

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL SISTEMA SANITARIO BRITÁNICO

Son muchos los puntos que podrían recalcarse tras haber entrado en contacto con el sistema sanitario británico y de forma comparativa con nuestro sistema español, siendo este último, a la vez, muy variable según la comunidad autónoma e incluso según la provincia dentro de la misma comunidad.

Pero para no dispersarme demasiado, he querido concentrarme en la atención domiciliaria y el papel de enfermería.

Nuestra atención primaria, al menos en mi comunidad (la Comunidad Valenciana) contempla las visitas domiciliarias, los avisos famosos, que aunque sean pasados a nuestra consulta con urgencia por teléfono, no necesariamente lo son. Es más, muchas veces son pacientes con problemas ya crónicos y conocidos por su médico habitual.

Durante mi estancia en Londres, me di cuenta que una buena parte de esta tarea no la desempeñaban los médicos, si no que era más asumida por enfermería (las llamadas *District Nurses*). Además teniendo en cuenta que allí no es tan marcada la cultura de “llamo y viene el médico a verme a casa”, se entiende que tampoco sea algo reclamado por la población, y por tanto libera al médico para dedicarse a problemas agudos y de otra índole, que pueden atenderse desde el mismo centro.

De hecho, me llamó la atención que allí los médicos suelen tener una consulta de lo más variada, tanto en edad, porque asumen la pediatría, como en problemas de salud. No ven, como aquí sucede, mayoritariamente gente anciana o con problemas crónicos que acude a la repetición sistemática de recetas, y que acaba haciendo tediosa la consulta y muchas veces con el sentimiento de mero “burócrata-administrativo” por parte del médico.

Por otro lado, nuestra atención domiciliaria cuenta con el apoyo de Unidades Especializadas dentro del ámbito hospitalario, las llamadas UHDS (Unidad de Hospitalización a Domicilio), las cuales sirven de puente entre los dos ámbitos, Primaria y Especializada, y generalmente existe buena comunicación bilateral (al menos desde mi experiencia). Estas unidades asumen pacientes para tratamientos a corto-medio plazo: EPOCs agudizados o insuficiencias cardíacas descompensadas; terapias endovenosas; oncológicos con problemas agudizados bien sea por dolor, o complicaciones de su tratamiento; tratamientos paliativos; postquirúrgicos para curas y seguimiento; transfusiones periódicas, etc... Sin embargo finalmente, una vez estabilizados vuelven a su médico de familia para su seguimiento a largo plazo, y la mayoría de ellos reclaman su atención en casa con el consiguiente aviso. Un médico de primaria en Valencia puede tener una media de 2-4 visitas domiciliarias al día, además de la consulta diaria (entre 30-40 pacientes citados, más los que se van citando en el mismo día por urgencia). El resultado es una jornada laboral cargada día tras día considerablemente.

En Londres esta situación es asumida de un modo más compartido. Los médicos de primaria británicos, los GPs, realizan alguna visita a domicilio, fundamentalmente de pacientes con problemas agudos. La media de visitas al día depende del área, pero en cualquier caso es en número bastante menor. Además cuentan con la figura de una enfermera domiciliaria, la *District Nurse* (DN). Ésta asume un papel de enfermera “técnica” con la realización de curas de heridas, administración de medicación parenteral pautaada por el médico para el manejo en casa de insuficiencias cardíacas, broncópatas, o incluso administración de opiáceos para el control del dolor de paciente oncológicos, etc... Pudiendo, en teoría, prescribir y modificar tratamientos, para los que podría estar adiestrada bajo supervisión del médico GP. Esta figura se equipararía con la de la enfermera de primaria española. La diferencia sería que mientras la DN es más una enfermería técnica, la enfermera española asume también (en mayor o menor medida, según los centros y voluntad individual) una supervisión de los factores de riesgo cardiovascular (toma de TA, determinación glucémica en diabéticos...), aunque en este caso no esté cualificada para prescribir y tenga que remitir a su médico. Por lo que aprecié durante mi estancia, la queja de algunos GPs es que la DN debería involucrarse más en aspectos básicos de salud que permitiesen un mejor control del paciente crónico en su domicilio. Estos aspectos de salud, refiriéndome con ello a factores de riesgo cardiovascular, son asumidos por otra enfermera especializada, es la *Practice Nurse*, con autonomía para prescribir y controlar pacientes crónicos pero visitados desde el centro ya que ésta no realiza visitas a domicilio. Se entiende, pues, el interés de los GPs para que la DN funcione de un modo más integrado. Es de destacar que no todas las PN tienen las mismas competencias, como la capacidad de prescribir, está en función de cursos y formaciones específicas a los que se adscriben según su interés personal, pero fundamentalmente según el centro de salud que las contrata para cubrir sus necesidades. Así existen PN más familiarizadas con el manejo de diabéticos, otras de vacunas, de hipertensión, etc...

Siguiendo con la atención domiciliaria, cuando un paciente es dado de alta hospitalaria y se prevé una convalecencia prolongada (bien sea por alguna cura, un postoperatorio, un tratamiento parenteral, etc...) se le remite directamente desde el hospital a la DN para su manejo. Pero además existen otras enfermeras especializadas en otras áreas, que desde el mismo hospital visitan a domicilio, e incluso pueden coincidir en el mismo momento en la casa. A modo de ejemplo: en mi rotatorio con la DN, tuve la ocasión de visitar a un paciente que tras ser intervenido de una neoplasia de colon había tenido una serie de complicaciones, y entre ellas una dehiscencia de sutura, motivo por el que la DN lo visitaba. Pero también recibía visitas de una enfermera del hospital que le adiestraba en el manejo de la colostomía.

Quizá esta atención tan disgregada y tan subespecializada del sistema británico para un mismo enfermo y en su domicilio, sea excesiva e impersonal. Debería existir una figura integradora del mismo paciente, tanto desde el punto de vista médico como de enfermería. Si bien aquí en España, esta figura es asumida (o debería serlo) por el médico de familia, tal vez, también debería la enfermera de primaria, ser la “enfermera de familia”, y asumir ciertas competencias de trabajo con la debida formación, al igual que la *Practice Nurse* (PN) británica, con la diferencia de que sería capaz de visitar también en casa. De este modo, la enfermera española de primaria sería el reflejo de DN y de PN conjuntamente, ganando nuevas competencias.

Creo que en nuestro ámbito, la figura del médico de familia, conocedor del paciente y su evolución y en quien el paciente confía, es algo positivo tal y como la entendemos, olvidándonos del sentido paternalista tradicional. La relación médico-paciente debe basarse en la confianza y en el trato personal y global del paciente en todas sus esferas, incluyendo la psicológica, social y su ámbito familiar, y donde las decisiones en cuestiones de salud se tomarían respetando la decisión última del paciente. El problema es que nos cargamos esta figura por la sobrecarga burócrata y asistencial que tenemos, que nos deja sin tiempo, ni ganas, para dar explicaciones o para atender correctamente a nuestros pacientes. Esto sería mejor llevado, si la “enfermera de familia” asumiera ciertas competencias como hacen en el NHS, tal y como hemos comentado anteriormente. Tal vez podemos pensar que en el sistema británico la relación sea más fría y distante, en el sentido de que el paciente está acostumbrado a recurrir cada vez a un médico distinto, o en el caso de la domiciliaria, enfermeras diferentes y de diferentes subespecialidades. Todo ello en la línea que marca el desarrollo en sí y la economía de mercado, donde el médico es un dador de servicios, y el paciente un usuario, y que desafortunadamente rige nuestro mundo globalizado. No creo que debamos seguir este camino para mejorar nuestro sistema.

Otro aspecto importante a destacar, es el papel de los conocidos *Hospices* británicos, y el movimiento *Hospice*, en el que la británica Cicely Saunders tras la 2ª guerra mundial, tuvo un papel destacado. La difusión de este movimiento a nivel europeo es en parte responsable del desarrollo en España de la medicina paliativa y las UHDs ya mencionadas. Los *Hospices* británicos son centros destinados a cuidados paliativos, que no dependen directamente del NHS, sino más bien de ONGs (*Charities*), aunque en los últimos años, dado el interés que revierte, reciben subvenciones del NHS. Estos centros cuentan con un equipo multidisciplinar de médicos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales que atienden a los pacientes en la etapa final de su vida. Están dotados de hospitalización, unidades de corta estancia, consultas externas, equipos que realizan visitas a los domicilios e incluso unidades de investigación en medicina paliativa. Sin embargo la cobertura que proporcionan no es global a toda la población, y la admisión en estos centros depende muchas veces de la proximidad vecinal a los mismos.

Llama la atención cómo la idea de la atención domiciliaria y su desarrollo varía en los diferentes países, ya no sólo en Reino Unido o España, sino a nivel mundial, en función de las necesidades, recursos disponibles y perfiles culturales de sus poblaciones. El Reino Unido considerado pionero en el tema, quizá requiera de una mejora en la accesibilidad al sistema Hospice para su población, y cuente con una excesiva subespecialización de enfermería, sin una figura integradora de los problemas del paciente. España por su parte, al menos en la Comunidad Valenciana, tiene muy arraigada la visita del médico de Primaria al domicilio, pero precisa de un apoyo de una enfermería más especializada y con mayor formación. Además considero que el desarrollo de nuestras UHDs ha sido un buen ejemplo de evolución del movimiento Hospice en nuestro país, consiguiendo acercar al ámbito del paciente, su hogar, la medicina paliativa y otras terapias especializadas, anteriormente sólo exclusivas de un ingreso hospitalario.

SONIA MARQUINA DASÍ

estancia spandoc exchange

Médico de Familia de Valencia

15 – 28 noviembre 2009