



Barcelona, juny del 2018

CONVERSES AL VOLTANT DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA URGENT

L'atenció domiciliària, pròpia de l'Atenció Primària, ha estat tema de debat en diverses ocasions en aquest blog. Us convidem a seguir una conversa en què hi han participat diferents metges i metgesses de família, de diferents edats, diferents entorns de treball (rural, semirural, urbà) i amb diferents experiències en l'atenció domiciliària urgent i no urgent i en l'organització de l'EAP per abordar-la. A propòsit del següent cas, se segueixen interessants reflexions al voltant d'aquest tema.

El cas

Avisen al 061 per marejos i malestar general a les 9.30 h del matí. (Desconec el motiu de per què no es passa el domi al seu CAP). El 061 arriba i es troba una dona de 43 anys, el seu marit, i el seu fill de 9 anys. La dona té un càncer de mama (diagnosticat el 2014) metastàtic (retroperitoneal, ossi, pulmonar, hepàtic), i és portadora d'un catèter doble jota per insuficiència renal obstructiva. Va rebre la seva última dosi de quimioteràpia 3 dies abans i la van enviar a domicili amb perspectiva de valorar un altre tractament. La dona està hipotensa i comença a agitar-se, ulls en blanc (s'està morint). Els companys del 061 intenten remuntar les tensions amb sèrum fisiològic (no remunta). La metgessa del 061 (és metgessa de família) parla en un racó amb el marit i li diu: s'està morint. El marit li pregunta que com pot ser que s'estigui morint si va fer quimio fa 3 dies i li van dir que mirarien de fer un altre tractament. El nen crida, mare no te'n vagis. La metgessa del 061 li planteja al marit iniciar sedació. Truca al CAP de referència i parla amb el metge referent per deixar lligat el domicili en un marge prudent d'hores i aquest li respon que fins a les 13 h no pot sortir a fer domis, que té consulta i que passarà a partir d'aquella hora si pot (la metgessa del 061 li diu que s'està morint, que la situació requereix suport en un temps curt). La metgessa del 061 marxa a les 10.30 h i deixa la dona confortable. La dona mor a les 11 h. El metge referent passa a les 12 h per l'avís d'èxitus.

El CAP en qüestió és destacat en les reunions del territori pels seus bons resultats en consecució dels objectius de contracte CatSalut, EQA (Estàndard de Qualitat Assistencial) i IQPF (Indicadors de Qualitat en Prescripció Farmacèutica).

El fil de conversa que ha provocat el cas ens permet intuir la riquesa de matisos, de vegades ocults, en el plantejament de l'atenció domiciliària, aquesta vegada urgent, relacionats amb:

- La **coordinació**: no som professionals aïllats. La coordinació amb altres professionals (dins el mateix equip de treball, amb dispositius de suport o amb especialistes de segon nivell) és indispensable. Cal que ens coneguem i cal que ens puguem posar en contacte de forma àgil.
- El **seguiment del pacient**: Som proactives amb el pacient quan, per exemple, està ingressat? Ho vol el pacient, que ho siguem, de proactives?
- El valor del **vincl e i de la longitudinalitat**: Valora el pacient la longitudinalitat? La valorem els professionals?
- Algunes **característiques del sistema** en què estem immerses nosaltres i els pacients, que imbueix les consultes (consumisme, per exemple): Està canviant l'actitud dels pacients quant a entendre l'atenció en salut com un producte del qual en són consumidors? S'ajusten els pacients als imprevistos en l'atenció?
- **Les competències de les metgesses de família**. L'organització defineix la nostra feina i les nostres competències. Hauria de ser a l'inrevés, és a dir, que els professionals definíssim la feina, i la organització vetllés per poder desenvolupar les competències? Qui forma la organització sinó les persones que hi participen? Pensem en el què volem fer, o deixem que ens pensin com a col·lectiu professional? És l'organització suficientment flexible per adaptar-se als imprevistos? Som nosaltres suficientment flexibles per a poder-nos-hi adaptar en cas que sigui necessari? O el fet que l'organització no ho tingui previst, ens anul·la l'escenari i fa que ja no ho veiem possible?
- **Malestar professional**: la gestió d'imprevistos a la consulta ens genera malestar derivat de la preocupació de deixar més feina als companys i causar una molèstia als pacients. Alhora, genera malestar per la dissonància cognitiva que es pot produir entre:
 - o El què probablement intuïm que voldríem fer (sortir a atendre un domicili)
 - o El què ens deixen fer (el que l'organització permet i estableix com a possible)
 - o El què pensem que no pot ser (sortir a atendre un domicili urgent donada l'organització en què ens trobem immerses)

No us perdeu la conversa que en segueix:

A: Metgessa de família, 23 anys d'experiència amb el mateix «cupo», EAP urbà.

Quin cas més desafortunat! És tristíssim!!! Dit això, el primer que m'ha passat pel cap és que jo podria haver estat la seva metgessa de capçalera, o qualsevol de les meves

excel·lents companyes. I ara algunes coses que em venen al cap, així sense pensar-ho gaire:

Que ben feta la feina de la metgessa del 061! No sé si tots, trobant-nos en el seu lloc (pacient que no coneixes, atenció domiciliària d'urgències, pensar que s'està morint, família no preparada...) hauríem estat capaces de fer el mateix, sobreposar-nos a la situació, mullar-nos en la informació, pautar la sedació, trucar al seu metge per garantir la continuïtat, deixar-la confortable.... I fins i tot explicar-li sense crítica ni superioritat!

És molt difícil en un domicili urgent poder fer tot això, saber-ho fer i tenir-ne el temps (pots tenir altres domicilis o la consulta esperant).

Han avisat al SEM segurament perquè el marit ha trucat al 061 i ha expressat gravetat i urgència. I hi han anat. El marit pot no haver trucat al CAP. O sí, si hagués trucat al meu CAP, potser no podríem garantir una resposta tan ràpida.

És una dona jove, potser ha consultat poc al CAP i està molt vinculada a l'hospital. Sabem que aquests pacients consulten molt poc al CAP, van a l'hospital de dia d'onco. Potser no se sent vinculada a la seva capçalera (ells trien, i de vegades els pacients, especialment els joves, no prioritzen la longitudinalitat, sinó la conveniència). I el més convenient han pensat que era trucar al 061 (i sembla que no ha anat malament).

De vegades, amb voluntat, els seguim a distància mirant la història compartida per saber què fan, però això necessita un **abordatge proactiu** (estar-hi pendent) que sovint no és possible en les circumstàncies que tenim (i és el que voldria la pacient?), i tendim a tenir una **conducta reactiva**. A vegades, si són molt coneguts, fins i tot anem a casa (domi "preventiu" i exploratori de la situació, també per enfortir el vincle) o truquem per saber com està (això envairia la seva intimitat en una pacient que coneixes poc?).

I la **responsabilitat de l'oncòloga**? Potser no era un fet tan previsible de forma immediata perquè el marit no ho esperava. Potser cal ser més valentes a l'hora de donar males notícies, límits?...

Seguim...

La metgessa del 061 truca al CAP i podria ser que jo no hi sigui (treball de tarda, vacances, curs... sense substitut), que la metgessa de domicilis en aquest moment no sigui al centre (fent domicilis), que ho valori la metgessa d'urgències... O que em trobi a mi i tingui 20 persones per visitar i una hora de demora. Encara em sembla més que raonable que el seu metge s'ofereixi a anar-hi a les 13 h (2,5 hores després)! Jo no puc assegurar una resposta ràpida a una situació tan urgent (excepte que engeguis als pacients que tenen hora, han demanat un dia de festa per venir, han vingut amb esforç amb el caminador, tenen coses també urgents....).

Seria molt diferent que la situació es veiés venir, l'oncòloga o la família hagués avisat amb temps, ja haguéssim preparat la situació.... I amb tot i això es produeixen imponderables.

I això en el millor dels casos. Podria ser que la seva metgessa estigui de baixa o de reducció o que hagi tingut molts metges amb contractes precaris des de fa anys o que no la conegui de res.

En tot cas, malgrat que el cas és tristíssim, vull pensar que era poc previsible tant per la pacient com per la capçalera. I que el que va succeir era el millor que podia passar, que morís sedada i confortable, amb atenció domiciliària de qualitat i ràpida. Em costa pensar que se li hagués pogut oferir un millor servei en aquest darrer moment des del CAP. I si jo fos la seva metgessa, si puc, aniria a atendre l'èxitus; si no puc, trucaria i hi aniria la metgessa de domicili tan aviat com fos possible. Revisaria el que ha passat (sobretot els mesos/dies previs) per intentar veure què caldria millorar. Mantindria contacte telefònic i m'oferiria per parlar de tot plegat i atendre el dol si volen.

Crec que hem de tocar de peus a terra, ser humils, i pensar que no podem atendre nosaltres soles totes les possibilitats que es poden donar a l'atenció domiciliària, que cal **garantir la continuïtat dins l'equip i els professionals externs (el que sí va fer la metgessa del 061), portant la batuta des de l'AP** (sempre que es pugui). També cal ser **més proactives amb el seguiment de pacients greus o amb poca autonomia, però hem de reclamar eines que ho facilitin. Millorar la comunicació amb especialistes hospitalaris** (cal més coneixença, respecte i eines que facilitin el contacte), i potser fer sessions de mortalitat amb els oncòlegs.

B: Metge de família, anys d'experiència en medi rural.

Molt interessant la reflexió. Molt d'acord amb molts dels matisos que aportes.

Em permeto, però, discrepar d'una apreciació (des de l'experiència del món rural). Dius: "Jo no puc assegurar una resposta ràpida a una situació tan urgent (excepte que engeguis als pacients que tenen hora, han demanat un dia de festa per venir, han vingut amb esforç amb el caminador, tenen coses també urgents....)".

Pels qui estem acostumats a treballar sols, o com a molt amb una altra companya, la frase té molts matisos:

És clar que puc assegurar la resposta ràpida: surto i hi vaig

És clar que puc deixar (no engegar) els pacients esperant-me fins que torni (si se'ls explica, entenen, sempre hi ha algú que rondina). Fins i tot és "educatiu": hi ha coses que passen davant d'altres (malgrat això m'incomodi a mi personalment i em faci anar malament). I quan tornes et disculpes amb els que s'han esperat i, sovint, et diuen: "no pateixi, algun dia ho haurà de fer per mi..."

No hi ha gaires coses més urgents que morir-se (de fet sols es fa un cop a la vida). És un concepte que, sovint, no hem interioritzat bé; aquell "bé, si s'està morint, no corre pressa..." és d'un menyspreu terrible (i denota un concepte massa arrelat, el d'una medicina que es dedica a "salvar"). I tant que corre pressa...! (per acompanyar, per respecte, i pels vius, que quedaran i que necessiten saber que s'ha fet tot el que calia per al seu ser estimat).

De veritat que no sé com s'ha de fer, com és millor organitzar-ho en un entorn urbà, però penso que si un de sol ho acaba fent, semblaria encara més fàcil que un equip donés resposta. És una qüestió de prioritats.

Resposta de A a B

D'acord absolutament en tot, especialment en el fet que *No hi ha gaires coses més urgents que morir-se*. Jo també he sortit de pressa alguna vegada, però potser em sembla més fàcil en entorns rurals (i més necessari perquè potser no hi ha altres recursos a mà?). Jo he voltat pocs CAPS, sabeu si es fa o com es fa en altres centres organitzats de manera diferent?

Em sembla més fàcil parlar analitzant casos concrets que parlar en general. La qüestió és si en aquest cas hauria sigut millor, o no, o igual. I com utilitzar totes les eines a mà per donar resposta sense perdre la centralitat de l'AP.

C: Metgessa de família, centre urbà. 8 anys d'experiència.

Bé, jo també entenc i comparteixo els arguments d'A.

No em puc imaginar atrevint-me a sortir una hora enmig de la consulta en les meves condicions actuals (i a part, està organitzat de manera que tenim metge de domicili que no té gaire feina normalment, podem alguns estar visitant 40 a la consulta o 50 a "urgències", i el metge de domicili "aguts" tenir-ne entre 1 i 3, això va mal repartit!). Em puc imaginar que si la UBA fos com imaginem que ha de ser, i amb alguns ajusts organitzatius que compensessin la mala repartició que hem comentat, seria possible.

Jo crec que **cal pensar què s'hauria de poder esperar de nosaltres (i aquest també seria el nostre valor), i que després l'organització hi acompanyés**, perquè almenys ens poguéssim plantejar atrevir-nos a sortir a mitja consulta.

Actualment en el meu CAP estem molts esgotats i atabalats amb les agendes llarguíssimes cada dia, haver de "gestionar" moltes coses perquè els "circuitos" no funcionen, cada dia s'espatlla alguna cosa de l'ordinadorI estem en plena reordenació d'agendes i tasques, però per respirar una mica els professionals, perquè així no podem.

Estic pensant que podria aprofitar per enviar un e-mail per compartir la idea "com hauria de treballar la UBA i tot l'equip per ser qui volem ser (no només per sobreviure!).

Jo he tingut "cupos" a 5 CAPs diferents i cap d'ells estava organitzat per sortir a mitja consulta, i no se solia fer. **Si no s'espera de tu, i està organitzat perquè ho faci algú altre, no és fàcil que les persones ho fem. Però per mi seria i és bo flexibilitzar la manera de pensar-me.**

D: Metgessa de família, centre semiurbà, 10 anys d'experiència.

Sí, crec que és un cas que promou la reflexió des de diferents punts de vista i situacions locals de cada EAP, tot i que també permet reflexionar sobre prioritzacions en l'atenció, què és el què es valora en la feina que fem i si reflexa o no el què hem de fer. Si el que hem de fer està definit o no, o es defineix en consonància amb les

circumstàncies socials i les diferents realitats professionals. Parla de coordinació entre serveis per donar una bona atenció, dona peu a preguntar-se què és una bona atenció per cadascuna de nosaltres i per les persones que atenem. Crec que posa sobre la taula moltes arestes de la figura que conforma l'Atenció Primària i que A ha plantejat de forma magnífica. I ens recorda (el cas, A) que cap història és una història única, sinó que es pot i s'ha de narrar des dels matisos, els diferents punts de vista dels personatges implicats, les organitzacions en què estan inserits els professionals, el moment en què succeeixen..., entre moltes d'altres coses que en podríem trobar que ens poden ajudar a conformar LA història.

Que bé que hagi generat tanta reflexió!

E: Metgessa de família, centre urbà. 4 anys d'experiència.

A, m'ha agradat molt la teva resposta i estic d'acord amb tu.

Coses a afegir a les que han anat sortint:

Hi ha CAP (conec alguns sempre rurals o semirurals, no sé com estan catalogats) que fan els seus domis aguts enmig de la consulta. És a dir, depenent de la gravetat que estimin ells (suposo) deixen la consulta per acudir al domicili. A mi em sembla horrorós personalment per "l'agobio" que em causaria deixar els pacients allà (entendria que no em passarien espontànies, ja seria la *muerte*, perquè recordeu que no tots tenim dia d'Urgències sinó que ens veiem les espontànies pròpies i les dels que no estan en aquell torn, en les repartim) i anar-me'n a domis que poden estar a més de 15 min en cotxe, perdre'm i a sobre a saber l'estona que hauràs d'estar. I jo si el pacient està inestable, no me'n vaig del domicili fins que arriba el SEM, no se què féu vosaltres.

A les jornades participatives de l'ICS es va parlar de la gestió de la pròpia agenda i es va fer una proposta revolucionària per l'ICS: que les professionals volem gestionar-nos l'agenda en la qual sí tindríem "forat" per assumir aquestes Urgències domiciliàries.

En tot cas, en aquest cas concret, penso si m'hagués passat a mi, crec honestament que jo hauria respost alguna cosa similar. **Donada l'estructuració del treball en el meu centre i la urgència que s'exposava no m'hauria compromès a anar-hi fins a acabar les visites** i crec que hauria passat el cas al dispositiu d'Urgències o al metge de domis del dia del meu centre, que hauria actuat segons el seu criteri és clar (uns hi haurien anat, altres ho haurien deixat en mans del 061...de fet crec que tots haguessin derivat al 061). M'hauria compromès a anar-hi després, com ja he fet en altres ocasions amb pacients terminals (però que estaven en situació d'últims dies i podia diferir la meva atenció unes hores o d'un dia per l'altre en funció de quan rebia l'avís). D'altra banda, aquesta situació em provocaria una frustració i impotència brutals pensant que per fer el què he de fer...visitar la "p...l·listeta" "rollo funcionari" del dia no he pogut exercir de "metgessa de veritat"...

Crec que l'actuació de la metgessa del SEM va ser excel·lent i vull pensar que deu ser un cas d'urgència oncològica que no solen abundar però que està clar que hauríem de

tenir presents i preveure com actuar en aquests casos per l'angoixa i patiment que causen a la família i als pacients.

No sé noies...què complicada la vida!

A

Abans de córrer a tancar-ho, a mi m'agradaria donar una mica més de temps a la reflexió. Us ho agraeixo perquè per a mi està sent molt enriquidor.

Em fa pensar que hi ha molta distància entre el nostre discurs i la realitat de moltes de nosaltres, malgrat defensar "a capa y espada" les virtuts de la primària ideal i ser unes súper-motivades. Em sembla que caldria fer "aterrar" el nostre discurs i pensar com passar des de la primària ideal a una primària digna possible.

Potser analitzar casos és una bona forma?

F: Metgessa de família, centre urbà, 14 anys d'experiència.

Déu n'hi do... quin debat més important i interessant.

Jo tampoc crec que fos capaç de deixar la consulta a mitges en les circumstàncies que explica la D. Sí que recentment he sortit a mitja consulta per una situació greu en un domicili, però deixant el resident a la consulta. Com a E, m'hauria fet pena i ràbia no "poder" anar-hi.

Crec que aquest no atrevir-me ve d'alguns factors que ha comentat l'A i també de:

No tinc percepció de suport real (que em fessin sentir que els sembla bé, que això és el què haig de fer) **de la direcció del meu equip en una situació així**. Jo marxo i deixo un *marron* a l'EAP (de veritat que marxar 45 min a un domicili a Barna amb la sala d'espera plena és un *marron*).

No tinc percepció d'acceptació per part dels pacients. Crec que de forma creixent s'està perdent la solidaritat (necessària per mantenir operatiu i sostenible un SNS) de què parlava el Sergio Minué en un post recent: *La efectividad es la habilidad de justificar el tiempo extra empleado en un paciente en términos del coste impuesto a los pacientes que vienen detrás*". Y a raíz de ella escribía la propia Iona: *"Los pacientes reconocen que esos momentos de crisis (un colapso, el duelo por la comunicación de una enfermedad grave) requieren un tiempo extra, estando preparados para asumir el coste, en el convencimiento de que ellos también serán beneficiados algún día. Esa no es la lógica del consumidor en un mercado. Para nosotros, trabajadores de la salud, cada componente de la atención parece tener ahora un precio. Esto supone la erosión de cualquier vocación...Los pacientes se convierten en consumidores con expectativas crecientes a que sean atendidos sus derechos a exigir, mientras los médicos se convierten en proveedores de mercancías más que en miembros de una profesión que brinda servicios públicos. Los pacientes comienzan a pedir servicios que pueden esperar hasta el día siguiente. Y los médicos comienzan a considerar que lo que se les paga por un servicio de 24 horas al día 365 días al año no compensa el esfuerzo de salir de una cama caliente tras un día*

agotador sabiendo que otro comienza unas horas después". Iona Heath lo escribió en plena fiebre del Thatcherismo, demostrando que de aquellos polvos vienen estos lodos.

De vegades fins i tot m'és difícil prioritzar pacients més greus a la sala d'espera de la meva consulta. Alguns pacients es posen agressius. Com per deixar la consulta i marxar.

Novament xoquem amb el capitalisme i alguns trets negatius de la postmodernitat (individualisme, llibertat per sobre de tot, immediatesa...) com a impediments per l'atenció primària ideal. El més complicat és que és en aquest caldo de cultiu on hem d'intentar fer la millor atenció primària possible.

Em sembla molt enriquidor això d'analitzar casos. Moltes gràcies!

G: Metgessa de família, ara jubilada, havia estat directora i metgessa d'un centre en zona periurbana.

Jo us transmeto la meva experiència de 20 anys en una zona periurbana no rural i 15 anys en un centre urbà:

Al primer centre, cadascú de nosaltres fèiem les nostres urgències i els nostres domis cada dia. Els domis, els fèiem a partir de les 13 h. Només sortíem a mitja consulta si hi havia algun cas molt urgent com el que es relata. Entre altres coses perquè en aquell moment no hi havia ningú més per atendre'ls. Deixar la consulta a mitges per aquest motiu havíem observat que tenia lloc unes 4-5 vegades l'any.

Sortíem (en general en aquests casos anàvem als domicilis la metgessa i l'infermer) a la sala d'espera i dèiem (encara m'hi veig!): "Hem de sortir per una trucada molt urgent. No sabem quant de temps tardarem. Poden esperar, però els insistim que no sabem quant de temps ens portarà. Poden apuntar-se un altre dia o si ho prefereixen, els pot visitar avui un altre company". Els pacients ho entenien perfectament. La majoria marxaven i alguns s'esperaven.

Quan vaig arribar al centre urbà, vaig sortir dues vegades perquè llavors teníem 2 h de consulta el dia de domicilis. Vaig fer el mateix i els pacients no van dir res. Però després ja vaig ser avisada que aquest tipus de domicilis d'urgència immediata eren del 061 i que jo no havia de sortir.

Els sabers i les pràctiques s'han d'entendre en el marc del que s'anomenen "coneixements-pràctiques situades" o "coneixements-pràctiques contextuals". Però també convé no acontentar-se amb això i pensar si es podria fer d'alguna altra manera. El debat en aquest fil és molt ric en aquest sentit...