

LAS VACUNAS EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE CABECERA

Seminario de Innovación en Atención Primaria. Madrid, noviembre de 2015

Raúl Calvo Rico

No va mi ponencia encaminada a analizar pormenorizadamente cada una de las vacunas, aunque en ella se nombre alguna, sino del día a día de nuestras consultas, o al menos de las más, que serán más o menos representativas, pero que son dos consultas de pueblo de las de siempre, con un medico que intenta ser de los de siempre (en el mejor de los sentidos).

DEJACIÓN DE RESPONSABILIDADES: sin justificación posible

Hemos abandonado la vacunación en manos de enfermería, asumiendo que ya que recae en ellos el acto físico de la administración, debe dar respuesta a cualquier pregunta, que planteen los pacientes. Hemos delegado también en los pediatras de AP con la misma alegría con que permitimos que los niños fueran excluidos de nuestras familias hasta que cumplieran catorce años.

ENFERMERÍA

- La enfermería de AP ha hecho una labor inmensa para conseguir cobertura casi universales en vacunas sistémicas, dando con su preparación, sus consejos de salud y sus cuidados, valor real a esa aberración que es el programa del niño sano.
- También ha soportado ser formada y actualizada en vacunación por parte de sus servicios sanitarios detrayendo tiempo de su vida personal.

Se identifican dos problemas:

1. Escaso margen de maniobra ante una orden médica. El peso de la recomendación del médico o pediatra suele ser mayor en la población. En el caso de recomendación en contra por la enfermera, el resultado es una nueva consulta al médico que termina en enfrentamiento entre ambos que suelen resolverse por la vía de autoridad (horrible solución)
2. Formación centrada en los beneficios de vacunas y su necesidad de extender las coberturas. Poco crítica, cuando no patrocinada directamente. Respuestas por tanto sesgadas, reforzadas por años administrando estos medicamentos

PEDIATRÍA

- Por su formación hospitalaria no utilizar un recurso disponible para evitar una enfermedad en un paciente se vive con una traición hipocrática. Importa el aquí y el ahora, el niño que muere por encefalitis por varicela, el ingresado en UCI por rotavirus. ¿Quién puede culparles si se han criado en el zoo de pensar en cebras cuando oyen ruido de cascos?
- La Industria Farmacéutica intensifica su presión sobre ellos individual y colectivamente, disfrazándola de apoyo a organizaciones, comités, foros formativos. Maximizan beneficios, minimizando daños.
- Resultado: crítica a los calendarios vacunales por insuficientes, recomendaciones particulares de calendarios más prolijos emocionalmente comprometidos (por los niños lo que sea) y socialmente reivindicativos (desconfianza hacia sanidad pública: trasvase a privados)

CONSENSO GENERAL SOBRE LAS VACUNACIONES SISTÉMICAS

No estamos al borde del caos epidemiológico, las coberturas demuestran el arraigo poblacional de la vacuna sistémicas. El peso de los anti-vacunas en nuestras consultas es ínfimo. Nuestras habilidades para movernos entre los "datos blandos" y en el contexto biopsicosocial nos permite identificar las causas de su rechazo.

Bajo el mismo subyace un descrédito de la medicina y una desconfianza hacia el sistema sanitario, de las que casi siempre hemos sido corresponsables, cuando no culpables: deshumanización, medicalización, derivaciones inapropiadas, bucles sanitarios.

Reconstruir lazos de confianza es labor de años de saber escuchar. Debemos derribar el viejo redil y construir uno nuevo donde cualquier oveja querría estar siempre.

DUDAS ANTE LAS VACUNAS EN EL ADULTO

Básicamente tres: tétanos, papiloma y gripe

TÉTANOS: la revacunación se ha convertido en acto mecánico en urgencias y al que los pacientes ponen como único reparo tener que llevarse además un pinchazo. Es imprescindible desautomatizar esta conducta.

PAPILOMA: tres molinos de viento: CANCER, GINECOLOGOS, MARKETING. Su éxito fue vender la primera vacuna contra el cáncer, que los ginecólogos compraran el argumento y lo extendieran a las mujeres.

Afortunadamente, su elevado coste genera dudas (crematísticas) aprovechables para realizar prevención cuaternaria.

GRIPE: de enorme presión de la Administración Pública, y gran aceptación social. Sin embargo, con un nivel muy pobre de información (anti-catarros). El mensaje sobre la realidad de la vacuna y de refuerzo de las medidas preventivas de contagio cala fácilmente en población de bajo riesgo que abandona el circuito sobresaturado y masificado

Finalmente, considerar el peso de la vía de administración en la adherencia. El miedo al dolor, el pánico visual a la aguja juegan un papel importante. Problema menor, pero no desdeñable.

LA ACTITUD ANTE LA DUDA DEL PACIENTE

La formación exige un esfuerzo y un compromiso. Es más cómodo adquirir clichés preestablecidos que mantener una actitud crítica (inquieta y deseosa de conocimientos)

Podemos dividir la formación en tres niveles:

MACRO: proviene de los servicios de salud. Dirigida a incrementar coberturas. Escasamente crítica no sólo con los problemas asociados (inefectividad, efectos adversos, potencia) sino con la inclusión o exclusión en el calendario vacunal.

MESO: en nuestros centros: útiles, apegadas a la realidad, ambiente de camaradería que involucra, generando debates internos. Requiere tiempo y esfuerzo y no siempre se está dispuesto a encontrarlo.

Fuera del centro de trabajo, bien en otras unidades, bien organizadas por la Industria Farmacéutica. Casi todas contaminadas-patrocinadas, bien de forma sutil (subconsciente de los organizadores) o más tosca.

MICRO: uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Requiere adiestramiento para establecer filtros. Libre, dinámica y abierta. Aún poco extendida.

EL PESO DEL EJEMPLO: ¿QUÉ HARÍA USTED?

Con esta pregunta el paciente pretenden cerrar dudas. Es una trampa basada en la confianza que confiere la longitudinalidad. Explicar los pros y contras para que tome la decisión puede transformar nuestra entrevista en un juego de pregunta-respuesta similar al ¡y tú más! infantil, con riesgo de quiebra de confianza.

Por tanto hay que pringarse. O reconocer que no tenemos la respuesta correcta bien porque no existe o porque no la conocemos. En este caso estamos obligados a adquirir esa competencia.

Si no existe, la pregunta puede volverse más personal: ¿vacunaría a sus hijos, su madre? Los pacientes son inteligentes, interpretan nuestro lenguaje verbal y no verbal, y se difunde en nuestros cupos (sobre todo en pueblos). No se puede eludir la responsabilidad. Somos un faro para los pacientes. En nuestra postura, pasiva o proactiva puede residir el éxito o fracaso de una actividad de salud como la vacunación.

CUESTIONES PARA EL DEBATE

1. Dando por supuesta la hipótesis de dejación de responsabilidades de los médicos de cabecera con respecto a las vacunas en su población: ¿qué medidas deberíamos adoptar para recuperar el espacio perdido, y como podríamos implantarlas sin ser etiquetados como anti-vacunas? (teniendo en cuenta que, en algunas ocasiones, nuestras recomendaciones serán contrarias a la vacunación, o al menos expresaran dudas razonables)

2. En general, ¿diríais que los médicos de cabecera viven las dudas vacunales de sus pacientes como un déficit en la confianza que tienen hacia ellos, incluso como una amenaza hacia la "posición de poder" que les da la sabiduría científica (por el simple hecho de expresar dudas en un terreno donde no parece haber el pensamiento crítico)?

3. ¿Cómo debemos conjugar los médicos de cabecera nuestra posición de referencia sanitaria para nuestros pacientes con la pertenencia a servicios sanitarios que realizan campañas de vacunación agresivas (no sólo para la población, sino para sus propios empleados) sin atender al peso de la evidencia científica?