

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. 14. Fer de metge a l'hospital. Àrea Quirúrgica i Crítics.

PRÒXIMES QÜESTIONS QUE TRACTAREM:



**Altes hospitalàries.
Forçoses i voluntàries**



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



**Atenció Primària
i Hospitals: cooperació**



**Reaccions adverses
a medicaments**



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

NOTA: Ordre de publicació per determinar

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.



MEDICORASSE
Corredoria d'Assegurances
del Col·legi Oficial de Metges

TOTS ELS SERVEIS D'ASSEGURANCES PER COBRIR ELS RISCOS:

- Personals
- Professionals
- Econòmics i patrimonials dels metges

... amb els avantatges de:



MUTUAL MÈDICA
de Catalunya i Balears

núm. 15
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

5 Qüestions
polèmiques

9 Consells
pràctics

12 Contraportada
de professió

NOVEMBRE 2001 - GENER 2002

PROFESSIÓ

Qüestions polèmiques i consells pràctics

Fer de metge a l'hospital Hospitalització i Farmàcia

PRESENTACIÓ

L'hospitalització constitueix una forma d'atenció sanitària en la qual la persona malalta s'instal·la en un centre destinat a proporcionar-li l'assistència mèdica que necessiti, ja sigui per tractar o diagnosticar la malaltia.

La gran diversitat de centres –especialitzats o generals, de referència o comarcals, docents o no, d'aguts, crònics o pal·liatius, pediàtrics o geriàtrics, oberts o tancats– comporta estructures assistencials i equips mèdics i sanitaris diferents i, per tant, variacions notables en els estatuts de drets i deures de cadascun dels que hi intervenen: persona malalta, equip mèdic i sanitari, o altres.

A més a més, les situacions de risc de responsabilitats jurídiques, de caràcter penal, civil, disciplinari, etc., són diverses segons que es tracti d'un tipus de centre o altre i d'un règim d'hospitalització o altre.

Molt relacionat amb l'hospitalització hi ha el Servei de Farmàcia Hospitalària que, principalment, intervé en la compra, l'emmagatzematge i la dispensació de medicaments.

En aquest document es plantegen quines són les situacions de risc de responsabilitat més habituals lligades a l'hospitalització i a la Farmàcia Hospitalària i quina és, si s'escau, la conducta legal recomanable.

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

Definició, importància i implicacions

L'atenció sanitària que requereixen les persones es produeix en un entorn hospitalari, domiciliari o ambulatori.

L'assistència hospitalària és la prestada pels equips medicosanitaris de l'hospital a una persona malalta ingressada al Centre en règim de jornada completa (entenenent per aquesta les 24 hores del dia i cada dia fins l'alta). Menys comunament, l'assistència hospitalària també es presta en règim de jornada parcial (hores diürnes, durant la nit), sent aquesta forma d'hospitalització pròpia de malalts o patologies concretes (malalts psiquiàtrics, oncològics, hematològics, etc.).

Malgrat que al nostre país no tingui gaire implantació, l'assistència hospitalària també es pot prestar al domicili del malalt. En aquest cas, l'equip hospitalari es desplaça a l'habitatge del malalt, al llarg d'un temps limitat després de la sortida del pacient de l'hospital, per tal de proporcionar-li cures específiques, principalment d'infermeria.

El ciutadà tradicionalment entén per hospitalització l'ingrés d'un pacient a l'hospital per a l'establiment del diagnòstic (realització de proves) o per al tractament (mèdic i/o quirúrgic), sent les vies d'accés a una unitat d'hospitalització per a qualsevol de les anteriors actuacions, el servei d'urgències, la consulta externa o la remissió des dels serveis d'Atenció Primària (metge de família o d'altres especialistes).

En el procés d'hospitalització (ingrés, estada i alta), hi participen diferents metges i professionals, i és essencial el coneixement dels sistemes i circuits organitzatius, les seves línies d'actuació, i els criteris legals i ètics que cal seguir.

Cal recordar que les implicacions per als metges assistencials són evidents, en l'àmbit de la seva responsabilitat, en matèria de criteri i decisions per a l'ingrés, tipus i durada de l'ingrés, i tipus d'atenció mèdica:

- Criteris i decisions per a l'ingrés.

Els facultatius han de determinar el caràcter ordinari, preferent o urgent de la petició d'ingrés en funció del grau d'urgència mèdica de l'assistència, adoptar la decisió d'ingrés a UCI o no, i evitar l'error de diagnòstic que condicioni una incorrecta incardinació en un hospital o altre.

- Tipus i durada de l'ingrés.

Afecta l'elecció de l'hospital on ingressar el pacient (comarcal, de referència, psiquiàtric, de crònics o aguts, oncològics, pediàtrics, etc.) i el caràcter permanent, parcial, de dia, de nit, dies específics, de l'hospitalització.

El risc del professional podrà derivar d'una incorrecta incardinació en un o altre hospital per un error de diagnòstic. La durada de l'estada del pacient hospitalitzat també comporta situacions de responsabilitat en cas d'altres prematures, o de prolongació injustificada de l'estada hospitalària quan aquesta no procedeixi per criteris mèdics.

Disposar d'un sistema de registre que permeti controlar la medicació dispensada a cada pacient en règim ambulatori. En aquest registre hauran de constar:

- a) dades del malalt
- b) medicament administrat
- c) quantitat administrada
- d) període de tractament
- e) data de la prescripció
- f) nom del farmacèutic

Disposar d'un sistema de registre que permeti recollir i controlar els efectes indesitjats o reaccions adverses a la medicació dispensada a cada pacient en règim hospitalari.

Informatitzar el Servei de Farmàcia Hospitalària

A més recordi que

Per evitar incórrer en responsabilitat per la comissió d'un acte o omissió derivada de qualsevol de les fases del procés "prescripció-dispensació-administració" de medicaments que afecta la majoria dels pacients ingressats i en el qual intervenen diferents professionals, és recomanable la implantació d'un sistema d'unidosi que l'experiència ha demostrat que produeix un important augment en l'eficiència i la seguretat dels tractaments farmacològics.

Pel què fa a la medicació dels pacients hospitalitzats, s'ha demostrat que la dispensació en dosis unitàries (DMDU) o "unidosis" és un sistema efectiu, tant per a la gestió dels medicaments com per evitar gran part dels errors de la medicació.

Es tracta d'un sistema que agrupa tota la medicació necessària per a cada pacient i dia, tal com s'ha prescrit en les ordres mèdiques. No tots els centres hospitalaris disposen d'aquest sistema de dispensació de la medicació encara que es va implantant dia a dia als diferents centres.

tercer 3

quart 4

cinquè 5

Definició, importància i implicacions

→
(continuació de
la pàgina anterior)

- seguiment nutricional inadequat

(per exemple, pautar tractament a base de lactosa o gluten a pacients que en són al·lèrgics).

Cal tenir en compte que quasi tot pacient hospitalitzat és tributari de farmacoteràpia. En el procés prescripció-dispensació-administració de tots els tractaments farmacològics, inclòs el nutricional, a pacients ingressats, col·laboren diferents professionals de l'equip hospitalari i es relacionen amb serveis d'hospitalització diferents. Per a l'assoliment d'una major eficàcia d'aquest procés, és convenient tenir una relació fluïda amb el Servei de Farmàcia Hospitalària i el de Dietètica i Nutrició, si n'hi ha.

La Farmàcia Hospitalària, com a servei responsable de desenvolupar i impulsar la farmacoteràpia del centre, inclosa la nutricional, i una millora de la prescripció, segura i eficient respecte al malalt, s'ha de coordinar i col·laborar amb els metges prescriptors i altres professionals de l'equip hospitalari per assolir aquests objectius.

La majoria d'hospitals ja disposen de guies farmacoterapèutiques que són creades a partir de comissions on participen diferents serveis de l'hospital, entre els quals el de Farmàcia (vegeu Professió núm.13 "Guies de Pràctica Clínica").

Per al cas de medicaments d'elevada toxicitat, opiacis majors o de comercialització recent, també col·labora amb el metge prescriptor, per tal de poder realitzar posteriorment anàlisis d'utilització de medicaments i en la recollida dels efectes indesitjats o les reaccions adverses a medicaments (RAM) que tenen lloc dins de l'hospital, a fi de notificar-les posteriorment al Centre Coordinador de Farmacovigilància.

Residualment s'encarrega de preparar, controlar i subministrar la medicació dels assaigs clínics (principis actius i placebos).

Les implicacions jurídiques dels metges en aquest procés deriven d'errors en la dosificació o concentració del fàrmac, per dispensació de fàrmacs erronis per similitud fonètica o d'escriptura o en l'interval de dosificació, per inadequació de la via d'administració, per no seleccionar de forma coherent l'estoc de les farmàcies de planta, per manca de continuïtat o de discontinuïtat o en el preparat farmacèutic en si mateix.

Conseqüentment, un seguiment acurat del pacient, el registre a la Història Clínica de la prescripció, la supervisió continuada del tractament i una prescripció clara i intel·ligible amb absència de sigles o abreviatures que no tinguin un significat generalment acceptat, minimitzaran el risc d'incórrer en responsabilitat professional per error de medicació.

Com fer front als requeriments legals i jurídics dels Tribunals en el procés prescripció-dispensació-administració

En la prescripció

Que la indicació per la qual es prescriu el medicament estigui aprovada per les entitats reguladores de medicaments (Agencia Española del Medicamento -AEM- o Agencia Europea de Evaluación del Medicamento).

Que les dosis i l'interval de dosificació siguin les que han demostrat eficàcia en els assaigs clínics i, per tant, les aprovades per l'AEM.

Que els fàrmacs amb marge terapèutic estret (per exemple la digoxina) tinguin nivells farmacològics en sang entre la concentració màxima tolerable i la concentració mínima eficaç.

Que es tinguin en compte els fàrmacs concomitants que pren el pacient per tal d'evitar o prevenir les interaccions farmacològiques clínicament rellevants (per exemple, digoxina i furosemida).

Que es tingui en compte l'edat dels pacients, al·lèrgies o l'embaràs, que contraindiquen determinats fàrmacs (per exemple: quinolones en nens, amoxicil·lina en al·lèrgics a la penicil·lina, o AINE en embarassades).

Que es tingui en compte les patologies del pacient que condicionen una variació de la pauta de dosificació dels fàrmacs (per exemple: ajustar les dosis en cas d'insuficiència renal o hepàtica) o que contraindiquen determinats fàrmacs (per exemple: sedants en malalts cirròtics, AINE en pacients ulcerosos).

Evitar la duplicació de fàrmacs amb el mateix mecanisme d'acció.

Conèixer els medicaments retirats del mercat espanyol i les seves causes, i les alternatives terapèutiques de les que es disposa.

"Per evitar que fallin aspectes importants per a una bona prescripció caldria dotar el SFH d'un metge expert del medicament com és el farmacòleg clínic, amb els coneixements necessaris per detectar tots aquests punts imprescindibles per a la bona prescripció. A més a més, també podria assessorar i informar sobre l'eficàcia, interaccions i seguretat dels medicaments (tant dels fàrmacs clàssics com dels nous fàrmacs)."

primer 1

segon 2

tercer 3

quart 4

cinquè 5

sisè 6

setè 7

vuitè 8

47

9

42

■
La Farmàcia Hospitalària ha de coordinar i col·laborar amb els metges prescriptors i altres professionals de l'equip hospitalari per assolir aquests objectius
■

4

→
(continuació de
la pàgina anterior)

En aquest cas, és important omplir bé el document d'alta amb especificació de les recomanacions clíniques i per al seguiment que correspongui.

Pot ocórrer que el pacient o la seva família demanin continuar sent atesos al Centre d'aguts i, que els sigui contradictòria l'ordre d'alta hospitalària, perquè es manté la situació de malaltia i perquè els resulta tranquil·litzadora l'assistència al Centre. També pot ser perquè al domicili tinguin dificultats per a l'atenció del malalt. En aquestes situacions és convenient explicar a/als afectat/s la importància i necessitat d'utilitzar recursos assistencials del centre per revertir processos aguts i no per a situacions socials, personals o familiars individuals que han de ser respostes per altres estaments i recursos.

Si el pacient o familiar es nega a abandonar el centre, malgrat les explicacions clíniques i de necessitat assistencial per a tercers, s'haurà d'avisar els cossos de seguretat per fer efectiu el desallotjament i anotar a la Història Clínica aquesta incidència (vegeu Consell Pràctic de Professió núm. 8 "Fer de Metges a l'Hospital. Àrea d'Urgències").

44 **qui** és el responsable d'un pacient que, a més de la patologia motiu d'ingrés, presenta altres patologies concomitants?

La malaltia motiu d'ingrés i el corresponent servei encarregat de l'assistència (p. ex. pericarditis-Cardiologia, apendicitis-Cirurgia, còlic nefrític-Urologia) és el criteri seguit en la pràctica per determinar inicialment el metge responsable del pacient. Això no obstant, poden existir canvis d'orientació diagnòstica que justifiquin el canvi de metge responsable.

En cas de pacient amb patologies concomitants a la patologia d'ingrés, que requereixin interconsultes amb altres serveis, el metge responsable serà qui ha de sol·licitar la interconsulta, integrar tota la informació clínica que se'n derivi i garantir el compliment del dret a la informació, sense perjudici que pogués ser un altre facultatiu el responsable de la interlocució amb la família.

Cal tenir en compte que el metge responsable del pacient és qui ha de promoure la coordinació i el diàleg dels professionals, i requerir la intervenció dels professionals que resultin necessaris.

Per tant, els metges hauran de respectar i vetllar pel dret del pacient a tenir un metge responsable d'ell, malgrat que sigui un equip el que en tingui cura.

També com a principi general, cal recordar que el pacient té reconegut el dret que se li assigni, en el moment de l'ingrés hospitalari, un metge que sigui l'interlocutor principal amb l'equip assistencial i amb la família, sigui quin sigui el tipus d'assistència que rebi, el servei hospitalari on la rebi i a compte de qui la rebi.

És recomanable que la posició de "metge responsable assistencial" i "metge interlocutor" sigui ocupada pel mateix facultatiu, quan l'organització del Centre ho possibiliti.

és el facultatiu responsable del retard en l'ingrés hospitalari?

Com s'ha dit en l'apartat, *Definició, importància i implicacions*, és obligació del facultatiu determinar el criteri d'ingrés, el seu tipus i durada i el tipus d'atenció mèdica que s'ha de prestar. Qualsevol error en aquestes tasques genera responsabilitat penal, civil o administrativa en funció de la dimensió de l'error i del dany. Per tant, el metge/equip hospitalari només serà responsable de l'errada en la seva actuació mèdica que comporta posteriorment l'error en l'elecció del criteri per a l'accés a l'assistència sanitària que requereixi.

Cal afegir que els magistrats-jutges consideren infreqüent i poc concebible que el metge pugui respondre per intencionada denegació d'assistència sanitària o abandonament del servei sanitari d'un pacient en situació de llista d'espera.

La responsabilitat sobre quan s'ha de produir l'assistència correspon als gestors dels recursos sanitaris que s'impliquin en l'assistència requerida, per tal com el metge clínic no té competència per prioritzar ni ordenar els recursos assistencials. El retard en l'assistència que derivi de la insuficiència de recursos no és responsabilitat del metge. Aquest és l'àmbit de les llistes d'espera i per tant, de l'Administració sanitària.

Una qüestió diferent és aquell pacient en llista d'espera de llarga durada i que es constata l'agreujament de la seva dolència amb perill per a la seva vida o salut. En aquest supòsit, la conducta que ha de seguir el metge assistencial és possibilitar l'atenció pels serveis d'urgències hospitalàries.

què

fer si un pacient hospitalitzat necessita un medicament esgotat o no disponible al servei de farmàcia hospitalària?

L'administració de medicaments és una part essencial del procés d'atenció mèdica. La prescripció i l'administració d'un medicament es correspon a un diagnòstic i tractament establert prèviament. Per tant, cap metge ni evidentment cap altre professional, ha de canviar o evitar (o obviar) la prescripció o l'administració d'un medicament, sense consultar prèviament amb el metge que l'ha fet, llevat de situacions clíniques agudes. Fer-ho comportarà el risc de responsabilitat. Per aquest motiu el centre hospitalari haurà de ser curós en preveure l'existència en l'estoc del/s medicament/s que previsiblement puguin ser prescrits.

De fet, a la pràctica, és excepcional que s'esgoti l'estoc de medicaments previsibles. De la reposició de l'estoc es responsabilitza el Cap del Servei de Farmàcia i, també, del/s dany/s i perjudicis que es poguessin causar a un malalt per la manca i el retard en l'administració d'un medicament que caldria tenir disponible.

Quan el motiu que impedeix la disponibilitat del medicament és que el Servei de Farmàcia estigui tancat, la responsabilitat recau directament en la Gerència, Direcció Mèdica del centre i Servei de Farmàcia, ja que els pertoca preveure i garantir un sistema d'accés immediat i permanent al Servei de Farmàcia, (a l'igual que amb la sang o les històries clíniques, tal com preveu la legislació vigent).

Cal tenir en compte que, esgotat o no estant disponible el fàrmac prescrit, però sí un fàrmac bioequivalent (del mateix grup farmacològic) podrà procedir-se a administrar aquest, ajustant la dosi.

En el cas de no poder aconseguir el medicament inicialment prescrit i amb independència de les responsabilitats internes que posteriorment siguin exigibles, cal cercar la manera d'aconseguir-ho, sigui en una oficina de farmàcia o en el domicili del pacient si el té.

És recomanable, davant la freqüència de situació de no disponibilitat d'un medicament que es consideri necessari dispensar, la comunicació d'aquesta necessitat a la Direcció Mèdica i a la Comissió de Farmacoterapèutica a l'efecte d'avaluar la inclusió en el nomenclàtor per al futur o indicar la compra de les unitats que siguin procedents.

46

qui

és el responsable de les autolesions o del dany que causi a tercer un pacient?

Dins de l'equip hospitalari, la funció de vigilància dels malalts hospitalitzats correspon a l'estament d'infermeria.

Si de la informació que el metge disposa i de les dades incorporades a la Història Clínica no és previsible que el pacient ingressat es causi a ell mateix o a un tercer un dany, l'equip hospitalari no té cap responsabilitat en la causació d'aquell.

Si el pacient és psiquiàtric, senil, té agitació nocturna o presenta alguna patologia que pogués implicar la possibilitat racional de causar-se un perjudici personal o a altri, el metge responsable del seu seguiment ha de paucar les mesures de contenció farmacològiques o d'altres habituals de contenció física que resultin adients per minimitzar o evitar aquest risc. També respondrà de l'abús o desproporcionat de la mesura pautaada. Per tant, és recomanable la revisió periòdica de la indicació de les mesures farmacològiques i de restricció física pautaades.

De la deficient vigilància, el retard en l'adopció de les mesures farmacològiques o de la restricció física pautaades pel metge, respon l'estament d'infermeria.

No és recomanable delegar en un familiar del pacient la seva vigilància.

si

s'estabilitza el procés agut, motiu d'hospitalització, s'ha de donar l'alta hospitalària malgrat la persistència de la malaltia de base?

Sí. L'alta hospitalària procedeix sempre que el pacient deixa de reunir criteris d'ingrés hospitalari.

Cal tenir en compte que, malgrat persistir la necessitat d'assistència medicosanitària per a la situació patològica de base, l'assistència deguda a l'episodi d'agudització o de reagudització ja s'ha prestat i, per tant, el malalt ha de continuar sent atès per l'equipament assistencial que correspongui (cures pal·liatives, Atenció Primària, etc.).

43

→
(continua a la
pàgina següent)

primer 1

També...

Realitzar prescripcions de tractaments farmacològics per escrit. Reduir les prescripcions orals a situacions d'urgència.

Constatar que el contingut mínim de les ordres mèdiques sigui:

- nom del prescriptor
- nom del pacient (recomanable també número d'història clínica i habitació)
- nom del medicament (preferible principi actiu)
- dosi, via d'administració, interval de dosificació i forma farmacèutica
- signatura del prescriptor
- data
- hora

segon 2

Utilitzar lletra clara i intel·ligible, així com abreviatures i signes que tinguin un significat generalment acceptat.

tercer 3

quart 4

Registrar a la Història Clínica les dades de la prescripció farmacològica.

En la dispensació

Assumint que la responsabilitat tècnica del funcionament del sistema de dispensació de medicaments recau en el Servei de Farmàcia Hospitalària, aquest haurà de:

Proposar a la Comissió de Farmàcia i Terapèutica els procediments per al control i distribució dels medicaments.

Implementar el sistema de distribució de medicaments en dosis unitàries. Aquest haurà de garantir que:

- els medicaments estiguin envasats en dosis unitàries, garantint la identificació, dosi i estabilitat d'aquests
- els medicaments siguin dispensats llestos per al seu ús
- es dispensi medicació per cobrir un període de 24 hores
- es disposi d'un Registre al Servei de Farmàcia Hospitalària de la medicació dispensada a cada pacient, així com de les dosis administrades

primer 1

segon 2

Definició, importància i implicacions

- Tipus d'atenció mèdica prestada: Afecta les decisions facultatives sobre el pacient hospitalitzat, derivació a un altre centre, ingrés a UCI o no, tipus de medicació, etc.

Per tot l'exposat, jurídicament cal concloure que en tot el procés d'hospitalització i les seves variacions, podrien produir-se situacions d'omissió del deure de socors, de negació d'auxili sanitari o d'imprudència mèdica, en cas de provar-se la conducta inadequada d'algun membre de l'equip hospitalari.

Cal recordar que el supòsit necessari per donar lloc a responsabilitat professional (penal o civil) és una actuació, gestió, activitat o tasca pròpia de la funció mèdica que s'exerceix –inclosa l'omissió o la passivitat– amb infracció de les normes tecnicocientífiques aplicables al cas, (coneixement, habilitats, previsió) i de la qual deriva un dany al pacient que no té el deure jurídic de suportar.

Una actuació mèdica conforme la "lex artis", és a dir, amb la diligència deguda, proporcional i adequada a les regles de l'experiència i al sentit comú, segons l'estat de la ciència i les circumstàncies del temps i del lloc, justifica l'absolució del facultatiu malgrat el no-assoliment de l'objectiu assistencial de recuperació del pacient i fins i tot l'afegiment d'altres danys somàtics o econòmics inevitables, principalment si, amb antelació a la intervenció mèdica, es van informar.

Per l'experiència acumulada per la institució col·legial, les situacions més comunes de risc relacionades amb l'hospitalització són:

- Descoordinació en el seguiment de malalts ingressats:

pacient pluripatològic, permís de cap de setmana, deficient traspàs assistencial del pacient d'un servei a l'altre, etc. Per evitar-la és imprescindible tenir una història clínica adequada, en la qual es facin les anotacions corresponents, consultar prèviament a qualsevol actuació o decisió, i utilitzar fulls d'interconsulta o de derivació on s'anotin els seus resultats (vegeu Professiò núm. 5, "El treball en equip").

- Retard en l'assistència:

per ingressar en UCI, per trasllat del pacient a Hospital de referència, per atendre un avís d'assistència cursat per infermeria o arribar tard al centre estant de guàrdia localitzada.

- Manca o insuficiència de recursos:

és a dir, ingrés o manteniment d'un malalt en un centre amb recursos inadequats per atendre un problema concret o no fer ús de recursos que estiguessin a l'abast i fossin procedents.

→
(continua
a la pàgina següent)

41

Les implicacions per als metges assistencials són evidents, en l'àmbit de la seva responsabilitat, en matèria de criteri i decisions per a l'ingrés, tipus i durada de l'ingrés, i tipus d'atenció mèdica

3