

Memoria Spandoc

Estancia del 20 de marzo al 2 de abril de 2011.

Salvador Pertusa Martínez (Alicante)

ESTANCIA EN LONDRES CON EL PROGRAMA DE SPANDOC

Del 20 marzo al 2 de abril de 2011 realicé un rotatorio en Londres por los centros de salud de Marylebone y Rushey Green dentro de mi estancia con el Programa de Spandoc.

Tras mi llegada y excelente acogida en el aeropuerto por Auxie, que ejerce de administrativa del programa, inicié mi periplo londinense no sin alguna dificultad inicial para encontrar el centro de salud de Marylebone, ubicado en el centro de Londres. Nadie me había advertido que se encontraba en la cripta de una iglesia y nunca lo habría encontrado, sin duda, si no llego a preguntar en una imponente clínica privada cercana, London Clinic. Una vez superado este pequeño obstáculo, todo fue sobre ruedas. María Oviedo, la tutora de Marylebone, encantadora en su recibimiento, así como el resto del staff con los que estuve trabajando ese día: Don, la District Nurse, Jeanette, la Practice Manager, el resto de colegas de la Surgery. El nivel de inglés debe ser elevado porque de lo contrario no te enteras bien de los temas. Con la ayuda de María, que habla perfecto español de Bilbao, todo fue algo más fácil.

De mis notas de esos días, destacaría inicialmente la extraña sensación de trabajar en el centro de una gran ciudad como Londres. Estuve visitando pacientes en sus casas con la District Nurse, fundamentalmente pacientes bajo cuidados paliativos, y no sabéis la sensación que produce ir andando o en autobús rojo típico por Oxford Street, Regent's Street, etc. mientras se está trabajando (imagino que esto mismo le ocurrirá a los colegas que trabajan en el centro de nuestras grandes ciudades españolas pero a mí nunca me había ocurrido y por eso lo cuento).

Otro asunto que enseguida me llamó la atención fue la existencia de diferentes tipos de enfermeras con nombres y funciones bien especificadas aunque un poco confusas, a diferencia de nuestra única enfermera polivalente de hospitales y centros de salud, con los matices que queráis añadir. Aquí tienen Practice Nurse (enfermera de centro de salud, que no hace visitas domiciliarias), District Nurse (enfermera de la comunidad que sólo hace visitas a domicilio), Health Visitor (enfermera comunitaria especializada en la visita domiciliaria de madre recién parida y su hijo/a hasta los 5 años) y para completar el cuadro, la Nurse Practitioner, una enfermera titulada que, entiendo, básicamente realiza el trabajo de un médico de familia o GP. Sí, leéis bien. Imagino que en los hospitales también hay enfermeras subespecializadas en distintas áreas. Me han dicho que hay enfermeras que hacen endoscopias, por ejemplo. Buena nota deberían tomar nuestras enfermeras españolas tan dependientes de nuestro trabajo y tan poco autónomas.

En el otro centro, Rushey Green, la acogida fue también excelente y pasé consulta con diferentes GPs y con una Practice Nurse visitando a pacientes en consulta de

Enfermería, muy similar a las nuestras, pero con algunas importantes diferencias: ese día en consulta vi como tomaba citologías vaginales, pasaba consulta a pacientes que querían dejar de fumar, hacía seguimiento de pacientes crónicos, inmunizaciones, revisión de medicación crónica y verificación de cumplimiento terapéutico, etc. La diferencia que yo aprecio respecto de nuestras enfermeras es que las inglesas ofrecen mayor cartera de servicios, tienen bastante más autonomía respecto de los médicos y, muchas de ellas, pueden prescribir determinados tipos de fármacos y lo hacen en consulta con total normalidad. Por lo demás, funcionan de forma bastante parecida a las enfermeras de nuestro país, con consultas cada 15 minutos, programa informático, derivación a la consulta del GP si lo consideran necesario, etc.

Como comentaba, la Health Visitor es otra enfermera que realiza visitas en el domicilio de la puérpera (también en consulta en el centro de salud) a madre e hijo hasta que éste tiene 5 años y, a diferencia de nuestras enfermeras del área de pediatría, va más lejos y valoran el entorno/domicilio de la familia, las ayudas que pueda necesitar esta familia para el cuidado de su hijo, la seguridad del bebé, la medicación, y otros muchos aspectos y consejos. Tuve la oportunidad de acudir a una visita de este tipo al domicilio de una paciente recién parida y quede maravillado por la profesionalidad de la Health Visitor. Impresionante. Fue una visita de 1.5 horas, muy exhaustiva, tal vez demasiado, porque la información proporcionada me temo que resulta a veces difícil de digerir por la mujer pero es verdad que se acompañó de abundante información por escrito en forma de folletos y un resumen final muy práctico.

Para ser honesto, como ellos dicen, creo que los GP hacen más cosas que nosotros en la consulta y, sobre todo, asumen más responsabilidades. Dicho así parece un poco fuerte, pero si lo analizas con ecuanimidad y objetividad, es así. Un día, sin ir más lejos, la colega con la que pasaba consulta, extrajo un DIU en la consulta, en un minuto y "sin despeinarse". Al día siguiente pasamos consulta de pediatría en la llamada Baby Clinic y vimos a un grupo de niños a los que se les realizó un examen exhaustivo de las 6-8 semanas. ¿Cuántos de nosotros hacemos esto todos los días?, me pregunto. Y no es que no estemos preparados para hacerlo. Pienso, sinceramente, que nuestra formación es excelente y no tiene nada que envidiar a la de nuestros colegas británicos pero otra cosa distinta es su puesta en práctica. Y nosotros no lo hacemos. Y hemos perdido oportunidades en detrimento de otros colectivos o profesionales. En UK el GP es el médico por excelencia y todo pivota a su alrededor, de ahí su tradicional prestigio y poder. Pienso que se lo merecen. En España somos unos médicos generales supeditados al dictado de los especialistas de hospital donde se ejerce la Medicina de verdad y, a menudo, somos sus secretarios. Aunque las cosas han cambiado en estos últimos años, lo han hecho de forma lenta e insuficiente. Desde aquí y visto lo visto, abogo por una mayor participación de los MF en la gestión de los problemas de sus pacientes, con asunción de mayor nivel de responsabilidad, lógicamente si las condiciones laborales y el sueldo van acorde con estas propuestas. Después de 20 años de ejercicio profesional, sigo pensando que, en el fondo, se trata de un problema político ya que nuestras autoridades sanitarias no creen en el modelo de Atención Primaria que venimos reclamando.

Otros aspectos que me han llamado la atención y que, brevemente, me gustaría comentar son:

- La política de uso de antibióticos. A mi juicio es muy restrictiva, por dos razones fundamentales según me dicen: las resistencias bacterianas y el precio de los medicamentos. Lo que yo he podido comprobar es que prescriben guiándose por los resultados de los antibiogramas de los servicios de Microbiología de los Hospitales locales. Así, para las infecciones respiratorias usan fundamentalmente amoxicilina y, como mucho, amoxicilina con ácido clavulánico como antibiótico más potente. Para las infecciones urinarias utilizan trimetoprim-sulfametoxazol y nitrofurantoína. Otros antibióticos que he visto usar han sido algunas cefalosporinas de primera y segunda generación y cloxacilina. Pero en ningún momento he visto que usen quinolonas, por ejemplo, fármacos tan usados en nuestro ámbito.
- Siguiendo con los medicamentos, tengo la impresión de que utilizan, en general, bastantes menos fármacos que nosotros, especialmente para problemas menores y, sin embargo, hacen más uso de consejos médicos y tratamientos complementarios como osteopatía, fisioterapia, acupuntura, clínicas de todo tipo, y restan importancia a esos catarros víricos pasajeros proponiendo tratamiento sintomático que los pacientes adquieren libremente en la farmacia o en el supermercado. Nosotros terminamos la mayoría de nuestros encuentros médicos con una o varias recetas de fármacos y ¡así nos va en la factura de farmacia!

Por cierto, durante estas dos semanas no he visto ni a un solo representante de laboratorios en ninguno de los dos centros donde he trabajado. En España, durante este tiempo habría sido visitado por entre 40 y 50 representantes.

- En relación con la consulta, me ha llamado la atención que los diferentes GPs con los que me he sentado no escriben durante la entrevista clínica y sólo lo hacen al finalizar la misma, o cuando el paciente se ha marchado. Incluso el papeleo generado (derivaciones, informes, pruebas complementarias) lo demoran para el final de la consulta en algunos casos. Esto permite que las consultas de unos 10-15 minutos por paciente sean fundamentalmente consultas clínicas y no burocráticas. Además, muchas consultas se realizan por teléfono, excelente medio para resolver muchos de los problemas planteados y que en España tan poco usamos.
- Para finalizar, unos breves comentarios sobre la atención a los pacientes que consultan con carácter urgente: En uno de los centros, Rushey Green, desbordados por la presión asistencial y por las largas demoras, recientemente han adoptado un sistema de atención a este tipo de pacientes que han llamado Consulta abierta, pacientes que llegan y son atendidos. Durante 45 minutos cada día, abren las agendas de los médicos que están trabajando esa mañana para atender libremente a pacientes que consultan con carácter urgente o que no pueden esperar a una cita ordinaria con su médico. Esta oferta está limitada

a la exposición de un solo motivo de consulta. Es una forma de abordar el problema que se les ha planteado aunque puede pareceros discutible u opinable. En el otro centro al que he acudido no se plantean este tipo de organización para nada, si bien sus características son muy diferentes.

Me gustaría finalizar simplemente animándoos a que hagáis esta estancia a aquellos interesados en aprender y vivir otras formas de organización. Os aseguro que es muy interesante y enriquecedora.

Salvador Pertusa.

Médico de Familia

Centro de Salud de Cabo Huertas (Alicante).