sortir perjudicat.

tercer 3

quart 4

és necessari que hi hagi un anestesiòleg a la sala de reanimació o de despertar, o n'hi ha prou que estigui localitzable?

És recomanable la presència física de l'anestesiòleg a la sala de despertar o, cas que falti, de personal especialitzat, sent molt aconsellable que la delegació de funcions per part de l'anestesiòleg s'articuli en una Guia d'Actuació de Pràctica Clínica, de caràcter organitzatiu i funcional (SIC núm. 99, juny-agost 2001, *Professió* núm. 13 "Guies de Pràctica Clínica" i SIC núm. 91 juliol-setembre 1999, *Professió* núm. 5 "El Treball en equip").

què succeeix quan en el transcurs d'una intervenció quirúrgica, el metge canvia el diagnòstic efectuat o creu necessari fer un altre tractament (diferent o addicional)?

En principi, el metge hauria d'informar el pacient sobre aquesta nova situació per recabar el seu consentiment informat i hauria d'esperar a una segona intervenció quirúrgica per poder realitzar aquells actes no consentits.

Perquè la situació mèdica no consentida prèviament estigui justificada és necessari o bé que sigui de la mateixa identitat que l'actuació consentida (extirpar cinc quists en lloc d'un), o bé s'estigui davant d'una situació d'urgència greu.

La situació serà d'urgència quan el retard en realitzar la segona intervenció (per obtenir el consentiment informat del pacient i esperar que el pacient es recuperi de la primera intervenció) comporti un risc de lesions irreversibles o la mort. La urgència suposa un risc immediat i greu, no un risc greu però futur, ni motius de conveniència.

En qualsevol cas, l'actuació mèdica estarà subjecta a uns límits. No pot consistir en l'extracció d'algun òrgan o membre, o en l'alteració de la funció sexual, per la gravetat de les seves conseqüències i la irreversibilitat dels seus efectes, que exigeixen consentiment informat previ en tot cas. (SIC núm. 87, gener-febrer 1999, *Professió* núm. 1 "Document de Consentiment Informat").

en cas que cridin a l'intensivista fora i dins de l'UCI, què té prioritat?

L'obligació jurídica de l'intensivista és romandre a l'UCI, ja que és el garant de l'assistència i l'atenció mèdica en aquesta àrea.

No obstant això, l'intensivista pot abandonar el recinte d'intensius per atendre una situació d'urgències per a la qual és requerit, en cas que la situació interna de l'àrea de crítics no indiqui ni sembla que pugui indicar –durant el temps previsible d'absència– sospita de desequilibri, intentant possibilitar l'aplicació de mesures i cures terapèutiques pròpies de procediments intensius amb la delegació de les seves funcions.

Tal com s'ha dit anteriorment, la delegació de funcions s'ha d'articular en una Guia d'Actuació de Pràctica Clínica.

què passa amb els cirurgians i anestesiòlegs que han d'intervenir pacients que no coneixen (no diagnosticats per ells)?

És una actuació amb risc de responsabilitat professional per tal com la prudència en l'elecció del procediment terapèutic o anestèsic requereix un coneixement previ.

L'actual organització sanitària de serveis jerarquitats i de sobrecàrrega de funcions impedeix sovint al metge conèixer prèviament els pacients. Per tant, els gestors dels centres hauran d'establir els sistemes que permetin la identificació indubitada del pacient que asseguri la correspondència amb la història clínica que l'acompanya.

Quan es succeeixin incidències en el circuit, l'actitud obligada del metge seria informar el pacient de l'errada terapèutica produïda, procedint-se seguidament a oferir les possibilitats de remei/solució.

També el metge ha de comunicar aquests errors de circuit als càrrecs jeràrquics dels serveis clínics i hospitalaris en cas d'obeir la competència a aquests estaments. En tot cas, preventivament al Servei de Responsabilitat Professional del COMB a l'efecte de valorar la responsabilitat civil que pogués correspondre's, com també per al cas que s'hagi accionat pel pacient qualsevol via judicial.

en quina responsabilitat incorre l'anestesiòleg i/o cirurgià si s'esdevé un dany per al pacient per causa imputable a ell?

Conseqüències legals de les actuacions de l'anestesiòleg i/o cirurgià quan provoquen un dany.

El metge pot incórrer en responsabilitat penal, civil, administrativa i/o deontològica.

En cas de producció de mort, s'incorrerà en responsabilitat penal amb motiu de la comissió d'un delicte d'homicidi imprudent, article 142.1, incorrent en la pena de presó d'un a quatre anys.

Si és per imprudència professional comportarà a més la inhabilitació especial per a l'exercici de la professió, ofici o càrrec per un període de tres a sis anys (article 142.3)

En cas de causar un avortament per imprudència greu, l'article 146 estableix la pena d'arrest de dotze a vint-i-quatre caps de setmana. En cas que sigui imprudència professional comportarà així mateix la pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de la professió, ofici o càrrec per un període d'un a tres anys.

Les lesions comeses per imprudència greu, articles 147 a 151, es sancionen amb diverses penes en funció que siguin d'una o d'altra classe i de la seva entitat o gravetat. Si fossin comeses per imprudència professional, s'imposarà la pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de la professió, ofici o càrrec per un període d'un a quatre anys (article 152.3 Codi Penal).

Hi ha responsabilitat civil sempre que la seva actuació sigui negligent i que l'omissió de la diligència deguda causi un dany que pot consistir en lesions físiques, seqüeles, dany moral i/o perjudici econòmic.

Definició, importància i implicacions

L'àrea quirúrgica és una unitat fisicofuncional que possibilita la realització de procediments terapèutics i/o diagnòstics de caràcter quirúrgic i anestèsic, en la qual intervenen, a més de metges, altres professionals sanitaris i no sanitaris.

En les àrees quirúrgiques es fa difícil determinar les responsabilitats de cadascú, les funcions específiques i la contribució individual al treball en comú, i al manteniment de les instal·lacions i equipament en condicions òptimes. També pot resultar problemàtica la coordinació d'aquesta àrea amb els serveis de relació directa, Banc de Sang, esterilització, UCI i planta d'hospitalització.

Malgrat aquest fet, la divisió del treball existent a l'àrea quirúrgica i el seu entorn, i el seu caràcter horitzontal que afecta a cirurgià-anestesiòleg-intensivista-hematòleg-internista, etc., o vertical que afecta especialista/MIR, Director Mèdic/especialista (per qüestions organitzatives i/o de gestió clínica), permet individualitzar jurídicament la responsabilitat que recau sobre cadascú. (Professió núm. 5, "El treball en equip, responsabilitats", SIC número 91, juliol-setembre 1999).

Cal recordar que es produeix responsabilitat compartida entre metges, quan el desconeixement de les regles de l'actuar mèdic per un metge de l'equip és tan groller o la seva actitud tan suggeridora de risc que l'altre metge o metges de l'equip se n'havien d'adonar.

També hi ha responsabilitat compartida quan es donen un cúmul de deficiències assistencials que no sent imputables a algú en concret és presumible que responen a una deficient actuació de l'equip mèdic i/o sanitari. Evidentment, en aquest cas, únicament és atribuïble la responsabilitat civil (econòmica). La responsabilitat penal exigeix la individualització concreta personal.

Són circumstàncies amb clar risc de responsabilitat individual (anestesiòleg) i compartida (cirurgià i anestesiòleg) l'abandonament del quiròfan pel primer i d'acord amb el cirurgià o sense la seva clara oposició, o sense causa aliena a la intervenció quirúrgica en curs que ho justifiqui. També és circumstància de risc, la producció d'un resultat anormal (greu i irreversible) en una intervenció quirúrgica prevista com de baix risc quirúrgic. Per disminuir el risc, caldrà documentar la circumstància desencadenant (imprevista o previsible, però inevitable, que hagi aparegut) i informar adequadament la família (vegeu consells pràctics).

Un altre cas de responsabilitat compartida per danys derivats de l'accident anestèsic vindria donat pel cirurgià que contracta o imposa un anestesiòleg concret per a la intervenció quirúrgica en el decurs de la qual s'ha produït l'eventual dany. És l'anomenada responsabilitat o culpa *in eligendo*.

També ho seria la manca de previsió, comunicació i coordinació entre l'equip quirúrgic i el servei d'intensius en relació amb un malalt que presumiblement fos tributari de postoperatori immediat en UCI. Aquestes situacions de risc solen ser gestionades i previngudes per la Direcció Mèdica o unitat en qui delegui (coordinador quirúrgic) en institucions jerarquitzades.

És altament recomanable que equips quirúrgics de centres sanitaris no jerarquitzats valorin acuradament el risc del pacient a intervenir i les necessitats posteriors que presumiblement requerirà, ajustant a aquest efecte el nivell i els equipaments del centre on s'hagi d'efectuar la intervenció i s'abstinguin d'efectuar la intervenció quirúrgica en centres insuficientment equipats (per ex.: pacient amb obesitat mòrbida que s'intervé en centre sanitari sense unitat de crítics).

Com s'ha dit, l'àrea quirúrgica és una unitat estimada pel ciutadà i també d'alt risc de tenir una reclamació. L'activitat quirúrgica representa gairebé el 50 % de les reclamacions presentades a metges des de l'any 1986.

Per tant, recomanem la lectura de les pàgines següents.

Per a una activitat professional correcta en Anestesiologia, els Tribunals exigeixen els següents supòsits:

segon 2

Durant la intervenció quirúrgica:

- diligència en la pràctica (coneixement, habilitats i aptitud).
- control de material en camp quirúrgic.
- demanar la conformitat del recompte del material quirúrgic a la infermera.
- assegurar la presència contínua de l'anestesiòleg durant l'operació.

tercer 3

Posterior a la intervenció quirúrgica: elaboració d'un informe quirúrgic que inclogui els següents punts: comprovació i revisió (abans de la inducció anestèsica) del diagnòstic preoperatori i intervenció que s'ha de realitzar; tècnica quirúrgica emprada, principals troballes operatòries, actuacions quirúrgiques realitzades, diagnòstic postquirúrgic i nom, signatura del cirurgià així, com nom dels ajudants i instrumentista.

Per escollir l'ingrés d'un o altre pacient en UCI per l'intensivista són (en ordre preferent):

primer 1

La situació clínica del pacient que requereix ineludiblement aquest tipus de procediments terapèutics. Constatar que la situació del pacient és clarament susceptible de llit d'UCI.

segon 2

La patologia de base que pateix el pacient, sent preferent la que correspon a patologies reversibles abans de les no-reversibles o terminals.

tercer 3

L'edat del pacient, considerant-se preferents tant els que per edat com per no sofrir patologies irreversibles, tinguin més perspectives de supervivència amb més qualitat de vida.

Per tant, el metge sempre haurà de decidir l'ingrés o no en funció de criteris mèdics (clínic) i bioètics (edat, pronòstic, morbiditat, etc).

Els criteris clínics a tenir en compte són: plantejar-se transferir un pacient ingressat en UCI, atesa la seva estabilitat, a planta d'hospitalització o serveis d'urgències per tal de disposar de llit d'UCI.

Un altre criteri seria valorar la possibilitat d'un trasllat secundari a un altre centre hospitalari, facilitant així l'assistència a qui pugui practicar-la.

A més a més aconsellem:

L'estudi i l'anàlisi de necessitats, la satisfacció de les quals pogués ser correlacionable amb la implementació de sistemes d'Informació Clínica electrònics i Noves Tecnologies.

Pel que fa als especialistes en medicina Intensiva, la lectura del Capítol VII del Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica així com els relacionats amb el Treball en equip.

A més recordi que

L'actitud correcta del cirurgià davant del dilema de despertar el pacient per explicar el canvi diagnòstic en funció de la troballa operatòria cercada, o procedir a la segona intervenció del pacient anestesiats sense consentiment, és:

1.- De forma general, interrompre el procediment terapèutic i informar el pacient o familiars o representant legal del nou diagnòstic establert i de la necessitat de canvi de conducta terapèutica diferent a la que preoperatoriament havia autoritzat.

2.- Realitzar una nova conducta terapèutica aconsellable sense necessitat de despertar el pacient per obtenir l'autorització específica:

a) en cas d'urgència, amb compromís de la integritat física i psíquica del pacient i/o quan la decisió de procedir a la intervenció que correspongui mitjançant una modificació del procediment terapèutic, vingui motivada en l'avaluació ponderada de l'existència d'un major risc en la conducta de despertar i tornar a adormir el pacient per obtenir la seva aprovació i en un major perjudici per la demora en l'aplicació del procediment adequat o en situacions d'exempció de consentiment (situació d'urgència vital).

b) si en el document de consentiment informat –firmat preoperatoriament pel pacient– es contempla aquella eventualitat, i hagués estat acceptada i/o si l'eventualitat terapèutica fos informada al/s familiar/s o representant legal (si esta/n present/s), obtenint-se d'aquest/s l'autorització per a la realització de la nova intervenció quirúrgica.