

Contenido y organización de una consulta de enfermería

M.M. Pérez Fernández*, E. López García*, E. García García* y J.J. Gervas**

Consultorios de la Seguridad Social. Madrid

Introducción

El personal de enfermería ha cumplido tradicionalmente dos funciones en la práctica ambulatoria española: 1) ayudante del médico, con un papel predominantemente administrativo (la clásica *enfermera*, pues es habitualmente mujer, en la consulta de ambulatorios y consultorios) y 2) cumplidor de las prescripciones de inyectables del médico (el típico *practicante*, habitualmente varón). Su rol ha sido, pues, de sumisión al médico, representando la figura femenina pasiva que hasta el propio personal sanitario le atribuye¹.

No será fácil transformar este perfil pasivo por una actitud positiva autónoma, de desempeño de la actividad que corresponde a un personal cualificado. Los profesionales de enfermería necesitan recuperar su imagen y lograr la aceptación por los médicos de una relación de igualdad, en la que la atención de salud y de la enfermedad de la población se realiza por distintos profesionales que colaboran trabajando en equipo².

Entendiendo por equipo el grupo que trabaja con un objetivo común a partir de las distintas capacitaciones de sus componentes.

El trabajo en equipo es uno de los pilares de las nuevas estructuras básicas de salud³, pero su implantación requerirá el aumento del número de personal de enfermería⁴, y el esfuerzo del colectivo para superar los problemas propios del trabajo en equipo^{2,5,6}. El personal de enfermería ha demostrado sus posibilidades^{7,8,9,10}, aumentadas en el momento actual de crecimiento de los gastos sanitarios^{11,12,13}.

Se presenta en este trabajo el contenido de la experiencia realizada en dos consultas de medicina general de la Seguridad Social cuyos objetivos son: 1.

Transformar el trabajo de la enfermera, de pasivo-administrativo en activo-preventivo y 2. Mejorar la calidad de la asistencia prestada, especialmente en los aspectos preventivos y de control de crónicos.

Metodología de trabajo

La experiencia se inició en abril de 1985 en la consulta de medicina general de la que uno de los autores es titular (JJG) en el Consultorio de la Seguridad Social de la C/Gral. Moscardó, 7, Madrid. En febrero de 1986 la experiencia se amplió a otra consulta de medicina general de la que uno de los firmantes (MMPF) es titular, y las otras dos enfermeras (LGG, GGE), en el consultorio de la C/Miguel Yuste, 47, Madrid. Se han publicado diversos trabajos que recogen la demanda y uso de estas consultas^{14,15}, que no se han modificado.

La consulta se realiza en sus dos horas habituales, pero la enfermera pasó a ocupar un despacho libre en el que se colocaron los archivos de historias clínicas. Todos los pacientes son vistos por la enfermera, para iniciar/continuar la historia clínica y para realizar las actividades que se recogen en el diagrama de flujo (fig. 1). Tras la consulta de la enfermera los pacientes pasan a la consulta del médico, si lo solicitan o si la enfermera lo estima conveniente.

El contenido de la consulta de la enfermera, de acuerdo con el diagrama, incluye aspectos de realización de 1) la historia clínica, 2) actividades preventivas en general, 3) actividades preventivas en crónicos y 4) ocasionalmente, actividades curativas. La selección se basó en la experiencia previa de la propia consulta^{16,17}, y en la revisión de la bibliografía. Se utilizó material de elaboración propia (regímenes y consejos e instrucciones por escrito en forma de folletos) y material diverso del Ministerio de Sanidad, en los casos necesarios.

En resumen, el contenido de las actividades de la consulta de la enfermera se refiere a la realización de:

- 1) Historia clínica¹⁸

* Consultorio de la S. Social C/Miguel Yuste

** Consultorio de la S. Social C/Gral. Moscardó

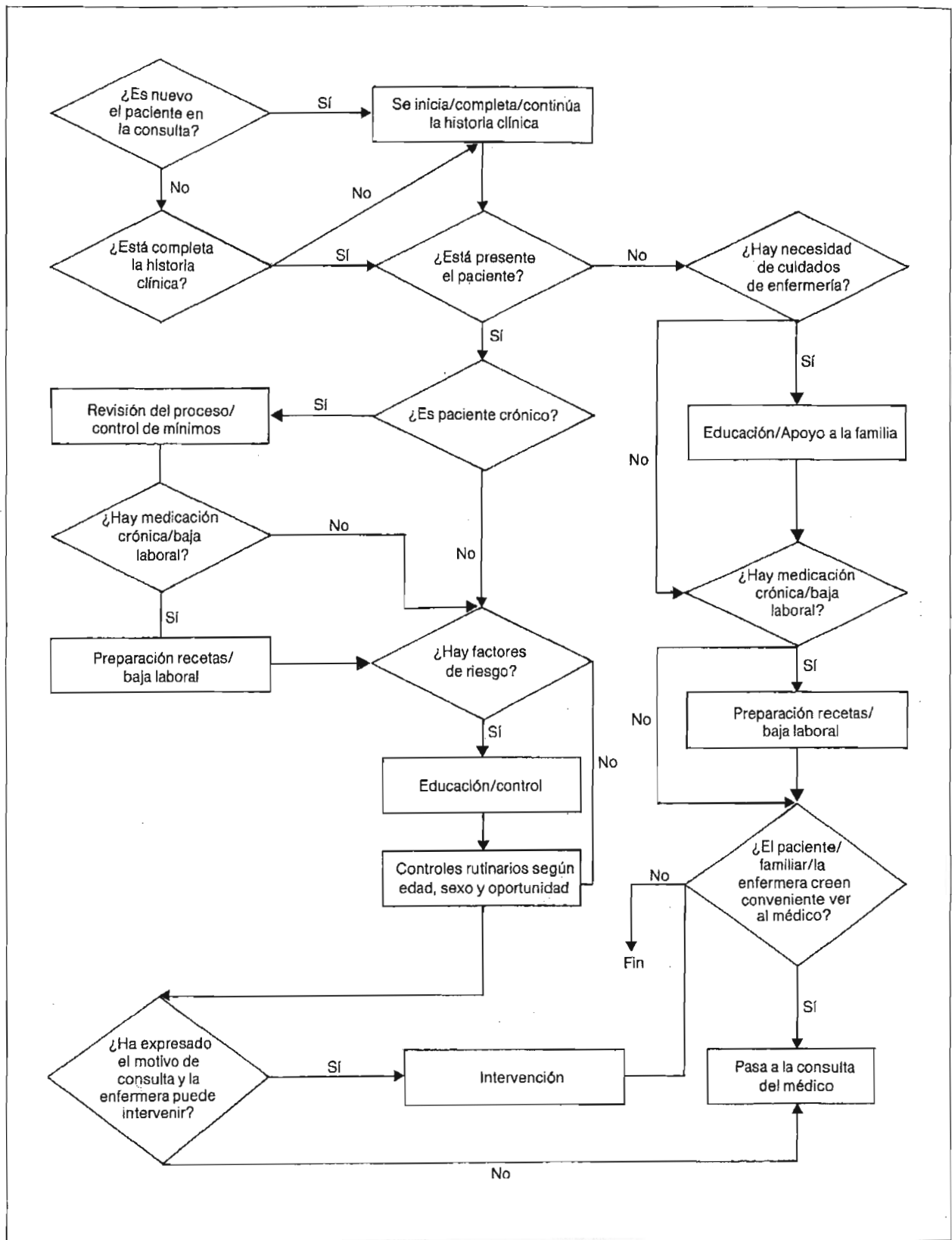


Fig. 1. Diagrama de flujo.

2) Actividades preventivas en general:

- contra el tabaquismo.
- favoreciendo el deporte: pasear, correr... (adaptado a edad, sexo y condición).
- vacunaciones: 1) antirrubéola: dosis única; a todas las mujeres fértiles no vacunadas; asegurando dos meses a posteriori sin embarazo; 2) antitetánica: dosis de acuerdo, única; o bien tres dosis para vacuna completa; a toda la población; no en enfermedades infecciosas agudas ni en estados convulsivos y 3) antigripal: dosis única; a los mayores de 65 años, bronquíticos crónicos y a diabéticos; en septiembre-octubre.
- hipertensión: hasta los 35 años, tomarla una vez cada cinco años; de 35 a 55, cada dos años; y a los de más de 55 años, anualmente.
- prevención del cáncer^{19,20}:
 - de piel: uso de sombrero-gorro; moreno progresivo; precaución en rubios.
 - intestino: determinación de sangre oculta en heces a los mayores de 55 años, ante la sospecha clínica.
 - de mama²¹: enseñanza de la autoexploración; mamografía en caso de duda.
 - genital: si la última citología es normal, cada 3 años en mujeres hasta los 35 años; después, cada 5 años hasta los 60; precaución, si hay promiscuidad sexual, o ha habido comienzo precoz de relaciones sexuales.
 - de pulmón: lucha contra el tabaquismo.
 - de órganos hematopoyéticos: control de irradiaciones; no a las radiografías innecesarias.
 - de tiroides: insistiendo en la necesidad de collarín de protección en las radiografías dentales.
 - prevención de enfermedad coronaria²²: ejercicio físico; control de la tensión arterial; contra el tabaquismo; control de la obesidad; determinación de glucosa-colesterol cada 5 años, desde los 30 años de edad.
 - prevención de accidentes infantiles (a través de la actuación sobre la madre): envenenamientos (fármacos, productos de limpieza), caldas-choques (ojo en el automóvil, asiento trasero), quemaduras (en la cocina; por el sol).
 - prevención de accidentes de circulación: alcohol; sedantes; uso de cinturón de seguridad; descanso adecuado.
 - prevención de caries: examen de la boca de niños y adolescentes; recomendaciones (limpieza con hilo dental, fluoración, enjuagues).
 - control del crecimiento: en niños y adolescentes (talla y peso una vez al año).

3) Actividades preventivas en pacientes crónicos:

- control de obesos: una vez al mes, al comienzo; desde los seis meses, control trimestral.
- control de hipertensos²³: tendente a mantener

la tensión diastólica por debajo de 95 mm de Hg. La sistólica en ancianos, la que soporten sin problemas; en adultos hasta 150 en hombres y 160 en mujeres; comprobar que está hecha adecuadamente la historia, la exploración física y la analítica (al comienzo, y cada dos años, si toman medicación); precaución con los hipertensos de aparición entre 30 y 55 años; atención a los factores agravantes: juventud, varón, tabaquismo, diabetes, hipercolesterinemia, obesidad, daño de órganos (corazón, riñones, retina, sistema nervioso central). Cita de los pacientes estabilizados cada dos meses.

—control de diabéticos: dieta y fibra; siempre la glucemia por debajo de 300 mg%; determinación de glucemia y glucosuria al menos una vez al año; control anual del peso; en los que toman antidiabéticos orales: no alcohol; atención a los síntomas de hipoglucemia y los prodrómicos del coma hiperglucémico (vómitos, rubicundez, náuseas...); precaución con los factores precipitantes del coma (diarrea, infecciones, vómitos...); insistencia para que los que se ponen insulina no la suspendan nunca; atención a los pies; nunca corticoides (control de terapéutica de los distintos especialistas). Cita de los pacientes estabilizados cada seis meses.

—control de gotosos: dieta; determinación anual de ácido úrico; control de fármacos.

—control de anemias: seguimiento y diagnóstico de los hematocritos de menos del 36 %, y de la hemoglobina de menos de 12 g%.

—varices: ejercicios; consejos; medias.

—hemorroides: consejos; control del estreñimiento.

—estreñimiento: dieta; salvado; fibra; medidas de higiene; cambio de estilo de vida; evitar el uso de laxantes.

—encamados: apoyo y enseñanza a familiares; prevención de úlceras de decúbito; coordinación con el practicante de zona y otros.

—problemas mentales-sociales: apoyo; coordinación con asistentes sociales, con centros de salud y con otras organizaciones.

—control de la osteoporosis: talla anual de las mujeres posmenopáusicas, recomendación de ejercicio físico y dieta rica en calcio.

4) Actividades curativas: según oportunidad.

Naturalmente las actividades se realizaron en los casos oportunos, buscando la aceptación del paciente, y sabiendo que en atención primaria la continuidad es una característica básica que permite programar a largo plazo la consecución de los objetivos.

Resultados y discusión

En conjunto el cambio en la organización en la consulta fue aceptado sin excesiva dificultad por los pacientes. Los problemas planteados fueron:

1) El tiempo: el promedio por paciente es, en esta consulta, de cinco/seis minutos¹⁴ y se conservó como media tanto en la consulta del médico como en la de la enfermera (estudios no publicados). De hecho, pues, se duplicó el tiempo de consulta que pasó a ser de un total de diez-doce minutos. No obstante en algunos casos se produjeron «atascos», especialmente pacientes con problemas sociales o familiares en la consulta de la enfermera, y pacientes que requerían una exploración a fondo en la del médico. Así, aunque lo normal fue una concatenación tiempo de espera - consulta de enfermera - consulta del médico, aquellos pacientes que tuvieron que esperar ante la consulta del médico vivían la doble espera como doble tiempo, aunque en la realidad el tiempo total de espera se mantuvo en el normal de esta consulta, de unos treinta minutos (resultados no publicados).

2) El lugar físico de espera: en el consultorio de la C/Gral. Moscardó la situación del despacho de la enfermera exigió cambiar el lugar de espera de los pacientes, con la consiguiente incomodidad para los habituales. Dado el enorme peso de los pacientes crónicos habituales¹⁴, el cambio del lugar físico de espera, situado en la misma planta y en un solo ambiente con el primitivo, fue un grave inconveniente, entendido por los pacientes como una modificación sustancial de la organización de la consulta, y en los primeros momentos, como un presagio de cambio de médico de cabecera.

3) La formación previa de las enfermeras influyó en todas las actividades (se pusieron más vacunas antirrubéola que antitetánica, pese a emplearse las primeras en una población restringida). Por otra parte, el dominio de la dinámica de la entrevista con el paciente es una cuestión de práctica para la que no se prepara ni al personal médico ni al de enfermería, que pasa así de la teoría a la práctica desconociendo los factores que influyen en la entrevista²⁴. Tampoco se prepara al personal sanitario en la realización de educación para la salud, pese a la oportunidad que representa la atención sanitaria²⁵ y las nuevas ideas en educación²⁶.

4) La enfermera es una tercera persona presente en la práctica ambulatoria española hasta la actualidad. Al desaparecer su presencia física continuada se modifica la relación médico-enfermo y, por ejemplo, los problemas familiares y los problemas sexuales, antes sólo entrevistados de soslayo, se han convertido en un hecho habitual en la consulta. Se exigen, pues, de médicos y enfermeras conocimientos y habilidades que antes no se habían desarrollado.

5) La lectura de la historia clínica; la situación alejada del despacho de la enfermera en el consultorio de la C/Gral. Moscardó, conlleva que los propios pacientes lleven su historia clínica cuando pasan a ver al médico ejerciendo su derecho a leerla mientras esperan ser atendidos. Ello ha provocado interesan-

tes problemas prácticos y éticos, resueltos sin dificultades^{27,28}.

y 6) No existe un cuerpo coherente de medidas preventivas^{29,30}, ni la historia clínica habitual permite la sistematización de las actividades preventivas¹⁸. Sería conveniente, pues, introducir una hoja de prevención^{31,32}, para aprovechar y sistematizar todas las actividades de prevención desarrolladas durante la atención médica. La instrucción individual es el mejor método de educación para la salud³³, y aunque no sea la consulta el lugar ideal para realizarla¹⁷ vale la pena sistematizar el esfuerzo³².

Los problemas se han ido superando, y aunque los resultados no se han cuantificado, ha aumentado el número y la calidad de la medicina preventiva, y las actividades curativas se han ampliado a las áreas de problemas familiares-sexuales-sociales facilitando la intervención médica integral³⁴. La consulta de enfermería, aunque sometida a debate³⁵, es aceptada por profesionales y pacientes como demuestra nuestro trabajo diario y el de otros^{6,9,36}.

Bibliografía

- Horman DJ, Compbell JD, De Gregory JL. Gender and the attribution of the nurse practitioner and physician status. *Med Care* 1987; 25: 847-855.
- Lamb GS, Napodano RJ. Physician-nurse practitioner interaction patterns in primary care practices. *Am J Public Health* 1984; 74: 26-29.
- Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud. BOE de 1 de febrero de 1984; 2.627-2.629.
- Gérvas JJ, Pérez Fernández MM. La implantación de los centros de salud. Estimación del impacto sobre la demanda en el sistema sanitario público en el Valle del Nalón (Asturias). *Gaceta Sanitaria (Barc.)* 1984; 18: 229-233.
- Brooks D. Teams for tomorrow. Fowards a new primary care system. *J R Coll Gen Pract* 1986; 36: 285-286.
- McClure LM. Teamwork, myth or reality: community nurses experience with general practice attachment. *J Epidemiol Community Health*, 1984; 38: 68-74.
- Levine DM, Morlock LL, Mushlin AI, Shapiro S, Malitz FE. The role of new health practitioners in a prepaid group practice: provider differences in process and outcomes of medical care. *Med Care* 1976; 14: 326-343.
- Roseriaur JR, Stanford D, Morgan W, Curtin B. Prescribing behaviors of primary care nurse practitioners. *Am J Public Health* 1984; 74: 10-13.
- Abanades JC, Otero A, Delgado J, Navarro M, Quesada M, Vega R. Evaluación de un screening de HTA en una consulta de atención primaria: dos años de experiencia. *Atención Primaria* 1987; 4: 195-199.
- Marks I. Controlled trial of psychiatric nurse therapist in primary care. *Br Med J* 1985; 290: 1.181-1.184.
- Dreher M. Distric nursing: the cost benefits os a population-based practice. *Am J Public Health* 1984; 74: 1.107-1.111.
- Buhler-Wilkerson K, Reverby S. Can a time-honored model solve the dilemma of public health nursing? *Amm J Public Health* 1984; 74: 1.081-1.083.
- Powers JS. Primary care in an underserved rural area: the Goodlark experience in Middle Tennessee. *Public Health Rep* 1983; 98: 390-396.
- Gérvas JJ, García Olmos LM, Pérez MM, Abaira V. Asistencia médica ambulatoria: estudio estadístico de una consulta de Medicina General en la Seguridad Social. *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 479-483.
- Gérvas JJ, Herreros Marcos D, Olella JF, Pérez Fernández MM. ¿Cuántas farmacias dispensan las recetas previstas en consultas de Medicina General del área urbana? *Atención Primaria* 1987; 4: 178-182.

16. Gérvas JJ. El ordenador en la consulta. *El País*, 12/XI/86. Futuro: 24.
17. Gérvas JJ, Usieto R, Pérez Fernández MM. Pensando en la prevención: momentos de educación para la salud en una consulta urbana de Medicina General. *Jornadas sobre materiales y experiencias de educación para la salud en la Comunidad Autónoma*. Madrid. 1984.
18. Gérvas JJ, Burgo JL, Pérez Fernández MM. La historia clínica. En: *Los sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Equipo CESCA. Díaz de Santos, Madrid. 1987.
19. Spitzer WO (Chairman). Report of a task force to the conference of Deputy Ministers of Health. *Periodic health examination monograph*. Ottawa: Health and Welfare Canada. 1980.
20. Williams PAC. Cancer and the family physician. *Cancer* 1983; 15 (Suppl) 2.410-2.412.
21. Jove Ysanta JM. El metge de capçalera davant el càncer de mama. *Gasetta Sanitaria* 1983; 2: 162-165.
22. Patel Ch. Primary prevention of coronary heart disease. *Br Med J* 1983; 287: 651-653.
23. Memorandum from a WHO/ISH meeting: Guidelines for the treatment of mild hypertension. *Bull WHO* 1983; 61: 53-56.
24. Wolraï ML, Albanese M, Reiter-Thayer S, Barratt W. Factors affecting physician communication and parent-physician dialogues. *J Med Educ* 1982; 75: 621-625.
25. Roemer MI. The value of medical care for health promotion. *Am J Public Health* 1984; 74: 243-248.
26. Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud. OMS. *Informes Técnicos* 690. Ginebra 1983.
27. Gérvas JJ. El derecho del paciente al acceso a su historia clínica. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 398.
28. Gérvas JJ, García Sagredo P, Pérez Fernández MM. El libre acceso del paciente a su historia clínica. *BIS* 1988 (en prensa).
29. Chazov El. Más vale prevenir. *Salud Mundial* 1983; agosto 26-28.
30. Battista RN, Spitzer WO. Adult cancer prevention in primary care: contrasts among primary care practice setting in Quebec. *Am J Public Health* 1983; 73: 1.040-1.041.
31. Cohen DI, Littenberg B, Wetzel C, Neuhauser D. Improving physician compliance with preventive medicine guidelines. *Med Care* 1982; 20: 1.040-1.045.
32. Battista RN. Adult cancer prevention in primary care: patterns of practice in Quebec. *Am J Public Health* 1983; 73: 1.036-1.039.
33. Gatherer A, Parlit J, Porter E, Vessey M. Is health education effective? London. Health Educational Council 1980.
34. Mateo Martín J, Truela LM, Hernández Monsalve LM. Salud mental en Atención Primaria de Salud. *Salud* 2000; 1985; 1: 11-14.
35. Varios. Consulta de enfermería (dossier). *Rol* 1986; 984: 41-55.
36. Palacio F, Pons A. Aceptación por parte de los pacientes de un programa de visitas de enfermería y concertadas en un CAP no jerarquizado. *Atención Primaria* 1985; 2: 303.