

“ La falta de coordinación/comunicación y el ‘desconocimiento’ de cómo se trabaja ‘en el otro lado’ son los elementos clave que generan situaciones de tensión o desconfianza entre los dos tipos de profesionales. Estos elementos convierten lo que debería ser un *continuum* en el proceso asistencial en una atención fragmentada y de compartimentos estancos, cuando en realidad los pediatras de los dos ámbitos compartimos, como hemos dicho, los mismos problemas y los mismos pacientes ”



C. Luaces Cubells

Jefe de Servicio de Urgencias Pediátricas. Profesor Asociado de la Universidad de Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Editorial

RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS HOSPITALARIAS. TODAVÍA QUEDA CAMINO POR RECORRER

Si infravalorar una evidente evolución positiva, es innegable que todavía queda camino por recorrer en el desarrollo de la coordinación/comunicación entre la asistencia en el ámbito de la Atención Primaria (AP) y los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP)⁽¹⁾.

Entre los elementos que caracterizan la atención no programada, tanto en la AP como en los SUP, es de indudable interés conocer la opinión de los profesionales. Así, el Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de la AP realizó una encuesta entre los pediatras de la Comunidad Valenciana con objeto de realizar un estudio sobre la problemática generada en las consultas de Atención Primaria de Pediatría, producida por los pacientes urgentes y no demorables. Entre los resultados obtenidos, puede destacarse que un 35% del total de encuestados tenían más de 18 pacientes sin cita como máximo diario. Para este colectivo de pediatras, la atención sin cita supone un problema en el 91% de los casos e impide realizar otras tareas en el 95%⁽²⁾. Puede asumirse que esta situación es extrapolable a otras Comunidades.

Del mismo modo, los pediatras de urgencias manifiestan que la saturación de los SUP es un hecho bien conocido y establecido. A pesar de las aglomeraciones y las esperas, en muchas ocasiones prolongadas, gran parte de la población parece preferir poder visitar estos servicios cuando le parece más oportuno y lo que es más importante, tener a su disposición los recursos técnicos que ofrece el Hospital y/o no tener que volver para realizar algún examen complementario o esperar sus resultados algunos días. Por tanto, los SUP se convierten en una gran alternativa para los problemas agudos de salud independientemente de su naturaleza⁽³⁾.

Siguiendo con este somero análisis, es útil hacer referencia a los diagnósticos más frecuentes de alta en los diferentes SUP

españoles en un estudio realizado por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría en el año 2015⁽⁴⁾. La Infección de las vías aéreas superiores, el síndrome febril, la gastroenteritis, el asma y el dolor abdominal fueron, por este orden, las patologías atendidas con mayor frecuencia. Reconociendo que la AP tiene un papel fundamental en el campo de la prevención y que los SUP están destinados a tratar patología aguda compleja, esta clasificación de diagnósticos sirve, entre otras consideraciones, para evidenciar la enorme similitud entre la mayoría de pacientes atendidos en los dos ámbitos asistenciales referidos.

A lo expuesto, podemos agregar que, en la actualidad, la forma de actuar de gran parte de la población se basa en la denominada “cultura de la inmediatez”. Es decir, su expectativa es “*quiero resolver mi problema de salud ahora y aquí...*”. A lo que se añade “*porque además es el momento en el que me va bien venir...*”. Y con esta cultura nos toca convivir a unos y otros.

Llegados a este punto y a tenor de lo comentado, podemos estar de acuerdo en que la problemática que viven en el día a día los dos colectivos de especialistas (pediatras de urgencias y pediatras de AP) es, como se ha dicho, muy similar. Por tanto, si nos enfrentamos a la misma problemática, ¿a qué se debe la tensión o desconfianza que persiste en mayor o menor grado entre estos profesionales que compartimos el proceso asistencial? La falta de coordinación/comunicación y el “desconocimiento” de cómo se trabaja “en el otro lado” son los elementos clave que generan situaciones de tensión o desconfianza entre los dos tipos de profesionales⁽¹⁾. Estos elementos convierten lo que debería ser un *continuum* en el proceso asistencial en una atención fragmentada y de compartimentos estancos, cuando en realidad los pediatras de los dos ámbitos compartimos, como hemos dicho, los mismos problemas y los mismos pacientes.

Tras más de veinte años trabajando en un SUP, puedo constatar que la gran mayoría de los desencuentros vividos no obedecen a la voluntad expresa por parte del personal del SUP de cuestionar o revocar la petición o planteamiento del compañero de AP. Valoraciones distintas y legítimas de una misma situación clínica (hecho que ocurre también entre dos profesionales del mismo ámbito), información “nueva o distinta” por parte de la familia o aspectos funcionales de la organización hospitalaria, como la falta de determinado especialista, imposibilidad de realizar alguna prueba en según qué horario o cambios en los protocolos de actuación, son situaciones que conducen, en ocasiones, a no ejecutar de forma literal lo correctamente planteado en una derivación.

Cuando por las características del caso ha existido la posibilidad de un contacto directo, por ejemplo, vía telefónica, y ambos pediatras han podido comentar el caso y explicarse y describir matices difíciles a veces de transcribir en un papel, el resultado ha sido generalmente muy satisfactorio. No olvidemos, además, que si el “papel de derivación” tiene sus limitaciones en la transmisión de la información, las familias tampoco son siempre garantía de que esta sea correcta o adecuada.

Otra situación que potencialmente puede generar conflicto es el “descubrimiento y verbalización a la familia” por parte del pediatra de urgencias, de un hallazgo (soplo cardíaco... adenopatía) que *aparentemente* el compañero de primaria no ha detectado cuando en realidad sí lo ha hecho y prefiere, por ejemplo, no alarmar a la familia y realizar un cuidadoso seguimiento. Es, esta sin duda, una justa reivindicación que recibimos en los SUP y para evitarla, una medida de prudencia, en estos casos, es aprovechar la tecnología y revisar antes de cualquier afirmación la historia clínica electrónica compartida del paciente y esclarecer, en lo posible, el nivel de información o de detección que en ella se describe u otros datos de interés.

Por otro lado, el pediatra de AP debe entender que, a pesar de lo razonable y justificada que sea su solicitud, el SUP no es “solo” un laboratorio o un centro de diagnóstico por imagen, donde se realicen exámenes complementarios o se gestionan interconsultas con otros especialistas. El pediatra de urgencias al visitar al paciente, adquiere toda la responsabilidad desde ese momento y, por tanto, a pesar de procurar tener muy en cuenta las consideraciones de la derivación, puede y debe tener capacidad para actuar según su criterio y posibilidades, como ya se ha comentado. Por tanto, no debería etiquetarse de forma sistemática como una falta de consideración o menosprecio, cuando la actuación hospitalaria no coincide total o parcialmente con lo propuesto desde AP. Y si esto ocurre, debería existir la vía para poder explicarlo.

En consecuencia, para seguir recorriendo el camino, es obligado plantearnos cómo resolver los elementos clave que apuntábamos y avanzar hacia el *continuum* asistencial como paradigma de la buena práctica. Para ello se proponen diferentes medidas destinadas a mejorar esa falta de coordinación/comunicación o desconocimiento.

La primera e imprescindible —por su viabilidad e inmediatez— es disponer de una línea directa y fácil de comunicación bidireccional que, generalmente, será telefónica. No se trata de llamar cada vez que se deriva un paciente —en uno u otro sentido—, pero sí de hacerlo cuando el caso lo requiera. Invertir unos minutos en comentar el paciente conducirá, sin duda, a una resolución adecuada o como mínimo consensuada a la

derivación. De igual modo que se hace en el Hospital entre distintos especialistas más allá del frío papel de Interconsulta.

Otras medidas, como: la existencia de la historia clínica compartida, la realización de turnos y rotaciones por el Hospital y la AP para favorecer el conocimiento de ambos niveles, unificar los protocolos de actuación (“*en el Hospital le harán las mismas pruebas que en AP*”), la realización de sesiones conjuntas, el mayor acceso a pruebas complementarias fuera del Hospital y el establecimiento claro y consensuado de los criterios de derivación, son también piedras angulares en este proceso de mejora⁽⁵⁾.

Finalmente y siendo conscientes de la dificultad de su implantación, de forma ideal, podría plantearse que, en los SUP u otros dispositivos de atención urgente, trabajarán simultáneamente profesionales de los dos ámbitos con una distribución de tareas acorde a las necesidades y perfil del paciente y del pediatra. Esta cercanía produciría sin duda una sinergia en la asistencia, un mutuo aprendizaje y la posibilidad de tener una visión amplia y no sesgada del proceso asistencial obviando además la fragmentación⁽⁶⁾. Este concepto va más allá de “incorporar” a los pediatras de AP a hacer guardias en los Hospitales con la única idea de completar el calendario laboral.

Para la aplicación de las propuestas planteadas son esenciales, al menos, tres condiciones: 1) la proactividad de los profesionales en favor de la coordinación en el sentido más amplio; 2) la dotación de los medios (líneas de comunicación para acceso directo, tiempo y personal suficiente para favorecer la relación) que es responsabilidad de los gestores; y 3) una financiación basada también en los resultados obtenidos y no relacionada en su mayor parte en la actividad realizada, como ocurre en los Hospitales o por dar Servicio (estar disponibles) más propio de la AP, tarea esta para la Administración^(3,6). *Juntos llegaremos más lejos.*

Bibliografía

- Ortega E. ¿Menosprecia Urgencias las derivaciones de Primaria? La Revista de Redacción médica (consultado el 7 de agosto de 2018). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/reportajes/-menosprecia-urgencias-las-derivaciones-de-primaria--9215>.
- Álvarez de Laviada Mulero T, Martínez Pons M, Mínguez Verdejo R, Sebastián Barberán V, Serrano Poveda E, Suárez Vicent E, et al. Recomendaciones para la atención de urgencias y consultas no demorables en la consulta pediátrica de atención primaria. Informe GATPAP. (consultado el 6 agosto 2018) Disponible en: http://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/informe_gatpap.pdf.
- Segura A. Atención Primaria y Hospitalaria: ¿Competencia o Colaboración? Periódico El País publicado el 24 de septiembre de 2002. Disponible en: https://elpais.com/diario/2002/09/24/salud/1032818410_850215.html.
- Benito Fernández J, Luaces Cubells C, Gelabert Colomé G, Ansó Borda I y Grupo de Trabajo de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Actualización del sistema de codificación diagnóstica de la Sociedad española de Urgencias de Pediatría. An Pediatr (Barc). 2015; 82: 442.e1-442.e7.
- Gómez Alonso R, González Requejo A, Díaz Cirujano AI, Martinoli Rubino MC, Hernández de las Heras T. Coordinación de las urgencias pediátricas entre atención primaria y hospital en la Comunidad de Madrid. Rev Pediatr Aten Primaria. 2004; 6: 367-77.
- Bayona X. Mejorar las urgencias y los servicios del territorio: defragmentación del Sistema. 27 de enero de 2017 (consultado el 7 de agosto de 2018). Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2017/01/mejorar-las-urgencias-y-los-servicios.html>.