



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**



**CONSULTAS DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER  
NIVEL DE ATENCIÓN: ESTUDIO SOBRE  
DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES PARA LA  
GESTIÓN DEL CUIDADO EN EL MARCO DE LA  
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA AMBULATORIA**

**Autor:**

Lic. Esp. Alejandra Vázquez

**Tutor:**

Prof. Mg. Mariana Tejera

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

**Montevideo, 2021**



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOTECA



Montevideo, 29 de julio de 2021.

Se deja constancia que **Alejandra Vázquez** concurrió a las orientaciones de actualización, en forma individual: "Formación de Usuarios en el manejo de recursos disponibles en Internet", organizadas por el Departamento de Documentación y Biblioteca de la Facultad de Enfermería-UdelaR, para maestrandos, durante 2015.

Contenidos:

- Orientación específica en el trabajo de investigación definido (Protocolo), brindando herramientas actualizadas de búsquedas acordes a sus necesidades.
- Repaso del Tesauro DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud).
- Manejo de diferentes portales y bases de datos como BIUR (Base Unificada de la UdelaR), BVS-E (Biblioteca Virtual en Salud-Enfermería), Scielo, Lilacs, PubMed, Dialnet, Timbó y paquete EBSCO UdelaR.
- Importancia de la normalización en la presentación del trabajo como criterio de calidad.
- Presentación formal del trabajo y elaboración de citas bibliográficas según estilo Vancouver.

  
Lic. Beatriz Celiberti  
Directora de Biblioteca  
Facultad de Enfermería  
Udelar



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Montevideo, marzo de 2021

Centro de Posgrado

Comisión Académica de Posgrado

A través de la presente informo que la estudiante de Maestría Lic. Enf. Esp. Alejandra Vazquez C.I. 4.328.014-4 correspondiente a la Gen 2014 en la orientación Gestión de Servicios de Salud tiene aprobado el Informe Final de Investigación cuyo título es: *“Consultas de Enfermería en el Primer Nivel de Atención - Estudio sobre Diagnósticos e Intervenciones para la Gestión del Cuidado en el marco de la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria”*. Por lo cual está en condiciones de Defensa de Tesis. Se eleva esta los fines de comenzar con el proceso de definición del Tribunal y posterior Defensa.

Sin otro particular

Prof. Agdo. Mag. Lic. Mariana Tejera

### **Siglas y abreviaturas:**

A.N.D.A: Asociación Nacional De Afiliados.

A.S.S.E: Administración de Servicios de Salud del Estado.

B.V.S: Biblioteca Virtual en Salud.

C.E.P: Consulta de Enfermería Programada

C.I.E: Consejo Internacional de Enfermería.

E.N.T Enfermedades No Transmisibles

F.O.D.A: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

FO.NA.SA: Fondo Nacional de Salud

H.C.E.A: Historia Clínica Electrónica Ambulatoria

JU.NA.SA: Junta Nacional de Salud

MI.DE.S: Ministerio de Desarrollo Social.

M.S.P: Ministerio de Salud Pública

M.S: Ministerio de Salud.

N.A.N.D.A: North American Nursing Diagnosis Association. (Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería)

N.I.C: Nursing Interventions Classification. (Clasificación Intervenciones de Enfermería).

N.O.C: Nursing Outcomes Classification. (Clasificación Resultados de Enfermería).

O.D.S: Objetivos de Desarrollo del Milenio

O.M.S: Organización Mundial de la Salud

P.A.E: Proceso de Atención de Enfermería

P.N.A: Primer Nivel de Atención

R.A.P: Red de Atención del Primer Nivel.

R.I.S.S: Redes Integradas de Servicios de Salud

S.E.L.E: Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero

S.I.E.M.B.R.A: Sistema Informático de Escritorio Médico Basado en la Red Asistencial

S.I.P.E.T.I: Sistema Informatizado en el Proceso de Enfermería en Terapia Intensiva

S.N.I.S: Sistema Nacional Integrado de Salud.

S.U.E.I.I.D.I.S.S: Sociedad Uruguaya de Estandarización, Intercambio e Integración de datos e Información de Servicios de Salud.

S.U.E.S.F.COM: Sociedad Uruguaya de Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria.

U.DE.LA.R: Universidad de la República.

## RESUMEN

Existen experiencias en Uruguay de enfermeras profesionales que realizan la Consulta de Enfermería Programada (C.E.P.) a usuarios en el Primer Nivel de Atención (P.N.A.), con el objetivo de promover, prevenir, detectar y resolver necesidades y problemas, promoviendo cambios en el estilo de vida a través de su autocuidado con un abordaje holístico e integrado. Abordando al usuario desde un contexto individual, familiar y comunitario. La C.E.P. mejora la accesibilidad de los usuarios como puerta de entrada al sistema de salud, optimiza la atención en los servicios en el P.N.A., contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios del sistema sanitario.

El registro electrónico de enfermería es reciente en el P.N.A., logra que los mismos sean visibles a todo el equipo interdisciplinario durante todo el proceso asistencial, en diferentes niveles de atención, accediendo a información de usuarios en oportunidad, contribuyendo a la desfragmentación del sistema. Al momento de registrar el proceso de atención de enfermería existe diversidad en la modalidad que cada profesional plasma la consulta.

En esta investigación se aplicó el método Delphi, con un grupo de Expertos licenciados en enfermería de los departamentos de Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres y Cerro Largo, con el objetivo de conocer el conjunto de diagnósticos e intervenciones que representen la consulta de enfermería a usuarios con enfermedades no transmisibles en la red de atención primaria de la Región Este de A.S.S.E.

Es fundamental desarrollar estrategias para contribuir a estandarizar el lenguaje enfermero, acorde a cada servicio, que posteriormente sean incorporados en la H.C.E.A, en un sistema diseñado y estructurado para acceder a la información clave de los procesos, optimizando las funcionalidades que ofrece la tecnología en la gestión de cuidados y servicios de salud.

**Palabras claves:** Consulta de Enfermería en el Primer Nivel de Atención, Diagnósticos de Enfermería, Registro Electrónico de Enfermería, Enfermedades No Transmisibles.

## ABSTRACT

There are experiences in Uruguay of Professional Nurses who carry out the Programmed Nursing Consultation (CEP) to users in the (First Level of Care) PNA, with the aim of promoting, preventing, detecting and solving needs and problems, promoting changes in the style of life through self-care with a holistic and integrated approach. Approaching the user from an individual, family and community context. The C.E.P. improves user accessibility as a gateway to the health system, optimizes care in services in the P.N.A., helping to improve user satisfaction in the health system.

The electronic Nursing record is recent in the PNA, it makes them visible to the entire interdisciplinary team throughout the care process, at different levels of care, accessing user information on occasion, contributing to the defragmentation of the system. At the time of registering the Nursing Care Process, there is diversity in the modality that each professional expresses the consultation.

In this research, the Delphi method was applied, with a group of Nursing Licensed Experts from the departments of Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres and Cerro Largo, with the aim of knowing the set of diagnoses and interventions that represent the nursing consultation to users with non-communicable diseases in the primary care network of the East Region of ASSE

It is essential to develop strategies to help standardize the nursing language, according to each service, which are subsequently incorporated into the H.C.E.A., in a system designed and structured to access the key information of the processes, optimizing the functionalities offered by technology in the management of health care and services.

Keywords: Nursing Consultation at the First Level of Care, Nursing Diagnoses, Electronic Nursing Record, Non-communicable Diseases.

## TABLA DE CONTENIDOS

### ÍNDICE

Contenidos

Tablas y gráficos

#### CAPÍTULO I

- 1.1 Introducción 14
- 1.2 Objetivo general y específicos 16

#### CAPÍTULO II

- 2.1 Marco teórico conceptual (Antecedentes y conceptos) 17
  - 2.1.1 Antecedentes Internacionales 17
  - 2.1.2 Antecedentes regionales 19
  - 2.1.3 A nivel Nacional 21
  - 2.1.4 Conceptos 27

#### CAPÍTULO III

- 3.1 Metodología 43
- 3.2 Procedimientos, técnicas y recolección de datos 45
- 3.3 Consideraciones Éticas 47

#### CAPÍTULO IV

- 4.1 Resultados 48
  - 4.1.1 Primer cuestionario 48
  - 4.1.2 Segundo cuestionario 59

#### CAPÍTULO V

- 5.1 Discusión 71
- 5.2 Diagnósticos de Enfermería y sus intervenciones validados por expertos 86

#### CAPÍTULO VI

- 6.1 Conclusiones 90
- 6.2 Sugerencia 91



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	92
ANEXO	98
I - Primer cuestionario - Variables	98
II - Segundo cuestionario - Planteo evaluación por likert	101
III - Consentimiento Informado (hoja de información al participante)	102
IV - Consentimiento Informado	104
V - Autorización para realizar el estudio en región Este de ASSE	105
VI - Tabla de resumen de resultados del segundo cuestionario	106
VII - Tabla de resumen de resultados del segundo cuestionario (likert)	111
VIII - Gráficos de Intervenciones para cada Diagnóstico de Enfermería	113

## TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Edad.....	48
Tabla 2. Departamento de procedencia.....	48
Tabla 3. Años de egresado de la Facultad de Enfermería.....	49
Tabla 4. Estudios de posgrado.....	49
Tabla 5. Capacitación.....	49
Tabla 6. Tipo de servicio donde aplica la CE.....	50
Tabla 7. Tiempo que insume cada CE.....	50
Tabla 8. Tipo de registro.....	51
Tabla 9. Guía de diagnósticos.....	51
Tabla 10. Guía de intervenciones de enfermería.....	51
Tabla 11. Diagnósticos e intervenciones de enfermería expresados en primera ronda de cuestionarios.....	52
Tabla 12. Déficit de autocuidado relacionado a un estilo de vida no saludable.....	59
Tabla 13. Déficit de autocuidado relacionado incumplimiento de controles.....	60
Tabla 14. Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado a.....	60
Tabla 15. Alteración de las cifras de presión arterial relacionado a.....	61
Tabla 16. Alteración de las cifras de glucemia relacionado a.....	61
Tabla 17. Riesgo de variación de los límites normales de glucosa relacionado a.....	62
Tabla 18. Estrés relacionado a.....	63
Tabla 19: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño.....	63
Tabla 20. Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado a.....	64
Tabla 21. Riesgo de sufrir alteración de la integridad cutánea.....	64
Tabla 22. Riesgo de caídas relacionado a historias previas de caídas.....	65

Tabla 23. Riesgo de lesión autoinfligida .....	65
Tabla 24. Riesgo de hemorragia relacionado a.....	66
Tabla 25. Alteración de la autoestima relacionado a .....	67
Tabla 26. Diagnósticos de enfermería evaluados en segunda ronda.....	68
Gráfico 1. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Déficit de autocuidado relacionado a un estilo de vida no saludable”.....	59
Gráfico 2. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Déficit de autocuidado relacionado incumplimiento de controles/ estudios preventivos”.....	112
Gráfico 3. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado a.....	112
Gráfico 4. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Alteración de las cifras de presión arterial relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético..”.....	113
Gráfico 5. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Alteración de las cifras de glicemia relacionado a no cumplimiento de tratamiento dietético..”.....	113
Gráfico 6. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de variación de los límites normales de glucosa/azúcar relacionado a .....	114
Gráfico 7. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Estrés relacionado a.....	114
Gráfico 8. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño relacionado a.....	115
Gráfico 9. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado a ingestas superiores o inferiores a sus necesidades”.....	115

Gráfico 10. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de sufrir alteración de la integridad cutánea .....	116
Gráfico 11. Intervenciones de Enfermería “Riesgo de caídas relacionado a.....	116
Gráfico 12. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida relacionado a .....	117
Gráfico 13. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de hemorragia relacionado a.....	117
Gráfico 14. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Alteración de la autoestima relacionado a situación de violencia/ no aceptación de imagen corporal”.....	118

## CAPÍTULO I

### 1.2 INTRODUCCIÓN:

La consulta de enfermería es un espacio de interacción del enfermero profesional con el usuario, donde se aplica el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.), es un método sistemático para brindar cuidados humanistas, eficientes, centrados en el logro de resultados esperados, con un modelo científico realizado por un profesional de enfermería [1].

En las Redes de Atención del Primer Nivel (R.A.P.) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.), el sistema de registro electrónico utilizado es la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria (H.C.E.A.). Desde el año 2019 enfermería profesional accede al registro electrónico en formato de consulta, logrando plasmar el P.A.E. en la H.C.E.A. Está previsto un espacio para el registro de las etapas: valoración, diagnósticos e intervenciones, con campos abiertos para que se redacten en cada consulta. Investigar y profundizar en el tema para lograr diagnósticos de enfermería estandarizados y codificados en el sistema electrónico será determinante para el desarrollo profesional.

A nivel Internacional la clasificación de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association en español Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (N.A.N.D.A) y las Nursing Interventions Classification en español Clasificación Intervenciones de Enfermería (N.I.C.) y Nursing Outcomes Classification en español Clasificación Resultados de Enfermería (N.O.C.) es de la más usada, pero presenta dificultades en la adherencia y adecuado registros de los mismos, debido a que sus listados son muy extensos y muchas veces no se adaptan a la realidad del contexto. En nuestro país su uso es variable, existiendo un amplio abanico de posibilidades de registro de diagnósticos e intervenciones de enfermería. Es por este motivo que los datos ingresados durante P.A.E. a la H.C.E.A., el sistema posteriormente no admite clasificarlos para generar información. El recurso humano de enfermería de cualquier sistema de salud representa un elevado porcentaje dentro de su padrón de funcionarios, con una diversidad significativa en el registro de sus actuaciones. Esto justifica la importancia de profundizar en el registro de enfermería si se pretende sistemas de información efectivos y eficientes.

Es por ello que se hace fundamental desarrollar estrategias para contribuir a estandarizar el lenguaje enfermero en nuestro país, acorde a cada servicio, que posteriormente se puedan incorporar a la H.C.E.A., en un sistema diseñado y estructurado para acceder a la información clave de los procesos, haciendo mejor uso de las funcionalidades que ofrece la tecnología.

Acceder a la información de interés profesional, objetiva y con base científica de procesos, podrá elevar la calidad de gestión, midiendo a través de indicadores. La información obtenida podrá justificar la toma de decisiones tanto de los procesos de atención así como de los recursos humanos, materiales y financieros <sup>2</sup>. Siendo insumo esencial a la hora de planificar nuevos proyectos y su justificación con información objetiva, oportuna y base científica sólida. Contribuyendo a medir y elevar la calidad de los cuidados brindados por enfermería en las R.A.P. De esta forma Enfermería Profesional podrá posicionarse y demostrar su impacto en el sistema de salud en el abordaje individual, familiar y colectivo.

Es por este motivo que surge la inquietud de conocer los diagnósticos de enfermería y sus intervenciones más frecuentes en el P.A.E. en usuarios con enfermedades no transmisibles durante las consultas de enfermería en las R.A.P., de la Región Este de A.S.S.E. Abordando esta población de usuarios por ser la principal causa de morbimortalidad de adultos, en el cual juega un rol protagónico el P.N.A.

El diseño del presente estudio de investigación fue cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal.

Se utilizó la técnica Delphi aplicado a expertos en el área en 2 rondas, con el objetivo de avanzar hacia consenso fiable entre las opiniones de un grupo de expertos, a través de una serie de cuestionarios que debieron responder anónimamente. Si bien es una técnica desde lo fundacional cualitativa, se le otorgó valor escalar numérico a las respuestas, por lo que el análisis fue cuantitativo.

El primer cuestionario consistió en datos para caracterizar a las licenciadas en enfermería que participaron del estudio y la segunda parte del mismo, relevó los diagnósticos e intervenciones de enfermería más frecuentemente utilizados en las consultas. El cuestionario fue enviado por mail a 11 expertos, que participaron el 100% en las dos rondas.

En el segundo cuestionario consistió en la evaluación de los diagnósticos e intervenciones anteriormente planteados en la primera ronda, por los propios expertos. En el caso de los diagnósticos lo evaluaban mediante escala de likert y a las intervenciones debían marcar las que considerara adecuada para el diagnóstico.

Si bien aún no existe unificación de criterio respecto a la forma de los registros enfermeros, se evidencia una fuerte tendencia al uso de diagnósticos planteados por la N.A.N.D.A. y coincidencias en los diagnósticos frecuentemente utilizados.

Es así que de los 14 diagnósticos e intervenciones surgidos en la primera ronda de cuestionarios, existió consenso en la validación de 12 diagnósticos y sus intervenciones respectivas.

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo General:

Conocer el conjunto de diagnósticos e intervenciones que representen la consulta de enfermería a usuarios con enfermedades no transmisibles en la red de atención del primer nivel de la Región Este de A.S.S.E.

### 1.3.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar a las licenciadas en enfermería que aplican la consulta de enfermería a los usuarios con E.N.T. en los servicios de red de atención del primer nivel, de la región este de A.S.S.E.
- Identificar los diagnósticos de enfermería que utilizan las licenciadas en la consulta de enfermería a los usuarios con E.N.T. en los servicios de red de atención del primer nivel, de la Región Este de A.S.S.E.
- Identificar las intervenciones que utilizan las expertas en la consulta de enfermería a los usuarios con E.N.T. en los servicios de red de atención del primer nivel, de la Región Este de A.S.S.E.

## CAPÍTULO II

### 2.1 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL (Antecedentes y Conceptos)

#### **Antecedentes**

La búsqueda de antecedentes de la investigación se focalizó en Consulta de Enfermería en el Primer Nivel de Atención, Diagnósticos de Enfermería y Registro Electrónico de Enfermería, Historia Clínica Electrónica y Enfermedades No Transmisibles.

Se realizó búsqueda bibliográfica sobre auditoría académica en buscadores como Base Scielo, Mediline Plus, Timbó, BVS.

#### ***2.1.1 Antecedentes Internacionales***

Europa muestra grandes y variados avances en Salud-e, donde hace varios años la Historia Clínica Electrónica es una realidad. “Actualmente el principal reto para la Unión Europea es lograr la implantación de la Salud-e en el nivel internacional de forma que se pueda responder a las nuevas demandas y necesidades que se generan con la creciente movilidad de los ciudadanos y su empoderamiento, llamado proyecto European Patient - Smart Open Services (epSOS). Garantizar la calidad de la atención de pacientes que se encuentran fuera de sus países de origen tiene por condición necesaria el intercambio de información clínica entre sistemas de salud. Para lograrlo la normalización es un paso previo necesario para conseguir la interoperabilidad, especialmente en el intercambio transfronterizo donde el texto libre no es posible. El uso de tecnologías abiertas y estándares internacionales es esencial para lograrlo. El segundo gran proyecto es el CALL for InterOPERability: Creating a European coordination network for eHealth interoperability implementation (CALLIOPE). Su objetivo es crear foros y plataformas de diálogo y colaboración internacional, con vistas al desarrollo de servicios unificados de Salud-e y a la creación de una red de interoperabilidad transfronteriza dentro de la Unión Europea, así como la divulgación de experiencias, resultados y buenas prácticas” [2].

A pesar de los grandes avances en las TICs existe heterogeneidad entre los países, por lo que las estrategias de interoperabilidad locales, nacionales e internacionales deberán ser sinérgicas para lograrlo.

Respecto al registro electrónico del proceso de atención de enfermería existen varias experiencias a nivel internacional, el siguiente es un estudio español que hace referencia a la Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. Sus objetivos fueron describir el proceso de implantación del plan de cuidados



individualizado enfermero en la Historia Clínica y su impacto en el hospital universitario Fundación Alcorcón. La metodología utilizada fue conformar grupos de trabajo de enfermeras asistenciales que analizaron inicialmente las actividades enfermeras que realizaban habitualmente para crear el catálogo de diagnósticos, resultados e intervenciones. Se creó un grupo de referentes que depuró el catálogo para hacerlo manejable. Diseñaron un plan de formación, los formularios de valoración enfermera y el informe de cuidados enfermeros al alta. “El estudio concluye que en las condiciones del estudio, la utilización de taxonomías enfermeras ha generado capacidad de reflexión y ha permitido emitir juicios enfermeros, aportar calidad de cuidados y aplicar intervenciones con unos resultados planificados. La taxonomía enfermera y el plan de cuidados en la H.C.E. han permitido aumentar la comunicación interprofesional para mejorar la continuidad asistencial, a través de la mejora del informe de cuidados enfermeros”<sup>3</sup>.

En el estudio realizado en Salamanca “Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal. Taxonomía N.A.N.D.A./N.I.C./N.O.C. El interés fue poder demostrar la efectividad de los cuidados Enfermeros, medir su calidad y estimar los gastos generados, pudiendo así mostrar lo que la enfermería aporta al sistema de salud. Este estudio utiliza la taxonomía N.A.N.D.A. de diagnósticos enfermeros como base para la selección de resultados e intervenciones, en usuarios en pre y post operatorio de Trasplante renal. Se asignó un diagnóstico de enfermería a cada una de las necesidades más frecuentes de la población de usuarios. Cada diagnóstico se relaciona con resultados, los cuales, a través de sus indicadores son evaluables en el tiempo por cualquier observador, utilizando las escalas tipo Likert que tienen asignadas. El análisis de los resultados esperados permite así valorar la idoneidad y la eficacia de las actividades programadas para resolver cada uno de los diagnósticos enfermeros, así como la posibilidad de modificarlos para mejorar los resultados. Además cada diagnóstico de enfermería tiene asignadas intervenciones, y estas actividades específicas, para tratar de resolverlo. La adecuación de las intervenciones y de las actividades, será dada por la evaluación de los resultados”<sup>3</sup>. Concluye que “el desarrollo tecnológico e informático producido en los últimos años ha influido en los sistemas de salud de los países desarrollados, como miembro de esos sistemas sanitarios la enfermería está obligada a actualizarse en cuanto a conocimientos y metodología de trabajo, para poder cumplir con rigor su principal función, la de proveedora de cuidados”<sup>4</sup>.

Un estudio de la Universidad Privada de San Juan Bautista de España, hace un análisis respecto al “Registro Electrónico de Enfermería”<sup>5</sup>. Destaca que han sido varios los estudios que centran su investigación en explorar la actividad de los registros y el impacto de la tecnología en la descripción del trabajo enfermero. A pesar del amplio reconocimiento sobre la importancia de calidad de la documentación de enfermería y de los esfuerzos realizados para mejorarla, aparecen incoherencias en la definición de buena documentación de enfermería, debido a que existen variaciones en el registro de información en función de los requisitos organizacionales, locales, regionales, sistemas de documentación y terminologías entre países y entornos sanitarios. “A nivel Internacional existe diversidad de diseños en los registros de información y con escasas directrices comunes. Concuera que el cambio de sistema de recogida de información en soporte electrónico, mejora la forma de registrar la práctica de enfermería y resultados en la salud de los usuarios. No obstante, es necesario más estudios de investigación al respecto ya que aún no se disponen de directrices claras sobre el tipo de registro. Los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (S.E.L.E.s), apoyan el registro del cuidado mediante mayor precisión en la descripción de la intervención de enfermería y clarifican los resultados de la atención a los usuarios. Siendo las taxonomías N.A.N.D.A. - N.I.C./N.O.C. las más utilizadas, junto a otras clasificaciones como OMAHA, Sistema y Clasificación de la Práctica de Enfermería (C.I.P.E.). La interrelación entre las tres taxonomías, facilita la comunicación interprofesional entre las distintas situaciones, permite la integración de datos en plataformas digitales. La normalización de los diagnósticos de enfermería y sus intervenciones con fines de documentación, hacen que la contribución de la enfermería sea visible y cuantificable. Sin embargo a la hora de evaluarlo existen deficiencias en los registros del trabajo enfermero, la documentación sobre intervenciones de enfermería, educación o asesoramientos al usuario aparece de forma esporádica e inadecuada en los registros”<sup>5</sup>.

### ***2.1.2 Antecedentes regionales***

#### *Historia Clínica Electrónica en Latinoamérica y El Caribe*

“El avance es notorio, en países como Chile, El Salvador, Honduras y Uruguay están cerca de ampliar la cobertura de sus sistemas de historia clínica electrónica; Barbados lanzó una aplicación que busca extenderse por todo el Caribe; Colombia y Argentina tienen algunos de sus departamentos con H.C.E. unificadas; y Paraguay ha desarrollado sistemas de información en vacunación de cobertura nacional. Sin embargo falta mucho, las historias

clínicas electrónicas deben cumplir con varias características para hacerlas robustas, y en esta región falta mayor desarrollo en este aspecto”<sup>6]</sup>

Respecto a los registros electrónicos de enfermería, en Brasil, Belo Horizonte fue realizado el siguiente estudio “Evaluación de la asistencia de enfermería utilizando indicadores generados por un software”. El mismo surge de la necesidad que se realicen estudios entre diagnósticos de enfermería, intervenciones implementadas y resultados obtenidos, que evidencie la contribución y relevancia del proceso de enfermería para la calidad de la sistematización del proceso de atención. Desarrollaron un software para generar indicadores capaces de establecer esa relación, y es necesaria la validación del módulo de evaluación del sistema. “El objetivo general de este estudio fue analizar la eficacia del proceso de enfermería, utilizando indicadores generados por un *software*. Los objetivos específicos incluyen identificación de incidencia y prevalencia de los diagnósticos de enfermería en un grupo definido de pacientes, e identificar la tasa de efectividad diagnóstica de riesgo y la tasa de efectividad en la prevención de complicaciones en los pacientes incluidos en el estudio. Se concluye que la necesidad de la instrumentalización del enfermero y del establecimiento de estrategias para medir y mejorar la calidad de la asistencia de enfermería. Es importante la existencia de datos esenciales de enfermería, estandarizados e informatizados, para evaluación de la efectividad de la atención y demostración de las contribuciones que el cuidado de enfermería trae para los resultados alcanzados por los pacientes. En este sentido, es esencial la determinación de indicadores que contemplen el P.A.E”<sup>7]</sup>

El Hospital Italiano de Argentina cuenta con una H.C.E. donde enfermería tiene un módulo propio. El siguiente estudio allí realizado llamado “Informatización del proceso de atención de enfermería en un Hospital de alta complejidad. El registro de enfermería al sistema de información hospitalario les permite a estos profesionales reducir los esfuerzos para documentar la información, aumentar la calidad de los registros, utilizar estos datos para la educación, la investigación y para el mismo proceso de atención. Rompe con el mito de ¿Qué hacen los enfermeros? y mejora la comunicación en el equipo de salud”<sup>8</sup>. Este trabajo describe la experiencia recogida durante las etapas que preceden a la implementación del proceso de atención de enfermería informatizado en un hospital de alta complejidad. El registro de la actividad realizada por enfermería es una parte importante de la H.C.E. El mismo se basa en el P.A.E. Históricamente, la actividad desarrollada durante el cuidado de

enfermería ha sido registrada en forma manual, sin embargo este sistema de registro produce insatisfacción en los usuarios debido a que no puede clasificar todas las fases del proceso de atención, posee dificultades en el registro de diagnósticos, llegando a la conclusión que es necesario cambiar el modelo de registro a un sistema informatizado. “Concluye que diseñar e implementar un sistema estructurado para el registro de enfermería desde una historia clínica electrónica, requiere algunos procesos que deben ser tenidos en cuenta. Por un lado el vocabulario a emplear adquiere gran jerarquía y debe trabajarse en profundidad, contemplando las necesidades propias de cada área de trabajo dentro de la institución. Por otro lado, la participación de profesionales no vinculados estrictamente a la informática es esencial para diseñar una interfaz amigable que asegure funcionalidad y adherencia”<sup>8</sup>

### ***2.1.3 A Nivel Nacional***

La incorporación en las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (T.I.C.) a los sistemas de salud tiene como uno de los objetivos mejorar la continuidad de asistencia.

En Uruguay surge el “programa salud.uy desde el convenio entre la Agencia del Gobierno Electrónico y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (A.G.E.S.I.C.), el Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) y el Ministerio de Economía y Finanzas (M.E.F.), con el apoyo de la Presidencia de la República. Su propósito es reunir a todos los actores de salud públicos y privados en torno a las definiciones estratégicas en el área de la informática médica con un enfoque centrado en el usuario”<sup>9</sup>. Desde este marco se decide implementar la Historia Clínica Electrónica Nacional (H.C.E.N).

El principal objetivo de la H.C.E. es promover y mejorar la continuidad del proceso asistencial de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S.) mediante un mecanismo que permite unificar y hacer disponible toda la información clínica del usuario de salud ante un evento asistencial, independientemente del prestador y lugar geográfico. “La estrategia utilizada para la integración de la información clínica del usuario de salud se basa en un sistema federado, con estándares internacionales para el intercambio de información clínica. Cada Organización de salud desarrolla su propio sistema de información clínica, donde reside la H.C.E. del usuario y posteriormente cada prestador pone en la red nacional de información clínica de sus pacientes para que esta pueda ser utilizada por los equipos de salud de otras organizaciones durante el proceso asistencial. El prestador garantiza un mínimo de contenido clínico a publicar a nivel nacional y genera un resumen del estado de

salud de sus pacientes, contribuyendo de esta forma a la calidad de atención de los ciudadanos”<sup>10</sup>

“La H.C.E. es el centro de cualquier sistema de información en salud, y permite acceso electrónico inmediato de la información en salud personal o poblacional solamente de usuarios autorizados, provisión de bases de conocimiento y sistema de soporte de tomas de decisiones que mejoran la calidad, seguridad y eficiencia de la atención y además dar soporte efectivo de la eficiencia de los procesos para brindar cuidados de salud”<sup>11</sup>

El principal desafío de los sistemas de información es la articulación de los componentes involucrados (servicios administrativos, interoperabilidad, seguridad, registro clínico electrónico, terminología clínica) para garantizar los procesos asistenciales y de gestión centrados en el usuario.

“En el año 2009 se firma un Convenio Marco entre el M.S.P., Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la información y Conocimiento (A.G.E.S.I.C) y la Sociedad Uruguaya de Estandarización, Intercambio e Integración de datos e Información de Servicios de Salud (S.U.E.I.I.D.I.S.S). Este último es una Asociación Civil cuya misión es promocionar, desarrollar, investigar, capacitar y certificar el uso de estándares que permitan el intercambio de datos e información de gestión entre todos los actores de la salud. Desde S.U.E.I.I.D.I.S.S. analizan las tendencias tecnológicas, normas y estándares referentes a la tecnología de la información en temas de Salud (Observatorio Tecnológico especializado en T.I.C.s de Salud), conformando las comisiones o grupos de trabajo específicos que se requieran. Las propuestas técnicas elaboradas por estas comisiones, posteriormente quedan a disposición del M.S.P. y A.G.E.S.I.C. a efectos de su consideración y ejecución”<sup>12</sup>

La continuidad de asistencia a lo largo de la vida del ciudadano es evaluada desde la perspectiva del usuario, es decir, no es suficiente con tener mecanismos de coordinación implementados, sino que deben funcionar de forma adecuada a las circunstancias para asegurar la continuidad asistencial. El modelo de atención en nuestro país centrado en la A.P.S., como la base que sustenta al sistema y como eje integrador de los procesos asistenciales, tiene como objetivo la continuidad de los ciudadanos a lo largo de la vida que incluyen la promoción de salud, prevención y asistencia durante la enfermedad además de la rehabilitación. Destacando que la A.P.S. transversaliza todos los niveles de atención.

Por ello es esencial la accesibilidad a la información vertical de los servicios (entre los diferentes niveles de atención) para mejorar la toma de decisiones y contribuir a la continuidad asistencial. La H.C.E.N. pretende mejorar la accesibilidad a la información de los prestadores del S.N.I.S. facilitando y armonizando la provisión de los servicios de salud que tiene como objetivo mejorar la equidad y la eficiencia.

“En A.S.S.E. la H.C.E. está compuesta de diferentes sistemas que se integran y la conforman. A modo de ejemplo en las R.A.P. se registra en la H.C.E.A, que está diseñada exclusivamente para servicios del P.N.A.; existen además otros sistemas similares específicos para servicios tales como Block Quirúrgico, Emergencia, Imagenología, Laboratorio, Farmacia. Con todos estos elementos se construye la H.C.E. del usuario, que hoy día está integrada en una única herramienta que está disponible para todos los integrantes de los equipos de salud de todo el país, en los 897 centros de atención del organismo y que además accede a la H.C.E.N. Es decir, desde cualquier sitio de atención se puede acceder a la H.C.E. de los usuarios. Recientemente además, los usuarios pueden acceder a su H.C.E. de forma digital, sin necesidad de solicitarla en el respectivo centro asistencial además de acceder a la agenda de consulta electrónicamente”<sup>13</sup>.

En los últimos años ha existido un marcado avance respecto a la incorporación de las T.I.C.s - H.C.E.A., a la capacitación y cultura de registro electrónico además del equipamiento que requiere esta nueva modalidad. La H.C.E.A. de A.S.S.E. es un sistema de registro electrónico diseñado específicamente para servicios de las R.A.P. Se comenzó a implementar en el año 2018. En un principio, enfermería accedía a la misma para el registro de procedimientos, controles antropométricos y visitas domiciliarias. En el transcurso de los meses se le fueron realizando modificaciones para su mejora y en el año 2019 se logra que enfermería profesional acceda a poder registrar en consulta (que hasta ese momento únicamente accedían los médicos al registro en modalidad consulta).

La Consulta de Enfermería Programada (C.E.P.), con registro electrónico y espacios físicos de atención definidos han sido implementadas en algunos servicios de las R.A.P. de A.S.S.E. de forma reciente. En el año 2019 se desarrolló un curso de 4 meses de duración, sobre C.E. en las R.A.P llevado a cabo por A.S.S.E. apoyado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (U.DE.LA.R.) y la Sociedad Uruguaya de Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria (S.U.E.S.F.COM), donde la población objetivo fueron las

licenciadas en enfermería que se desempeñan en las R.A.P. de la Región Este de A.S.S.E. Esto llevó a nuclear y lograr un proceso con los profesionales del área por un período de tiempo y estimuló la implementación de la C.E.P. en varios servicios de las R.A.P. de la región Este, ya existiendo precedentes exitosos de este curso en la región Sur y con participación de licenciadas de la región Noroeste de A.S.S.E. con experiencias exitosas en la C.E.P.

La región Este de ASSE cuenta con 30 Licenciadas en Enfermería en las R.A.P.s dispersas en el territorio, ocupando la totalidad de cargos para la región. Su distribución es heterogénea entre los departamentos referidos, Lavalleja y Rocha cuentan con menor dotación mientras que Cerro Largo es el departamento con mayor cantidad de cargos. Este aspecto es clave y debe considerarse al momento de incorporar nuevos servicios.

Finalmente los profesionales en enfermería de varios departamentos: Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres y Cerro Largo comienzan a realizar la consulta de enfermería con el registro electrónico en la H.C.E.A. lo cual destaca un avance muy importante. Aunque Maldonado no ha logrado aún desarrollar la C.E.P.

La información que la enfermería vuelca en la H.C.E.A. durante el registro de la C.E., mejora la comunicación intra e interprofesional y disminuye el número de errores en la práctica, además de ahorrar tiempo y costos, siendo un gran avance para la profesión. Actualmente la enfermería registra el P.A.E. en todas sus etapas en campos libres, es decir, debe escribirlos. Para lograr un análisis de la información así como de los procesos realizados es necesario que exista una estandarización del lenguaje enfermero.

Si bien existe una estandarización con gran uso internacional como la N.A.N.D.A.-N.I.C./N.O.C. que muchos profesionales en nuestro país ponen en práctica, muchas veces no se adaptan a la realidad del contexto y sus listados son extensos. Para lograr una estandarización del lenguaje enfermero debe trabajarse en profundidad, contemplando las necesidades propias de cada área de trabajo dentro de la institución, pensado de una forma fácil y amigable para que logre aceptación y su incorporación en la práctica diaria.

Existen a nivel nacional múltiples antecedentes investigaciones que apuntan a contribuir a la sistematización del registro de enfermería a lo largo del tiempo.

En el año 1989 se llevó a cabo un estudio “Registros de identidad Metodológicas” por la Cátedra de Administración de la Escuela Universitaria de Enfermería, hoy Facultad de

Enfermería de la U.DE.LA.R en coordinación con el Hospital de Clínicas. Este estudio se enfocó en unificar criterios de valoración del paciente y sistematizar los registros para poder llegar a un modelo de registros que recoja el proceso práctico así como también al proceso mental en el marco del perfil de la actividad enfermero. El problema definido fue “Las dificultades para registrar por enfermería son debidas a una insuficiencia de sistematización institucional y defectos metodológicos en la formación profesional”<sup>14</sup>. En una primera instancia se probó el Modelo 1 de registro en 207 pacientes de los servicios de Urología, Cirugía, Medicina, Nutrición y Digestivo. Los criterios seleccionados para analizar fueron el número de registros y los registros por ítems, en relación al segundo criterio las conclusiones corresponden a que las variables Higiene, Nivel de dependencia en la Alimentación, Eliminación, Aspectos emocionales, Movilización, Controles vitales presentaron mayor número de registro en relación a los objetivos y Diagnósticos de Enfermería.

En una segunda etapa de aplicación con el Modelo II, se proponía un registro con identidad metodológica. Para esta etapa se introdujo el concepto de diagnóstico de enfermería en la orientación al uso del modelo y el uso de códigos como expresión de medida.

En síntesis el estudio deja planteado que para que “existe mayor número de registros del modelo mental del enfermero acerca de su rol, el modelo de registros que se le ofrezca debe conjugarse en uno solo. Recomienda además que hay que elaborar instrumentos propios y universales sobre el lenguaje enfermero y la forma de construirlo es con el lenguaje que utilizamos”<sup>14</sup>.

Otro estudio “Percepción de las licenciadas en enfermería acerca de un modelo de Atención de Enfermería Informatizado”, realizado en el año 2001 se indagaba sobre la percepción del registro electrónico en la atención de enfermería y se llegó a la conclusión que “un registro electrónico de enfermería sería una herramienta muy potente que facilita no solo la seguridad del paciente, sino también la comunicación. Un registro de enfermería es un medio de comunicación entre los enfermeros y todo el equipo de salud. Se comparan los registros en papel y los registros electrónicos, y se destaca la oportunidad que tienen los profesionales en enfermería de asumir un cuidado continuo, seguro y de calidad en el marco del uso de las tecnologías de la información y comunicación”<sup>15</sup>.

En el año 2014 se llevó a cabo una tesis de grado llamada “Registros de Enfermería en la Historia Clínica informatizada” donde se indagaba sobre los registros de enfermería en la H.C.E. de las instituciones participantes. Los resultados fueron que “Enfermería comparte



el espacio con otros profesionales, no teniendo un lugar específico para su registro. El P.A.E. no está registrado en sus etapas ya que no está previsto en el diseño del sistema, enfermería tuvo poca participación en la confección del registro. No se plasman los diagnósticos de enfermería de forma estandarizada según la N.A.N.D.A. y no se encuentran escalas de medición utilizadas por enfermería”<sup>16</sup>.

En el año 2016 una tesis realizada para la obtención del Máster en Gestión de servicios de Salud de la Facultad de Enfermería “Registros Electrónicos de Enfermería, Modelo de datos Básicos”, esta investigación concluyó con la validación por medio de expertos internacionales de aquellos datos básicos que enfermería necesita para realizar un registro de paciente en un sistema electrónico en el marco del proceso de atención. Concluye que “la utilización del registro electrónico será fundamental para comenzar a responder de forma objetiva, sistemática, y medible las tareas que desempeñan los profesionales de enfermería. Estos registros formarán parte del sistema de información de la institución quedando almacenados, respaldados y accesibles para que sean consultados por cualquier integrante del equipo sanitario. La información del cuidado de cada individuo por medio del registro de las etapas del proceso de atención de enfermería, podrá ser además evaluada y analizada permitiendo así generar un ámbito de intercambio entre los distintos actores que intervienen en los planes de cuidado, con la finalidad de establecer metas para la mejora continua. Se podrán medir así tanto las acciones, como los recursos utilizados para cada acción de enfermería”<sup>17</sup>.

En la Asociación Nacional De Afiliados (A.N.D.A.), que es una asociación civil sin fines de lucro que ofrece una amplia gama de servicios a sus asociados: cobertura de salud, garantías de alquiler, planes de turismo social, créditos, y opciones de ahorro. “Han desarrollado en la H.C.E. la consulta de enfermería. Cuenta con una valoración por medio de patrones de Marjory Gordon, Diagnósticos de N.A.N.D.A. y su correlación con las N.I.C.-N.O.C.”<sup>18</sup>.

Existe la necesidad y se viene trabajando desde varios ámbitos tanto a nivel internacional como nacional, para lograr una estandarización del lenguaje enfermero. Son múltiples las opiniones y experiencias, coincidiendo que debe ser de uso fácil, adaptado a cada contexto y/o servicio y con aceptación, para lograr la adherencia y éxito en la implementación.

### **2.1.4 Conceptos.**

#### *S.N.I.S. - Modelo de Atención*

En Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S.) Surge a partir de la Ley 18.211, su implementación comenzó en el año 2008 acompañado de una serie de reformas económicas y sociales.

Se define como S.N.I.S. “ conjunto de servicios de salud públicos y privados no lucrativos, integrados en forma de red en una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno que define las políticas y normativas generales, con niveles de atención definidos e interrelacionados, con niveles de administración intermedios y locales descentralizados”<sup>18</sup>. Esta reforma tiene como objetivo lograr una profunda transformación en la situación de salud. “Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social”<sup>19</sup>.

El Modelo de Atención, se organizó en 3 niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tiene como estrategia la A.P.S. que transversaliza los 3 niveles de atención, y prioriza el P.N.A.

“El modelo está constituido por el conjunto sistematizado de actividades multisectoriales dirigido al individuo, su familia, la comunidad y el medio ambiente, buscando satisfacer las necesidades básicas de salud y promoviendo elevar la calidad de vida. Entendiendo que es esencial involucrar y concientizar a las personas, su familia y la comunidad para lograrlo.

La A.P.S. tiene como objetivos la atención a toda la población, trabajando con usuarios en salud, identificando y trabajando con los factores de riesgos, el diagnóstico y tratamiento. Realizando promoción de salud, prevención de enfermedades, logrando diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de los usuarios, incluidos los cuidados paliativos”<sup>20</sup>.

El primer nivel de atención debe ser la principal puerta de entrada del usuario al sistema de salud, con servicios dispersos en el territorio, accesibles, que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes. Estos servicios tienen una población y territorio asignado al equipo de salud multidisciplinario, entre los que forman parte esencial el médico de familia y la enfermera profesional, con una relación muy estrecha entre el equipo y los especialistas.

Se caracteriza por servicios de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc, que conforman las R.A.P. Se plantea que el P.N.A. podría resolver aproximadamente el 80- 85% de los problemas prevalentes.

En este marco, el cambio de modelo de atención estimula el desarrollo de actividades en territorio con perspectiva de cercanía, con un rol protagónico del primer nivel de atención humanizado con enfoque interdisciplinario, con activa participación de trabajadores y usuarios desde una perspectiva de derechos de los ciudadanos.

“La promoción de salud consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”<sup>21</sup>.

Así fue definido en la carta de Ottawa, en ocasión de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud llevada adelante en 1986, como respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

Esta concepción no solo es de plena vigencia en la actualidad, sino que su puesta en práctica es de vital trascendencia para los países en general y para el nuestro en particular, ya que el proceso de cambio del modelo de atención y su profundización, que apuntan a la promoción de salud y la prevención como aspectos imprescindibles para su consolidación.

Hacer promoción en salud requiere de una política nacional interinstitucional e intervenciones de salud, que promuevan cambios en el estilo de vida, los principios rectores de la ley del S.N.I.S. lo promueve.

### *Teorías y Proceso de Atención de Enfermería.*

El desarrollo de una profesión implica conocimientos específicos. Los cuidados de enfermería son la base, las teorías y modelos son el contenido y la capacidad para desarrollar conocimientos para mejorar la calidad de atención que brindan los profesionales enfermeros.

A lo largo de la historia se describe que enfermería ha existido desde el inicio de la humanidad, donde el principio de beneficencia ya orientaba al cuidado y atención del usuario.

Son varias las teorías que definen a enfermería como un arte y una ciencia, desde 1859 Florence Nightingale, define “Enfermería es un arte, y si se pretende que sea un arte, requiere de una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como lo es un trabajo de un pintor o escultor [...]y es una ciencia porque consta de un cuerpo teórico conceptual que fundamenta sus principios y objetivos y posee un método científico que la rige. Se entiende por método científico, a un procedimiento o conjunto de procedimientos que se utilizan para obtener conocimientos científicos, un modelo de trabajo que orienta la investigación”<sup>22</sup>.

A partir de la mitad del siglo pasado surgen otras teorías que también plantean a la Enfermería como un arte y una ciencia, en 1952 se publica el primer modelo conceptual de Hildegarden Peplau y en 1955 surge la teoría de definición de Enfermería de Virginia Henderson, adoptada posteriormente en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.).

Dorothea Orem también plantea enfermería como “Ciencia que se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria y es el arte de cuidar. La teoría del déficit de autocuidado como una teoría general, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano. El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicos, factores del entorno y niveles de consumo de energía. Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente”<sup>23</sup>.

En una línea de tiempo desde Florence Nightingale a la actualidad, existen cuatro concepciones que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y cuidado. Siendo el cuidado la esencia de la enfermería.

El método científico de actuación P.A.E., es aquel donde el profesional debe valorar a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística, que le permita identificar sus necesidades, para ello aplica un plan de cuidados que contribuye a satisfacer esas necesidades identificadas. El plan de cuidados debe mantener o preservar la integridad física, respetar sus creencias y valores personales.

“En 1953 Vera Fry introdujo el término *Diagnóstico de Enfermería* para describir un paso necesario en el plan de cuidados. En 1967, Yura y Walsh, describen un proceso con cuatro etapas: valoración, planeación, ejecución y evaluación. La utilización de esta metodología se extiende por Europa y América a mediados de los 70. En 1974, 75 y 76, Doris Bloch, Sor Callista Roy y Aspinall, respectivamente introducen el diagnóstico de enfermería, como segunda etapa del proceso enfermero, el cual queda constituido por cinco etapas en el siguiente orden: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación. Para la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA por su sigla en inglés), el proceso es considerado como un estándar para la práctica de la profesión; favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementado la calidad en la atención al individuo, familia <sup>24</sup>.

En 1991, la N.A.N.D.A. revisó los criterios de la práctica de enfermería y mantuvo el modelo de los cinco pasos.

La valoración “consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, obtenidas de distintas fuentes de la propia persona, familia, registros, exámenes y otros, que ayuda a identificar factores o situaciones que guían la determinación de los diagnósticos reales o potenciales” <sup>26</sup>. Los diagnósticos de enfermería son claves en el P.A.E. y se definen como “Un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad, frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a objetivos de que los profesionales de enfermería son responsables” <sup>25</sup>. La planificación es “la etapa donde se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar, y/o corregir los problemas, así como para promocionar la salud, identificados en la valoración. La ejecución es la puesta en práctica de los cuidados programados, consta de varias actividades como validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería. La evaluación consiste en comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos” <sup>26</sup>.

Actualmente en Uruguay existen varios servicios de P.N.A. que ofrecen la C.E.P, donde se aplica el P.A.E., que en suma es un

“método organizado y sistemático para planificar y proveer cuidados integrales, progresivos, centrado en la identificación tratamiento, de las respuestas y necesidades de salud de la persona, familia y comunidad altamente eficaz para proporcionar cuidados de calidad centrados en el usuario, con carácter continuo y coordinado; además, entre sus ventajas se identifica que promueve la autonomía del paciente, la colaboración y comunicación entre los miembros del equipo de salud”<sup>26</sup>.

Aplicar los principios del P.A.E. permite a enfermería organizar y priorizar el cuidado enfermero de forma humanística de manera tal, que se tengan en cuenta las necesidades de la persona en su contexto con un abordaje holístico. Siempre considerando la seguridad del usuario, el estado de salud, la calidad de vida y las respuestas al cuidado de enfermería.

#### *Consulta de enfermería y su marco legal.*

La consulta de enfermería se entiende como una modalidad para gestionar el cuidado, definido el mismo como “una acción terapéutica, interpersonal, única, contextual y dimensional, cuyos resultados se traducen en crecimiento para la persona (familia) cuidada y el cuidador, puesto que cuidar es ir más allá de los actos de observar y mirar”<sup>27</sup>. En la misma se ofrecen cuidados, asesoramiento e información sobre autocuidados, bien de forma espontánea o con cita previa, en un marco físico llamado consulta.

Al cubrir todas las etapas vitales de la persona, desde el nacimiento hasta la muerte, todas ellas van a necesitar diferentes cuidados específicos. “La C.E. se desarrolla a través de un conjunto de acciones permitiendo el análisis, interpretación, planificación y evaluación del cuidado por parte del usuario y del enfermero”<sup>26</sup> Promoviendo la orientación preventiva, humanista, participativa e integrada que impulsa el S.N.I.S.

Los cambios ocurridos en nuestro país en los últimos años en lo político, económico y social, cuyas dimensiones han afectado a la enfermería como disciplina y profesión, conducen a las enfermeras conscientes de su papel en la sociedad, a implementar la C.E dentro de los servicios del P.N.A., como una herramienta de capital importancia en el sistema del cuidado de la Salud. “Permitiendo hacer visible su contribución, además de coadyuvar a la satisfacción de la necesidad de mejorar la calidad de vida y la salud del colectivo. La Salud entendida como el cuidado de los aspectos biopsicosociales y ambientales encuentra un permanente desafío de problemas y de demandas sociales”<sup>28</sup>.

En varios países del mundo la Consulta de Enfermería en el P.N.A. se ha ido fortaleciendo, en base a los buenos resultados y logrando la legislación profesional.

En Uruguay con la Ley N° 18.815 Regulación del ejercicio de la profesión universitaria de Enfermería y de Auxiliar de Enfermería, se desprende:

“Decreto N° 354/014 Artículo 4. Se destacan algunas competencias específicas del nivel profesional de enfermería, como las siguientes: B) Realizar la gestión del cuidado de enfermería de las personas, familias y comunidades, a lo largo del ciclo vital, desde sus comienzos en la gestación de la vida hasta morir. Entendiendo por gestión del cuidado de enfermería la planificación, organización, ejecución o dirección y control de los cuidados, delegando acciones en el personal a su cargo. S) Aplicar el proceso de enfermería (P.E.) en los diferentes niveles de atención, delegando las intervenciones que correspondan a los auxiliares de enfermería. T) Documentar, mediante registros el proceso de enfermería, así como informes de planes y programas desarrollados en todos los niveles de atención, AK) Implementar la consulta de enfermería en las diferentes instituciones donde esta se desarrolle, AM) Registrar en la historia clínica la historia de enfermería con la valoración, diagnóstico o detección de problemas, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados”<sup>29</sup>.

En nuestro País se logra la reglamentación de la ley del ejercicio profesional de enfermería en diciembre de 2014, la misma es de vital importancia para el equipo de enfermería, con la finalidad de asegurar la calidad de los cuidados dirigidos a las personas, familias y comunidades, y la mejora continua como un eje del S.N.I.S.

Actualmente una gran parte de las C.E realizadas en el P.N.A. en nuestro país están orientadas al cuidado de usuarios portadores de E.C.N.T o en riesgo potencial de desarrollarla.

### *Enfermedades No transmisibles*

Las E.N.T. se definen como “un grupo de enfermedades que no son causadas por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas E.N.T. se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables.

Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental”<sup>30</sup>.

“La Organización Mundial de la Salud en un informe del año 2018, expresa que las E.N.T. son la causa del 85% de todas las muertes en población adulta en Uruguay”<sup>31</sup>.

Las E.N.T. no son un problema particular de Uruguay, sino que afecta la región y el mundo, profundizando la inequidad social, porque estas enfermedades afectan más a las personas con menores recursos económicos y a las de más bajo nivel educativo, por lo que constituye un obstáculo para el desarrollo humano.

En nuestro país se han dado pasos significativos influyendo en los factores de riesgo de estas enfermedades, por ejemplo la política antibiótica y su impacto en la salud. También se aprobó el Decreto del Poder Ejecutivo N° 272/018 que establece que los alimentos envasados deberán constar de un rotulado en su cara frontal cuando en su composición final, el contenido de sodio, azúcar o grasas saturadas excedan los valores establecidos en el decreto.

La prevención y la promoción de salud hacen al cambio de modelo de atención e implican un desafío para el S.N.I.S., que conlleva a la necesidad de un cambio cultural, que requiere del fortalecimiento y revalorización del P.N.A., no solo desde las políticas nacionales, sino desde los equipos de salud y de la comunidad en su conjunto.

En este sentido, el trabajo en equipo y participativo es fundamental para el abordaje integral de los problemas de salud y el aporte de la consulta de enfermería se constituye en un aspecto central, para contribuir a garantizar la continuidad asistencial, la calidad de los cuidados y la satisfacción de los usuarios respecto al sistema.

La enfermería en este contexto ha generado iniciativas y experiencias novedosas, a través de la C.E.P. con esta población objetivo, impulsando actividades de promoción de la salud, prácticas para el autocuidado, estimular fortalezas, disminuir el riesgo y prevenir la enfermedad.

#### *Registros Electrónicos y su impacto en la salud*

El avance de los sistemas informáticos de los últimos años, ha tenido un gran impacto en la salud, y la “La historia clínica informatizada es el elemento central de la creación de redes de informática o de telecomunicación médica por las grandes ventajas que proporciona la incorporación de los datos de las historias a los sistemas informáticos en todas las facetas del



proceso de atención, ya que facilita, la investigación, la docencia, la asistencia médica, la labor de enfermería, la gestión administrativa y económica”<sup>32</sup>.

“La Organización Mundial de la Salud define la salud en línea o electrónica (e-health), como el uso de las tecnologías de información y comunicación (T.I.C.) en la salud, ocupándose de mejorar el flujo de información a través de medios electrónicos, para apoyar la prestación de servicios de salud y la gestión de sistemas sanitarios; ante ello, surge la necesidad de desarrollar confianza en las nuevas tecnologías, tanto entre los profesionales de salud como entre los pacientes y ciudadanos, dado que de esto dependerá el éxito en la implementación de las T.I.C.”<sup>33</sup>.

La experiencia mundial y la bibliografía científica reportan con mucho énfasis que las T.I.C. son un medio para la mejora de algunos aspectos en salud, como permitir la mejor gestión de las organizaciones, posibilitar un mejor aprovechamiento de los recursos, y brindar un servicio de mayor calidad a los usuarios.

“El registro electrónico es una interfaz que representa un grupo de datos en una pantalla de un computador que está conectado a una base de datos. Mediante este proceso solo se cambian datos de un lugar a otro de un espacio computacional. Para que la información sea significativa requiere que se logre interpretar dicha información. Es necesario establecer metodologías comunes y conjuntos mínimos de datos para garantizar que la información se recoge de manera consistente, se interpreta y se registra correctamente en forma oportuna y se comparte de manera eficaz”<sup>32</sup>.

Para aprovechar el potencial que ofrecen las tecnologías de la información y la comunicación, es fundamental acordar las normas técnicas, semánticas y electrónicas de interoperabilidad y garantizar la interoperabilidad funcional genuina de los sistemas.

“La interoperabilidad es la habilidad de dos o más sistemas, o componentes para intercambiar información y para usar la información que ha sido intercambiada.

Existen tres tipos de interoperabilidad:

1. La interoperabilidad funcional se encarga de comunicar diferentes sistemas preexistentes o nuevos con sistemas de información.

2. La interoperabilidad semántica permite la integración homogénea de los datos intercambiados, transmitidos o recibidos. Este componente se encarga de almacenar, administrar, integrar y unificar los diccionarios comunes (o tablas maestras) que utilizan los sistemas que deben ser integrados. El diccionario más importante es el índice maestro de personas, es el elemento clave para evitar la duplicación, la transposición de identidades que lleva a cometer errores durante la atención o el almacenamiento. El lenguaje narrativo utilizado por el equipo de salud para su registro no es entendido por la computadora, impidiendo su análisis posterior y la utilización por otros sistemas informáticos. Para dar respuesta a esta problemática surgen datos estructurados y los servidores de terminología que permiten la interoperabilidad semántica y la reutilización de la información con fines asistenciales, de investigación y docencia.
3. Interoperabilidad organizativa, se basa en la definición de reglas de negocios, los procesos y los actores que participan. Se puede aplicar a la integración de componentes en una organización de salud o al sistema de salud en su conjunto”<sup>11</sup>

En Uruguay la S.U.E.I.I.D.I.S.S. conforma las comisiones o grupos de trabajo específicos que se requieran, para analizar las tendencias tecnológicas, normas y estándares referentes a la tecnología de la información en temas de salud (Observatorio Tecnológico especializado en TICs de Salud). “Las propuestas técnicas elaboradas por estas comisiones, posteriormente quedan a disposición del M.S.P. y A.G.E.S.I.C. a efectos de su consideración y ejecución, en el marco de un acuerdo marco firmado en el año 2009 y que continúa su vigencia hasta la fecha”<sup>12</sup>

### *Registro Electrónico de Enfermería.*

Enfermería constituye uno de los más amplios grupos de profesionales de cualquier sistema de salud entre sus recursos humanos, esto implica una diversidad extrema de tipos de registros de enfermería, con todas las variedades y especificidades de los diferentes servicios que se desarrollan, por ejemplo cuidado quirúrgico, de emergencia, cuidados intensivos o consultas de enfermería en P.N.A., lo que justifica la necesidad de lograr que la documentación de los procesos sea efectiva y eficiente.

“Un registro electrónico de enfermería es una herramienta muy potente que facilita no solamente la seguridad del paciente, sino también la comunicación, entre los

profesionales de enfermería y sobre todo la forma en que la enfermería hace patente la estructura de la ciencia del cuidado dejando ver el enfoque holístico que la caracteriza. Además es un elemento de defensa legal ante posibles procesos disciplinarios entre otras aplicaciones. La trascendencia que representan para la profesión en sus distintos campos de acción, sugiere la importancia de crear y diligenciar registros cada vez mejor”<sup>33</sup>.

La definición más actual de enfermería informática se ha desarrollado en conjunto con el avance de la ciencia, las T.I.C.s y la práctica de enfermería como refleja la definición adoptada IMIA-NI (Nursing Informatics Working Group de la Asociación de Informática Médica Mundial (IMIA), en Helsinki, 2009, a saber: “Enfermería informática, es la integración de ciencia y práctica de enfermería, su información y conocimiento y su gestión con tecnologías de la información y comunicación para promover la salud de las personas, familias y comunidades a nivel mundial”<sup>34</sup>.

Esta definición implica la investigación, el desarrollo y el uso de la información, y de las T.I.C.s para apoyar los procesos de trabajo, la toma de decisión clínica y la gestión del conocimiento como miembros del equipo multidisciplinario en salud, para permitir un cuidado centrado en el usuario, seguro, eficaz, y eficiente, oportuno y equitativo. Cabe destacar en este sentido que la informática en enfermería es aplicable en todas las funciones del rol, educacional, administrativa, asistencial y de investigación.

“La relevancia del registro electrónico de enfermería, como campo de estudio radica en la necesidad de documentar y comunicar el cuidado para garantizar su continuidad y calidad sin interrupciones. La base de la informática en enfermería es el saber interpretar los datos, para transformarlos en información, interpretar esa información para transformarla en conocimiento, el que mediante la experiencia se va transformando en sabiduría. En este sentido los datos son la materia prima desde la cual la información se extrae y puede consistir en palabras, números, signos, sonidos e imágenes. Los datos se convierten en información cuando se combinan, interpretan, organizan y estructuran dentro de algún contexto para convertirlo en significado. La información se convierte en conocimiento una vez que se ha sintetizado (vía razonamiento inductivo o deductivo) así que las relaciones entre información de varias fuentes son identificadas y formalizadas, proporcionando visión y nuevo conocimiento. El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

El modelo de DIKW (siglas en inglés Data, Information, Knowledge, Wisdom), nos plantea la necesidad de usar bien los datos para generar conocimiento y sabiduría”<sup>34</sup>.

“En la práctica clínica la combinación de algunas observaciones iniciales de los pacientes (datos) y la determinación del significado de estos datos en el contexto de la situación del paciente (información) puede llevar a una conjetura acerca de un diagnóstico/problema de salud del usuario (conocimiento). Esto puede conducir a la búsqueda de datos y significados adicionales (de nuevo se recogen más datos e información) para aceptar o descartar la hipótesis diagnóstica (la Decisión). Con base en esta decisión, se indican las intervenciones y la enfermera determina criterios de resultados a lograr, luego entregan la atención (plan de acción). Finalmente, el controla los efectos y la eficacia de la intervención (evaluación). En un segundo encuentro con el usuario (persona, familia o comunidad) es decir, acción de valoración, evalúa cambios en la respuesta del usuario al tratamiento e intervenciones de cuidado, esto es entonces, nueva información. Se enfoca en los componentes y las transiciones que se deben tomar en cuenta al analizar la gestión clínica y el procesamiento de la información”<sup>34</sup>.

Muchas veces los registros de enfermería son difíciles de articular debido a su complejidad, ya que involucra aspectos holísticos, algunos conocimientos que se obtienen no se logran plasmar por escrito. Esto en inglés se conoce como Tacit Knowledge (conocimiento tácito), que es un conocimiento muy personal y difícil de formalizar, haciendo que no sea fácil comunicarlo o compartirlo con otros, por lo que no puede formar parte de un proceso comunicativo efectivo.

En nuestro país en la actualidad se ha logrado avanzar en la implementación de la H.C.E., pero los datos e información de enfermería se limitan a un registro para el cuidado de cada usuario, no logrando gestionar la información. No se incluyen datos de enfermería que sean presentados por los organismos de atención de la salud a los gobiernos y otras entidades de regulación para el uso en la planificación del cuidado de la salud. Esto crea una situación en la que se contribuye a la invisibilidad de enfermería a la atención de la salud.

En la figura N° 1 que se expone a continuación podemos reconocer la importancia de los datos e información a nivel clínico y administrativo en términos del uso de los mismos en 4 capas para el flujo de información. La capa 1 corresponde a datos concretos y detallados, observable o expresada por el usuario; la capa 2 son las interpretaciones de enfermería que se

describen en los diagnósticos, intervenciones y resultados. La capa 3 y 4 representan los otros propósitos para el uso de los datos. Los diferentes tipos de decisiones que pueden ser apoyadas con los datos clínicos están en el lado derecho de la figura.



Figura N°1. Modelo de 4 capas para el uso de información en enfermería Tomado de Hovenga. Health Informatics An Overview. Editorial IosPress. 2010.

Los componentes de los lados de la figura son los siguientes: 1. sistemas de apoyo para la documentación de la práctica clínica, a la izquierda de la entrega de enfermería unificando la terminología, a la derecha por ejemplo, apoyo a las decisiones clínicas de las alertas, la literatura científica, o los sistemas expertos. 2. Sistemas de apoyo para la toma de la gestión y la política (a la derecha) los elementos de servicio, que completan los datos clínicos para la gestión, la investigación y con fines de política.

“Para que enfermería acceda a la gestión de la información es necesario incluir datos de enfermería que se debe dar a nivel gerencial, y ello requiere al menos dos preguntas: ¿Qué datos deben ser incluidos? Terminologías estandarizadas Minimum Data Sets y ¿Qué términos se utilizan para designar a estos datos? Terminologías estandarizadas”<sup>34</sup>.

### *Aspectos Deontológicos.*

Es de importancia considerar las implicancias éticas y legales en los registros de enfermería, por ser un documento legal.

“*El secreto profesional*, se entiende como aquello que se mantiene oculto a los demás y surge del ejercicio de la profesión, es decir, en el caso de las profesiones sanitarias, de la comunicación privilegiada profesional de la salud - usuario, por lo que constituye una obligación moral para el profesional de salud guardar en secreto las confidencias conocidas en el ejercicio de la profesión. *La Confidencialidad*, los usuarios tienen derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso. *Impericia*, daño producido por la falta total o parcial de conocimientos en el ejercicio de la acción, por ejemplo: asumir funciones y actividades sin la preparación o pericia requerida por desconocimiento o antigüedad en la profesión. *Imprudencia*, daño producido por falta de previsión o apresuramiento. Por ejemplo, incumplimiento de normas de bioseguridad, mantenimiento de condiciones ambientales inadecuadas. *Negligencia*, daño producido por descuido u omisión, por hacer menos de lo que se debe o indican las circunstancias: provocar quemaduras, lesiones y/o caídas por ausencia de protección adecuada, falta de detección de signos precoces de alarma, ausencia de verificación ante la colocación de sistemas y la Inobservancia de los deberes a su cargo: daño producido por incumplimiento de conductas esperadas. Por ejemplo, registros incompletos, abandono de servicio”<sup>35</sup>.

“El registro de enfermería implica deontológicamente, el derecho de los usuarios a tener una información por escrito de todas las acciones que llevamos a cabo, a la intimidad y confidencialidad. Es también la obligación que tenemos las enfermeras de llevar a cabo nuestro trabajo desde la autonomía profesional, responsabilidad de nuestras acciones y el de contribuir al desarrollo profesional, teniendo, autonomía, veracidad, relación enfermera –paciente, buen criterio, sensibilidad a la práctica de enfermería y valores. Por último tenemos el nivel profesional teniendo como, firmeza en la toma de decisiones, formación educativa y continua, compromiso firme con el servicio y educación, autonomía profesional, creencia en la dignidad y mérito de cada persona. Cabe mencionar que los registros de enfermería son de gran importancia, tanto para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades

propias del área, como para el paciente por medio de las intervenciones de cuidado. También son fundamentales para la institución prestadora de servicios, porque los registros forman parte de la calidad de atención ofertada por los profesionales de enfermería del equipo de salud”<sup>36</sup>.

### *Historia Clínica Electrónica Ambulatoria (H.C.E.A)*

A.S.S.E. desarrolla una H.C.E. que se compone de varios sistemas específicos aplicados a cada servicio (emergencia, imagenología, laboratorio, farmacia, R.A.P.entre otros), que se integran conformandola, además de acceder a la H.C.E.N. que permite visualizar la atención brindada al usuario en otro prestador de salud, o estudios tercerizados por su prestador por ejemplo.

La H.C.E.A. se desarrolló para su implementación en las R.A.P. de A.S.S.E. y se incorporó en los servicios desde el año 2018. Está diseñado específicamente para el primer nivel de atención, resumiendo la información del usuario en una línea de tiempo, que gráficamente orienta sobre los antecedentes de consultas o estudios realizados del usuario, como primera vista al ingresar al sistema. Cuenta además con alertas de antecedentes personales, familiares, alertas de riesgos sociales o riesgos asociados a los recién nacidos por ejemplo.

Ofrece además del registro de la consulta convencional, el registro específico de acuerdo a las necesidades de los usuarios, que incluye Control de Embarazo, Control de Niño/a, Control de Adolescente y Adulto Mayor, con los requerimientos acordes a las pautas del M.S.P. en función de cada etapa del ciclo vital.

Permite visualizar los antecedentes de consultas, exámenes de laboratorio o imagenología, despacho de Farmacia además de la H.C.E.N. Cuenta además con filtro para acceder a la información de interés de forma más fácil y rápida posibilitando la búsqueda por período de tiempo, especialidad o servicios.

En un principio enfermería accedía a la misma para el registro de procedimientos, controles antropométricos y visitas domiciliarias (en su mayoría actividades dependientes). En el transcurso de los meses se le fueron realizando modificaciones para su mejora y en el año 2019 se logra que enfermería profesional acceda a poder registrar en Consulta. Logrando así acceder al registro del P.A.E. ejecutado durante la C.E.P. realizada en la R.A.P.

Cuando se accede al registro de la consulta en la H.C.E.A. independientemente del profesional, son 4 campos obligatorios que deben completarse:

*Motivo de consulta*, con 3 opciones para marcar: Patología - Control en Salud - Repite Medicación. Le sigue un espacio en blanco que se debe especificar en función de la opción marcada el motivo de consulta.

*Valoración o anamnesis*: existe un campo abierto extenso para su registro.

*Diagnóstico*: Existe una pestaña dónde se busca el término por iniciales o palabras. El sistema sugiere un catálogo de diagnósticos médicos, no considerando otras variantes de acuerdo al profesional que brinda la consulta. Pero ofrece la posibilidad en una pestaña llamada “Ingresar Término”, ingresarlo manualmente al diagnóstico de enfermería. Posteriormente el sistema da la posibilidad de marcar las opciones de: diagnóstico definitivo o presuntivo. Enfermería en este caso siempre debe cargar el diagnóstico de forma manual ya que el lenguaje enfermero no está normalizado.

*Indicaciones*: Existe un campo en blanco que permite registrar las indicaciones.

La etapa final consiste en *firmar* el registro para su validación por el profesional, con firma electrónica.

### *Estandarización del lenguaje Enfermero*

Un lenguaje enfermero estandarizado posibilita a los profesionales de enfermería comunicar lo que realizan entre ellos mismos de forma más eficiente, en colaboración con otros profesionales sanitarios y con la población destinataria de los cuidados. Permite la recogida y el análisis de la información documentando la contribución enfermera al cuidado del usuario. Facilita la evaluación y la mejora de los cuidados, así como también el desarrollo del conocimiento enfermero. El desarrollo de sistemas de información clínica y de registro de datos, proporcionan información sobre la elaboración de políticas organizativas respecto a la atención sanitaria y enfermera. “La American Nurses Association (A.N.A.) elabora tres tipos de lenguajes estandarizados: Los Diagnósticos Enfermeros desarrollados por la N.A.N.D.A., esta taxonomía identifica y codifica los problemas que resuelve Enfermería. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (N.I.C.) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (N.O.C.)”<sup>26</sup>



N.I.C. recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. Incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Cada intervención está catalogada con una denominación, una definición y una serie de actividades para llevar a cabo la intervención. La versión actual agrupa 540 intervenciones y más de 12.000 actividades.

N.O.C. son los resultados estandarizados que se desarrollaron para medir los efectos de las intervenciones de enfermería. Existen 7 dominios del N.O.C., que describen la respuesta deseada del usuario. La salud funcional, psicológica, psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de la salud, salud de la familia y salud de la comunidad. Se utiliza generalmente escala de likert para su medición.

Desde hace varias décadas en la literatura enfermera se discute la necesidad de unificar o estandarizar el lenguaje enfermero. Cuando se utiliza un lenguaje normalizado para documentar la práctica profesional, se puede comparar y evaluar la efectividad de los cuidados suministrados en múltiples situaciones por profesionales de la enfermería. “El uso del lenguaje normalizado hace visible la esencia de los cuidados enfermeros y ayuda en la mejora de la práctica cotidiana. Su desarrollo y utilización sirve de apoyo para avanzar en el conocimiento de los cuidados facilitando la aplicación clínica de las intervenciones de enfermería”<sup>37</sup>.

## CAPÍTULO III

### 3.1 METODOLOGÍA.

El diseño del presente estudio de investigación es cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal.

Se utilizó la técnica Delphi <sup>38</sup>, con el objetivo de avanzar hacia consenso entre las opiniones de un grupo de expertos, a través de una serie de cuestionarios que debieron responder anónimamente. Si bien es una técnica desde lo fundacional cualitativa, se le otorgó valor escalar numérico a las respuestas, por lo que el análisis fue cuantitativo.

El área de estudio fue la Región Este de A.S.S.E., conformada por los departamentos de Rocha, Maldonado, Lavalleja, Treinta y Tres y Cerro Largo.

Se trabajó con el universo, 11 profesionales de enfermería que se desempeñan en R.A.P. de la Región Este de A.S.S.E. y que realizan C.E.P. a usuarios con E.N.T.

El tipo de muestra fue no probabilístico por conveniencia.

Los criterios de Inclusión fueron:

- Licenciados en enfermería que se desempeñen en R.A.P. de la Región Este de A.S.S.E.
- Profesionales que realicen la C.E.P. a usuarios con E.N.T.
- Experiencia de al menos un mes desarrollando la C.E.P. en el área temática.
- Profesionales de enfermería que acepten participar voluntariamente del estudio.

Los Criterios de Exclusión fueron:

- Licenciados en enfermería que no accedan a participar del estudio.
- Profesionales de enfermería que se encuentren con licencia de cualquier tipo durante el período que se desarrolle el estudio.

#### *Variables, definiciones operativas.*

El cuestionario inicial estaba compuesto por una primera parte conformada por datos patronímicos, caracterización profesional, formativa y de la consulta de enfermería presentados en las siguientes variables.

**Edad:** Tiempo cronológico de vida cumplido desde el nacimiento a la fecha de la entrevista.

Categorías: entre 23 y 35 años, entre 36 y 50 años, más de 51 años.

Nivel de Medición: cuantitativa continua

**Sexo:** Características biológicas y fisiológicas que diferencian al hombre de la mujer.

Categorías: Masculino, Femenino.

Nivel de Medición: cualitativa nominal.

**Procedencia:** Lugar geográfico (departamento) donde reside actualmente.

Categorías: Cerro Largo, Maldonado, Lavalleja, Rocha, Treinta y Tres.

Nivel de Medición: cualitativa nominal.

**Años de Egreso:** Tiempo transcurrido desde la obtención del título de licenciado en enfermería de la Facultad de Enfermería, al momento de la entrevista.

Categorías: menos de 10 años, entre 11 y 20 años, más de 21 años.

Nivel de Medición: cuantitativa continua

**Posgrados:** Estudios universitarios posteriores a la licenciatura de nivel superior alcanzado a la fecha (Especialidad, Maestría o Doctorado).

Categorías: Gestión de Servicios de Salud, Salud Mental, Salud Familiar y Comunitaria, otro.

Nivel de Medición: cualitativa nominal.

**Capacitación:** Cursos, jornadas o talleres de capacitación y actualización realizados durante el año 2019.

Categorías: Salud familiar y comunitaria, consulta de enfermería, visitas domiciliarias, IVE, violencia, discapacidad, otro.

Nivel de Medición: cualitativa nominal.

**Servicio:** Ubicación servicio donde realiza la C.E. discriminando entre lo rural o urbano.

Categorías: Rural, Urbano

Nivel de Medición: cualitativa nominal.

**Tiempo que realiza CE:** Tiempo transcurrido en meses, desde que comenzó a realizar las C.E. hasta la fecha de la entrevista.

Categoría: Menos de 6 meses, más de 6 meses,

Nivel de Medición: cuantitativa continua.

**Tiempo que insume cada CE:** Tiempo transcurrido en minutos, desde el inicio de la C.E. hasta su fin en promedio.

Categorías: de 5 a 10 minutos, de 11 a 20 minutos, más de 21 minutos.

Nivel de Medición: cuantitativa continua.

**Registro:** Tipo de registro que se realiza en la C.E, discriminando según el formato.

Categorías: H.C.E.A., Historia Clínica papel.

Nivel de Medición: cualitativa nominal.

**Guía de Diagnósticos de Enfermería:** Uso de Guía de Diagnósticos de Enfermería Estandarizados

Categorías: N.A.N.D.A., Propio, Otro.

Nivel de medición: cualitativa nominal

**Intervenciones y Resultados:** Uso de guía de intervenciones de enfermería con lenguaje estandarizado

Categoría: N.I.C./N.O.C., propia, otro.

Nivel de medición: cualitativa nominal.

La segunda parte del primer cuestionario buscó conocer al menos 5 diagnósticos de enfermería e intervenciones más frecuentemente utilizados en la consulta de enfermería.

**Diagnósticos de Enfermería:** Problema de salud real o potencial formulado por las enfermeras y se centra en las respuestas del individuo a las afecciones o procesos vitales, que se plantean durante las C.E. en el P.N.A. a usuarios con E.N.T.

Categoría: la respondida.

**Intervenciones:** Plan de acción que se documenta, comunicando las intervenciones de enfermería y sus resultados, durante las C.E. en el P.N.A. a usuarios con E.N.T.

Categoría: la respondida.

### ***3.2 Procedimientos, técnicas y recolección de datos:***

Luego de aprobado el protocolo, con el aval de la Comisión Académica del Centro de Posgrado y Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y con la autorización de la Dirección de la Región Este de A.S.S.E. se dio inicio al presente estudio de investigación.

Posteriormente se contactó a los referentes de Enfermería de las R.A.P. de la Región Este de A.S.S.E., identificando a los licenciados en enfermería que realizan la C.E. a usuarios con E.N.T. y accediendo a sus correos electrónicos o número telefónicos de contacto.

A cada uno de los profesionales de enfermería contactados se le explicó en qué consistía la investigación, y se le envió por correo electrónico el consentimiento informado. Cada experto devolvió el consentimiento informado firmado por correo electrónico, confirmando su voluntad de participar del estudio.

El primer cuestionario fue diseñado para recabar la información sobre las características de las C.E. y de las licenciadas en enfermería expertas. Pero fundamentalmente conocer los

diagnósticos de enfermería y sus intervenciones más frecuentemente utilizadas en la C.E. a usuarios con E.N.T. (Ver Anexo I).

Una vez enviado el cuestionario se definieron dos semanas para recibir las respuestas. Posteriormente se procedió al análisis cuantitativo de la caracterización de la consulta y del perfil de panel de expertos. Por otro lado se clasificó y categorizó los diagnósticos e intervenciones de enfermería expresados en la primera ronda y en función de ellos se elaboró el segundo cuestionario para evaluar su conformidad, se utilizó escala de likert para medirlo, por lo que su análisis es cuantitativo (Ver Anexo II).

Finalmente se envió el segundo cuestionario con el catálogo de diagnósticos de enfermería sugeridos en la primera vuelta para su evaluación con respuesta de tipo escalar, de 1 a 5, donde 1 representa total desacuerdo y 5 total acuerdo. Con respecto a las Intervenciones también fueron las sugeridas en la primera ronda y se solicitó se marque la o las que considere adecuada para el diagnóstico, se incluirán las que alcancen al menos el 50% de aprobación. También se dio la opción de sugerir alguna intervención que considerara hiciera falta incorporar.

Para la devolución de las respuestas de la segunda ronda también fueron definidas 2 semanas como tiempo máximo de entrega, una vez obtenidas las respuestas, se realizó el análisis estadístico.

Se calcularon la media, mediana y modo para cada uno de los ítems, es decir, para cada uno de los diagnósticos de enfermería evaluados.

Se fija el criterio de desestimar ítems con puntuación promedio baja definido en menos de 3 (siendo el valor 2: desacuerdo, 1: desacuerdo total), tanto si existe amplio consenso en su valoración como si no. Esto garantiza que los diagnósticos seleccionados son considerados sobre una base de acuerdo para el conjunto de la muestra. Se definió que para ser incluidos, el valor de la media debía ser superior a 3,5 y la mediana superior a 3.

Los diagnósticos inicialmente no desestimados, debían superar el valor definido de la media y mediana para ser incluidos. Además se definió que el valor estadístico aceptable fuera al menos 80 % en las puntuaciones 4 y 5 (de acuerdo y totalmente de acuerdo) en al menos el 70% del total de la muestra, para concluir el estudio en la segunda ronda.

La investigación se llevó a cabo con la herramienta de Google, Google form. Este método permitió acceder a las respuestas en línea, facilitó el llenado del cuestionario sin necesidad de descargas de documentos ni adjuntar archivos, reduciendo tiempos y los costos financieros de la investigación al evitar traslados para recoger la información.

### ***3.3 Consideraciones Éticas.***

La práctica profesional de enfermería basada en evidencia y en la investigación sistemática, trata de aportar nuevos conocimientos en beneficio de los pacientes, las familias y las comunidades logrando cuidados de salud con calidad y eficiencia. En las investigaciones de enfermería siempre hay implicación de seres humanos, por lo que, se deben tener en cuenta para su desarrollo los principios éticos.

“Se actuó brindando información precisa, suficiente y oportuna, manteniendo la confidencialidad de toda la información y utilizando discreción al compartirla”<sup>39</sup>.

La incorporación de las personas en la investigación fue por criterio estricto de voluntariedad, aplicando los principios de respetar a las personas, no maleficencia y de justicia.

En el caso de este estudio se procedió a enviar cuestionarios a licenciados en enfermería luego de brindarles la información al respecto y la aceptación de participar del estudio, aplicando el principio de autonomía (Ver Anexo III y IV)

Se solicitó previamente el aval a la Comisión Académica del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y se puso en estudio del Comité de Ética de la investigación, tal como lo expresa el Artículo N° 3 del decreto N° 158/019 del Ministerio de Salud de la República Oriental del Uruguay.

Se logró autorización para desarrollar la investigación en los servicios de salud de A.S.S.E. a la Dirección de la Región Este (Ver Anexo V)

Una vez finalizada la investigación, se realizará devolución de resultados mediante informes a los participantes y autoridades.

## CAPÍTULO IV

### 4.1 Resultados

Se presentarán a continuación los resultados obtenidos en las dos rondas de cuestionarios, aplicadas a profesionales de enfermería que realizan consulta de enfermería (C.E.) en el P.N.A., en la Región Este.

#### 4.1.1 Primer cuestionario

La primera parte del cuestionario se refiere a la caracterización de los 11 profesionales de enfermería expertos participantes de este estudio, aspectos de su formación y de la C.E.

Tabla 1. Edad

Edad	Valores F.A.	Valores F.R %
Entre 23 y 35 años	2	27,3%
Entre 35 y 50 años	9	72,7%
más de 50 años	0	0%
Total	11	100%

Se observa que el 72,7% están en franja etárea intermedia, es decir, son adultos y solo un 27,3 % son adultos jóvenes. Ninguno de los encuestados supera los 50 años.

El 100% de los profesionales de enfermería que participaron del presente estudio son de sexo femenino.

Tabla 2. Departamento de procedencia

Procedencia	Valores F.A.	Valores F.R %
Cerro Largo	6	54,5 %
Treinta y Tres	2	18,2 %
Rocha	2	18,2 %
Lavalleja	1	9,1 %
Maldonado	0	0 %
Total	11	100%

El departamento con mayor participación del presente estudio fue Cerro Largo con el 54,4%, le sigue Rocha y Treinta y Tres con el 18,2 %, luego Lavalleja con 9,1 % y Maldonado 0 %.

Tabla 3. Años de egresado de la Facultad de Enfermería.

Años de Egreso	Valores F.A.	Valores F.R.%
Menos de 10 años.	3	27,3 %
Entre 10 y 20 años.	7	63,6 %
Más de 20 años.	1	9,1 %
Total	11	100%

El 63,6 % egresó de la Facultad de Enfermería entre 10 y 20 años, el 27 % hace menos de 10 años que egresó y el 9,1 % hace más de 20 años.

Tabla 4. Estudios de Posgrado.

Posgrado	Valores F.A.	Valores F.R.%
Gestión de Servicios de Salud	4	36,4 %
Salud Mental	0	0 %
Salud Familiar y Comunitaria	0	0%
No ha realizado	7	63,6 %
Total	11	100%

En cuanto a estudios de posgrado el 36,4 % refirió haber realizado posgrado en Gestión de Servicios de Salud, mientras que el 63,6 % no realizó estudios de este tipo.

Tabla 5. Capacitación

Capacitación	Valores F.A.	Valores F.R.%
Consulta de Enfermería	8	72,7 %
Salud Familiar y Comunitaria	2	18,2 %
Violencia	1	9,1 %
Total	11	100%



El 72,7 % de los participantes del presente estudio refiere haber participado en el último año en capacitación sobre consulta de enfermería, el 18,2 % se capacitó en salud familiar y comunitaria y el 9,1 % en violencia.

Tabla 6. Tipo de servicio donde aplica la CE

Tipo de servicio donde aplica la CE	Valores F.A.	Valores F.R. %
Urbana	9	81,8%
Rural	2	18,2 %
Total	11	100%

De los 11 expertos consultados, el 81,8% refiere que las consultas son realizadas en áreas urbanas y el 18,2% en áreas rurales.

El 100% de los expertos refieren que realizan la C.E. desde hace menos de 6 meses.

Tabla 7. Tiempo que insume cada C.E.

Tiempo que insume cada CE	Valores F.A.	Valores F.R. %
5 a 10 minutos	0	0 %
11 a 20 minutos	8	72,7 %
Más de 20 minutos	2	18,2 %
Más de 45 minutos.	1	9,1 %
Total	11	100%

Al 72,2 % de los expertos les insume entre 11 a 20 minutos realizar la C.E. con cada usuario, el 18,2 % refirió que le lleva más de 20 minutos y el 9,1% expresó que demora más de 45 minutos por cada C.E.

Tabla 8. Tipo de registro.

Tipo de registro.	Valores F.A.	Valores F.R. %
H.C.E.A.	7	63,6 %
H.Clínica formato papel	4	36,4 %
Total	11	100%

El 63,6% de los expertos registran en la H.C.E.A., mientras que el 36,4% lo registra en la historia clínica en papel.

Tabla 9. Guía de diagnósticos

Guía diagnósticos	Valores F.A.	Valores F.R. %
NANDA	5	45,4 %
Guía Propia	2	18,2 %
Otros	0	0 %
No utiliza	4	36,4 %
Total	11	100%

El 45,4 % expresó que utilizan las guías de diagnósticos de la N.A.N.D.A., mientras que el 36,4 % refiere que no utiliza guía, y el 18,2 % utiliza guía de elaboración propia.

Tabla 10. Guía de intervenciones de Enfermería

Guía intervenciones	Valores F.A.	Valores F.R. %
NANDA	0	0 %
Guía Propia	6	54,5 %
Otros	1	9,1 %
No utiliza	4	36,4 %
Total	11	100%

El 54,5 % utiliza guía de elaboración propia, el 36,4% no utiliza guía y el 9,1% utiliza otra guía.

De la segunda parte del primer cuestionario se solicitó que se expresaran los diagnósticos e intervenciones de enfermería más frecuentemente utilizados en la C.E. en el P.N.A., con usuarios con E.N.T. (Anexo VI).

Los diagnósticos e intervenciones de enfermería relevados en el primer cuestionario fueron los siguientes:

Tabla 11. Diagnósticos e intervenciones de enfermería expresados.

<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	Valores F.A	Valores F.R%	<i>Intervenciones</i>	Valores F.A	Valores F.R%
Déficit de autocuidado relacionado a un estilo de vida no saludable.	11	100%	Estimular un estilo de vida saludable promoviendo ejercicio físico regular y alimentación saludable. ----- Identificar y desestimular hábitos no saludables como consumo de drogas, tabaco, alcohol. ----- Promover rutina de higiene y cuidado personal.	11  11  11	100%  100%  100%
Déficit de autocuidado relacionado incumplimiento de controles/ estudios preventivos	4	36,3%	Promover controles periódicos en salud. ----- Informar la importancia de realizar controles/estudios de rutina para la detección precoz y para lograr un tratamiento oportuno. ----- Orientar para la coordinación del estudio o control que requiera.	3  4  4	75%  100%  100%
Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado a: conocimiento deficitario / no aceptación del diagnóstico/respuesta al tratamiento	6	54,5%	Brindar información sobre el diagnóstico médico realizado. ----- Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo. ----- Promover controles de seguimiento periódicos hasta	4  5  6	66,6%  83,%  100%

<p>inesperado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.</p>			<p>asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.</p> <p>-----</p> <p>Promover estilo de vida saludable</p> <p>-----</p> <p>Derivar al profesional tratante si se detecta síntomas de intolerancia a la medicación o respuesta no esperada, para revaloración del tratamiento indicado.</p> <p>-----</p> <p>Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario en tiempo y forma.</p>	<p>-----</p> <p>6</p> <p>-----</p> <p>4</p> <p>-----</p> <p>6</p>	<p>-----</p> <p>100%</p> <p>-----</p> <p>66,6%</p> <p>-----</p> <p>100%</p>
<p>Alteración de las cifras de presión arterial relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.</p>	7	63,6%	<p>Brindar información sobre la importancia de lograr mantener la presión arterial en los parámetros normales.</p> <p>-----</p> <p>Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.</p> <p>-----</p> <p>Fomentar controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.</p> <p>-----</p> <p>Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)</p> <p>-----</p> <p>Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario en tiempo y forma.</p>	<p>7</p> <p>-----</p> <p>7</p> <p>-----</p> <p>6</p> <p>-----</p> <p>7</p> <p>-----</p> <p>5</p>	<p>100%</p> <p>-----</p> <p>100%</p> <p>-----</p> <p>85,7%</p> <p>-----</p> <p>100%</p> <p>-----</p> <p>71,4%</p>
<p>Alteración de las cifras de glicemia relacionado al no cumplimiento de</p>	8	72,7%	<p>Brindar información sobre la importancia de lograr mantener la glicemia en los parámetros normales.</p> <p>-----</p>	<p>8</p> <p>-----</p>	<p>100%</p> <p>-----</p>

tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.			Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.	4	50%
			Promover controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.	5	62,5%
			Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)	6	75%
			Educar a familiar del usuario sobre el manejo de la patología, comprometiéndose a contribuir para la adherencia del tratamiento.	3	37,5%
			Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario.	4	50%
Riesgo de variación de los límites normales de glucemia relacionado a conocimiento deficiente en el manejo de la diabetes/ Monitorización inadecuada de la glicemia/ No aceptación del diagnóstico/ Falta de cumplimiento de plan terapéutico de la diabetes/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.	9	81,8%	Analizar en conjunto los hábitos nutricionales.	3	33,3%
		Promover dieta equilibrada y desaconsejar alimentos multiprocesados.	5	55,5%	
		Derivar a nutricionista, psicólogo o integrante del equipo de salud que considere oportuno.	3	33,3%	
		Fomentar controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.	6	66,6%	
		Insistir en la importancia de llevar un estilo de vida saludable, destacando el ejercicio físico regular	8	88,8%	

			Reforzar conocimientos sobre la diabetes y su manejo. ----- Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario.	4 ----- 2	44,4% ----- 22,2%
Estrés relacionado a: recursos inadecuados (económicos, sociales) y/o agentes estresantes intensos repetidos (violencia, enfermedad crónica).	3	27,2%	Brindar espacio de escucha. ----- Fomenar el cumplimiento de tratamiento si lo tiene indicado ----- Realizar derivación si corresponde a integrante del equipo de salud (Psicólogo, A. Social, Psiquiatra) ----- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación) ----- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.	2 ----- 1 ----- 2 ----- 1 ----- 2	66,6% ----- 33,3% ----- 66,6% ----- 33,3% ----- 66,6%
Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño relacionado a: discontinuación de la medicación habitual, condiciones del hogar, situación de estrés.	4	36,3%	Brindar espacio de escucha. ----- Fomenar el cumplimiento de tratamiento si lo tiene indicado ----- Realizar derivación si corresponde a integrante del equipo de salud (Psicólogo, A. Social, Psiquiatra) ----- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación) ----- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.	2 ----- 1 ----- 2 ----- 1 ----- 2	50% ----- 25% ----- -50% ----- 25% ----- 50%

			----- Analizar con el usuario las posibilidades de mejora de las condiciones para lograr mejor descanso. -----	3	75%
Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado a ingestas superiores a sus necesidades.	10	90,9%	Analizar en conjunto los hábitos nutricionales e identificar cuáles deberían modificarse. -----	8	80%
			Promover dieta equilibrada y desaconsejar alimentos multiprocesados y con exceso de sal, grasa, azúcar. -----	9	90%
			Derivar a nutricionista, psicólogo o integrante del equipo de salud que considere oportuno. -----	4	40%
			Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación) -----	6	60%
			Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replanteando la estrategia de ser necesario. -----	5	50%
Riesgo de sufrir alteración de la integridad cutánea relacionado a patología de base (ej: diabetes, insuf. venosa, trastornos neurológicos)".	9	81,8%	Informar sobre los cuidados (higiene, cuidados de pies, uso de calcetines y zapatos adecuados) -----	7	77,7%
			Educar sobre la importancia de revisión diaria de las extremidades y ante signos de alerta realizar consulta precoz. -----	8	88,8%
			Derivar a integrante del equipo de salud que considere oportuno (Ej: podólogo, médico referencia) -----	3	33,3%
			Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación) -----	6	66,6%

			----- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario. -----	2	----- 22,2% -----
Riesgo de caídas relacionado a historias previas de caídas/ dificultades visuales/ trastornos de la marcha o estabilidad.	7	63,6%	Promover el uso de dispositivos de ayuda como andadores, bastones y orientar sobre la gestión para obtenerlos. -----	3	42,8%
			Informar sobre la importancia de contar con agarraderas en el baño. -----	6	85,7%
			Evitar el uso de las alfombras en el domicilio. -----	4	57,1%
			Explicar la importancia y fomentar el uso de calzado adecuado. -----	6	85,7%
			Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario. -----	2	28,5%
Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida relacionado a historia de intentos previos de suicidio/ expresión de deseo de morir.	4	36,3%	Brindar espacio de escucha -----	3	75%
			Realizar derivación según la situación y oportunidad (emergencia, psicología, A. social, etc) -----	3	75%
			Valorar la red de contención familiar y social-comunitario. -----	1	25%
			Reforzar la importancia de cumplir tratamiento farmacológico si lo tuviera indicado. -----	2	50%
			Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replanteando la estrategia de ser necesario. -----	1	25%



Riesgo de hemorragia relacionado a efectos secundarios al tratamiento.	5	45,4%	Informar sobre la importancia de realizar los controles periódicos.	3	60%
			Asesorar sobre los signos/síntomas de alerta y la importancia de la consulta precoz ante la presencia de alguno de ellos.	5	100%
			Valorar la red de contención familiar y brindar información al respecto.	2	40%
			Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.	1	20%
Alteración de la autoestima relacionado a situación de violencia/ no aceptación de imagen corporal.	5	45,4%	Brindar espacio de escucha	4	80%
			Derivar a integrante del equipo de salud si se considera oportuno (Ej: psicólogo, nutricionista, A. Social)	3	60%
			Valorar la red de contención familiar y brindar información al respecto.	1	20%
			Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)	2	40%
			Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.	2	40%

#### 4.1.2 Segundo cuestionario

Se solicitó que evaluaran los diagnósticos e intervenciones de enfermería propuestos en el primer cuestionario a través de escala de likert, pretendiendo validar un conjunto de diagnósticos e intervenciones que representen la consulta de enfermería, aplicada en el P.N.A. a los usuarios con E.C.N.T. (Anexo VII).

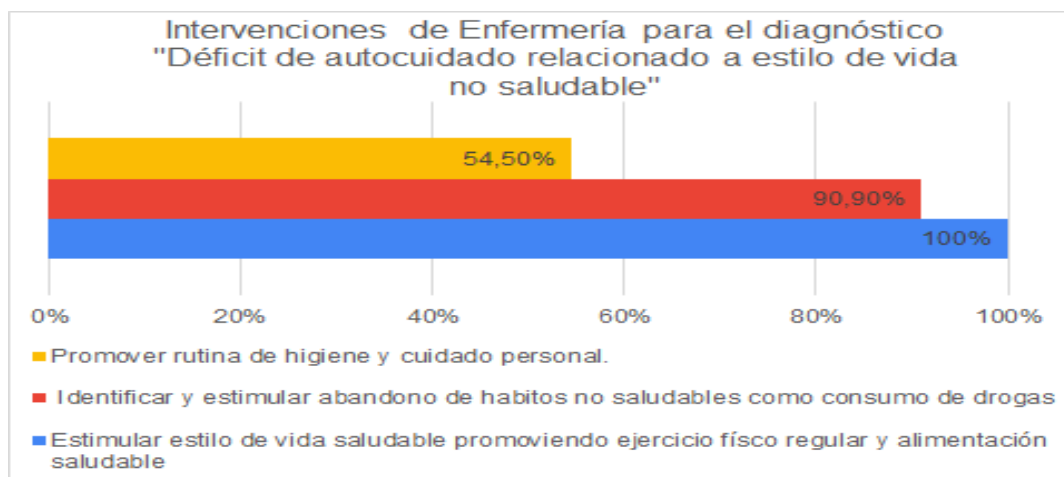
Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 12. Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado relacionado a un estilo de vida no saludable.

<i>Grado de acuerdo</i>	<i>Valores FA</i>	<i>Valores FR%</i>
5 - Totalmente de acuerdo	9	82 %
4 - De acuerdo	2	18 %
3 - Indeciso	0	0 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100%

De las 11 respuestas obtenidas, el 82% de los expertos respondieron estar totalmente de acuerdo con el diagnóstico, el 18% de acuerdo, alcanzando el 100% de aceptación.

Gráfico 1. Intervenciones de enfermería para el diagnóstico “Déficit de autocuidado relacionado a un estilo de vida no saludable”.



Las 3 opciones sugeridas de intervenciones para el diagnóstico “Déficit de autocuidado relacionado a estilo de vida no saludable” superaron el 50% de aceptación, siendo la opción referida a ejercicio físico y alimentación con mayor aceptación con el 100%.

Tabla13: Déficit de autocuidado relacionado a incumplimiento de controles/ estudios preventivos.

<b><i>Grado de acuerdo</i></b>	<b><i>Valores FA</i></b>	<b><i>Valores FR%</i></b>
5 - Totalmente de acuerdo	6	54,5 %
4 - De acuerdo	5	45,5 %
3 - Indeciso	0	0 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100%

Este diagnóstico también tuvo el 100% de aceptación (opciones 4 y 5), teniendo el 54,5 % la opción 5 “Totalmente de acuerdo”.

En cuanto a las intervenciones de enfermería para dicho diagnóstico las 3 opciones propuestas superaron el 72,7% de aceptación (Ver Anexo VIII - Gráfico 2).

Tabla 14: Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado a: conocimiento deficitario / no aceptación del diagnóstico/respuesta al tratamiento inesperado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.

<b><i>Grado de acuerdo</i></b>	<b><i>Valores FA</i></b>	<b><i>Valores FR%</i></b>
5 - Totalmente de acuerdo	7	63,6 %
4 - De acuerdo	3	27,3 %
3 - Indeciso	1	9,1 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100%

Un solo experto se mostró indeciso ante este diagnóstico de enfermería y ninguna respuesta en desacuerdo. Más del 90 % se mostró de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Las intervenciones de enfermería planteadas para este diagnóstico superaron el 50% de aprobación, siendo el porcentaje menor de aceptación el 72,7 % (Ver Anexo VIII - Gráfico 3).

Tabla 15: Alteración de las cifras de presión arterial relacionado a no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.

<i><b>Grado de acuerdo</b></i>	<i><b>Valores FA</b></i>	<i><b>Valores FR%</b></i>
5 - Totalmente de acuerdo	5	45,45 %
4 - De acuerdo	5	45,45%
3 - Indeciso	1	9,1 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100%

En este diagnóstico más del 90% de los expertos se muestran de acuerdo y totalmente de acuerdo, un 9% indeciso.

En cuanto a las intervenciones de enfermería planteadas para este diagnóstico, fueron ampliamente aceptadas, el porcentaje menor de aceptación fue 72,7% (Ver Anexo VIII- Gráfico 4).

Tabla 16: Alteración de las cifras de glucemia relacionado a no cumplimiento de tratamiento dietético-farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.

<i><b>Grado de acuerdo</b></i>	<i><b>Valores FA</b></i>	<i><b>Valores FR%</b></i>
5 - Totalmente de acuerdo	6	54,5 %
4 - De acuerdo	4	36,4%
3 - Indeciso	1	9,1 %
2 - En desacuerdo	0	0 %

1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100%

Un solo experto se mostró indeciso ante este diagnóstico de enfermería y ninguna respuesta en desacuerdo. El 90,9 % se mostró de acuerdo y totalmente de acuerdo.

En cuanto a las Intervenciones de enfermería planteadas para este diagnóstico, el porcentaje menor de aceptación fue 72,7 %, seguida del 81,8 %, 90,9 % y 100 %. Mostrando elevados porcentajes de aprobación en todos los casos (Ver Anexo VIII- Gráfico 5).

Tabla 17: Riesgo de variación de los límites normales de glucemia relacionado a conocimiento deficiente en el manejo de la diabetes/ Monitorización inadecuada de la glicemia/ No aceptación del diagnóstico.

<i>Grado de acuerdo</i>	<i>Valores FA</i>	<i>Valores FR%</i>
5 - Totalmente de acuerdo	3	27,3%
4 - De acuerdo	6	54,5 %
3 - Indeciso	1	9,1 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	1	9,1 %
Total	11	100%

Respecto a este diagnóstico de enfermería el 9,1 % optó por estar totalmente en desacuerdo, un 9,1 % indeciso, el 27,3 % está totalmente de acuerdo mientras que el 54,5% marcó la opción De acuerdo, totalizando en 81,8 % la aceptación del mismo.

De las intervenciones de enfermería planteadas para este diagnóstico, 2 superaron el 81,8 % y 3 de ellas el 90,9 % y 2 de ellas obtuvieron sólo el 9,1% de aceptación (Ver Anexo VIII- Gráfico 6).

Tabla 18: Estrés relacionado a: recursos inadecuados y/o agentes estresantes intensos repetidos.

<b>Grado de acuerdo</b>	<b>Valores FA</b>	<b>Valores FR%</b>
5 - Totalmente de acuerdo	8	72,7 %
4 - De acuerdo	1	9,1 %
3 - Indeciso	2	18,2 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100%

De las 11 respuestas obtenidas, el 18,2 % de los expertos respondieron estar indeciso, mientras que el 72,7 % totalmente de acuerdo con el diagnóstico, el 9,1% de acuerdo.

Superando el 81,8 % las opciones 4 y 5 (de acuerdo y totalmente de acuerdo).

Las intervenciones planteadas para este diagnóstico de enfermería obtuvieron un alto nivel de aceptación superando el 81,8 %, hubo una intervención que fue sugerida para este diagnóstico y obtuvo un 18,2% (Ver Anexo VIII- Gráfico 7).

Tabla 19: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño relacionado a: discontinuación de la medicación habitual, condiciones del hogar, situación de estrés.

<b>Grado de acuerdo</b>	<b>Valores FA</b>	<b>Valores FR%</b>
5 - Totalmente de acuerdo	8	72,7 %
4 - De acuerdo	0	0 %
3 - Indeciso	2	18,2 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	1	9,1 %
Total	11	100%

En este diagnóstico el 72,7% de los expertos se mostraron totalmente de acuerdo, un 18,2% indeciso y el 9,1% totalmente desacuerdo.

De las intervenciones planteadas para este diagnóstico de enfermería, todas superaron el 63,6%, siendo el porcentaje menor de aprobación, seguido de 2 intervenciones con el 81,8 % y 3 de ellas con el 90,9% (Ver Anexo VIII- Gráfico 8).

Tabla20: Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado a ingestas superiores a sus necesidades.

<i><b>Grado de acuerdo</b></i>	<i><b>Valores FA</b></i>	<i><b>Valores FR%</b></i>
5 - Totalmente de acuerdo	7	63,6 %
4 - De acuerdo	4	36,4 %
3 - Indeciso	0	0 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100%

El presente diagnóstico también obtuvo el 100% de aceptación (opciones 4 y 5), teniendo el 63,6 % la opción 5 “Totalmente de acuerdo”.

Respecto a las intervenciones de enfermería, superaron el 72,7% y 3 de ellas el 90,9% de aceptación, una obtuvo el 9,1% y fue sugerencia en esta ronda por lo que no alcanza el porcentaje previsto para su incorporación (Ver Anexo VIII- Gráfico 9).

Tabla 21: Riesgo de sufrir alteración de la integridad cutánea relacionado a patología de base.

<i><b>Grado de acuerdo</b></i>	<i><b>Valores FA</b></i>	<i><b>Valores FR%</b></i>
5 - Totalmente de acuerdo	7	63,6 %
4 - De acuerdo	4	36,4 %
3 - Indeciso	0	0 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100%

Este diagnóstico alcanzó el 100% de aceptación (opciones 4 y 5), teniendo el 63,6 % la opción 5 “Totalmente de acuerdo”.

Obtuvieron un alto porcentaje de aprobación las intervenciones de enfermería planteadas para este diagnóstico, siendo el porcentaje menor el 72,7% y alcanzando el 100% en una de ellas (Ver Anexo VIII- Gráfico 10).

Tabla 22: Riesgo de caídas relacionado a historias previas de caídas/ dificultades visuales/ trastornos de la marcha o estabilidad.

<b><i>Grado de acuerdo</i></b>	<b><i>Valores FA</i></b>	<b><i>Valores FR%</i></b>
5 - Totalmente de acuerdo	7	63,6 %
4 - De acuerdo	3	27,3 %
3 - Indeciso	1	9,1 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100%

El 90,9 % se mostró de acuerdo y totalmente de acuerdo ante este diagnóstico de enfermería.

Un solo experto se mostró indeciso y ninguno en desacuerdo.

De las intervenciones planteadas para este diagnóstico de enfermería, todas superan el 81,8%, siendo el porcentaje menor de aprobación, seguido de 90,9% de aprobación para las restantes 4 (Ver Anexo VIII- Gráfico 11).

Tabla 23: Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida relacionado a historia de intentos previos de suicidio/ expresión de deseo de morir.

<b><i>Grado de acuerdo</i></b>	<b><i>Valores FA</i></b>	<b><i>Valores FR%</i></b>
5 - Totalmente de acuerdo	5	45,5 %
4 - De acuerdo	2	18,2 %
3 - Indeciso	4	36,3 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100 %



De las 11 respuestas obtenidas, el 36,4 % de los expertos respondieron estar indeciso ante este diagnóstico, mientras que el 45,5 % totalmente de acuerdo, el 18,2 % de acuerdo. Alcanzando 63,7 % las opciones 4 y 5 (de acuerdo y totalmente de acuerdo). Un Modo de 5 y mediana de 4.

Las intervenciones para este diagnóstico de enfermería obtuvieron un alto porcentaje de aceptación, 3 de ellas obtuvieron el 81,8 % y las restantes 2 el 90,9 % (Ver Anexo VIII- Gráfico 12).

Tabla 24: Riesgo de hemorragia relacionado a efectos secundarios al tratamiento.

<b><i>Grado de acuerdo</i></b>	<b><i>Valores FA</i></b>	<b><i>Valores FR%</i></b>
5 - Totalmente de acuerdo	3	27,3 %
4 - De acuerdo	5	45,4 %
3 - Indeciso	3	27,3 %
2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100 %

El 72,7 % de los expertos marcaron las opciones 4 y 5 (de acuerdo y totalmente de acuerdo) en este diagnóstico de enfermería.

El 27,3 % de los expertos respondieron estar indecisos. No se obtuvieron respuestas en desacuerdo

Todas las intervenciones para este diagnóstico de enfermería obtienen un alto porcentaje de aceptación superando el 72,7 %, 1 de ellas obtuvo el 81,8 % y las restantes 2 el 90,9 % (Ver Anexo VI- Gráfico 13).

Tabla 25: Alteración de la autoestima relacionado a situación de violencia/ no aceptación de imagen corporal.

<b><i>Grado de acuerdo</i></b>	<b><i>Valores FA</i></b>	<b><i>Valores FR%</i></b>
5 - Totalmente de acuerdo	5	45,45 %
4 - De acuerdo	5	45,45%
3 - Indeciso	1	9,1 %

2 - En desacuerdo	0	0 %
1 - Total desacuerdo	0	0 %
Total	11	100%

De las 11 respuestas obtenidas por los expertos, el 9,1 % respondió estar indeciso ante este diagnóstico, mientras que el 45,5% totalmente de acuerdo, y el 45,5 % de acuerdo.

Alcanzando 90,9% las opciones 4 y 5 (de acuerdo y totalmente de acuerdo).

De las 5 intervenciones de enfermería planteadas para este diagnóstico, 4 de ellas obtuvieron el 90,9 % y uno el 81,8 % de aceptación (Ver Anexo VIII- Gráfico 14).

**Tabla 26. Diagnósticos de Enfermería evaluados en segunda ronda.**

La siguiente tabla presenta los diagnósticos de enfermería evaluados por escala de likert en la segunda ronda, de dónde surgen los siguientes datos estadísticos: media, mediana, modo y porcentaje de respuestas con puntuación 4 y 5 (de acuerdo y totalmente de acuerdo) para cada diagnóstico.

<i>Diagnósticos de Enfermería</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Modo</i>	<i>% de respuestas con puntuación 4 y 5</i>
Déficit de autocuidado relacionado a un estilo de vida no saludable.	4,81	5	5	100%
Déficit de autocuidado relacionado incumplimiento de controles/ estudios preventivos (ej: PAP, mamografía, examen prostático, controles periódicos de salud)	4,54	5	5	100 %
Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado a: conocimiento deficitario / no aceptación del diagnóstico/respuesta al tratamiento inesperado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.	4,54	5	5	90,90 %
Alteración de las cifras de presión arterial relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.	4,36	4	4	90,90 %
Alteración de las cifras de glicemia relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus	4,45	5	5	90,90 %

necesidades oportunamente.				
Riesgo de variación de los límites normales de glucemia relacionado a conocimiento deficiente en el manejo de la diabetes/ Monitorización inadecuada de la glicemia/ No aceptación del diagnóstico/ Falta de cumplimiento de plan terapéutico de la diabetes/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.	3,90	4	4	81,81 %
Estrés relacionado a: recursos inadecuados (económicos, sociales) y/o agentes estresantes intensos repetidos (violencia, enfermedad crónica).	4,54	5	5	81,81 %
Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño relacionado a: discontinuación de la medicación habitual, condiciones del hogar, situación de estrés.	4,27	5	5	72,72 %
Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado a ingestas superiores a sus necesidades.	4,63	5	5	100 %
Riesgo de sufrir alteración de la integridad cutánea relacionado a patología de base (ej: diabetes, insuf. venosa, trastornos neurológicos)".	4,63	5	5	100 %
Riesgo de caídas relacionado a historias previas de caídas/ dificultades visuales/ trastornos de la marcha o estabilidad.	4,54	5	5	90,90 %
Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida relacionado a historia de intentos previos de suicidio/ expresión de deseo	4,09	4	5	63,70 %

de morir.				
Riesgo de hemorragia relacionado a efectos secundarios al tratamiento.	4,00	4	4	72,72 %
Alteración de la autoestima relacionado a situación de violencia/ no aceptación de imagen corporal.	4,36	4	4	90,90 %

El 72,72 % de los 14 diagnósticos de enfermería planteados superan el 80% de aceptación, es decir, que respondieron en puntuación 4 y 5 (de acuerdo y totalmente de acuerdo).

El valor de la media del total de la muestra es mayor a 3,5.

La mediana también es superior a 3 en todos los casos.

Dos diagnósticos de enfermería tuvieron una puntuación menor de 3 y deben ser desestimados, ellos son: “Riesgo de variación de los límites normales de glucemia relacionado a conocimiento deficiente en el manejo de la diabetes/ Monitorización inadecuada de la glucemia/ No aceptación del diagnóstico/ Falta de cumplimiento de plan terapéutico de la diabetes/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente” e “Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño relacionado a: discontinuación de la medicación habitual, condiciones del hogar, situación de estrés”.

El diagnóstico “Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida relacionado a historia de intentos previos de suicidio/ expresión de deseo de morir”, si bien fué el que obtuvo un porcentaje más bajo de aceptación con el 63,7 % con puntuación 4 y 5 (De acuerdo y totalmente de acuerdo), no obtuvo evaluaciones negativas. Alcanzó una media de 4,09, mediana de 4 y modo de 5, por lo que será incluido.

Del conjunto de los 12 diagnósticos de enfermería que superaron los criterios previstos estadísticos, alcanzaron el 89,39 % promedialmente de aceptación, es decir, con puntuación 4 y 5 (De acuerdo y totalmente de acuerdo).

## CAPÍTULO V

### 5.1 Discusión

En nuestro país las R.A.P. impulsadas por su modelo de sistema de salud, han evolucionado hacia una atención más integral e integrada, lo que lleva a que la relación entre el equipo de salud y el usuario sea más cercana. Se promueve el empoderamiento del usuario sobre el estado de su salud, así como de las posibilidades de prevención a su alcance. La C.E.P. en este sentido es una gran oportunidad para desarrollar estrategias de atención, con abordaje individual, familiar y comunitario con enfoque holístico.

En el presente estudio las enfermeras expertas refirieron que realizan la C.E.P. en servicios de la R.A.P. de forma relativamente reciente, menos de 6 meses de su implementación en su totalidad y el 73 % refirió capacitarse sobre el área temática en el último año. Es destacable la implementación de la C.E.P. en varios servicios de la R.A.P., ya que contribuye a fortalecer el rol independiente de la profesión, considerando además la escasa dotación de Licenciadas en Enfermería que cuentan las R.A.P. en la región Este de A.S.S.E. La C.E. implica agregar un servicio que genera mayor volumen de carga de trabajo al ya existente. Hay estudios que plantean que la C.E.P. mejora la accesibilidad de los usuarios al sistema de salud ampliando la oferta de servicios y la satisfacción de los usuarios. Es clave para el desarrollo profesional lograr continuar extendiendo esta práctica y visibilizar mediante indicadores su impacto en los diferentes niveles (usuarios, servicios, sistema de salud). La R.A.P. es la principal puerta de entrada de los usuarios al sistema de salud, donde se estima se resuelve entre el 80 - 85 % de los problemas, sin embargo el foco de atención suele estar centrado en el segundo y tercer nivel de atención, demandado más recursos humanos, desarrollo y priorizando mayores presupuestos e inversiones. Es una oportunidad el registro electrónico en las R.A.P. para demostrar su impacto en el sistema de salud y fundamentar las necesidades de forma oportuna y eficiente. Cabe destacar que no es suficiente volcar datos de los procesos de atención usuarios en la H.C.E.A., si luego no existe un plan estratégico para acceder a información previamente definida que permita medir procesos de atención, de gestión, y que fundamenten la importancia de lograr mejor dotación profesionales de Enfermería en los servicios de la R.A.P. en dicha Región.

Las Licenciadas en Enfermería integran equipos básicos de territorio en el P.N.A. que referencian por cada equipo 1800 a 2000 usuarios en ese territorio definido. Si consideramos que en la región Este existen 193.000 usuarios de ASSE aproximadamente, y cuenta con 30 Licenciadas en Enfermería para toda la región, cada una debe realizar el trabajo de más de 3

licenciadas de enfermería según este criterio.

De la caracterización de las expertas que realizan C.E.P. surge que el 100 % son de sexo femenino. En diferentes culturas y a lo largo de la historia la mujer ha sido la proveedora de cuidados, esta realidad se ha ido modificando, evolucionando a lo largo del tiempo incorporándose cada vez más hombres, pero aún la profesión de enfermería sigue siendo predominantemente ejercida por mujeres. En mayor proporción las expertas cuentan con 10 a 20 años de experiencia laboral y han alcanzado estudios de posgrado el 36,4 %, en Gestión de Servicios de Salud en todos los casos. Los expertos que realizan las C.E.P en áreas rurales son el 18,2 %, mientras que el 81,8 % la realiza en áreas urbanas. Es muy positiva la incorporación de la C.E.P en áreas rurales, aunque aún las realizan en un porcentaje menor. El tiempo que les insume cada consulta de enfermería es de entre 11 a 20 minutos predominantemente.

En nuestro país los registros electrónicos de Enfermería son de incorporación relativamente reciente. Los datos surgidos muestran que el 36,4 % de las expertas registran la C.E.P. en formato historia clínica papel, mientras que el 63,6 % lo registra en la H.C.E.A. Si bien un alto porcentaje logra realizar el registro electrónico, será fundamental su universalización. Surge la interrogante de cuál o cuáles serían los motivos por el cual el 36,4 % aún no registra electrónicamente la C.E.P. Podrían ser varios factores los que limiten el registro electrónico, por ejemplo: carencias en equipamiento informático, falta o fallas en la conectividad, capacitación en registro electrónico insuficiente, falta de interés o motivación.

Estudios citados en antecedentes evidencian la importancia del registro electrónico de enfermería para comenzar a responder de forma objetiva, sistemática y medible en las tareas que desempeñan los profesionales de enfermería y que es una herramienta muy potente que facilita y mejora la seguridad del paciente y la comunicación. El registro electrónico en enfermería ofrece la oportunidad de brindar cuidados continuos, seguros y de calidad pero es clave lograr una taxonomía enfermero y su codificación en el sistema electrónico, para acceder a la información clasificada, pudiendo medir los procesos, resultados de atención y gestión mediante indicadores.

Se evidencia en este estudio que no existe una sistematización de la información en el registro durante la C.E.P. Respecto a los diagnósticos de enfermería un considerable porcentaje utiliza los diagnósticos de la N.A.N.D.A., pero el 55,6 % de los expertos refirió no utilizar los diagnósticos de enfermería estandarizados. Es decir, al momento de registrar el P.A.E. existe diversidad en la modalidad que cada profesional redacta el contenido de la consulta. De esta manera el registro electrónico no admitirá procesamiento de datos de

manera eficiente, ni permitirá evaluación mediante indicadores de forma sistemática y oportuna, esencial para la gestión de cuidados y de servicios.

En el año 1989 ya se llevaba a cabo un estudio en nuestro país “Registros de Identidad Metodológicas” realizado por la Cátedra de Administración, de hoy Facultad de Enfermería en coordinación con el Hospital de Clínicas, donde se identificaba el problema en dificultades para registrar por enfermería, debido a la insuficiencia en la sistematización institucional y defectos metodológicos en la formación profesional. Más de 30 años después la esencia del problema planteado aún se mantiene vigente, con la diferencia que en la actualidad con el avance tecnológico podrían estar dadas las condiciones para lograrlo, facilitando los procesos de sistematización de la información.

Es por ello que surge el interés de identificar y validar los diagnósticos de enfermería y sus intervenciones utilizados durante la C.E.P. a usuarios con E.N.T. que se analizarán a continuación:

“Déficit de autocuidado relacionado a un estilo de vida no saludable”, mencionado por el 100% de los expertos, al igual que las 3 intervenciones de Enfermería planteadas para este diagnóstico.

- Estimular un estilo de vida saludable promoviendo ejercicio físico regular y alimentación saludable.
- Identificar y desestimular hábitos no saludables como consumo de drogas, tabaco, alcohol.
- Promover rutina de higiene y cuidado personal.

Si bien este diagnóstico de enfermería es planteado por la N.A.N.D.A., el 100% lo relaciona al estilo de vida no saludable. Esto condice con la población objetivo de la C.E, dado que los factores de riesgos modificables son claves en las E.N.T. y su prevención, y son aspectos abordados en el P.N.A. en la prevención y promoción de la salud. En la segunda ronda alcanzó el 100% también de aprobación. Respecto a las intervenciones, las 3 planteadas en este caso obtuvieron amplia aprobación en la segunda ronda.

Este diagnóstico claramente se sustenta en la teoría de Dorothea Orem, que plantea su teoría de déficit de autocuidado. Es decir, que el usuario en el proceso salud- enfermedad requiere conocimientos, habilidades o motivación que enfermería se los brinda como forma de cuidado, impulsando a que el usuario lo realice por sus propios medios y logre su autocuidado.



“Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado a ingestas superiores a sus necesidades”. Fue mencionado por el 90,9 % de los expertos participantes en la primera ronda y en la segunda ronda obtuvo el 100% de aprobación.

Este también es un diagnóstico de la N.A.N.D.A., las E.N.T. están asociadas al sobrepeso y obesidad, flagelo que atañe a nuestra población ya que un 65% de la población adulta tiene sobrepeso y obesidad. Es de vital importancia trabajar este aspecto, no desde la perspectiva del estereotipo de belleza sino el impacto que ello tiene en la salud y su relación con las E.N.T.

Si relacionamos a este diagnóstico con las teorías de Enfermería también se alinea con la teoría de Orem, ya que relaciona el desequilibrio nutricional a ingestas superiores a sus necesidades, es decir, que se trataría de un déficit de autocuidado vinculado probablemente a déficit de conocimientos o falta de estímulo para lograr una alimentación más adecuada. Informando, orientando y estimulando a llevar una mejor alimentación y hábitos saludables complementarios se impulsará a lograr el autocuidado del usuario. La limitación en los recursos financieros para llevar a cabo una alimentación saludable también es una limitante importante en algunas situaciones, por lo que se debe ajustar el plan de acuerdo a las posibilidades de cada usuario.

Respecto a sus intervenciones las expresadas fueron las siguientes:

- Analizar en conjunto los hábitos nutricionales e identificar cuáles deberían modificarse.
- Promover dieta equilibrada y desaconsejar alimentos multiprocesados y con exceso de sal, grasa, azúcar.
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Derivar a nutricionista, psicólogo o integrante del equipo de salud que considere oportuno.
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

En la segunda ronda todas estas intervenciones superaron el 72,7 % de aprobación a excepción de una intervención sugerida en esta ronda que obtuvo el 9,1%, es decir, solo un experto la sugirió. Esto se debe a que se le daba la opción al experto de sugerir otra intervención si lo consideraba adecuado, en ningún caso superó el 50% las intervenciones propuestas y dado que el estudio concluye en la segunda ronda por alcanzar los parámetros estadísticos propuestos, ninguna de las intervenciones sugeridas son incluidas en el trabajo

final.

Le siguen con el 81,8 % los 2 siguientes diagnósticos de enfermería más expresados en la primer ronda de cuestionarios y sus intervenciones:

“Riesgo de variación de los límites normales de glucemia relacionado a conocimiento deficiente en el manejo de la diabetes/ Monitorización inadecuada de la glicemia/ No aceptación del diagnóstico/ Falta de cumplimiento de plan terapéutico de la diabetes/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente”

- Analizar en conjunto los hábitos nutricionales.
- Promover dieta equilibrada y desaconsejar alimentos multiprocesados.
- Derivar a nutricionista, psicólogo o integrante del equipo de salud que considere oportuno.
- Fomentar controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.
- Insistir en la importancia de llevar un estilo de vida saludable, destacando el ejercicio físico regular
- Reforzar conocimientos sobre la diabetes y su manejo.
- Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario.

Este fue planteado por 9 expertos de los 11 participantes, lo relacionaron a diferentes causas, dificultades en la adherencia al plan terapéutico e incapacidad del sistema de salud para dar respuestas a las necesidades del usuario. La N.A.N.D.A. plantea este diagnóstico con redacción similar “Riesgo de nivel de glucemia inestable” no lo relaciona a posibles causas. En la segunda ronda de cuestionarios, si bien alcanzó el 81,81 % de aceptación, fue evaluado de forma negativa este diagnóstico por un experto y será excluido. Esto se debe al criterio previsto, que todos los diagnósticos seleccionados serán considerados sobre una base de acuerdo para el conjunto de la muestra.

La teoría de Orem se refleja en este diagnóstico, ya que vincula al problema con situaciones de déficit de autocuidado. Enfermería deberá proveer de herramientas al usuario en base a brindar información y concientizar sobre su situación, así lograr que el usuario identifique sus problemas, genere conciencia y que tenga información necesaria para lograr revertir o mejorarlo, será fundamental para promover su autocuidado.

En cuanto a las intervenciones si bien tuvieron un alto nivel de aceptación, a excepción de ellas, quedarán excluidas junto con el diagnóstico.

“Riesgo de sufrir alteración de la integridad cutánea relacionado a patología de base”. Este Diagnóstico de Enfermería “Riesgo de deterioro de integridad cutánea” está incluido en la N.A.N.D.A., en este caso lo plantean como riesgo relacionado a patología de base las licenciadas expertas. Las E.N.T. como la diabetes, enfermedades circulatorias periféricas y neurológicas aumentan el riesgo de sufrir alteraciones en la integridad cutánea. Es fundamental el conocimiento para lograr un plan de cuidado adecuado para prevenir o disminuir riesgos. En la segunda ronda de cuestionario este diagnóstico logra el 100% de aceptación.

Si bien este diagnóstico de la forma que lo plantean no hace referencia a cuidados ni autocuidado, las acciones están enfocadas a informar, educar, promover estilo de vida saludable, C.E periódicas, que si se apuntan a promover autocuidado. Los usuarios cuando tienen conocimiento de su patología, de su evolución y riesgos asociados, están mejor preparados y concientizados para prevenir o atenuar el desarrollo de complicaciones como lo es en este caso.

Sus intervenciones:

- Informar sobre los cuidados (higiene, cuidados de pies, uso de calcetines y zapatos adecuados)
- Educar sobre la importancia de revisión diaria de las extremidades y ante signos de alerta realizar consulta precoz.
- Derivar a integrante del equipo de salud que considere oportuno (podólogo, médico referencia)
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

Todas las propuestas fueron consideradas adecuadas por la mayor parte de los expertos participantes del estudio.

“Alteración de las cifras de glicemia relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético-farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente”

El 72,7 % de los expertos lo expresaron en la primera ronda (8 de los 11 expertos), y a diferencia del que la N.A.N.D.A. plantea “Riesgo de nivel de glucemia inestable”, este hace referencia a la alteración y no al riesgo. En la segunda ronda, evaluado por escala de likert

alcanzó el 90,90 % de aceptación.

Claramente también se sustenta en la teoría de Orem este diagnóstico, planteando déficit de autocuidado cuando vincula el problema al no cumplimiento de tratamiento dietético-farmacológico. Además también lo relaciona a la incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente, muchas veces es necesario brindar información, orientar sobre el procedimientos que debe realizar o dónde se debe dirigir para resolver determinadas situaciones dentro del proceso asistencial, por ejemplo coordinación de estudios o interconsultas con especialistas que se resuelven en otro nivel de atención y que el usuario desconoce las gestiones que debe realizar para acceder a los mismos. Con frecuencia ocurren además fallas del sistema que no contemplan la realidad en la diversidad en las posibilidades de acceso de los usuarios a las herramientas tecnológicas, que plantean gestionar fechas o reservas electrónicas por ejemplo y su acceso aún no es universal (ya sea por desconocimiento sobre manejo de la herramienta electrónica o falta de recursos tecnológicos). Es por ello que es fundamental orientar y educar para promover autocuidado, pero deben considerarse además fallas del sistema que lo dificultan.

Los seres humanos tenemos gran capacidad de adaptación a los cambios que se producen en uno mismo o en el entorno. Pero puede darse situaciones en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. Es por ello que el usuario puede requerir ayuda de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

En cuanto a las intervenciones de enfermería planteadas para este diagnóstico, el porcentaje de aceptación fue elevado en todos los casos, reflejando muy buen grado de acuerdo.

- Brindar información sobre la importancia de lograr mantener la glicemia en los parámetros normales.
- Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.
- Promover controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Educar a familiar del usuario sobre el manejo de la patología, comprometiéndose a contribuir para la adherencia del tratamiento.
- Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario.

El 63,6 % de los expertos expresó los siguientes 2 diagnósticos dentro de los 5 más utilizados en sus C.E, en la primer ronda:

“Alteración de las cifras de presión arterial relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente”

En este diagnóstico la teoría de Orem también se adapta perfectamente y el análisis del diagnóstico anterior se repite en este caso.

Sus intervenciones:

- Brindar información sobre la importancia de lograr mantener la presión arterial en los parámetros normales.
- Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.
- Fomentar controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario en tiempo y forma.

Al igual que el anterior diagnóstico hace referencia a cuando existe una alteración de las cifras tensionales en este caso durante la consulta. En la segunda ronda de cuestionarios este diagnóstico alcanza el 90,90 % de aceptación. Este diagnóstico no se encuentra incluido dentro de los diagnósticos que plantea la N.A.N.D.A., únicamente hace referencia al riesgo. Todas las intervenciones planteadas fueron evaluadas positivamente por un elevado porcentaje de expertos.

“Riesgo de caídas relacionado a historias previas de caídas/ dificultades visuales/ trastornos de la marcha o estabilidad”

- Promover el uso de dispositivos de ayuda como andadores, bastones y orientar sobre la gestión para obtenerlos.
- Informar sobre la importancia de contar con agarraderas en el baño.
- Evitar el uso de las alfombras en el domicilio.
- Explicar la importancia y fomentar el uso de calzado adecuado.
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

El diagnóstico “Riesgo de caídas” es uno de los planteados por la N.A.N.D.A., lo define como la susceptibilidad aumentada para caídas que pueden causar daño físico. Los factores de riesgo descritos para el mismo incluyen los relacionados al ambiente, al estado cognitivo y fisiológico de los pacientes, así como los de causa medicamentosa. Desde el P.N.A con la perspectiva de prevención y promoción de salud, es un diagnóstico muy previsible sobre todo con poblaciones de adultos mayores y usuarios con limitaciones sensoriales o motoras. Todas las intervenciones planteadas para este diagnóstico fueron favorablemente evaluadas. El 54,5 % de los expertos mencionó el siguiente diagnóstico en la primera ronda y fue evaluado en la segunda ronda por escala de likert con el 90,90 % de aceptación.

En este diagnóstico si bien las posibles causas no son factores de riesgo modificables, si se pueden implementar cuidados o tomar medidas para disminuir el riesgo o evitar las caídas. En este caso es vital lograr concientizar al usuario sobre el riesgo de caídas, para que logre modificar costumbres y adhiera a implementar las medidas de seguridad propuestas, que implican autocuidado.

“Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado a: conocimiento deficitario / no aceptación del diagnóstico/respuesta al tratamiento inesperado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente”

La N.A.N.D.A. plantea este diagnóstico “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” y lo define como el patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar los objetivos específicos de salud.

El régimen terapéutico en las E.N.T suele implicar modificaciones en el estilo de vida además del tratamiento farmacológico crónico. Trabajar en la profundización del conocimiento del diagnóstico, la aceptación del mismo son claves para lograr la adhesión al régimen terapéutico e identificar si la respuesta al tratamiento no está siendo la esperada. El apoyo y orientación respecto a los procesos institucionales suelen ser de vital importancia, ya que el desconocimiento de los mismos muchas veces llevan a frustrar los procesos y por tanto no lograr coordinaciones de estudios, o interconsultas por ejemplo.

Se puede decir que este diagnóstico también se sustenta en la teoría de déficit de autocuidado de Orem, brindar educación y buscar concientizar de la situación actual y sus riesgos para lograr un cambio de conducta e implementar cuidados que implican autocuidado.

Dentro del sistema de Enfermería Orem plantea el sistema de apoyo educativo, que se adapta a las situaciones de los usuarios que son capaces de realizar acciones necesarias para su autocuidado y pueden adaptarse a las nuevas situaciones, pero requieren de orientación de

enfermería que a veces puede ser simplemente alentarlos.

Todas las intervenciones planteadas fueron evaluadas favorablemente por un alto porcentaje de los expertos.

- Brindar información sobre la patología diagnosticada.
- Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.
- Promover controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.
- Promover estilo de vida saludable
- Derivar al Profesional tratante si se detecta síntomas de intolerancia a la medicación o respuesta no esperada, para revaloración del tratamiento indicado.
- Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario en tiempo y forma.

El 45,4 % de los expertos expresó los 2 siguientes Diagnósticos dentro de los 5 más utilizados en sus C.E, en la primera ronda:

“Riesgo de hemorragia relacionado a efectos secundarios al tratamiento”

- Informar sobre la importancia de realizar los controles periódicos.
- Asesorar sobre los signos/ síntomas de alerta y la importancia de la consulta precoz ante la presencia de alguno de ellos.
- Valorar la red de contención familiar y brindar información al respecto.
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

En este caso la N.A.N.D.A. plantea “Riesgo de sangrado”, que en definitiva es el mismo concepto, lo define como el riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud. En el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares es frecuente el uso de antiagregantes plaquetarios y la anticoagulación, por lo que este riesgo suele ser abordado por enfermería desde el P.N.A., ya que se trata de patologías crónicas y requieren una educación y seguimiento del usuario.

Se podría relacionar este diagnóstico con la teoría de Orem, que si bien no está implícito en su forma de planteo, se lo relaciona igualmente a esta teoría debido a que enfermería informa, asesora, educa como forma de cuidado, fomentando que el usuario maneje información que le permita lograr autocuidado, conociendo riesgos e implementando medidas que le permitan prevenir o detectar alteraciones de forma precoz.

“Alteración de la autoestima relacionado a situación de violencia/ no aceptación de imagen corporal”

- Brindar espacio de escucha
- Derivar al integrante del equipo de salud si se considera oportuno (Ej: psicólogo, nutricionista, A. Social)
- Valorar la red de contención familiar y brindar información al respecto.
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

La N.A.N.D.A. plantea este diagnóstico como “Riesgo de baja autoestima crónico o situacional”, en este caso los expertos lo plantean como una “Alteración de autoestima”, identifican en la consulta y lo relacionan a situaciones de violencia y a la no aceptación de la imagen corporal, que puede deberse a estereotipos pautados socialmente o al género que se percibe.

La concepción de la valoración del usuario de forma integral es clave cuando se trabaja en promoción y prevención de enfermedades, los aspectos relacionados a la autoestima pueden generar y agudizar otras problemáticas. Identificar y trabajar con el usuario oportunamente puede evitar complicaciones de mayor impacto en su salud y elevar su calidad de vida. Cuando existe alteración de la autoestima, se pueden implementar intervenciones que apunten a mejorar el estilo de vida, buscar apoyo en algún otro integrante del equipo de salud como puede ser psicólogo, intervenciones que apuntan a promover autocuidado pudiendo relacionarlo a lo teoría que plantea Orem. También podría relacionarse con la teoría de Virginia Henderson que en uno de sus 14 necesidades básicas plantea “ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal”, lo cuál contribuiría a elevar su autoestima.

El 36,3% mencionó los siguientes 3 diagnósticos presentados a continuación:

“Riesgo de lesión autoinfligida relacionado a historia de intentos previos de suicidio/expresión de deseo de morir”.

- Brindar espacio de escucha.
- Realizar derivación según la situación considere oportuno (emergencia, psicología, A. social, etc)



- Valorar la red de contención familiar y social-comunitario.
- Reforzar la importancia de cumplir tratamiento farmacológico si lo tuviera indicado.
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

Este diagnóstico si bien no está relacionado a las E.N.T., lo manifestaron algunos expertos. Es muy similar al que plantea la N.A.N.D.A., que lo formula como “Riesgo de suicidio”, y los define como “Lesión autoinflingida que pone en peligro la vida”. En este caso no lo plantean como suicidio sino riesgo de lesión autoinflingida, seguramente con la intención de considerar también las autoagresiones y/o los intentos de autoeliminación. Nuestro país tiene un muy alto nivel de intento de autoeliminación y suicidio, se observa un aumento en las cifras año tras año, en el año 2019 la tasa fué del 22,55 cada 100.000 habitantes y cuanto más edad más elevada la tasa de mortalidad por suicidio, sobre todo en mayores de 54 años.

En este diagnóstico se refleja la teoría de Orem de autocuidado, en las intervenciones surge la importancia de adherir al tratamiento, acceder a interconsultas y seguimiento en C.E, que implican autocuidado. Para ello es fundamental que el usuario comprenda su situación y la importancia de realizar su propio cuidado, con los recursos disponibles en su medio.

“Déficit de autocuidado relacionado incumplimiento de controles o estudios preventivos”

- Promover controles periódicos en salud.
- Informar la importancia de realizar controles/estudios de rutina para la detección precoz y para lograr un tratamiento oportuno.
- Orientar sobre la coordinación del estudio o control que requiere.

Este diagnóstico si bien está en los definidos por la N.A.N.D.A. lo relacionan al incumplimiento de controles en salud y estudios preventivos. Si bien se ha trabajado y logrado en los últimos años una Red de Atención Primaria fortalecida que aborda la prevención y promoción de salud, muchas veces no se logra sensibilizar a la población, debido a que culturalmente aún existe una fuerte concepción hospitalocéntrica y médico hegemónico, que lleva a la consulta médica y sólo si presenta algún signo o síntoma que le preocupe. El P.N.A. juega un rol protagónico en la sensibilización respecto a los controles en salud y estudios que apuntan a la detección precoz de las patologías prevalentes, además de la C.E ofrecida recientemente que fortalece aspectos relacionados con la promoción de salud, prevención y rehabilitación.

Tal como hace referencia el planteo del diagnóstico, se basa en la teoría de déficit de autocuidado de Orem. Es esencial lograr promover, fomentar y orientar sobre autocuidados

para lograr revertir el déficit de autocuidado.

Las formas de llevar a cabo el autocuidado son propias de cada persona y están influidos por los valores culturales del grupo social al que pertenece que condicionan su realización y la forma de hacerlo requiere para ello de conocimientos.

“Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño relacionado a: discontinuación de la medicación habitual, condiciones del hogar, situación de estrés”

- Brindar espacio de escucha.
- Fomentar el cumplimiento de tratamiento si lo tiene indicado
- Realizar derivación si corresponde a integrante del equipo de salud (Psicólogo, A. Social, Psiquiatra)
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.
- Analizar con el usuario las posibilidades de mejora de las condiciones para lograr mejor descanso.

La N.A.N.D.A. plantea este diagnóstico como “Insomnio” y lo define como “Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento”, si bien hacen referencia al mismo problema lo redactan de forma distinta. En la segunda ronda este diagnóstico alcanzó el 72,7% de aprobación de los expertos que se mostraron totalmente de acuerdo, un 18,2% indeciso y el 9,1% totalmente en desacuerdo. El problema planteado en este diagnóstico es frecuente y tiene un impacto negativo en la salud, por lo que se interpreta que la evaluación negativa se debe a la forma de planteo del diagnóstico. Dada la evaluación negativa se lo desestimaré debido al criterio previamente definido, ya que todos los diagnósticos seleccionados serán considerados sobre una base de acuerdo para el conjunto de la muestra.

La teoría de Orem se podría ver reflejada en este diagnóstico también, discontinuar el tratamiento es un déficit de autocuidado, también lo vincula a condiciones del hogar y situaciones de estrés que muchas veces no son fácilmente modificables ni tienen siempre relación con el autocuidado. No obstante es importante identificar el problema, analizarlo en conjunto, y brindar herramientas (educar, promover estilo de vida saludables, etc) que contribuyan mediante autocuidado mejorar o revertir las interrupciones del sueño.

De los 11 expertos consultados, 3 mencionaron el siguiente diagnóstico de enfermería en la primera ronda:

“Estrés relacionado a: recursos inadecuados (económicos, sociales) y/o agentes estresantes intensos repetidos (violencia, enfermedad crónica)”. Este diagnóstico también guarda similitud con el que plantea la N.A.N..D.A. que es “Estrés por sobrecarga” y lo define como excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción. En este caso los expertos lo relacionan a la vulnerabilidad socioeconómica que algunos usuarios viven y que inciden negativamente en su salud, limitando el cumplimiento del tratamiento además de las necesidades básicas no satisfechas que impactan negativamente en su bienestar. Esto genera estrés ya que el usuario percibe el riesgo potencial o real en su salud pero se encuentra imposibilitado en revertirlo por falta de recursos. También la enfermedad crónica suele generar un gran impacto emocional en los usuarios, exige la modificación de hábitos e implementación de cuidados que genera sobrecarga. Otra causa con gran impacto en nuestra sociedad actual es la violencia, muchas veces enmascarada o normalizada, provocando episodios disruptivos frecuentemente generando una fuerte carga emocional.

Este diagnóstico si consideramos su forma de planteo no sería abordado con enfoque en la teoría de Orem, debido a que las causas no tienen relación con el autocuidado propiamente dicho, de todas formas si podría tener puntos de encuentro con dicha teoría en el entendido que la propuesta de intervenciones de enfermería están referidos básicamente a brindarle herramientas (conocimientos) al usuario que le permita identificar sus dificultades y tomar acciones, cuidados, que podrían considerarse autocuidado. También podría relacionarse con la teoría de necesidades básicas de Henderson que plantea “comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones”

- Brindar espacio de escucha.
- Fomentar el cumplimiento de tratamiento si lo tiene indicado
- Realizar derivación si corresponde a integrante del equipo de salud (Psicólogo, A. Social, Psiquiatra)
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

Todas las intervenciones para este diagnóstico superaron ampliamente el 50% de aprobación. Informar sobre las redes de apoyo en el medio, fue sugerida en la segunda ronda y no logra el

porcentaje previsto para su inclusión, obtuvo el 9,1 %.

De los 14 diagnósticos de enfermería obtenidos en la primera ronda, 2 tuvieron una puntuación menor de 3 en la escala de likert, ambos presentaron una evaluación con puntuación 1 (totalmente en desacuerdo) por lo que fueron desestimados, los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Riesgo de variación de los límites normales de glucosa relacionado a conocimiento deficiente en el manejo de la diabetes/ Monitorización inadecuada de la glicemia/ No aceptación del diagnóstico/ Falta de cumplimiento de plan terapéutico de la diabetes/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.
- Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño relacionado a: discontinuación de la medicación habitual, condiciones del hogar, situación de estrés.

Se cumple el criterio de desestimar ítems con puntuación promedio baja definido en menos de 3, dado que esto garantiza que los diagnósticos seleccionados son considerados sobre una base de acuerdo para el conjunto de la muestra.

Igualmente de los 14 diagnósticos que surgen inicialmente y sus intervenciones, se puede decir que logra una aceptación de más del 80 % con puntuación 4 y 5 (de acuerdo y totalmente de acuerdo), en más del 70 % de la muestra. En cuanto a la media, el total de muestra es mayor a 3,5 y la mediana también es superior a 3.

Respecto a las intervenciones de enfermería de cada diagnóstico, se incluyeron las que superaron al menos el 50 % de aprobación del total de la muestra. El total de las intervenciones presentaron un alto nivel de aprobación. En el caso de 2 diagnósticos, sugirieron incorporar una intervención, en ninguno de los dos casos alcanzaron el porcentaje definido inicialmente. Existieron coincidencias en los diagnósticos e intervenciones más frecuentemente utilizados. De los diagnósticos vertidos son 5 los planteados por la N.A.N.D.A., 4 son similares a los que plantea la N.A.N.D.A. pero existe variación en la forma de expresarlo si bien se enfocan al mismo problema y 2 de ellos no están incluidos en los listados de la N.A.N.D.A.

Finalmente se logra validar 12 diagnósticos y sus intervenciones de enfermería que superaron la media y mediana con valor de 4, y una aceptación de más del 89 % con puntuación 4 y 5 (de acuerdo y totalmente de acuerdo), por lo que se concluye el estudio en la segunda ronda, con la validación de diagnósticos e intervenciones que representan la C.E aplicada a usuarios con E.N.T. en la R.A.P.

**5.2 Diagnósticos de Enfermería y sus intervenciones validados por expertos, que representan la C.E aplicada a usuarios con E.N.T. en la R.A.P.**

Déficit de autocuidado relacionado a un estilo de vida no saludable.

- Estimular un estilo de vida saludable promoviendo ejercicio físico regular y alimentación saludable.
- Identificar y desestimular hábitos no saludables como consumo de drogas, tabaco, alcohol.
- Promover rutina de higiene y cuidado personal.

Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado a ingestas superiores a sus necesidades.

- Analizar en conjunto los hábitos nutricionales e identificar cuáles deberían modificarse.
- Promover dieta equilibrada y desaconsejar alimentos multiprocesados y con exceso de sal, grasa, azúcar.
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Derivar a nutricionista, psicólogo o integrante del equipo de salud que considere oportuno.
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

Riesgo de sufrir alteración de la integridad cutánea relacionado a patología de base.

- Informar sobre los cuidados (higiene, cuidados de pies, uso de calcetines y zapatos adecuados)
- Educar sobre la importancia de revisión diaria de las extremidades y ante signos de alerta realizar consulta precoz.
- Derivar a integrante del equipo de salud que considere oportuno (podólogo, médico de referencia)
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Fomentar la consulta de enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

Alteración de las cifras de glicemia relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético-farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente

- Brindar información sobre la importancia de lograr mantener la glicemia en los parámetros normales.
- Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.
- Promover controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Educar a familiar del usuario sobre el manejo de la patología, comprometiéndose a contribuir para la adherencia del tratamiento.
- Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario.

Alteración de las cifras de presión arterial relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente

- Brindar información sobre la importancia de lograr mantener la presión arterial en los parámetros normales.
- Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.
- Fomentar controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario en tiempo y forma.

Riesgo de caídas relacionado a historias previas de caídas/ dificultades visuales/ trastornos de la marcha o estabilidad.

- Promover el uso de dispositivos de ayuda como andadores, bastones y orientar sobre la gestión para obtenerlos.

- Informar sobre la importancia de contar con agarraderas en el baño.
- Evitar el uso de las alfombras en el domicilio.
- Explicar la importancia y fomentar el uso de calzado adecuado.
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado a: conocimiento deficitario / no aceptación del diagnóstico/respuesta al tratamiento inesperado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.

- Brindar información sobre la patología diagnosticada.
- Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.
- Promover controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.
- Promover estilo de vida saludable
- Derivar al Profesional tratante si se detecta síntomas de intolerancia a la medicación o respuesta no esperada, para revaloración del tratamiento indicado.
- Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario en tiempo y forma.

Riesgo de hemorragia relacionado a efectos secundarios al tratamiento

- Informar sobre la importancia de realizar los controles periódicos.
- Asesorar sobre los signos/ síntomas de alerta y la importancia de la consulta precoz ante la presencia de alguno de ellos.
- Valorar la red de contención familiar y brindar información al respecto.
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

Alteración de la autoestima relacionado a situación de violencia/ no aceptación de imagen corporal

- Brindar espacio de escucha
- Derivar al integrante del equipo de salud si se considera oportuno (Ej: psicólogo, nutricionista, A. Social)
- Valorar la red de contención familiar y brindar información al respecto.

- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

Riesgo de lesión autoinfligida relacionado a historia de intentos previos de suicidio/ expresión de deseo de morir

- Brindar espacio de escucha.
- Realizar derivación según la situación considere oportuno (emergencia, psicología, A. social, etc)
- Valorar la red de contención familiar y social-comunitario.
- Reforzar la importancia de cumplir tratamiento farmacológico si lo tuviera indicado.
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.

Déficit de autocuidado relacionado incumplimiento de controles o estudios preventivos

- Promover controles periódicos en salud.
- Informar la importancia de realizar controles/estudios de rutina para la detección precoz y para lograr un tratamiento oportuno.
- Orientar sobre la coordinación del estudio o control que requiere.

Estrés relacionado a: recursos inadecuados (económicos, sociales) y/o agentes estresantes intensos repetidos (violencia, enfermedad crónica)

- Brindar espacio de escucha.
- Fomentar el cumplimiento de tratamiento si lo tiene indicado
- Realizar derivación si corresponde a integrante del equipo de salud (Psicólogo, A. Social, Psiquiatra)
- Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)
- Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.



## CAPÍTULO VI

### 6.1 Conclusiones.

Se espera que este estudio contribuya a la comprensión de la importancia de la normalización del lenguaje Enfermero, pretendiendo conocer el conjunto de diagnósticos e intervenciones que representen la consulta de enfermería a usuarios con enfermedades no transmisibles en la red de atención del primer nivel de la Región Este de A.S.S.E.

Se logró caracterizar a las expertas participantes de este estudio. La C.E.P. en algunos servicios del P.N.A.de la Región Este de A.S.S.E. es de implementación reciente y aún el registro electrónico de enfermería no se ha universalizado. Surge la interrogante sobre cuáles serían los motivos que determinan que aún no se alcance al 100% de los registros electrónicos enfermeros.

Se concluye que hay coincidencias en los problemas y necesidades identificados en la población objetivo durante la C.E. Si bien algunos profesionales registran los diagnósticos estandarizados según la N.A.N.D.A., no es lo predominante. Se evidencia disparidad en la nomenclatura de los diagnósticos de enfermería planteados por los expertos.

Al igual que en los diagnósticos, en las intervenciones de enfermería si bien se observan coincidencias en cuanto a la finalidad, la forma de redacción muestra heterogeneidad.

Finalmente esta investigación mediante la técnica Delphi, en 2 rondas concluyó con el consenso de expertos, conociendo 12 diagnósticos e intervenciones que se utilizan en la consulta de enfermería aplicada a usuarios con enfermedades no transmisibles en la red de atención primaria.

Se destaca el avance que ha tenido la enfermería profesional en los últimos años en cuanto a la implementación de la C.E.P. y el registro electrónico en el P.N.A. a pesar de la escasa dotación profesional en las R.A.P.sde la Región Este. Es necesario continuar avanzando e investigando para lograr una taxonomía enfermera adecuada a cada servicio y codificada en el sistema de registro electrónico, para poder evaluar mediante indicadores, generando información de procesos y resultados transversales que generen evidencias sobre ejercicio de enfermería profesional y lo retroalimente, motivando y optimizando el uso de la tecnología. Generando información objetiva, oportuna y con base científica sólida. Contribuyendo a visibilizar y elevar la calidad de los cuidados brindados por enfermería

## 6.2 Sugerencias

Para nuestro país la incorporación de la C.E.P. en algunos servicios de salud marca un gran avance para la profesión, pero debería consolidarse, integrando la oferta de servicios brindados en las R.A.P. Visibilizar y demostrar su impacto en los usuarios, en los servicios y en el S.N.I.S. será fundamental para lograrlo.

Habrá que alcanzar el registro electrónico de enfermería de la C.E.P. universal, identificando y superando los obstáculos que se presentan, hubiera sido interesante en esta investigación conocer cuáles son los motivos por los cuales no logra realizar el registro electrónico e identificarlos objetivamente. Además será fundamental desarrollar estrategias para contribuir a una taxonomía enfermera, adecuado a cada servicio, que posteriormente sean incorporados en la H.C.E.A, en un sistema diseñado y estructurado para acceder a la información clave de los procesos, optimizando las funcionalidades que ofrece la tecnología en la gestión de cuidados y recursos de forma eficiente y eficaz. El avance tecnológico e informático de los últimos años ha sido vertiginoso y ofrece grandes oportunidades para el desarrollo profesional. Los enfermeros también deberán empoderarse y actualizarse en cuanto a conocimientos y metodologías de trabajo si se pretende alcanzar el más alto nivel profesional.

En este sentido se sugiere continuar avanzando, investigando en el tema en diversos servicios, centrandose en las necesidades específicas y con la participación activa del colectivo, es decir, continuar profundizando en el área temática con el objetivo de lograr la incorporación de diagnósticos de enfermería y sus intervenciones estandarizadas en la H.C.E.A, pudiendo ser esta investigación insumo que contribuya en ese proceso.

## CAPÍTULO VII

### 7.1 Referencia Bibliográfica:

1- Alfaro - LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ed. Barcelona: Masson; 2003.

2 - Carnicero J, Fernández A, Rojas D (coord). Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud: aplicaciones de las TIC a la atención primaria de salud. [Internet]. 2014. vol. 2. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37058/1/S2013311\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37058/1/S2013311_es.pdf) [consulta: 10 ago 2020].

3 - Guadarrama-Ortega D, Delgado-Sánchez P, Martínez-Piedrola M, López-Poves EM, Acevedo-García M, Noguera-Quijada C, et al. Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. Rev Calidad Asist [Internet] 2017; 32(3):127-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X17300210> [consulta: 10 oct 2019].

4 - Pérez Zarza A, Rubio Gil FJ. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal: Taxonomía NANDA/NIC/NOC. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet] 2008; 11( 2 ): 68-73. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752008000200007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752008000200007&lng=es) [consulta: 16 dic 2019].

5 - Garayar Y, Guerrero K, Palacios J, Sayritupac M, Siancas V. Registros electrónicos de enfermería. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://es.calameo.com/read/005693173efcd90dbaaa> [consulta: 08 dic 2020].

6 - TEC Salud. Historia Clínica electrónica y su evolución en América latina y el Caribe. [Internet]. 2020. Disponible en: <http://www.tecsalud.io/2020/04/27/la-historia-clinica-electronica-y-su-evolucion-en-latinoamerica-y-el-caribe/?lang=es> [consulta: 16 dic 2019].

7 - Lima Souza AP, Chianca Couto Machado T, Tannure Chucre M. Evaluación de la asistencia de enfermería utilizando indicadores generados por un software. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet] 2015; 23 ( 2 ): 234-41. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PhkWCM4CDxT3FqHmdykCsQt/?lang=es> [consulta: 04 nov 2019].

8 - Schachner B, Villalba E, Lores A, Baum A, Gómez A, López G, et al. Informatización del proceso de atención en enfermería en un hospital de alta complejidad. [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios\\_attachs/2639.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/2639.pdf) [consulta: 04 dic 2020].

9 -Uruguay. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento. Qué es Salud.uy. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/politicas-y-gestion/programas/es-saluduy> [consulta: 04 oct 2020].

10 - Uruguay. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento. Memoria Anual 2016. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/sites/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/files/2019-06/memoria-2016.pdf> [consulta: 04 oct 2020].

11 - Luna D, Soriano E, González F. Historia clínica electrónica. Rev Hosp Ital B Aires [Internet] 2007; 27(2): 77-85. Disponible en: [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios\\_attachs/5056.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/5056.pdf) [consulta: 09 set 2020].

12 – Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Convenio marco de cooperación entre el Ministerio de Salud Pública, la Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC) y la Sociedad Uruguaya de Estandarización, Intercambio e Integración de Datos e Información de Servicios de Salud (S.U.E.I.I.D.I.S.S). [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/politicas-y-gestion/convenios/msp-sueiidiss-agesic> [consulta: 09 set 2020]

- 13 - Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Usuarios de ASSE pueden acceder digitalmente a sus historias clínicas electrónicas y a la agenda web de los servicios de la institución. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/Usuarios-de-ASSE-pueden-acceder-digitalmente-a-sus-Historias-Clinicas-Electronicas-y-a-la-Agenda-Web-de-los-Servicios-de-la-Institucion-12015> [consulta: 02 dic 2020].
- 14 - Ballesteros H, Becerra E, Cabrera A, Delfino M Eugenia A. Registro con identidad metodológica. Rev de Inv y Edu en Enf [Internet] 1989; 7(1): 53-107. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/22221/18404> [consulta: 20 dic 2020].
- 15 - Bonilla M, Huino S, Lúquez L, Tejera M, Machado B. Percepción de las licenciadas en enfermería acerca de un modelo de proceso de atención de enfermería informatizado. [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UDELAR; 2001.
- 16 - Castañares G, Di Sessa, Guisande L, Lazzo V, Nemeth P. Registros de Enfermería en la Historia Clínica Informatizada [tesis]. Montevideo. Facultad de Enfermería, UdelaR; 2014.
- 17 - Tejera M. Registro electrónico de enfermería modelo de datos básicos: Montevideo 2015-2016 [tesis de maestría]. Montevideo. Facultad de Enfermería, UdelaR; 2016.
- 18- ANDA. La primera historia clínica digital del Uruguay. [Internet]. 2012. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FTZqhZwWBn0J:https://www.k2b.com/k2b/noticia/la-primera-historia-clinica-digital-del-uruguay+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=uy&client=firefox-b-d> [consulta: 23 set 2019].
- 19- Sistema nacional integrado de salud. Ley N° 18.211 de 13 de diciembre de 2007. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61> [consulta: 23 set 2019].
- 20- Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011.
- 21- Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Carta de Ottawa para la promoción en salud. [Internet] Salud Publica Educ Salud 2001; 1 (1): 19-22. Disponible en: <http://mbsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf> [consulta: 17 dic 2019].

- 22 - Polit D, Hungl B. Investigación científica de las ciencias de la salud. 2a. ed. México: McGraw-Hill; 1987.
- 23 - Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet] 2017; 19(3): 89-100. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es) [consulta: 23 dic 2020].
- 24 - Alonso K, Silvera S. Aplicación del proceso enfermero en la práctica hospitalaria por los estudiantes de la licenciatura de enfermería de la FETS. Enferm: Cuidados Humanizados [Internet] 2013; 2 (1): 25-30. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/780/772> [consulta: 18 dic 2019].
- 25 - González Caballero J. Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de la salud laboral: ejemplos de prescripción enfermera. Med Segur Trab [Internet] 2010; 56 (221): 328-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2010000400008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000400008&lng=es) [consulta: 28 nov 2019].
- 26 - Bulechek GM, Butcher H, McCloskey J, (editores). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). [Internet]. 2009. Disponible en: [https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=UsQcHuBuNHYC&oi=fnd&pg=PP2&ots=S7ZNxUjtDd&sig=G1kbkmZa0z8g7711ukMxv-gVVkQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=UsQcHuBuNHYC&oi=fnd&pg=PP2&ots=S7ZNxUjtDd&sig=G1kbkmZa0z8g7711ukMxv-gVVkQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) [consulta: 19 nov 2019].
- 27 - Chaparro L. Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. Aquichan [Internet] 2011; 11(1): 7-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a02.pdf> [consulta: 19 nov 2019].
- 28 - Mijailidis B. Percepción del usuario sobre su participación en la consulta de enfermería en el sector público. Rev Urug Emferm [Internet] 2017; 2(1). Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/219> [consulta: 16 dic 2019].

- 29 - Reglamentación de la ley n° 18.815 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería. Decreto N° 354/014 de 30 de septiembre 2011. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/354-2014> [consulta: 15 dic 2019].
- 30 - Organización Mundial de la salud. Enfermedades no transmisibles. [Internet]. 2019. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es) [consulta: 30 nov 2019].
- 31 - Organización Mundial de la Salud. ENT: perfiles de países 2018. [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.who.int/nmh/countries/ury\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/countries/ury_es.pdf?ua=1) [consulta: 20 dic 2020].
- 32 - Uruguay. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento. Historia clínica electrónica nacional. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/node/312> [consulta: 28 nov 2019].
- 33 - Hullin C, Becerra R, Caballero E. Registros de Enfermería y características de un registro clínico de calidad. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2010.
- 34 - Caballero E. Enfermería informática una mirada desde la gestión del cuidado. [Rev VEA](#) [Internet] 2012; 8: 32. Disponible en: <https://files.sld.cu/redenfermeria/files/2013/08/enfermeria-informatica-erika-caballero.pdf> [consulta: 23 nov 2019].
- 35 - Benavent G, Leal C. Los registros de enfermería: consideraciones ético-legales. [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/los-registros-de-enfermerasa-consideraciones-actico-legales-benavent-garcacs-y-leal-cercass/> [consulta: 25 nov 2019].
36. Pastor García LM, León Correa FJ. Manual de ética y legislación en enfermería: bioética de enfermería. Mosby: Madrid; 1997.
- 37 - Galán-Rodas E, Zamora A. La historia clínica electrónica como herramienta de gestión y mejora del proceso de atención de salud en Costa Rica. Acta Méd Costarric [Internet] 2014; 56(1): 35-6. Disponible en:

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022014000100008&lng=en](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000100008&lng=en) [consulta: 28 nov 2019].

38 - Martínez Piñeiro E. La Técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. Rev Invest Educ [Internet] 2003; 21(2): 449-63. Disponible en: <https://revistas.um.es/rie/article/view/99311> [consulta: 27 nov 2020].

39 - Consejo Internacional de Enfermería. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Internet]. 2005. Disponible en: [http://www.colegiodeenfermeras.org.uy/portal/attachments/article/60/codigo\\_etica\\_%20suscribe\\_uruguay.pdf](http://www.colegiodeenfermeras.org.uy/portal/attachments/article/60/codigo_etica_%20suscribe_uruguay.pdf) [consulta: 19 dic 2019].

40 - Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4a. ed. México: McGraw Hill; 2006.



## ANEXO I

El siguiente instrumento buscará caracterizar a los Profesionales de Enfermería, conocer aspectos de su formación, características de la C.E.P. que realizan, además de conocer cuáles son los Diagnósticos e Intervenciones que utilizan con mayor frecuencia en la C.E.P. en servicios de la R.A.P. a usuarios con E.N.T.

La primera parte consta de datos patronímicos, perfil profesional e información referente a la Consulta de Enfermería, a la cual deberá marcar por la opción considere adecuada.

La segunda parte son preguntas abiertas donde se solicitará registrar al menos 5 Diagnósticos y sus Intervenciones más frecuentes en las C.E.P.

Datos Patronímicos:

Edad:	entre 23 y 35 años
	entre 36 y 50 años
	más de 51 años
Sexo	Hombre
	Mujer
Residencia	Cerro Largo
	Maldonado
	Lavalleja
	Rocha
	Treinta y Tres

Perfil Profesional:

Años de Egreso	Menos de 10 años
	entre 10 y 20 años
	más de 21 años
Posgrado	Gestión de Servicios de Salud
	Salud Mental
	Salud Familiar y Comunitaria
	Otro
Capacitación	Salud Familiar y Comunitaria
	Consulta de Enfermería
	Visitas domiciliarias
	I.V.E.
	Violencia,
	Discapacidad
	Otro

Información referente a la Consulta de Enfermería

Servicio	Rural
	Urbano
Tiempo que realiza la C.E.	Menos de 6 meses
	Más de 6 meses
Tiempo que insume cada CE:	de 5 a 10 minutos,,
	de 11 a 20 minutos
	más de 21 minutos.
Registro:	H.C.E.A.
	Papel
Guía de Diagnósticos de Enfermería:	N.A.N.D.A.

	Propio
	Otro
Intervenciones y Resultados:	N.I.C./N.O.C.
	Propio
	Otro

La segunda parte del cuestionario será campos libres para que registren al menos los 5 Diagnósticos de Enfermería y sus intervenciones más frecuentes realizadas en las C.E.P. a usuarios con E.N.T. en las R.A.P. de la Región Este de A.S.S.E.

ANEXO II.

**Segundo Cuestionario**

**Escala de likert aplicada a Diagnósticos de Enfermería y sus Intervenciones**

A modo de ejemplo, este cuestionario incluirá los diagnósticos e intervenciones de Enfermería recabados en la primera ronda de cuestionarios. Se les dará un orden y a los diagnósticos, a través de escala de likert de 1 a 5 (Siendo 1 total desacuerdo y 5 total acuerdo) se solicitará su evaluación al panel de expertos en un segunda ronda. A las intervenciones se solicitará se marque la o las opciones que considere adecuada/s.

Diagnósticos de Enfermería	Totalmente de acuerdo 5	De Acuerdo 4	Indeciso 3	En desacuerdo 2	Total Desacuerdo 1	Intervenciones de Enfermería	Marque la o las opciones que considere adecuada/s
Diagnóstico 1						Intervención 1 Intervención 2 Intervención 3	
Diagnóstico 2						Intervención 1 Intervención 2 Intervención 3	

## ANEXO III

### **Consentimiento informado.**

#### ***Hoja de información al participante.***

Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Centro de Posgrado

#### **Investigación:**

*“Consultas de Enfermería en el Primer Nivel de Atención. Estudio sobre diagnósticos e intervenciones”*, a realizarse en los meses de Febrero - Marzo de 2020.

Este formulario de consentimiento informado se dirige a Licenciados y Licenciadas en Enfermería que trabajan en la región Este de A.S.S.E., en el P.N.A. y que realizan Consulta de Enfermería a usuarios con E.N.T.

Nombre \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ participante:

#### **Introducción:**

Mi nombre es Alejandra Vázquez, soy estudiante del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería y estoy desarrollando una investigación referida a los Diagnósticos e Intervenciones aplicados en la Consulta de Enfermería en el Primer Nivel de Atención a los usuarios con Enfermedades No Transmisibles en la Región Este de A.S.S.E.

No tiene que decidir hoy el participar o no de la investigación, puede realizar todas las consultas que desee a alguien de su confianza o quien usted entienda adecuado, para decidir su participación.

Si existe algo que necesite mayor información me lo dice, y si surgen preguntas posteriores, me lo pregunta a mí o la institución a la que pertenezco.

#### **Propósito**

Se invita a participar en el presente estudio a los Licenciados en Enfermería de la Región Este de A.S.S.E., que se desempeñan en las R.A.P. y que realizan Consultas de Enfermería a usuarios con E.N.T.

### **Participación Voluntaria**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. No habrá gastos ni recibirá remuneración alguna por la participación del estudio. Se me ha informado que puedo retirarme de la misma cuando lo desee y que ello no será perjudicial para mi persona.

### **Descripción del Proceso**

Durante la investigación se mantendrá contacto con usted, donde se le brindará la información sobre la investigación y se obtendrá su consentimiento informado, luego se procederá a realizar la encuesta correspondiente.

### **Beneficios**

Esta investigación tendrá beneficios indirectos para usted, ya que aportará información que podrá ser utilizada por los gestores de los servicios de salud y podrá contribuir a la gestión de los cuidados de la profesión.

### **Confidencialidad**

No se compartirá la identidad de los participantes de la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y sólo el investigador tendrá acceso a verla.

### **Derecho a negarse o a retirarse**

Usted no tiene que participar de esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

### **A quién contactar**

Si usted tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado en la investigación. Si desea hacer preguntas, puede contactarse con Alejandra Vázquez, celular 099023609, correo electrónico [alejandravazquezcalveti@gmail.com](mailto:alejandravazquezcalveti@gmail.com)

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación en la investigación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

## ANEXO IV

### **Consentimiento informado:**

Yo \_\_\_\_\_ C.I. N°: \_\_\_\_\_

*He recibido información respecto al estudio “Consultas de Enfermería en el Primer Nivel de Atención. Estudio sobre diagnósticos e intervenciones”. Cuyo objetivo es establecer un conjunto de diagnósticos e intervenciones que representen la Consulta de Enfermería aplicada en el Primer Nivel de Atención (P.N.A.) a los usuarios con Enfermedades No Transmisibles (E.N.T).*

Fui debidamente informado sobre la presente investigación que me ha invitado a participar.

He podido realizar todas las consultas al respecto a la investigación.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio.

*Fecha:* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *Firma del Participante:* \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *Firma del investigador:* \_\_\_\_\_

*Cel: 099023609*

*(Se entregará una copia de este consentimiento informado a cada participante)*

ANEXO V



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO

Melo, 23 de diciembre de 2019

Dir. Región Este de ASSE.  
Dr. José González

Por medio de la presente solicito autorización para desarrollar un estudio de investigación realizar el estudio de investigación titulado: "Consultas de Enfermería en el Primer Nivel de Atención. Estudio sobre diagnósticos e intervenciones". Llevado a cabo en el marco de la Maestría en Gestión de los Servicios de Salud que desarrolla nuestra Facultad. Tiene como propósito Establecer un conjunto de diagnósticos e intervenciones que representen la consulta de enfermería aplicada en el Primer Nivel de Atención a los usuarios con Enfermedades No Transmisibles. De esta manera se podrán a aportar insumos en los registros electrónicos en enfermería y así trabajar en la mejoría continua de la calidad en la prestación de servicios de salud. Quedando a la espera de respuesta favorable, asegurando la confidencialidad de la información relevada y la devolución de los resultados obtenidos.

Saluda atte:

  
Lic. Enf. Alejandra Bergues

30/12/2019.

- Se autoriza solicitud de estudio de investigación  
"Consulta de Enfermería en el Primer Nivel de Atención.  
Estudio sobre diagnóstico e intervenciones". Por Región

Este.-



Lic. Enf. INES LOPEZ.  
COORD. SUB REGIONAL  
CENTRO ESTE - A.S.S.E



## ANEXO VI

<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	<i>Intervenciones de Enfermería</i>
Déficit de autocuidado relacionado a un estilo de vida no saludable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estimular un estilo de vida saludable promoviendo ejercicio físico regular y alimentación saludable.</li> <li>➤ Identificar y desestimular hábitos no saludables como consumo de drogas, tabaco, alcohol.</li> <li>➤ Promover rutina de higiene y cuidado personal.</li> </ul>
Déficit de autocuidado relacionado incumplimiento de controles/ estudios preventivos (ej: PAP, mamografía, examen prostático, controles periódicos de salud)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover controles periódicos en salud.</li> <li>➤ Informar importancia de realizar controles/estudios de rutina para la detección precoz y para lograr un tratamiento oportuno.</li> <li>➤ Orientar para la coordinación del estudio o control que requiera.</li> </ul>
Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado a: conocimiento deficitario / no aceptación del diagnóstico/respuesta al tratamiento inesperado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Brindar información sobre la patología diagnosticada.</li> <li>➤ Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.</li> <li>➤ Promover controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.</li> <li>➤ Promover estilo de vida saludable</li> <li>➤ Derivar al profesional tratante si se detecta síntomas de intolerancia a la medicación o respuesta no esperada, para revaloración de tratamiento indicado.</li> <li>➤ Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario en tiempo y forma.</li> </ul>
Alteración de las cifras de presión arterial relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Brindar información sobre la importancia de lograr mantener la presión arterial en los parámetros normales.</li> <li>➤ Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.</li> <li>➤ Fomentar controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada</li> </ul>

<p>oportunamente.</p>	<p>adherencia al tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)</li> <li>➤ Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario en tiempo y forma.</li> </ul>
<p>Alteración de las cifras de glicemia relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Brindar información sobre la importancia de lograr mantener la glicemia en los parámetros normales.</li> <li>➤ Reafirmar la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado y los riesgos que conlleva no realizarlo.</li> <li>➤ Promover controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.</li> <li>➤ Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)</li> <li>➤ Educar a familiar del usuario sobre el manejo de la patología, comprometiéndolo a contribuir para la adherencia del tratamiento.</li> <li>➤ Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario.</li> </ul>
<p>Riesgo de variación de los límites normales de glucemia relacionado a conocimiento deficiente en el manejo de la diabetes/ Monitorización inadecuada de la glicemia/ No aceptación del diagnóstico/ Falta de cumplimiento de plan terapéutico de la diabetes/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Analizar en conjunto los hábitos nutricionales.</li> <li>➤ Promover dieta equilibrada y desaconsejar alimentos multiprocesados.</li> <li>➤ Derivar a nutricionista, psicólogo o integrante del equipo de salud que considere oportuno.</li> <li>➤ Fomentar controles de seguimiento periódicos hasta asegurarse la adecuada adherencia al tratamiento.</li> <li>➤ Insistir en la importancia de llevar un estilo de vida saludable, destacando el ejercicio físico regular</li> <li>➤ Reforzar conocimientos sobre la diabetes y su manejo.</li> <li>➤ Orientar y facilitar coordinaciones dentro del sistema de salud para contribuir en la respuesta a las necesidades del usuario.</li> </ul>
<p>Estrés relacionado a: recursos inadecuados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Brindar espacio de escucha.</li> <li>➤ Fomentar el cumplimiento de tratamiento si</li> </ul>

<p>(económicos, sociales) y/o agentes estresantes intensos repetidos (violencia, enfermedad crónica).</p>	<p>lo tiene indicado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar derivación si corresponde a integrante del equipo de salud (Psicólogo, A. Social, Psiquiatra)</li> <li>➤ Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)</li> <li>➤ Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.</li> </ul>
<p>Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño relacionado a: discontinuación de la medicación habitual, condiciones del hogar, situación de estrés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Brindar espacio de escucha.</li> <li>➤ Fomentar el cumplimiento de tratamiento si lo tiene indicado</li> <li>➤ Realizar derivación si corresponde a integrante del equipo de salud (Psicólogo, A. Social, Psiquiatra)</li> <li>➤ Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)</li> <li>➤ Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.</li> <li>➤ Analizar con el usuario las posibilidades de mejora de las condiciones para lograr mejor descanso.</li> </ul>
<p>Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado a ingestas superiores a sus necesidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Analizar en conjunto los hábitos nutricionales e identificar cuáles deberían modificarse.</li> <li>➤ Promover dieta equilibrada y desaconsejar alimentos multiprocesados y con exceso de sal, grasa, azúcar.</li> <li>➤ Derivar a nutricionista, psicólogo o integrante del equipo de salud que considere oportuno.</li> <li>➤ Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)</li> <li>➤ Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.</li> </ul>
<p>Riesgo de sufrir alteración de la integridad cutánea relacionado a patología de base.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar sobre los cuidados (higiene, cuidados de pies, uso de calcetines y zapatos adecuados)</li> <li>➤ Educar sobre la importancia de la revisión</li> </ul>

	<p>diaria de las extremidades y ante signos de alerta realizar consulta precoz.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Derivar a integrante del equipo de salud que considere oportuno (Ej: podólogo, médico referencia)</li> <li>➤ Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)</li> <li>➤ Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.</li> </ul>
<p>Riesgo de caídas relacionado a historias previas de caídas/ dificultades visuales/ trastornos de la marcha o estabilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover el uso de dispositivos de ayuda como andadores, bastones y orientar sobre la gestión para obtenerlos.</li> <li>➤ Informar la importancia de contar con agarraderas en el baño.</li> <li>➤ Evitar el uso de las alfombras en el domicilio.</li> <li>➤ Explicar la importancia y fomentar el uso de calzado adecuado.</li> <li>➤ Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.</li> </ul>
<p>Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida relacionado a historia de intentos previos de suicidio/ expresión de deseo de morir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Brindar espacio de escucha</li> <li>➤ Realizar derivación según la situación considere oportuno (emergencia, psicología, A. social, etc)</li> <li>➤ Valorar la red de contención familiar y social-comunitario.</li> <li>➤ Reforzar la importancia de cumplir tratamiento farmacológico si lo tuviera indicado.</li> <li>➤ Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.</li> </ul>
<p>Riesgo de hemorragia relacionado a efectos secundarios al tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar sobre la importancia de realizar los controles periódicos.</li> <li>➤ Asesorar sobre los signos/ síntomas de alerta y la importancia de la consulta precoz ante la presencia de alguno de ellos.</li> <li>➤ Valorar la red de contención familiar y brindar información al respecto.</li> <li>➤ Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución</li> </ul>

	de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.
Alteración de la autoestima relacionado a situación de violencia/ no aceptación de imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Brindar espacio de escucha</li> <li>➤ Derivar al integrante del equipo de salud si se considera oportuno (Ej: psicólogo, nutricionista, A. Social)</li> <li>➤ Valorar la red de contención familiar y brindar información al respecto.</li> <li>➤ Promover estilo de vida saludable (ejercicio físico regular, alimentación saludable, recreación)</li> <li>➤ Fomentar la consulta de Enfermería periódica que permitirá valorar la evolución de la situación y replantear la estrategia de ser necesario.</li> </ul>

ANEXO VII

Tabla de resumen de resultados del segundo cuestionario (likert)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4
2	5	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4
3	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4
4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3
5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5
6	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	3	5	5
7	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	5	3	4	5
8	4	5	4	5	5	3	5	5	4	4	5	4	3	3	4
9	5	5	5	3	3	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
11	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5
Totalmente de acu	9	6	7	5	6	3	8	8	7	7	7	7	5	3	5
De acuerdo	2	5	3	5	4	6	1	0	4	4	4	3	2	5	5
Indeciso	0	0	1	1	1	1	2	2	0	0	0	1	4	3	1
En desacuerdo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalmente en de	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Mediana	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4
Media	4,818182	4,545455	4,545455	4,363636	4,454545	3,909091	4,5454545	4,272727	4,636364	4,63636364	4,5454545	4,090909	4,090909	4	4,3636364
Modo	5	5	5	4,5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4,5
% respuestas 4 y 5	100%	100%	90,90%	90,90%	90,90%	81,81%	81,81%	72,72%	100%	100%	100%	90,90%	63,70%	72,72%	90,90%

<b>Referencia Diagnósticos de Enfermería</b>	
1.	Déficit de autocuidado relacionado al estilo de vida no saludable.
2.	Déficit de autocuidado relacionado al incumplimiento de controles/ estudios preventivos.
3.	Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado a: conocimiento deficitario / no aceptación del diagnóstico/respuesta al tratamiento inesperado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.
4.	Alteración de las cifras de presión arterial relacionado a no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.
5.	Alteración de las cifras de glucemia relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.
6.	Riesgo de variación de los límites normales de glucemia relacionado a conocimiento deficiente en el manejo de la diabetes/ Monitorización inadecuada de la glicemia/ No aceptación del diagnóstico/ Falta de cumplimiento de plan terapéutico de la diabetes/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente.
7.	Estrés relacionado a: recursos inadecuados y/o agentes estresantes intensos repetidos.
8.	Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño relacionado a: discontinuación de la medicación habitual, condiciones del hogar, situación de estrés.
9.	Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado a ingestas superiores a sus necesidades.
10.	Riesgo de sufrir alteración de la integridad cutánea relacionado a patología de base
11.	Riesgo de caídas relacionado a historias previas de caídas/ dificultades visuales/ trastornos de la marcha o estabilidad.
12.	Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida relacionado a historia de intentos previos de suicidio/ expresión de deseo de morir.
13.	Riesgo de hemorragia relacionado a efectos secundarios al tratamiento.
14.	Alteración de la autoestima relacionado a situación de violencia/ no aceptación de imagen corporal.

## ANEXO VIII

Gráfico 2. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Déficit de autocuidado relacionado incumplimiento de controles/ estudios preventivos”.

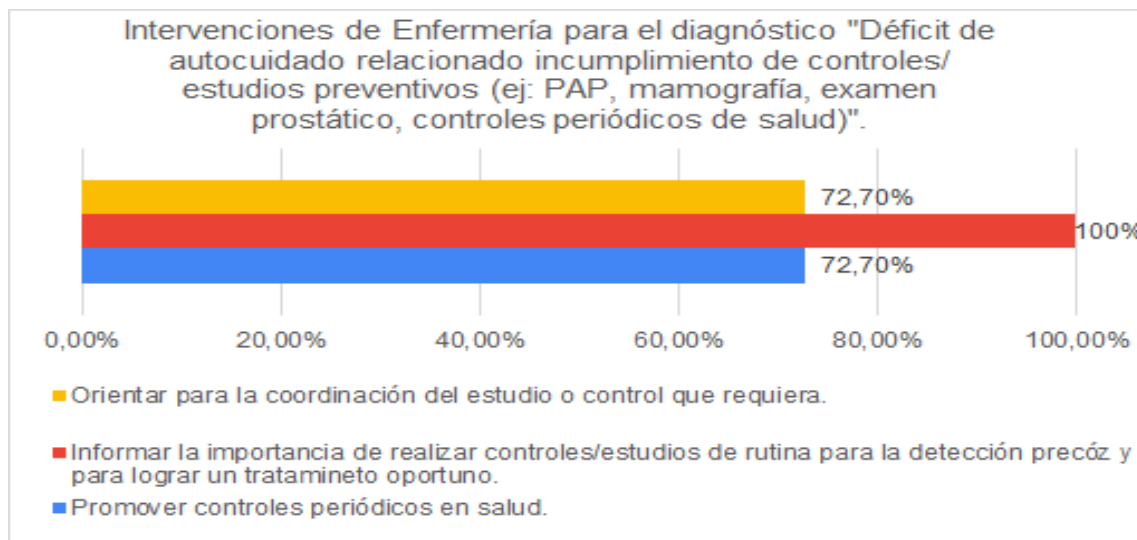


Gráfico 3. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado a: conocimiento deficitario / no aceptación del diagnóstico/respuesta al tratamiento inesperado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente”.

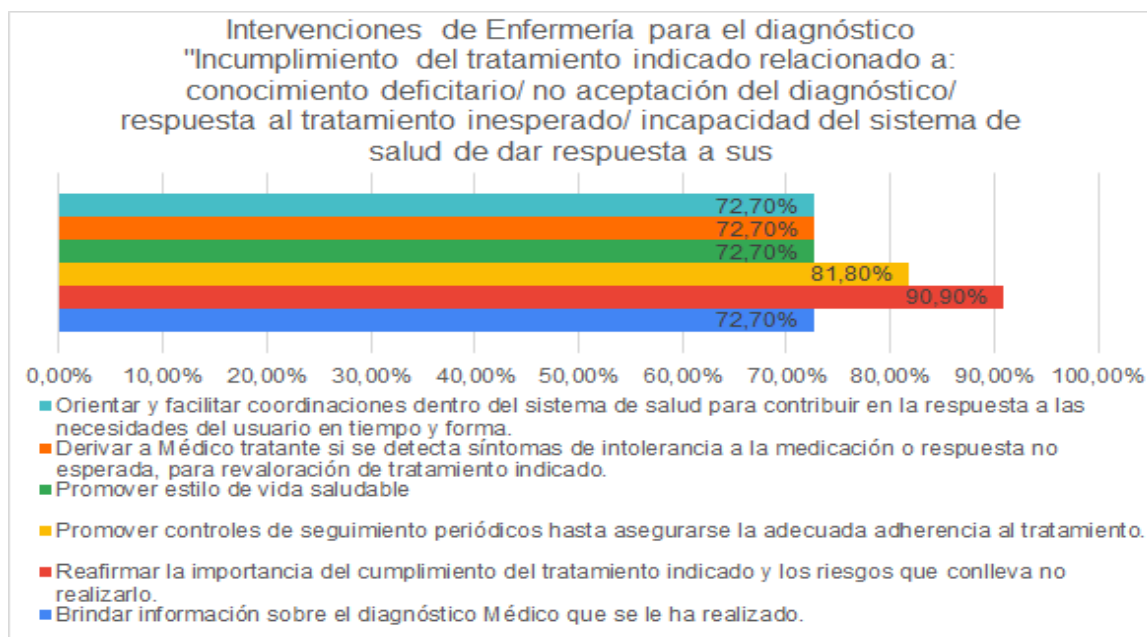




Gráfico 4. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Alteración de las cifras de presión arterial relacionado al no cumplimiento de tratamiento dietético/farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente”.

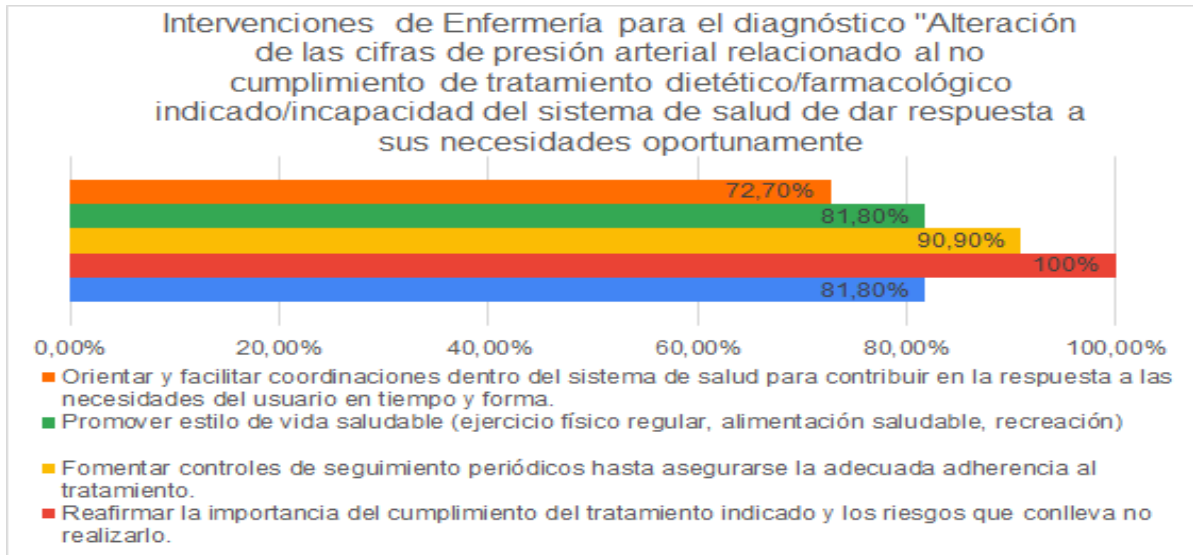


Gráfico 5. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Alteración de las cifras de glicemia relacionado a no cumplimiento de tratamiento dietético-farmacológico indicado/incapacidad del sistema de salud de dar respuesta a sus necesidades oportunamente”.

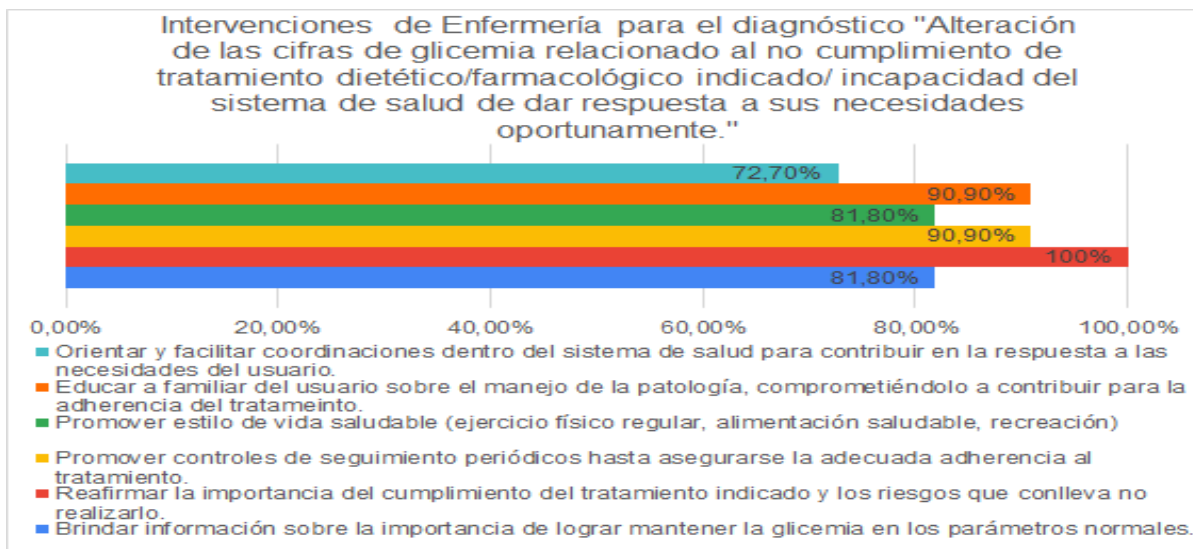


Gráfico 6. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de variación de los límites normales de glucemia relacionado a conocimiento deficiente en el manejo de la diabetes/ Monitorización inadecuada de la glicemia/ No aceptación del diagnóstico..”

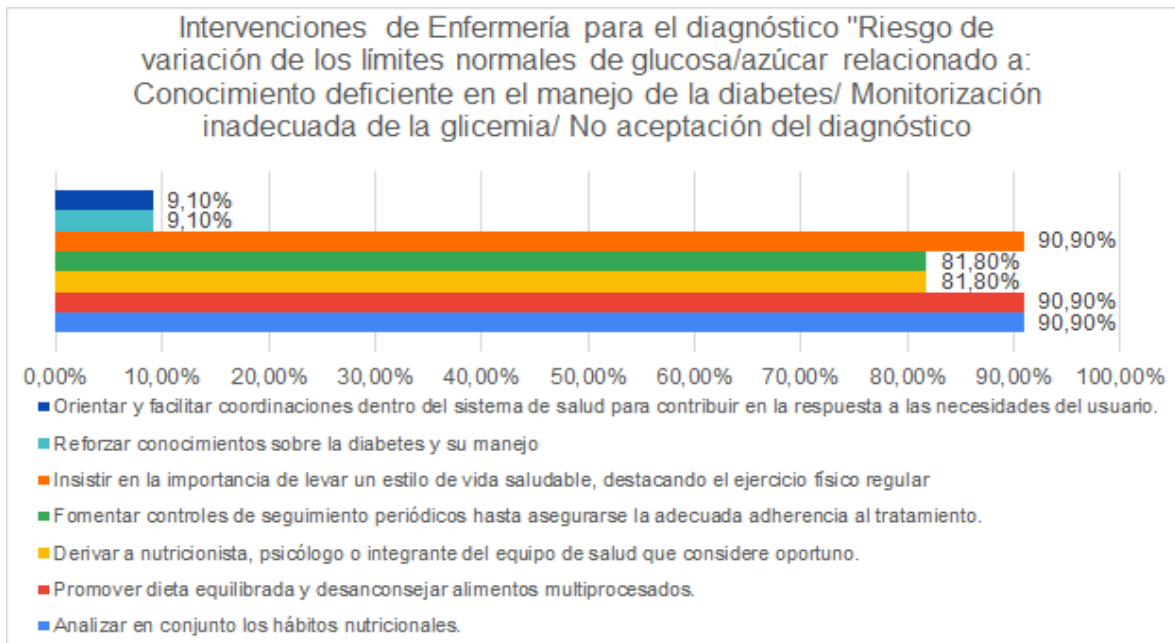


Gráfico 7. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Estrés relacionado a: recursos inadecuados y/o agentes estresantes intensos repetidos ”.

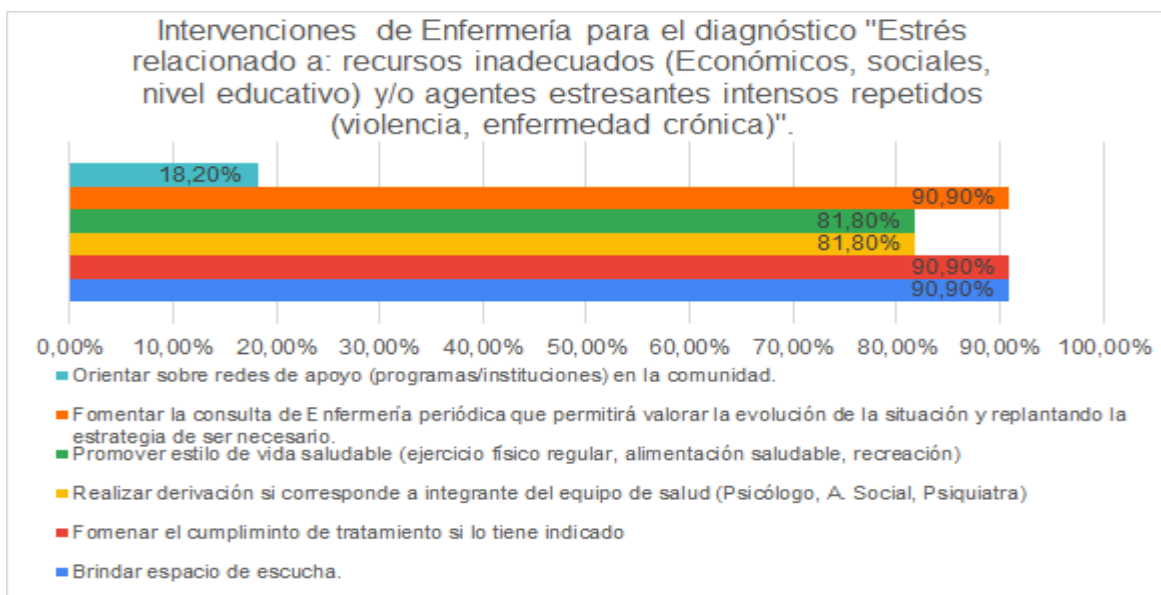


Gráfico 8. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño relacionado a: discontinuación de la medicación habitual, condiciones del hogar, situación de estrés”.

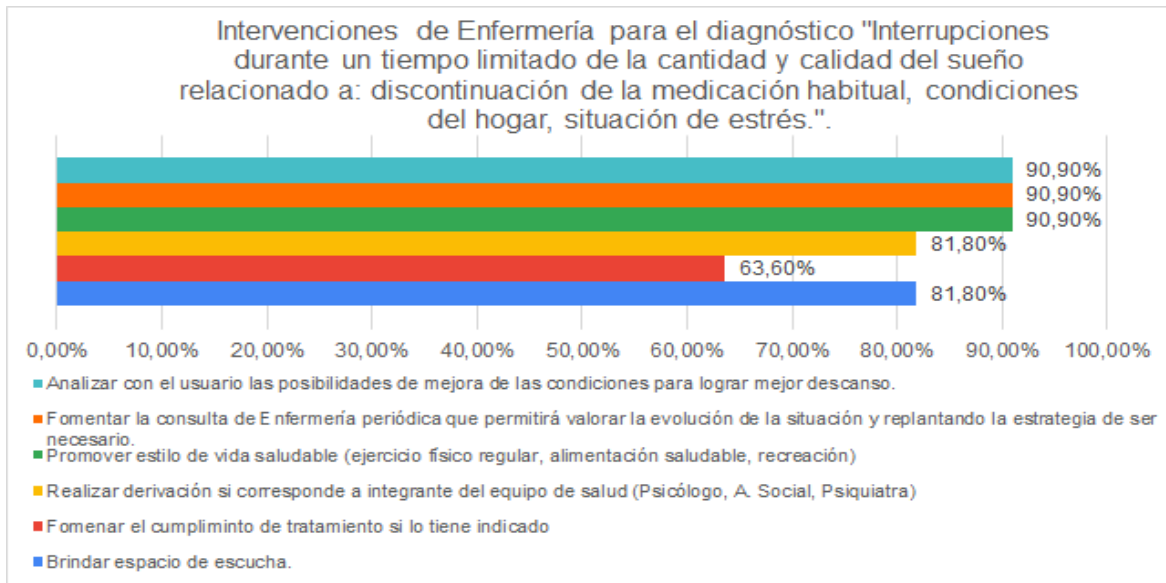


Gráfico 9. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado a ingestas superiores a sus necesidades”.

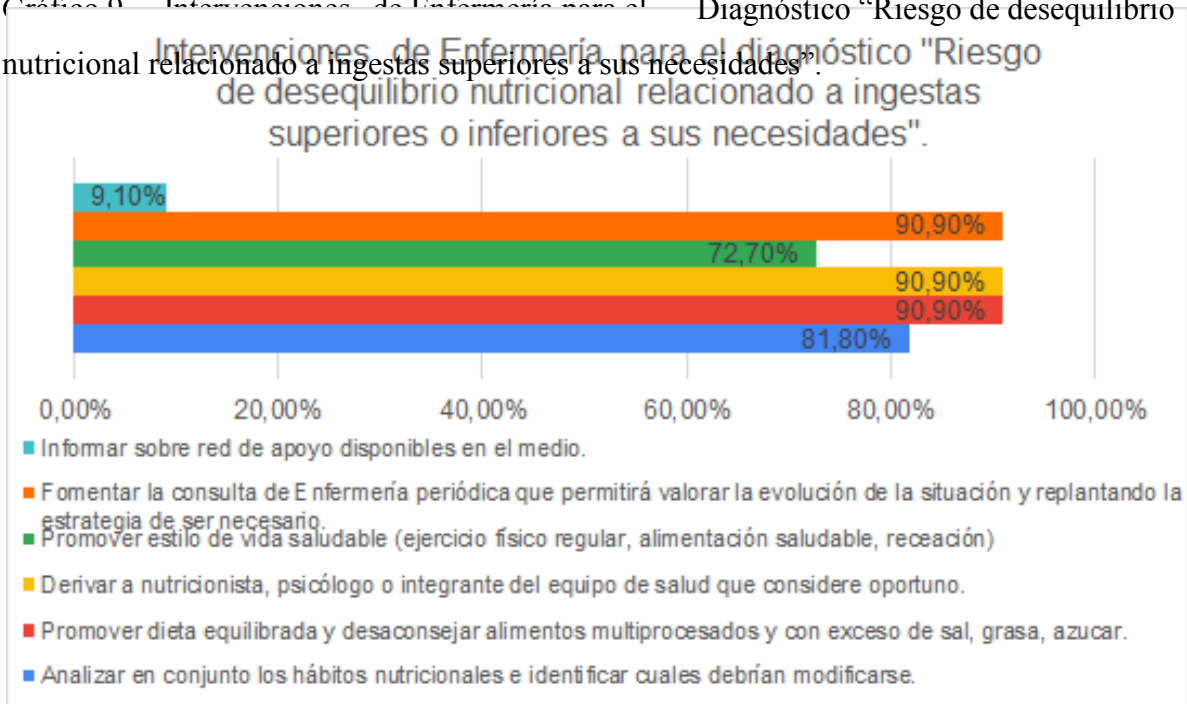


Gráfico 10. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de sufrir alteración de la integridad cutánea o movilidad de miembros inferiores relacionado a patología de base”.

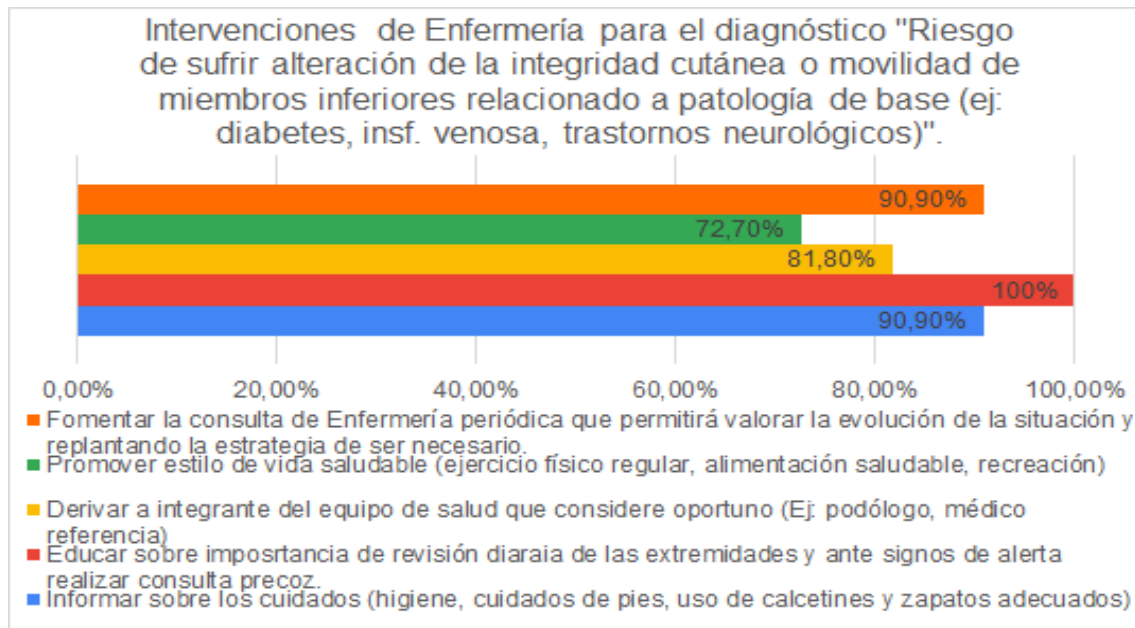


Gráfico 11. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de caídas relacionado a historias previas de caídas/ dificultades visuales/ trastornos de la marcha o estabilidad”.

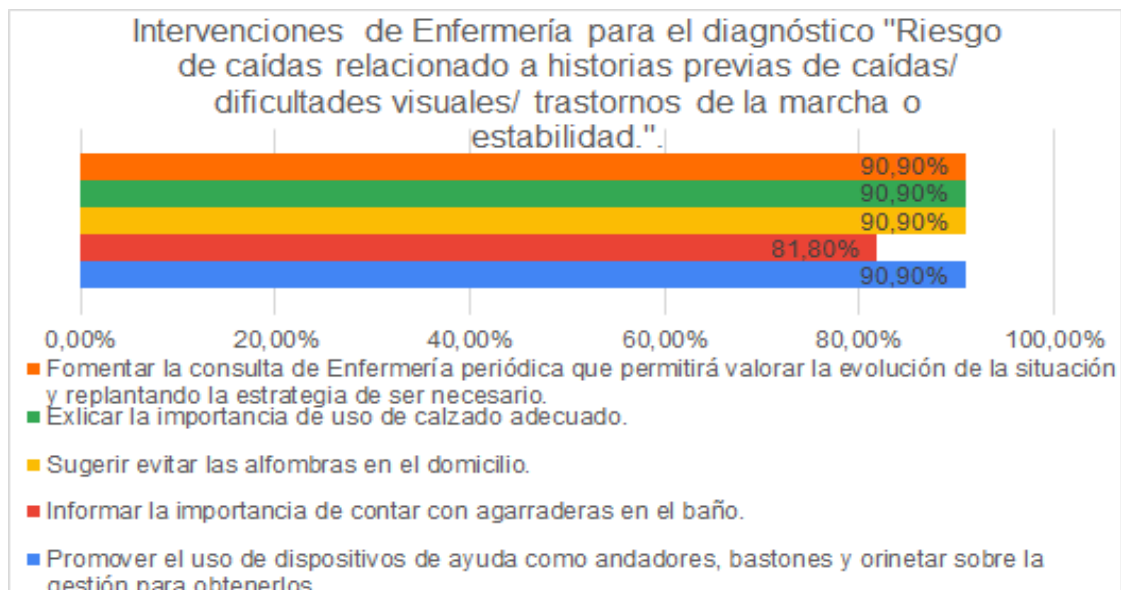


Gráfico 12. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida relacionado a historia de intentos previos de suicidio/ expresión de deseo de morir”.

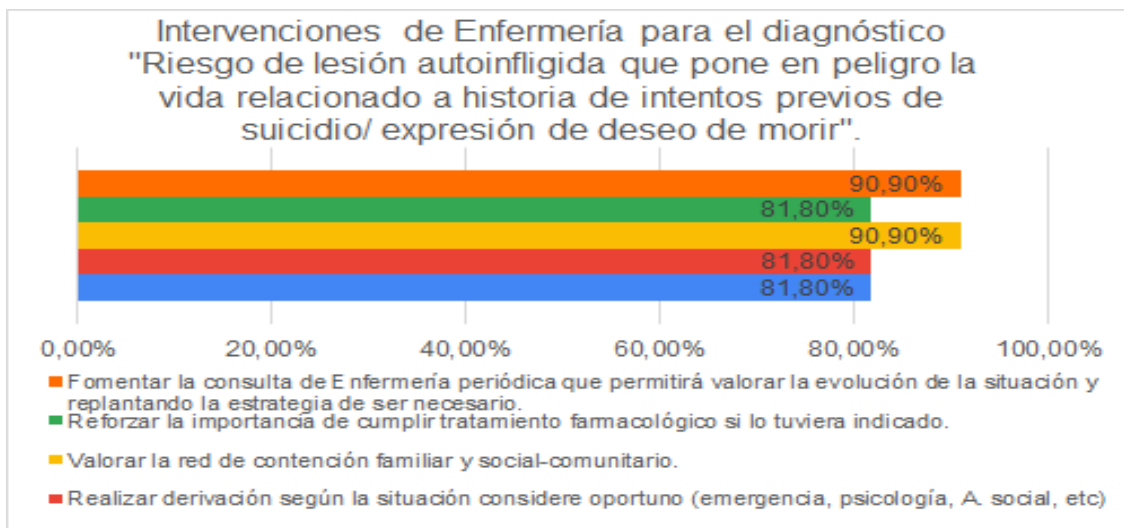


Gráfico 13. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Riesgo de hemorragia relacionado a efectos secundarios al tratamiento”.

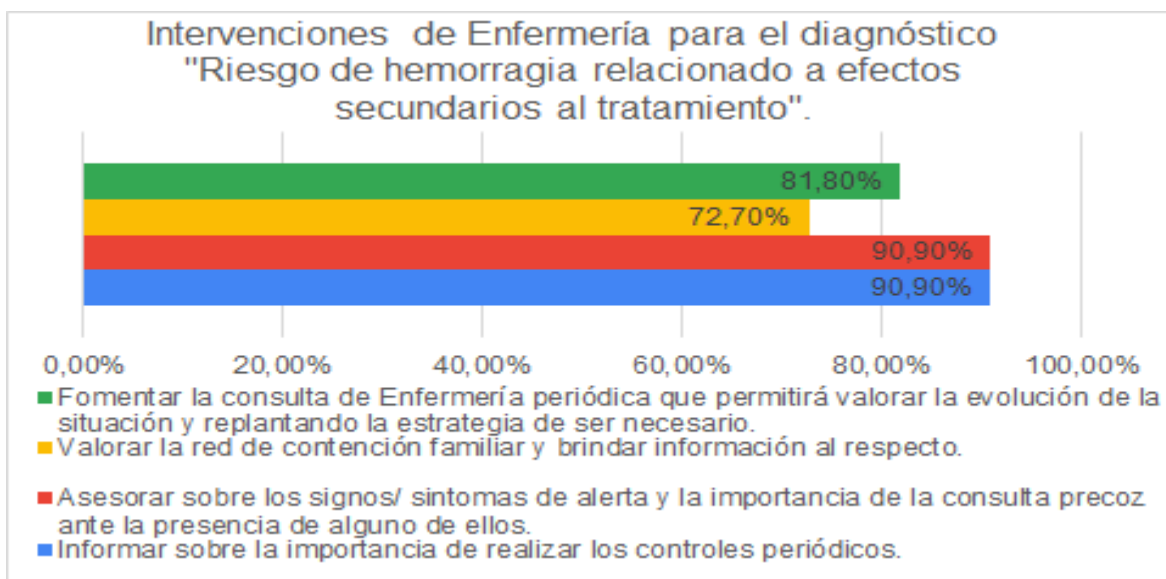


Gráfico 14. Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico “Alteración de la autoestima relacionado a situación de violencia/ no aceptación de imagen corporal”.

