

Longitudinalidad y continuidad de la atención al paciente y a la familia: ayuda tecnológica a un problema complejo sin soluciones sencillas.

Juan Gérvas, médico general rural, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Equipo CESCO, Madrid.

Tesis

Para ofrecer continuidad y longitudinalidad de una cierta calidad se precisa de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC). Pero las TIC no serán útiles si no se resuelven problemas conceptuales previos, de selección de información relevante, de identificación de pacientes y profesionales, y otros estándares.

Argumentos

En sentido estricto, se denomina continuidad a la concatenación de eventos de atención de un problema de salud concreto (1). Por ejemplo, la existencia de un mecanismo que enlace los distintos episodios de atención sanitaria a la diabetes de un paciente. Desde sus visitas al médico de cabecera, a los encuentros con la enfermera de primaria, las visitas al especialista, los episodios de atención urgente, las hospitalizaciones, la atención a domicilio, las visitas a la farmacia, etc. Continuidad es ligar todos los eventos de atención a un problema de salud determinado, tanto en el tiempo (desde el inicio hasta el final) como en el espacio (en todos los niveles del sistema sanitario, en todos los lugares). Con la continuidad se optimiza la atención, pues se evita la duplicidad de pruebas, se pueden coordinar los cuidados y se toman decisiones que mejoran la calidad de los servicios. La continuidad facilita el papel del profesional como “agente” del paciente respecto al problema de salud que se trate.

La continuidad es más difícil de ofrecer en determinados problemas de gran interés médico y social, como enfermedades de transmisión sexual, tipo sífilis o SIDA, o drogadicción, sobre todo cuando afectan a pacientes de clase social baja (sin domicilio fijo, por ejemplo).

Por supuesto, la continuidad en la atención a una infección de vías respiratorias altas puede ser elemental, si da lugar a una sola consulta. Cuestión ardua, por el contrario, es la continuidad en un ictus cerebral, pues hay que enlazar episodios de atención en distintos niveles y tiempos. Es incluso más complicado el ofrecer continuidad a un episodio de traumatismo grave en un turista finlandés, al que se atiende por un accidente de tráfico en España,

pues hay que coordinar no ya distintos niveles sino distintas naciones.

Habitualmente, la continuidad depende mucho del propio paciente y de su familia. Depende de su memoria, y de su capacidad de retener informes, facturas, notas y otros registros. En la realidad se renuncia habitualmente a la continuidad propiamente dicha y se aspira a una síntesis de la misma, que salve lo imprescindible. Son tales las dificultades que nadie aspira a ofrecer continuidad propiamente dicha, y se conviene en un remedo de la misma. De esta forma se repiten pruebas, se pierde información clave, se deteriora la calidad de la atención, se dificulta la coordinación de cuidados y los problemas pueden llegar a alargarse y complicarse.

Respecto a la continuidad, lo central es identificar el problema, el paciente, el profesional, el lugar (institución y geografía) en que se presta atención, y la atención prestada. Es decir, sin identificación correcta no es posible ofrecer continuidad. Parece obvio, pero no siempre es sencillo atribuir un episodio de atención a un problema determinado, y es frecuente (sobre todo en atención primaria) que un encuentro se atienda más de un problema. La identificación del paciente y del profesional tampoco es sencilla; no siempre tiene el paciente un número unívoco, y lo propio sucede con el profesional (cuya posición cambia, además, con el paso del tiempo, pues puede pasar, por ejemplo, de residente a adjunto). Las instituciones y lugares pocas veces cuentan con un número que las identifique, y menos en todos sus niveles (no es lo mismo la puerta de urgencias de un hospital, que el servicio de Medicina Interna del mismo; también es muy distinto dicho servicio en consultas externas que en la sala de hospitalización). Por último, la atención prestada debería incluir no sólo el diagnóstico con su gravedad en ese momento, sino también el uso de pruebas diagnósticas y terapéuticas, con sus resultados (no se trata de tener un simple CMBD, conjunto mínimo básico de datos, sino de retener la información clave de cada encuentro).

Definir estándares, normas e “información relevante” o “clave” es tarea ardua, pero fundamental si se quiere dar todo el potencial a la continuidad y al uso de las TIC (2,3).

Los fallos continuos en la continuidad explican el desarrollo de los programas de gestión de casos y de enfermedades, que se caracterizan por el uso intenso de TIC (4). En la práctica, estos programas se convierten en opciones verticales que segmentan al paciente y a la atención.

Respecto a la longitudinalidad, se caracteriza por la relación interpersonal entre médico y paciente, y por ofrecer coordinación de

cuidados respecto a todos los problemas de salud del paciente a lo largo de su vida (1). Si la continuidad se refiere a un problema, la longitudinalidad se refiere a una persona. Si la continuidad es (o debería ser) característica de todo el sistema sanitario, la longitudinalidad es característica básica de la atención primaria.

En el ejemplo previo, continuidad es concatenar todos los eventos de atención de la diabetes de un paciente, mientras longitudinalidad será concatenar todos los episodios de problemas de salud de ese diabético, desde la propia diabetes a la depresión, el esguince, las gripes, los traumatismos, la separación matrimonial (en su caso), la demencia y hasta su muerte.

Los pacientes que perciben que su médico de cabecera se hace cargo de todos sus problemas (que al menos coordina la atención a todos ellos) están más satisfechos con la atención. El seguimiento a lo largo de la vida de las vicisitudes en salud del paciente optimiza la toma de decisiones, mejora la coordinación, disminuye costes, permite ofrecer prevención cuaternaria, y hace del médico un mejor “agente” del paciente.

La consecución de la longitudinalidad eleva a la enésima potencia los problemas enunciados respecto a la continuidad, pues aquí se trata de concatenar todos los episodios de atención de todos los problemas de salud a lo largo de toda la vida. Un reto al que es muy difícil dar respuesta sin estándares ni normas. Un reto casi imposible en pacientes de clase social baja, pertenecientes a familias desestructuradas, vagabundos y demás, quienes requieren poco a su médico de cabecera (que puede ser incluso desconocido), y utilizan urgencias hospitalarias, servicios sociales, judiciales y policiales, y quienes más se beneficiarían de la longitudinalidad, de una coordinación y de un seguimiento apropiados (5).

En la práctica clínica actual, la longitudinalidad la ofrece el médico en base a su propia memoria, con ayuda de los registros, en papel o electrónicos. La movilidad geográfica de pacientes y médicos rompe la longitudinalidad. El buen uso de las TIC permitiría ofrecer longitudinalidad a distancia, de forma que se pudiera mantener el médico de cabecera (“de referencia”) incluso viviendo en otro país.

Un buen sistema sanitario y un buen médico de cabecera normalmente agrupan a las familias, de forma que el médico atiende a la persona (al diabético) y a los miembros de la familia. Esto puede ser clave, por ejemplo, en la atención al paciente con problemas graves, tipo minusvalía psíquica, drogadicción o enfermedad terminal, por la repercusión que tiene la enfermedad de un miembro en la salud y uso de servicios de otros miembros de la

familia (6). Lo lógico es ofrecer seguimiento a la persona y a su familia (aquellas personas con que convive). Pero esta lógica choca contra las dificultades de concatenar y enlazar episodios de atención en varias personas, y transmitir sólo la información relevante, la que mejora la toma de decisiones.

Conclusión

La continuidad es característica básica de todo el sistema sanitario, y la longitudinalidad característica fundamental de la atención primaria. Ambas son clave en la prestación de servicios coordinados y facilitan el rol del profesional sanitario como agente del paciente.

En la actualidad la continuidad y longitudinalidad que se prestan dejan mucho que desear. Las TIC ofrecen un potencial inmenso para mejorar ambas características, pero sólo si se resuelven problemas de normalización, estandarización, definición, y selección de información relevante.

Bibliografía

1. Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria*. 1995;16:501-5.
2. Gérvas J. Expectación excesiva acerca de la pronta implantación de la historia clínica electrónica. *SEMERGEN*. 2000;26:3-4.
3. Hartzband P, Groopman J. Off the record. Avoiding the pitfalls of going electronic. *N Engl J Med*. 2008;358:1656-8.
4. Gérvas J. La gestión de casos y de enfermedades y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. Informe *SESPAS*. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl 1):163-8.
5. Keene J, Swift L, Bailey S, Janacek G. Shared patients: multiple health and social care contacts. *Health Social Care Community*. 2001;9:205-14.
6. Ray GT, Mertens JR, Weisner C. The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Med Care*. 2007;45:116-22.