

Organización de la visita médica domiciliaria en atención primaria

José María Gómez Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cármenes. Área 7 Atención Primaria. Madrid. España.

La visita médica domiciliaria tiene una serie de particularidades y problemas logísticos que hacen necesaria una buena organización en el centro de salud, sobre todo para realizar las visitas domiciliarias no programadas.

La visita médica domiciliaria tiene una serie de particularidades, la más evidente de las cuales es que la consulta médica se realiza en el domicilio del paciente, fuera del entorno sanitario habitual, por lo que el material complementario para realizar el diagnóstico es limitado. Pero también tiene problemas logísticos, como el modo de desplazarse el médico al domicilio del paciente, sobre todo en áreas rurales o en zonas básicas con mucha dispersión. Además, en ocasiones es fuente de conflictos: médicos “expertos en quitarse avisos” que, a menudo, acaba realizándolos algún compañero de otro turno, pacientes “hiperavisadores”, equivalentes a los hiperfrecuentadores de la consulta. Es esencial una buena organización en el centro de salud, sobre todo para realizar las visitas domiciliarias no programadas.

Características de la visita médica domiciliaria

En función de la causa que la origina, la visita médica domiciliaria se puede clasificar en 2 grandes grupos: no programada, o avisos, y programada.

Visita médica domiciliaria no programada

Se realiza a petición del paciente, que se pone en contacto con el centro de salud y solicita ser atendido en su propio domicilio por un facultativo. Son lo que se conoce como “avisos”. Suele estar motivada por una enfermedad aguda que incapacita temporalmente al paciente, o que sobreviene en un paciente previamente incapacitado. Es complejo realizar una previsión del número y la hora en la que surgirán. Con cierta frecuencia, los facultativos se quejan de que estos avisos no siempre están justificados, dada la enfermedad que los ha provocado, y que, en ocasiones, por el número o por la distancia del domicilio al centro de salud prolongan su jornada laboral más allá de las 7 h diarias. Son visitas que pueden generar “tensión” en el facultativo, ya que hay que atender enfermedades urgentes (aunque a menudo sean banales), fuera del entorno “protector” del centro de salud.

Visita médica domiciliaria programada

Es el profesional sanitario el que decide realizar la visita, así como su frecuencia y su periodicidad. En general, son pacientes de edad avanzada, con enfermedad incapacitante y a menudo crónica (es decir, sabemos lo que nos vamos a encontrar) y en ella el profesional de enfermería desempeña un papel relevante. La principal diferencia con los avisos, desde el punto de vista organizativo, es que se pueden planificar.

En la tabla I se muestra un resumen de las diferencias entre una y otra modalidad.

Organización de la visita médica

En la Comunidad de Madrid, la visita domiciliaria supuso en 2006 aproximadamente el 0,38% de las consultas diarias realizadas por un médico de familia, lo que representa entre 7 y 10 visitas al mes. La dificultad estriba en que más del 80% de ellas son avisos, es decir, visitas domiciliarias no programadas, a petición del paciente y, por lo tanto, sólo parcialmente previsibles. Aunque varían los sistemas organizativos, lo habitual es que el grueso de estas visitas se concentren en 4 o 5 días al mes, “cuando se está de avisos”.

La organización de la visita médica domiciliaria varía según sea una visita programada o no, y en función de si el médico trabaja en turno de mañana o de tarde.

Visita médica domiciliaria programada

Si el médico trabaja en turno de mañana, la suele llevar a cabo una vez terminada la consulta en el centro de salud (entre las 13.30 y las 15 h). Si se trabaja en turno de tarde, se puede repartir en 2 bloques, al principio y al final de la jornada laboral, antes y después del horario de consulta en el centro de salud. Dado que es una visita prevista con antelación, no es difícil planificarla y organizarla: en la agenda de citaciones del médico debe haber unos días y horas predefinidos para la visita domiciliaria programada. Además, debe estar coordinada con la

Tabla I. Principales diferencias entre la visita domiciliaria programada y la no programada

	Visita domiciliaria programada	Visita domiciliaria no programada (avisos)
Quién la solicita	Concertada por el médico	Solicitada por el paciente
Tipo de paciente	Generalmente, de edad avanzada con enfermedad crónica invalidante	De cualquier edad, con enfermedad aguda
Momento de la visita	Pactado con el paciente en días previos. Se puede demorar	En el día. No demorable
Quién la hace	El médico del paciente	Depende de la organización del centro de salud (el médico del paciente, turno rotatorio, etc.)
Papel de enfermería	Importante	No importante
Objeto de la visita	Revisar el estado de salud, nutricional, establecer estrategias de actuación con el cuidador, etc.	Valorar y resolver enfermedad aguda
Repercusión en actividad asistencial del médico	No	Sí
Visitas posteriores	Sí. Pactadas con el paciente	No

agenda de enfermería, dada la gran relevancia de estos profesionales en esta actividad y que, con mucha frecuencia, estas visitas son conjuntas. Dado que son pacientes que generalmente tienen una enfermedad crónica conocida, la visita se puede "preparar".

Visita médica domiciliaria no programada

Tiene el problema de que es impredecible. Los centros de salud no disponen de profesionales destinados exclusivamente a los avisos domiciliarios, igual que tampoco los tienen para las urgencias. Por lo tanto, hay que compaginar la actividad asistencial diaria con los eventuales avisos. Hay 3 aspectos que tener en cuenta a la hora de organizar esta actividad: quién valora el aviso, quién hace el aviso y cómo garantizamos que se hace el aviso y que se registra en la historia del paciente.

Quién valora el aviso

¿Debe ser el auxiliar administrativo que recibe la llamada?, ¿el personal de enfermería?, ¿el médico del paciente?, ¿un médico distinto cada día y elegido según un turno rotatorio? Todas estas posibilidades se dan en la práctica diaria. Obviamente, no parece lógico que un profesional no sanitario sea el que tome una decisión ante un problema de salud. En lo que respecta al personal de enfermería, este estamento realiza unas actividades específicas, tiene sus propios avisos y, al fin y al cabo, la visita la va a hacer un médico. El médico habitualmente tiene la consulta llena y las interrupciones para valorar avisos pueden resultar molestas, si está atendiendo a otro paciente, e incluso puede vulnerarse el derecho a la intimidad. Valorar un aviso, realmente, supone 2 circunstancias: a) decidir si el problema de salud que nos plantea el usuario se puede resolver por teléfono o, por el contrario, hay que ir al domicilio, y

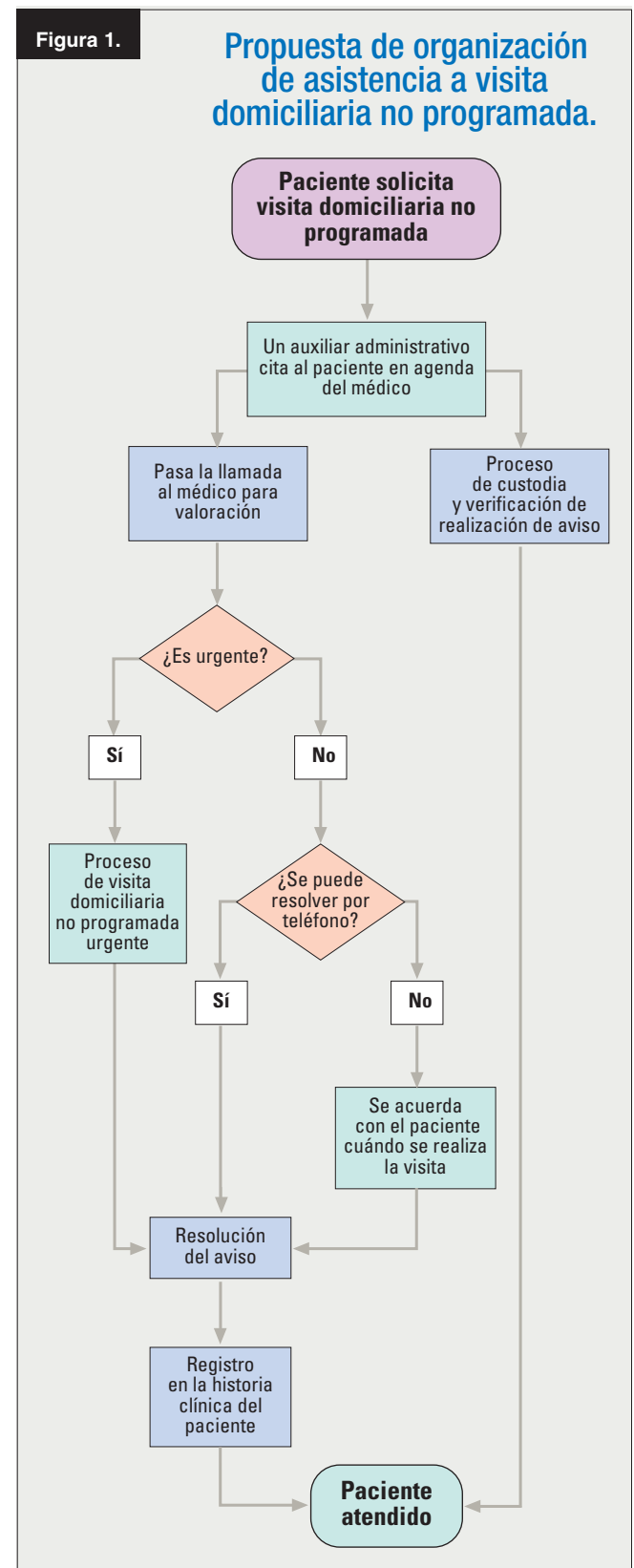
b) con qué urgencia. Por todo esto, es obvio que la persona más adecuada para valorarlo es la que va a llevar a cabo la actividad, es decir, el médico.

Quién hace el aviso

Hay 2 posibilidades: que sea el propio médico del paciente o que sea un médico distinto cada día, generalmente elegido por

Figura 1.

Propuesta de organización de asistencia a visita domiciliaria no programada.



un turno rotatorio. En el primer caso, la ventaja es que el médico conoce al paciente, lo que puede permitir una valoración más certera del aviso. El problema es que nunca sabe si ese día va a tener o no avisos, lo que puede dificultar la planificación de su agenda. Además, habría que establecer claramente lo que pasa cuando no está el médico del paciente, o éste trabaja en una jornada laboral distinta a aquella en la que se ha puesto el aviso. En el segundo caso, la ventaja es que el médico sabría de antemano qué días está de avisos, por lo que podría organizar su agenda, pero el problema es que puede no conocer al paciente y, por lo tanto, su valoración, sobre todo telefónica, puede ser más compleja. En estos casos, suele haber uno o varios médicos de avisos por jornada laboral y habría que decidir en qué punto horario los avisos dejan de realizarse en el turno de la mañana y pasan al de la tarde.

Además, en cualquiera de estas situaciones, habría que establecer qué se hace si el médico tiene que salir a un aviso urgente y debe abandonar su consulta en el centro de salud: ¿los pacientes esperan a que vuelva?, ¿se reparten entre el resto de los médicos? En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, este problema teóricamente no existe, ya que los avisos urgentes los asume el SUMMA 112.

Cómo garantizamos que se hace el aviso y que se registra en la historia del paciente

Como hemos visto, la organización de los avisos a domicilio puede ser compleja, sobre todo cuantos más médicos de familia haya en el equipo de atención primaria. Aunque no es habitual, puede ocurrir que un médico no se entere de que tenía un aviso y lo tenga que hacer otro médico (en general, más tarde de lo previsto, con el consiguiente malestar del profesional y del paciente) o, excepcionalmente, que ni siquiera se haga y el paciente no sea atendido. Por ello, conviene establecer un procedimiento que garantice que el médico se entera de que hay un aviso y de que, bien por teléfono, bien por visita domiciliaria, ese aviso se atiende y se resuelve. Probablemente, la visita médica domiciliaria no programada sea la actividad asistencial que menos se registra en la historia clínica. Como con cualquier otra actividad médica, hay que insistir en la importancia de su registro.

En la figura 1 se propone un esquema general de organización de esta actividad.]

A tener en cuenta

- La visita domiciliaria programada no debería suponer más dificultades que la de planificar una actividad en una agenda de citas y coordinarla con el servicio de enfermería.
- Un médico debería valorar la visita domiciliaria no programada y, a ser posible, en el momento en que surge.
- Hay diversos modelos organizativos para la visita domiciliaria no programada. Lo esencial es que todos los profesionales implicados estén de acuerdo en el modelo a seguir, y que haya un procedimiento escrito que contemple todas las variables de la situación.

Bibliografía recomendada

Ferrer Arnedo C. Modelos de organización de la atención domiciliaria. JANO. 2006;1612:47-8.

Instituto Nacional de la Salud. Los equipos de atención primaria. Propuestas de mejora. Documento de consenso. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.

Mancera Romero J, Paniagua Gómez F, Muñoz Cobos F, et al. Avisos médicos domiciliarios en un Centro de Salud urbano. SEMERGEN. 2003;29:399-403.



ACCEDA A LOS CONTENIDOS DE MEDICINA DE JANO

En www.jano.es encontrará todos los contenidos de nuestra sección de Medicina. Los documentos están disponibles gratuitamente para nuestros suscriptores. Si todavía no lo es puede acceder a nuestros exclusivos contenidos editoriales mediante el sistema de pago por visión o bien activar la suscripción completa que le reportará importantes ventajas.