

YOU ARE WELCOME

Dra. Doña Rosa Magallón Botaya

Estancia: 14/05/12 – 25/05/12 , Spandoc Exchange

You are welcome. Es la frase que define la amabilidad de Jane, la enfermera (**Practice Nurse**) del centro de salud de Rushey Green, uno de los centros que tuve la oportunidad de conocer en mi estancia *Spandoc*. La oportunidad y la suerte a la vez de comprobar, por el método de la observación directa, una hipótesis mantenida a poco de iniciar mi trayectoria profesional hace ya muchos años: que otras formas de hacer las cosas son posibles.

Jane fue para mí aquel lunes de mayo a las nueve de la mañana como una chiquadrado. Hay diferencias significativas en el contraste de hipótesis. Resulta ser que el trabajo de la enfermería de atención primaria es significativamente diferente en el modelo inglés respecto al modelo español. Modelo español que se mantiene inamovible tras la reforma sanitaria de los ochenta, por lo menos en la mayoría de los centros de salud de la transferida sanidad “universal”. Modelo que, en humilde opinión de quién suscribe, ha convertido en dogmas de fe inamovibles, roles profesionales más que discutibles.

Pero volvamos a Jane. Nueve de la mañana. You are welcome. Para mi método de observación directa utilicé una herramienta infalible para los médicos, la que es insustituible, la que sobrevivirá a todos los programas informáticos posibles: papel y bolígrafo, en forma de diario narrativo de lo que iba a acontecer esa mañana. Quince minutos por paciente en una sesión (consulta a demanda para nosotros) de tres horas y tres cuartos de duración, con diez minutos de break.

Como resumen:

- Paciente con neoplasia de esófago: entrevista, cómo se siente, control del dolor, pero, tensión, control de medicación, *peak flow*.
- Paciente con asma: comprobación de correcto uso de inhaladores y explicación de la técnica de nuevo, control de peso, talla, *peak flow*. Petición de análisis, prescripción de un antihistamínico y control en 6 meses.
- Paciente inmigrante de 70 años, llamado por la secretaria del centro de salud porque hace cinco años de su última visita. Jane le hace una historia completa, peso, talla, tensión y le pide análisis.
- Paciente de 39 años que acude para revisión de neoplasia cervical. Se le hace citología (¡Jane!) y control de medicación.

- Paciente de 71 años, diabética. Jane explica a la paciente las nuevas guías (literalmente le enseña el artículo de *Diabetes Care 2009* a la paciente) con los nuevos rangos de normalidad en glicosilada. Toma de tensión, peso, talla control de medicación y nota interna al médico de familia para que valore modificar la medicación.
- Paciente de 13 semanas: vacunación según calendario y control de la cartilla. Esta visita es en la misma consulta, con la misma sala de espera.
- Paciente de 65 años. Acude a revisión, tras una fractura de cadera. Hace dos años que no viene. Toma de tensión (se detectan tensiones altas), se le hace un intenso consejo antitabaco y se piden análisis.
- Paciente de 70 años, diabética, acude a por resultados de análisis. No va bien, no lleva bien la dieta ni la medicación. Jane le sube la dosis de glicazida, le recuerda la importancia de la medicación y le vuelve a explicar cómo hacerse el perfil de glucemias en casa.
- Paciente de 34 años, control analítico postparto. Revisión de problema en extremidades inferiores.

Y en todos y cada uno de los pacientes Jane saludó con la frase mágica y compartió con el paciente todas y cada una de sus decisiones. No sé cuántos cursos ha hecho Jane sobre la atención centrada en el paciente, ignoro si forma parte de sus competencias adquiridas formalmente. Pero al igual que el resto de profesionales a los que observé en este periodo, hay una predisposición (genética o educacional, habría que investigarlo) a la extrema amabilidad y respeto para con el paciente. Y quizá, salvo alguna excepción, este respeto y consideración es bidireccional, en mayor medida que en nuestro país, sin duda. Mucho tendrá que ver el papel de la atención primaria de salud y especialmente del médico de familia, dentro del *National Health Service* británico, donde realmente es el eje del sistema, sin ambages ni medias tintas como en nuestro caso.

Nos cansamos de decir que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema, pero hasta que no he realizado esta estancia, no he podido comprender lo que realmente significa esta frase hecha: la puerta de entrada,.. y de salida inmediata a otro nivel con más prestigio social. El poder que tiene el médico de familia, el respeto, la autonomía, la consideración de los otros especialistas (incluyendo las famosas y amabilísimas respuestas a las interconsultas por parte de los especialistas) ha provocado en mí una insana envidia y de nuevo, una constatación: otra forma de hacer las cosas es posible. A esto le añado: efectivamente, en España, la atención primaria no pinta casi nada, con respecto a otros niveles asistenciales. Pero esto pertenece otro debate, a otro jardín distinto en el que estamos.

Estamos en la consideración de que, visto lo visto, los roles profesionales de nuestros centros de salud son bastante inamovibles. La distribución de tareas, las competencias profesionales, la asunción de responsabilidades se ha diluido a lo largo de los años, tanto, que finalmente nos han sido asignados (o nos hemos atribuido plácidamente) competencias, tareas, planificaciones horarias que pueden y deben de ser re-considerados.

Sorprendente la amplitud de motivos de consulta de Jane, la *Practice Nurse*. En otros Centros de Salud que visité observé que las enfermeras están sub-especializadas en la atención a crónicos (epoc, diabetes, etc.), aunque con el mismo nivel de competencia y responsabilidad. En cualquier caso, sorprende comprobar cómo gestiona los pacientes de manera totalmente independiente (aunque coordinada) y acorde a lo que se esperaría de una especialización universitaria de grado. Como tienen interiorizado y asumido que la primera visita de una paciente cuando se registra en un Centro de Salud es para la enfermera que abre la historia, las actividades preventivas que correspondan, el listado de problemas de salud, etc. ¡Algo tan sencillo y muchas veces tan difícil!

Hay otros modelos de enfermería llamativos que se diferencian todavía más del modelo español. Por ejemplo las **Health Visitors** o enfermeras de pediatría, cuya labor se dirige fundamentalmente a las visitas domiciliarias para conocer el entorno de la mujer embarazada y/o donde crece el niño hasta los cinco años. Como Louise, una auténtica enamorada de su profesión. Todo un lujo de atención comunitaria, quizá no al alcance de nuestra sanidad en tiempos de crisis: una media de tres niños visitados en sus domicilios por día, con una estancia media de una hora en cada visita.

Ejemplos:

- Niño de 2 años, recién adoptado en el seno de una familia de origen hindú de buen nivel socioeconómico. Visita pausada, con té incluido, cómo no, en la que la enfermera va tomando notas de la alimentación (con frigorífico abierto), de su dormitorio, de cómo se relaciona con los demás, del juego, del habla, de las capacidades de los progenitores... Extenso informe que finaliza en una diagnóstico y análisis de situación. En el caso que nos ocupa, derivación de la madre a grupo de mujeres en situación similar.
- Niño de 4 años, recién llegado de Republica Checa, junto con su madre. Ninguno de los dos habla inglés. Vamos a la visita con mediador con intérprete. Sin escolarizar todavía. El padre trabaja 12 horas diarias en el centro de Londres, más una hora de transporte. Buen nivel educativo de ambos, bajo nivel económico. Derivación a Servicios Sociales para programa de inmersión lingüística de la madre. Información sobre opciones educativas del niño. Asignación de Centro de Salud.
- Madre víctima de violencia de género, con cuatro hijos, el último de los cuales se niega a hablar con 4 años. Se ofrece ayuda psicológica a madre y niño.

Existe otra modalidad de atención enfermera en la que los niños van al centro y son visitados por las *nurses* "escolares". Éstas realizan el seguimiento de lo que sería un equivalente a nuestro programa del niño sano: desarrollo psicomotor, alimentación, ritmo de sueño, etc. Es muy curioso cómo tampoco en este caso hay interrelación de esta actividad en la historia clínica del centro de salud, aunque toda la información que generan estas enfermeras queda registrada en varias copias del libro de salud infantil, que queda en propiedad de la familia, pero del que la enfermera se queda una copia. Ven unos cinco niños por la mañana y después de comer se encargan de la vacunación de la tuberculosis, fundamentalmente. El resto de vacunaciones las pueden asumir también las enfermeras de los equipos, como Jane.

Desde luego, las diferencias en este tipo de atención son grandes en ambos modelos. Sin cuestionar cuál de los dos sistemas es mejor o peor, hay cosas sorprendentes como por ejemplo que manejan sus propias historias clínicas que no se intercambian con las del centro de salud, ya que no dependen de los centros de salud sino directamente del gobierno, aunque mantienen periódicamente reuniones de coordinación con los médicos de familia.

Probablemente no estamos en condiciones de asumir en nuestro país una atención tan individualizada. Pero puede haber un término medio entre las escasísimas valoraciones del entorno familiar del niño en su propio medio, y lo que desde nuestro punto de vista en las condiciones actuales pueda verse como un “exceso” de atención, o de gran coste para los pocos usuarios atendidos. Quizá.

Finalmente existen las **Community Nurses**, que dependen como las anteriores del Gobierno y no del Centro de Salud. Trabajan en turnos de 9 a 17 horas, incluidos los fines de semana, y realizan la atención domiciliaria de los adultos. Estas enfermeras, también denominadas *District Nurses*, son empleadas directamente, como las anteriores por el *National Health Service*.

Ejemplos:

- Paciente encamado de 90 años. Vive con hermana de 88 años y cuidadores. Acude diariamente a darle la medicación por sonda nasogástrica y vesical. Como en muchos de nuestros domicilios, con la cama ortopédica en el salón.
- Mujer de 91 años, sola, con deterioro cognitivo. La casa huele a gato y a rancio. Acude semanalmente a administrarle la medicación en un “semanario”. Y por la tarde acude otra enfermera diariamente a administrarle olanzapina intramuscular. Se niega a asistente de hogar.

Aún hay más diferencias en cuanto a la atención enfermera dentro de la atención primaria: la **Nurse Practitioner**. Rara avis, que no está en todos los centros de salud, pues no es una figura institucionalizada por el gobierno, sino que depende de la contratación de los médicos que lideran el equipo. Se trata de enfermeras muy especializadas (tres años tras la formación básica) en problemas sencillos de salud, con consulta y pacientes propios. Para obtener este título, además de la formación, deben de acreditar varios años de experiencia profesional. Sin que requieran una coordinación con el médico, en absoluto. De hecho, en los centros en los que existe esta figura, los pacientes pueden elegir entre acudir a un *GP (General Practitioner)* o a una *NP (Nurse Practitioner)*

Ejemplos que observé con Gill:

- 29 años, diabético. Pide análisis y le aconseja que lo visite un GP del centro más “especializado”.
- 39 años, Otolgia. Prescripción de tratamiento tópico tras exploración.
- 23 años, con esquizofrenia, acude a por continuación de prescripción de olanzapina.

- 19 años, eccema atópico. Gill le prescribe tratamiento tópico, antihistamínicos, emolientes... ¡en una misma receta! Bienvenida sea la receta electrónica, espero.
- 28 años, lumbalgia de larga evolución. La deriva a fisioterapia.
- 35 años, epigastralgia crónica. La deriva a la enfermera a un test de detección de helicobacter.
- 41 años. Alcoholismo mas trastorno bipolar. Acude a por recetas (vanericlina, quetiapina, tramadol, risperidona, ahí es nada,...) porque se le ha pasado la cita con su GP.
- 32 años, revisión de circuncisión reciente.
- 46 años. Nueva en el centro. Acude por dolor abdominal del que le han mirado varios especialistas. Gill la llamará cuando se entere de su historial y la citará para otro especialista.
- 43 años. Migrañas y neuralgia. Se le sube la dosis de gabapentina.
- 22 años. Acude por epigastralgia inespecífica, pero se lleva unos preservativos.
- 16 años. Su hermana tiene sífilis y tiene miedo.

Así en una “sesión” de 14 a 17 horas a 10 minutos por paciente.

Pienso que si no me llegan a decir nada, no habría podido distinguir esta consulta de alguna de las nuestras: como por ejemplo las que muchas veces realizamos, cuando le pasamos la consulta esporádicamente a un compañero: solucionamos las cuestiones agudas y más banales, hacemos continuidad de la prescripción crónica y de lo demás, “espérese a mañana que Don Pepito, su médico, ya estará aquí”.

Coincido con el compañero Sergi Ortiz, que me precedió, en que es una atención más superficial que la que puede ofertar un buen médico de familia, aquí, en Londres y en San Petersburgo. Y sin embargo, al contrario de lo que opina él, no es solo una cuestión de que esta especialización enfermera resulte más económica que el sueldo de un médico de familia. Pienso que en ocasiones el médico de familia no asume ni se responsabiliza de todas las competencias en las que está formado y se le paga. Y así, el sistema, nuestro sistema español, está desviado en lo que una vez oí a uno de nuestros ilustres compañeros: *“En España, el especialista hospitalario hace lo que debería hacer el médico de familia, el especialista en atención primaria hace lo que debería estar haciendo la enfermera española (que no la inglesa), la enfermera hace lo que debería estar haciendo por sí mismo el paciente”*. Coincido plenamente con esta percepción. La responsabilidad hay que pagarla, pero también hay que asumirla. Y exigirla. En todos los estamentos.

A modo de conclusión, me ha interesado especialmente el trabajo de las enfermeras que, en términos generales, asumen muchísima más responsabilidad y competencias que las españolas, trabajan de forma más independiente (pero coordinada) y siguen fielmente las guías clínicas. En lo que vi de las *Practice Nurses*, de los centros de salud, no observé actividades de dudosa costo-efectividad, al contrario que en España, donde las enfermeras realizan algunas tareas más basadas en la inercia que en la evidencia. Aplicable, desde luego, también a muchos de nosotros, cómo no. Pero, como ya expresé al principio de esta reflexión, en la humilde opinión de quién suscribe, y desde la perspectiva de más de 25 años de vida profesional, empezando con aquella reforma sanitaria que tantas expectativas creó... resulta que sí, efectivamente, ha servido para consolidar el papel del médico de familia, pero la enfermería no ha sabido responder a lo que se esperaba de la profesión. Yo por lo menos, esperaba a Jane. Al trabajo de Jane. A muchas como Jane.

El resto de trabajo enfermero, la visita domiciliaria, la pediatría etc., escapa a la responsabilidad del equipo de atención primaria, y son empleadas exclusivamente del *NHS*. Esta separación, en nuestras circunstancias actuales en las que los departamentos de salud pública están en peligro de extinción, no parece probable. Sin embargo, en nuestro país han proliferado, especialmente en algunas comunidades autónomas, especializaciones de enfermeras (de enlace, de gestión de casos...) que más parecen concesiones políticas que necesidades reales. ¡Nunca he visto un médico de enlace!

En lo personal, la experiencia ha sido tremendamente gratificante, con una envidia sana en muchos aspectos (el respeto hacia el médico de familia por parte de los especialistas) que difícilmente superaré, salvo con el paso del tiempo. Con nuevas ideas para mi consulta (cambios organizativos), para mis residentes (tutores compartidos), y desde luego con una puerta abierta al futuro.

¡Como mejore mi inglés, me voy a Inglaterra!