

Consulta de Enfermería

Manual

Área de Procesos y Cuidados de Enfermería

Gerencia Asistencial



Directorio de ASSE

Presidente: Dr. Leonardo Cipriani

Vicepresidente: Dr. Marcelo Sosa

Vocal: Cnel. Enrique Montagno

Representante de Trabajadores: Lic. Pablo Cabrera

Representante de Usuarios: Sra. Natalia Pereyra

Gerente General: Dr. Eduardo Henderson

Sub. Gerente General: Dr. Juan Ramón Blanco

Director Región Sur: Dr. Blauco Rodríguez

Directora de Región Norte: Dra. Ivonne Bruno

Directora Región Oeste: Dra. Marianella Mures

Directora de Región Este: Dra. Laura Ayul

Director de Primer Nivel de Atención: Dr. Julio Vignolo

Director de Salud Mental: Dr. Pablo Fielitz

Director de Salud Bucal: Dr. Néstor Graña

Director de Niñez y Adolescencia: Dr. Ignacio Ascione

Director del Área de Cirugía: Dr. Gerardo Eguren

Gerencia Asistencial: Dra. Gabriela Medina

Dirección de Riesgo y Evaluación de la Calidad: Esp. Lic. Enf. Virginia Garófalo

Dirección de Redes y Procesos Asistenciales: Mgter. Lic. Enf. Estela Harispe

Autoras y Responsables del Manual

Esp. Lic. Enf. Pilar González Ortuya. Referente Técnica de Área de Procesos y Cuidados de Enfermería.

Dirección de Redes y Procesos Asistenciales / Gerencia Asistencial.

Esp. Lic. Enf. Lucía Echeverriborda. Supervisora de Enfermería.

RAP Metropolitana.

Esp. Lic. Enf. Claudia Hirigoyen. Supervisora de Enfermería.

RAP Metropolitana

Mg. Esther Lacava. Departamento de Enfermería.

RAP Metropolitana.

Mg. Maira Castro. Prof. Adjta.

Departamento de Enfermería Familiar y Comunitaria Fac. Enf. UdelaR.

Esp. Lic. Enf. Renee Mathisson. Adjunta a Dirección de RAP Metropolitana.

Equipo de Validación

Esp. Lic. Enf. Cristina Barrenechea. Sociedad Uruguaya de Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria. (SUESFCOM.).

Mg. Prof. Agda. Mariana Mugico. Dpto. Enfermería Familiar y Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad de la República.

Mg. Prof. Agda. Alicia Guerra. Directora Interina del Servicio de Salud, Intendencia de Montevideo.

Mg. Beatriz Mijailidis. Servicio de Salud ANDA.

Dra. Zoraida Fort. Ex Presidenta. Comisión Nacional Asesora de Enfermería. MSP.

Esp. Lic. Enf. Adriana González. RAP Salto .

Esp. Lic. Enf. Gabriela Berrondo. RAP. Florida.

Esp. Lic. Enf. María Obispo. RAP. Treinta y Tres.

Prof. Mgter Inés Umpierrez Directora de Dpto de Administración Fac. Enfermería UdelaR.

Dirección de Comunicaciones de ASSE

Directora: Sra. Lorena Piñeyro

Diseño Gráfico: Sra. Sylvia Massa

Índice

1. Prólogo.....	5
2. Introducción.....	7
3. Antecedentes de la consulta de Enfermería.....	8
4. Conceptualización de la consulta de Enfermería.....	11
4.1- Conceptualización de Consulta de Enfermería	11
4.2- Objetivos de la Consulta de Enfermería	12
4.3- Principios y valores que sustentan la Consulta de Enfermería.	13
4.4- Referentes teóricos para la implementación de la Consulta de Enfermería	13
5. Estrategias metodológicas para la Consulta de Enfermería	16
5.1- Implementación de la consulta en los servicios	16
5.2- Fases de la C. de Enfermería	17
5.2.1- Planificación de la C. de Enfermería	17
5.2.2- Organización de la C.de Enfermería	18
5.2.3- Ejecución o desarrollo de la C. de Enfermería	20
5.2.4- Evaluación y cierre de la C. de Enfermería	20
6. Registro de la consulta de Enfermería en la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria	21
7. Plan de Evaluación de la prestación Consulta de Enfermería...	24
8. Referencias bibliográficas.....	26
9. Anexos.....	29
Anexo 1- Funciones y tareas en la implementación de la CE en Servicios de Primer Nivel de Atención.....	29
Anexo 2- Modelos de Valoración. Patrones funcionales M. Gordon.....	31
Anexo 3- Guía para la consulta de enfermería adaptada.....	39
Anexo 4- Consulta de Enfermería en un servicio de Infectología.....	45
Anexo 5- CE para el control y seguimiento de usuarios con HTA.....	52

1. Prólogo

El presente Manual es elaborado en el marco Institucional, abocada a garantizar la calidad de las prestaciones en la red de atención del Primer Nivel, incorporando la “Consulta de Enfermería” como una actividad fundamental.

Siempre es motivo de satisfacción prologar un libro o manual, pero se vuelve aun mayor cuando se trata de escribir para la primera edición de la Consulta de Enfermería, teniendo como objetivo el brindar una herramienta para el desarrollo de las actividades de enfermería, potenciando la autonomía y contribuyendo a la toma de decisiones en los cuidados, de forma integral de las personas, familias y grupos.

El fundamentar las acciones de enfermería es una responsabilidad inherente al ejercicio de la profesión; y que adquiere un significado aún más especial cuando se trata de una profesión que encuentra su razón de ser en las necesidades de las personas que reciben su asistencia. Es Enfermería la que permanece mas cerca de las personas que requieren atención en salud, trabajando por ellas, para ellas y con ellas.

La estructura metodológica de este manual se basa en los aspectos de conceptos, objetivos, valores y estrategias metodológicas para la realización de la consulta de enfermería, así como el registro en la historia clínica electrónica y plan de evaluación de la misma. El contenido del manual, de interés tanto para estudiantes como profesionales, proporcionan las bases conceptuales que fundamentan cada acción de enfermería del primer contacto del usuario con el sistema de salud.

Es de esperar que esta primera edición contribuya a la formación continua del personal de enfermería en general y aporte para el crecimiento y desarrollo de la profesión.

Este Manual es el resultado de un trabajo colectivo entre autores y colaboradores, por lo cual se extienden las felicitaciones a los mismos, por el gran trabajo realizado y a todos los que hicieron posible el lanzamiento del mismo.

Esp. Lic. En Enf. Ines Lavega
Adjunta Gerencia General ASSE



**"Lo importante no es lo
que nos hace el destino,
sino lo que nosotros
hacemos de él".
Florence Nightingale**

**En el año Internacional de la Enfermería y la Partería:
"liderando el camino hacia la salud universal".
Conmemoramos el bicentenario del natalicio de Florencia Nigthingale.**

En este contexto dedicamos el Primer Manual de Consulta de Enfermería en ASSE , a todos los equipos de enfermería que despliegan su quehacer profesional en la amplia y extensa red de servicios de ASSE y a todos los equipos de enfermería en el Uruguay y el mundo, en reconocimiento a su encomiable trabajo y compromiso con la salud pública

2. Introducción

Este manual es una primera edición y está dirigido a Enfermería profesional. Tiene como propósito orientar y facilitar la implementación y el desarrollo de la consulta de Enfermería (CE) y su registro en la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria (HCEA) en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

La institución se encuentra abocada a garantizar la calidad de las prestaciones sanitarias, ampliando su cobertura y acceso a estas, asegurando la continuidad en la atención, mejorando sus procesos asistenciales y su registro. Es en este contexto que, a partir de diciembre de 2018, se incorpora la CE como un servicio fundamental en la red de atención del primer nivel (RAP) y su registro en la HCEA, transformándose así en un efector líder del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), al ofrecer esta prestación.

La CE consiste en un espacio de interacción, atención e intercambio educativo con las personas, familias y grupos de población, con la finalidad de aplicar el proceso de atención de Enfermería (PAE) y establecer un plan de cuidados acorde a las necesidades identificadas. Se encuentra dentro del campo de competencias y responsabilidad del licenciado en Enfermería. Su desarrollo se realiza en todos los niveles, principalmente en el primer nivel de atención (PNA), en ámbitos laborales, deportivos, familiares, comunitarios y en el ejercicio libre de la profesión.

Basado en lo promulgado por la Ley 18.815 de ejercicio profesional y su reglamentación a través del Decreto 354/2014, es de obligación y derecho desarrollar en su quehacer la consulta. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) también plantea el derecho que tienen las personas y familias a recibir estos cuidados.

La Ley 18.335 de derechos y deberes de los usuarios/as establece el derecho de estos a conocer quiénes brindan atención y participan en su proceso asistencial.

En el plan estratégico de la gerencia asistencial de ASSE se ha priorizado los siguientes procesos asistenciales integrales, claves para su abordaje en territorio:

1. Proceso de atención integral en el control del embarazo, parto y puerperio.

2. Proceso de atención de niños y niñas de 0 a 5 años con riesgos biológicos y/o psicosociales.
3. Proceso de atención integral a usuarios con problemas de salud mental (como ansiedad, angustia, riesgo de intento de autoeliminación).
4. Proceso de atención integral a usuarios con afecciones cardiometabólicas.

En correspondencia con estas prioridades, las consultas de Enfermería contribuirán a fortalecer el plan estratégico institucional y la resolutivez del primer nivel de atención.

3. Antecedentes de la consulta de Enfermería

La CE es una herramienta del trabajo independiente de los profesionales. Su campo de acción ha tenido un mayor desarrollo en el marco de la estrategia de APS, en diferentes sistemas de salud a nivel regional e internacional.

En el ámbito internacional

Se destacan las experiencias de Canadá, España, Inglaterra, Cuba, Chile, Colombia y Brasil, donde la CE tiene una larga tradición y es una prestación más de las brindadas a la población, con evidencia de sus contribuciones a la mejora de la atención y satisfacción de los usuarios. En sus inicios se vincula a la optimización de la agenda del médico, ahorrando a las personas reiteradas visitas a los servicios de salud. (Aguirre-Boza y Achondo, 2016).

En este sentido, la Enfermería, a través de la CE, se une al propósito de ampliar la cobertura de atención de salud efectiva y especialmente dirigida a los grupos poblacionales más desprotegidos y vulnerables. (Jurado, Rodríguez y Girbés, 2001).

En el ámbito nacional

En nuestro país, la CE es de larga data. Se inicia en la década del cincuenta, con la creación de los primeros centros de salud en la órbita del Ministerio de Salud Pública. Concomitantemente, se incorpora la formación de Enfermería a la Universidad de la República (UdelaR) con la creación en 1950 de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE), actual Facultad de Enfermería, y del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. (Sánchez, 2002).

También se destaca el trabajo de las enfermeras sanitarias en el programa materno infantil, desarrollado por la Profesora Emérita Eva Suna, en lo que se denominó “La experiencia de la Mina” desarrollada en las escuelas públicas rurales del departamento de Cerro Largo. Así como el trabajo de las enfermeras sanitarias en el Programa Materno Infantil desarrollado en Centros de Salud Giordano, Paso de los Toros, Tranqueras, Centro de Salud de Rivera, Centro de Salud Salto, entre otros. (Fort, Sánchez, Cárdenas y Rangel 2016).

Durante la dictadura cívico militar (1973-1985) se vieron interrumpidas estas experiencias, debido a la clausura de la EUE (Sánchez, 2002) y con ello se restringió el campo de trabajo independiente de esta profesión. A partir de la recuperación de la democracia se retoman estas actividades, que se desarrollan hasta la actualidad.

En el Centro de Salud Jardines del Hipódromo, entre los años 1987 y 1994, se realizaron CE a cargo de las Prof Margarita Garay y Prof. Pilar González Ortuya, en el marco del Programa de Atención Integral a las Embarazadas Adolescentes y el Seguimiento de sus hijos hasta el primer año de vida. Este programa se integró a la Unidad Docente Asistencial y de Investigación dirigido por la Prof. Dra. Silvia Da Luz y Prof. Dra. Alicia Canetti (Escuela de Tecnología Médica, Escuela de Parteras, EUE y Facultad de Medicina). Esta fue la primera experiencia de CE publicada en nuestro país.

Entre 1987 y 2000 se realizaron CE en el centro de APS Las Villas de Las Piedras, a embarazadas adultas y adolescentes. (Barrenechea y Menoni, 1993). En 1988 se llevó adelante la CE, en el ámbito de la Asociación Uruguaya de Ostomizados.

En cuanto al ámbito privado, en 1992 se comenzó a implementar la CE en estomatología en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CAS-MU), a cargo de la Lic. Alejandra Zanella. Dos años más tarde, se desarrolló también en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Durante el año 2002 se iniciaron las CE en el “Programa de control del niño sano” en el servicio de salud de ANDA.

En 2003, en el Hospital Evangélico, se realizaron consultas con abordaje familiar a personas ostomizadas, a cargo de Lic. Susana Pérez y Lic. Augusto Ferreira. Cabe destacar que, desde la formación de los profesionales de Enfermería en

el ámbito público y privado, la CE forma parte medular de la currícula durante la práctica preprofesional, con énfasis en el fortalecimiento del PNA.

En la actualidad

En el año 2005, por Ordenanza 879/005, se creó en el ámbito del Ministerio de Salud Pública la Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE). Esta nuclea representantes de la Enfermería de las Instituciones públicas y privadas, académicas y gremiales de todo el país. Durante 2016 y 2017, se abocó al desarrollo de talleres consultivos, en el marco del proyecto Calidad de los Cuidados de Enfermería – CONAE/MSP: “Modelando la Gestión de Enfermería en las consultas, en el Uruguay”. En esos talleres se expusieron algunas experiencias de Consultas de Enfermería desarrolladas en Montevideo y en el interior del país, en los sectores público y privado.

En el año 2018, la Gerencia General de ASSE aprobó el Proyecto CE y se incorporó su registro en la HCEA. A partir de entonces comenzó un proceso de capacitación en CE para todas las RAP del país. (González Ortuya et al, 2018). En la actualidad se implementan diversas experiencias de CE en efectores de ASSE del primer y segundo nivel de atención. A modo de ejemplo, se citan las siguientes:

- Centro de Salud Cerro: CE a mujeres en situación de violencia basada en género y CE a personas viviendo con VIH y población de riesgo.
- Centro de Salud Ciudad Vieja: CE en la Unidad Cardiometabólica
- Centro de Salud La Cruz de Carrasco: CE en adolescentes y CE a personas viviendo con VIH.
- Policlínica Progreso: CE en el Programa de Salud Mental.
- Policlínica de Vista Linda: CE en la Unidad de Heridas.
- Policlínica Corralón del Tigre en Florida: CE en adolescentes.
- RAP Paysandú: CE al recién nacido de riesgo.
- Centro de Salud Dr. José Royol, Dpto. de Rivera: CE atención a los adolescentes.
- Hospital Pasteur: CE en pacientes del servicio de Hemato Oncología y CE en Unidad de Pie Diabético.
- Centro Hospitalario Pereira Rossell: CE en Policlínica de Salud Ocupacional y en adolescentes con diabetes.
- Hospital Maciel: CE a usuarios en Cuidados Paliativos.
- CE en servicios de emergencias -Triage (Maldonado, Salto, Pasteur, Maciel).

Centro Hospitalario Pereira Rossell: CE en Policlínica de Salud Ocupacional.

Otras experiencias en el sector público y privado:

- Sociedad Médica Quirúrgica de Salto: CE en servicio de Oncología.
- ANDA: CE a personas adultas, adolescentes, niños, salud sexual y reproductiva, adicciones y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).
- Colegios Woodlands School y American School: CE en salud escolar
- Administración Nacional de Combustible Alcohol y Portland (Ancap): CE de salud ocupacional.

4. Conceptualización de la consulta de Enfermería

La CE es una herramienta que ha permitido el desarrollo independiente de Enfermería, potenciando la autonomía, el juicio clínico y la toma de decisiones en la práctica del cuidado. Por tal motivo, constituye un indicador de la profesionalización de la disciplina.

A continuación, se presentan las conceptualizaciones sobre consulta de Enfermería, sus objetivos y los principios y valores que la sustentan.

4.1. Conceptualización de consulta de Enfermería

Si bien existen diversas definiciones y conceptualizaciones de la CE, seleccionamos las siguientes, que son de autoría de enfermeras comunitarias de nuestro país:

La consulta de Enfermería, es una prestación que abarca un conjunto de actividades propias de la disciplina desde la identificación de necesidades, intereses, problemas y fortalezas para los cuales se brinda asesoramiento, consejería, acompañamiento y educación para la salud en el ámbito del cuidado individual y colectivo. Así como cuidados de Enfermería y tratamientos apropiados a la situación encontrada teniendo en cuenta el contexto familiar y comunitario desde donde proviene el usuario. Se establecen las coordinaciones interdisciplinarias y referencias oportunas que contribuyan a garantizar la continuidad de la atención. (González Ortuya, Echeverriborda, Hirigoyen y Mathisson, 2018, p. 12).

Además la entendemos como:

(...) un proceso de interacción destinado al abordaje de las necesidades, intereses y problemas de los individuos y/o familias con el objeto de proveer cuidados, promoviendo, recuperando o rehabilitando la salud. En este proceso el o la Lic. en Enfermería realiza la valoración integral biopsicosociocultural de las personas, identifica las necesidades intereses y problemas, realiza el plan de acción y evalúa en conjunto con los propios involucrados. (Barrenechea, Menoni y Acosta, 2009, p.71).

Este proceso de cuidado se traduce en crecimiento, tanto para la persona cuidada como para el cuidador, “puesto que cuidar es ir más allá de los actos de observar y mirar”. (Chaparro, 2011, p. 7).

Desde esta perspectiva, la CE como parte de las prestaciones que brinda el equipo de salud, contribuirá a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades. Por otro lado se fortalece la capacidad resolutive y la continuidad asistencial, garantizando el derecho a recibir cuidados de Enfermería.

La CE, por lo tanto, es una de las actividades centrales que realiza enfermería profesional dentro de su rol, que ha generado un desarrollo disciplinario aportando al cuidado integral. La organización del trabajo de Enfermería es responsabilidad del profesional y la consulta es una actividad incorporada en el quehacer diario.

4.2. Objetivos de la consulta de Enfermería

Objetivo general:

Contribuir al cuidado integral de la salud de las personas, familias y grupos a lo largo de todas las etapas de la vida, desde un enfoque de derechos, género, diversidad e incorporando aspectos interculturales (1).

Objetivos específicos:

- Fomentar estilos de vida saludables en el marco de una política de promoción de la salud, fortaleciendo la autonomía y el empoderamiento de las personas y

(1) Este enfoque abarca la diversidad sexual, cultural, étnica y funcional, entre otras.

grupos.

- Fortalecer el trabajo en red institucional, interinstitucional e intersectorial, que garantice un cuidado integral de la persona y su familia, teniendo en cuenta la determinación social de la salud.
- Favorecer la continuidad asistencial a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia entre efectores del PNA y de otros niveles de atención.
- Contribuir a la identificación de fortalezas y capacidades de las personas y los grupos para la toma de decisiones en respuesta a la situación de salud enfermedad en la que se encuentren, mejorando la adhesión a los tratamientos.
- Fomentar la detección precoz y oportuna de enfermedades, a la recuperación, la rehabilitación y la reinserción social de la persona, teniendo en cuenta su contexto familiar y comunitario.
- Mejorar la resolutivez de los problemas y necesidades de salud en el PNA.

4.3. Principios y valores que sustentan la consulta de Enfermería

La CE se desarrollará desde una perspectiva de derechos, de género e inclusiva. En ella se promueve la participación de las personas involucradas y el trabajo en equipo, con una mirada integral, haciendo énfasis en la promoción y la determinación social de la salud.

Asimismo, tendrá en cuenta los valores y principios propuestos en la creación del SNIS y la APS renovada como la equidad, universalidad, solidaridad, intersectorialidad, integralidad, entre otros.

4.4. Referentes teóricos para la implementación de la consulta de Enfermería

En el marco de la Ley 18.815 que regula el ejercicio profesional de la Enfermería uruguaya, se define la Enfermería como:

(...) una disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano en su actividad de adaptación, desarrollada para mantener equilibrio con el medio, frente a alteraciones bio-psico-sociales; enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los

diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria y otros. A través de todas sus acciones la Enfermería observa, garantiza y aboga por el respeto a la dignidad del ser humano, reconociendo el derecho de todo habitante a recibir servicios de Enfermería de calidad y cantidad suficiente (2011, p.1).

En este sentido, la Enfermería tiene como centro de su acción la intervención e investigación el cuidado humano. Al decir de Malvárez (2007):

La Enfermería como profesión transdisciplinar del campo de las ciencias sociales y de la salud, cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia desarrollo, protección y recuperación de la salud; que tiene como beneficiario al sujeto humano como ser cultural, a la familia, a los grupos, a las comunidades, a la sociedad como unidades de análisis y cuidado. El cuidado es entendido aquí en su única condición posible que es la alteridad y vínculo amoroso y desvelo por cada sujeto y la humanidad (pp. 520-530).

Teniendo en cuenta el campo de responsabilidades establecido para la Enfermería uruguaya, se destaca la gestión del cuidado a personas, familias y comunidades a lo largo del ciclo vital hasta la muerte.

En el campo de atención a la salud en el PNA, se sugiere incorporar la mirada de Margaret Watson y Madeleine Leininger como referentes teóricos que sustentan la práctica de los cuidados humanizados.

De acuerdo a los supuestos teóricos de Watson, el cuidado solo se da en una relación interpersonal y está condicionado por factores de cuidado para satisfacer necesidades humanas. El cuidado efectivo promueve la salud, el crecimiento personal y familiar. Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción para sí, en un momento preciso. Asimismo, la práctica del cuidado es central en la Enfermería, en tanto práctica terapéutica de acompañamiento para que la persona encuentre la mejor solución desde su propia realidad. Es, por lo tanto, una práctica complementaria de la curativa. (Urra, Jarra y Garcia, 2011).

Leininger, en su teoría de los cuidados de Enfermería transculturales (1950 Nebraska), sostiene que al abordar situaciones de salud-enfermedad

debemos considerar que existen tres tipos de cuidados, relacionados con: la preservación de los cuidados culturales, la adaptación o negociación de estos y la reorientación o reestructuración. Describe a la persona en un modelo de sol naciente, donde no es posible separarla de su procedencia cultural, ni de su estructura social, así como tampoco de su concepción de mundo, su trayectoria vital y el contexto. (Alexander et al, 1994)

Desde la perspectiva de la gestión de calidad en la CE en el PNA, es necesario abordar las tres dimensiones definidas en el Catálogo de Buenas Prácticas para las Maternidades de ASSE: humanización de los cuidados, seguridad en la atención y gestión de calidad de los cuidados (Gorgoroso, González Ortuya et. Col., 2019).

La humanización de los cuidados es un proceso que incluye los siguientes aspectos: un buen trato en la atención; el respeto por la autonomía del otro, siempre que las circunstancias lo permitan; un conocimiento y análisis de sus necesidades; la capacidad de anticiparse; el respeto y la promoción de la identidad de la persona; una vinculación empática con la vulnerabilidad del otro; y la amorosidad necesaria para brindar cuidados afectivos y efectivos. Asimismo, la atención de Enfermería deberá integrar la interculturalidad con un enfoque inclusivo.

En relación a la seguridad en la atención, es necesario garantizar procesos de cuidados mediante los cuales se programen e implementen medidas que prevengan, detecten y disminuyan al máximo los riesgos y daños derivados del proceso de atención de todos los involucrados. Incluye aspectos relacionados a la seguridad del paciente: bioseguridad, prevención de las Infecciones asociadas en la atención, gestión integral de los residuos, así como la infraestructura y equipamiento necesario para realizar una CE segura.

La CE, desde una perspectiva de calidad, se centra en la satisfacción de las personas que reciben la atención y de quienes la brindan, y en la mejora continua como un horizonte no solo deseable, sino posible. Por lo tanto, enfermería profesional deberá ejercer un liderazgo para asegurar que estos procesos se realicen con sistemas de información adecuados para la toma de decisiones, en los diferentes escenarios donde se brindan los cuidados.

La enfermera comunitaria además en su quehacer integra las bases conceptuales propias de la disciplina; la APS renovada; las redes integradas de servicios de

salud y la Programación Participativa en Salud.

5. Estrategias metodológicas para la consulta de Enfermería

A través de la CE se aplica el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este se fundamenta en el método científico, es ordenado y sistemático. A través de él se realiza una valoración integral y holística teniendo en cuenta aspectos biopsicosociales, culturales y ambientales que interactúan en el proceso salud enfermedad de las personas, con énfasis en la determinación social de la salud. (Alfaro, 2014).

Mediante el PAE se identifican necesidades, intereses, problemas y fortalezas de las personas y familias para planificar y ejecutar planes de cuidados. Estos planes de cuidados ponen especial énfasis en fortalecer y rescatar las propias capacidades que poseen las personas para el cuidado de la salud desde sus actividades diarias y de la vida cotidiana, así como integrar y potenciar la red de cuidados existentes en la comunidad para contribuir a una vida lo más integrada y saludable posible en el propio territorio.

Contribuye a una mayor adhesión a tratamientos, identificando posibles complicaciones, así como un mayor conocimiento de su enfermedad, factores protectores y de riesgo, mejorando los procesos de cuidado de la salud individual, familiar y colectiva.

En los planes de cuidado, entonces, el énfasis está puesto en las estrategias de educación para la salud, empoderamiento de la persona, promoviendo el protagonismo en el proceso de cuidado y en la toma de decisiones para la resolución de problemas.

5.1 Implementación de la consulta en los servicios

Para la implementación de la consulta se requiere de acuerdos con el equipo de gestión del servicio, teniendo en cuenta dar prioridad a los Procesos Asistenciales Integrados (PAI). Es necesaria la sensibilización dirigida a los equipos de salud y a las personas sobre los beneficios de la CE, por lo que se recomienda establecer un plan para su difusión (ver anexo 1, en el cual se establecen las funciones de los diferentes involucrados en la implementación de la CE).

La CE se realizará en base al análisis de situación de salud del territorio, las

necesidades, prioridades, perfil epidemiológico y demográfico de la población de referencia, en el marco de los PAI del servicio. Se deben establecer días y horarios de atención y hacer visible esta nueva prestación en carteleras del servicio.

Como esta es una prestación de reciente incorporación a la cartera de servicios de ASSE, en un principio se recomienda establecer al menos dos días a la semana para la CE, con una jornada de 4 horas por día. A medida que se vayan integrando más licenciadas y se difunda la prestación, se podrá ir incrementando la oferta hasta completar la atención de lunes a sábado. La duración promedio es de 20 minutos por persona. Esto permitirá que los usuarios elijan un horario adecuándose a sus necesidades y las del servicio.

En la planificación de la agenda se deberá considerar la incorporación de un cupo para consultas espontáneas. Debe estar previsto un sistema de suplencias para mantener la continuidad en la prestación.

Cada servicio deberá establecer los mecanismos para dar respuesta a las referencias realizadas por la enfermera profesional desde la consulta a otras disciplinas: medicina familiar, psicología, nutrición, trabajo social, odontología, entre otros.

5.2. Fases de la consulta de Enfermería

La CE consta de cuatro fases, planificación, organización, ejecución y evaluación y cierre, que se desarrollan a continuación.

5.2.1. Planificación de la consulta de Enfermería

Antes de iniciar la consulta, se debe preparar el espacio físico. Para ello se debe tener en cuenta el acondicionamiento térmico, la higiene, el funcionamiento de equipos y la disponibilidad de materiales. Estos elementos son fundamentales para realizar una atención integral, en correspondencia con las pautas establecidas para el funcionamiento de un consultorio en la reglamentación de habilitación de servicios de salud. (Decreto 416/002 MS Uruguay)

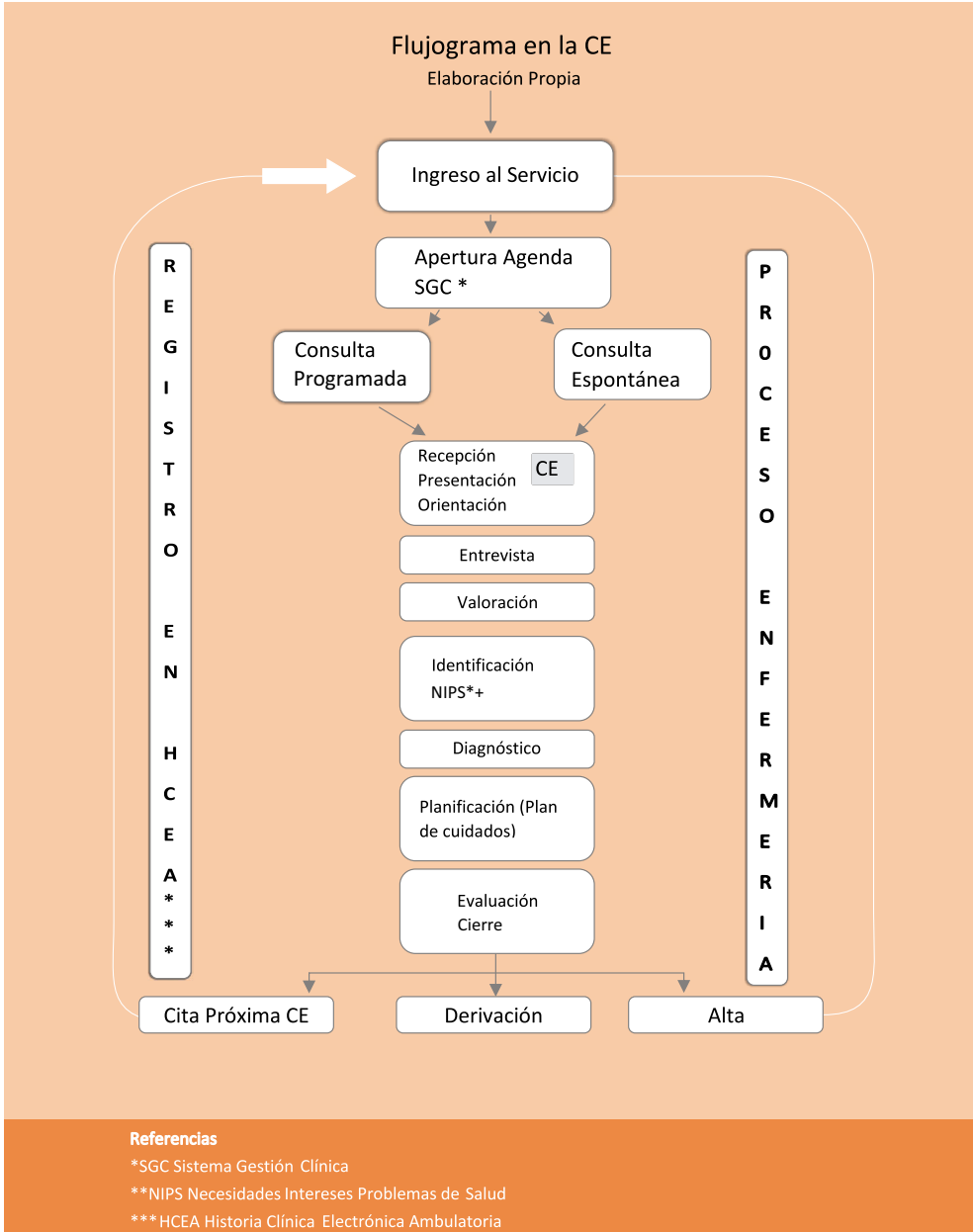
En el caso de que la consulta sea programada, es fundamental la lectura previa de la historia clínica para contribuir a la continuidad de la atención (Barrenechea et al., 2009). Por este motivo, es también importante garantizar el acceso de enfermería profesional a la HCEA (para lectura y registro del proceso de

atención realizado) y los sistemas informáticos institucionales.

5.2.2. Organización de la consulta de Enfermería

Existen diferentes modalidades de consulta de acuerdo a la organización de los servicios de atención a la salud. En la actualidad, contamos con el Sistema de Gestión de Consultas (SGC), el cual permite gestionar consultas espontáneas y programadas. Se entiende por consulta programada la que se agenda con anticipación y espontánea la que se agenda el mismo día.

Teniendo en cuenta el proceso de cuidados, estas consultas pueden ser presenciales en consultorio y en domicilio o no presenciales por teleconsultas. Es así que la primera consulta es cuando se da ingreso al usuario al servicio, las de seguimiento son las que dan continuidad al proceso de atención y la consulta de alta cuando se acuerda con la persona la finalización de los encuentros. Por el momento, esta clasificación no puede diferenciar en el SGC, pero sí se debe registrar en la HCEA. Se debe establecer el flujograma para el ingreso a los diferentes tipos de consultas (ver diagrama 1), que debe ser conocido y difundido en el servicio.



5.2.3. Ejecución o desarrollo de la consulta de Enfermería

Para llevar a cabo la CE es fundamental establecer un vínculo que genere un clima de confianza, de respeto y de escucha, favoreciendo la aplicación del PAE. Para esto es fundamental la presentación de la profesional y la recepción de la persona en el espacio de la consulta, explicitando los objetivos de la CE y estableciendo acuerdos en forma conjunta (presencial o a distancia).

Como primera etapa del PAE, la valoración incluirá distintas técnicas, tales como la entrevista, observación, palpación, auscultación, percusión y medición (controles de signos vitales, antropometría), incluyendo además la realización de pruebas diagnósticas (determinación de glicemia capilar, test de embarazo, test rápidos de VIH y sífilis, entre otros). Se utilizarán otras herramientas que permitan la valoración con enfoque familiar y comunitario (filiograma, APGAR familiar, mapa de red).

Cuando la CE es presencial posibilitará una mayor precisión en la valoración , pero también a través de la teleconsulta o video llamadas se puede hacer una aproximación ,a través del interrogatorio, la visualización y la escucha .

Para llevar adelante la consulta y aplicar el PAE existen diferentes modelos teóricos, entre ellos el modelo de Patrones Funcionales de Marjorie Gordon y el enfoque Sistémico (ver anexo 2, guías para la valoración).

5.2.4. Evaluación y cierre de la consulta de Enfermería

Corresponde a la última etapa de la consulta. En este momento se sintetizan aquellos datos significativos encontrados y se establece la planificación del plan de cuidados en conjunto con las personas y familias, fomentando la participación y el empoderamiento en este proceso.

A su vez, enfermería profesional podrá evaluar las características del seguimiento con la mirada del equipo y evaluar acciones con una mirada interprofesional e interinstitucional. Se establecen entonces las pautas de seguimiento, necesidad de de nueva visita o de nueva teleconsulta, referir a otros profesionales o a otros servicios.

6. Registro de la consulta de Enfermería en la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria

El registro en la HCEA puede realizarse durante el desarrollo de la consulta o al finalizarla, dependiendo de la dinámica de esta.

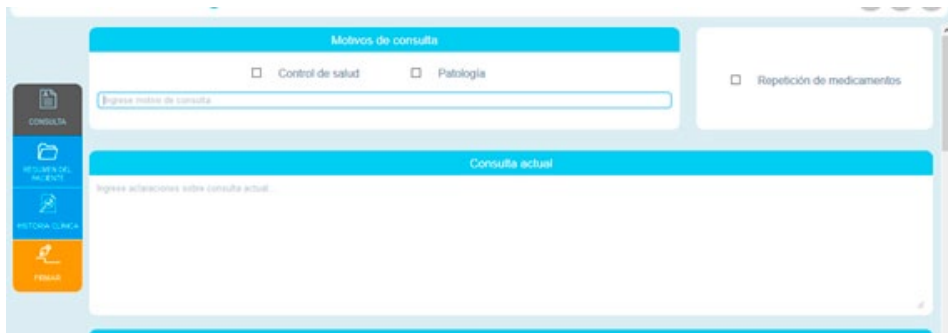
Es importante tener en cuenta que la HCEA presenta diferentes diseños para los distintos grupos etarios (niñez, adolescencia, adultez y gestación). A continuación, se presenta un ejemplo de registro para una persona adulta.

Datos mínimos sugeridos en el registro de la consulta de Enfermería:

1. Motivo de consulta

Seleccionar “Control en salud” o “Patología” y especificar los datos que considere pertinentes, por ejemplo, si se trata de una primera consulta, seguimiento o cierre (ver figura 1).

Figura 1



2. Consulta Actual

Se sugiere registrar los siguientes datos: cómo llega la persona a la consulta (derivado/a, por voluntad propia); valoración, aspectos más relevantes (incluir los valores de aquellos controles que estén alterados); necesidades, intereses, problemas y fortalezas detectadas como se percibe a la paciente en caso de ser teleconsulta, cómo se escucha al habla y cómo esta transitando su situación de salud enfermedad, ella y su familia. (ver figura 2).

Figura 2



3. Controles realizados

En este espacio (ver figura 3) se registran los controles correspondientes al examen físico y valoración. En el cuadro para observaciones se podrán ingresar aquellos datos y cifras de aquellos otros controles que sean pertinentes.

Figura 3



4. Diagnóstico / Problema

En esta sección debemos seleccionar por lo menos un diagnóstico o problema de la lista que se despliega (ver figura 4). Tener en cuenta que esta es una base de diagnósticos comunes a todos los profesionales.

No se recomienda agregar términos manuales.

Figura 4



5. Indicaciones

En este espacio se desarrolla el plan de cuidados de Enfermería pensado para esta consulta (ver figura 5).

Figura 5



6. Firma

Para cerrar la consulta, se debe ingresar la contraseña (ver figura 6).

Figura 6



7. Plan de Evaluación de la prestación consulta de Enfermería

Es importante determinar un plan de evaluación, monitoreo y seguimiento desde la instalación de esta prestación. La evaluación nos debe dar información para comprender el funcionamiento de la consulta en su contexto, la racionalidad y el sentido, las intenciones planteadas para la instalación de la CE, las acciones realizadas; los recursos destinados, los resultados, los efectos y sobre todo si los involucrados están conformes con lo realizado, con lo que han recibido y el valor que le dan a la CE compartiendo la propuesta de González Ortuya et al (2005).

La evaluación de la estructura de una CE analizará la disponibilidad en cantidad y calidad de los recursos de Enfermería profesional necesarios para iniciar la prestación y sostenerla en el tiempo. A modo de ejemplo: n° de profesionales y horas destinadas a la CE por PAI.

En calidad se analizará la formación de los profesionales, así como los registros. Satisfacción de los beneficiarios, valorar y medir las actividades desarrolladas en la CE, los recursos involucrados, la manera en la que las personas reciben esta atención, en tiempo, la forma, la oportunidad, el clima, la calidez, la confianza, el trato, la privacidad, la información y toma de decisiones desde una perspectiva de derechos, la seguridad. Las políticas, los objetivos de la consulta y del servicio, entre otros.

Es importante también definir formas de evaluar el acceso de los usuarios a la prestación.

En relación a la disponibilidad es conveniente analizar si la cantidad de enfermeras es acorde a las necesidades de cuidados de la población y en la organización la manera de distribuir estos recursos y sus interrelaciones.

En los resultados se evaluarán los efectos de la CE a corto plazo, así como en la salud de la población. En calidad se analizará la formación de los profesionales, así como los registros.

Satisfacción de los beneficiarios, valorar y medir las actividades desarrolladas en la CE, los recursos involucrados, la manera en la que las personas reciben esta atención, en tiempo, la forma, la oportunidad, el clima, la calidez, la confianza, el trato, la privacidad, la información y toma de decisiones desde

una perspectiva de derechos, la seguridad. Las políticas, los objetivos de la consulta y del servicio, entre otros. Es importante también definir formas de evaluar el acceso de los usuarios a la prestación.

En relación a la disponibilidad es conveniente analizar si la cantidad de enfermeras es acorde a las necesidades de cuidados de la población y en la organización la manera de distribuir estos recursos y sus interrelaciones. En los resultados se evaluarán los efectos de la CE a corto plazo, así como en la salud de la población.

8. Referencias bibliográficas

- Aguirre-Boza, F., y Achondo, B. (2016). Atención primaria de salud en Chile: enfermería de práctica avanzada contribuye al acceso universal de salud. *Revista médica de Chile*, 144(10), 1319-1321. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001000011>
- Alexander, J. E., Beagle, C. J., Butler, P., Dougherty, D. A., Andrews Robards, K. D., Solotkin, K. C., et al. (1994). Madeleine Leininger. Teoría de los cuidados culturales. En A. Marriner Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (3ra ed., pp. 424-445). Madrid: Mosby
- Alfaro Le-Fevre R. (2014). *Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico*. Barcelona: Ed. Wolters Kluwer.
- Barrenechea, C; Menoni, T; Lacava, E; Monge, A; Acosta, C; Crosa, S; et al (2009), *Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas Metodológicas para el trabajo en el Primer Nivel de Atención*. Montevideo, Uruguay: Comisión Sectorial de Educación Permanente.
- Chaparro, L. (2011). Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*, 11(1), pp. 7-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=741/74118880002>
- Decreto N°354/014. Reglamentación de la Ley N° 18.815 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de Enfermería y de Auxiliares de Enfermería. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Tomo 2, Semestre 2. Montevideo, Uruguay, 10 de Diciembre de 2014. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/354-2014>
- Decreto 416/002. Normativa para la habilitación de establecimientos asistenciales en Uruguay decreto del Ministerio de Salud Pública 29 octubre 2002. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/416-2002>.
- Dos Reis Bellaguarda, M; Nelson, S; Padilha, M; Caravaca-Morera, J. (2015). Autoridad Prescriptiva y Enfermería: un análisis comparativo de Brasil y Canadá *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.

- Frías Osuna, A. (2000). *Enfermería Comunitaria*. Barcelona, España: Ed. Masson.
- Fort, Z., Baéz, T., Sánchez, S., Cárdenas, L., y Rangel, J. (2016). *Voces Uruguayas destacadas en Enfermería*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República.
- Gorgoroso, M., Gonzalez Ortuya, P. et col. (2019). *Maternidades Buenas Prácticas: Promoción y reconocimiento de buenas prácticas de atención en las maternidades de la Administración de los Servicios de Salud del Estado*.
- González Ortuya, P., Etchebarne, L. et col. (2005). *Programación Participativa en Salud PROPAS*. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Universidad de la República Oriental del Uruguay.
- González Ortuya, P., Fort, Z., Echeverriborda, L., Hirigoyen, C., Mathisson, R. (2018). *Proyecto Incorporación de la Consulta de Enfermería y su registro en la historia clínica electrónica en ASSE*. Montevideo.
- Jurado, J. J., Rodríguez, J., y Girbés, M. (2001) *Consulta de Enfermería a demanda. Experiencia en el área 9 de Madrid*. II Encuentro Asanec. Granada, España.
- Ley N° 18.815. *Regulación del ejercicio de la profesión universitaria de Enfermería y de auxiliar de Enfermería*. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Tomo 1, Semestre 2. Montevideo, Uruguay, 14 de Octubre de 2011. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp561962.htm>
- Malvárez, S. (2007) *El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto y Contexto de Enfermería*. s.l.: s.n., 16(33): 2007. p. 520-530.
- Ramos Calero, E. (2000). *Enfermería Comunitaria, métodos y Técnicas*. Madrid: DAE.
- Sanchez Puñales, S. (2002) *Historia de la Enfermería en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: Ed. Trilce.
- Urra M, Eugenia, Jana A, Alejandra, & García V, Marcela. (2011). *Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados*

transpersonales. Ciencia y Enfermería, 17(3), 11-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>

Anexo 1

Cuadro funciones y tareas para la implementación de la CE

Rol del Equipo de Gestión	Rol del/la Supervisor/a de Enfermería	Rol del/la Lic. en Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la implementación de la CE. - Determinar con el equipo de Enfermería y equipo de salud las prioridades para el desarrollo de la CE. - Asignar consultorios. - Provisión de recursos. - Facilitar y capacitar en la utilización de los sistemas de registro. - Apertura de agenda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar la implementación de las CE de los/as Licenciados/as a cargo. - Fomentar la utilización de sistemas de registros que permitan sistematizar las intervenciones y evaluaciones. - Promover y supervisar la utilización de la HCEA. - Supervisar y evaluar el desarrollo de aquellas consultas ya establecidas. - Planificar con los/as Licenciado/as los procesos y cuidados de enfermería a desarrollar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las prioridades y el/los problemas de salud y el área programática que se priorizará para ser abordados en la consulta. - Implementar la CE. - Planificar y comunicar al/la Sup. de Enf. y Equipo de Gestión los recursos necesarios para la implementación de la CE. - Gestionar los cuidados de Enfermería involucrados en la CE. - Promover el trabajo en equipo y las coordinaciones necesarias para asegurar la continuidad asistencial. - Promover la difusión de los resultados obtenidos en la CE . - Identificar problemas y establecer oportunidades de mejora en el desarrollo de esta prestación.
	Establecer días y horarios de la CE para su incorporación al Sistema de Agendas	
	Seguimiento del desarrollo de la CE	
	Establecer líneas de investigación en la CE.	
Planificar e implementar estrategias para la comunicación y difusión a técnicos y población sobre la CE.		

Anexo 2

MODELOS DE VALORACIÓN

Patrones Funcionales de M. Gordon / V-Sistémica

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Auto percepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores - creencias

Todo esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera “sano”, “enfermo”?

¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc) en los últimos tiempos?

¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso,

consume drogas?

¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc?

¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?

¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?

¿Es alérgico a alguna sustancia?

¿Ha tenido ingresos hospitalarios?

¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?

¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.

¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?

¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?

¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?

¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?

¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?

¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas?

¿Qué temperatura corporal tiene?

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características

organolépticas y a su frecuencia?

¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?

¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?

¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?

¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?

¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?

¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general?

¿Realiza actividades de ocio?

¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?

¿Es portador de escayolas?

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cuántas horas duerme diariamente?

¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?

¿Cuando se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?

¿Tiene pesadillas?

¿Toma alguna sustancia para dormir?

¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?

¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor.

Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o gafas?

¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?

¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?

¿Le es fácil tomar decisiones?

¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?

¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate?

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc).

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?

¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?

¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?

¿Suele estar con ansiedad o depresivo?

¿Tiene periodos de desesperanza?

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc.. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quienes son?

¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?

¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?

¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?

¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?

¿Pertenece a algún grupo social?

¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?

¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

PATRÓN 9 SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?

¿Cómo es el periodo menstrual?

¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?

¿Algún problema relacionado con la reproducción?

¿Utiliza métodos anticonceptivos?

¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?

¿Cuando tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?

¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?

¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?

¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?

¿Qué opina de la enfermedad?

Anexo 3

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 DPTO. ENFERMERÍA COMUNITARIA

GUÍA PARA LA CONSULTA DE ENFERMERÍA - ADAPTADA

Fecha: _____

Datos generales

Nombre: _____

C.I.: _____ Edad: _____

Identidad de género: _____ Situación de pareja: _____

¿Cree tener ascendencia? afro o negra asiática o amarilla blanca indígena
 otra (especificar) _____

Creencias religiosas: _____

Barrio donde vive: _____

Motivo de concurrencia al Centro? _____

Concorre: solo/a acompañado/a Con quién? _____

Aspectos sociales

En su vivienda cuenta con: Teléfono Luz eléctrica Agua potable Heladera

¿Cómo está compuesta su familia?

Familiograma

¿Trabaja? sí no En qué? _____

Horas de trabajo: _____

¿Recibe alguna prestación social? _____

Nivel de instrucción _____

¿Estudia actualmente? sí no ¿Realiza actividades sociales? sí no

¿Cuáles? _____

Antecedentes

Antecedentes personales: ¿Estuvo internado/a en el último año? sí no

¿Alguna vez le realizaron una intervención quirúrgica? sí ¿Cuál/es? _____
_____ no

¿Tiene alguna enfermedad crónica? sí ¿Cuál/es? _____
no

Tratamiento: _____

Antecedentes Familiares: _____

Hábitos relacionados a la salud

¿Realiza actividad física? no sí Cuál, cuántos minutos y con qué frecuencia?

¿Cuántas horas duerme? _____ ¿Considera que descansa bien? _____

¿Concurre a controles de salud? _____

¿Fuma? no sí Qué sustancia (tabaco, marihuana, etc), qué cantidad y cuánto?

¿Consume bebidas alcohólicas? no sí ¿Cuál/es, qué cantidad y cada cuánto?

Sistema Nervioso Central

Orientación témporo-espacial: _____

Agudeza visual: _____ ¿Usa lentes? _____ Control con Oftalmólogo? _____

Agudeza auditiva: _____ ¿usa audifono? _____

Temperatura axilar: _____ Dolor: _____

Sistema Cardiovascular

P. Arterial _____ Pulsos (frec., ritmo, amplitud): _____ Relleno capilar instantáneo? _____
Presencia de várices? _____ ¿Dónde? _____
Presencia de edemas? _____ ¿Dónde? _____

Sistema Respiratorio

Frecuencia ventilaciones/min: _____ Disnea? _____ Tos? _____
Desde cuando? _____ Secreciones? _____ Características _____
Alteraciones en la auscultación? _____ Utilización de músculos auxiliares a la respiración? _____

Sistema Digestivo-nutricional

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
Presencia de caries? sí no Prótesis? sí no
Ausencia de piezas dentarias? sí no Halitosis? sí no
Frecuencia y técnica de higiene bucal? _____
Cuántas comidas realiza en el día? _____ Agrega sal? _____
¿Cuánto líquido bebe al día? _____ Abdomen: _____
Ruidos hidroaéreos: _____ Presenta algún problema digestivo? _____ ¿Cuál?

Frecuencia de movilización del intestino? _____ Características de la materia fecal _____

Sistema Músculo-Esquelético

Postura: erguida encorvada Malformaciones _____
Movilidad y fuerza de mm: _____ Dolor al movimiento? _____
¿Utiliza dispositivos de apoyo para caminar? _____

Sistema Tegumentario

Aspecto de piel y faneras: _____ Pliegue cutáneo: _____

Temperatura en zonas distales: _____

Sistema Nefro-Urinario

Orina: Frecuencia: _____ Color? _____

Alteraciones de la micción: dolor ardor incontinencia

Sistema Génito-Reproductor

Orientación sexual: _____ Prácticas sexuales: _____

Método de protección _____

Preguntar según corresponda, de acuerdo a la identidad de género:

¿Consulta ginecólogo? Frecuencia: _____ Colpocitología (PAP): _____ Año del último _____

¿Consulta al urólogo? Frecuencia: _____ Mamografía: _____ Año de la última _____

Autoexamen de mamas: _____ Frecuencia: _____

Autoexamen testicular: _____ Frecuencia: _____

Sistema Endócrino e Inmunológico

¿Tiene vacuna dT vigente? sí no ¿Se vacunó contra la gripe este año? sí no

Anexo 4



IMPLEMENTACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH Y POBLACIONES CLAVE

AUTOR:
María Ithurralde-Lic. Esp. En Enfermería Familiar y Comunitaria
Agosto de 2019

INTRODUCCIÓN:

El nuevo paradigma del VIH como enfermedad crónica transmisible hace que la forma de abordaje sanitario tradicional r para las personas que conviven con la infección resulte insuficiente e ineficaz. Una persona con una enfermedad crónica, independientemente de su complejidad, requiere de una respuesta en salud que asegure calidad, longitudinalidad e integralidad.i Lograr la accesibilidad a los servicios de atención a la salud y garantizar la calidad asistencial constituyen un desafío para los equipos de salud del primer nivel de atención (PNA).

En el marco del proceso de reforma sanitaria, el PNA fortalece su rol y asume nuevas responsabilidades en la promoción y prevención incluyendo el acerca-miento de los usuarios a los servicios de atención a la salud, la captación de las poblaciones vulnerables y el seguimiento de los usuarios en su entorno familiar y comunitario. Es aquí donde el rol de las Enfermeras profesionales resulta in-discutible y donde los aportes al cuidado de la salud de estas personas es esencial. Asimismo el fortalecimiento de la prevención primaria con poblaciones clave es un desafío que se debe enfrentar con responsabilidad procurando la reducción progresiva de nuevos casos de VIH.

La consulta de enfermería debe reconocerse como un espacio terapéutico imprescindible en el cuidado de estos usuarios, allí se desarrollan intervenciones determinantes para la atención de las personas que viven con VIH y para aquellas que se encuentran en riesgo de adquirirlo.

JUSTIFICACIÓN:

La Enfermería es una disciplina crucial en el trabajo en el primer nivel de atención en cuanto a su capacidad de identificar las necesidades de cuidado de los individuos, familias y comunidades aplicando intervenciones que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud de éstos. La relación terapéutica quesurge entre el profesional de enfermería y la persona o familia contribuye a potenciar las habilidades de cuidado de las personas y grupos familiares. La consulta de enfermería constituye una herramienta esencial que permite dar respuesta a las necesidades de atención a la salud que surgen como consecuencia de la infección por VIH. Las enfermeras comunitarias deben asumir un rol protagónico en el primer nivel de atención en lo que tiene que ver con las acciones de promoción, mantenimiento y recuperación dela salud promoviendo alcanzar el más alto nivel de bienestar de las personas, contribuyendo de esta manera desde su saber profesional al cambio en el modelo de atención.

En su compromiso con el cuidado de la salud de las comunidades y familias desarrolla acciones educativas y terapéuticas en salud con visión participativa y multidisciplinaria fomentando el empoderamiento de las personas con el cuidado. La consulta de enfermería debe ser considerada como una acción asistencial en la cual se optimiza la prestación del cuidado de este profesional. El trabajo intersectorial y la identificación de las responsabilidades propias de cada sector y su contribución a la salud de las comunidades es un tarea esencial de la enfermera comunitaria quien desde su trabajo en territorio apuesta a la sumatoria de los aportes de cada sector para el logro de las mejoras en la salud de las personas y sus familias.

La consulta de enfermería para personas con VIH debe ser reconocida desde las autoridades como un elemento sustancial en la atención y el cuidado de éstas personas y deben ser facilitados los espacios para permitir su implementación en policlínicas y centro de salud del primer nivel de atención. Sus aportes al cuidado de la salud de la población y al cambio de modelo de atención son invaluable. La enfermera comparte con el equipo interdisciplinario la responsabilidad de atender y satisfacer las necesidades de los usuarios, necesidades que se van generando como producto de la propia historia de la infección por VIH.

La consulta de enfermería constituye una herramienta crucial que genera impacto en las conductas de las personas, aumenta las capacidades de autocuidado, mejora la adherencia al tratamiento y la retención en los cuidados de las personas que viven con VIH.

POBLACIÓN OBJETIVO:

- Toda persona con infección confirmada por el VIH que reciba atención en las policlínicas La Teja, Paso de la Arena y en el Centro de Salud Cerro de la RAP-ASSE.
- Parejas sexuales de personas con infección confirmada por VIH que re-ciba atención en dichas policlínicas con serología negativa para VIH.
- Familiares o referentes en el cuidado de estos pacientes.
- Pacientes y cuidadores de personas con VIH que se encuentran en el Programa de Atención domiciliaria de la RAP Metropolitana.
- Usuarios con otras infecciones de transmisión sexual con serología negativa para VIH que reciben atención en las policlínicas mencionadas.

PROPÓSITO:

Responder con afectividad, calidad y calidez a las necesidades de cuidado de las personas y familias que viven con VIH así como también de las personas en riesgo sustantivo de adquirir la infección.

OBJETIVO GENERAL:

Implementar la consulta de enfermería para personas que viven con VIH y poblaciones clave en servicios de atención a la salud del Municipio A de la ciudad de Montevideo.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y familias que conviven con el VIH.
- Desarrollar la consulta de enfermería en los servicios de atención a la salud antes mencionados implementado el proceso de atención de enfermería con enfoque familiar y comunitario.
- Favorecer la adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas que conviven con VIH y la retención en los cuidados.
- Reducir el número de nuevas infecciones por VIH en poblaciones clave.
- Potenciar la articulación territorial fortaleciendo la referencia de estos usuarios a los equipos básicos de intervención.
- Empoderar a los equipos básicos de intervención en cuanto a la atención y cuidado de los pacientes diagnosticados y en tratamiento por VIH que viven dentro de sus zonas de intervención territorial.
- Fortalecer el abordaje comunitario, desarrollando estrategias de intervención basadas en la articulación con equipos de atención territorial.
- Fortalecer el componente educativo en Salud Sexual y Reproductiva en Instituciones educativas dentro del Municipio.

RESPONSABILIDADES PROPIAS DE LAS ENFERMERAS PROFESIONALES: ACTIVIDADES Y ACCIONES

- Revisión mensual de retiros de TARV para detectar retrasos.
- Revisión semanal de sistema de registro de consultas para detectar personas con falta a las consultas de seguimiento.

- Visitas domiciliarias de seguimiento/llamadas telefónicas ante la detección de faltas a control y/o retrasos en retiros de TARV.
- Visitas domiciliarias de seguimiento a pacientes con VIH que se encuentran en el Programa de Atención a pacientes crónicos de la RAP Metropolitana.
- Visitas domiciliarias de duelo a las familias de pacientes fallecidos atendidos en el servicio.
- Gestiones con Unidad de Enlace de los diferentes centros de salud de la RAP Metropolitana para reducir tiempos de espera para la gestión de interconsultas o paraclínica necesaria.
- Planificación de reuniones mensuales de equipo para discusión de casos y seguimiento de los mismos.
- Notificación de nuevos casos de VIH diagnosticados en el servicio.
- Gestión de interconsultas necesarias para los usuarios por medio del SGC ASSE.
- Referencia y articulación con equipos de atención territorial, del Ministerio de Desarrollo Social y organizaciones de la sociedad civil.

ACTIVIDADES PROPIAS DE LA CONSULTA DE INICIO

- Presentación del equipo y modalidad de trabajo del servicio.
- Valoración de los conocimientos respecto a la infección e impacto del diagnóstico. Proporcionar información oportuna.
- Evaluación de factores de riesgo (comorbilidades), conductas de riesgo que puedan comprometer las capacidades de autocuidado.
- Identificación de factores protectores para el cuidado –redes de apoyo.
- Reconocimiento de factores predictores de adherencia al TARV.
- Apoyo en la comunicación a los contactos.
- Facilitar el acceso a otras consultas con profesionales (Nutrición-Psicología-Odontología-Obstetra).

ACTIVIDADES PROPIAS DE LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO

- Evaluación, seguimiento y apoyo en la adherencia al tratamiento y a los cuidados.
- Énfasis en la importancia de conocer el estatus de los contactos sexuales.
- Estímulo y apoyo en la comunicación a los contactos.
- Fortalecimiento del vínculo y la confianza con el servicio. Promover la continuidad en la atención.

CONSULTA DE ENFERMERÍA

La consulta de enfermería se realizará a todos los usuarios que ingresen por primera vez al servicio con el fin de elaborar un plan de cuidados. La consulta de inicio estará a cargo de las Licenciadas en Enfermería de los servicios quienes estarán a cargo de ingresar al usuario al sistema de registro y seguimiento de pacientes.

Asimismo todos los pacientes que concurren a la consulta médica pasarán en primer lugar por la consulta de enfermería.

ÁMBITOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN:

La consulta de enfermería deberá desarrollarse en un consultorio equipado con los insumos necesarios para el ejercicio de nuestra disciplina (camilla, escritorio, balanza, esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, insumos para realizar pruebas rápidas para sífilis-VIH, computadora con acceso a historia clínica ambulatoria). El consultorio debe asegurar la confidencialidad de los usuarios y la consulta será llevada a cabo exclusivamente por las Licenciadas en Enfermería de los servicios o en su defecto por ésta en conjunto con otro integrante del equipo de salud involucrado en la atención al VIH.

La consulta de enfermería debe contar con agenda electrónica. Los usuarios podrán agendarse de forma programada o espontánea en función de las determinaciones que defina el profesional.

Es responsabilidad del profesional realizar el registro correspondiente en la historia clínica ambulatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud Pública. Pautas de Atención a personas con VIH en el primer nivel de atención. Año 2015
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Guía de Atención de Enfermería para personas con VIH. México 2009.
- ONU-SIDA. Acción acelerada para la prevención combinada. Año 2015
- OPS. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por VIH para grupos de población clave. Año 2016

Anexo 5



Consulta de Enfermería, Control y Seguimiento de Usuarios con Hipertensión Arterial

TUTOR

Lic. en Enf. María Obispo

AUTORAS

Lic. en Enf. Gimena Algare

Lic. en Enf. Gimena Andino

Lic. en Enf. Enoemi Arostegui

Lic. en Enf. Silvana Bacelo

Lic. en Enf. Graciela Becerra

Lic. en Enf. Karen Freire

Lic. en Enf. Mariela Ocampo

Lic. en Enf. Adriana Rivero

Lic. en Enf. Lylian Rodriguez

Lic. en Enf. Monica Silvera

Treinta y Tres, 7 de agosto de 2019

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es realizado por las licenciadas en enfermería de la Red de Atención Primaria (RAP) de Treinta y Tres, en el marco del Curso Consulta de Enfermería (CE) desde un abordaje familiar y comunitario, realizado entre los meses de mayo y agosto 2019 en la Región Este. El propósito del curso es: “contribuir a mejorar la calidad de atención de los afiliados de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en la Red de atención primaria”, particularmente, a través de los cuidados de enfermería que se realizan por medio de la consulta. Así mismo, se mejora el acceso de los usuarios a los equipos básicos en territorio y se optimiza la continuidad asistencial mediante los registros en la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria (HCEA).

En este marco, la Región Este de ASSE, promueve la implementación de la CE desde el área ambulatoria en los servicios del Primer Nivel de Salud (PNA) en las RAPs que lo conforman. La RAP departamental de Treinta y Tres, como parte de esta región desarrollará la CE en los Centro de Salud: Dr. Bolívar Ledesma ubicado en el centro de la ciudad capital, Centro Auxiliar Cerro Chato y Centro Auxiliar Santa Clara de Olimar al oeste del departamento, Centro Auxiliar VERGARA al norte y Centro Auxiliar Dr. Alberto Podestá Carnelli en la localidad de José Pedro Varela - Departamento de Lavalleja (Ver Anexo N° 1).

Siguiendo los lineamientos expuestos y teniendo en cuenta las necesidades de nuestra población de referencia, es que proponemos, en nuestro proyecto, desarrollar inicialmente la CE abocada a la prevención, educación y seguimiento de los adultos comprendidos en la franja etaria entre 25 y 64 años que sean portadores de Hipertensión Arterial (HTA); comenzando en setiembre del corriente año con un corte evaluatorio en febrero del 2020, para valorar, corregir y ajustar nuestro plan a seguir.

Como metodología se empleará en la misma, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) aplicando diagnósticos de Enfermería. Es de relevancia destacar que la HTA es llamada “asesina silenciosa”, es una patología que no da síntomas perceptibles por lo que la persona no sospecha que la padece, muchos pacientes se enteran de su condición tras sufrir un infarto o un Accidente Cerebro Vascular (ACV).

En Uruguay una de cada tres personas sufre de HTA, principal factor de riesgo cardiovascular (se encuentra presente en el 36% de los mayores

de 15 años) y es por lejos la más importante de ACV, capaz de producir la muerte o discapacidad de por vida. Esto se da a pesar de que existen hoy en día medidas de prevención y una multiplicidad de tratamientos eficaces para tratarla.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la HTA como uno de los problemas más importantes de salud pública mundial y responsable del 18 % de las muertes por cualquier causa en el 2010.

Uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública (MSP) a 2020 es “disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad”, la meta a 2020 es disminuir la proporción de egresos hospitalarios por complicaciones de la HTA, disminuir la mortalidad proporcional por cardiopatía isquémica, disminuir la mortalidad proporcional por ACV entre los 30 a 69 años. ASSE se alinea en su planificación estratégica con estos objetivos.

Dado el momento actual que vive la Enfermería Comunitaria en nuestro país, asumimos un rol protagonista al participar de forma responsable y autónoma en la atención sanitaria de nuestros usuarios. Al poder contar con competencias propias, dentro de la cartera de los servicios ofrecidos, realizaremos intervenciones tanto de promoción, prevención, de seguimiento y de interacción con el equipo multidisciplinario. Fundamentalmente con el equipo Médico y Enfermería para el seguimiento y control de los usuarios, trabajando en forma coordinada y comprometida, donde el Médico cure y Enfermería cuide. Se reforzará toda indicación brindada por el médico, se educará sobre estilos de vida y factores de riesgo; se ayudará a nuestros usuarios y sus familias en toda cuestión que refiere a la salud, se realizará diagnósticos y se orientará hacia la mejor y más eficiente resolución de cada situación.

Es éste un camino de aprendizaje que hemos iniciado como equipo de enfermeras interesadas en mejorar nuestra práctica profesional y la calidad de nuestros cuidados para el usuario, el equipo y la comunidad.

FUNDAMENTACIÓN

El MSP tiene como cometido fundamental brindar el marco normativo para la promoción de la salud, la prevención de riesgos específicos y la atención de calidad en el sector público y privado. Para la priorización de los problemas sanitarios a abordar, el MSP valoró su magnitud y relevancia en la realidad nacional, así como su vulnerabilidad respecto a las acciones que se propongan modificarlos. De este modo, se generó una nómina inicial de problemas críticos en el que se visualiza en séptimo lugar a la “Morbimortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica” ¹.

La ley 18.211 referente a la creación, funcionamiento y financiación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) exige al MSP determinar el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que define prestaciones y programas de salud prioritarios, garantizando el acceso del ciudadano a los mismos. Establece la concepción de la salud como un derecho y un bien público, de acceso universal a una atención integral y de calidad, asegurando la continuidad asistencial.

ASSE se alinea a los objetivos sanitarios 2020 del MSP y uno de los programas priorizados por este es el de ECNT.

En este proceso de cambios y con el fin de mejorar la calidad de los cuidados, se está fortaleciendo el PNA, mejorando su capacidad resolutoria y generando estrategias que modifiquen la modalidad de atención.

La CE es un “espacio educativo, terapéutico - asistencial, de intercambio de saberes y prácticas para actuar en salud, entre el profesional de enfermería, el usuario, grupo de usuarios o grupos de población que tiene como finalidad promover la salud, prevenir y detectar enfermedades, realizar acciones terapéuticas -asistenciales y de rehabilitación para ayudar a la persona y poblaciones a vivir mejor, individualmente y como parte de una comunidad” (Prof. Lic. Pilar González Ortuya).

La CE, tiene como objetivos contribuir a mejorar la calidad de atención de los usuarios de ASSE de la RAP, aplicando el PAE para promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar y rehabilitar.

1 *“Objetivos Sanitarios Nacionales 2020” - Ministerio de Salud Pública - Uruguay 2015*

La HTA en Uruguay, de acuerdo a la 2ª Encuesta nacional de factores de riesgo de ECNT realizada en 2013, se observa que aproximadamente el 40,4% en hombres y el 33,1% en mujeres en dicha franja, sufren de esta patología. ²

La HTA es el principal factor de riesgo para padecer y morir como consecuencia de un evento cardiovascular de forma prematura y es la segunda causa de discapacidad en el mundo. El 40% de la población adulta de Uruguay sufre de HTA. Existe una disparidad en el número de personas que conocen su condición de hipertenso, los que reciben tratamiento y no están controlados y los que reciben tratamiento y están controlados. Si bien la HTA no es curable, se puede prevenir y tratar. El adecuado control es una medida costo-efectiva para evitar muertes prematuras. Si se logra tratar a la mitad de la población con hipertensión no controlada, incluyendo aquellos tratados con valores de presión arterial sub-óptimos y aquellos no tratados, en 10 años se podrían prevenir 10 millones de muertes en el mundo debidas a eventos cardiovasculares.

Treinta y Tres tuvo una experiencia exitosa, siendo plan piloto del Programa Previniendo, logrando cifras de captación y seguimiento dentro de la meta.

Últimamente las cifras de seguimiento no se asemejan a las que tuvimos con este Programa, por esto se decide comenzar la “Consulta de Enfermería para control y seguimiento de los usuarios con HTA”.

En el desarrollo de la consulta, la Licenciada en Enfermería de cada centro de la RAP de Treinta y Tres realizará el PAE, en los usuarios con HTA, en la franja etaria comprendida entre los 25 y 64 años.

Con la implementación de “Consulta de Enfermería para control y seguimiento de los usuarios con HTA” en todos los centros sanitarios de la RAP de Treinta y Tres conoceremos y atenderemos sus necesidades, intereses y problemas para lograr una atención integral y mediante la educación y promoción de la Salud, estimularemos el compromiso del individuo para la toma de decisiones, de su familia y de su comunidad en la adquisición de habilidades conducentes al cambio en salud.

Según la OMS, el control de la HTA de la población afectada, es un fiel indicador de la calidad de un sistema de salud.

2

“Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención” - Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud Uruguay, octubre 2017

POBLACIÓN BENEFICIARIA

La población objetivo de la “Consulta de Enfermería para control y seguimiento de los usuarios con HTA” serán los usuarios afiliados a ASSE Treinta y Tres, entre 25 y 64 años con diagnóstico de HTA.

OBJETIVOS

Objetivo General

Implementar la Consulta de Enfermería en usuarios pertenecientes a la RAP de Treinta y Tres, con diagnóstico de HTA entre 25 a 64 años, contribuyendo a mejorar la calidad de atención.

Objetivos Específicos

1. Gestionar Recursos Materiales (RRMM) y Recursos Humanos (RRHH) para desarrollar la Consulta.
2. Conformar un equipo con el Médico para el seguimiento y control de los usuarios, trabajando en forma coordinada y comprometida.
3. Brindar atención integral a la población objetivo, aplicando el PAE
4. Fomentar la capacidad de toma de decisiones, empoderando a la población objeto para que logre un cambio en su estilo de vida.
5. Facilitar la referencia y contrarreferencia trabajando en conjunto con la Unidad de Enlace.
6. Fortalecer el trabajo en red interinstitucional.
7. Realizar actividades comunitarias coordinadas con otras instituciones para pesquisar usuarios con cifras elevadas de PA.

METODOLOGÍA

Se realizará la “Consulta de Enfermería para control y seguimiento de los usuarios con HTA” en usuarios pertenecientes a la RAP de Treinta y Tres, comprendidos en la franja etárea entre 25 y 64 años con diagnóstico de HTA.

La consulta se realizará semanalmente a cargo de una Licenciada en Enfermería capacitada para esta actividad aplicando el PAE (Ver Anexo n° 2).

Duración de la consulta: dos horas.

Duración de la consulta por usuario: primera vez 30 minutos, usuarios en seguimiento 15 minutos.

Apertura de la agenda: se realizará trimestralmente.

Requisitos para acceder a la misma: usuario de ASSE con cedula de identidad vigente previa agenda en Sistema de Gestión de Consulta (SGC).

Registros: en HCEA, se adjuntará archivo del instrumento de valoración PAE.

Este proyecto de implementación tendrá un corte evaluatorio para determinar acciones a futuro y mejorar la calidad de la consulta a los seis meses de implementada.

Durante la consulta se realizará:

- Entrevista del paciente para determinar sus necesidades de salud con acciones de promoción y prevención.
- Valoración y control de signos y síntomas de alarma.
- Control Presión Arterial y Frecuencia Cardiaca, medidas antropométricas (medición del peso y talla, IMC, perímetro abdominal) y glicemia capilar.
- Fomentar el autocuidado y hábitos saludables: alimentación adecuada, ejercicio físico, adherencia al tratamiento medicamentoso.
- Involucrar la participación activa de la familia.
- Coordinación y comunicación con el equipo interdisciplinario.

Se evaluará la CE a través de los indicadores propuestos, relevando debilidades y fortalezas para mejorar la planificación, desarrollo y ejecución.

ESTRATEGIA

- Promocionar la “Consulta de Enfermería para control y seguimiento de los usuarios con HTA” inicialmente al equipo de salud, para que conozcan el objetivo de la misma, puesto que es fundamental el apoyo de todos los integrantes.
- Conformar el equipo Médico y Enfermería para el seguimiento y control de los usuarios, trabajando en forma coordinada y comprometida, donde el Médico cure y Enfermería cuide.
- Informar a la comunidad a través de los diferentes medios de comunicación disponibles en cada localidad.
- Colocar cartelera informativa.
- Captar a los usuarios referidos de la policlínica preventiva (carnet de salud).
- Identificación de los usuarios que retiran antihipertensivos y diuréticos del listado de farmacia.
- Se recibirán a los usuarios derivados por los profesionales de las diferentes policlínicas y también por interés del propio usuario.
- Todos los usuarios se agendarán a través del SGC.
- Disponer de un área física con los RRMM necesarios y delimitar carga horaria del RRHH.
- La CE se realizará aplicando el PAE como herramienta, dependiendo de la situación y evaluación del usuario, serán las acciones a realizar, como por ejemplo: educación para la salud, fomentar el autocuidado, interconsultas con diferentes especialidades y apoyo en las diferentes redes interinstitucionales y comunitarias.
- Se evaluará la CE a través de los indicadores propuestos (Ver Anexo nº 3), relevando debilidades y fortalezas para mejorar la planificación, desarrollo y ejecución.

ACTIVIDADES

Gestionar RRMM y RRHH para desarrollar la CE.

ACTIVIDAD N°1

- Crear un espacio para desarrollar la CE.
- Acondicionar el espacio en cuanto a iluminación, ventilación y privacidad que favorezca la escucha empática, confidencial, donde el usuario comparta sus necesidades, intereses y problemas, sintiéndose apoyado.
- Trabajar en forma integrada con el equipo interdisciplinario informando sobre la implementación de la CE en los diferentes servicios de la RAP de Treinta y Tres.
- Establecer día y horario para la CE.
- Abrir agenda en SGC.

Conformar un equipo con el Médico para el seguimiento y control de los usuarios, trabajando en forma coordinada y comprometida.

ACTIVIDAD N°2

- Realizar abordaje integral del usuario.
- Reforzaremos indicaciones prescriptas por el médico.
- Educar en las diferentes áreas temáticas expuestas por el médico.
- Evaluar comprensión del usuario sobre su patología y tratamiento, buscando estrategias para su entendimiento.

Brindar atención integral a la población objetivo, aplicando el PAE

ACTIVIDAD N°3

- Captar a los usuarios referidos de la policlínica preventiva (carne de salud).
- Identificación de los usuarios que retiran antihipertensivos y diuréticos del listado de farmacia.
- Se recibirán a los usuarios derivados por los profesionales de las diferentes policlínicas y también por interés del propio usuario
- Elaborar una planilla de captación de los usuarios hipertensos, identificando usuarios que requieran seguimiento (en diseño).
- Realizar detección precoz de HTA en familiares de primera línea de

pacientes incorporados a la CE.

- Trabajar en forma coordinada con todos los integrantes del equipo interdisciplinario para las derivaciones correspondientes.
- Aplicar PAE realizando valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación específico para cada usuario.
- Registrar en HCEA y en planilla de captación.

Fomentar la capacidad de toma de decisiones, empoderando a la población objeto para que logre un cambio en su estilo de vida.

ACTIVIDAD N°4

- Ofrecer orientación y educación en cuanto a su patología, fomentar hábitos saludables, apoyar sus fortalezas e intentar reducir sus debilidades.
- Trabajar en forma planificada y coordinada con los integrantes del grupo y equipo interdisciplinario promoviendo la participación y compromiso con las mismas.
- Plantear metas a corto plazo consensuadas y alcanzables con el propio usuario.
- Involucrar a la familia y la comunidad para lograr el cambio en el estilo de vida y que este sea perdurable en el tiempo.
- Fomentar la modalidad grupal para la educación, promoción en salud y abordaje de cada usuario.

Facilitar la referencia y contrarreferencia trabajando en conjunto con la Unidad de Enlace.

ACTIVIDAD N°5

- Identificar un referente en los distintos niveles para lograr una fluida comunicación, derivaciones eficaces y oportunas.
- Trabajar con administrativos y archivo médico de cada Institución para lograr una derivación de calidad.

Fortalecer el trabajo en red interinstitucional.

ACTIVIDAD N°6

- Conocer y contactar a las diferentes Instituciones y referentes comunitarios con los que cuenta cada localidad, para poder conectarlos con la población objetivo.
- Participar mensualmente en las instancias planificadas de reunión de la red de cada localidad.
- Orientar a la población objetivo acerca de las redes de apoyo en la comunidad, que sean de utilidad para modificar sus factores de riesgo.

Realizar actividades comunitarias coordinadas con otras instituciones para pesquisar usuarios con cifras elevadas de PA.

ACTIVIDAD N°7

- Realizar junto al equipo de salud pesquisamiento en jornadas de promoción y prevención, como la de la semana del corazón.
- Realizar educación, promoción de salud y prevención de enfermedades, aplicando formulario de registro de actividades de promoción y prevención de ASSE.
- Gestionar derivaciones oportunas de los usuarios de ASSE.



RECURSOS INVOLUCRADOS EN LA CONSULTA

RRHH Directos:

Licenciada en Enfermería pertenecientes a la RAP de Treinta y Tres.

RRHH Indirectos:

- Auxiliar de Enfermería
- Auxiliar de servicio
- Auxiliar de Registros Médicos
- Administrativos
- Auxiliar de Farmacia
- Médicos
- Informático
- Redes interinstitucionales

Tiempo destinado a la Consulta:

La consulta se realizará una vez a la semana, con duración de dos horas.

Infraestructura:

Planta física de los diferentes Centros de Atención de la RAP de Treinta y Tres, en particular necesitamos un consultorio con adecuada iluminación, calefacción.

RRMM:

Escritorio, sillas, camilla, escabel, balanza con tallímetro, cinta métrica, esfingomanómetro, estetoscopio, algodón, alcohol al 70%, alcohol en gel, guantes, jabón de manos, sanitas, papel camilla, calculadora para IMC, papelería, computadora con Programas: HCEA, SGC y GEOSALUD, hojas A4, impresora, fichas de registro de controles, folletos, cartelería, lapiceras, lápices, marcadores, tijeras, ficheros o carpetas para las guías de recolección de datos.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicadores de resultado para evaluar el proyecto

- N° de consultas realizadas/ N° de consultas agendadas
- Tiempo empleado para el desarrollo de la Consulta Enfermería/Tiempo planificado para el desarrollo de la consulta.
- N° de consultas espontáneas/ N° de consultas totales
- N° de actividades educativas realizadas/ N° de actividades educativas planificadas
- N° de PAE completos/N° de consultas realizadas
- N° de consultas derivadas por otro integrante del equipo a la CE/ N° total de CE
- N° de usuarios que concurren a la CE por iniciativa propia/ N° total de CE
- Satisfacción del usuario [Aplicación de formulario (en diseño)]
- N° de usuarios con derivación desde la CE (especialidad)/ N° total de CE

BIBLIOGRAFIA

- “Objetivos Sanitarios Nacionales 2020”- Ministerio de Salud- Uruguay 2015
- “Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención”- Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud Uruguay, octubre de 2017
- “Manual de Valoración de patrones funcionales” – Servicio de Salud del Principado de Asturias, Atención Primaria Area V Gijón, Junio/2010.
- “Gestión de Proyectos en el Campo de la Salud” – Universidad de la Republica – Facultad de Enfermería – Prof. Lic. Esp. Pilar Gonzalez Ortuya, Prof. Mag. Lia Fernandez, Mag. Dra. Liliana Etchevarne, Prof. Lic. Esp. Mercedes Perez; Montevideo, Junio/2012.
- “Proceso Asistencial Integrado - Usuarios de ASSE con factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial y/o hipertensión arterial diagnosticada” - Dra. Andrea Simeone (Hospital Maciel), Dra. Paola Sposito (Hospital Maciel), Lic. Enfermería Renne Mattinson (RAP-Metropolitana), Dra. Adriana Machado (RAP-Metropolitana), Dr. Hernán Cervetto (RAP-Metropolitana), Dr. Josè Boggia Nefrología (Hospital Pasteur), Dra. Virginia Cozzolino (Rap Canelones), Dr. Álvaro González (Hospital Las Piedras), Dra. Arianel Bruno (Región Sur), Lic. Mónica Blanco (Región Sur), Dra. Laura Garré coordinación equipo de trabajo, Lic. Estela Harispe Dirección de redes y procesos asistenciales Integrados – en proceso 2019.
- Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas Metodológicas para el trabajo Primer Nivel de atención; Cristina Barrenechea, Teresa Menoni , Esther Lacava, America Monge; Cecilia Costa, Silvia Crosa, Ingrid Gabrielzyk, Rosemary Carrilo- UDELAR, Diciembre 2009.
- Guías de atención a personas con Hipertensión Arterial - OMS

Treinta y Tres

Anexo 1



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA - PAE

HORA DE COMIENZO _____ HORA DE FINALIZACIÓN _____

NOMBRE _____

CI: _____ GENERO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ RAZA _____

ESTADO CIVIL _____

DIRECCIÓN _____

TEL _____ TEL. Familiar _____

PROCEDENCIA DEL USUARIO: derivado SI NO De donde _____

Iniciativa propia: SI NO _____

BARRIO _____ Material de la calle _____

Presencia de basurales: SI NO

Animales Sultos: SI NO

Iluminación: Buena Mala

Otros Factores _____

VIVIENDA TIPO: Mampostería Madera Chapa Otros

LUZ: Eléctrica Batería Otros

AGUA: Interna a la Vivienda Externa a la Vivienda

AGUA POTABLE: SI NO

SANEAMIENTO: SI NO

AGUAS SERVIDAS PRÓXIMAS A LA VIVIENDA: SI NO

VALORACIÓN:

Signos vitales: P/A _____ FC _____ FR _____ TAX _____ HGT _____

Peso _____ Talla _____ P. Cintura _____ IMC _____

Paraclínica: _____

Medicación indicada: _____

Sabe cómo tomarla: SI NO Cumple indicación médica _____

Interconsultas que ha tenido anteriormente: _____

Tipo de Alimentos y frecuencia de Consumo Semanal: Frutas _____ Verduras _____

Carnes _____ Cereales _____ Lácteos _____ Legumbres _____

Harina _____ Azúcar _____ Sal _____ Otros _____

Agua: Hasta 2 lts. _____ de 2 a 3 lts. _____ Más de 3 lts. _____

Número de Comidas Diarias: _____ Distribución _____

Restricciones Alimentarias: SI NO Cual/es _____

Cumple las restricciones: SI NO

Actividades diarias que realiza _____

Tiene plan de ejercicios diarios: SI NO

Cual: _____

Horas de sueño diurnas: _____ Horas de sueños nocturnas: _____

Con dificultades: SI NO Utiliza ayudas para dormir: SI NO

Cual/es: _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: _____

ACCIONES DE ENFERMERÍA: _____

DERIVADOS A: _____

PRÓXIMA CONSULTA: SI FECHA _____

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES UTILIZADAS

Factores de Riesgo no modificables

- Sexo
- Edad

Antecedentes Familiares

- Factores de Riesgo modificables
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial
- Dislipemia
- Tabaquismo
- Consumo de Drogas
- Consumo de alcohol
- Sobrepeso – obesidad
- Alimentación

Sexo:

Conceptualización: Clasificación del sexo masculino y femenino basados en numerosos criterios entre ellos los cromosómicos y anatómicos.

Clasificación: Cualitativa nominal

Definición Operacional: Diferencia física y constitutiva observada por el investigador.

Categorización: Masculino – Femenino

Edad:

Conceptualización: tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual.

Clasificación: Cuantitativa Continua.

Definición Operacional: Años vividos.

Categorización: De 25 a 64 años inclusive

Antecedentes familiares:

Conceptualización: Historia familiar de miembros de primera generación que ha padecido Hipertensión Arterial [Un padre o dos padres (mayor predisposición)]

Clasificación: Cualitativa nominal

Definición operacional: Presencia o no de hipertensión arterial, en familiares de primer grado referidos por el entrevistado.

Categorización: Si – No – No sabe

Hipertensión Arterial

Conceptualización: Padecimiento o no de hipertensión diagnosticada por el médico. (La HTA es una enfermedad de etiología multifactorial, controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida).

Presión Arterial: como Presión arterial Sistólica (PAS) > o = 140 y una Presión Arterial Diastólica (PAD) > o = 90

Clasificación: Cualitativa Nominal

Definición Operacional: Padecimiento o no de Hipertensión Arterial referida por el entrevistado.

Categorización: Si - No - No Sabe

Datos generales	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Norma-alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada*	≥ 140	y	< 90

PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica

*La categoría de PA se define según las cifras de PA medida en consulta con el paciente sentado y el valor más alto de PA ya sea sistólica o diastólica.

*La HTA sistólica aislada se clasifica en grado 1, 2 o 3 según los valores de PAS en los intervalos indicados.

Se emplea la misma clasificación para todas las edades a partir de los 16 años.

Diabetes Mellitus:

Conceptualización: padecimiento o no de diabetes diagnosticada por un médico. Valores normales en ayunas 70 a 100 mg/dl (La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina)

suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce – OMS)

Clasificación: Cualitativa nominal

Definición operacional: padecimiento o no de diabetes referido por el usuario.

Categorización: Si - No - No sabe

Dislipemia:

Conceptualización: Se define cuando el colesterol > 200 mg/dl.

Clasificación: Cualitativa nominal

Definición operacional: Presencia de cifras elevadas referido por el usuario.

Categorización: Si – No – No sabe

Tabaquismo:

Conceptualización: Consumo habitual de tabaco referido por el usuario

Clasificación: Cualitativa nominal

Definición operacional: Consumo de tabaco

Categorización: Si – No

Sobrepeso - Obesidad:

Conceptualización: Estado de exceso de masa de tejido adiposo.

Clasificación: Cuantitativa Continua.

Definición operacional: Se utilizara el IMC que es la relación entre el peso y el cuadrado de la altura (Kg. /m²), considerando éste mayor a 30.

Categorización:

Normo peso: (IMC) 18,5 - 24,9 Kg/m²

Sobrepeso: (IMC) 25-29 Kg/m²

Obesidad Grado I: (IMC) 30-34 Kg/m²

Obesidad Grado II: (IMC) 35- 39,9 Kg/m²

Obesidad Grado III: (IMC) > = 40

Sedentarismo:

Conceptualización: Se considera sedentario al individuo que realiza menos de 30 minutos diarios de actividad física tres veces por semana.

Clasificación: Cualitativo nominal.

Definición operacional: Ejercicios incluyendo caminatas 3 veces por semana, 30 minutos diarios con continuidad en el tiempo, considerando dicha continuidad no menor a 1 mes.

Categorización: Si – No

Alimentación:

Conceptualización: consumo de nutrientes, de alimentos naturales, agua, productos ultra procesados, consumo de sal, especificando cantidad y frecuencia.

Clasificación: Cualitativo nominal.

Categorización: Saludable- No saludable

Consumo Problemático Alcohol:

Trastorno conductual crónico manifestado por repetidas ingestas de alcohol

Clasificación: Cualitativa nominal

Definición operacional: Consumo de Alcohol

Categorización: Si – No (cantidad y frecuencia)

Consumo de drogas

Consumo repetido una o varias sustancias psicoactivas que le produce adicción e intoxicación.

Clasificación: Cualitativa nominal

Definición operacional: Consumo de drogas

Categorización: Si – No

Inicialmente se definieron algunas variables, dada la extensión se continuaran definiendo oportunamente.

Gerencia Asistencial





Administración de los
Servicios de Salud del Estado

Montevideo, 2020