

# LA RELACIÓ ENTRE ELS METGES DE FAMÍLIA I ELS ESPECIALISTES<sup>1</sup>

Les paraules apropen, els silencis destrueixen  
André Maurois

Aquest document fa referència a les relacions entre els metges de família i els especialistes, tant si exerceixen en la sanitat pública com en la privada. Com en tota la col·lecció "Reflexions de la pràctica quotidiana", el document i les seves recomanacions, s'adreça exclusivament als metges de família. En general no es fa referència a reflexions i recomanacions que tindrien a veure amb l'actuació dels especialistes.

La millora del coneixement mutu entre metges de família i especialistes, i dels circuits de la seva interrelació, provoca una atenció més resolutiva, eficient i satisfactòria per als pacients i per als mateixos metges. Prendre's la molèstia de procurar millores en aquest aspecte de la nostra pràctica és molt important.

## REAL COM LA VIDA MATEIXA...

Un pacient amb xifres de TA límits, a qui controlem habitualment, ens diu tot amoïnat: "El metge d'urgències m'ha comentat que com podia ser que el metge de capçalera no m'hagués posat tractament per a la pressió..., que la tinc molt alta!". A l'informe d'urgències consta una TA de 162/94 en ple episodi de còlic nefrític. Empipats, li responem: "Bé, ja sabem que les urgències dels hospitals cada cop estan pitjor".

"La ginecòloga m'ha mirat el calci dels ossos i m'ha dit que el tinc baix. M'ha donat aquestes pastilles (raloxifè) i m'ha dit que me les faci vostè. Les he de prendre durant anys". La pacient, que no porta cap informe, no té cap factor de risc d'osteoprosi. Li han fet una mesura perifèrica amb un aparell cedit per un laboratori fabricant de raloxifè.

Al Centre de Salut Toten Equip rebem una trucada del metge Bonfer del PADES. Un pacient afectat de neoplàsia de pulmó, en fase terminal, de qui compartim atenció, ha entrat en agonia. Deixem preparat, per si de cas, tractament per la ranera i un full amb instruccions en el domicili. Hi aniran cada dia, però caldria informar de la situació als companys que fan atenció continuada. L'infermera de l'EAP els comenta: "No patiu, ja ho farem nosaltres. Ens truquem demà".

**1.** En aquest document es parla de metges de família i de metges especialistes. És per distingir clarament entre la funció generalista (global) dels primers i la funció centrada en un aspecte concret (especialitzada) dels altres. En cap cas aquesta distinció posa en dubte la necessària formació de post grau d'uns i altres, que fa considerar oficialment a la Medicina de Família com una especialitat.

Al CAP Tothicap hi ha dos EAP, un servei de radiodiagnòstic, un laboratori i un servei d'atenció a la dona. La Dra. Novata es pregunta com és que, en els nou mesos que fa que treballa en un dels EAP, no s'ha fet cap reunió amb els professionals dels serveis que treballen en el mateix edifici.

La Dra. Meticu Losa està acabant la consulta. Llegeix, astorada, l'informe que li aporta una pacient, provinent d'un hospital de 3r. nivell: "Pacient de 58 anys amb antecedent d'Fx d'L2, actualment controlada pel servei d'unitat de columna. RN: Fx L2 antiga. S'identifica un nòdul probablement benigne sense poder descartar origen metastàsic. Prego realitzar en CAP, AAGG amb marcadors tumorals". No sap si riure o plorar, si buscar al diccionari o directament al Google; li demana les proves o no...?

El Dr. Cuita Corrent ha decidit consultar a l'especialista corresponent la situació clínica del darrer pacient que ha atès. En el full d'interconsulta hi fa constar "R.V.". Quan ja ha signat el full, ell mateix pensa...: "hagués estat millor posar P.V., del català Prego visita".

## IMPORTÀNCIA DEL TEMA

### El metge de família com a referent principal del pacient

En l'atenció sanitària actual cada cop hi ha més especialització, més tecnologies i més informació a l'abast dels pacients. En aquest entorn complex, ningú pot saber-ho tot i les persones tenen cada vegada més necessitat de tenir un "guia de confiança", que els orienti dins el sistema sanitari. Aquest paper el fem els metges de família, que som els referents principals per als pacients, tant en la medicina pública com en la privada.

Tot i així, quan el problema del pacient supera els límits de la nostra capacitat de resolució, actuant amb honradesa<sup>2</sup>, hem de consultar altres professionals o transferir-los de forma transitòria o parcial l'atenció d'un pacient.

En general, els metges de família consultem els especialistes per quatre grans motius:

- 1.** Realització a càrrec de l'especialista de proves que indiquem nosaltres: exploracions d'imatge, laboratori, endoscòpies... En aquest tipus de consulta, la responsabilitat del procés diagnòstic recau en el metge de família. La informació i acceptació del procediment per part del pacient és una tasca que hauria de fer el metge que sol·licita l'exploració. Moltes vegades, la responsabilitat del company que realitza la prova es limita a fer-la i interpretar-la correctament. La informació del resultat, per escrit, ens ha de retornar directament perquè puguem incorporar-lo a la situació global del pacient, interpretar-lo i donar-li la informació contextualitzada.

Tot i així, el professional que la practica té la responsabilitat d'assegurar-se que el pacient ha estat informat i accepta fer-se el procediment, i de comunicar-nos o advertir al pacient que ens consulti ben aviat si detecta alguna alteració que requereix ser tractada sense demores.

**2.** Sol·licitud d'ajuda o consell sobre el diagnòstic, el seguiment, el pronòstic, el tractament o la conducta a seguir d'un problema de salut del pacient. En aquest tipus de consulta estem demanant a un company la seva opinió especialitzada per un dels problemes que té un pacient. Per algun motiu (complexitat de la situació clínica, valors del pacient... no li transferim la responsabilitat de decidir sobre l'abordatge del problema: només sol·licitem la seva opinió. Per tant, tot i que el company ha de donar, amb prudència, informació verbal al pacient, ens ha de retornar la seva opinió escrita perquè, en el context de la situació global del pacient, puguem organitzar la conducta a seguir més adequada.

**3.** Transferència temporal de la responsabilitat de diagnòstic, tractament i seguiment d'un pacient. És el cas dels ingressos hospitalaris en el context del nostre sistema sanitari públic, on l'organització no permet que els metges de família tinguem part de responsabilitat en el seguiment dels pacients ingressats, com passa en altres països. En aquesta situació, quan el pacient retorni al seu entorn habitual, el metge de família ha de rebre informació detallada de tot el procés, i reprendrà la responsabilitat del seguiment del pacient decidint, segons la complexitat de la situació, si algun altre especialista hi ha de participar. En alguns sistemes mutuels, i en la pràctica privada, és possible que el metge de família no perdi temporalment la responsabilitat, única o compartida amb altres especialistes, sobre el procés d'atenció al pacient.

**4.** Seguiment d'un problema de salut que, per la seva complexitat i baixa prevalença, per la severitat de la seva evolució o per la gravetat de la situació del pacient, supera amb escreix els límits de la nostra especialitat. En serien bons exemples la sospita d'un lupus, una insuficiència renal crònica que requereix diàlisi o una malaltia de Crohn. En aquest cas, les decisions tècniques sobre l'adequació de la conducta que cal seguir recauen sobre l'especialista corresponent. Tot i així, no podem desentendre'ns del pacient: hem de comprovar que no hi ha conflicte entre les recomanacions dels diferents especialistes i vetllar perquè, el que recomanin sigui en benefici del pacient, protegint-lo de la futilitat i de l'obstinació terapèutica.

**2.** CAMFiC. El compromís com a metge/essa de família. La Seu d'Urgell, 2005 (accessible a : [http://80.80.88.51/Camfic\\_Compomis/](http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/)): « Honradesa : ...mantenint els meus coneixements al dia, consultant quan calgui un altre professional de confiança, i evitant que altres interessos personals alterin aquest compromís”.

## Principis a considerar

Com en tots els aspectes de la nostra pràctica professional, a més dels principis ètics de beneficència, no maleficència, justícia i autonomia, hi ha una sèrie de valors que han de guiar la relació del metge de família amb els companys d'altres especialitats. En destacarem la lleialtat, el respecte, la prudència i l'honradesa<sup>3</sup>.

La primera lleialtat del metge de família és amb el pacient. De vegades ens trobem enmig d'un conflicte entre el bé del pacient i la recomanació que fa l'especialista. Per exemple: medicaments no indicats, medicaments que aporten més risc que benefici, exploracions innecessàries... En aquests casos, cal assumir la nostra responsabilitat i actuar, per lleialtat, en benefici del pacient<sup>4</sup>. Tot i així, cal no caure en el xarlatanisme<sup>5</sup>, i evitar criticar la recomanació d'un company davant del pacient.

Per altra part, també cal ser lleial amb els companys. Així doncs, quan sol·licitem una consulta a un especialista, cal fer-ho amb cortesia i proporcionant la informació pertinent perquè el company pugui fer la seva feina de forma eficient i amb el màxim benefici per al pacient. A l'especialista consultor, cal que li comuniquem clarament quina és la nostra expectativa de la consulta, o no podrà resoldre-la de forma eficient. A la inversa, el consultor ens hauria de comunicar la seva opinió de manera completa i a temps. Si no ho fa, ens crea un problema ètic, ja que ens "obliga" a actuar (per exemple, fent-nos càrrec de tractaments iniciats unilateralment) sense informació adequada, cosa que, per prudència<sup>6</sup>, no hauríem de fer.

L'honradesa ens ha de portar a considerar les nostres limitacions professionals (ja siguin personals, de col·lectiu professional o d'entorn de treball) i consultar a l'especialista corresponent quan considerem que la situació del pacient supera la nostra capacitat per donar-li atenció correcta.

Hi ha estudis (Brett AS, 1997) que demostren que la comunicació oral i/o escrita entre el metge de família i els consultors és millor en la pràctica individual que en la pràctica "gestionada" (organitzada dins una empresa o institució). Els metges de família que treballem a la xarxa pública hem de fer una reflexió en profunditat sobre el nivell de col·laboració i comunicació entre nosaltres i els especialistes.

**3.** CAMFiC. El compromís com a metge/essa de família. La Seu d'Urgell, 2005 (accessible a : [http://80.80.88.51/Camfic\\_Compomis/](http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/))

**4.** CAMFiC. El compromís com a metge/essa de família. La Seu d'Urgell, 2005 (accessible a : [http://80.80.88.51/Camfic\\_Compomis/](http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/)): "Lleialtat: ...donant-li informació clara i sincera dels seus problemes de salut, les opcions, riscos i beneficis previsibles i el meu consell, atenent les seves necessitats i creences"

**5.** Xarlatanisme: menyspreu als companys com a manera de posar de relleu la pròpia perícia.

**6.** CAMFiC. El compromís com a metge/essa de família. La Seu d'Urgell, 2005 (accessible a [http://80.80.88.51/Camfic\\_Compomis/](http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/)): "Prudència: ...no actuant sense informació adequada, ni recomanar accions poc provades, d'utilitat o seguretat dubtoses o que aportin més risc que benefici"

Els metges de família que treballem en la xarxa pública, a més, hem de considerar la lleialtat al sistema sanitari que la comunitat ens encomana. Això ens obliga a tenir en compte el principi de justícia en les nostres relacions amb els especialistes. D'una banda, no hem de demanar-los consultes innecessàries, ja que malversem un recurs de tots. Però, de l'altra, hem de posicionar-nos a favor de que dediquin el seu temps a activitats que, per la seva complexitat o perquè requereixen una especial capacitació, no poden ser assumides per l'APS i en contra del fet que el malversin fent tasques de la nostra competència, com per exemple el seguiment de diabètics tipus 2, l'extracció de taps de cera o la sutura simple d'una ferida.

Les relacions entre metges, tal com està previst també al codi de deontologia, s'han de regir no només per la més àmplia ajuda i col·laboració, en benefici del pacient, sinó també pel més alt grau de respecte al pacient i al company <sup>7</sup>. No donar la informació que l'altre company necessita sobre el procés del pacient no és només una descortesia, sinó una falta de respecte a la seva dignitat professional i un risc per al pacient. A l'altra extrem, donar informació sobre el pacient que el company no necessita per la seva feina és una violació gratuïta del secret professional.

## MARC LEGAL I NORMATIU

Destacarem els articles del Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (aprovat el 24-01-05) que fan referència a la relació entre professionals i l'intercanvi d'informació entre ells:

### III. De la informació:

**27.** El pacient té el dret a disposar d'un informe, i quan ho demani, dels documents de les proves diagnòstiques referents a la seva malaltia.

**28.** El metge només podrà lliurar informació del pacient a altres col·legues, institucions o centres quan disposi de la seva autorització explícita i si aquest no pogués donar-la, la de les persones a ell vinculades responsables, o quan la documentació o informació tramesa sigui necessària per garantir la continuïtat de l'assistència, completar l'estudi o el tractament del pacient.

**7.** CAMFIC. El compromís com a metge/essa de família. La Seu d'Urgell, 2005 (accessible a : [http://80.80.88.51/Camfic\\_Compomis/](http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/)): "Respecte: ...respectant la seva dignitat, el seu dret a decidir, la seva intimitat i guardant secret de la informació que conec de la seva persona"

## XII. Dels deures i drets dels metges envers els seus companys:

**94.** El metge, per damunt de tota consideració jeràrquica, ha de tenir en compte que qualsevol altre metge és un company que mereix un respecte imposat pel costum mèdic universal i com a tal ha de tractar-lo.

**96.** El metge té el deure i el dret de demanar consell a un altre metge i aquest té el deure de donar-l'hi. Aquest consell o consulta el demanarà sempre que es cregui incapaç de proporcionar al pacient allò que aquest espera d'ell. També quan les circumstàncies, el pacient o els responsables del malalt ho demanin, o bé quan el fet de no exercir aquest dret pogués significar un risc important per al metge o per al malalt.

**97.** La relació entre metges mai no ha de comportar desprestigi públic. Les discrepàncies professionals han d'ésser sempre discutides entre metges i en el si del Col·legi de Metges o d'altres organismes o col·lectius professionals. Solament quan aquestes vies estiguin exhaurides es podrà recórrer a altres instàncies.

**98.** Tret dels casos d'urgència cap metge no interferirà en l'assistència que presti un altre col·lega. No es considerarà interferència la lliure consulta a un altre metge; aquest, però, ha de fer constar al pacient el perjudici d'una direcció mèdica múltiple no coordinada.

**99.** Els metges s'han de proporcionar entre ells la informació necessària, de forma entenedora, evitant les sigles i la terminologia no habitual, per oferir una bona assistència al pacient i una adequada coordinació i seguiment assistencial.

## LA RELACIÓ EN LA PRÀCTICA

### Quan hem de consultar a un especialista?

Com hem vist abans, actuant amb honradesa hem de consultar a un altre company sempre que pensem que el pacient se'n beneficiarà més que si mantenim el control del procés nosaltres sols. La consulta a un especialista ha d'estar dirigida sempre al benefici del pacient: s'ha de fer en el moment que calgui, ni abans ni després. No podem deixar de fer una consulta per mantenir el "control" del pacient. Si no

ens considerem prou capacitats per abordar o resoldre el seu problema, cal demanar consell a l'especialista que pertoqui, o a un altre professional (en alguns casos pot ser del mateix equip de treball).

Per altra part, tampoc és raonable demanar una consulta no indicada ja que sotmetem el pacient a un risc innecessari: si l'APS no fa correctament el seu paper de filtre, l'atenció especialitzada, per la seva pròpia naturalesa, resulta més iatrogènica. A més, si exercim en el sistema sanitari públic, faríem un ús inadequat dels recursos sanitaris.

La decisió de consultar a un altre especialista l'hem de prendre conjuntament i d'acord amb el pacient, tant pel que fa a fer la consulta, com en la forma, el temps i la persona a qui consultarem.

La decisió de consultar amb un especialista és un fet tan rellevant que, en més d'un cas, pot ser adequat compartir la decisió amb altres metges de família (per exemple comentant el cas en sessió clínica).

### **Com hem de sol·licitar una consulta?**

La intervenció de dos metges en l'atenció a un pacient pot crear disfuncions que cal prevenir. Per això, cal que hi dediquem el temps necessari per assegurar que la consulta compleix una sèrie de requisits.

Pel que fa la forma, en benefici del pacient, i per respecte al company a qui consultem (respecte que després demanarem en justa correspondència), cal ser cortesos en sol·licitar la col·laboració.

Pel que fa a la qualitat de la informació, cal assegurar que el company a qui consultem té accés a la informació pertinent, la necessària perquè pugui fer la seva feina en benefici del pacient. Sigui perquè es troba en l'informe de la sol·licitud de consulta, perquè té accés a la història clínica o perquè li hem fet arribar d'altres maneres, el company hauria de disposar de la següent informació:

- Motiu pel qual consultem i, què és el que li demanem. Hi ha algun estudi que apunta que, per al consultor, la informació principal és saber el motiu pel qual se li consulta i el tractament del pacient. Aquests elements són molt importants per aclarir l'abast de la consulta. Podem sol·licitar una orientació diagnòstica, la confirmació d'una sospita, la realització d'una prova complementària a la qual no tenim accés, una opinió sobre un possible tractament, una acció que tècnicament no està al nostre abast (broncoscòpia, per exemple)... També hem d'aclarir què hem fet o què ens veiem amb cor de fer per col·laborar en el procés per donar seguretat al company i evitar visites innecessàries de seguiment del pacient.
- Aclarir totes les actuacions (i adjuntar-ne els resultats) realitzades pel motiu de consulta: proves diagnòstiques fetes, tractaments provats, etc. Aquesta informació és bàsica per evitar repetir proves: tant per raons de no-maleficència per al pacient, com per un ús adequat dels recursos.
- Antecedents d'interès pel motiu de consulta. No cal posar tots els antecedents que coneixem del pacient, tant per no atabalar el company amb informació innecessària, com per respectar el deure de secret evitant compartir una informació quan no cal. Serà convenient també referir els tractaments que el pacient està realitzant, les al·lèrgies conegudes i, en segons quins casos, l'estat vacunal (per exemple, si demanem consulta per una intervenció caldrà especificar la vacunació antitetànica).



També és important tenir en compte el circuit usat per demanar l'ajut de l'especialista. Hem d'assegurar el manteniment de la confidencialitat i l'arribada certa de la informació a l'especialista a qui consultem (en aquest sentit, separar la documentació clínica d'aquella que pugui tenir utilitat de registre o facturació pot ser molt important). Usar el pacient com a mitjà de transport de la informació no és l'única manera d'actuar. Té l'avantatge que és el propi pacient que se'n fa responsable (assegura confidencialitat) i la limitació que l'especialista no ho podrà llegir fins que tingui el pacient davant seu. Existeixen circuits alternatius: el telèfon, el format electrònic, etc. que poden permetre les consultes "sense pacient"; caldrà, en tot cas, assegurar que es preserva la confidencialitat de la transmissió de dades.

### **Com triar l'especialista?**

En aquest moment, en el sistema públic i en el privat, el ciutadà pot triar metge de família. Seria coherent que el mateix ciutadà, d'acord amb el seu metge, pogués triar consultors. Això pot ser així en el sistema privat, però no ho és en el públic. Per tant, no es respecta el dret a decidir per part del ciutadà i ens posa als metges de família en contradicció amb el valor de l'honradesa en la nostra pràctica, ja que ens veiem "obligats" a consultar especialistes que no triaríem. Això pot ser perjudicial per al pacient perquè, si no tenim confiança en l'especialista de referència, o no sabem quin metge "tocarà", potser no farem la consulta, o trigarem més a fer-la.

Els metges de família hem de conèixer molt bé els professionals als qui podem consultar. I no només per raó de la seva competència professional, sinó també pels seus valors, i la seva accessibilitat. Tenim la responsabilitat de conèixer molt bé l'entorn professionals en què treballem, per poder exercir correctament el nostre paper d'agents de salut del ciutadà. Aquest coneixement ens permetrà aconsellar millor el pacient de forma prudent.

Els metges de família tenim sempre una bona pregunta a fer-nos a l'hora de decidir si estem consultant adequadament: Si fos jo mateix, o un familiar proper, estaria d'acord en el fet que el consultor fos el mateix/a...? Una resposta negativa a aquesta pregunta ens hauria de fer replantejar la recomanació.

Davant les limitacions a l'hora de triar especialista de confiança, sovint haurem de decidir responsablement, amb honradesa, què és el millor a fer en cada cas, mantenint el nostre compromís de lleialtat amb el pacient, però sense oblidar, sobretot en el sistema públic, el nostre deure vers un ús just dels recursos. Sovint ens caldrà decidir que per a un determinat pacient amb un cert problema de salut, consultem amb l'especialista que ens pertoca i en canvi en una altra situació no ho fem; per

exemple, coneixent el psiquiatre que atindrà el pacient, podríem decidir que sí el consultem per un pacient amb un trastorn psicòtic i en canvi no ho fem per un trastorn d'angoixa generalitzat (perquè considerem poc adequat l'abordatge que en fa); en aquesta segona situació haurem de buscar alternatives.



Si estem convençuts que la pràctica clínica de l'especialista de referència del sistema públic (o un especialista privat al qual acudeix el pacient per iniciativa pròpia), no és adequada o presenta un conflicte d'interessos, i pot ser maleficent per al pacient, hem d'informar-lo i recomanar-li un professional de la nostra confiança del sistema sanitari públic.

Si aquest recurs no és possible i el pacient pot anar a especialistes fora del sistema públic, i ens demana consell, hem de recomanar-li un especialista de la nostra confiança del sistema privat. Cal tenir clar, però, que aquesta decisió ens comportarà moltes contradiccions que haurem d'assumir. Es tracta d'una decisió que discrimina les persones sense recursos, que no s'ho podran permetre i ens situa a nosaltres en una situació de risc d'arribar a treure'n algun profit personal que, evidentment seria refusable des del punt de vista ètic. D'altra banda, si el fet no és excepcional, pot fer que perdem l'hàbit de reclamar al Servei Català de Salut més agilitat en la resposta a alguns temes (obligació que tenim pel principi de justícia). A més, cal tenir clar què farem quan tinguem la resposta i/o el tractament: sembla lògic que si l'hem derivat n'assumim allò que en sorgeixi, amb criteri fonamentat; aquest fet ens tornarà a posar en una situació contradictòria.

Per tant, el criteri general ha de ser intentar que el problema sigui resolt dins el sistema públic i fer les gestions que calgui perquè així sigui. Hem de procurar disposar d'especialistes de confiança en el sistema sanitari públic, i convertir la pregunta, què fer quan no el tenim, en un tema excepcional.

Davant les possibles limitacions per escollir especialista, i en una situació en què dubtem raonablement de la seva valoració, podem suggerir al pacient, amb molt de respecte, que demani una segona opinió.

### **Qui ha de demanar les proves complementàries, el metge de família o l'especialista? Hem de derivar amb les proves complementàries adients realitzades?**

Des de l'atenció primària la derivació a un especialista s'ha de fer de la manera més documentada possible. Per tant, sempre que es pugui i sigui convenient per al pacient s'hauria de fer la derivació amb les proves complementàries necessàries ja realitzades. Així, si derivem al cardiòleg per una valvulopatia aòrtica seria bo fer-ho amb una ECO-Doppler realitzada.

L'interès i benefici del pacient passa per davant dels objectius de l'empresa o del professional. En principi és el professional qui considera que s'han de fer determinades exploracions complementàries, qui les ha de demanar. Tot i aquest criteri general, s'ha de tenir en compte que cal una col·laboració entre professionals en la sol·licitud de proves i que s'ha de valorar la comoditat per al pacient a l'hora de decidir si es fan en un nivell o en un altre.

En el moment actual existeix el perill que, per qüestions economicistes, de compliment de pressupostos i/o compliment d'objectius, a algun nivell professional es declini realitzar les proves complementàries que necessita el pacient i se'n derivi la realització a un altre professional. Aquesta actitud és rebutjable des del punt de vista ètic, però, sobretot, ja ho serien el criteris (econòmics o d'objectius) que hi indueixen.

## Què fer si un company d'una altra especialitat recomana una acció perjudicial, fútil <sup>8</sup>, no basada en l'evidència, i/o clarament interessada?

Ens caldrà, abans de res, distingir entre si l'actuació proposada és perillosa o simplement fútil (innecessària, intranscendent) però no perjudicial. De totes maneres, i encara que aparentment ho sembli, res és del tot fútil (intranscendent), sempre té algun efecte secundari: per al propi pacient (medicalització innecessària), per a la societat (principi de justícia), etc. Un exemple d'actuació perillosa seria la realització d'un TAC lumbar per un mal d'esquena sense criteris d'estudi. Un exemple d'actuació fútil seria sol·licitar una ecografia per estudiar un pacient amb cremor epigàstrica sospitosa de trastorn funcional.

Hem de ser honestos amb el pacient, exposant els problemes en cada conflicte que se'ns plantegi. Si la intervenció proposada per l'especialista és perillosa cal, per evitar la maleficència, recomanar-li que no la faci. En canvi, si la recomanació és simplement fútil, caldrà plantejar-se si l'hem d'evitar per criteris de justícia social, però respecte al pacient, en aquest cas ens caldrà valorar quin grau d'implicació ens demana en la seva atenció. No és igual que el pacient ens demani que el derivem a l'especialista perquè ell el controli, aspecte que pot significar que el pacient vol poca implicació per la nostra part, a que siguem nosaltres els que pensem que cal una consulta a l'especialista, situació que de vegades representa un esforç per convèncer el malalt que cal fer-ho i, per tant, aquí el grau d'implicació ha de ser important. És en aquesta segona situació en la qual és més important responsabilitzar-nos de la derivació i tenir respostes per a les preguntes assenyalades i oferir-les en qualsevol cas, encara que la intervenció proposada sigui del tot innòcua.

En alguns casos, una possible solució, si el pacient ens ho permet, pot ser discutir la indicació amb l'especialista.

En cas que la intervenció recomanada sigui fútil però no perillosa el nostre paper hauria de ser bàsicament d'informadors, comunicant la nostra opinió.

En els casos en què la recomanació de l'especialista no estigui basada en l'evidència hem d'aclarir, en primer lloc, si hi ha discrepàncies en les guies de pràctica clínica de les diferents especialitats (per exemple, el cas de l'osteoporosi entre reumatòlegs, ginecòlegs i metges de família). Si aquesta és la situació el nostre paper ha de ser informar el pacient dels coneixements de què disposem, adoptar una actitud humil (en el sentit que existeixen diferents visions i que potser cap d'elles té la veritat) i proposar-li una actitud de prudència. Cal que ho fem evitant angoixar el pacient, però a l'hora ajudant-lo a viure en l'habitual incertesa de la vida.

Quan clarament la recomanació no respongui a cap de les guies en ús i/o aquesta sigui "interessada" (per exemple per raons econòmiques, interessos professionals, per formar part d'un estudi de recerca, per raons de poder o d'influència), de nou es posa al davant la nostra lleialtat amb el pacient i el principi de no maleficència (cal evitar que el pacient prengui mal) que ens obliga a aclarir-li la nostra opinió.

<sup>8</sup>. Fútil: "de no gens importància, de què no val la pena d'ocupar-se. Que s'ocupa de coses que no valen la pena" (Diccionari de la llengua catalana. Fundació Enciclopèdia Catalana; Barcelona, 1982).

"...la futilitat fa referència a l'intent d'aconseguir una cosa quan les possibilitats d'assolir l'èxit són més que improbables. Es tracta de fer una cosa amb les eines inapropiades. Mai pot tenir èxit". Abizanda R. Ètica i decisions a la pràctica assistencial. La perspectiva de l'especialista en medicina intensiva. Dissetè congrés de metges i biòlegs de llengua catalana Fundació Alsina i Bofill (ed.) València, 2004 Llibre de Ponències: 235-44

## **Què fer quan l'especialista "passa" de nosaltres?**

Ens referim a aquell conjunt de situacions en què tenim la sensació que l'especialista no entén el seu i el nostre paper professional complementaris: no contesta a la nostra petició de col·laboració o ho fa de manera inadequada o parcial, o decideix derivar directament el pacient a un altre especialista.

El pacient té dret a tenir informació clínica i l'especialista té el deure d'informar al pacient i al metge de primària de tot el que afecti el pacient: sobretot donant resposta a la consulta que li hem fet i sobretot allò que pot influir en la seva salut i seguiment. Si l'especialista no ens retorna resposta escrita (o només li dóna al pacient informacions o instruccions verbals, o simplement una recepta), en benefici del pacient cal que demanem la informació necessària: Ho pot fer el mateix pacient directament amb l'especialista (tornant-hi o aprofitant una visita de seguiment) o indirectament sol·licitant-ho a la unitat d'atenció a l'usuari de la institució on treballi l'especialista. Implicar el pacient en l'obtenció de la informació és important per aconseguir que en el futur ell mateix la reclami, però ens cal tenir en compte que ell no és culpable de la situació.

Una altra situació en la qual l'especialista no valora correctament la nostra funció es produeix quan ell mateix consulta directament un altre especialista. Aquesta situació, desgraciadament, es produeix sovint en els serveis d'urgències hospitalaris. En realitat en aquest cas l'especialista no està valorant correctament el que és millor per al pacient: remetre'l un altre cop al seu metge de família, amb recomanacions, o enviar-lo directament a un altre especialista; el retorn al metge de família pot permetre un abordatge més holístic, donar major continuïtat a l'atenció, evitar iatrogènia (no maleficència) i pot resultar més just (un millor ús dels recursos sanitaris).

Si com hem dit, el metge responsable del pacient és el metge de família, l'especialista, una vegada feta la seva tasca, hauria de retornar el pacient al seu metge, i si en la seva opinió fora bo que el visités un altre especialista comunicar-ho al metge de família perquè sigui ell qui prengui la decisió. En tot cas, és bo que l'especialista consulti directament un altre company quan ho necessita per resoldre el motiu pel qual li hem adreçat el pacient; en altres situacions seria millor que l'especialista fos prudent i, en general, evités la derivació directa, a no ser que la urgència-importància del problema ho requereixi de forma evident; podrien ser exemples d'aquesta darrera situació la derivació des d'un cirurgià a un cardióleg, de forma urgent en cas de detectar clínica d'infart de miocardi en el pacient; també ho podria ser la derivació des d'un internista al psiquiatre davant l'aparició de clínica de trastorn mental sever.

No obstant això, ens trobem moltes vegades amb el fet que l'especialista fa una derivació a un altre especialista, directament o recomanant-ho explícitament al pacient. En la primera situació hauríem de parlar amb els especialistes bé directament o a través de la direcció de les institucions corresponents. En el segon, si no considerem adient la derivació cal negociar-ho amb el pacient.

## **Què fer quan un especialista critica la nostra actuació davant del pacient? Per què no hem de parlar malament dels especialistes?**

De vegades l'especialista critica obertament la nostra actuació davant del pacient (és una forma de xarlatanisme); en altres ocasions mostra el seu desacord perquè nosaltres assumim algunes actuacions (per exemple control de tractament anticoagulant oral, infiltracions o cirurgia menor). En aquests casos sovint estem temptats de parlar nosaltres malament de l'especialista en qüestió. Faríem malament.

El propi codi deontològic ens demana que actuem de forma prudent davant el desacord amb un altre company, que procurem no fer-lo quedar mai malament. Però, fins i tot més important que això: parlar malament d'un altre company comporta disminuir la confiança (necessària per al procés d'atenció) del pacient; la desconfiança del pacient pot ser dolenta per a ell mateix.

Quan l'especialista hagi mostrat desacord amb nosaltres, caldrà parlar-ne obertament amb el pacient, i seguir oferint els nostres serveis, sense caure mai en el menyspreu dels del company: desacreditant-lo ens acabem desacreditant nosaltres mateixos!

Quan l'especialista manifesti desacord respecte a que nosaltres assumim algunes actuacions seguirem també oferint-les, mostrant-li al pacient els avantatges i, en tot cas, procurant que les direccions de les dues institucions defineixin els graus de complexitat que cada nivell assistencial ha d'assumir.

## **Com hem d'actuar si hi ha llista d'espera per a l'atenció per part de l'especialista amb qui volem consultar?**

Si la llista d'espera és raonable per al problema de salut i per al pacient sobre qui consultem no hem de fer cap actuació especial. Si no fos així, caldrà buscar alternatives en una derivació preferent o urgent. Si aquesta alternativa tampoc fos possible o no fos raonable l'espera, en benefici del pacient haurem de buscar altres fórmules: parlar directament amb l'especialista, consulta prèvia del cas sense la presència del pacient, etc.

A més de procurar els mitjans organitzatius i d'altre tipus per evitar llistes d'espera no raonables, tenim una responsabilitat respecte a les llistes d'espera per consulta amb especialistes.

Consultar o forçar visites urgents o preferents sense necessitat atempta contra l'equitat d'accés dels pacients als serveis sanitaris. Va en contra del principi de justícia.

## **I si l'especialista no fa les receptes del que recomana...?**

Des del punt de vista del paper que hem donat al principi del document al metge de família (principal referent del pacient, amb capacitat per consultar amb altres), la situació més idònia seria justament que l'especialista consultat no fes cap recepta: nosaltres li fem una consulta i ell ens contesta; en aquesta resposta hi inclou recomanacions terapèutiques. Normalment nosaltres estarem d'acord amb aquestes recomanacions i, com a metges responsables del pacient, les assumirem com a pròpies i ens farem càrrec de procurar (incloent les receptes necessàries) que el pacient les segueixi.

En el sistema sanitari públic aquesta no és desgraciadament la situació habitual; sovint l'especialista consultat li diu al pacient què ha de prendre i aquest ens ve a "buscar la recepta". Evidentment, l'ideal seria pactar amb els nostres companys un canvi d'actitud, però mentre això no sigui així, si estem d'acord amb la prescripció feta per l'especialista, en benefici del pacient no hauríem de tenir cap problema per assumir-la i fer-les. Ara bé, també en benefici del pacient li hauríem de comentar la nostra opinió si no hi estem d'acord i, en cap cas, no hauríem de fer la recepta si no creiem que sigui assumible: quan signem una recepta ens fem responsables, fins i tot legalment, de la mateixa.

En algunes situacions, cal que l'especialista faci sempre les receptes del tractament que recomana. En serien bons exemples les altes hospitalàries i l'atenció en un servei d'urgències. Com a norma general, podríem dir que cal que les faci sempre que sigui necessari en benefici del pacient.

## IDEES CLAU

1. La bona comunicació entre metges de família i especialistes millora l'atenció dels nostres pacients; per això ens hem d'esforçar en conrear-la.
2. En la relació entre professionals ha de prevaler la lleialtat al pacient i el seu benefici.
3. L'exercici del paper del metge de família com a principal gestor dels afers de salut d'un pacient pot ser molt beneficiós per a aquest.
4. En la decisió de consultar o no a un especialista cal tenir en compte no sols la beneficència de fer-ho sinó també la maleficència: per acció o per omissió.
5. Estar al dia és la clau per saber quan hem de consultar l'especialista, i és la millor manera d'evitar iatrogènia innecessària.
6. En el sistema sanitari públic, els metges de família entrem en conflicte amb el valor de l'honradesa quan ens veiem obligats a consultar a un especialista que no triaríem.
7. Les relacions amb els especialistes, i l'intercanvi d'informació, s'han d'orientar sempre cap al benefici del pacient.
8. És tan important assegurar la confidencialitat com l'intercanvi de la informació necessària.
9. Donar a l'especialista més informació de la necessària és violar el secret professional.
10. Hauríem d'esperar, i demanar, que les respostes dels especialistes fossin les de veritables consultors; en aquest sentit seria bo rebre recomanacions i no pautes tancades.
11. Si l'especialista ens fa una recomanació en la qual hi estem d'acord, assumirem la prescripció de fàrmacs.
12. Les diferències de criteris amb els especialistes s'han de gestionar evitant generar angoixa. No parlem malament dels companys: desacreditant als altres ens desacreditem nosaltres mateixos.

## CONSELLS PRÀCTICS:

1. Conèixer els especialistes del nostre entorn i els circuits per consultar-los; és la nostra obligació i ens ajudarà a orientar millor el pacient.
2. Pensem en el millor bé per al pacient, abans de proposar una consulta a un especialista.
3. Incorporarem a les sessions clíniques la discussió sobre la conveniència o no de la consulta amb un especialista.
4. Informem a l'especialista a qui consultem oferint-li tota la informació necessària (però no més).
5. Discutim amb el pacient diferents alternatives, però mai parlem malament d'un company: sols aconseguirem perdre la confiança del pacient.
6. Quan recomanem un especialista, pensem abans: Si fos jo, o un familiar proper, estaria d'acord en el fet que el consultor fos el mateix/a...?
7. Abans de consultar amb l'especialista procurem que el pacient tingui totes aquelles proves complementàries que puguin facilitar l'opinió del company.

8. Felicitem i agraïm a aquells especialistes que actuen com a bons consultors. Treballem, davant els responsables corresponents, perquè els qui no ens informen ho facin adequadament.

9. No forcem visites preferents innecessàries, atemptem contra l'equitat entre els ciutadans. Procurem mitjans alternatius que permetin superar llistes d'espera excessives (i denunciem-les).

## BIBLIOGRAFIA

- Anònim. Deures ètics dels metges envers els altres metges. Documents de posició del COMB. Servei d'informació col·legial. Agost-octubre 2003.
- Balagué LI, Mercader MA, Ruiz C. Una aproximació a les relacions entre metges de capçalera i especialistes a la comarca d'Anoia. *Annals de Medicina* 1991;9:253-5
- Borrell F, Moretó J, Solans T. Aspectes ètics de la relació entre companys. *Annals de Medicina* 2000;83:47-8
- Brett AS. Relationships between primary care physicians and consultants in managed care. *The Journal of Clinical Ethics* 1997;8:60-5
- Craven-Bartle J, Monés J, Pañella D. Les relacions entre metges en el marc hospitalari i amb el seu entron. *Annals de Medicina* 2001;84:15-6
- Reyes M, Perez JM, Garcia P, Borrell F, Gracia D. Relaciones entre profesionales sanitarios. *Med Clin (Barc)* 2001;117:339-50
- Stoeckle JD, Ronan LJ, Emanuel LL, Ehrlich CM. A manual of manners and courtesies for the shared care of patients. *The Journal of Clinical Ethics* 1997;8:22-33.
- Gérvas J., Pérez M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria* 2005;35(2):95-8





**camfic**

societat catalana de  
medicina familiar i  
comunitària

C/ Portaferrissa nº 8, Pral I 08002 Barcelona I  
Tel: 93 301 17 77 | Fax: 93 318 10 01

**[www.camfic.org](http://www.camfic.org)**