

ENFERMERÍA PROFESIÓN

Historia de una historia de enfermería

Ana de Puig Domingo*, Roser Valls**.

Resumen

La historia de enfermería es el vehículo que nos permite establecer una comunicación y una relación más estrecha con el paciente y conocer mejor sus necesidades físicas y psíquicas, para así poder proporcionarle un cuidado integral, en un clima de seguridad y confianza. El objetivo de este artículo es compartir con todos los enfermeros/as que trabajan en unidades de hospitalización, nuestra experiencia en la puesta en marcha de una historia de enfermería, adaptada a las necesidades y recursos de nuestra unidad.

Introducción

La forma en que la información del usuario era recogida, anotada y transmitida nos producía insatisfacción por los siguientes motivos:

1. Se hacía de forma intuitiva, sin seguir una metodología.
2. La información no quedaba escrita ni reflejada en ninguna parte, dificultando la continuidad de un turno a otro.

Pensamos que estos problemas se podían resolver con la existencia de una historia de enfermería que fuera factible, fácil de manejar y que cubriera las necesidades de nuestra unidad, sin que ello supusiera una carga más de trabajo, dado que el limitado número de personal que forma el equipo de enfermería, no permite la puesta en marcha de proyectos más ambiciosos, aunque seguramente más completos.

1. UN PROGRAMA DE TRABAJO

La elaboración de un programa de trabajo que comprenda cada uno de los aspectos a tratar, proporciona una ayuda inestimable.

Este programa está pensado para la unidad de Cardiología, con unos recursos humanos y técnicos determinados (que

se describen en el apartado siguiente). Sin embargo, puede servir de guía para otros centros, siempre valorando su propia situación y confeccionando un programa adecuado.

Es necesario calibrar bien las posibilidades y limitaciones de cada unidad, para no caer en la tentación de poner en marcha el P.A.E., sin que se den las condiciones necesarias, que garanticen su éxito.

En nuestro país se han hecho diferentes tentativas de implantación del P.A.E., en diferentes unidades de hospitalización. En algunas no se ha dado el fruto esperado y la mayoría lo han abandonado como método de trabajo.

Así pues, una completa programación nos permite conocer los pasos que hay que seguir en cada «realidad», para conseguir el objetivo deseado.

2. DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DONDE SE LLEVÓ A CABO LA EXPERIENCIA

La nuestra es una unidad de cardiología mixta integrada por 30 camas, con un índice de ocupación del 104 %, una estancia media de 10 días y un promedio de ingresos de 90/mes. Los pacientes que se encuentran en la unidad proceden de la Unidad Coronaria, Post-coronaria, servicios periféricos, etc. Aunque está considerada una unidad de cuidados medios, el 11'5 % de nuestros pacientes son de carácter agudo por diferentes razones: falta de camas en la UCI, edad avanzada, etc.

*Supervisora de la Sala de Cardiología del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.

**Profesora de Enfermería Fundamental de la E.U.E. de Barcelona.

PROGRAMA PARA LA APLICACIÓN DEL P.A.E. en la UNIDAD DE MÉDICA B (H.C.P. de Barcelona)

OBJETIVO GENERAL: Que Enfermería adopte el P.A.E. como Método de Trabajo en un plazo de 6 a 12 meses

Objetivos específicos	Metodología	Indicaciones para la Evaluación
1. Que la motivación de Enfermería sea lo suficiente alta para aceptar el Proceso 1.1. que cada enfermera manifieste sus inconvenientes. 1.2. Que cada enfermera/o participe de forma activa en la puesta en marcha del proceso	<ul style="list-style-type: none"> - Seminarios sobre el P.A.E. - Reuniones cada 8/15 días para discutir la marcha de la experiencia. - Repartir trabajos concretos a cada miembro del grupo. - Iniciar la experiencia en el grupo que acepta el P.A.E. 	<p>¿La asistencia y participación de Enfermería en seminarios y reuniones es positiva? ¿Los trabajos adjudicados han sido desarrollados?</p>
2. Disponer de protocolos suficientes que orienten el plan de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> - Se confeccionará un modelo de protocolo a seguir. - Cada enfermera/o elegirá un protocolo para desarrollar y lo hará en el término de un mes. - Se presentarán los protocolos en las reuniones de enfermería. 	<p>¿Se ha elaborado los protocolos en el tiempo previsto?</p>
3. Elaboración de los documentos necesarios para la implantación del P.A.E.	<ul style="list-style-type: none"> - Se confeccionará un borrador de los documentos y se discutirá y adaptará a las opiniones del grupo, en el plazo de un mes. <p>Los documentos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formulario de recogida de datos. - hojas del plan de cuidados. - hojas de evolución/evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se han confeccionado los documentos? - ¿Se han presentado enmiendas? - ¿Se han recogido las enmiendas?
4. Aplicación del P.A.E. de forma provisional.	<ul style="list-style-type: none"> - Se elegirán habitaciones individuales o dobles, situadas geográficamente cerca del control. - Se llevará a cabo la experiencia con el personal de Enfermería elegido. - Se conectará con el equipo médico y se le informará de la experiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Que habitaciones se han elegido? - ¿Se ha informado al equipo médico correspondiente?
5. Evaluación de la aplicación provisional del P.A.E.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer la impresión del usuario con respecto al P.A.E. - Conocer la impresión de enfermería. 	<p>- ¿Le resulta agradable la entrevista?</p>

El personal de enfermería que compone la unidad está distribuido de la siguiente forma:

Mañana

- 2 enfermeras
- 2 auxiliares
- 1 supervisora

Tarde

- 2 enfermeras
- 1 auxiliar

Noche

- 1 enfermera
- 1 auxiliar

En el turno de mañana y de tarde, cada una de las enfermeras tiene a su cargo 15 pacientes, a los que proporciona cuidados de enfermería de forma integral. En el cambio de turno, cada una de ellas da el parte de cada paciente de forma individualizada. Asimismo deja constancia por escrito de la evolución de

cada paciente a su cargo, pruebas realizadas, estado de ánimo, etc.

3. MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Conseguir la motivación del personal de enfermería hacia el proyecto es un paso imprescindible para la puesta en marcha del mismo y su buen funcionamiento. Con este fin se realizaron una serie de charlas informativas, se repartieron artículos y libros sobre P.A.E., para que todo el personal conociera el proyecto y participara en la elaboración de la historia de enfermería y su puesta en marcha.

Se realizaron seminarios con la participación de profesionales ajenos a la unidad. Se impartieron conocimientos básicos para la redacción de los comentarios de enfermería. Se llevaron a cabo «roll play», entre el equipo, a fin de ejercitar la realización de entrevistas. Este periodo de sensibilización duró aproximadamente dos meses y el personal respondió con gran interés y entusiasmo.

4. REALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El hecho de que en la historia debían quedar reflejados los problemas de enfermería que tenían cada uno de los pacientes, nos mostró la necesidad de contar con unos protocolos de las diferentes situaciones (pacientes sondados, úlceras por decúbito, enfermos desorientados, etc.), que requieran cuidados de enfermería, que fueran una guía para la confección del Plan de Cuidados.

Se convocó una reunión de todo el personal de la Unidad para hablar del tema, confeccionándose una lista de las situaciones y problemas que con mayor frecuencia se presentan en nuestros enfermos.

A partir del primer protocolo-modelo, se confeccionaron los demás. Cada turno de enfermería, se encargó de la elaboración de un número determinado de protocolos.

En la realización de los protocolos no se pretendió cambiar la forma de trabajo, ni las técnicas usadas, aunque se so-

EJEMPLO DE PROTOCOLO

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE MARCA-PASOS PROVISIONAL

Problemas	Objetivo	Acciones	Indicadores para la evaluación
Ansiedad	Que el paciente esté tranquilo	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar al paciente las indicaciones del M.P. y su funcionamiento. - Explicar al paciente las precauciones que debe tomar. 	¿Conoce el paciente el porqué lleva un M.P.?
Desenclavación	Que el electrocatéter se mantenga bien enclavado	<ul style="list-style-type: none"> - Fijar bien la batería en la extremidad donde se haya insertado el electrocatéter, de forma segura y que permita movilidad al paciente. - Dejar al paciente en mov. II - III mientras lleve el marca-pasos. - Asistírle en la higiene, baño en cama si es preciso. - Dejarle el timbre y todo lo que pueda precisar a mano e insistir que llame si necesita algo. 	¿Asistimos al paciente lo suficiente para asegurar su inmovilidad?
Alteración de los parámetros	Que se mantengan los parámetros establecidos	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar 2 veces en cada turno que en la batería se mantengan los parámetros de frecuencia y out-put establecidos. 	¿Se han comprobado los parámetros?
Infección	Evitar que se produzca	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de apósito diariamente por el T.M. - Limpiar el punto de inserción del Electrocatéter con alcohol yodado 	¿Se han llevado a cabo correctamente los cuidados?
Flebitis	Evitar que se produzca	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar diariamente la trayectoria del electrocatéter para detectar flebitis, en caso de que se produzca avisar al médico. 	
Fallo del M.P.	Detectarlo a tiempo	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar el pulso cada 4 horas y comprobar que sea igual o superior a la frecuencia establecida en la batería. 	¿Se revisa el pulso con la suficiente frecuencia?

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FLEBITIS

Problemas	Objetivos	Acciones	Evacuación
Dolor	Disminuir el dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Compresas de agua de Burrow M y T y antes de acostarse, si el paciente lo desea. 	¿Ha mejorado la flebitis? ¿Ha disminuido el dolor? ¿Tiene fiebre?
Fiebre		<ul style="list-style-type: none"> - Masajes con Thrombocid M y T y antes de acostarse, si el paciente lo desea. - No tomar la temperatura en el lado afecto de flebitis. <p>Nota: Aplicar Thrombocid 1 hora después de retirada la vía.</p> <ul style="list-style-type: none"> - anotar evolución en comentarios de enfermería. 	

metieron a estudio y se revisaron los procedimientos que eran utilizados en nuestra Unidad. Se comprobó, eso sí, que fueran correctos y tras modificar los aspectos que consideramos oportunos,

fueron reelaborados en forma de protocolo.

Disponer de estos documentos escritos, ha sido muy positivo porque permiten:

1. Unificar criterios.
2. Informar al nuevo personal que llega a la Unidad.
3. Dar puntos de referencia en la planificación de cuidados, al personal fijo.

EJEMPLO DE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA

Clave: Autónomo = 1, Ayuda = 2 Suplirle = 3

FECHA	31-X	1-XI	2	3	4	5	6	7											
HIGIENE	3	3	3	3	3	2	2	2											
MOVILIZACION	3	3	3	3	3	1	1	1											
ALIMENTACION	2	2	2	2	2	1	1	1											
DEPOSICIONES	2	2	2	2	2	1	1	1											
ELIMINACION	2	2	2	2	2	1	1	1											

VIA TIPO CANULA LUGAR Fecha coloc. 31-X Fecha cambio
 S. URINARIA Fecha coloc. Fecha cambio Fecha cambio
 OTROS Fecha cambio Fecha cambio

N.º	PROBLEMAS	Fecha inicio	Fecha resol.	ACCIONES
1	VIA	31-X	5-XI	Cuidados al protobio
2	H.P. Provisional en femoral izq.	31-X	3-XI	Cuidados al protobio. Especial atención para no se desanclare, al día que debe guardar reposo y que lleva al H.P.
3	Reposo etapa II-III	31-X	5-XI	Según protobio
4	Características paciente periódico	31-X		Según protobio
5	Sonda	31-X		Oye mejor por el lado izquierdo.

obtenemos del paciente y la evolución de su estado anímico y de su enfermedad.

- Tener un documento escrito donde quedan reflejados los cuidados dispensados a los pacientes, así como la evolución, siendo al mismo tiempo una referencia válida para posteriores trabajos de investigación.

6. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA

La historia de enfermería consta de tres partes:

1) Hoja de recogida de datos, de la que pueden definirse dos apartados:

- Una primera parte diseñada a modo de guión para obtener una información objetiva del paciente, durante la entrevista.
- Una segunda de **Observaciones**, en el que deben quedar reflejadas las impresiones de la enfermera/o, que ha realizado la recogida de datos, sobre el estado anímico del enfermo en el momento de realizar la entrevista (actitud, aceptación de la enfermedad, problemas familiares, etc.).

2) Hoja de Problemas que tiene a su vez tres apartados:

- Una parrilla para anotar el grado de dependencia del paciente en los siguientes ítems: Higiene, eliminación y movilización, basándonos en la clasificación del 1 al 3 (de mayor a menor dependencia). Este apartado es de gran utilidad para obtener una información rápida del paciente en lo que se refiere a las citadas necesidades, por ejemplo sirve de orientación, en el momento de ir a realizar las higienes.
- El objetivo de este apartado es de recordatorio de las vías que lleva el paciente, tipo, vena, fecha de colocación y duración de la misma. También informa si el paciente lleva sonda urinaria, SNG, la fecha de colocación y el día que debe cambiarse (según el protocolo establecido). Toda esta información permitirá estudios o investigaciones posteriores.
- Es el apartado de la enumeración de problemas y cuidados. En él anotaremos los problemas por orden de aparición con la fecha de inicio y la descripción de los cuidados de enfermería a llevar a cabo para la resolución de cada uno en concreto.

Para los cuidados de enfermería, contamos con el libro de protocolos que hemos descrito antes y que usamos como

referencia a la hora de describir los cuidados, es decir: Si el problema de un paciente es una úlcera por decúbito, en la descripción de cuidados nos remitiremos a: Ver protocolo n.º 7 «cuidado de las úlceras por decúbito» y añadiremos los cuidados que sean específicos para aquel paciente. Ejemplo: Aplicar la pomada X según indicación servicio C. plástica. Este proceder no sólo nos ahorra tiempo, sino que nos obliga a consultar el libro de protocolos, manteniendo así los criterios unificados e impartiendo los cuidados de forma continuada. A medida que van surgiendo nuevos problemas se van añadiendo a la lista, anotando la fecha de inicio. Asimismo, cuando un problema se ha resuelto, se anotará en el apartado «fecha de resolución».

3) La hoja de evolución

En el encabezamiento consta el nombre del paciente y el diagnóstico del mismo, así como el n.º de la hoja. En el margen lateral izquierdo, se anotará la fecha y el turno que hace el comentario.

En esta hoja, la enfermera de cada turno encargada del paciente deberá anotar la evolución, siguiendo la siguiente metodología:

1.º Describir el estado general del paciente, estado de ánimo, reposo y sueño, enumeración de las pruebas que le han sido realizadas, consecuencia de éstas y todo lo que se considere digno de mención.

- 2.º Hacer comentarios relevantes para cada uno de los problemas valiéndose de la enumeración de éstos.
- 3.º Firmar al final del resumen.

7. FUNCIONAMIENTO DE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA

Siempre que sea posible, la recogida de datos y la lista inicial de problemas lo realizará el equipo de enfermería (mañana o tarde) que ingrese al paciente, siendo la responsable directa, la enfermera/o, a cargo del mismo. Si la falta de tiempo o el estado del usuario no lo permite, se comunicará al turno entrante y será competencia de éste realizarla.

El objetivo es que todo el personal que compone el equipo, participe en la realización de la historia de enfermería, ya sea aportando información subjetiva y/o objetiva, cumplimentando la hoja de recogida de datos, detectando problemas, planificando los cuidados o realizando la evaluación. Sin embargo, la responsabilidad de que todo ello se lleve a cabo es de la enfermera que tiene a su cuidado este paciente.

8. CONSIDERACIONES SOBRE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA

Debemos aprovechar la oportunidad que nos brinda la realización de la recogida de datos, para dialogar con el enfermo, observar su actitud y descubrir sus

preocupaciones y necesidades, profundizando en aquellos aspectos en los que muestre más inquietud.

En la entrevista no pretendemos realizar un interrogatorio, sino todo lo contrario. El impreso nos debe servir de guía para entablar un diálogo, desarrollando una atmósfera cálida y de confianza, dando pie a que el paciente «hable».

Es un buen momento para presentarnos, ampliar la información sobre el funcionamiento de la Unidad y ofrecer nuestros servicios.

En resumen, la historia de enfermería debe ser un instrumento para acercarnos al paciente, favoreciendo la comunicación.

Nota:

Agradecemos a todo el equipo de enfermería de la unidad de Cardiología del H.C.P., su entusiasmo y colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

- Yura, Walsh: **El proceso de Enfermería**. Ed. Alhambra, Madrid, 1982.
- Marriner, A.: **El Proceso de Atención de Enfermería**. Ed. Manual Moderno, México, 1983.
- Du Gas: **Tratado de Enfermería Práctica**. 3.ª ed., Ed. Interamericana, México, 1979.
- Riopelle: **Individualisations des soins des infirmières**, Mc Graw-Hill, Montreal, 1982.
- Roper, Logan, Tierney: **Proceso de Atención de Enfermería**, Ed. Interamericana, México, 1983.
- Gane McNeill, D.: **Documenting patient care responsibly**. Ed. Nursing Skillbook, 1968.

CONCLUSIONES

Durante los siete meses que llevamos en esta experiencia de la puesta en marcha de la historia de enfermería en nuestra Unidad, se han realizado un total de 377 historias, que nos han permitido comprobar los siguientes puntos:

- La puesta en marcha de una historia de enfermería no consiste solamente en escribir unos impresos, sino que implica la adopción del P.A.E., como método de trabajo, ya que cumplimos todas las etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación).
- Una programación completa de los aspectos esenciales a considerar para la implantación del P.A.E. en una unidad, es muy útil porque permite conocer exactamente cómo y cuándo vamos a llevar a cabo cada punto. También facilita la evaluación de los objetivos iniciales.
- La motivación del personal es el fundamento básico para que la experiencia alcance el éxito deseado. La información, bibliografía y seminarios afianzan sus conocimientos teóricos. Las reuniones del equipo permiten la expresión de sus temores o dudas. Por último, la participación de todo el personal de forma activa en la elaboración de los documentos (formulario, protocolos, etc.), queda enriquecida por todas las aportaciones y favorece la aceptación del Proceso.

- La implantación de la historia de forma progresiva, ya que inicialmente sólo se hacía a 1/3 de los pacientes ingresados, ha sido muy interesante, porque ha permitido que se corrigieran y añadieran aspectos que sin este periodo de prueba no se hubieran constatado. También permitió que el equipo de enfermería se fuera familiarizando con la nueva metodología de trabajo. En la actualidad, se aplica a la totalidad de los usuarios ingresados, excepto los que ingresan para pruebas diagnósticas o permanecen en la Unidad 24-48 h.
- Todas las enfermeras/os coinciden en afirmar que han establecido un vínculo de relación superior con los enfermos a los que han realizado la entrevista que con el resto, a pesar de compartir la información con sus compañeros de equipo.
- Los usuarios en general, responden muy abiertamente a la entrevista. Les da seguridad y confianza el hecho de poder expresar sus dudas e interrogantes a la enfermera/o.

Por último, dejar constancia de que se ha cumplido la hipótesis planteada en un principio en el sentido de que conociendo mejor a nuestros pacientes y estableciendo una metodología de trabajo, ofreceremos mejores servicios, aumentando nuestro grado de satisfacción profesional.