

## ¿Filtrando? las visitas domiciliarias.

**Manuel Campiñez y Maria Parer**

Médicos de familia. CAP Vallcarca (Barcelona)

**Resumen:** Los autores ofrecen algunos consejos prácticos sobre la atención domiciliaria en general y sobre el concepto de ¿filtrar? las demandas de atención domiciliaria para que estas visitas se conviertan en visitas más eficientes.

Home visits triage

**Summary:** The authors offer some practical advices on home care in general and on the concept of "triage" on home care request, so that these visits become more efficient.



Los médicos de cabecera atendemos a nuestros pacientes, en algunas ocasiones, en su domicilio. La visita programada en el domicilio es una de las experiencias más interesantes y enriquecedoras desde el punto de vista profesional ¿y creo que desde el personal también- que un médico vocacional puede disfrutar.

Pero las visitas a domicilio no siempre son programadas, los pacientes no eligen cuándo enfermarse. A su vez, en ocasiones nos va a tocar atender en el domicilio a pacientes que no son de nuestro cupo, que no conocemos de nada, dependiendo de las diversas formas de organizar la asistencia de cada centro de salud. En cualquier caso, es necesario dar respuesta a la demanda de atención domiciliaria aguda, espontánea, y eso requiere priorizar a qué domicilios vamos, y a cuáles no. Generalmente el administrativo suele recoger algunos datos que nos orientan sobre el problema y hacemos una primera valoración, a la que coloquialmente le llamamos ¿filtrar el domicilio?, por lo menos en nuestro contexto.

El proceso de ¿filtro? viene condicionado por lo siguiente:

¿ Escasez de recursos humanos. Omnipresente en la Atención Primaria. No tenemos personal médico disponible para atender toda la demanda de atención domiciliaria que el usuario genera.

¿ Calidad de la atención. O dicho de otro modo, no vamos a todos los domicilios porque tampoco es necesario ir a todos los domicilios. Muchas demandas inicialmente de atención domiciliaria se convierten en otro tipo de demandas que cuando se aclaran, en muchas ocasiones, no requieren de que vayamos al domicilio.

¿ La guerra contra la ¿tontuna?. El paciente sabe cómo se encuentra, sabe lo que le gustaría que le resolviéramos, pero no sabe sobre el recurso más adecuado para hacerlo. Si dispusiéramos de un ejército interminable de médicos que atendieran todas la demandas que hacen los pacientes a domicilio, a una gran parte de ellos los convertiríamos en personas ¿dependientes? del sistema y poco autónomas para poder tomar decisiones sobre su salud, porque ni sabrían, ni sabrían pasar sin nosotros. Si nuestro objetivo es que nuestros pacientes sean más sanos, y más sabios, es necesario evitar el clientelismo y la complacencia. Sobre todo por su propio bien, el de los pacientes: el contacto innecesario con el sistema sanitario conlleva yatrogenia.

De modo que generalmente solemos echar un vistazo a la historia clínica, cogemos el teléfono y hablamos con el paciente o los cuidadores para valorar el tema primero, y decidir cuál es el recurso más adecuado para resolver el problema que nos plantean. Más allá de los condicionantes de la cantidad y la calidad de la asistencia que les planteaba antes, nuestro objetivo aquí es reflexionar sobre cuáles son los condicionantes que nos marcan a nosotros, los profesionales, cuando decidimos si finalmente levantamos el

trasero de la silla y salimos a la calle o no. Nuestra reflexión se basa en la experiencia personal, a través del análisis de incidentes críticos relacionados con el tema que les exponemos tanto por nuestra parte como por la observación de la actitud profesional de nuestros compañeros.

? Proximidad. ¿Nos puede la pereza? ¿Alguna vez, mientras hablamos por teléfono con el paciente para decidir si vamos a verlo a casa o no, miramos la dirección y calculamos el tiempo o la dificultad de acceso al domicilio? Si es que sí, póngalo en el checklist de cosas a evitar, como hacemos con el informe del radiólogo: primero miramos la radiografía y luego leemos el informe, ¿cierto? Pues lo último que hay que mirar es la dirección del domicilio. Eso sí, compruébenla porque da mucha rabia extraviar a un paciente.

? Datos subjetivos de la historia clínica. ¿Les ha pasado alguna vez eso de abrir una historia y ver un aviso de ?paciente quejoso? o cualquier otro comentario subjetivo que, lejos de ayudar, condiciona al profesional que lo va a atender? Los pacientes ?quejosos? sufren más errores clínicos, y entonces se siguen quejando ?con razón- y el círculo no se cierra. La historia clínica nos va a ofrecer datos que sí necesitamos (no como sucedía con la dirección), para poder ofrecer una mejor atención. Pero consultémosla en segundo plano, después de haber delimitado el motivo de consulta, la demanda inicial, para contextualizarla, como el informe del radiólogo. Podemos ver entre los condicionantes y problemas ?atención paliativa? y cegarnos ante todo lo demás, por ejemplo, arrancar a correr para llegar al domicilio lo antes posible y descubrir que nos hemos dejado material que necesitábamos, por ejemplo. Hay cosas de la atención paliativa que también se resuelven por teléfono, y personas sin antecedentes médicos importantes que requieren de una atención urgente a domicilio que de entrada les negaríamos porque ?están sanos?, o ?son jóvenes?.

? La edad. Ya hemos comentado los inconvenientes del clientelismo respecto del empeoramiento de la autonomía del paciente. Pero parece que se cumple la norma de: si la persona es mayor, vamos siempre, si es joven, no vamos nunca. A veces al mayor no le vamos a resolver nada en el domicilio, y en ocasiones al joven que parece ahogarse en un vaso de agua lo podemos ayudar a entender, después de darnos el paseo correspondiente, cómo resolver la situación por si solo la próxima vez. Por tanto, la intervención en personas jóvenes puede ser en algunos casos ?coste-efectiva?, sobre todo si es la alternativa a que acaben en el servicio de urgencias de un hospital.

? Coordinación con otros profesionales o servicios asistenciales. En situaciones de alta complejidad, y siempre que sea posible, contactar con el profesional de referencia puede ser de mucha utilidad para aclarar el mejor recurso para el paciente. No todo el mundo que se ahoga tiene que acabar en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel, a veces ni siquiera son necesarias exploraciones complementarias. Un aparato de nebulizaciones nos puede solventar el problema durante unos días y posibilitar que el paciente se recupere, o un ingreso en subagudos del sociosanitario. Gestionar el mejor recurso es todo un arte que debería de perseguir siempre ofrecer la mejor calidad de asistencia posible, de acuerdo con las preferencias del paciente, y con el recurso más sostenible. Las prisas, que son enemigas de una adecuada asistencia, nos van a poder en muchas ocasiones. Cuando nos lleva el vendaval de la demanda inmediata, valoremos la posibilidad de pedir ayuda al resto de compañeros, si podemos, para dedicarnos adecuadamente a tratar de resolver ese caso.

? Apoyo social y familiar. ¿Les ha pasado alguna vez que después de visitar al abuelo les toca ir a buscar la farmacia de guardia para conseguir la medicación que es necesario que tomen ?ya? porque no hay nadie disponible para hacerlo? ¿Les ha pasado que cuando hablan por teléfono con el paciente ven que no se puede garantizar que haya un cumplimiento terapéutico adecuado ?sobre todo en el contexto de trastornos cognitivos-, o que la supervisión que va a ser necesaria en las siguientes horas nadie la llevará a cabo? Cuando nos fallan los aliados, es sabio buscar alternativas a la atención en el domicilio, no tanto por la complejidad como por la posibilidad de que todo lo que proponemos caiga en saco roto.

? Inercia y heroicidad. Con todo lo que está tomando, ¿qué quiere que haga yo si no le pasa el dolor? Es útil chequear cómo andamos de lucidez mental para aborar ese caso, y conocernos un poco. Si somos de los que, bajo ningún concepto modificaremos un tratamiento prescrito por otro compañero, aun a sabiendas de que no está siendo efectivo, y por tanto es lógico que el paciente busque otras opiniones o recursos, seamos valientes en reconsiderar el caso: en situaciones muy enquistadas, una visión ?fresca? puede acabar viendo el bosque que el otro no ve porque se lo tapa el árbol. Si por el contrario, somos de esos que todo lo que hace el compañero ?o determinado compañero- nos parece mal, y tendemos a darle un giro radical a todo lo prescrito anteriormente, aprendamos a contenernos y actuemos con prudencia: las heroicidades, a veces, se pagan caras. La inercia, por otro lado, nos

condicionará la posibilidad de revalorar ese caso, y tenderemos a evitar la visita y demorarla hacia su profesional de referencia, corriendo en riesgo de que la demora empeore el pronóstico.

? La expectativa de ineficacia. Cuando parece que ya se ha hecho todo lo posible por ese caso pero vuelven a consultar, la tentación de caer en la derivación innecesaria es alta. Aquí son diversos los motivos que nos pueden hacer querer evitar el contacto con el paciente, desde nuestras propias filias y fobias a la falta de pericia ante una determinada patología (soy capaz de asumir una sedación en un enfermo paliativo, por ejemplo, pero no me atrevo con una caída por si se ha fracturado la cadera y ese irá directamente al hospital con la excusa de la radiografía). En todo caso, si estamos convencidos de que no podremos resolver el caso, acabará en el hospital sin que le hayamos dado ni el pase de relevos: a tenerlo en cuenta, también.

? La hiperfrecuentación. Que en el caso de las visitas a domicilio sería hiperfrecuentación del médico. El paciente que demanda mucha y variada atención a domicilio tiene más números de que al final no se le haga caso que el que no llama nunca. La actitud juiciosa de los profesionales ante el paciente hiperfrecuentador nos puede llevar fácilmente a errores por omisión, casi de la misma forma que en el paciente quejoso, entonces el paciente vuelve a llamar una y otra vez, aprovecha diversos turnos diferentes de médicos para ver si no es uno es otro el que se lo solucione, y se acaba encontrando la puerta cerrada cuando más lo necesita. Alerta doble ante estos casos.

Si leyendo algo de lo anterior se sienten identificados, les invito a que lo tengan en cuenta la próxima vez que les toque ?filtrar?, para que al final la decisión de atender al paciente en el domicilio, o no, sea lo más ?neutra? posible, y que lo reflexionen conjuntamente con sus estudiantes y residentes. También les sugeriremos la revisión por pares de este tipo de situaciones, no solo por lo que tiene de enriquecedora, pero sobre todo por mejorar en resolutiveidad y seguridad en el abordaje de situaciones complejas.