



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN**

REGISTROS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA RED DE EFECTORES PÚBLICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Autores:

Fernández Borges, Patricia
Montes de Oca Altez, Andrea
Tuana Rodríguez, Carolina
Villar Verdes, Alejandra

Tutores:

Prof. Adj. Milton Sbárbaro
Prof. Ag. Mónica Samudio

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2016

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Objetivo general	6
Objetivo específico	6
Antecedentes	7
Marco teórico	9
Historia clínica	9
Registros clínicos	12
Sistema nacional integrado de salud	15
Red de atención en primer nivel	16
Niveles de atención en salud	16
Equipos de salud en primer nivel	18
Rol del profesional de enfermería	20
Datos estadísticos sobre Diabetes Mellitus	22
Diabetes Mellitus como enfermedad	23
Guía de intervención en diabetes	25
Metodología y consideraciones éticas	26
VARIABLES DE ESTUDIO	28
Resultado y discusión	29
Conclusión	37
Referencia bibliográfica	40
Bibliografía	43
Anexos	45

RESUMEN

La investigación fue realizada centrándose en los registros en las historias clínicas (HC) de los usuarios con diabetes mellitus tipo2 (DMT2) en el contexto de una red de efectores públicos del primer nivel de atención (PNA). Se planteó como objetivo, Identificar el nivel de cumplimiento de los registros de las HC en el seguimiento de los usuarios diagnosticados con DMT2, teniendo en cuenta la Guía de Intervención en el PNA de DMT2.

Se recolectaron datos de las HC correspondientes a una red de 15 efectores públicos ubicados en el departamento de Canelones, entre abril- noviembre del 2015.

La metodología utilizada correspondió a la descriptiva de corte transversal.

Se analizaron un total de 36722 HC de las cuales 234 pertenecieron a usuarios portadores de DMT2, siendo la prevalencia del área de estudio un 0.6%.

Se observó que el 100% de los registros en las HC fueron incompletos. En relación al seguimiento de la enfermedad podemos describir que el 80% de los usuarios posee controles con medicina general y medicina familiar y comunitaria.

En base a los registros obtenidos y teniendo en cuenta la guía de intervención utilizada se podría concluir que los efectores no cuentan con el equipo básico de salud necesario, dada la ausencia del profesional de enfermería dentro de cada efector; debido a esto no serían llevadas a cabo las tareas de educación, promoción y prevención de salud así como también la planificación de cuidados.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue elaborado por cuatro estudiantes pertenecientes a la carrera de Licenciatura en Enfermería, que se encuentran realizando el Trabajo Final de Investigación, perteneciente al primer módulo del cuarto ciclo, de acuerdo al plan de estudios de 1993, Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, el mismo se encuentra bajo la tutoría de la Cátedra de Administración perteneciente a la facultad. Dicho trabajo se realizó en la República Oriental del Uruguay, en la Ciudad de Canelones; los datos recogidos para llevar a cabo el estudio fueron de quince policlínicas, pertenecientes a una red de efectores del primer nivel de atención del subsistema público, dentro del periodo abril - noviembre de 2015.

El presente estudio de investigación parte de un estudio que tuvo sus comienzos en el año 2013, el cual se tituló “Procedimiento para la evaluación del desempeño de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud en el cuidado de los usuarios portadores DM Tipo 2. Uruguay 2013-2015”. El mismo actualmente no ha sido publicado ya que se encuentra vigente.

Según los datos estadísticos a nivel mundial y nacional, la DMT2, es una de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que tiene un alto índice de prevalencia, en el Uruguay se estima que existe un 8% de población con la enfermedad diagnosticada y otro 8% que desconoce ser portador de la misma.

A medida que transcurren los años esta cobra más vidas, aumentando de esta forma la mortalidad de los usuarios portadores de la misma. Por lo antes mencionado es que se destaca la importancia de la calidad de atención en esta población para poder educar, prevenir y detectar precozmente esta enfermedad. [1]

Para lograr determinar la calidad de registros realizados por parte del personal de salud en las HC de los usuarios portadores de DMT2, el presente estudio utilizará la “Diabetes Mellitus Tipo 2, guía de Intervención en el primer nivel de atención”. [2]

Como objetivo general de la investigación se plantea identificar el nivel de cumplimiento de los registros de las HC en el seguimiento de los usuarios diagnosticados con DMT2, teniendo en cuenta la Guía de Intervención en el primer nivel de atención de DMT 2, en una red de efectores de salud en el primer nivel de atención (PNA), año 2015. Para ello se debe conocer la Guía de Intervención a utilizar, determinar el número de usuarios diabéticos tipo 2 que no superen el año de antigüedad en los registros de las HC dentro del efector referido y realizar un relevamiento de registros en las HC, de los usuarios portadores de esta enfermedad.

El tipo de estudio utilizado fue descriptivo, de corte transversal. La herramienta de recolección de datos fue una planilla elaborada por el equipo que conforma este trabajo de investigación.

El presente estudio de investigación pretende ser el punto de partida para futuras investigaciones dada la importancia que asumen los registros completos dentro de las HC para garantizar una mejor calidad de atención al usuario.

OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de cumplimiento de los registros de las HC en el seguimiento de los usuarios diagnosticados con DMT2, teniendo en cuenta la Guía de Intervención en el primer nivel de atención de Diabetes Mellitus tipo 2, en una red de efectores de salud en el primer nivel de atención, año 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la Guía de Intervención en el primer nivel de atención de Diabetes Mellitus tipo 2. RAP ASSE.
- Determinar el número de usuarios con DMT2 con un año de antigüedad en los registros de las HC dentro del efector referido.
- Identificar dentro del equipo de salud, quienes son los integrantes que realizan los registros en la HC al momento de ser asistidos.
- Describir las características de los registros en las HC, de los usuarios diagnosticados con DMT2 que son asistidos.

ANTECEDENTES

Se han realizado diferentes estudios tanto en el ámbito Nacional como Internacional en lo que refiere a los registros en HC por parte del personal del equipo de salud y calidad de los mismos en HC.

En el ámbito Internacional, se realizó en Perú, en el año 2008 un artículo titulado “Evaluación de la calidad de los registros de las Historias Clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de Emergencia de un Hospital General”.

Luego de valorar las HC, que cumplieran con los requisitos pautados se llegó a la conclusión que el 100% de las historias estudiadas no llega al óptimo nivel de registros, todas presentaban datos de filiación incompletos, al igual que registro incompleto de la enfermedad actual. La gran mayoría de las HC no mostraba énfasis en el motivo de consulta, entre otras variables, lo cual prueba que los registros analizados en las mismas no son de óptimas condiciones. [3]

Otros de los estudios del ámbito Internacional que se observó, fue realizado en el período de tiempo 2003 - 2004, por la Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, el mismo es titulado “Evaluación de los sistema de registro en la atención de Enfermería Unidad de Neonatología Hospital Clínico Regional Valdivia”, al finalizar el estudio se detectaron falencias en lo que refiere a los registros por parte del personal de enfermería y técnicos paramédicos. [4]

En el ámbito nacional en el año 2010, Montevideo, Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Cátedra Adulto y Anciano, realizó un trabajo final de investigación titulado “Características de los registros del personal de Enfermería en la Historia Clínica en cuanto a su calidad.” En el presente estudio se observaron dificultades presentadas por parte del personal de enfermería para realizar registros que

logren cumplir con los estándares de calidad pautados. También del estudio se desprende que el cumplimiento de las normas para el adecuado llenado de la HC no logra alcanzar valores óptimos. [5]

Al momento de la búsqueda de investigaciones asociadas a la DM en el primer nivel de atención, a los registros en las HC de usuarios con dicho diagnóstico ya sea a nivel nacional o internacional, no se encontraron estudios previos.

MARCO TEÓRICO

Historia Clínica (HC)

En cuanto a la HC la misma es definida por el Ministerio de Salud Pública (MSP) como “...un conjunto de documentos, inalterables e indestructibles, donde se encuentran todos los datos relativos a la evolución del estado de salud de un paciente desde el nacimiento hasta la muerte. Allí podemos encontrar detalles sobre síntomas, enfermedades, tratamientos recientes o pasados, intervenciones quirúrgicas, antecedentes familiares del paciente entre otros”. [6]

La misma tiene ciertas funciones : atención al individuo y a su familia (debe mantener un orden de las consultas recibidas con el fin de ser de fácil comprensión al momento del uso del equipo de salud), garantizar la continuidad(busca una continuidad en la atención en todas las etapas de la vida de los usuarios), asegurar la calidad de la atención (en ella se encuentran los datos de las intervenciones del personal del salud pudiendo ser un respaldo legal) y como base de datos sanitarios (se puede encontrar los diagnósticos, los tratamientos y las actividades preventivas que recibe cada usuario). [7]

En cuanto a lo legal, El decreto N°274/010 que reglamenta la aplicación de la Ley N°18.335 sobre Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de salud, establece como derecho de todo usuario la presencia de una HC completa, figurando en ella la evolución de su estado de salud a lo largo de toda su vida, siendo deber de los servicios de salud el llenado de la misma de manera escrita o electrónica. La misma es considerada un documento reservado al que tendrán acceso únicamente las personas que participen en la atención de salud del usuario y el personal administrativo vinculado a tal fin, el propio usuario y las personas que éste autorice o sus representantes en los casos que la ley lo disponga. Es responsabilidad de dicho personal el llenado correcto de

la HC realizando un registro completo, plasmando todos los actos médicos solicitados y realizados, así como las intervenciones realizadas por otros profesionales para satisfacer las necesidades del usuario. El registro debe ser ordenado siguiendo un orden cronológico de los hechos, presentando información antigua y la más reciente en lo que refiere al usuario; debe ser veraz, realizando registros confiables y certeros, el no cumplimiento de este requisito es considerado una falta ética; y por último debe ser inteligible, la caligrafía al igual que las abreviaturas deberían ser comprendidas por todos los integrantes del equipo de salud.

Es responsabilidad de los trabajadores de salud, reservar la información contenida en la HC, pudiendo revelar únicamente mediante orden judicial o en caso de ser necesario para el tratamiento del propio usuario.

Mediante la preservación de identidad del usuario, se puede brindar a terceros información contenida en la HC en caso de ser necesario para realización de estudios epidemiológicos, o emergencia de salud e higiene pública.

Todos los usuarios tienen derecho a observar y realizar una copia de la HC abonando el costo de la misma, proporcionando de manera gratuita únicamente en casos de indigencia.

Es responsabilidad de los servicios de salud la custodia y conservación de las HC sin realizar alteraciones en la misma. [8]

Por lo antes mencionado, la HC debe cumplir con ciertos criterios preestablecidos para un llenado completo y que cumpla con los requerimientos que garanticen una calidad en la atención. Para poder interiorizarnos dentro del tema, recurrimos a un “instructivo de llenado de la historia clínica del adulto para el primer nivel de atención”, proporcionados por el Ministerio de Salud Pública.

Con este lo que se pretende es exponer cuál es la información que debe registrarse dentro de la HC para que esta se considere completa.

La HC debe por tanto estar compuesta en primera instancia por seis hojas, la información contenida dentro de las mismas será la siguiente:

Hoja N°1: se deberá dejar en claro la fecha y el personal responsable de la apertura de la HC conteniendo además datos relacionados con el área y servicio de salud. Luego se dejará constancia de los datos patronímicos del usuario así como también aspectos socioeconómicos del mismo y contexto de la vivienda. Se incluirá también en última instancia un familiograma.

Hoja N°2: Se contemplaran los aspectos familiares y personales del usuario así como también antecedentes gineco- obstétricos, sucesos vitales significativos y antecedentes de salud laboral.

Hoja N°3: Es en esta en la cual se iniciará la consulta del usuario, donde se expresara el motivo de la misma, enfermedad actual, examen físico, planteos de diagnósticos, estudios solicitados, tratamientos indicados, interconsultas , fecha de nuevo control y por ultimo firma del médico que atendió la consulta conteniendo número de caja de profesional.

Hoja N°4: Abarcara la planilla de seguimiento del estilo de vida, controles periódicos y eventos.

Hoja N°5: Esta estará destinada al listado de problemas y a las intervenciones y/o seguimientos.

Hoja N°6: Encontraremos en ella la paraclínica, estudios solicitados con su fecha y el resultado de los mismos y su fecha de realización.

[Ver Anexo 1]

Es importante recalcar que en todas las hojas de la HC debe aparecer la fecha en la cual se realizan los registros, se debe colocar el nombre completo del usuario y siempre el personal de salud responsable de efectuar el registro correspondiente debe dejar en claro su nombre y función.

Registros Clínicos

La OMS reconoce como registrar a la acción de realizar registros continuos, de manera permanente identificados personalmente con el objetivo de ser útil para futuras acciones tal como la función de seguimiento.

Dentro de los diferentes registros, se reconocen los registros de enfermería los cuales se caracterizan por ser documentos que plasman la información correspondiente a los actos y conductas realizados por los profesionales para el ejercicio de su labor tanto en el tratamiento como en la evolución del paciente.

Los registros por parte de profesionales de la salud, así como otra información que pueda ser útil para realizar estudios, pruebas y consultas incluidos en la HC son considerados documentos.

La calidad de los registros es otorgada por un conjunto de caracteres propios de dicho registro, que le brindan al mismo la capacidad de satisfacer las necesidades y/o expectativas dispuestas.

Los registros no deben nunca de incluir adjetivos a modo de calificar conductas del usuario de manera negativa, los adjetivos utilizados deben especificar claramente a que hace referencia ese comportamiento.

Tampoco en los registros debe hacerse mención a la escasez de recursos humanos ni a los conflictos existentes entre ellos.

No debe registrarse con intención de justificar la existencia de un error mediante los términos “accidentalmente” o “de alguna forma”.

No debe hacerse referencia al nombre u otros datos personales de otro usuario en el registro de un paciente, debido a que esto no cumpliría con las normas de confidencialidad.

En caso de informar a compañeros o superiores de algún hecho en particular deberá haberse realizado de manera informal, para realizar el registro correspondiente, ya que no debe registrarse si se informó a los mismos en situaciones o lugares inapropiados.

Normas para el cumplimiento de los registros

Objetividad: Debe registrarse el comportamiento del paciente de manera objetiva sin la presencia de opiniones personales, juicios de valor ni prejuicios. El lenguaje utilizado no debe incluir acusaciones, comentarios despectivos, tampoco insultos ni generar una actitud negativa para con el paciente. En el caso de registrar información subjetiva por parte de enfermería la misma debe estar correctamente documentada, así como la información de tipo subjetiva brindada por el propio paciente o familia debe ser registrada entre comillas.

Precisión y exactitud: Los registros deben ser fidedignos, completos y precisos. Se registran los acontecimientos de manera breve sin brindar información irrelevante e innecesaria, expresados en términos cuantificables. Los mismos deben ser completos registrando todo lo que se informa, registros incompletos por parte de enfermería podrían ser indicio de cuidados de enfermería incompletos. “Lo que no está escrito, no está hecho”. Siempre deben estar precedidos por fecha y hora en la cual se realiza el registro, así como es necesario que cuenten con la firma del responsable de realizar dicho registro.

Actualización y Organización: Los registros realizados deben seguir un orden cronológico de los hechos, brindando información actualizada y precisa en lo que refiere a la asistencia del paciente, haciendo mención al problema, el abordaje del mismo por parte de enfermería y la respuesta obtenida por parte del usuario.

Legibilidad y claridad: Los registros deben ser útiles para todos los involucrados en la atención del paciente por lo cual, los mismos deberán ser legibles y claros. En caso de no contar con buena caligrafía es recomendable que se sea utilizada letra imprenta. La gramática y la ortografía de los registros deben ser apropiadas, utilizando únicamente abreviaturas de uso común, que no puedan dar lugar a más de un significado o interpretación. Deben ser realizados con tinta de color azul o negra, evitando el uso de correctores. En caso de error al registrar, deberá ser corregido mediante un tachado con una única línea de modo que pueda leerse, y escribirse al lado “error” con la firma legible del responsable del registro. No debe escribirse entre líneas ni dejar espacios en blanco. Siempre que se realiza un registro debe existir la firma y la categoría profesional de quien lo realiza, de manera clara y legible incluyendo iniciales de nombres y apellido completo, o iniciales de nombre y dos apellidos.

Simultaneidad: Los registros no deben ser realizados al finalizar el turno ni tampoco antes de realizar los procedimientos. Siempre deben realizarse simultáneos a la asistencia, de esta manera los mismos describen de manera exacta y completa el estado del paciente, disminuyendo el margen de error u omisiones.

Hojas de Administración de Medicamentos.

Debe registrarse toda la información que refiere a la administración de fármacos. Siempre que se administre uno, debe registrarse fecha y hora de administrado y firma del responsable. Previa administración deben leerse las indicaciones médicas, estas

deben ser escritas de manera clara. No deben ser realizadas indicaciones verbales ni telefónicas, en caso de ser necesario debe repetirse la orden confirmándose y luego registrarla incluyendo nombre y apellido de quien realizó la indicación.

Responsabilidad profesional con los registros

Todos los trabajadores tienen la responsabilidad de responder por las tareas realizadas durante su trabajo. Los registros por parte de los responsables de la asistencia del paciente reflejan el trabajo realizado por los mismos así como también pueden ser útiles si existieran incidentes con repercusión legal. Los profesionales de la salud deben cumplir con protocolos, realizar registros, estadísticas e informes incluyendo la información administrativa y asistencial. Por lo cual los registros realizados deben estar correctamente identificados por el responsable. [9]

Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

A partir del año 2007 se crea en Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la construcción de este sistema propone cambios en los modelos de financiamiento, de atención y de gestión. “Durante el año 2007 se concretó la arquitectura legal de la reforma con la aprobación de las tres leyes pilares del Sistema: conformación del FONASA (Ley 18121 que define el modelo de financiación); creación del SNIS (Ley 18211 que define el modelo de atención y gestión) y la descentralización de ASSE (Ley 18161)”

Dentro de este sistema existen dos subsectores, uno de carácter público y otro de servicios asistenciales privado.

Este modelo de atención es implementado a partir del 1 de enero del año 2008. [10]

Red de Atención de Primer Nivel (RAP)

La RAP forma parte del sub sector público ASSE, a partir del año 2005 se encarga de organizar y gestionar el primer nivel de atención tanto en la ciudad de Montevideo como en parte del área metropolitana, extendiéndose luego a nivel nacional, una RAP por departamento.

Posee objetivos claros como lo son: “consolidar un Primer Nivel de atención continente y resolutivo que permita realizar la promoción, prevención específica, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados.”

“Brindar atención a la salud con criterios de integridad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario y la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos” [11]

Niveles de atención de salud (NAS)

Su definición hace referencia a una forma estratificada y ordenada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención:

-Primer nivel de atención (PNA)

-Segundo nivel de atención [Ver Anexo N°2]

-Tercer nivel de atención [Ver Anexo N°2]

El estudio de investigación se centró en el primer nivel de atención, para ello se definió al mismo como: el nivel más cercano a la población, el nivel del primer contacto. En este nivel la organización de recursos permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes. Las mismas pueden ser resueltas con actividades de

promoción de salud, prevención de enfermedades y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es conocida como la puerta de entrada al sistema de salud. Una de sus características es que cuenta con establecimientos de baja complejidad, como lo son consultorios, policlínicas y centros de salud. Es en este nivel donde se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes. Permite una adecuada accesibilidad a la población, brindando una atención oportuna y eficaz.

Sistema de referencia y contra referencia:

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contra referencia que permita la capacidad operativa de cada uno de los mismos. La atención a los usuarios debe ser un proceso ininterrumpido, para eso es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. La entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer nivel de atención.

-Referencia: es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.

-Contrareferencia: es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un usuario o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente para su control y seguimiento necesario. [12]

Equipos de Salud en Primer Nivel de Atención

Según lo establecido por el SNIS en la ley N°18211, el PNA es prioritario, ya que llevará a cabo actividades destinadas a satisfacer necesidades básicas en salud, buscando mejorar la calidad de vida de la persona, familia y comunidad, creando contacto directo con su espacio natural y entorno social.

El MSP expresa que el equipo de PNA deberá trabajar de manera coordinada y oportuna al momento de tomar decisiones tendientes a beneficiar a los usuarios y a la calidad de asistencia. El mismo se subdivide en dos equipos de trabajo, el equipo de proximidad (E.P) y el equipo de primer nivel (E.P.N).

El E.P. es considerado en el proceso asistencial de los usuarios la puerta de entrada, es quien debe promover la accesibilidad a los servicios de salud, brindando la oportunidad de que sean utilizados dichos servicios según sus necesidades. Deberá presentar capacidad de resolución para direccionar al usuario dentro del sistema, favoreciendo a disminuir la sobre demanda en los demás niveles de atención, aplicando capacidad resolutiva en cuanto a la identificación de problemas, diagnósticos y tratamientos para una adecuada atención del usuario.

La coordinación en el PNA es imprescindible ya que aporta una continuidad en la atención del usuario teniendo en cuenta información relevante, la misma deberá comprender los siguientes componentes básicos:

- Accesibilidad, siendo imprescindible para contactar y hacer uso de los servicios.
- Longitudinalidad, implicando en el usuario un seguimiento a lo largo del tiempo, generando identificación entre servicio - población.

- Integralidad, considerando al usuario como un ser biopsicosocial, orientando a las acciones realizadas por el PNA a brindar una salud integral, teniendo en cuenta aspectos que afectan directamente al usuario- comunidad.

El E.P es el mismo en un territorio determinado, comprende: médico de familia y auxiliar y/o licenciada de enfermería, o también el equipo conformado por médico general, pediatra y auxiliar y/o licenciada de Enfermería.

El E.P.N. se determina según las demandas y necesidades de la población así como el perfil socio-epidemiológico de la misma, considerando la disponibilidad de recursos humanos para lograr las metas preestablecidas por el equipo mediante la realización de las actividades propuestas. El mismo es conformado por Lic. Enfermería, asistente social y especialistas como ser; Ginecólogo, odontólogo psicólogo, nutricionistas entre otros.

Para que el trabajo en el PNA sea completo debe realizar acciones dirigidas al usuario y comunidad, procurando atención integral, promoción de salud y prevención de enfermedades, estas deben ser brindadas por un equipo multidisciplinario, en el que cada uno realice actividades correspondientes y complementarias; generando una atención de común acuerdo entre el usuario y el equipo profesional que asiste, para satisfacer sus necesidades.

Las tareas del equipo del PNA se realizarán en tres etapas, planificar a través de realización de análisis del estado de salud de la población asignada, en consecuente ejecución de tareas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación además de cuidados paliativos y por último evaluar el trabajo realizado.

En cuanto al EP realiza actividades más específicas, que son tenidas en cuenta por responsabilizarse de su población asistida, crea plan de actividades, promueve su salud,

realiza seguimiento de asistencia, implementa criterio referencia y contra referencia según pertinencia. [13]

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los equipos de salud pueden variar en cuanto a su conformación según los países. Considera que dichos equipos deben estar integrados en todos los casos por: el médico y la enfermera, a quienes pueden agregarse otros profesionales que conforman los equipos de APS según los contextos sociales y las necesidades de la comunidad.

La OPS expone como ejemplo a Cuba, donde su equipo de APS se adecua a las necesidades de la salud, el mismo está conformado por: médico y enfermera, incluyendo también dentista y trabajador social, a su vez este también integra algunos especialistas del segundo nivel de atención; como ser: medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia. [14]

Rol del profesional de enfermería

En la República Oriental del Uruguay existe una Ley 18815 reglamentada por el Decreto N°354-014 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería.

La misma fue tomada en cuenta para hacer referencia a las funciones que desarrolla este profesional. Para ello se citó el Artículo 4 (Art 4) de dicha Ley.

Función asistencial: Es la presentación de cuidados integrales directos al paciente o comunidad. La enfermeras/os es responsable del mantenimiento, promoción y protección de la salud, del tratamiento de los enfermos y de su rehabilitación. Se ocupa de los aspectos psicológicos psicosociales de la vida que afecta la salud, la enfermedad y la muerte.

Art 4 N° NU “Realizar cuidados de enfermería directos a las personas en áreas públicas o privadas de internación, centros de salud, policlínicas o puestos de salud rural, domicilio, centros de atención a niños, adultos mayores, centros de rehabilitación, centros de educación y laborales, centros de privación de libertad, o cualquier ámbito donde se requiere la atención de enfermería”.

Art 4 N° NZ “Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad vinculadas con las mejoras de las condiciones de vida de la población”.

Función docente: Consiste en el conjunto de actividades que desarrollan las enfermeras/os para alcanzar los siguientes objetivos:

- Formar sus propios profesionales en todos los niveles, básicos, especializados, superior y formación continua.
- Enseñar a personas y grupos con el fin de alcanzar el más alto nivel de salud posible.
- Formar el personal que compone el grupo de enfermería.
- Colaborar en la formación de otros profesionales del equipo de salud.

Art 4 N° NQ competencia del licenciado en enfermería el cual expresa “dirigir la educación formal y formación de recurso humano en enfermería y de toda persona que brinde cuidados en sus diferentes niveles y etapas de la vida”

Función de investigación: Es el conjunto de actividades que desarrollan dichos profesionales para alcanzar objetivos como:

- Ampliar y profundizar los conocimientos
- Buscar por medio de la experimentación la solución a problemas y situaciones de enfermería tratando de mejorar las técnicas que elevan la calidad de la asistencia.
- Alcanzar a través de la investigación un cambio propio de conocimientos que clarifique definitivamente nuestra identidad.

Art 4 N° NAC “Realizar investigación enfocada en los problemas socio-sanitarios que afectan a la población usuaria y al desarrollo de la disciplina en sus diferentes áreas de

especialización, contribuyendo a las mejoras en la salud de la población y a la generación del conocimiento enfermero”.

Función administradora: Es aplicada a los servicios de enfermería, trata de asegurar que lo que debe ser desarrollado por los profesionales en los distintos campos de actuación se realicen en forma sistemática, racional, ordenada, respondiendo a unas necesidades y asegurar el uso adecuado en los recursos.

Art 4 N° NAQ “Integrar los equipos de coordinación de las diferentes áreas institucionales relacionadas a la atención del paciente”.

Art 4 N° NAT “Mantener el stock y el buen funcionamiento de equipos, materiales y medicación necesaria para la atención del paciente” [15]

Datos estadísticos sobre Diabetes Mellitus

Para el Ministerio de Salud Pública (MSP), la DM es una de las enfermedades más predominantes en la mortalidad nacional, se encuentra dentro de las cinco denominadas enfermedades no transmisibles que generan las principales defunciones en nuestro país. [16]

Según estudios realizados por la OMS, existen 347 millones de habitantes portadores de esta patología; aproximadamente el 90 % de los casos son diabéticos tipo 2, registrándose un 80 % de muertes por esta patología en poblaciones de mediano y bajo ingresos. [17]

En nuestro país la Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU) estima una población afectada de aproximadamente 270 mil habitantes, de los cuales un 20% desconoce esta condición. [18]

De acuerdo a estudios de prevalencia de la Diabetes en el Uruguay Fase 1, “se estima que el 8 % de la población es diabética, y un 8% se encuentra en el rango de prediabetes”. [19]

Diabetes Mellitus (DM) como enfermedad

En cuanto a la misma, realizaremos una breve introducción teórica para lograr entender cómo repercute en un individuo una alteración en las células productoras de insulina.

La DM es una enfermedad crónica caracterizada por la disminución de la capacidad de producir insulina o de utilizarla de una manera no eficaz, desencadenando un descontrol en el metabolismo de la glucosa.

Existen tres formas de manifestarse:

- Diabetes Mellitus tipo 1 (DMT1) [Ver Anexo N°3]
- Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2)
- Diabetes mellitus gestacional (DMG) [Ver Anexo N°3]

Diabetes Mellitus tipo 2

Los dos problemas principales relacionados a este tipo de diabetes son la resistencia insulínica y las alteraciones de la secreción de insulina.

La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina.

En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa.

En la DMT2, tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por parte del hígado. Para superar la resistencia a la insulina y evitar el aumento gradual de la glucemia, debe incrementarse la cantidad de insulina secretada para mantener la

glucemia normal o ligeramente elevada. Sin embargo si las células betas son incapaces de enfrentar la demanda creciente de insulina, la glucemia se eleva y es así que se desarrolla la DMT2.

Este tipo de diabetes es más común en obesos mayores de 30 años de edad. Debido a que la DMT2 se relaciona con la intolerancia a la glucosa en forma progresiva, el inicio de la misma puede pasar inadvertido por largo tiempo.

Si se presentan síntomas generalmente son leves y estos incluyen: fatiga, irritabilidad, poliuria, polidipsia, heridas en la piel con problemas de cicatrización, infecciones vaginales o visión borrosa en caso de glucemias elevadas.

En la mayoría de los individuos la DMT2 se descubre en forma accidental.

La resistencia insulínica se encuentra relacionada con la obesidad por ello el tratamiento básico de preferencia para este tipo de diabetes es la disminución del peso corporal por medio del ejercicio físico y una dieta adecuada, también se pueden agregar al tratamiento hipoglucemiantes orales en caso de que la dieta y el ejercicio no generen el efecto deseado. En algunos casos sucede que este tratamiento no es suficiente y debe apoyarse al mismo con insulina, la cual puede ser temporal o permanente, la necesidad de la insulina se debe a los periodos de sobrecarga fisiológica intensa. [20]

Dado al alto índice de prevalencia y mortalidad a nivel mundial y nacional, sumado al aumento de su incidencia es que se la considera como una de las enfermedades crónicas no transmisibles y tomada como una enfermedad trazadoras ya que reúne varios criterios que son tomados en cuenta para considerarla como tal.

Las enfermedades trazadoras son aquellas que agrupan los siguientes criterios: una alta tasa de prevalencia, un impacto funcional definido, buena definición y de fácil diagnóstico, patología que puede modificarse debido a la atención médica, poseer

técnicas definidas en las etapas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y por último conocer los efectos de los factores no médicos.

Se considera a esta denominación como una herramienta que aporta un enfoque en el control de calidad de los servicios de asistencia y sistemas de salud. [21]

Guía de Intervención en Diabetes

En lo que respecta a las guías a utilizar, citaremos la siguiente: “Diabetes Mellitus tipo 2, guía de intervención en primer nivel de atención”. La misma está orientada al diagnóstico, control y tratamiento que debe realizarse al usuario, teniendo como propósito, “contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente diabético y su familia permitiéndole el mayor desarrollo de todas sus capacidades” [22]

Dentro de la misma podemos encontrar el correcto seguimiento del usuario con enfermedad diabética, que corresponde a: actividades relacionadas con la prevención primaria, secundaria y terciaria, criterios diagnósticos de la enfermedad, comunicación y relacionamiento con el equipo de salud, pautas de tratamiento del usuario, tratamiento farmacológico, educación, control y seguimiento, recursos materiales necesarios, coordinación con otros niveles de complejidad, situaciones de urgencia o emergencia y coordinación con otras instituciones.

A su vez cuenta con un protocolo de seguimiento del usuario portador de diabetes que detalla una serie de procedimientos necesarios y la frecuencia de los mismos.

Lo detallado anteriormente será la guía principal para el desarrollo de nuestro trabajo y de esta forma recabar los registros de las HC logrando identificar la calidad de los mismos.

METODOLOGÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se utilizó para llevar a cabo este trabajo fue un estudio descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio

El mismo fue llevado a cabo en una red de efectores de salud pública de primer nivel de atención. Se recabaron los datos necesarios de 15 policlínicas ubicadas en el departamento de Canelones, en el periodo de tiempo comprendido entre el mes de abril - noviembre 2015.

Universo

La población de dicho estudio fue determinada por el 100% de las HC de los usuarios mayores de 20 años, portadores de DMT2, que contenían registros hasta un año de antigüedad a la fecha que se realizó la recolección de datos. Estos fueron comprendidos dentro de quince policlínicas pertenecientes a una red de efectores de salud del primer nivel de atención, en el periodo abril - noviembre 2015.

Se utilizó como criterios de exclusión, aquellas HC que eran ilegibles, que no se encontraban al momento de recabar los datos, aquellas que sus últimos registros superaban el año, las que no contenían registros o que no estuvieran autorizadas para su revisión.

Unidad de análisis y observación

Se encontró comprendida por las HC de los usuarios portadores de DMT2 con registros actualizados hasta un año de antigüedad a la fecha que se realizó la recolección de datos.

Fuentes de datos

La fuente de datos fueron las HC de los usuarios que se atendieron una red de un efectores públicos de primer nivel de atención, las mismas estaban conformadas en formato papel, compuestas en forma individual o familiar.

Instrumentos de recolección de datos

La información a utilizar fue extraída de las HC de los usuarios portadores de DMT2, que no superaron un año de antigüedad en los registros al momento de ser recolectados los datos. Se elaboró una planilla para la recolección de datos con formato Excel en la cual se registró la información de cada variable de estudio. [Ver Anexo N°4]

Aspectos éticos

Para llevar a cabo la investigación se tomaron en cuenta artículos pertenecientes al Decreto N°354/014 de la Ley N°18815 referente a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería.

La misma expone varios artículos y entre ellos se pueden citar, “Art 4 N° T) documentar, mediante registros el proceso de enfermería, así como informes de planes y programas desarrollados en todos los niveles de atención.”...” N° AW) Asegurar la confidencialidad y seguridad de la información obtenida de su práctica profesional.”;” Art 9 N° F) Mantener la confidencialidad de la información que le haya sido confiada así como respetar la intimidad y privacidad de los usuarios, familias o grupos sociales.” A su vez se informó a cada efector de salud sobre los objetivos de la investigación y cómo serían procesados los datos para su posterior análisis. En todo momento se hizo hincapié en la confidencialidad de la identidad de cada usuario así como también el uso de la información para estudios exclusivamente académicos. [23]

Aspectos éticos en investigación con seres humanos.

A través del Ministerio de Salud Pública, el Poder Ejecutivo en el año 2005 mediante el Decreto 379/008 reglamenta la Investigación en seres humanos.

Por medio de este Decreto se establece la obligatoriedad de preservar la dignidad y los derechos humanos de los individuos involucrados en la investigación. Responsabiliza a las instituciones de salud de asegurar que el marco regulatorio sea respetado en todas las investigaciones en las que participen humanos, con previa aprobación por parte del comité de ética institucional junto al protocolo de investigación correspondiente a cada estudio. Es por esto que en cada proceso de investigación se debe cumplir con un protocolo a seguir, con normas preestablecidas, teniendo en cuenta estas características para obtener las autorizaciones pertinentes para realizar la investigación. [24]

Autorizaciones

Como se mencionó anteriormente el estudio realizado parte de una investigación que tuvo sus comienzos en el año 2013, por tal motivo se entregó a cada policlínica que conformo parte de nuestra investigación la carta utilizada previamente por dicho estudio, para así poder realizar la recolección de datos de las HC. [Ver Anexo N°5]

VARIABLES DE ESTUDIO

A continuación se detallan las variables que fueron consideradas necesarias para la recolección de los datos de dicho estudio. Para la formulación de determinadas variables se tomó en cuenta la Guía de intervención en el primer nivel de atención de Diabetes tipo 2. Las variables que se utilizaron fueron: sexo, edad, tiempo de diagnosticada la Diabetes, registros en Historia Clínica, registros de controles de salud, personal que

realiza registros en Historia clínica, registros de paraclínica/ estudios solicitados y registros de paraclínicas/estudios realizados. [Ver Anexo N°6] [Ver Anexo N°7]

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de llevar a cabo la tabulación de los datos obtenidos mediante la revisión de las HC de los usuarios portadores de DMT2, podemos decir que se examinaron un total de 36722 HC, de las cuales existían 234 usuarios diagnosticados con DMT2 con registros menores o iguales a un año a la fecha de recolección de datos. Este número representa en cálculos el 0.6% de las HC estudiadas, el mismo representa la prevalencia del área de estudio. Teniendo en cuenta los datos estadísticos manejados dentro de este informe se pudieron comparar este porcentaje con el planteado por los estudios de prevalencia de la Diabetes en el Uruguay Fase 1, los cuales estiman que "...el 8 % de la población es diabética, y un 8% se encuentra en el rango de prediabetes".

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se realizó un cálculo estimativo de la cantidad de usuarios que se deberían tener en el total de las HC examinadas. Se estimó un total de 6240 usuarios portadores; los cuales representarían el 16% planteado en el estudio de prevalencia nacional. Al comparar este resultado con el obtenido, se observó un valor inferior al estimado en forma nacional.

Para lo antes mencionado se podrían considerar varias posibilidades:

- los usuarios atendidos en esta área no han sido diagnosticados
- no existen los registros en las HC para poder identificar a cada usuario con esta enfermedad.

Al centrarse en el objetivo general de la investigación se puede remarcar que el 100% de las HC no cuentan con registros completos.

El registro incompleto y la ausencia de los aspectos relevantes a su enfermedad y tratamiento, pueden representar un riesgo en el seguimiento y en la calidad de la atención hacia el usuario, ya que en la HC se debe realizar el registro de la atención al usuario por todo el personal sanitario que lo asiste.

En cuanto a la variable de estudio “personal que realiza registros en la historia clínica”, se centró el análisis enfocado al profesional que realiza este registro y la calidad del mismo, haciendo énfasis en el registro completo o incompleto.

Para considerar a los registros como completos se debe cumplir con ciertos criterios preestablecidos, los mismos deben ser veraces, legible y que cumpla con los requerimientos que garanticen una calidad en la atención.

A su vez tomando en cuenta la guía de intervención se pudo observar los registros que deberían tener los usuario según el tiempo de diagnosticada la enfermedad. El usuario que su diagnóstico fue menor a un año y mayor a 6 meses debió contener al menos 19 registros (3 de medicina general o médico familia y comunitaria, 2 de endocrinólogo/diabetólogo, licenciado/a. Enfermería, enfermero, nutricionista, oftalmólogo, odontólogo, podólogo, cardiólogo, asistente social, 3 solicitudes de exámenes y 3 realizaciones de los exámenes).

Aquellos usuarios que su diagnóstico fue mayor a un año debieron tener al menos 12 registros, ya que endocrinólogo/diabetólogo y medicina general/ medico familia y comunitaria deberían tener al menos un control por año. Al calcular la cantidad de registros que debería tener la población de estudio, se obtuvo un total de 2808 registros para usuarios con diagnostico mayor a un año y 4446 registros para aquellos menores a un año. Estos valores serían los esperados para considerar una HC completa.

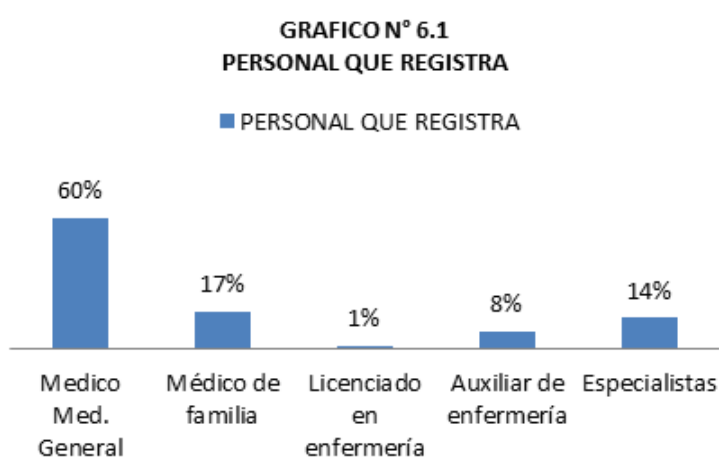
Comparando estos números con los encontrados, correspondientes a 239 registros, demuestra que el 100 % de las HC de la población de estudio son incompletas.

Se encontraron dentro de las 234 HC un 77% de registros pertenecientes a medicina general y/o médico de familia y comunitaria, siendo las características de los mismos incompletos.

En el 8% de las HC se encontraron registros realizados por el auxiliar de enfermería en forma incompleta.

En cuanto a los registros efectuados por especialistas se encontró que el médico cardiólogo registra en un 6.4% de las HC, oftalmología en un 2.1% y nutrición en un 7.3%; de los cuales se encontraron únicamente registros completos por parte del nutricionista.

Los efectores de salud pertenecientes a este estudio no cuentan con médicos especialistas como ser diabetólogo, endocrinólogo, podólogo, odontólogo, asistente social y psicólogo; si bien existen mecanismos de referencia y contra referencia no se logró evidenciar la utilización de los mismos, generando la ausencia de registros en la HC relacionados a estos profesionales.



PERSONAL QUE REGISTRA	FA	FR%
Medico Med. General	144	60%
Médico de familia	42	17%
Licenciado en enfermería	1	1%
Auxiliar de enfermería	19	8%
Especialistas *	33	14%

TABLA N°6.1 – VARIABLE PERSONAL QUE REALIZA REGISTROS EN LA HISTORIA CLINICA

Como dato relevante observamos que se contaba con tres Licenciados de Enfermería coordinadores para las 15 policlínicas, los cuales no cumplían tareas asistenciales. Los mismos se encontraban coordinando y gestionando los recursos humanos, materiales y financieros de cada efector.

En cuanto a los registros efectuados por el licenciado de enfermería se logró observar que el porcentaje obtenido correspondió a un único registro realizado en una sola policlínica, lo cual nos orienta a pensar en una consulta de manera inesperada para este profesional ya que en pocas ocasiones se encuentra dentro de un efector determinado.

Esto es consecuente con los datos obtenidos anteriormente que mostraban la ausencia de registros en las HC por parte de este profesional.

Se pudo visualizar que los registros estaban orientados a los resultados de los estudios paraclínicos, en ninguno de los casos se vio reflejada una valoración exhaustiva del usuario y tampoco se contemplaron aspectos relacionados a sus antecedentes personales, antecedentes familiares, diagnóstico clínico, controles de salud, tratamientos y seguimientos en forma actualizada. Por lo antes dicho es que los registros encontrados fueron clasificados como incompletos.

Para poder centrarnos en los registros de la atención del usuario, fue de suma importancia basarnos en la guía de intervención. Teniendo en cuenta los aspectos que contempla esta guía es que se plantearon las siguientes variables de estudio. Con ellas se pretendió visualizar si los profesionales de salud estaban realizando un adecuado registro en el seguimiento y control de los usuarios portadores de DMT2.

En lo que respecta al diagnóstico de esta enfermedad vemos que en el 55% de los casos la misma fue diagnosticada hace más de un año al momento de realizada la recolección

de datos. No obstante es importante destacar que en un 44% de los casos no se encontró el registro de la fecha en la cual fue diagnosticada dicha enfermedad. El 1% restante corresponde al diagnóstico en un periodo menor a tres meses. [Ver anexo 7 tabla y gráfico N° 3]

En cuanto a la variable “registros relacionados a los controles de salud”, se pudo observar que el 80% de los usuarios diabéticos concurren a consulta con medicina general o médico de familia y comunitaria en periodos menores o iguales a un año, el porcentaje restante de las HC no cuenta con registros sobre el último control, esto puede deberse a varios motivos:

- el usuario no concurre al control,
- el usuario concurre al control y no se realiza el registro correspondiente
- no se cumple con la guía

El control con cardiólogo se visualiza solo en un 4% de las HC y el periodo del mismo va de 6 a 12 meses. La guía estipula que el primer control debe ser realizado al momento de diagnóstico de la enfermedad y luego manteniendo una frecuencia de un control anual. Dado que este porcentaje de HC no tenían registros del tiempo de diagnosticada la enfermedad es que no se puede determinar si cumplían con el control estipulado.

Las consultas con oftalmólogos son menos frecuentes, en el 97.5% de los casos no se cuenta con registros, en un 2.5% si se cuenta con los mismos.

La guía estipula un régimen de control anual para este especialista, el cual debe realizar estudios como ser: fondo de ojos y agudeza visual; la frecuencia de la realización de los mismos es al comienzo del diagnóstico de la enfermedad y al año. Si los resultados obtenidos son normales estos estudios podrían llevarse a cabo cada dos años.

El porcentaje obtenido representa cinco HC, se puede decir que una de ellas posee registros de diagnóstico de la enfermedad menor a tres meses, por lo tanto este usuario cumple con el control. De los cuatro restantes no se puede determinar el cumplimiento o no ya que no hay registro de fecha de diagnóstico.

En cuanto al control con nutricionista podemos ver que el 94% de las HC no cuenta con registros acerca estos controles, el porcentaje restante si cuenta con los mismos siendo estos menores a tres meses.

El médico general y/o de familia y comunitaria juegan un rol fundamental ya que los mismos son los responsables de realizar las interconsultas necesarias para llevar a cabo un control adecuado del usuario portador. No se visualizó dentro de las HC resumen de referencia y contra referencia que evidencien las interconsultas con especialistas como diabetólogos, endocrinólogos, podólogos, odontólogos y psicólogos.

Si observamos la variable registros relacionados a los estudios solicitados y realizados se vió que los mismos representaron un porcentaje poco significativo. [Ver anexo tabla N°7 N°8]

Esto pudo deberse a:

- no existir el registro de la solicitud
- no existir la solicitud de los exámenes
- no existir el registro de la realización del examen
- no realizarse el examen

Nuevamente si se toma en cuenta los criterios necesarios para el correcto registro de la HC y sumado a esto el uso de la guía antes mencionada, se podría decir que los usuarios no contarían con los registros necesarios para el control paraclínico de su enfermedad.

Dentro del tratamiento para la DMT2 existen cinco componentes básicos que deben ser tomados en cuenta para poder llevar a cabo el control de la enfermedad del usuario y

una mejoría en la calidad de vida. Teniendo en cuenta estos componentes que son: nutrición, ejercicio, vigilancia, farmacoterapia y enseñanza, podemos ver como factor positivo a destacar que el registro completo por parte del nutricionista permite orientar a elementos fundamentales del tratamiento de la diabetes.

La vigilancia está enfocada a los controles que serán llevados a cabo para prevenir complicaciones en la enfermedad. Es importante que el usuario portador, realice las consultas de salud en los tiempos estipulados para poder tener de esta forma un seguimiento de su tratamiento. El equipo multidisciplinario de salud deberá trabajar junto con el usuario y su familia para adquirir hábitos diarios saludables que favorezcan el tratamiento.

Si hacemos un promedio del personal sanitario que cumple con los controles estipulados por la guía, Medicina General y medicina familiar y comunitaria tuvieron un 80 %, en el periodo comprendido menor a 12 meses; este dato es relevante a la hora de analizar la consulta con los diferentes especialistas ya que estos son los encargados de realizar las interconsultas.

Podemos decir entonces que podrían haber existido diferentes posibilidades:

- el medico deriva y el usuario no concurre,
- el médico no registra si se realiza la derivación,
- el médico no deriva.

Como se mencionó anteriormente no se localizaron dentro de las HC resumen de referencia y contra referencia que evidencien estas interconsultas.

Como factor negativo vemos que el profesional de enfermería no se encuentra presente dentro del equipo de proximidad, esto se ve reflejado en las HC dado que no se

encuentran registros que evidencien educación, prevención y promoción de salud del usuario, rol fundamental de este profesional.

El auxiliar de enfermería, personal que se encuentra presente dentro del equipo de salud debe realizar acciones relacionadas al control y seguimiento del usuario, familia y comunidad, colaborando con el proceso de atención a los mismos. Este personal debe registrar cada acción realizada, lo cual no se vio evidenciado en las HC observadas. Esto puede ser una debilidad en cuanto a la atención brindada al usuario. Según la ley 18815 “Profesión de enfermería”, Artículo N°6, en el cual se expone que en todos los casos el auxiliar de enfermería debe actuar bajo la supervisión de licenciados en enfermería, dicho esto es que remarcamos nuevamente la importancia de este profesional en el equipo de proximidad, ya que es el encargado de delegar y supervisar las tareas que serán llevadas a cabo por el enfermero. La ausencia de este profesional podría repercutir en las actividades asistenciales del auxiliar de enfermería y su posterior registro.

La educación cumple un rol fundamental dentro del tratamiento ya que de ella parte el buen desarrollo del mismo por parte del usuario y la colaboración de la familia para ayudarlo a adecuarse a su nuevo estilo de vida. Por lo antes mencionado es que destacamos la importancia de la existencia de los profesionales en el equipo básico de salud.

CONCLUSIÓN

Tomando en cuenta el objetivo general de nuestro estudio, se logró describir el nivel de cumplimiento de los registros en las HC; identificando que estos no se cumplen en forma adecuada con la guía de intervención utilizada.

La HC debe cumplir con ciertos criterios preestablecidos para un registro completo, veraz, legible y que cumpla con los requerimientos que garanticen una calidad en la atención. El inadecuado registro en las HC, puede generar dificultades en el seguimiento y tratamiento de la enfermedad del usuario pudiendo representar una amenaza para el mismo. Si bien esto no es el alcance de este estudio se plantea la necesidad de investigar sobre este impacto en la salud de estas poblaciones.

En lo que respecta a los objetivos específicos planteados, se logró conocer la guía de intervención en diabetes para determinar de esta forma las variables de estudio a utilizar para observar los registros orientados a la atención del usuario portador de DMT2.

Asimismo, teniendo en cuenta los aspectos que contemplan esta guía y los registros obtenidos, se puede decir que el no cumplimiento de ambos alteraría la calidad de vida del usuario y el correcto seguimiento de su enfermedad para la prevención de posibles riesgos, futuras afecciones y complicaciones.

A través de los registros encontrados en las HC del área de estudio se logró determinar el número de usuarios portadores de DMT2 que poseían registros iguales o menores a

un año a la fecha de realizada la recolección de datos, siendo el valor correspondiente a 234 usuarios con una prevalencia del 0.6%.

Por medio del planteamiento de las distintas variables se logró describir las características de los registros encontrados en las HC de aquellos usuarios que fueron diagnosticados con DMT2, siendo estos mayoritariamente incompletos.

Así mismo por medio de estas variables identificamos aquellos profesionales de la salud que efectuaron los registros en las HC; destacando que dentro de los mismos contamos con registros mayoritariamente de medicina general y médico familiar y comunitaria.

Es importante remarcar que la ausencia del profesional de enfermería dentro del equipo de proximidad se vio reflejada en la falta de registros dentro de las HC por lo cual no se logró evidenciar el cumplimiento del rol en cuanto a educación, prevención y promoción en salud.

Por otro lado el hecho de que el auxiliar de enfermería que si se encontraba dentro de cada efector obtuviera un porcentaje bajo de registros, genera la interrogante de si se efectuó o no cuidado directos con el usuario.

En base a los registros obtenidos y teniendo en cuenta la guía de intervención utilizada se podría concluir que los efectores no cuentan con el equipo de proximidad necesario; el cual debería estar conformado por medicina general y/o médico de familia y comunitaria, licenciado en enfermería y auxiliar de enfermería. En este equipo se pudo evidenciar la ausencia del profesional de enfermería dentro de cada efector.

Por otro lado el equipo de proximidad no este conformado por especialistas en los diferentes efectores, esto no debería ser un impedimento para la realización de las interconsultas pertinentes, ya que existen mecanismos de referencia y contra referencia para efectuar las mismas.

Así mismo los registros incompletos determinarían una importante amenaza para el usuario asistido y el personal de salud que asiste, dado que la HC representa un marco legal para el usuario, el profesional de salud y la institución.

Para finalizar la investigación se confrontan dos grandes aspectos que se consideraron de relevancia, estos son, los registros en HC y el personal que registra; enfocándose directamente al profesional de enfermería. Ambos juegan un papel de importancia en el seguimiento de la enfermedad de los usuarios portadores de DMT2. Los registros incompletos en las HC podrían tomarse como acciones que no se realizaron, consultas que no tuvo el usuario, datos que se perdieron o que no se solicitaron.

Debido a la ausencia del licenciado de enfermería no serían llevadas a cabo las tareas de educación, promoción y prevención de salud así como también la planificación de cuidados.

Así mismo los datos obtenidos en el análisis en cuanto a la prevalencia de los usuarios diabéticos no fueron consecuentes con los datos planteados por la prevalencia nacional. Se podría interpretar que esta prevalencia fue menor, debido a los registros incompletos y/o ausencia de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Ferrero R, García MV. Encuesta de prevalencia de la diabetes en Uruguay: primera fase Montevideo 2004. Arch Med Int [Internet] 2005; 27(1): 07-12. Disponible en: <http://www.prensamedica.com.uy/docs/XXVII-Diabetes.pdf> [consulta: 2 feb 2015].
- 2 - Organización mundial de la salud. Diabetes Mellitus tipo 2. Guía de intervenciones en el primer nivel de atención. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js18852es/> [consulta: 30 ene 2015].
- 3 - Rocano EP. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencia de un hospital general. Rev Soc Perú Med Interna [Internet] 2008; 21(2): 51-4. Disponible en: http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_21_2_2008/01.pdf [consulta: 5 mar 2015].
- 4 - Gutiérrez Álvarez M. Evaluación de los sistemas de registros en la atención de enfermería Unidad de Neonatología Hospital Clínico Regional Valdivia [tesis] [Internet]. 2004. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fmg984e/pdf/fmg984e.pdf> [consulta 27 feb 2015].
- 5 - Cancela A, Fontán V, Martins A, Piriz Y, Vittola M. Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad [tesis]. Montevideo: Facultad Enfermería, UdelaR; 2010.

- 6 - Uruguay. Ministerio de Salud pública. Tu historia clínica. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/tu-historia-cl%C3%ADnica> [consulta: 3 nov 2015].
- 7 - Zurro M, Cano Pérez J. Atención primaria: concepto, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 412-27.
- 8 -Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Ley 18335 de 15 de agosto de 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008> [consulta: 15 feb 2015].
- 9 - Cancela A, Fontán V, Martins A, Piriz Y, Vittola M. Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad. Op. Cit.
- 10 - Giovanella L. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada: observatorio MERCOSUR de sistemas de salud. [Internet]. 2013. p. 21-27. Disponible en:<http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf> [consulta: 3 nov 2015].
- 11 - Administración de los servicios de salud del Estado. Red de atención del primer nivel. [Internet]. Disponible en: http://www3.asse.com.uy/uc_2371_1.html [consulta: 3 feb 2015].
- 12 - Vignolo J, Vacarezza M, Alvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int [Internet] 2011; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003 [consulta: 8 set 2016].
- 13 - Acosta C, Buffa C, González P, Larrosa A, Monge A, Noble A, et al. Equipos de salud del primer nivel de atención. [Internet]. 2014. Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf [consulta: 3 marzo 2016].

14 - Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basadas en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. [Internet]. 2008. p. 8-11. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf [consulta: 30 nov 2016].

15 - Reglamentación de la Ley 18.815 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería. Decreto 354/014 de 4 de diciembre 2014. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/354-2014> [consulta: 3 marzo 2016].

16 - Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Enfermedades no transmisibles.[Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/enfermedades-no-transmisibles> [consulta: 26 oct 2015].

17 - Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la diabetes. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/facts/es/> [consulta: 1 nov 2015].

18 - Asociación de Diabéticos del Uruguay. El modelo Uruguay. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.adu.org.uy/index.php/adu/que-hacemos-en-adu> [consulta: 30 oct 2015].

19 - Ferrero R, García MV. Encuesta de prevalencia de la diabetes en Uruguay: primera fase Montevideo 2004. Op. Cit.

20– Smeltzer SC, Bare BG. Valoración y tratamiento de pacientes con diabetes mellitus. En su: Brunner y Suddarth: enfermería medicoquirúrgica. 10^a. ed. México: McGraw-

Hill; 2005. 1 v. p. 1266-1319.

21 - Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Internet]. 2015. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> [consulta: 1 nov 2015].

22- Organización mundial de la salud. Diabetes Mellitus tipo 2. Guía de intervenciones en el primer nivel de atención. Op. Cit.

23 - Reglamentación de la Ley 18.815 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería. Decreto 354/014 de 4 de diciembre 2014. Op. Cit.

24 - Comisión de bioética y calidad de atención: investigación en seres humanos.

Decreto 379/008 de 4 de agosto 2008.

Disponible:http://ucu.edu.uy/sites/default/files/pdf/uruguay_decreto_PE_iInvestigacion_2008.pdf [consulta: 30 nov 2016].

BIBLIOGRAFIA

Adopción de medidas sanitarias sociales y laborales para diabéticos. Ley 14032 de 8 octubre de 1971. Uruguay. Reglamentada por el Decreto [N° 492/972](#) de 12 de julio de 1972. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/14032-1971> [consulta: 1 nov 2015].

Día mundial de la diabetes : una mirada en la diabetes. [Internet]. 2016. Disponible en:

<http://bvshalud.org/es/dia-mundial-de-la-diabetes-una-mirada-en-la-diabetes/> [consulta: 20 nov 2016].

Día mundial de la salud: vencer la diabetes. [Internet]. 2016. Disponible en:
<http://bvsalud.org/es/dia-mundial-de-la-salud-vencer-a-la-diabetes/> [consulta: 15 ene 2015].

Instituto Nacional de Estadística (Uruguay). Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. [Internet]. 2011. Disponible en:
<http://www.ine.gub.uy/resultados-de-busqueda?q=Poblaci%C3%B3n%2C+crecimiento+y+estructura+por+sexo+y+edad> [consulta 15 ene 2015].

Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011.

Margolis A. ¿Cómo reducir los errores en la práctica médica a través de los sistemas de información clínicos? InfoSuis [Internet] 2004; 4(12). Disponible en:
http://www.suis.org.uy/infosuis/temas/temas_12-4.shtml [consulta: 20 ene 2015].

Pineda EB, Alvarado EL de. Metodología de la investigación. 3a ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.

Scolpini V. Historia de la diabetes en Uruguay. [Internet]. Disponible en:
http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/hist_diab.pdf [consulta: 27 feb 2015].

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Epidemiología. 1ª Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. [Internet]. 2006.

Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_enfrecnt_2006_1.pdf
[consulta: 21 nov 2016].

Zabalegui Yárnoz A. El rol del profesional en enfermería. Aquichán [Internet] 2003;
3(1): 16-20. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?
script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004) [consulta: 21 nov 2016].

ANEXOS

**ANEXO N°1 – INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA
DEL ADULTO PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

Documento extraído de la página del MSP, actualmente no disponible para su descarga.

Ultimo acceso setiembre de 2015.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA DEL ADULTO PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

HC/A 1.

Logo Institucional Logo de la Institución que brinda la cobertura

- (1) **Realizada por:** escribir claramente el nombre de la persona que realiza la apertura de la HC
- (2) **Fecha de apertura:** Indicar día, mes y año en que se hace la apertura de la HC
- (3) **CI:** completar con el número de cédula de Identidad incluyendo el dígito de seguridad; en caso de extranjeros consignar el documento identificador de su país.
- (4) **Registro:** Corresponde al número de Historia Clínica para a aquellas Instituciones en el esta no coincida con el número de cédula de Identidad.
- (5) **Nombre y Código del Servicio** – Nombre del Hospital, Centro de Salud, Policlínica o Consultorio - (ejemplo Policlínica Garzón)
- (6) **Área de Salud del MSP:** Se refiere al área donde se ubica el Servicio definidas por el Ministerio de Salud Pública (a futuro)
- (7) **Servicio de Salud** – Se consigna si el Servicio donde se inicia la historia pertenece a ASSE, Intendencias, es una Institución de Asistencia Médica Colectiva (Mutualistas o Cooperativas Médicas), son policlínicas gestionadas por la comunidad, pertenecen a Sanidad Militar, Sanidad Policial etc.
- (8) **Primer Apellido.** Se debe colocar el que consta en la cédula de Identidad, o documento de identificación
- (9) **2º Apellido.** Idem
- (10) **Ter. Nombre.** Idem
- (11) **2º Nombre.** Idem
- (12) **Fecha de Nacimiento.** Se consignará la que conste en el documento de Identidad.
- (13) **Edad:** en años cumplidos
- (14) **Lugar de Nacimiento.** Consignar el que conste en el Documento de Identidad., y además la ciudad, o pueblo de nacimiento.
- (15) **Sexo.** Consignar M para masculino, F para femenino.
- (16) **Nacionalidad.** Se consignará la que consta en el documento de Identidad
- (17) **Etnia.** Se interrogará ¿ a que grupo étnico considera Ud. que pertenece? Posibles respuestas: Afro descendiente, asiático, blanco, indígena, mestizo, moreno, negro, pardo, otros.
- (18) **Domicilio.** Indicar Calle, Avenida, Número de puerta, o nombre de la casa, número de apartamento. Indicar entre que calles se encuentra o con que calle hace esquina.
- (19) **Barrio.** Nombre del Barrio
- (20) **Localidad.** Consignar localidad de domicilio
- (21) **Tiempo de residencia en el departamento.** Se refiere al tiempo que hace que residen en un Departamento para aquellas personas no nacidas en ese Departamento.
- (22) **Tiempo de residencia en el barrio/localidad.** Se refiere al tiempo de residencia en el Barrio o Localidad actual
- (23) **Teléfonos** Se refiere a los teléfonos del usuario. Consignar número telefónico fijo o móvil.
- (24) **Correo electrónico.** En caso de tener correo electrónico, consignar la dirección
- (25) **Nombre.** Nombre de Persona a notificar. Familiar, vecino o contacto para notificar en caso de necesidad
- (26) **Teléfono.** Se refiere a número de teléfono fijo o móvil de la persona a notificar en caso de necesidad.
- (27) **Situación de filiación.** Consignar si o no tiene filiación
- (28) **Especificar.** Si está afiliado, consignar adónde (FONASA, Seguro privado, particular, etc.), y la institución prestadora de servicios. De no estar afiliado, no llenar.
- (29) **Emergencia Móvil.** Consignar si el usuario tiene cobertura con Emergencia médica móvil
- (30) **Especificar** Especificar el nombre de la Emergencia Médica móvil en caso de contar con la misma
- (31) **Religión u otros datos de interés.** Consignar condicionantes educativas, religiosas (Testigos de Jehová) capaces de influir en la aparición y/o modulación de problemas de salud
- (32) **Situación actual de pareja.** Consignar Soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a, unión estable, etc
- (33) **Nivel Educativo.** Indique la cantidad de años aprobados en cada uno de los siguientes niveles de educación. Corresponde anotar el último año totalmente aprobado en cada nivel. Por ejemplo si una persona cursó tercero de Secundaria pero no lo terminó, corresponde anotar 2 en Secundaria (siempre que no le quede ningún examen de segundo).
- (34) **Estado/Ocupación** El estado se refiere a datos en relación a la situación laboral: activo, jubilado, pensionista. En el ítem ocupación, el objetivo que se persigue es determinar el tipo de ocupación actual del usuario, que en suma es el conjunto de tareas cumplidas por una persona, y pueden ser

clasificadas atendiendo a su complejidad y grado de conocimientos exigidos para llevarlas adelante. Es muy importante su determinación por los riesgos a la salud específicos que tienen.

- (35) **Trabajo formal.** Corresponde marcar SI cuando aporta a la seguridad social (cualquiera que sea BPS, Caja de Profesionales Universitarios, Caja Militar, etc.
- (36) **Número de horas que trabaja por semana.** Indicar cuando sea posible, promedio de horas trabajadas en la semana.
- (37) **Usufructo de programas de emergencia social.** Consignar si usufructa programas de emergencia social. Marcar SI cuando recibe canasta de alimentación del INDA o Municipal, MIDES, si trabaja en jornales solidarios, si concurre a comedor público, etc.
- (38) **Energía eléctrica.** Indicar si posee energía eléctrica en el hogar.
- (39) **Agua Potable.** Se indaga el origen del agua utilizada para beber y cocinar, y marcar si está fuera del hogar.
- (40) **Número de dormitorios.** Consignar cuántas habitaciones son utilizadas en el hogar para dormir .
- (41) **Número de habitaciones.** Consignar el número de habitaciones (piezas o espacios limitados por tabiques o paredes de mampostería en que se divide una vivienda) que utiliza el hogar. Se deben excluir los baños y cocinas (si éstas sólo se utilizan con ese fin), así como todas aquellas habitaciones que no poseen un fin residencial (ej. pieza al frente utilizada exclusivamente como almacén). En los casos de viviendas compartidas por más de un hogar, se deben sólo considerar las de uso exclusivo del hogar que se está encuestando.
- (42) **Número personas en el Hogar.** Consignar el número de personas que habitan en el hogar.
- (43) **Eliminación de las excretas.** Marcar el tipo de eliminación de las excretas en el hogar.
- (44) **Techo.** Especificar tipo de material con que está mayoritariamente el techo de la vivienda.
- (45) **Paredes.** Especificar tipo de material con que están realizadas mayoritariamente las paredes de la vivienda.
- (46) **Piso.** Especificar tipo de piso de la vivienda.
- (47) **Heladera.** Consignar la posesión de heladera en el hogar (SI = si posee; NO = no posee.)
- (48) **Comprensión del lenguaje.** Consignar si se desempeña bien con el lenguaje or y/o , escrito u otros.
- (49) **Indique otras situaciones de vulnerabilidad.** Las situaciones de vulnerabilidad son aquellas situaciones que a juicio del técnico configuren situaciones socio económicas que pueden de riesgo en la salud que no hayan sido especificadas en los ítem anteriores por ejemplo hace uso del refugio, abuso sexual, violencia doméstica.
- (50) **Famillograma.** Represente el famillograma del usuario.
La utilidad del famillograma es:
1. como sistema de registro.
2. como instrumento de relación con el paciente.
3. como elemento de detección de factores de riesgo.
4. como herramienta para detectar problemas psico sociales.
5. para la detección de recursos familiares.
6. en la intervención sobre familias disfuncionales.
Se registran al menos tres generaciones.
Cada generación se representa en una línea horizontal señalando su correspondencia en la familia con la simbología que se indica.
La descendencia se indica por orden de nacimiento comenzando desde la izquierda.
Con un doble contorno se identifica al individuo de referencia en el famillograma.
Al lado de cada individuo se puede anotar el nombre, patologías, fechas de fallecimiento, causa y edad de fallecimiento, etc. Se entregará instructivo específico. Registrar fecha de realizado.

HCUA 2:

- (51) **Núcleo de convivencia.** Registrar integrantes que conviven bajo el mismo techo. Por ejemplo: indicar esposo, 2 hijos, suegra.
- (52) al (59) **Antecedentes familiares.** Marque con una cruz las patologías, o afecciones que se encuentren en la familia.
- (60) al (72) **Antecedentes personales.** Marcar con una cruz las patologías, o afecciones propias del usuario.
- (73) **Medicación que recibe habitualmente.** Consignar la medicación habitual y dosis en caso de recibirla.
- (74) **Menarca.** Señale la edad de la menarca en años de edad.
- (75) **Ciclos Menstruales regulares.** Marque lo que corresponda (sí o no)
- (76) **Inicio de relaciones sexuales.** Señale el inicio de las relaciones en años de edad.
- (77) **Método anticonceptivo.** Consignar método anticonceptivo (ACO = anticonceptivos orales; DIU = dispositivo Intrauterino; P = preservativos).
- (78) **Número de embarazos.** Indique el número total de embarazos.
- (79) **Nº de hijos nacidos vivos/muertos.** Indique el número de hijos nacidos vivos/ número de nacidos muertos.

(80) **Nº de hijos de bajo peso al nacer.** Indique el número de hijos con peso inferior a 2500 gr. en embarazos a término.

(81) **Nº de hijos mayores de 4000gr al nacer.** Número de hijos con peso superior a 4000 gr. al nacer.

(82) **Nº de abortos.** Indique el número total de abortos (espontáneos o provocados).

(83) **Edad de la menopausia.** Indique cuando corresponda la edad de la menopausia

(84) **Sucesos vitales significativos.** Consignar aquellas hechos deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto que tiene una importancia tan que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres y que requieren un esfuerzo adaptativo. Ej. Duelo, casamiento, separación, nacimiento de un hijo etc.

(85) **Antecedentes de salud laboral.** Consignar situaciones laborales potencialmente perjudiciales para la salud. (me gustaría más bien hablar de riesgo salud, qué les parece?)

HOJA 3

(86) **Nombre.** Consignar el nombre del usuario

(87) **CI.** completar con el número de cédula de identidad incluyendo el dígito de seguridad; en caso de extranjeros consignar el documento identificador de su país.

(88) **Consulta.** Consignar si la consulta es espontánea o programada (definición)

(89) **Motivo de consulta.** Consignar el motivo que originó la consulta

(90) **Enfermedad actual.** Describir la enfermedad actual del usuario

(91) **Examen físico.** Completar el examen según los ítems indicados

(92) **Planteos diagnósticos.** Indicar el o los planteos diagnósticos realizados

(93) **Estudios solicitados.** Indicar el nombre de los estudios indicados en esta consulta, si se solicitaron

(94) **Tratamiento.** Consignar el tratamiento indicado

(95) **Referencias.** Indicar si se solicitaron interconsultas

(96) **Nuevo control.** Indicar la fecha del próximo control

(97) **Fecha.** consignar la fecha en que se llenó los datos de la hoja (motivo de consulta, enfermedad actual, examen, etc.)

(98) **Nombre del médico.** Aclaración del médico que ha llenado los datos anteriores

(99) **Firma.** Firma del médico que ha llenado los datos anteriores

(100) **Nº CJP.** Anotación del número de la caja de profesionales del médico que llenó los datos

HOJA 4

Planillas de seguimiento de estilos de vida y de controles periódicos y eventos.

Esta planilla se presenta en una hoja donde a dos carillas se exponen diferentes variables de índole sanitario.

En una se presentan elementos que hacen al controles periódicos en salud y registros de eventos, y al adverso de la misma el registro de las variables que hacen a los hábitos saludables.

Estas se expresan a lo largo de la vida del individuo, debiéndose constar en forma longitudinal a través de cada año.

Esta planilla se presenta con los siguientes objetivos:

1. Realizar un seguimiento a lo largo de la vida del usuario de Hábitos y de Controles Periódicos y Eventos vinculados con su salud.
2. Constatar las circunstancias posibles de Intervención por el equipo sanitario.
3. Constituir un ayuda memoria a los técnicos acerca de elementos a tener en cuenta en el trabajo clínico.
4. Constituir un ayuda disparador para la educación para la salud.
5. Ser un Instrumento para la obtención de datos que hacen al diagnóstico de situación de la población de usuarios de los servicios.

Se exponen a continuación las definiciones operativas de cada una de las variables, así como la forma de llenado de las mismas.

Consumo de frutas y verduras - Se deberá interrogar cuantas porciones de frutas (unidades) y verduras consume en un día tipo. Se considera una porción de verdura aproximadamente una taza de la misma, un plato de postre o medio plato principal. No se contabiliza el consumo de papa ni boniatos.

Se colocará en el casillero la suma del consumo de porciones de fruta y porciones de verdura.

Actividad Física -Se Interrogará la práctica de actividad física realizada en el trabajo, para desplazamiento, como deporte o en el tiempo libre.

Consignar los minutos de actividad física y la frecuencia semanal de la misma. Por ejemplo realiza 30 minutos de ejercicio 2 veces por semana se colocará 30 / 2 .

Actividad grupal-social. Se Indagará en este ítem acerca de los lazos familiares, sociales, laborales positivos o favorables que el usuario posea o haya logrado establecer. Ej. si tiene buen vínculo con su

familia, si tiene amigos, o si tiene buen relacionamiento en su ambiente laboral, si participa de grupos etc. (SI = participa de actividades grupales sociales; NO = no participa de actividades grupales sociales)

Actividad sexual satisfactoria. Se interrogará acerca de si la persona se encuentra satisfecha con su actividad sexual o no. (SI = satisfecha, NO = no satisfecha)

Actividad recreativa. En esta se indagará acerca de la persona considera que su vida cotidiana realiza actividades que le resultan placenteras. (SI = considera realiza actividad recreativa; NO = no considera que realiza actividad recreativa)

Actividad laboral. Se refiere a si el usuario realiza actividad laboral remunerada (SI = remunerada; NO = no remunerada).

Tabaquismo. Se interrogará acerca de si fuma algún producto de tabaco como cigarrillo, puro, etc.

Fumador = ha fumado al menos 1 cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses. Consignar como F

Fumador ocasional = ha fumado menos de 1 cigarrillo al día en los últimos 6 meses. Consignar como FO

Fumador pasivo = no fuma pero respira el aire de segunda mano. Consignar como FP

Ex fumador = habiendo sido fumador, ha estado por lo menos los últimos 6 meses sin fumar. Consignar como ExF

No fumador = nunca ha fumado ni está expuesto al aire de segunda mano. Consignar como NoF

Alcoholismo. Se consignará acerca del consumo problemático de alcohol y/o dependencia al alcohol.

Se interroga mediante la aplicación del test EBBA

1. ¿Han habido entre Ud. y su pareja problemas como consecuencia del consumo del alcohol?

2. ¿Han perdido amigos a causa del consumo del alcohol?

3. ¿Siente ganas de disminuir lo que toma?

4. ¿ Hay ocasiones que sin darse cuenta termina tomando mas de lo que piensa?

5. ¿ Ha tenido ganas de tomar alcohol por las mañanas?

6. ¿ Le a ocurrido que después de haber bebido la noche anterior no se acuerde de parte de lo que pasó?

7. ¿ Le molesta que le critiquen por la forma en que toma?

Si tres o más de estas preguntas resulta positiva se marcará SI en el ítem

Otros usos problemáticos. Se indagará acerca del consumo de: Benzodiazepinas, Marihuana, Cocaína y sus derivados (pasta base etc). (SI = consume; NO = no consume)

Violencia doméstica. Se interrogará acerca de la percepción de violencia en el entorno de la vida de la persona (familiar, laboral, en el barrio etc.)

SI = percibe situaciones de violencia; NO = no percibe situaciones de violencia.

Depresión. Consignar: SI = depresión; NO = no depresión

Accidentes Consignar: SI = accidente; NO = no accidente

Vacunación doble bacteriana. Se consignará la vigencia de la vacuna doble bacteriana. (V = vigente; NV = no vigente) ¿no deberíamos poner la fecha ultima en que se la dio?

Vacunación anti hepatitis B. Se interrogará acerca de si se ha recibido la inmunización contra la Hepatitis B. ¿no deberíamos poner la fecha ultima en que se la dio y un NO si nunca se la dio?

Vacunación antigripal. Se asentará la recomendación de la vacunación antigripal cuando corresponda. SI - NO. ¿no deberíamos poner la fecha ultima en que se la dio y un NO si nunca se la dio?

Vacunación anti neumococo. Se consignará según la pauta vigente

Vacunación anti rubéola. Se consignará la vigencia de dicha vacuna en las mujeres en edad genital activa (V = vigente; NV = no vigente)

Vacunación anti neumococo. Se consignará la vigencia de dicha vacuna (V = vigente; NV = no vigente) ¿no deberíamos poner la fecha ultima en que se la dio?

Examen físico. Se indicará si se realizó un examen clínico completo (SI o

Control de Peso – IMC. Se señalará si se realizó control de peso e índice de masa corporal en la historia en el año de referencia. (SI –NO) ¿no deberíamos poner la fecha si se controló y NO cuando no lo hizo?

Control de PA. Consignar si se realizó toma de Presión Arterial por lo menos una vez en el año en curso.

Agudeza visual. Se consignará el control de la agudeza visual en el año de referencia. (SI = control realizado; NO = control no realizado)

Control Odontológico. Se indicará si se realizó con odontólogo en el año. (SI = control odontológico realizado; NO = control odontológico no realizado)

Consulta con urólogo. Se interroga en hombres mayores de 50 años en si realizó consulta como control con urólogo. (SI = realizó consulta de control; NO = no realizó consulta de control).

PAP. Se marcará cuando se haya realizado el examen de Papanicolaou según norma vigente. (SI = examen realizado; NO = examen no realizado)

Mamografía. Se consigna como realizado o no según norma vigente (SI = realizado; NO = no realizado)

Fecafest. Se consigna como realizado o no (SI = realizado; NO = no realizado).

Glicemia. Consignar según las pautas recomendadas

Lípidos. Consignar según las pautas recomendadas

Internaciones u Hospitalizaciones. Se consigna si tuvo o no internaciones u hospitalizaciones

independientemente de la causa en el último año. (SI = requirió internación; NO = no requirió internación)

ANEXO N°2 – NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

Niveles de atención de salud

Su definición hace referencia a una forma estratificada y ordenada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

Primer nivel de atención: Es el nivel más cercano a la población, el nivel del primer contacto. En este nivel la organización de recursos permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes. Las mismas pueden ser resueltas con actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

Es conocida como la puerta de entrada al sistema de salud. Una de sus características es que cuenta con establecimientos de baja complejidad, como lo son consultorios, policlínicas y centros de salud. Es en este nivel donde se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes. Permite una adecuada accesibilidad a la población, brindando una atención oportuna y eficaz.

Segundo nivel de atención: En él se encuentran los hospitales y establecimientos en los cuales se brindan servicios relacionados a la atención de medicina interna como lo son pediatría, ginecología, cirugía general y psiquiatría entre otros. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

Tercer nivel de atención: Se refiere a la atención de problemas poco prevalentes, es decir a la atención de patologías complejas con requerimiento de procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los

problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros.

Niveles de complejidad

Hace referencia al número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo que la misma alcanza. Como complejidad se entiende el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. El grado de complejidad que debe tener cada establecimiento está condicionado por el nivel de atención al que pertenece. El grado de complejidad establece el tipo de recursos (humanos, físicos y tecnológicos) necesarios para lograr satisfacer las necesidades de la unidad asistencial, sus servicios y su organización cumpliendo con sus objetivos.

Niveles de prevención

Se refiere a las medidas que se destinan no únicamente a prevenir la aparición de la enfermedad como lo son la reducción de factores de riesgo, apuntan también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez que las mismas ya están establecidas. Las actividades preventivas se clasifican en tres niveles.

Prevención primaria: Se refiere a las medidas que buscan evitar la aparición de la enfermedad o problema de salud controlando los factores que la causan, predisponen o condicionan la misma. Una de las estrategias de prevención primaria puede ser apuntar a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo hasta niveles que no sean perjudiciales para la salud. Disminuir la incidencia de la enfermedad es el objetivo de la prevención primaria.

Prevención Secundaria: Apunta al diagnóstico de la enfermedad incipiente de manera precoz y a un tratamiento oportuno. Para lograr estos objetivos se deben realizar exámenes médicos periódicos. La captación temprana de la enfermedad y el control periódico de la población afectada es esencial para evitar o retardar la aparición de las secuelas. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y los síntomas no son aún aparentes.

Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad

Prevención Terciaria: Hace referencia a acciones que apuntan a la recuperación del usuario frente a enfermedades clínicamente manifiestas, mediante un diagnóstico adecuado, tratamiento oportuno y rehabilitación física, psicológica y social si fuera necesario. Es fundamental el control y seguimiento del paciente. Para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación de manera oportuna.

Atención primaria de la salud (APS)

Estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978 donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que apuntaban a servicios curativos, de recuperación, con elevados costos, basados en el segundo y tercer nivel de atención, por modelos basados en el primer nivel de atención que apuntan a la promoción de salud, prevención de la enfermedad con costos reducidos y accesibles a la población.

La APS fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su

desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” La APS es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción. Como elementos esenciales de APS se destacan el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes. Promueve la reorientación del personal de salud, trabaja en conjunto con la comunidad, con coordinación intersectorial e interinstitucional, con enfoque de riesgo, coordinación docente asistencial y cooperación internacional.

A partir del año 2005, se elaboró en Montevideo un documento aprobado posteriormente por la OPS/OMS de Renovación de la APS11. En éste la APS se centra en el sistema de salud en su conjunto, incluyendo todos los sectores. Distingue entre valores, principios y elementos. Toma a los individuos como socios activos en la toma de decisiones sobre asignación y el uso de recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. Los mismos usuarios deben ser capaces de tomar decisiones de manera libre, por lo cual deben estar informados en lo que refiere a su salud y la de sus familias.

ANEXO N°3 – DIABETES MELLITUS

Realizaremos una breve introducción teórica al tema para luego profundizar en las diferentes variantes que presenta esta enfermedad dentro de nuestra población y como es su fisiología y fisiopatología para lograr entender mejor como repercute en un individuo una alteración en las células productoras de insulina.

Existen varios tipos de diabetes que difieren según su causa, curso clínico y tratamiento.

Las clasificaciones que podemos encontrar son:

- Tipo 1, también denominada diabetes Mellitus dependiente de insulina.
- Tipo 2, también denominada diabetes mellitus no dependiente de insulina.
- Diabetes Mellitus Gestacional
- Diabetes Mellitus relacionada con otros síndromes

En datos estadísticos cerca del 5 al 10% de los diabéticos padecen la variante del tipo 1.

En los usuarios que padecen Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1), las células betas del páncreas que son las responsables de producir insulina son destruidas por un proceso autoinmunitario. En consecuencia dichos usuarios requieren de inyecciones de insulina para controlar los niveles de glucosa en sangre.

La DMT1 se caracteriza por su aparición repentina, en general antes de los 30 años de edad. Dentro de las estadísticas podemos ver que entre el 90 y 95% de los diabéticos presenta la variante de tipo 2. En estos usuarios se observa una disminución de la sensibilidad de las células a la insulina y una menor producción de la misma. El tratamiento inicial para este tipo de diabetes es la dieta y el ejercicio, si de esta forma no se logra la reducción de la glucemia, también se incluyen al tratamiento hipoglucemiantes orales. En algunos casos a este tratamiento pueden incluirse también inyecciones de insulina cuando se produce una sobrecarga fisiológica transitoria.

Este tipo de diabetes aparece generalmente en individuos mayores de 30 años y en obesos.

Fisiología y fisiopatología de la diabetes

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas. La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento. Con las comidas la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos.

En estas células la insulina tiene los siguientes efectos:

- Transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía
- Estimula el almacenamiento de glucosa en el hígado y músculos en forma de glucógeno.
- Indica al hígado que deje de liberar glucosa
- Estimula el almacenamiento de la grasa dietaria en el tejido adiposo
- Acelera el transporte de aminoácidos a las células.

La insulina también inhibe la degradación de la glucosa, las proteínas y las grasas almacenadas. Durante los periodos de ayuno, el páncreas libera pequeñas cantidades de insulina (insulina basal), otra hormona pancreática llamada glucagón (secretada por las células alfa de los islotes de Langerhans) se libera cuando disminuye los niveles de glucosa y estimula al hígado para que libere la glucosa almacenada. El efecto neto del equilibrio entre la concentración de insulina y la del glucagón mantiene constante la glucemia mediante la liberación de glucosa a partir del hígado. Al principio el hígado produce glucosa por la degradación del glucógeno (glucogenolisis).

Después de 8 a 12 hs de ayuno, el hígado forma nueva glucosa a partir de sustancias no derivadas de carbohidratos, incluidos los aminoácidos (gluconeogénesis).

Diabetes mellitus tipo 1 (DMT1)

Este tipo puede desarrollarse en un periodo que va desde la infancia a la adolescencia, aunque existen casos donde su aparición es más tardía.

La misma está caracterizada por una destrucción de las células beta del páncreas, dicha destrucción genera una menor producción de insulina, producción descontrolada de glucosa por parte del hígado e hiperglucemias en ayuno. Por otra parte también sucede que la glucosa derivada de los alimentos no puede almacenarse en el hígado permaneciendo de esta forma en el torrente sanguíneo y contribuyendo a la hiperglucemia postprandial (después de las comidas). Si la concentración de glucosa en sangre sobrepasa los niveles umbrales renales que se sitúan entre 180 y 200 mg/100ml los riñones no podrán reabsorber toda la glucosa filtrada, por lo tanto luego esta aparecerá en la orina (glucosuria).

La insulina en su actividad normal inhibe la glucogenolisis (descomposición de la glucosa almacenada) y la gluconeogénesis (producción de nueva glucosa a partir de aminoácidos y otros sustratos); estos procesos se descontrolan en personas con déficit de insulina y de esta forma aumenta la hiperglucemia. Además de lo antes mencionado se produce una degradación de las grasas, lo cual ocasiona una mayor producción de cuerpos cetónicos, que son subproductos de la degradación de los lípidos.

Los cuerpos cetónicos mencionados anteriormente son ácidos que cuando se acumulan en cantidades excesivas alteran el equilibrio ácido básico del organismo, como resultado de esta alteración surge la cetoacidosis diabética; la misma genera signos y síntomas

como ser el dolor abdominal, nauseas, vómitos, hiperventilación y olor a fruta en el aliento. Si la cetoacidosis diabética no es tratada puede producir también trastornos en la conciencia, coma e incluso la muerte del individuo.

Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2)

Citada dentro del cuerpo del informe.

Diabetes gestacional

Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia durante el embarazo. La hiperglucemia durante el embarazo se debe a la secreción de las hormonas placentarias, lo cual da lugar a resistencia a la insulina.

Las pruebas de detección de diabetes durante el embarazo se recomiendan en mujeres entre las 24 y 28 semanas de gestación que cumplan uno o más de los siguientes criterios: -25 años de edad o mayor

-Menor de 25 años con obesidad

-Antecedentes familiares de diabetes en primer grado

La diabetes gestacional se presenta hasta en el 14% de las mujeres embarazadas y de esta forma aumentan el riesgo de padecer trastornos hipertensivos durante el embarazo.

El tratamiento inicial planteado para este tipo de diabetes es un cambio en la dieta y vigilancia de la glucemia. En caso de que la hiperglucemia persista no se pueden administrar durante el embarazo hipoglucemiantes orales por lo tanto el tratamiento en este caso está enfocado a las inyecciones de insulina.

Las cifras que se manejan de glucemia para este tipo de individuos son 105mg/100ml o menos antes de la ingesta de alimentos y 120 mg/100ml o menos dos horas posteriores a

la ingesta de alimentos.

Luego de que se produce en la mujer embarazada el alumbramiento, la glucemia vuelve a la normalidad; en algunos casos sucede que las mujeres que padecieron diabetes gestacional desarrollan luego la diabetes tipo 2; para reducir el riesgo de aparición de la misma se le recomienda una dieta adecuada y ejercicio diario para mantener un peso óptimo para sus características físicas.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la diabetes están marcadas por las “TRES P”:

- **POLIURIA**, incremento de la micción.
- **POLIDIPSIA**, incremento de la sed
- **POLIFAGIA**, incremento del apetito

La poliuria y polidipsia son el resultado de la pérdida excesiva de líquidos, la cual se encuentra relacionada con la diuresis osmótica. La polifagia es el resultado catabólico inducido por la deficiencia de insulina y la degradación de proteínas y grasas.

Otros síntomas que también se pueden visualizar como manifestaciones de la diabetes son: -Fatiga y debilidad

- Cambios visuales repentinos
- Hormigueo o parestesias en manos o pies
- Piel seca
- Heridas que tardan en cicatrizar
- Infecciones recurrentes

Diagnóstico

El mismo está basado en la presencia de niveles elevados de glucosa en sangre.

La glucosa plasmática en ayuno por arriba de los 126 mg/100ml o glucemias al azar mayores de 200 mg/100ml en más de una ocasión sugiere el diagnóstico de diabetes.

Criterios para el diagnóstico de DM: -Presentar síntomas de diabetes y tener concentraciones elevadas de glucosa en cualquier momento del día sin importar el tiempo transcurrido desde la última comida mayores o iguales a 200mg/100ml.

-Presentar cifras de glucosa en ayuno (al menos 8hs) mayores o iguales a 126mg/100ml.

-Presentar glucemia dos horas posteriores a la administración de una carga de glucosa que sea mayor o igual a 200mg/100ml en la prueba de tolerancia a la glucosa oral.

Tratamiento

El objetivo principal en el tratamiento para este tipo de patología está orientado a normalizar la actividad de la insulina y los niveles de glucosa en sangre, para de esta forma reducir el desarrollo de complicaciones.

Se tienen en cuenta para llevar a cabo el tratamiento cinco componentes necesarios para lograr disminuir las complicaciones; los mismos son: -Tratamiento nutricional, el mismo debe ser adecuado a cada individuo

-Realización de ejercicio, el mismo debe ser adecuado a la resistencia de cada individuo

-Vigilancia

-Farmacoterapia, en los casos que la misma deba ser indicada

-Enseñanza, no solo para el usuario portador de la enfermedad sino que también para la familia que conforma su núcleo y comparten los hábitos diarios.

Es importante que el usuario portador, realice las consultas médicas en los tiempos estipulados para poder tener de esta forma un seguimiento de su tratamiento, el equipo multidisciplinario de salud deberá trabajar junto con el usuario y su familia para adecuar el tratamiento a sus hábitos diarios. La enseñanza cumple un rol fundamental dentro del tratamiento ya que de ella parte el buen desarrollo del mismo por parte del usuario y la colaboración de la familia para ayudarlo a adecuarse a su nuevo estilo de vida, el cual deberá mantener a lo largo de su vida para lograr disminuir los riesgos de complicaciones futuras en su enfermedad.

La nutrición, la dieta y el control del peso corporal constituyen los elementos fundamentales del tratamiento de la diabetes. El objetivo más importante del régimen alimenticio es lograr el control de la ingesta total de calorías para de esta forma mantener un peso corporal que sea adecuado a las características del individuo y controlar también los niveles de glucemia.

El tratamiento nutricional del usuario diabético debe proporcionar todos los componentes alimenticios esenciales como ser vitaminas y minerales, satisfacer las necesidades energéticas, lograr mantener un peso adecuado a las características de usuario, prevenir cambios elevados en los niveles de glucosa en sangre y por ultimo disminuir los niveles de lípidos en suero en caso de que estos estén elevados para reducir los riesgos de padecer enfermedades macro vasculares.

En los casos donde los usuarios deban incluir a su tratamiento la insulina ya sea como apoyo o por padecer la DMT1, se deberá también tener un control de las calorías y carbohidratos ingeridos en cada comida, así como también el tiempo transcurrido entre una ingesta y la siguiente. Se deberá también realizar colaciones para prevenir las hipoglucemias.

El ejercicio físico es aparte de la nutrición uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta debido a que la realización diaria disminuye los niveles de glucosa en sangre y los riesgos de accidentes cardiovasculares. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de la insulina. También favorece la circulación sanguínea y el tono muscular.

Realizar ejercicio en forma diaria también aumenta las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad, con esto se logra reducir el colesterol y los triglicéridos, lo cual asume una gran importancia en los usuarios diabéticos ya que tienen factores de riesgo cardiovasculares.

La vigilancia está enfocada a los controles que serán llevados a cabo para prevenir complicaciones en la enfermedad. Dentro de los controles recomendados esta la medición de glucosa en sangre la cual puede realizarse en forma práctica por el mismo usuario utilizando el dispositivo recomendado para tal fin.

El usuario realizara una leve punción en uno de sus dedos de la mano y colocara una muestra de sangre en una tira reactiva que ira colocada en el dispositivo utilizado para medir, en la pantalla que posee este dispositivo se lograra visualizar la cifra de glucosa en sangre al momento. Es importante que el usuario conozca las cifras de referencia para saber cómo actuar luego de visualizar en el lector la medida de glucosa.

Esta prueba es recomendable realizarse de 3 a 4 veces diarias en usuarios que padecen DMT1, en los casos de DMT2 se recomienda hacer entre 2 a 3 veces semanales.

Dentro de la vigilancia también encontramos las pruebas sanguíneas para detectar la hemoglobina glicosilada y las pruebas de orina para detectar glucosuria o cetonuria.

En lo que respecta a la farmacoterapia podemos tener tres tipos de tratamientos:

-Insulinicos

-Insulinicos de apoyo e hipoglucemiantes orales

-Hipoglucemiantes orales

Los hipoglucemiantes orales son eficientes en usuarios portadores de DMT2 que no pueden tratarse únicamente mediante dieta y ejercicio.

ANEXO N°5 – AUTORIZACIONES



Montevideo, marzo de 2015

RAP Canelones Este - ASSE

A quien corresponda

De mi mayor consideración:

A través de la presente dejamos constancia que los estudiantes Alejandra Villar ci n° 4.637.182-7, Carolina Tuana ci n° 5.011.554-4, Andrea Montes de Oca ci n° 4.926.319-6, Patricia Fernández ci n° 3.001.327-5 y Fabricio Piffaretti ci n° 4.079.725-5, se encuentran relevando información del proceso asistencial de los usuarios portadores de DMT2, en el marco de la investigación desarrollada en la Rapa Canelones Este, titulada *“Procedimiento para la evaluación del desempeño de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud en el cuidado de los usuarios portadores de DMT2. 2012 – 2015.”*

Es de destacar que la implementación de la misma fue autorizada por la Administración de Servicios de Salud del Estado en fecha 13 de enero de 2015, por expediente N° 9382 de 2014.

Solicitamos le puedan brindar a los estudiantes toda información que ellos necesiten para poder realizar el trabajo de campo.

Sin más y agradeciendo su disposición, saluda muy atte.

Prof. Adju. Milton Shábaro
Cátedra de Administración
Facultad de Enfermería - UdelaR

Montevideo, 15 de Abril de 2015

A: Directora de Rap Canelones Este
Lic. Claudia Lopez
De: Región Sur
Sub Regional Este
Dra. Gabriela Lamique

Visto que ya fue autorizada por la Gerencia Asistencial de ASSE la investigación titulada “Procedimiento para la evaluación del desempeño de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud en el cuidado de los usuarios portadores de DM Tipo 2. Uruguay 2013-2015” que se va a llevar a cabo en unidades asistenciales de la Rap Canelones Este.

Se informa que se autoriza estudiar las historias clínicas de los usuarios que se atienden en las policlínicas de referencia de dicha RAP, como lo expresa el protocolo de investigación presentado. Sabiendo que esta autorización es parte de los requerimientos impuestos por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería sobre el estudio de registros médicos.

Saluda atentamente


Dra. GABRIELA LAMIQUE
Dirección Región Sur
Coordinadora Sub-Región Sur Este
A.S.S.E.

ANEXO N°6 – DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

A continuación se detallaran las variables que fueron consideradas necesarias para la recolección de los datos de dicho estudio. Para la formulación de determinadas variables se tomó en cuenta la Guía de intervención en el PNA de DMT2.

Variable Sexo

Definición conceptual: condición orgánica que distingue a un hombre de una mujer.

Definición Operativa: masculino o femenino

Categoría: Masculino o femenino

Tipo: cualitativa

Escala: nominal

Variable Edad

Definición conceptual: tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los períodos en que se divide la vida humana.

Definición operativa: tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento hasta la fecha actual, excluyendo aquellos usuarios menores de 20 años.

Categoría: Entre 20 y 39, entre 40 y 65, mayor a 66

Tipo: cualitativa

Escala: continua.

Variable Tiempo de Diagnosticada la Diabetes

Definición conceptual: Período transcurrido desde que el usuario recibe el diagnóstico de su patología hasta el momento que se recaba el dato.

Definición operacional: Período transcurrido, medido en meses, desde que el usuario recibe el diagnóstico de su patología, diabetes, hasta el momento que se recaba el dato.

Categorías: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses, > a 12 meses.

Tipo: Cualitativa

Escala: Continua

Variable Registros en Historia Clínica

Definición conceptual: son anotaciones en la HC por parte del equipo de salud, realizadas en las instancias asistenciales, que reúne información del usuario

Definición operacional: Registros completos: son anotaciones en la HC por parte del equipo de salud, realizadas en las instancias asistenciales, que reúne información del usuario conteniendo la fecha de inicio de la primer consulta, nombre, fecha de nacimiento, antecedentes personales, antecedentes familiares, diagnóstico clínico, controles de salud, tratamientos y seguimientos de forma actualizada.

Registros incompletos: es la ausencia de uno o más aspectos de los contemplados anteriormente para registro completo.

Se cuantificarán las HC con registros, ya sean completos o incompletos. No se cuantificarán la cantidad de registros por HC.

Categorías: Registros completos, registros incompletos

Tipo: Cualitativa

Escala: nominal

Variable registros de controles de salud

Definición conceptual: son anotaciones en la HC, de las consultas realizadas de manera anticipada o no, por el equipo de salud, dejando por escrito todo el proceso asistencial brindado al usuario.

Definición operacional: son anotaciones en la HC, de las consultas realizadas de manera anticipada o no, por los trabajadores de salud, dejando por escrito todo el proceso asistencial brindado al usuario. Se tomará en cuenta la última consulta realizada con un máximo de 12 meses.

Se cuantificarán las HC con registros de controles de salud. No se cuantificarán la cantidad de registros por HC.

Categoría: Médico medicina general: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Médico de familia: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Licenciado de Enfermería: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Auxiliar de Enfermería: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Diabetólogo/endocrinólogo: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Cardiólogo: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Oftalmólogo: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Podólogo: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Psicólogo: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Nutricionista: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Odontólogo: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Tipo: Cualitativa

Escala: continua

Variable Personal que realiza registros en Historia clínica

Definición conceptual: son aquellos trabajadores de la salud que realizan las anotaciones de los datos sociales, preventivos y médicos de un paciente, obtenidos de forma directa o indirecta.

Definición operacional: son aquellos trabajadores de la salud que realizan las anotaciones de los datos sociales, preventivos y médicos de un paciente.

Categoría: médico general, médico de familia, licenciado en enfermería, auxiliar de enfermería, especialistas.

Tipo: Cualitativa

Escala: nominal

En caso de que los registros sean realizados por especialistas nos interesa saber si los mismos son realizados por los siguientes: diabetólogo / endocrinólogo, cardiólogo, oftalmólogo, podólogo, psicólogo, nutricionistas, odontólogo, asistente social

Tipo: cualitativa

Escala: nominal

Variable registros de paraclínica/ estudios solicitados

Definición conceptual: son las anotaciones de solicitud de procedimientos que incluyen análisis clínicos, estudios paraclínicos y valoraciones, para el seguimiento del usuario.

Definición operacional: se tomará en cuenta el período de tiempo en el que se realizan los registros de los procedimientos solicitados a los usuarios con diabetes.

Categorías: HbA1C: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Glicemia: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Perfil Lipídico: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Creatininemia: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Examen de orina: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Microalbuminuria: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Valoración Vascular: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Prueba de esfuerzo: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Fondo de ojo con pupila dilatada O fotografía no midriática de retina: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Tipo: Cualitativa

Escala: Continua

Variable registros de paraclínicas/estudios realizados

Definición conceptual: son las anotaciones de procedimientos realizados que incluyen análisis clínicos, estudios paraclínicos y valoraciones, para el seguimiento del usuario.

Definición operacional: se tomará en cuenta el período de tiempo en el que se efectúan los registros de los procedimientos realizados a los usuarios con diabetes.

Categorías: HbA1C: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Glicemia: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Perfil Lipídico: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Creatininemia: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Examen de orina: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Microalbuminuria: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Valoración Vascular: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Prueba de esfuerzo: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Fondo de ojo con pupila dilatada O fotografía no midriática de retina: < a 3 meses, de 3 meses a 6 meses, de 6 meses y un día a 12 meses.

Tipo: Cualitativa

Escala: Continua

ANEXO N°7 – VARIABLES DE ESTUDIO - TABULACION DE DATOS Y GRAFICOS

Tabla n°1 - variable sexo

SEXO	FA	FR%
Femenino	141	60%
Masculino	93	40%
Total	234	100%

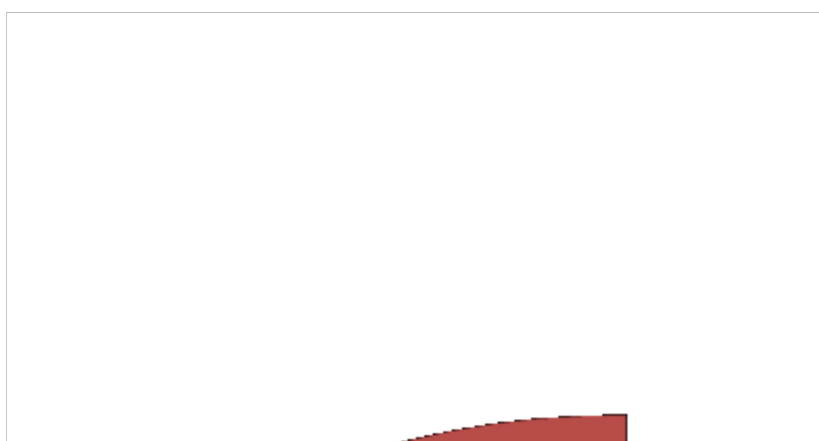


GRAFICO N°1

Tabla n°2 – variable edad

EDAD	FA	FR%
Entre 20 – 39 años	5	2%
Entre 40 – 65 años	121	52%
Más de 66 años	108	46%
Total	234	100%

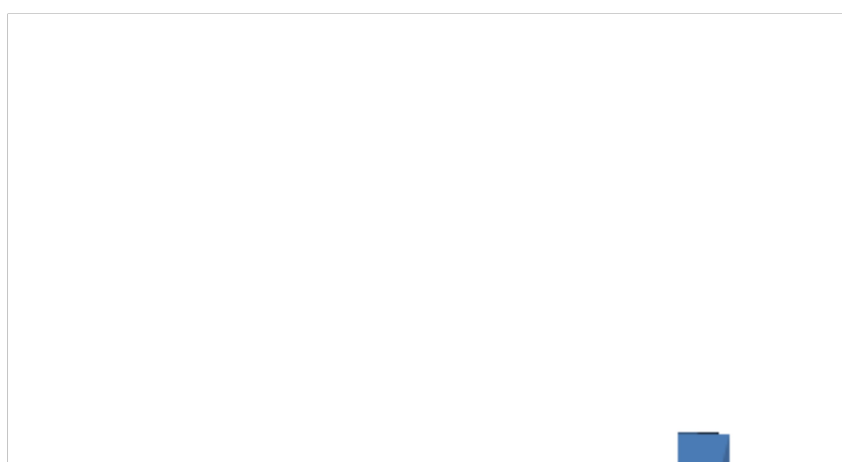


GRAFICO N°2

Tabla n°3 – variable tiempo de diagnosticada la diabetes

TIEMPO DE DIAGNOSTICADA	FA	FR%
< a 3 meses	1	1%
de 3 meses a 6 meses	0	0
de 6 meses y un día a 12 meses	0	0
>de 12 meses	130	55%
Sin registro	103	44%
Total	234	100%



GRAFICO N°3

Tabla n°4 – variable registros en historias clínicas

REGISTROS EN HC	FA	FR%
Registros completos	0	0%
Registros incompleto	234	100%
Total	234	100%

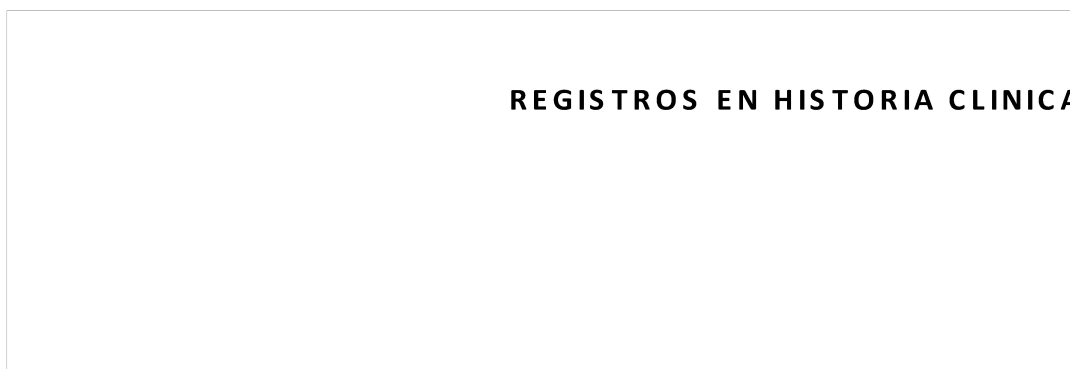


GRAFICO N°4

Tabla n°5 – variable registros de controles de salud

MEDICINA GENERAL	FA	FR%
< a 3 meses	88	38%
de 3 meses a 6 meses	30	13%
de 6 meses y un día a 12 meses	26	11%
Sin registro	90	38%
Total	234	100%
MEDICO DE FAMILIA	FA	FR%
< a 3 meses	31	13%
de 3 meses a 6 meses	4	2%
de 6 meses y un día a 12 meses	7	3%
Sin registro	192	82%
Total	234	100%
LICENCIADO EN ENFERMERIA	FA	FR%
< a 3 meses	1	1%
de 3 meses a 6 meses	0	0
de 6 meses y un día a 12 meses	0	0
Sin registro	233	99%
Total	234	100%
AUXILIAR DE ENFERMERIA	FA	FR%
< a 3 meses	1	0.5%
de 3 meses a 6 meses	9	3.5%
de 6 meses y un día a 12 meses	9	3.5%
Sin registro	215	92%
Total	234	100%
DIABETOLOGO/ ENDOCRINO	FA	FR%
< a 3 meses	0	0
de 3 meses a 6 meses	0	0
de 6 meses y un día a 12 meses	0	0
Sin registro	234	100%
Total	234	100%
CARDIOLOGO	FA	FR%
< a 3 meses	2	1%
de 3 meses a 6 meses	3	1%
de 6 meses y un día a 12 meses	10	4%
Sin registro	219	94%
Total	234	100%
OFTALMOLOGO	FA	FR%
< a 3 meses	2	1%
de 3 meses a 6 meses	1	0.5%
de 6 meses y un día a 12 meses	2	1%
Sin registro	229	97.5%
Total	234	100%
PODOLOGO	FA	FR%
< a 3 meses	0	0

de 3 meses a 6 meses	0	0
de 6 meses y un día a 12 meses	0	0
Sin registro	234	100%
Total	234	100%
PSICOLOGO	FA	FR%
< a 3 meses	0	0
de 3 meses a 6 meses	0	0
de 6 meses y un día a 12 meses	0	0
Sin registro	234	100%
Total	234	100%
NUTRICIONISTA	FA	FR%
< a 3 meses	4	2%
de 3 meses a 6 meses	4	2%
de 6 meses y un día a 12 meses	5	2%
Sin registro	221	94%
Total	234	100%
ODONTOLOGO	FA	FR%
< a 3 meses	0	0
de 3 meses a 6 meses	0	0
de 6 meses y un día a 12 meses	0	0
Sin registro	234	100%
Total	234	100%

Medicina general

MEDICINA GENERAL

GRAFICA N°5 (A)

Médico de familia

MEDICO DE FAMILIA

GRAFICO N°5 (B)

Licenciado en enfermería

LICENCIADO EN ENFERMERIA

GRAFICO N°5 (C)

Auxiliar de enfermería

AUXILIAR DE ENFERMERIA

GRAFICO N° 5 (D)



Diabetologo/endocrinólogo

DERMATOLOGO/ENDOCRINOLOGO

GRAFICO N°5 (E)

Cardiólogo

CARDIOLOGO

GRAFICO N°5 (F)

Oftalmólogo

OFTALMOLOGO

GRAFICO N°5 (G)

No se realizan gráficos de las tablas N°5 (H) Podólogo, N°5 (I) Psicólogo y N°5 (J) odontólogo ya que en los tres casos el 100% no presentaba registros en historias clínicas.

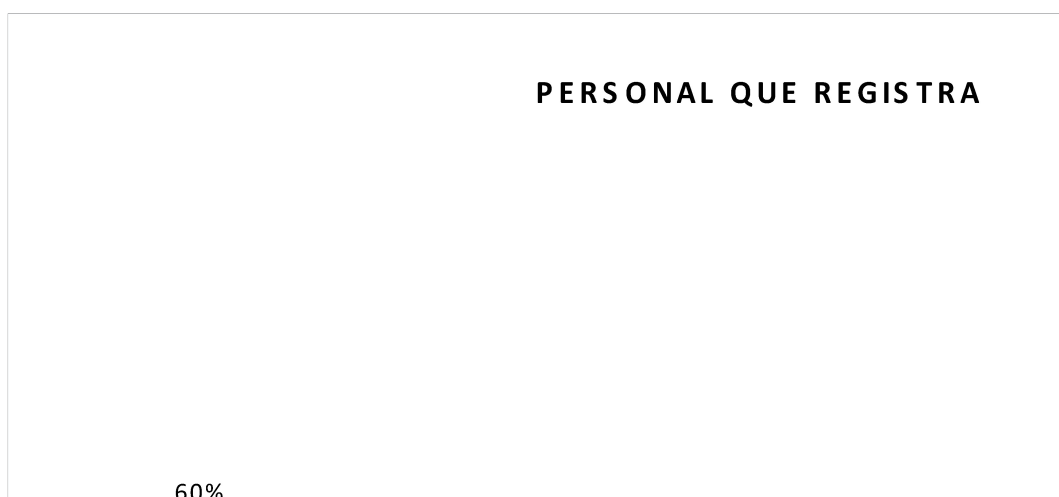
Nutricionistas

NUTRICIONISTAS

GRAFICO N°5 (K)

Tabla n°6.1 – variable personal que realiza registros en la historia clínica

PERSONAL QUE REGISTRA	FA	FR%
Medico Med. General	144	60%
Médico de familia	42	17%
Licenciado en enfermería	1	1%
Auxiliar de enfermería	19	8%
Especialistas *	33	14%
TOTAL	239	100%



GRAFICA N° 6.1

Si el registro es realizado por especialistas entonces:

Tabla n° 6 .2

ESPECIALISTAS	FA	FR%
diabetólogo / endocrinólogo	0	0
cardiólogo	15	41%
oftalmólogo	5	13%
podólogo	0	0
psicólogo	0	0
nutricionistas	17	46%
odontólogo	0	0
asistente social	0	0
Total especialistas	37	100%

ESPECIALISTAS



GRAFICA N° 6.2

Tabla n°7 – variable registros de paraclínica / estudios solicitados

SOLICITUDES	FA	FR%
HbA1C		
< a 3 meses	8	3%
de 3 meses a 6 meses	8	3%
de 6 meses y un día a 12 meses	12	6%
Sin registro	206	88%
Total	234	100%
GLICEMIA	FA	FR%
< a 3 meses	17	7%
de 3 meses a 6 meses	20	8%
de 6 meses y un día a 12 meses	25	11%
Sin registro	172	74%
Total	234	100%
PERFIL LIPIDICO	FA	FR%
< a 3 meses	15	6%
de 3 meses a 6 meses	18	8%
de 6 meses y un día a 12 meses	27	12%
Sin registro	174	74%
Total	234	100%
CREATININEMIA	FA	FR%
< a 3 meses	7	3%
de 3 meses a 6 meses	10	4%
de 6 meses y un día a 12 meses	11	5%
Sin registro	206	88%
Total	234	100%

EXAMEN DE ORINA	FA	FR%
< a 3 meses	8	3.5%
de 3 meses a 6 meses	9	4%
de 6 meses y un día a 12 meses	8	3.5%
Sin registro	209	89%
Total	234	100%
MICROALBUMINURIA	FA	FR%
< a 3 meses	4	2%
de 3 meses a 6 meses	5	2%
de 6 meses y un día a 12 meses	7	3%
Sin registro	218	93%
Total	234	100%
VALORACION VASCULAR	FA	FR%
< a 3 meses	1	0.5%
de 3 meses a 6 meses	1	0.5%
de 6 meses y un día a 12 meses	5	2%
Sin registro	227	97%
Total	234	100%
PRUEBA DE ESFUERZO	FA	FR%
< a 3 meses	0	0
de 3 meses a 6 meses	0	0
de 6 meses y un día a 12 meses	0	0
Sin registro	234	100%
Total	234	100%
FONDO DE OJOS	FA	FR%
< a 3 meses	0	0
de 3 meses a 6 meses	0	0
de 6 meses y un día a 12 meses	0	0
Sin registro	234	100%
Total	234	100%

Tabla n°8 – variable registros de paraclínica / estudios realizados

REALIZACIONES	FA	FR%
HbA1C		
< a 3 meses	9	3%
de 3 meses a 6 meses	11	5%
de 6 meses y un día a 12 meses	25	11%
Sin registro	189	81%
Total	234	100%
GLICEMIA	FA	FR%
< a 3 meses	13	5.5%
de 3 meses a 6 meses	6	2.5%
de 6 meses y un día a 12 meses	18	8%
Sin registro	197	84%
Total	234	100%
PERFIL LIPIDICO	FA	FR%

< a 3 meses	7	3%
de 3 meses a 6 meses	5	2%
de 6 meses y un día a 12 meses	23	10%
Sin registro	199	85%
Total	234	100%
CREATININEMIA	FA	FR%
< a 3 meses	10	4%
de 3 meses a 6 meses	13	6%
de 6 meses y un día a 12 meses	31	13%
Sin registro	180	77%
Total	234	100%
EXAMEN DE ORINA	FA	FR%
< a 3 meses	12	5%
de 3 meses a 6 meses	10	4%
de 6 meses y un día a 12 meses	31	13%
Sin registro	181	78%
Total	234	100%
MICROALBUMINURIA	FA	FR%
< a 3 meses	5	2%
de 3 meses a 6 meses	2	1%
de 6 meses y un día a 12 meses	9	4%
Sin registro	218	93%
Total	234	100%
VALORACION VASCULAR	FA	FR%
< a 3 meses	0	0
de 3 meses a 6 meses	1	0.5%
de 6 meses y un día a 12 meses	4	2%
Sin registro	229	97.5%
Total	234	100%
PRUEBA DE ESFUERZO	FA	FR%
< a 3 meses	0	0
de 3 meses a 6 meses	0	0
de 6 meses y un día a 12 meses	1	0.5%
Sin registro	233	99.5%
Total	234	100%
FONDO DE OJOS	FA	FR%
< a 3 meses	1	0.5%
de 3 meses a 6 meses	1	0.5%
de 6 meses y un día a 12 meses	3	1%
Sin registro	229	98%
Total	234	100%