



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA ADMINISTRACION



IMPACTO DEL INTERNO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: SUBPROGRAMA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

AUTORES:

Br. Frachia, Sabrina
Br. Luna, Paula
Br. Muniz, Carlos
Br. Mutter, Javier
Br. Segredo, Dayana

TUTORES:

Prof. Lic. Enf. Verde, Josefina

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

Montevideo, 2007

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la siguiente investigación es identificar el impacto asistencial del Interno de Enfermería que actúa en el Programa de HTA en el 1º nivel de atención (Policlínica de Medicina Familiar -Cooperativa de Viviendas Matriz y Textil N° 9 - C.O.V.I.M.T. N° 9-) que depende del Centro de salud Dr. Antonio Giordano.

Dicha investigación se fundamenta en que, según indicadores epidemiológicos en la estructura de la mortalidad en nuestro país la primera causa de muerte la constituyen las enfermedades cardiovasculares. Para ello el MSP tiene establecido un convenio con la Facultad de Enfermería, para desarrollar el Programa Internado donde los Internos se desempeñan en diferentes programas, siendo uno de ellos el programa de enfermedades cardiovasculares que incluye el Sub programa HTA.

Actualmente el sub programa es llevado adelante por los Internos de Licenciatura en Enfermería, asignados a través de una asamblea estudiantil a Policlínicas de Primer Nivel de Atención, que forman parte del convenio citado anteriormente.

Los Internos de Enfermería forman parte de los recursos humanos integrantes del sub programa, por lo tanto su actividad tiene la necesidad de ser evaluada, con la finalidad de contar con elementos objetivos que justifiquen su continuidad. La cátedra de Administración tiene una línea que es la medición del Impacto del Programa Internado y en ese contexto se enmarca esta investigación.

Según las conclusiones alcanzadas, se podrá establecer un juicio sobre el trabajo de los Internos y conocer el desempeño de sus funciones.

Es relevante tener en cuenta la evolución en el tiempo de: - un primer momento donde no existía la presencia del interno,- y un segundo momento con la presencia de éste, y comparando las situaciones intentaremos medir la importancia de su accionar.

Los datos que corresponden al período previo al internado no se encontraban, ya que en dicho Centro no se implementaba un programa de atención al Adulto Mayor (que incluya el sub-programa de Hipertensión) sino que la atención era a demanda sin un registro de las actividades. Se analizan entonces los datos recabados en dos períodos de tiempo:

- una situación inicial (octubre 04- abril 05) correspondiente a la primer rotación de internos en la Policlínica;
- el informe final del período de internado octubre 2005 a abril 2006.

Este análisis permitirá conocer la evolución del Programa.

Se trata de una investigación de tipo descriptivo, de corte Transversal y con fuentes de información secundaria.

Es llevada a cabo por 5 bachilleres de la carrera de Licenciatura en Enfermería y tutorado por la docente: Licenciada en enfermería Josefina Verde. Obedece en lo curricular a un trabajo de investigación final que reúna todos nuestros conocimientos y destrezas adquiridas a lo largo de nuestra carrera universitaria. Forma parte de una línea de la cátedra de Administración, donde se evaluará el impacto asistencial.

Aspiramos que se constituya éste a su vez como una base para futuras investigaciones avanzando y fortaleciendo así la atención al usuario hipertenso.

PROBLEMA

¿Cuál es el impacto asistencial del Interno de enfermería en el primer nivel de atención, en el subprograma de Hipertensión Arterial?

OBJETIVO GENERAL

-Identificar el impacto asistencial del interno de enfermería en el primer nivel de atención, dentro del modelo de atención a usuarios con Hipertensión Arterial, con el propósito de conocer sus tareas realizadas, para identificar los aciertos y aspectos a mejorar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Establecer la población beneficiada por este sub-programa.**
- **Determinar la productividad del trabajo de cada Interno con la población asignada al Sub-programa.**
- **Medir los resultados de las intervenciones de los Internos en el estado de salud de los participantes del Sub-programa.**
- **Determinar la satisfacción de la población asistida en el sub-programa.**

FUNDAMENTACIÓN y JUSTIFICACIÓN

Según datos del año 2004 de La Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, en nuestro país la primera causa de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio (CV), dando cuenta de más del 32,5 % del total de las defunciones, ascendiendo esta cifra al 43,6% en mayores de 85 años.(1).

Dentro de las enfermedades del aparato circulatorio, la hipertensión arterial (HTA) es un problema de Salud Pública que afecta a más del 20% de la población adulta.

Todos los aspectos que forman parte de los cuidados de enfermería en los pacientes con HTA surgen de las respuestas individuales de los mismos, de su familia, de su entorno y de la relación entre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

A pesar de las cifras mencionadas, no existen datos del impacto asistencial en la población del trabajo del profesional de enfermería dentro del área de enfermedades CV (entre ellas HTA) y tampoco existe en la actualidad por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) un programa de atención de salud CV.

El Comité de Expertos mencionado anteriormente recomienda que los Programas de Control de HTA deben formar parte de las estrategias para reducir el riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Estas estrategias deben incluir otros factores de riesgo mayores como: Tabaquismo, Colesterol elevado, Diabetes, etc..

Según la OMS "la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez"(2). Debemos mirar al individuo de forma global, pero a su vez se compone de distintos factores para luego abarcar cada una de las áreas del individuo.

A lo largo de nuestra carrera hemos visto diversas situaciones que involucran a este tipo de pacientes; las que junto a nuestra experiencia personal nos han movillado interiormente despertando nuestro interés y dándonos la seguridad que desde nuestro lugar dentro del equipo multidisciplinario podemos intervenir en la atención de los mismos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

El Licenciado (Interno) en enfermería posee los conocimientos necesarios para llegar a brindar una atención de forma integral. Nuestra disciplina, nos define como "profesionales universitarios que brindamos asistencia al individuo, familia y entorno a partir de la aplicación del método científico en el Proceso de Atención de Enfermería, con el fin de lograr el equilibrio biosicosocial y espiritual"(3).

Cada año los estudiantes de Licenciatura en Enfermería que están culminando su carrera, realizan 6 meses de Internado obligatorio, en el cual un gran porcentaje de ellos son asignados a través de una asamblea estudiantil a Policlínicas de Primer Nivel de Atención, que forman parte del convenio del Hospital de Clínicas con el M.S.P.. En estos Centros Sanitarios se llevan a cabo diferentes Proyectos y Programas de Atención a la Salud, como por ejemplo el Sub-programa de HTA, en el cual trabajan muchos de estos Internos de Enfermería, siendo participes activos de este programa.

Consideramos importante evaluar el trabajo realizado por dichos Internos de Enfermería, a fin de conocer el impacto que produjo su participación en el Sub-programa de HTA en la comunidad en la cual realizaron su experiencia práctica. La evaluación del impacto de los proyectos y programas sociales, es crucial para determinar los efectos de un programa y decidir si se necesitan cambios y reformulaciones para hacerlo más efectivo o si se debe ampliar, renovar, o en última instancia eliminar el financiamiento. La evaluación del impacto juega un papel fundamental porque mide los cambios en las condiciones de vida de los sujetos intervenidos y explica en qué medida estos cambios pueden ser atribuidos al programa o proyecto.

1- BACHMANN R.; GONZÁLEZ M., Promoción de la Salud Cardiovascular desde la infancia, Montevideo, Uruguay. Mayo 2006. Comisión Honoraria para la salud cardiovascular (C.H.S.CV).

2- OTTO SHIRLEY E., "Enfermería" Vol III, 3ª edición, Ed. Mosby, Madrid, 1999.

3-www.inde.edu.uy/enfer.htm.

MARCO CONCEPTUAL

El Interno de Enfermería (ver anexo 1) es el estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería el cual cursa su último año realizando una Práctica de 6 meses en un Centro Sanitario asignado por el MSP y la dirección del Hospital de Clínicas a través de una asamblea estudiantil, para lo cual, la Facultad de Enfermería realizó un Convenio con el MSP el cual establece lo siguiente:

-OBJETIVOS

- ❖ Fortalecer la formación profesional, desde el punto de vista práctico.
- ❖ Contribuir a la profesionalización de la enfermería en dependencias de ASSE, en particular en el primer nivel de atención.
- ❖ Contribuir a mejorar la calidad de la atención brindada, en particular en la ejecución y seguimiento de programas y actividades de promoción y prevención en salud.

Los resultados alcanzados hasta el momento han permitido conocer y/o reconocer los ámbitos de acción de enfermería y la trascendencia de su labor, en particular, en la promoción y prevención de la salud, tanto a nivel individual como colectivo. Esto refuerza la necesidad de capitalizar y extender su inserción al resto de las UUAA del país (lo cual debe preverse presupuestalmente), lo que sin duda redundará en una mayor satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios tanto externos como internos.

DECRETO INTERNADO de Licenciadas en Enfermería

VISTO: Lo dispuesto por el artículo 370 de la Ley N° 17296 del 21 de febrero de 2001.

RESULTANDO:

Que el mencionado artículo faculta al Ministerio de Salud Pública a contratar anualmente estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la República en carácter de "Internado".

Que es de interés del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Enfermería en el marco de sus respectivas competencias, disponer formalmente de dicho recurso en el ámbito de la red asistencial de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Enfermería (ver anexo 2):

Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico, en los diferentes niveles de atención". PLAN DE ESTUDIOS 1993. I. N. D. E.

IMPACTO

"La fuerza de una situación sobre otra, un indicador utilizado para relacionar acciones ejecutadas, con los resultados alcanzados en la práctica y en su influencia en los cambios ulteriores". Ortiz (2003). (4)

Rabazza (2003) lo define como "efecto en los individuos y en consecuencia en el rendimiento de sus organizaciones". (5)

Cabrera (2003), (6) entiende que impacto es "una situación que produce un conjunto de cambios significativos y duraderos, positivos o negativos, previstos o imprevistos, en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad".

Evaluando el Impacto asistencial del Interno de Enfermería, conoceremos si ha habido cambios (7) luego de su trabajo considerando a los "cambios" como acciones que permiten la transformación de algo particular.

4.5.6- Teóricos de Enfermería Comunitaria y de Administración. Facultad de Enfermería, 2005. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Casa Central: Jaime Cibils 2810. Montevideo. Uruguay. Teléfono: 024870043. Fax: 024870044. E-mail: cesi@inde.edu.uy. 7-Dep. de Adm. de Servicios de Enfermería, Colegio de enfermeros del Uruguay, "Manual de estándares para la acreditación de servicios de Enfermería", Mdeo., Uruguay, 2000.

Además permite conocer la calidad del trabajo, teniendo en cuenta que la "Calidad de Atención en Servicios de Salud" se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos.

La calidad implica constancia de propósito y consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio.

El **IMPACTO ASISTENCIAL (8)** es la variable fundamental de nuestro trabajo ya que a partir de ella se determinará la importancia del accionar llevado a cabo por el Interno de Enfermería dentro del sub-programa.

El análisis de la misma será llevada a cabo a través de 2 grandes grupos de indicadores de evaluación (9), los cuales son:

✓ **PROCESO:** donde medimos las actividades mediante las cuales se lleva a cabo el programa.

A su vez dentro de éste grupo se trabajará con el siguiente indicador:

Productividad: Mide la carga de trabajo. Es el número de actividades realizadas por unidad de recursos disponibles por unidad de tiempo.

Por lo tanto destacamos que la forma de operacionalizar la productividad será a través de:

- N° de consultas de enfermería realizadas
- N° de visitas domiciliarias
- N° de actividades educativas
- N° de contactos telefónicos realizados
- N° de reuniones de coordinación realizadas con los profesionales
- N° de caminatas realizadas

✓ **RESULTADOS:** donde medimos el logro de los objetivos y metas planteadas por el interno. Se refiere al resultado de las acciones de salud sobre la población objeto del mismo. Dentro de éste grupo trabajaremos con los siguientes indicadores:

Eficacia: Es el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo. Para esto será necesario medir:

- N° de usuarios que cumplen el tratamiento medicamentoso
- N° de usuarios que cumplen con el tratamiento dietético
- N° de usuarios que realizan ejercicio físico
- N° de usuarios que disminuyeron el consumo de tabaco
- N° de usuarios con I.M.C. normal
- N° de usuarios con cifras de presión arterial normal

Satisfacción: son los mecanismos que enfermería tiene para conocer los aspectos que generan determinado grado de conformidad en la población asistencial. Se medirá el punto de vista de los usuarios en cuanto a la información brindada y las actividades realizadas.

A través del grado de satisfacción de los usuarios en cuanto al accionar del Interno de Enfermería dentro del sub-programa, se conocerá la conformidad o no de los mismos con la sana presencia y el funcionar del Interno en la Policlínica.

Podemos destacar que un determinado vínculo entre Interno-usuario se relacionaría con un estímulo positivo o negativo sobre las conductas que tomen los usuarios en cuanto a posibles planteos de cambios para mejorar su estilo de vida a favor de su salud y control de su enfermedad.

8-ABDALA E. "Manual para la evaluación del Impacto en Programas para Formación para Jóvenes", OIT, 2004.

9- PABÓN: 1985, modificado. Materiales de Enseñanza. Facultad de Enfermería.

SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY

El Interno de Enfermería realiza sus actividades en distintos establecimientos de salud. En este caso el Centro de Salud en el cual trabaja, pertenece al Sistema de Salud Público, por lo cual haremos una pequeña reseña sobre los distintos Sistemas de Salud en Uruguay.

El sistema de salud en el Uruguay se caracteriza por su alto grado de fragmentación, o que desvirtúa el concepto de sistema. Esto se expresa no solo en lo que se refiere a los diversos efectores sino particularmente la naturaleza de dependencia institucional de los mismos.

La evolución histórica ha sido pautada por un alto grado de demanda constituyéndose numerosos Servicios en el ámbito de organismos públicos y privados. Dicha demanda proviene no solo de la población sino también de los distintos proveedores que ejercen una fuerte presión por la colocación de sus productos. En el sector se mueve un volumen de unos 1.800 a 2.000 millones de dólares anuales.

El subsector público del sistema de salud está compuesto por los servicios dependientes del Ministerio —prestados a través de la ASSE—, la Universidad de la República —a través del Hospital de Clínicas— los servicios de atención de salud de las intendencias municipales, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad Policial y los servicios médicos de otras entidades públicas y entes autónomos.

El subsector privado está integrado por instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), seguros parciales de salud, varios institutos de medicina altamente especializada, los consultorios médicos particulares de pago por acto, sanatorios privados y algunas compañías de seguros extranjeras.

MODELO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN HIPERTENSION ARTERIAL (Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular).

La prevención de esta enfermedad se debe realizar durante el periodo latente, que es variable en cada individuo, que puede durar años sin tener repercusión visceral.

La posibilidad del tratamiento no farmacológico o farmacológico, depende de varios factores, de modo que en algunos casos pueda ser tratada sin medicación, este ha demostrado su eficacia en el tratamiento de todo paciente hipertenso, pudiendo ser la única medida terapéutica en una gran proporción de ellos.

Estas medidas son de gran importancia, no solo porque permite el control de la hipertensión arterial, sino que contribuye a reducir otros factores de riesgos cardiovasculares, así como prevenir enfermedades cardiovasculares entre otras enfermedades crónicas. Dada esta situación, es necesario desarrollar estrategias que estén dirigidas a detectar, y tratar fundamentalmente a individuos hipertensos en una etapa inicial de la enfermedad. En esta etapa que se puede normalizar las cifras de presión arterial (P.A) con la adopción de hábitos de vida saludable o el tratamiento no farmacológico.

Este enfoque terapéutico requiere que el equipo de salud desarrolle nuevas modalidades de atención, centrada en una educación que contribuya a lograr cambios de conductas y comportamiento.

La educación del paciente y su familia debe ser el principal contenido de cada contacto. Los pacientes con conocimientos motivados tienen una mayor adherencia al tratamiento, de lo contrario es una de las principales causas de fracaso del mismo.

Estrategias

- Detectar precozmente personas con HTA.
- Implementar un programa de control y seguimiento con conserjería educativa.
- Desarrollar programas de educación grupal con participación de los hipertensos

que favorezca el aprendizaje y cambios de comportamiento.

Implementación

Incorporar en la valoración de consulta externa la toma de P.A. (aplicando la técnica corriente "como medir la P.A. para la detección de la HTA."); si se encuentran cifras de P.A. iguales o superiores a 140mmHg y 90 mmHg y menores de 180 mmHg-105 mmHg, se cita al paciente para después de 7 días, para un nuevo control, en caso que la patología por la cual consultó lo permita, realizar consejería sobre medidas no farmacológicas que corresponda al perfil de riesgo. Con cifras iguales o mayores de 180 mmHg-105 mmHg derivarlos al médico con urgencia.

Entrega de cita para primer control.

Primer control: enfermería

Control de P.A. (siguen protocolo de detección) en caso de presentar cifras de P.A. igual o superior a 140 mmHg-90 mmHg, realizar:

- A) Ficha de ingreso
- B) Consejería educativa sobre medidas no farmacológicas según perfil de riesgo.
- C) Entrega de folletería educativa.
- D) Citación para control médico.

Segundo control: medico-enfermería

- A) Valoración médica para realizar diagnóstico.
- B) Educación individual, reforzando la importancia de las medidas no farmacológicas y/o farmacológicas de acuerdo a la indicación médica y concurrencia a los controles.
- C) Citación al próximo control, en un mes o según criterio médico si se le indicaron medicamentos, o en 2 meses si el tratamiento no es farmacológico.

Tercer control: medico-enfermería

En caso que esté en tratamiento farmacológico, atención con médico y enfermería. Si el tratamiento es no farmacológico:-atención con enfermería:

- A) Evaluación del cumplimiento de tratamiento indicado
- B) Educación individual sobre aquellos hábitos o conductas que deben ser modificadas, identificando mitos o creencias que interfieran con el cumplimiento del tratamiento y en los cambios de los estilos de vida
- C) Apoyar positivamente lo que ha logrado.
- D) En los casos en que no se obtuvieron logros, identificar las causas e incentivar a un nuevo intento.
- E) Establecer compromisos en relación a:
 - disminuir el consumo de sal
 - rebajar el peso
 - disminuir el número de cigarrillos
 - aumento en la frecuencia de los

ejercicios

- F) Citación según criterio médico a control con enfermería o médico.

Cuarto control: medico-enfermería

Los contenidos serán similares a los anteriores.

- A) Control anterior según la evolución del paciente, evaluar los progresos, realizar educación y referir si se considera necesario la intervención de otros técnicos como:-Nutricionista
 - Asistente Social
 - Psicólogo, etc.
- B) En este momento se sugiere ir agrupando a los pacientes según la etapa en que se encuentren, incorporarlos a actividades educativas grupales y fomentar los grupos de autoayuda.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO **CENTRO DE SALUD Dr. ANTONIO GIORDANO.**

POLICLINICA DE HIPERTENSIÓN

Surge luego de un análisis de las patologías diagnosticadas más frecuentes en la consulta médica de adultos, determinando que aproximadamente el 45% de la población de usuarios crónicos era hipertensos.

La policlínica funciona los días viernes y martes de cada mes.

Los objetivos de la misma son: - disminuir los factores de riesgo cardiovascular en el adulto hipertenso de la población del

Centro de Salud Dr. Antonio Giordano, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad asociada a esta patología.

- Brindar información a los usuarios en temas claves para el cuidado de su salud.
- Motivar a los usuarios, a fin de que cumplan con los controles y con el tratamiento higiénico, dietético y medicamentoso.

Las actividades que se desarrollan son:

- A primera hora de la mañana tiene lugar la tarea educativa grupal, dirigida fundamentalmente a los grupos recién formados, con la participación del médico en medicina general, licenciada en enfermería, auxiliares de enfermería, internas de enfermería y asistente social.

Se tratan temas tales como tabaquismo, obesidad, diabetes, dislipemias, sedentarismo, cambios de conductas de riesgo, etc.

Es de destacar, que la dinámica empleada se basa en la participación grupal, con intercambio de ideas y opiniones de los usuarios, quienes en general manifiestan que sienten se les brinda el apoyo adecuado, más allá de una simple consulta médica.

- A segunda hora de la mañana tiene lugar la consulta médica individual.

Al final del año se realiza la evaluación de los resultados obtenidos, en base a indicadores tales como:

- Porcentaje de usuarios con cambios de conductas de riesgo.
- Porcentaje de usuarios que lograron estabilizar su presión arterial.
- Porcentaje de consultas y controles realizados.

El total de usuarios incluidos en el programa están distribuidos generalmente en una serie de grupos los cuales están clasificados según factores de riesgo cardiovascular, mediante una tabla de cálculo de riesgo por lo que existen:

- riesgo bajo (concurren cada tres meses)
- riesgo moderado (concurren cada un mes y medio)
- riesgo alto (concurren cada un mes)

Antes de ser asignado un grupo se realizan tareas educativas para luego ser clasificados.

POLICLINICA DE DETECCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

Los objetivos de la misma son:

- detectar precozmente factores de riesgo cardiovascular, en la población adulta (mayores de 18 años) presuntamente sanos, perteneciente al área de influencia del centro.

- incentivar a los hipertensos detectados a concurrir a la policlínica de HTA para su control y tratamiento.

Las actividades que se realizan se detallan a continuación:

- control de enfermería, donde se abre una ficha de detección de riesgo cardiovasculares, se brinda información individual y se controla la presión arterial.

Si las cifras halladas son \geq a 130/85-80 mmHg, y $<$ a 180/105 mmHg se cita al usuario en 7 días para un nuevo control de enfermería.

- si en el segundo control continua con cifras elevadas se deriva al médico general.

Si a las cifras mencionadas se le suma la existencia de 2 o más factores de riesgo asociados, se deriva al médico en el primer control.

Si las cifras halladas son \geq a 180/105 mmHg también se deriva directamente al médico.

Cuando corresponda el médico derivará al usuario a la policlinica de HTA.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (ver anexo 3)

La hipertensión es un trastorno de la regulación de la presión arterial, conocida como presión arterial elevada, siendo este un problema de salud nacional.

Constituyendo la causa más importante de enfermedad cardiaca, de daño cerebral agudo, de insuficiencia renal y es causante de incapacidad y muerte.

Debido a que por lo general es asintomático.

La hipertensión se desarrolla en forma "silenciosa" hasta que el Paciente experimenta síntomas que se refieren a un órgano específico ya dañado, o hasta que una revisión medica rutinaria o en un programa especial de atención de hipertensión se descubre una presión sanguínea elevada.

La OMS define "la hipertensión como una presión sistólica de 160mmhg o más y/o presión diastólica de 90mmhg o más.

Los valores que se encuentran entre lo normal y la hipertensión se consideran valores límite. A partir de los 15 años los hombres tienen presión más alta que las mujeres, excepto a los 55 años que la mujer tiene presión mas alta.

Clasificación de la presión sanguínea:

Presión sanguínea Diastólica(mmHg)	Presión sanguínea sistólica (mmHg)		
	Menor de 140	140 a 159	160 o mayor
Menor de 85	Presión normal	Hipertensión sistólica en el límite	Hipertensión sistólica aislada
85 a 89	Presión arterial algo alta pero normal	Hipertensión sistólica aislada en el límite	Hipertensión sistólica aislada
90 a 104	Hipertensión leve	Hipertensión leve	Hipertensión leve
105 a 114	Hipertensión moderada	Hipertensión moderada	Hipertensión moderada
115 o mayor	Hipertensión severa	Hipertensión severa	Hipertensión severa

La presión se basa en dos o más valores elevados, en dos o más ocasiones.

Factores de riesgo de la Hipertensión:

En la mayoría de los casos las causas de la hipertensión son desconocidas, sin embargo hay ciertos factores que pueden disponer a un paciente:

- Herencia - la hipertensión tiene componentes genéticos.
- Obesidad - en el adulto joven 20 a 30 años la obesidad es un importante factor para una HTA subsecuente.
- Desequilibrio de sodio, potasio, calcio, el exceso de ingesta de sodio puede desencadenar la HTA en una persona genéticamente susceptible. El calcio afecta las contracciones del músculo liso. Algunos autores sostienen la teoría de que un defecto en el metabolismo vascular del calcio es el causante de la vasoconstricción anormal que se observa en pacientes Hipertensos.
- Uso excesivo de alcohol, este puede aumentar progresivamente la presión diastólica y sistólica.
- La raza negra tiene el doble riesgo de HTA que la raza blanca.

La enfermedad se desarrolla más tempranamente y toma un curso severo y produce más muertes a edades más jóvenes.

Nota: debido a que el término HTA sugiere tensión nerviosa, algunos piensan que el estrés predispone a la HTA, aunque el estrés agudo físico o emocional puede elevar la presión sanguínea vascular, no se ha comprobado una relación directa entre estrés sostenido e hipertensión primaria. El vínculo entre el sistema nervioso central y la PA permanece incierto.

Clasificación de la Hipertensión:

Primaria (esencial) o Secundaria.

Un tercer tipo de hipertensión, la maligna o acelerada, se refiere a HTA severa y progresiva.

Hipertensión primaria: elevación persistente de la presión arterial de causa desconocida, abarca el 90% aproximado de todos los casos. Se caracteriza por un aumento progresivo de la presión arterial a lo largo de muchos años y generalmente no produce síntomas. La PA puede ser lábil (pasando por niveles normales y anormales) antes de fijarse en un valor elevado.

Manifestaciones clínicas: muchas veces el examen físico no nos permite identificar otra anomalía que la hipertensión pero es factible que haya cambios en la retina con hemorragias, exudado (acumulación de líquidos), estrechamiento de las arteriolas y en casos graves forma papiledema (edema del disco óptico)

Los hipertensos pueden estar asintomáticos y permanecer así durante muchos años. La aparición de los síntomas por lo general indica lesiones vasculares y las manifestaciones específicas dependen de los síntomas y aparatos que irrigan los vasos afectados.

La arteriopatía coronaria, con angina de pecho es la secuela más común en hipertensos.

La hipertrofia ventricular izquierda surge como respuesta al aumento en la carga de trabajo del ventrículo, que tiene que contraerse con más fuerza para contrarrestar la presión alta en la circulación general.

Cuando el corazón no soporta la carga de trabajo excesiva, aparece insuficiencia del mecanismo izquierdo.

Los cambios patológicos renales suelen manifestarse a través de nicturia e hiperazoemia (aumentos del nitrógeno, la urea y la creatinina).

La afección de los vasos vasculares puede originar accidentes cardiovasculares o ataques transitorios de isquemia que se manifiesta en la forma de parálisis unilateral transitorio (hemiplejía) o trastornos visuales.

Los infartos cardiovasculares son la causa del 80% de los casos de accidente cardiovasculares y ataques transitorios de isquemia en hipertensos.

Tratamiento

El objetivo es evitar la morbilidad y mortalidad asociadas mediante la obtención y mantenimiento de una presión arterial menor de 140/90 mmHg.

Se determinará por el grado de hipertensión, complicaciones, costos de los cuidados

Y calidad de vida relacionada con el tratamiento.

Ya sea farmacológico, incluyendo reducción de peso, restricción de alcohol, sal y tabaco, ejercicio y relajación, son medios definitivos todos menos el tratamiento farmacológico se deben emplear en cualquier tratamiento antihipertensivo.

Mientras que el tratamiento farmacológico se utiliza en individuo con HTA benigna con alto riesgo o cuando la presión diastólica se eleva a más de 85/89 mmHg y la sistólica a más de 130/140 mmHg.

ANTECEDENTES

Se han buscado antecedentes similares a nuestro estudio de investigación en:
-la biblioteca de la Facultad de Enfermería. La tesina que se ha encontrado se refiere a: -Estudio de factores de riesgo cardiovascular, asociado a una población hipertensa de una Institución Pública de Montevideo (Tutor Fanny Rocha).(10)
Destacamos que dicha tesina fue de utilidad en cuanto a la sistematización de las variables y a la formulación de los tipos de análisis; pero no se refieren al impacto asistencial del Interno de la licenciatura en Enfermería (o sea de nuestro mismo tema). Agregamos que en la guía de tesis, la última hace referencia al mes de junio de 2005, por lo que seguramente existan tesis del último año que no conocemos.
-También se busco a través de distintos buscadores científicos de Internet: www1.universia.net, Guiadeenfermeria.com, www.tuotromedico.com, www.abcmmedicos.com, www.goesalud.com, www.monografias.com, journal.paho.org. Con éstas palabras claves: Impacto del licenciado de enfermería, Impacto del interno de licenciatura en enfermería, Programas de HTA. En todas las direcciones hablan de la hipertensión arterial, fisiología, anatomía, fisiopatología, cuidados y tratamiento.
- Se logró encontrar un trabajo denominado "Impacto del licenciado en enfermería", en la Consulta Externa del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño, ubicado en Bellavista-Caracas", donde se realizó el estudio a 250 pacientes con HTA.(11).

Los resultados obtenidos permiten concluir que existe la necesidad de que los profesionales de enfermería incrementen su participación activa, en el desarrollo de las actividades educativas dirigidas a la prevención de la HTA, así como a la prevención de complicaciones, con la finalidad de proporcionar una atención de enfermería de calidad a los usuarios de la Consulta Externa del Hospital. Tal situación permitiría entre otras cosas prevenir complicaciones que pudieran generar secuelas transitorias y permanentes por el manejo inadecuado de la hipertensión en los pacientes que la padecen, así como mejorar su calidad de vida mediante el seguimiento de estilos de vida saludable y de autocuidados que le permitan cumplir de manera consecuente con el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Para optimizar esta participación de los profesionales de enfermería en la promoción de estilos de vida saludable, es imprescindible que estos profesionales tomen conciencia sobre la responsabilidad que implica el ejercicio de la enfermería y los diversos roles que deben cumplirse, sobre todo si se toma en consideración que son éstos, los miembros del equipo de salud que permanecen la mayor parte del tiempo con los usuarios de los centros de salud y entran en contacto con los enfermos y familiares, debiendo aprovechar cualquier oportunidad para ofrecer la información por estos requeridas para la prevención de complicaciones que pudieran derivarse del manejo inadecuado de la HTA.

Recomendaciones: A las Autoridades del Hospital "Dr. Miguel Pérez ": Diseñar e implementar planes de formación continua dirigidos a la actualización de los profesionales de enfermería que le permitan adquirir las habilidades y destrezas conceptuales, procedimentales y actitudinales que necesita para optimizar su función educativa en relación con la promoción de estilos de vida saludable en los pacientes con HTA que son atendidos en este centro de salud.

La escasez de estudios referidos a las complicaciones y manejo de la enfermedad sustentados en programas de intervención educativa justifica una vez más la necesidad de realizar trabajos en esta línea de investigación (12).

10- TESIS: -Estudio de factores de riesgo cardiovascular, asociado a una población hipertensa de una Institución Pública de Montevideo. Octubre de 1999. Montevideo, (Tutor Fanny Rocha). 11.12- Año: 2004. Autores: Barreto, Xiomara; Fermín, Oscar; Galus, Inés; Garadot, Beatriz; Mogollón, Mery; Ríos, Victoria. Disponible en: www.monografias.com

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: El estudio es de tipo descriptivo, de corte Transversal, y con fuentes de información secundaria.

Área de estudio:

La investigación se realizara en la Republica Oriental del Uruguay, en el departamento de Montevideo, en la Policlínica de Medicina Familiar (Cooperativa de Viviendas Matriz y Textil N° 9 - C.O.V.I.M.T. N° 9-) que depende del Centro de salud Dr. Antonio Giordano.

Será sujeto de estudio, la población comprendida en el sub-programa de hipertensión.

La **unidad de análisis** son los informes de los Internos.

Universe:

Toda la población comprendida en el sub programa de HTA.

Muestra:

La población comprendida en el sub-programa de hipertensión atendida por el Interno de enfermería en el servicio desde la existencia del primer Interno (octubre de 2004) hasta el último periodo de internado evaluado y disponible (mayo de 2006).

VARIABLES

DEFINICIONES CONCEPTUALES - OPERACIONALES

➤ **-Impacto en la población asistida**

Variable tipo: cualitativa nominal

Es una variable compleja, la cual para su estudio la dividimos en distintas dimensiones; siendo necesario abordarla a través de indicadores de proceso y resultado.

Definición conceptual: Situación que produce un conjunto de cambios, en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad.

Permite conocer los cambios que hubo en la población de estudio.

1-Dimensión: proceso

• **-Consultas de enfermería.**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: Encuentro del profesional con el individuo-usuario en el consultorio en el establecimiento de salud, de forma planificada con el fin de conocer, controlar, informar y capacitar a los mismos.

Definición operacional: N° de consultas informadas por los Internos.

• **-Visitas domiciliarias.**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: Encuentro del profesional con el individuo y/o familia en su domicilio personal, de forma planificada con el fin de informar y capacitar a los mismos en los cuidados pertinentes.

Definición operacional: N° de visitas informadas por los Internos.

• **-Instancias educativas individuales o grupales.**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: Encuentro del profesional con el individuo / grupo en forma planificada o espontánea, con el fin de informar y capacitar a los mismos en los cuidados pertinentes.

Definición operacional: N° de actividades educativas informadas por los Internos.

• **-Contacto telefónico.**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: disponibilidad del servicio para contactar al usuario, mediante una línea telefónica; en caso de no concurrencia a control indicado.

Definición operacional: N° de contactos informadas por los Internos.

- **-Reuniones de coordinación.**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: Reunión de los profesionales de la salud que pertenecen a determinada establecimiento, en forma planificada y organizada con la finalidad de intercambiar información sobre el funcionamiento del Centro, coordinar actividades a corto y a largo plazo, establecer propuestas, etc.

Definición operacional: N° de reuniones informadas por los Internos.

- **-Caminatas.**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: Encuentro del profesional con el/los individuo/s, en la Policlínica o sitio de recreación, de forma planificada con el fin de realizar caminatas en grupo, u otros ejercicios, para intentar la incorporación de la misma al estilo de vida de los usuarios.

Definición operacional: N° de caminatas realizadas informadas por los Internos.

2-Dimensión: resultados

- **-Valores de la presión arterial.**

Variable tipo: cuantitativa continua

Definición conceptual: Cifras de presión arterial de los usuarios del sub-programa. Esta se refiere a la fuerza que ejerce la sangre en su pasaje contra la pared de las arterias.

Definición operacional: Resultados expresados en los informes de los Internos.

Categorías: - < 135 mmHg .Presión sistólica normal.

- > = 135 mmHg .Presión sistólica elevada.

- **- Valores de Índice de Masa Corporal (IMC).**

Variable tipo: cuantitativa continua

Definición conceptual: Cifras de IMC de los usuarios. Esta está dada por la relación del peso corporal sobre la talla al cuadrado.

Definición operacional: Según los datos expresados en los informes de los Internos.

Categorías: -< 20. Bajo peso.

-20-24. Normal.

-25-30. Sobrepeso.

->= 30. Obesidad.

- **- Hábitos nocivos (Tabaquismo).**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición Conceptual: Esta determinada por el consumo o dependencia del individuo al tabaco. Esta conducta que adopta el individuo lo lleva a un deterioro de su calidad de vida.

Definición Operacional: Según los datos expresados en los informes de los Internos.

Categorías: - < = 10 cigarrillos / día

- > 10/día

- No fuma

- **- Hábitos nocivos (Alcoholismo).**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición Conceptual: Esta determinada por el consumo o dependencia del individuo al alcohol. Esta conducta que adopta el individuo lo lleva a un deterioro de su calidad de vida.

Definición Operacional: Según los datos expresados en los informes de los Internos.

Categorías: - Consumo alcohol

- No consume alcohol

- **- Cumplimiento del tratamiento dietético.**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: Manejo, control e instrucción para un correcto régimen dietético. Está determinado por el ajuste del usuario a la dieta indicada para sus requerimientos corporales y a su enfermedad.

Definición operacional: Según los datos expresados en los informes de los Internos.

Categorías: - Cumple. No consumo de sal y grasas.

- No cumple. Consumo de sal y/o grasas.

- **- Realización de actividad física.**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: Está dado por la realización del ejercicio físico (caminatas, etc.) por parte de los usuarios en su domicilio, teniendo éstos incorporadas dichas actividades a su estilo de vida.

Definición operacional: Según los datos expresados en los informes de los Internos.

Categorías: - Realiza actividad física

- No realiza actividad física

- **-Cumplimiento del tratamiento farmacológico.**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: Está determinado por el hábito de las personas de cumplir o de adherirse al tratamiento farmacológico indicado.

Definición operacional: Según los datos expresados en los informes de los Internos.

Categorías: - Cumple con el tratamiento.

- No cumple con el tratamiento.

- **-Satisfacción de los usuarios.**

Variable tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: Acciones que cubren los requerimientos de las necesidades de salud del usuario. Está dada por la expresión de satisfacción sobre el trabajo realizado con el usuario respecto a la percepción del mismo.

Definición operacional: Según los datos expresados en los informes de los Internos.

Categorías: - Satisfecho

- No satisfecho

Fuente de recolección de datos

Datos obtenidos de planillas y carpetas utilizadas por el Interno, recogidas del informe final de su trabajo en el sub-programa. El primer informe abarca el período comprendido entre octubre de 2004 a abril de 2005; y el 2º informe abarca desde octubre de 2005 a abril de 2006.

Procedimientos para la recolección de la información:

Se solicitará en la Cátedra de Administración el informe final del primer Interno que trabajó en el sub-programa de hipertensión en la Policlínica de Medicina Familiar (Cooperativa de Viviendas Matriz y Textil N° 9 - C.O.V.L.M.F. N° 9-) que depende del Centro de salud "Giordano". Del diagnóstico de situación de dicho informe se obtendrán los datos de las variables necesarias.

A la vez también se solicitará el informe final reciente de la misma Institución realizado por otro Interno. Del mismo también se obtendrán los datos de las variables a trabajar.

Para ello se formulará un instrumento (ver anexo 5), en el que quedarán establecidos los datos recabados de ambas instancias, para un posterior análisis válido y confiable.

Ante distintas dudas o aclaramiento de datos se acude con entrevistas a la docente del centro y a las Internas de los períodos en estudio.

RESULTADOS

El primer informe -como se dijo anteriormente- abarca el período comprendido entre octubre de 2004 a abril de 2005; y el 2º informe abarca el período desde octubre de 2005 a abril de 2006.

Tabla N° 1: Población del sub-programa de HTA en los períodos correspondientes al trabajo del 1º y del último Interno de Enfermería.

<i>Informe final del 1º Interno</i>		<i>Periodo actual de referencia (ultimo informe corregido)</i>	
FA 1º Informe	FR %	FA Último Informe	FR %
74	100	133	100

En el 1º informe el número de usuarios que integraban el sub-programa fue de 74, en tanto en el último informe la población fue de 133 usuarios. Implica un incremento de 59 personas en el 2º período. La gran mayoría de los usuarios del 1º período continuaron en períodos posteriores.

Grafico N° 1: Población del sub-programa de HTA en los períodos correspondientes al trabajo del 1º y del último Interno de Enfermería.

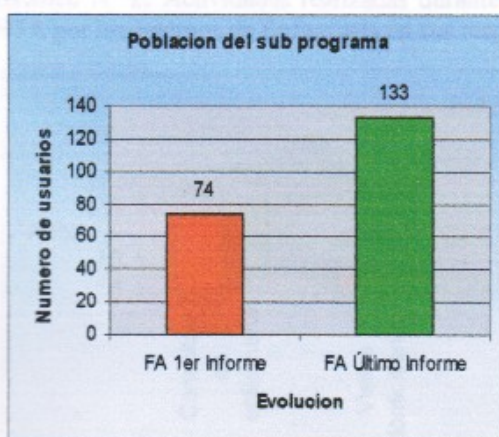


Tabla N° 2: Actividades realizadas por los Internos de Enfermería en sus respectivos períodos.

<i>Actividades realizadas</i>	<i>Informe final del 1er Interno</i>		<i>Periodo actual de referencia (ultimo informe corregido)</i>	
	FA 1º Informe	FR % *	FA Último Informe	FR % *
Consultas de enfermería	143	96,6	1128	112
Visitas domiciliarias	6	33,3	16	100
Contactos telefónicos	60	84,5	85	76,6
Instancias educativas	5	100	8	133
Caminatas	S/D	S/D	15	62,5
Reuniones coordinación	S/D	S/D	S/D	S/D

*Los porcentajes se refieren al número de actividades realizadas sobre el total de las planificadas.

El 1º Interno realizó 143 consultas de Enfermería, que se corresponden con el 96,6 % de las planificadas; en tanto que el último realizó más de las consultas

planificadas que fueron 1010, alcanzando el 112% (**ver discusión**).

También aumentó el número de visitas y actividades educativas realizadas, así como su porcentaje correspondiente entre las planificadas (con respecto a esta última incluso se superó el n° de las planificadas).

Saliendo un poco de los datos, pero aún ahondando en el trabajo de los Internos, se consultó a la docente de ese centro, quién aclaró ante nuestro interés que con seguridad las visitas realizadas por la 1^{er} Interna se enfocaron a quienes no asistieron a la consulta correspondiente que en este caso fueron 5 usuarios.

El 1^{er} Interno realizó 60 contactos telefónicos, que se corresponden con el 84,5 % de los planificados; en tanto que el último realizó el 76,6 % de los contactos planificados que fueron 85. Dichos contactos se realizan ya sea en caso de faltar a la consulta programada, o en algunos casos para coordinar la visita domiciliaria.

En el informe del 1^{er} Interno no existen datos acerca de la variable caminatas; en tanto que el último realizó 15 caminatas, que se corresponden al 62,5 % de las planificadas.

No existen datos acerca de las reuniones de coordinación tanto en el informe final del 1^{er} Interno así como en el del último, a pesar de haber existido reuniones sobre temas generales de la policlínica que no fueron registradas.

Gráfico N° 2: Actividades realizadas durante la aplicación del sub-programa de HTA por los Internos de Enfermería en sus respectivos períodos.

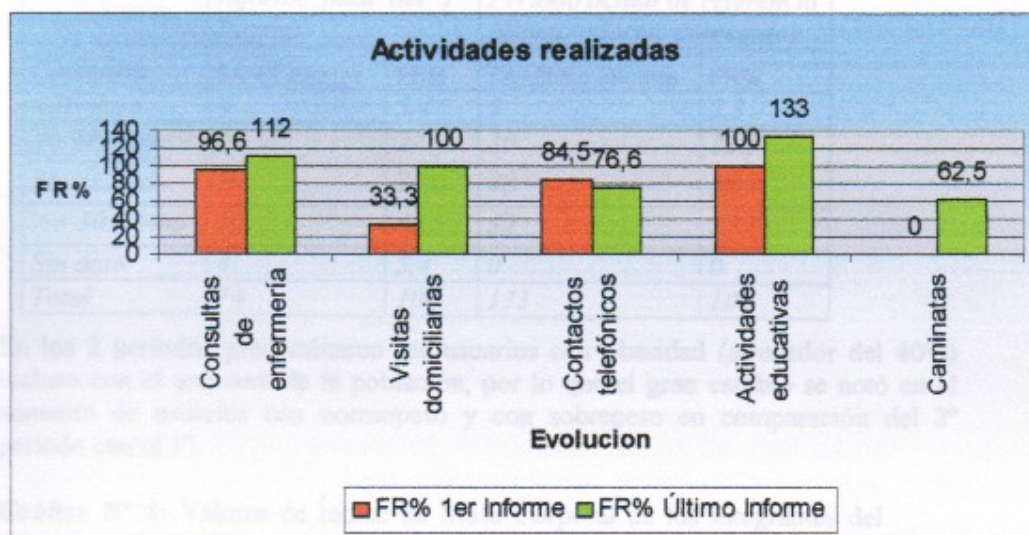


Tabla N° 3: Valores de presión arterial sistólica de los integrantes del sub-programa de HTA.

Categoría	Informe final del 1 ^{er} Interno		Período actual de referencia (último informe corregido)	
	FA 1 ^{er} Informe	FR%	FA Último Informe	FR%
<135	34	45,9	86	64,7
>= 135	39	52,7	47	35,3
Sin dato	1	1,3	0	0
Total	74	100	133	100

En el 1^{er} informe habían 34 usuarios con PAS normal (que representan el 45,9 % del total), 39 (52,7 %) con PAS elevada y 1 (1,3 %) sin datos; en tanto que en el último informe 86 (64,7 %) usuarios estaban con PAS normal y 47 (35,3 %) con PAS elevada.

Gráfico N° 3: Valores de presión arterial sistólica de los integrantes del sub-programa de HTA.

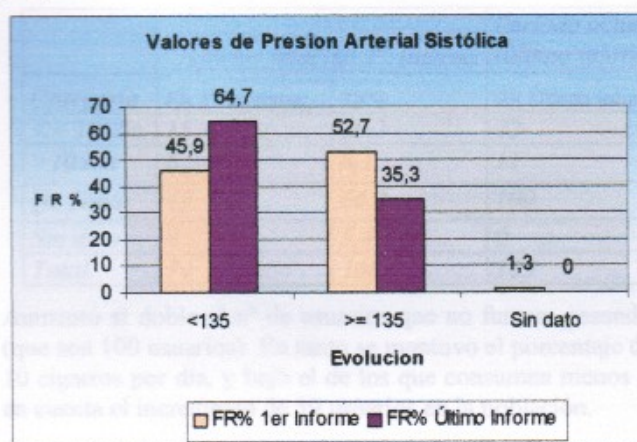


Tabla N° 4: Valores de Índice de Masa Corporal de los integrantes del sub-programa de HTA.

Categoría	Informe final del 1 ^{er} Interno		Periodo actual de referencia (último informe corregido)	
	FA 1 ^{er} Informe	FR%	FA Último Informe	FR%
<20.Bajo	4	5,4	3	2,3
20-24.Normal	20	27	30	22,5
25-30.Alto	16	21,6	48	36,1
>= 30.Obeso	30	40,5	52	39,1
Sin dato	4	5,4	0	0
Total	74	100	133	100

En los 2 periodos predominaron los usuarios con obesidad (alrededor del 40%) incluso con el aumento de la población, por lo que el gran cambio se notó en el aumento de usuarios con normopeso y con sobrepeso en comparación del 2º periodo con el 1º.

Gráfico N° 4: Valores de Índice de Masa Corporal de los integrantes del sub-programa de HTA.

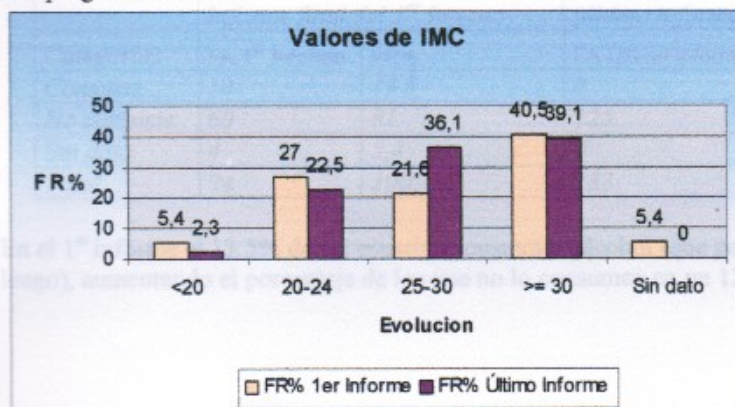


Tabla N° 5: Hábitos nocivos (tabaquismo) presentes en los integrantes del sub-programa de HTA registrado en el informe final de los Internos de Enfermería.

Categoría	Informe final del 1 ^{er} Interno		Período actual de referencia (último informe corregido)	
	FA 1 ^{er} Informe	FR%	FA Último Informe	FR%
<= 10/día	15	20,2	22	16,5
>10/día	6	8,1	11	8,3
No fuma	49	66,2	100	75,2
Sin dato	4	5,4	0	0
Total	74	100	133	100

Aumentó al doble el n° de usuarios que no fuman, pasando de un 66% a un 75% (que son 100 usuarios). En tanto se mantuvo el porcentaje de los que fuman más de 10 cigarros por día, y bajó el de los que consumen menos de 10 por día. Tenemos en cuenta el incremento de 59 usuarios en la población.

Gráfico N° 5: Hábitos nocivos (tabaquismo) presentes en los integrantes del sub-programa de HTA registrado en el informe final de los Internos de Enfermería.

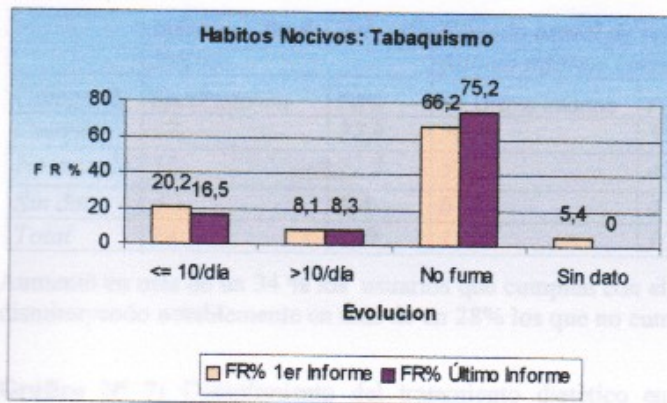


Tabla N° 6: Hábitos nocivos (alcoholismo) presentes en los integrantes del sub-programa de HTA registrado en el informe final de los Internos de Enfermería.

Categorías	Informe final del 1 ^{er} Interno		Período actual de referencia (último informe corregido)	
	FA 1 ^{er} Informe	FR%	FA Último Informe	FR%
Consume	10	13,5	8	6
No consume	60	81	125	94
Sin dato	4	5,4	0	0
Total	74	100	133	100

En el 1^{er} informe el 13,5% de los usuarios consumían alcohol (que pasó a 6% luego), aumentando el porcentaje de los que no lo consumen en un 13 %.

Gráfico N° 6: Hábitos nocivos (alcoholismo) presentes en los integrantes del subprograma de HTA registrado en el informe final de los Internos de Enfermería.

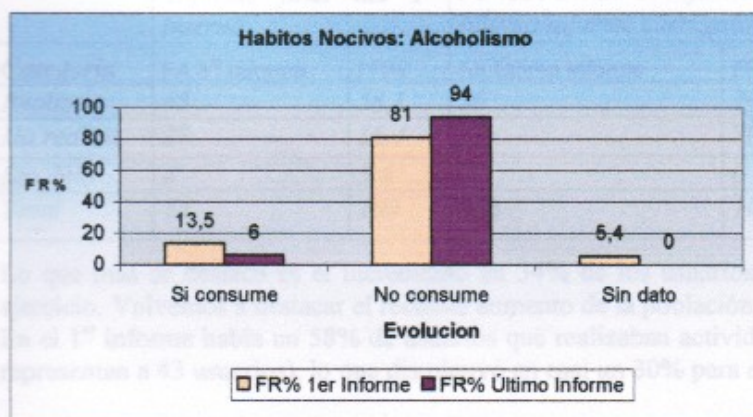


Tabla N° 7: Cumplimiento del tratamiento dietético en los integrantes del subprograma de HTA registrado en el informe final de los Internos de Enfermería.

Categoría	Informe final del 1 ^{er} Interno		Período actual de referencia (último informe corregido)	
	FA 1 ^{er} Informe	FR%	FA Último Informe	FR%
Cumple	17	22,9	76	57,2
No cumple	53	71,5	57	42,8
Sin dato	4	5,4	0	0
Total	74	100	133	100

Aumentó en más de un 34 % los usuarios que cumplen con el tratamiento dietético disminuyendo notablemente en más de un 28% los que no cumplen con la dieta.

Gráfico N° 7: Cumplimiento del tratamiento dietético en los integrantes del subprograma de HTA registrado en el informe final de los Internos de Enfermería.

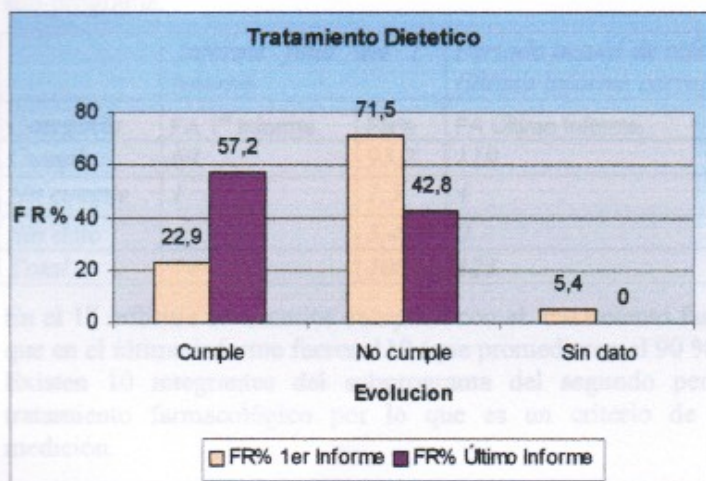


Tabla N° 8: Realización de actividades físicas en los integrantes del sub-programa.

Categoría	Informe final del 1 ^{er} Interno		Período actual de referencia (último informe corregido)	
	FA 1 ^{er} Informe	FR%	FA Último Informe	FR%
Realiza	43	58,1	39	29,3
No realiza	27	36,4	94	70,7
Sin dato	4	5,4	0	0
Total	74	100	133	100

Lo que mas se destaca es el incremento en 34% de los usuarios que no realizan ejercicio. Volvemos a destacar el reciente aumento de la población a casi el doble. En el 1^{er} informe había un 58% de usuarios que realizaban actividades físicas (que representan a 43 usuarios), lo que disminuyó en casi un 30% para el 2^o periodo.

Gráfico N° 8: Realización de actividades físicas en los integrantes del sub-programa.

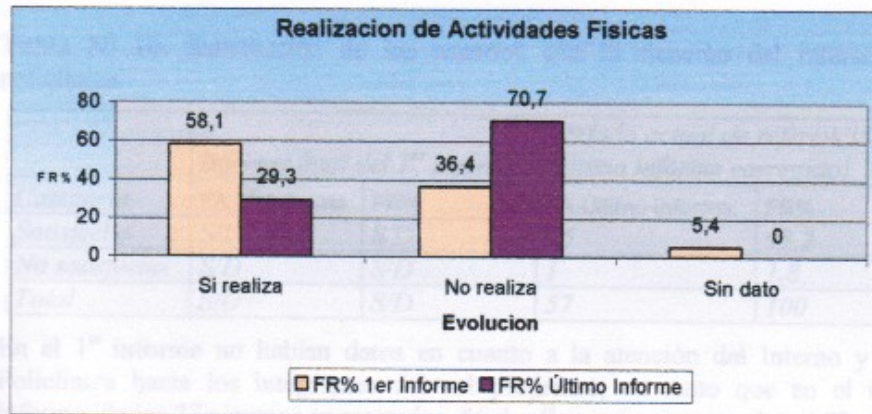


Tabla N° 9: Cumplimiento del tratamiento farmacológico en los integrantes del sub-programa.

Categoría	Informe final del 1 ^{er} Interno		Período actual de referencia (último informe corregido)	
	FA 1 ^{er} Informe	FR%	FA Último Informe	FR%
Cumple	69	93,2	119	96,7
No cumple	1	1,3	4	3,3
Sin dato	4	5,4	0	0
Total	74	100	123	100

En el 1^{er} informe 69 usuarios cumplían con el tratamiento farmacológico, en tanto que en el último informe fueron 119 (que promediaron el 90 % del total). Existen 10 integrantes del subprograma del segundo periodo que no tenían tratamiento farmacológico por lo que es un criterio de exclusión para esta medición.

Gráfico N° 9: Cumplimiento del tratamiento farmacológico en los integrantes del sub-programa.

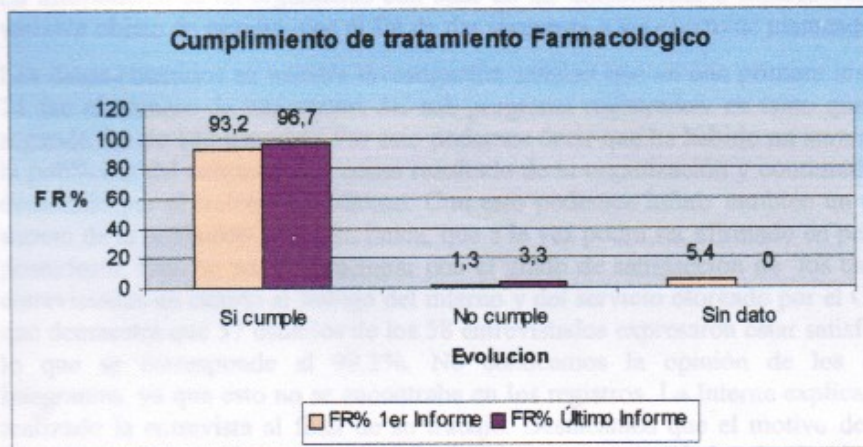
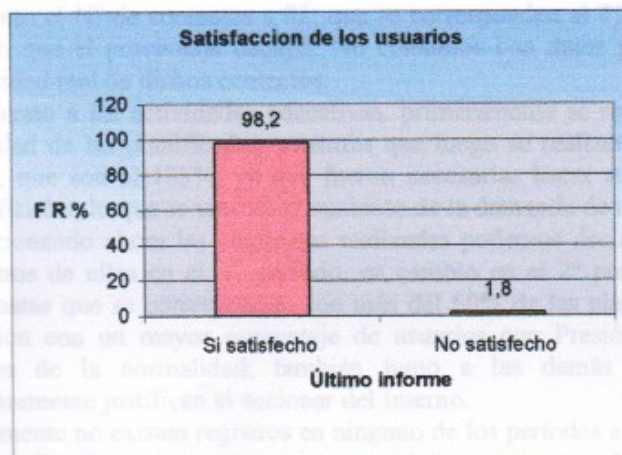


Tabla N° 10: Satisfacción de los usuarios con la atención del interno y la policlínica.

Categoría	Informe final del 1 ^{er} Interno		Período actual de referencia (último informe corregido)	
	FA 1 ^{er} Informe	FR%	FA Último Informe	FR%
Satisfecho	S/D	S/D	56	98,2
No satisfecho	S/D	S/D	1	1,8
Total	S/D	S/D	57	100

En el 1^{er} informe no habían datos en cuanto a la atención del Interno y de la Policlínica hacia los integrantes del sub-programa; en tanto que en el último informe, de los 57 usuarios encuestados, 56 de ellos que corresponden al 98,2 % se encontraban satisfechos con dicha atención y 1 (1,8 %) estaban insatisfechos. La razón expresada es la larga espera vinculada a la alta concurrencia de usuarios a la policlínica.

Gráfico N° 10: Satisfacción de los usuarios con la atención del interno y la policlínica.



DISCUSIÓN

La información se ha organizado con base en las dimensiones e indicadores de la variable objeto de estudio, con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados.

Los datos obtenidos en nuestra investigación señalan que en una primera instancia 74 fue el número de integrantes del sub-programa registrados, en tanto que en la segunda fue de 133 usuarios. Por esto podemos decir que ha habido un aumento en la población del subprograma como resultado de la organización y continuidad del desarrollo por el trabajo del Interno. Con esto podemos inferir también un mayor acceso de la población a la policlínica, que a la vez podrá ser afirmado en períodos posteriores. Esto se puede relacionar con el grado de satisfacción de los usuarios entrevistados en cuanto al trabajo del interno y del servicio otorgado por el Centro, que demuestra que 57 usuarios de los 58 entrevistados expresaron estar satisfechos, lo que se corresponde al 98,2%. No conocemos la opinión de los demás integrantes, ya que esto no se encontraba en los registros. La Interna explica haber realizado la entrevista al final de su trabajo. Destacamos que el motivo de la no satisfacción de uno de los usuarios, fue la larga espera vinculada a la alta demanda de usuarios, siendo por tanto este un aspecto a tener en cuenta.

En lo que refiere a la productividad del trabajo realizado, recordamos que previo a los períodos de internado no se contó con registros referentes a ello, donde como se dijo, la atención era a demanda sin poderse evaluar objetivamente el trabajo realizado. En el 1^{er} período se contó con datos suficientes, donde se realizaron 143 consultas de enfermería de las 148 planificadas que se corresponden con más del 95%; lo que también ocurrió en el 2^o período donde además se logró realizar 1128 de las 1010 planificadas que se corresponden al 112%. Podemos afirmar que aparte de haberse implementado dichas actividades por el 1^{er} Interno, éstas han mantenido su continuidad por el 2^{do} interno.

La entrevista realizada a la 2^{da} interna (ver anexo 14) explica que estos datos se refieren a la suma de las consultas realizadas tanto a los integrantes del sub-programa de HTA, al de Factores de Riesgo Cardiovascular, así como las demás consultas realizadas según la demanda de otros usuarios. Agrega que a la totalidad de los usuarios del sub-programa se logró hacerles un seguimiento a través de las múltiples consultas durante los 6 meses.

A la vez, en el 1^{er} período se realizaron 6 visitas domiciliarias (V.D) que corresponden a 1/3 de las planificadas, mejorando en el 2^o período a 16 V.D que fueron el 100% de las planificadas.

En lo que refiere a los contactos telefónicos en una 1^a instancia se realizaron 60, que corresponden al 85% de los planificados, y luego en una 2^a instancia se aumentó el N^o de contactos a 85, que se corresponden al 77% de los planificados por lo que el porcentaje decayó. No contamos con datos para poder conocer la necesidad real de dichos contactos.

En cuanto a las actividades educativas, primeramente se realizaron 5, que son la totalidad de las planificadas; mientras que luego se realizaron algunas más (8 en total), que son el 133%, ya que fueron necesarias hacer actividades extras a las planificadas, lo que se vincula al aumento de la demanda de usuarios.

Relacionando ahora las caminatas realizadas podemos decir que tampoco existen registros de ellas en el 1^{er} período, en cambio en el 2^o período se realizaron 15 caminatas que se corresponden con más del 60% de las planificadas, lo que tiene relación con un mayor porcentaje de usuarios con Presión arterial sistólica en rangos de la normalidad; también junto a las demás actividades referidas anteriormente justifican el accionar del Interno.

Finalmente no existen registros en ninguno de los períodos a cerca de las reuniones de coordinación, pero conocemos que existen reuniones sobre temas generales de la policlínica que no fueron registradas (según entrevista con una de las Internas). En la entrevista realizada a la docente del centro (ver anexo 14), se nos informa que las diferencias en la productividad se deben a que la 1^{er} Interna fue pionera en

la policlínica, con la organización del sub-programa, donde los primeros 3 meses de internado se apuntó mayormente a la captación de los usuarios.

En lo que refiere a los resultados del trabajo realizado podemos señalar que aumentó el porcentaje de usuarios con valores de PA sistólica en rangos de normalidad en un 19%. Todo esto es aún más importante al relacionarlo con el aumento de la población a casi el doble, así como a las tareas llevadas a cabo en general por el Interno. Estos datos son muy favorables para la población, aún más si lo vinculamos con el aumento en las actividades como caminatas, instancias educativas y visitas que juntas se potencian a sí mismas.

En cuanto al IMC destacamos que también bajó el porcentaje de usuarios con normopeso (a pesar del ascenso en el n°), siendo esto negativo; se mantuvo el nivel de personas con obesidad; en tanto que el ascenso del porcentaje de usuarios con sobrepeso está vinculado al mayor N° de usuarios captados por el Interno con obesidad y a la difusión de su trabajo, aunque no deja de ser un aspecto a tener en cuenta para continuar trabajando tomando como medidas los lineamientos necesarios para la población del subprograma.

Con respecto a los hábitos nocivos, aumentó a un 75% los usuarios que no fuman lo que lo podríamos vincular con las nuevas medidas del Gobierno y también con las actividades educativas y la promoción por parte del Interno y del equipo que lo acompaña.

Lo mismo ha ocurrido en lo referente al alcohol ya que se duplicó el N° de usuarios que no consumen alcanzando el 94%, a lo que se le agrega que existen apenas 8 usuarios que lo consumen, siendo este un aspecto importante a destacar.

Otros de los aspectos con gran repercusión que merece especificar, ha sido la importante adhesión y cumplimiento del tratamiento dietético ya que primeramente solo el 23% lo hacía, en cambio en el último período casi el 60% de los integrantes lo cumplía. Creemos que estos resultados pueden reflejar el abordaje realizado por los internos.

Contamos con similares datos con respecto al tratamiento medicamentoso aunque en este caso el cambio no llegó a puntos tan elevados. De todas formas casi el 96% cumple con el tratamiento farmacológico. Tanto la adhesión al tratamiento dietético como al farmacológico demuestra el accionar del equipo que se refleja en las conductas propias del usuario. El otro de los pilares a tener en cuenta pero sin haber tenido gran respuesta ha sido la realización de la actividad física por parte de la población ya que ha ascendido el porcentaje de quienes no realizan dichas actividades, seguramente por el reciente ingreso al subprograma, que implica la necesidad de los Internos de trabajar con los nuevos integrantes, para que a través de su función se llegue a lograr el cambio de hábito en ellos.

CONCLUSIONES

Como se ha explicado, el subprograma de HTA conjuntamente con el subprograma Factores de Riesgo Cardiovasculares forman parte del programa Salud Cardiovascular.

- Ha sido puesto en práctica en la Policlínica de Salud Familiar COVIMT N° 9 en el año 2004 por el 1° Interno de Licenciatura en Enfermería que trabajó en dicho centro, para luego haber tenido continuidad por otros Internos, incluso actualmente al momento de realizarse dicho informe.

- Anteriormente a estos períodos no existen registros acerca de la puesta en acción del subprograma, con sus lineamientos y recursos que lo forman. Por lo contrario, se conoce que la atención brindada por el personal de salud de la Policlínica era a demanda, tanto en la atención de la población hipertensa así como a los usuarios en general de la institución.

- Por lo tanto ha sido de enorme importancia y trascendencia la labor de los Internos, tanto el que se corresponde con el 1° período en estudio (por haber modificado favorablemente una situación inicial) así como el incluido en el período actual (por haber continuado el trabajo, ampliar su espectro de acción y superar los niveles de positividad en cuanto a los datos de cada actividad).

- Cabe destacar como limitación, que en un primer momento el grupo se había enfocado hacia otra institución (Centro Dr. A. Giordano) pero como no existían insumos necesarios para el estudio, nos proyectamos hacia el centro en cuestión (COVIMT N° 9) que depende del centro inicial y hacia donde había sido derivado el trabajo del Interno con el fin de mejorar una situación inicial y donde además su función sería pionera en muchos aspectos.

- A través de los registros de enfermería, tenemos accesibilidad no solo para conocer el desempeño de la gestión del Interno y del equipo de salud que este integra, sino que además permite comparar distintos períodos y situaciones, con la finalidad sobreagregada de trabajar en aspectos negativos, fortaleciendo los logros y siendo capaz de ser críticos ante diversas situaciones vividas, que potencialmente pueden ser obstaculizadoras.

- Existen una serie de actividades llevadas a cabo por el Interno, como ser consultas de enfermería, visitas domiciliarias, actividades educativas, contactos telefónicos y caminatas; que son ampliamente favorecedoras para el logro de los objetivos del subprograma en particular y de la satisfacción de los usuarios sobre quienes se actúa, aún más en un Primer Nivel de Atención, donde se trabaja en la comunidad. Con estas actividades se potencia la atención de enfermería para dejar de lado el trabajo puramente a demanda para pasar a ser metódico, organizado y avalado.

- Más precisamente en lo que refiere a los objetivos propiamente establecidos del subprograma como son valores de PA, IMC, hábitos nocivos como tabaquismo y alcoholismo, tratamiento dietético y farmacológico, y actividad física; encontramos que en líneas generales y sin perder de vista el gran aumento de la población que lo integra, han sido muy positivos los datos recabados. Dichos datos son favorecedores en cuanto a la comparación con los registros anteriores recabados, y más aún, si lo contrastamos con una situación inicial de la Policlínica donde no se contaba con ellos, dejando en claro las actividades hechas por el Interno con sus respectivos registros, que de otra forma no tendrían validez demostrable. Los datos encontrados van íntimamente relacionados con la mejoría de la calidad de vida y descenso de la mortalidad en la población hipertensa.

- Por último como gran parámetro a destacar, es la evidencia que casi la totalidad de los usuarios entrevistados se mostraron satisfechos con el trabajo del Interno y de la Policlínica desde la derivación de este a ella.

- Existen aspectos a mejorar que se podrían lograr abordar interdisciplinariamente, como el hecho de la realización de actividades físicas de los usuarios en su hogar evitando el sedentarismo, así como distintas situaciones estresantes que interfieren en el bienestar personal.

- Por lo tanto demostramos que, a través de las variables estudiadas y luego de los datos que hemos obtenido, el Interno ha conseguido lograr un impacto favorable en la población integrante del subprograma que ha sido medida con distintos indicadores, justificando y señalando la importancia del Interno (Lic.) en Enfermería en este ámbito, a través de acciones enfocadas a la promoción más que nada y a la prevención aplicando el Proceso de Atención de Enfermería.
- Es fundamental como recomendación, continuar con un seguimiento del subprograma en base a las acciones realizadas por el Interno, para así analizar oportunamente los resultados y evaluando los objetivos y actividades; y como sugerencia la realización y registro de las reuniones interdisciplinarias enmarcadas dentro del trabajo de la policlínica y del subprograma.

BIBLIOGRAFÍA

CARLEVARO. P. V., "El Protocolo de la investigación", Revista medica del Uruguay Vol. 1, Nº 1, 1985.

DE CANALES F., DE ALVARADO E., DE PINEDA E., "Metodología de la investigación", LIMUSA, 2000.

HERNANDEZ – FERNÁNDEZ – BAPTISTA, "Metodología de la investigación", Ed. McGRAW-HILL, México, 1996.

IMPASA., Policlínica de hipertensión arterial, hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular, 2001.

MARRINER T., "Modelos y teorías de enfermería", 3º edición, Ed. Mosby, Madrid, 1998.

MARIO TAMAYO Y TAMAYO., "El proceso de la investigación científica". Fundamentos de investigación-manual de evaluación de proyectos, 2da edición, Ed. LIMUSA, Cofombia.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP). "Temas de Medicina preventiva y social. Uruguay 1993.

OREM, D. E. (1991). Nursing: Concepts Of Practice, San Luis Mosby, Cap. 14, pág.288.

POLIT, HUNGLER "Investigación científica en ciencias de la salud", 6º edición, McGRAW-Hill Interamericana, México, Julio de 2000.

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

ANEXOS

ANEXO N° 1

El Interno de Enfermería es el estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería el cual cursa su último año realizando una Práctica de 6 meses en un Centro Sanitario asignado por el MSP y la dirección del Hospital de Clínicas a través de una asamblea estudiantil, para lo cual, la Facultad de Enfermería realizó un Convenio con el MSP el cual establece lo siguiente:

1-MARCO DE REFERENCIA

El "Ciclo de Internado Obligatorio" se encuentra previsto en el Plan de Estudios de la Licenciatura de Enfermería de 1993. Este ciclo se ubica en el último año de la carrera y tiene una duración de 6 meses.

Por Ley 17.296, artículo 370 se faculta al Ministerio de Salud Pública a contratar estudiantes de enfermería en régimen de internado.

Por Decreto del P.E. de fecha 8 de febrero de 2003, se reglamenta el mismo y en su marco, se implanta en las Unidades Asistenciales del primer nivel de atención de Montevideo e Interior, el 1° de abril del año 2003.

La Comisión Mixta ASSE-INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA, de acuerdo a la normativa vigente, ha establecido los requisitos mínimos necesarios (de infraestructura y funcionamiento) para habilitar a una Unidad Asistencial a recibir Internos de Enfermería.

2-OBJETIVOS

- ❖ Fortalecer la formación profesional, desde el punto de vista práctico.
- ❖ Contribuir a la profesionalización de la enfermería en dependencias de ASSE, en particular en el primer nivel de atención.
- ❖ Contribuir a mejorar la calidad de la atención brindada, en particular en la ejecución y seguimiento de programas y actividades de promoción y prevención en salud.

3-ACTIVIDADES realizadas vinculadas a la gestión del Internado en el periodo 2003-2004.

Respecto a la programación:

- ❖ Definir los criterios y requisitos que deben cumplir los UJAA para incorporarse a la experiencia.
- ❖ Acordar áreas programáticas de inserción del Interno, en el marco de las prioridades definidas por el MSP-ASSE.
- ❖ Seleccionar las UJAA a incorporarse al programa teniendo en cuenta:
 - Las prioridades de atención de la población usuaria de ASSE en el primer nivel de atención
 - La capacidad actual de supervisión en la oferta de servicios a ese nivel.
 - La capacidad de tutoría en la formación del interno por parte del Instituto Nacional de Enfermería.

Respecto a la capacitación de los supervisores:

- Realizar jornadas de capacitación docente dirigidas a las Licenciadas de Enfermería de ASSE designadas para la supervisión operativa del Internado, previo el inicio de cada generación. En total 2, en marzo de los años 2003 y 2004.

Respecto a la supervisión y evaluación del Internado:

- ❖ Realizar visitas de supervisión y evaluación periódicas a las Unidades incluidas en la experiencia y de otras aspirantes de ser incorporadas a la experiencia. (Año 2003-2004).

❖ Realizar jornadas de evaluación antes de iniciar y al final de cada rotación con objetivo específico de compartir las experiencias vividas, proponer ajustes y/o cambios. (Nov. 2003).

❖ Organizar y supervisar la presentación y difusión de las experiencias y sus resultados por parte de los Internos, a actores locales y autoridades de ambas instituciones (en este caso con la presentación de las experiencias seleccionadas por el equipo docente).

4- COMENTARIOS

Esta experiencia ha sido largamente anhelada por la Facultad de Enfermería y ASSE. Con ella se aspira a:

❖ Mejorar la Calidad Asistencial de los servicios de ASSE, con la incorporación de personal capacitado.

❖ Fortalecer la gestión y capacidad de resolución del Primer Nivel de Atención, con vistas a generar y contribuir al cambio y reorientación del modelo de atención.

Los resultados alcanzados hasta el momento han permitido conocer y/o reconocer los ámbitos de acción de enfermería y la trascendencia de su labor, en particular, en la promoción y prevención de la salud, tanto a nivel individual como colectivo. Esto refuerza la necesidad de capitalizar y extender su inserción al resto de las UUAA del país (lo cual debe preverse presupuestalmente), lo que sin duda redundara en una mayor satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios tanto externos como internos.

DECRETO INTERNADO de Licenciadas en Enfermería.

VISTO: Lo dispuesto por el artículo 370 de la Ley N° 17296 del 21 de febrero de 2001.

RESULTANDO:

10. Que el mencionado artículo faculta al Ministerio de Salud Pública a contratar anualmente estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la República en carácter de "Internado".

11. Que es de interés del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Enfermería en el marco de sus respectivas competencias, disponer formalmente de dicho recurso en el ámbito de la red asistencial de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

CONSIDERANDO:

Que es necesario reglamentar lo dispuesto en tal sentido por la ley 17296.

ATENTO:

A lo precedentemente expuesto;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA

Artículo 1°. El Ministerio de Salud Pública fijará anualmente la distribución de las plazas asignadas, cuyo número no será superior a 100, entre las Unidades que integran la red asistencial de la Administración Nacional de Servicios del Estado, priorizando las correspondientes al primer nivel de atención.

Artículo 2°. La duración del internado de enfermería será de 6 meses, con fecha de inicio en los meses de abril y octubre de cada año.

Artículo 3°. El régimen de internado tendrá una carga horaria de 30 horas semanales en funciones asistenciales, percibiendo por tal concepto mensualmente una partida nominal de \$ 2700. Este monto podrá ser actualizado por el Ministerio de Salud Pública en el mismo porcentaje que la retribución de los funcionarios públicos.

Artículo 4°. Podrán acceder a estos puestos los estudiantes de la mencionada

licenciatura, que hayan aprobado en forma completa el tercer ciclo del plan de estudios vigentes.

Artículo 5°. El orden de procedencia para la elección de puestos de trabajo será determinado por concurso de escolaridad, que realizara el Instituto Nacional de Enfermería de la Universidad de la República con la participación de un delegado de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Artículo 6°. La designación de internos será realizada mediante Resolución Ministerial, por un periodo de 6 meses, el que podrá prorrogarse por 6 meses mas y por única vez y solo cuando el numero de plazas disponibles, exceda el numero de postulantes.

Artículo 7°. La selección de temas o áreas de investigación a abordar por el estudiante, de acuerdo a las exigencias curriculares deben coincidir con el interés de la unidad asistencial en la que se desempeña el interno y por lo tanto contar con la aprobación del supervisor.

Artículo 8°. La supervisión y evaluación del desempeño de los internos se realizara en forma conjunta entre el Licenciado de Enfermería de la unidad respectiva y los docentes del Instituto Nacional de Enfermería que coordinan el Programa del Internado.

Artículo 9°. Comuníquese, publíquese.....El Estudiante de Enfermería tiene como objetivo final ser responsable de la planificación, la administración, y la evaluación de los servicios de enfermería en todas las circunstancias, teniendo como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, su rehabilitación y la integración al equipo sanitario.

ANEXO N° 2

La Enfermería y el desempeño como profesional.

¿Que es la Enfermería?

Es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad del ser humano (persona – familia, grupo población). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio – sico – social. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

ANEXO N° 3

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Mecanismos reguladores de la presión sanguínea:

La hipertensión indica alteración de la regulación de la presión arterial, es decir, la presión que ejerce la sangre sobre los vasos sanguíneos al fluir a través de ellos.

La presión arterial depende de:

Volumen sanguíneo- el corazón influye sobre el volumen sanguíneo regulando el gasto cardíaco (que es el volumen de sangre expulsado cada minuto por el ventrículo izquierdo hacia la aorta) es el determinante principal de la presión arterial entonces el gasto cardíaco depende de la frecuencia cardíaca y del volumen de sangre que expulsa el corazón en cada latido.

Los Riñones: ayudan a controlar el volumen de sangre, regulando los niveles de sodio y agua .La retención de sodio y agua aumenta el volumen sanguíneo y por lo tanto la presión arterial.

Si la presión sube mucho, los riñones secretan sodio y el exceso de agua y la presión arterial desciende hasta valores normales.

Resistencia vascular: es el mayor determinante de la presión diastólica que depende principalmente de la resistencia vascular arteriolar (el rozamiento entre la sangre en movimiento y las paredes arteriolas), la viscosidad sanguínea, el tamaño de los vasos y el diámetro de la pared de los vasos.

Para controlar el volumen sanguíneo y la resistencia vascular intervienen mecanismos neurales, hormonales y físicos que aseguran un flujo apropiado a todos los órganos en el momento preciso.

Registro de la presión a través de los vasos sanguíneos:

La sangre que pasa a través de los vasos sanguíneos circula por cinco tipos de vasos: arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas. El flujo sanguíneo aórtico casi no encuentra resistencia vascular; la presión arterial media permanece en los 100 mmHg, pero la resistencia periférica aumenta lo suficiente en las arteriolas (de mucho menor tamaño) para reducir la presión de 85mmhg.

Cuando la sangre cruza de las arteriolas a los capilares, la resistencia vascular se eleva más, o cual reduce la presión a 35mmhg.

El intercambio óptimo de nutrientes y de gases requiere esta baja de presión.

La presión sanguínea es de solo 15mmhg cuando la sangre inicia su retorno al corazón, desciende aun más a pesar de que aumenta continuamente el diámetro venoso.

Esta reducción se produce porque la presión de los tejidos circundantes hace que se colapsen las venas.

La estructura de los vasos refleja estas diferencias de presión.

- las arterias tienen paredes musculares gruesas para poder adaptarse al flujo sanguíneo rápido y a la presión alta.
- las arteriolas tienen paredes delgadas que se estrechan o se dilatan cuando es necesario, para controlar el flujo sanguíneo hacia los capilares.
- Las paredes de los capilares solo tienen una capa de células epiteliales.
- Las vénulas poseen paredes más delgadas que las arteriolas y acumulan sangre de los capilares. igualmente las venas tienen paredes más delgadas que las arterias pero mayor diámetro, por que el retorno venoso sanguíneo al corazón requiere de una presión disminuida.
- Las venas tienen válvulas, las válvulas de las piernas, brazos y cuello se abren en dirección del flujo sanguíneo para evitar que el flujo retroceda.

Los reguladores neurales incluyen los barorreceptores y los quimiorreceptores.

Barorreceptores: son las terminaciones nerviosas existentes en los vasos sanguíneos, responden a las distensiones de la pared de los vasos. Se encuentran en las paredes de la arteria carótida interna (en los senos carotídeos, justo por encima de la bifurcación de la carótida), en las paredes de los arcos aórticos y en las mayores arterias del cuello y del tórax. Cuando las paredes de estos vasos se distienden como respuesta al aumento de l volumen sanguíneo, los Barorreceptores envían una señal al sistema nervioso central para inhibir el centro vasoconstrictor del bulbo raquídeo y para estimular el centro vagal.

Esto produce vaso dilatación periférica, disminución de la frecuencia cardíaca y contracciones vigorosas con una disminución correspondiente en la presión arterial. Cuando los barorreceptores detectan disminución de volumen sanguíneo, inducen vasoconstricción periférica, aumentando la frecuencia cardíaca y contracciones más vigorosas con un correspondiente aumento de la presión arterial.

Los barorreceptores responden rápidamente a cambios ligeros de la presión arterial, pero generalmente no responden a niveles de presión altos después de uno o más días por lo tanto no controlan de manera efectiva cambios en la presión arterial de un paciente con hipertensión crónica.

Quimiorreceptores: son terminaciones nerviosas en las paredes de la arteria carótida, aorta y bulbo raquídeo, que responden a niveles anormalmente bajos de oxígeno y bióxido de carbono en sangre.

Los quimiorreceptores estimulan el sistema nervioso simpático e inhiben la actividad del parasimpático causando un aumento reflejo de la presión sanguínea.

Reguladores hormonales:

— Norepinefrina y Epinefrina secretados por las glándulas suprarrenales.

— Renina secretada por las células yuxtaglomerulares del riñón con formación subsecuente de Angiotensina 1 y 2

Hormona antidiurética (HDA) secretada por el hipotálamo.

Prostaglandinas secretada en diferentes tejidos corporales.

La estimulación del Sistema Nervioso simpático hace que la medula suprarrenal libere Norepinefrina y Epinefrina, estas hormonas producen efectos similares a la estimulación cardiovascular directa de sistema nervioso simpático, como son aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión sanguínea, del automatismo y de la contractilidad. Logran su efecto estimulando los receptores alfa y beta del sistema nervioso simpático a través de la musculatura vascular.

La estimulación alfa produce vasoconstricción, la estimulación beta produce vasodilatación

Renina: su secreción depende del grado de perfusión de las arteriolas renales aferentes, la disminución del flujo sanguíneo a través de los riñones provoca la secreción de renina, que después actúa sobre la proteína plasmática, el angiotensinógeno para producir angiotensina 1, cuando la sangre que contiene esta hormona llega a los pulmones, una enzima que hay en los pequeños vasos del pulmón cataliza su conversión a Angiotensina 2.

La Angiotensina 2 produce constricción de las arteriolas (eleva la presión arterial) y de las venas (promueve el retorno venoso al corazón y suministra sangre adicional para bombear en contra de la PA).

La Angiotensina 2 también influye sobre los riñones directamente disminuyendo la secreción de agua y sodio y haciendo que la corteza suprarrenal secrete Aldosterona, lo cual reduce posteriormente la excreción de sodio y agua.

Este completo proceso generalmente expande el volumen sanguíneo y eleva la presión sanguínea.

El hipotálamo responde al descenso de la PA secretando HAD. Esta sustancia actúa sobre los túbulos renales para prevenir la retención de agua que a su vez aumenta el volumen plasmático y así aumenta la resistencia periférica y la presión arterial.

Varias prostaglandinas que son sustancias parecidas a las hormonas y que se encuentran en muchos tejidos del cuerpo, en general las prostaglandinas A y E dilatan las arterias y las venas (parece ser que la Prostaglandina E2 actúa como un vasodilatador en el riñón) al inhibir el sistema Renina / Angiotensina / Aldosterona la Prostaglandina F produce constricción venosa.

Sistema Feedback Renina / Angiotensina / Aldosterona:

Es un importante sistema homeostático que regula la presión sanguínea y los niveles de sodio y agua y funciona así: -Las células yuxtglomerulares de los glomérulos del riñón secretan renina hacia la sangre.

El nivel de secreción de renina depende del grado de perfusión de las arteriolas renales aferentes y de los niveles de sodio sérico.

Niveles bajos de sodio sérico y presión de perfusión bajos (como en la hipovolemia) aumenta la excreción de renina.

Niveles altos de sodio sérico y presión de perfusión elevados (como en la hipervolemia) disminuye la secreción de renina.

En el hígado la renina convierte el angiotensinógeno en angiotensina 1, cuando esta alcanza los pulmones se convierte en angiotensina 2, que es unipotente vasoconstrictor, que actúa sobre la corteza Suprarrenal y estimula la producción de aldosterona, la cual después actúa sobre las células yuxtglomerulares para estimular o deprimir la secreción de renina, completando así el ciclo de Feedback.

Los reguladores físicos de la presión sanguínea incluyen relajación y salida de líquido capilar. Estos mecanismos tardan más tiempo en producir y en ejercer su efecto que los reguladores hormonales y neurales.

La relajación permite al vas sanguíneo compensar un repentino cambio en el volumen y en la presión ajustando su diámetro sin prolongarlo, ni prolongar los cambios de tensión.

Los aumentos rápidos de volumen y de presión llevan a la distensión pero solo a un incremento transitorio de tensión; las reducciones rápidas de volumen y de la presión producen acortamiento vascular pero solo una reducción transitoria de la tensión.

La salida de líquido capilar es un mecanismo compensador y regula el intercambio de líquido a través de las membranas capilares como respuesta a cambios en la presión arterial. Con una elevación aguda de la presión; aumenta la presión hidrostática capilar haciendo que pase líquido a los espacios intersticiales, con menor volumen de líquido circulante, la PA desciende.

Con una disminución aguda de la presión baja la presión hidrostática capilar, comportando un aumento del volumen circulatorio y la elevación correspondiente de la PA.

Consideraciones gerontológicas: las modificaciones estructurales y funcionales en el sistema vascular periférico dan lugar a los cambios en la presión sanguínea que ocurren con la edad los cuales son arteriosclerosis, pérdida de la elasticidad en el tejido conectivo y menor relajación del músculo vascular liso, lo cual disminuye la capacidad que tienen los vasos de distenderse y retraerse. Por lo tanto la aorta y las arterias grandes pierden su habilidad para acomodar el volumen de sangre bombeada por el corazón, se baja el gasto cardíaco y aumenta la resistencia periférica.

Como la hipertensión lesiona los vasos sanguíneos:

La lesión vascular se inicia en las arteriolas, en las áreas donde alternan la dilatación y la constricción. El aumento de la presión intraarterial lesiona el endotelio. Independientemente, la angiotensina provoca contracción de la pared endotelial, permitiendo al plasma escapar a través de los espacios interendoteliales. Finalmente, los constituyentes del plasma que se depositan en la pared del vaso producen necrosis de la capa media.

ANEXO N° 4

POLICLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (IMPASA).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO UNO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

AUTORES

LE. OLGA ARAUJO

LE. ROSARIO MIRABALLES

LE. ALICIA PEPE

LE. MARTHA RODRIGUEZ

OBJETIVO GENERAL

Brindar una atención de enfermería especializada en hipertensión arterial, dirigida a los socios de IMPASA, con el fin de reducir el riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular.

MARCO CONCEPTUAL

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el Uruguay. Fallecen 30 personas diariamente, se gasta por este concepto en forma directa o indirecta el 2% del PBI.

Cuando se suman varios factores de riesgo, se aumenta el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares graves.

Los factores de riesgo pueden ser de 2 tipos, los no modificables y los modificables.

Los no modificables son la edad, el sexo, la raza y la herencia.

Los factores modificables son fundamentalmente la HTA, las dislipemias, el sedentarismo, la diabetes, la obesidad, el estrés y la depresión.

Estas afecciones se pueden prevenir o controlar en su inmensa mayoría, y muchas de sus complicaciones se pueden corregir.

La HTA es una elevación intermitente o continua de la presión sanguínea sistólica o diastólica.

Aprox. en un 90 % de los casos de HTA se desconoce la causa; a este tipo de presión se la conoce con el nombre de Hipertensión arterial primaria o esencial. Según el concepto de HTA (setiembre de 2000), la presión óptima debe ser menor o igual a 140/90 mmHg y según las recomendaciones del grupo multidisciplinario de riesgo cardiovascular absoluto (1999) es de 135/85 mm Hg.

MARCO REFERENCIAL

En el año 1996 se realizó un proyecto cuyo objetivo era:

“Crear un servicio de enfermería especializada para mejorar la calidad de atención del socio de IMPASA que padece HTA, facilitando su control y prevención”.

En setiembre de ese año se concretó dicho proyecto y se da apertura a la policlínica que se ubica en plante baja del sanatorio.

Es un consultorio que cuenta con un área de recepción donde se realiza la entrevista, se controlan las cifras tensionales y un sector donde se realizan medidas antropométricas que también cuenta con una camilla para situaciones de urgencia.

Actualmente se lleva registro de los datos recabados en una computadora que aún no está ligada a la red sanatorial.

El horario de funcionamiento es de 9 a 18 hs. de lunes a viernes divididos en 3 turnos, atendidos por licenciadas en enfermería especializadas en el área.

La atención al usuario es gratuita y por orden de llegada.

Los usuarios reciben control y seguimiento, educación incidental y orientación futura.

En el año 2000 frente a inquietudes de renovación y nuevas necesidades se realiza una revisión del funcionamiento, mediante un análisis retrospectivo, comparativo, promedial, viéndose necesario un nuevo enfoque estratégico, tarea en la cual están abocados actualmente.

Este año se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal comparativo con el fin de investigar la situación actual de los usuarios en seguimiento.

OBJETIVO DE LA POLICLINICA

Lograr que las cifras tensionales de los usuarios pertenecientes a sanatorio IMPASA atendidos en la policlínica de HTA oscilen dentro de rangos normales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Las modificaciones recomendadas en cuanto a su estilo de vida son:

- Reducción de peso
- Combatir el sedentarismo
- Moderar la ingesta de sal y alcohol
- Suspender el tabaquismo
- Disminuir el stress
- Orientación a control y seguimiento de otros factores de riesgo.

ACTIVIDADES

PRIMER CONTROL

Recepción y entrevista al usuario

Recolección de datos: Filiatorios

Cifras tensionales

Medidas antropométricas

Factores de riesgo: antecedentes personales
antecedentes familiares

Registro y archivo de datos de fichas personales y computadora

Implementar acciones de acuerdo a datos y cifras tensionales controladas.

Brindar información sobre cambios en sus hábitos y conductas esperadas en el futuro.

Guiar pasos a seguir para inicio o completar estudios de diagnóstico y/o tratamiento.

Conexión con médico tratante a la brevedad y/o traslado al servicio de emergencia.
Coordinar con el usuario la fecha de su próxima consulta, para su seguimiento.
Entrega de folletos informativos.

Ejecutar junto con el usuario un plan de consultas de enfermería:

En caso de:

A) Usuarios con cifras tensionales elevadas, en el momento del control, se interroga sobre el cumplimiento de farmacoterapia antihipertensiva, se lo deja reposar media hora y luego se procede a un nuevo control de presión.

Si la hipertensión persiste, será trasladado al servicio de emergencia.

B) Usuarios con cifras elevadas las cuales fueron constatadas en controles aislados y usuario no cumple con la medicación indicada, se educa sobre tratamiento farmacológico y se coordina una nueva cita en 3 días consecutivos, para luego derivarlo a su médico tratante.

C) Usuarios con cifras elevadas, no tratados, se realiza educación y se coordina consulta médica.

D) Usuarios hipertensos que abandonan el tratamiento farmacológico y/o dietético, se realiza educación enfatizando la importancia del tratamiento y se coordina consulta con médico tratante.

SEGUNDO CONTROL

Valoración y estimulación del cumplimiento de la orientación brindada.

TERCER CONTROL

- Control del tratamiento
- Valorar compromiso que adoptó en cambios sobre su estilo de vida.
- Interrogar sobre la concurrencia a consulta con su médico y sus directivas.

PLAN PREVENTIVO

Este plan estará orientado a modificar el estilo de vida del paciente con el fin de evitar su afección o controlarla.

El propósito es reducir sus cifras tensionales por debajo de 140/85

Los cambios en el estilo de vida incluyen:

- Pérdida de peso
- Limitar la ingesta de sodio
- Limitar el consumo de alcohol
- Reducir la cantidad de colesterol, de ácidos grasos saturados en la dieta.
- Mantener una ingesta de calcio, potasio y magnesio
- Hacer regularmente ejercicios
- Tener momentos de recreación
- Dejar de fumar.

La licenciada en enfermería elaborará un plan de acciones que apuntarán a:

- Informar sobre normas médicas establecidas para el peso ideal de acuerdo a la estatura.
- Entregar folletines que informen sobre alimentos autorizados en un régimen con restricción de sodio, mencionar alimentos ricos en calcio, magnesio, potasio y alimentos pobres en colesterol y ácidos grasos.
- Facilitar la entrevista con la nutricionista.
- Facilitar el acceso rápido al médico y especialistas.
- Informar sobre grupos de apoyo para pacientes hipertensos, alcohólicos y fumadores.
- Coordinar acciones de charlas grupales.
- Informar sobre ejercicios permitidos de acuerdo a la edad y patologías asociadas.
- Informar sobre terapias antiestrés.

PLAN EDUCATIVO

El objetivo principal de este plan es brindar información al paciente y núcleo

familiar sobre su patología (HTA), fomentando el autocontrol. Dicha información será dada por una Lic. en enfermería que asesorará al paciente y hará un seguimiento del mismo. Elaborará planes educativos individuales y grupales, utilizando una metodología basada en un sistema de charlas, realizará talleres y hará publicación de proyectos. Los contenidos de los planes informarán al paciente y familia si así lo requiere sobre:

- que es la hipertensión arterial
- origen
- sintomatología
- prevención, control y tratamiento
- factores de riesgo
- daño que puede ocasionar en el organismo la HTA.

El fin que se persigue es que el usuario y familia acepten la enfermedad, colaboren en su control, cumpla con el tratamiento y realicen las consultas médicas correspondientes.

Esto ayudará a mejorar su calidad de asistencia y de vida.

PLAN ASISTENCIAL

El equipo de esta policlínica de HTA estará integrado por:

- médico consultante y de apoyo
- licenciadas en enfermería
- nutricionista
- auxiliar de servicio (no exclusiva del área)

Licenciadas de enfermería: se contará con el número de 4 licenciadas que trabajaran de lunes a viernes con horario de 3 horas, distribuidas de la siguiente manera: 9 a 12 hs, 12 a 15 hs, 15 a 18 hs y 18 a 21hs.

La policlínica de HTA recepcionará usuarios provenientes de:

- policlínicas médicas (enviados por médicos tratantes)
- policlínicas de médicos de guardia
- médicos del área de emergencia
- por médicos internistas (cuando el paciente dado de alta)
- médicos de radio
- usuarios que vienen en busca de información y atención, o/a controlar su presión arterial.
- usuarios captados en jornadas de pesquisajes (esta tarea estará a cargo de licenciadas en enfermería que determinaran un día al mes o cada 15 días, con el fin de promocionar la policlínica de HTA y captar activamente usuarios que concurran a las distintas policlínicas de la institución).

Una vez recibido el paciente se instrumentará el plan asistencial, estructurado por la licenciada en enfermería, el cual consistirá en:

- interrogar al usuario sobre: datos personales, hábitos laborales, alimentarios, recreativos, etc, los cuales quedaran registrados en su ficha.
- control de su presión arterial.
- control de peso y talla.
- brindar información sobre cambios de hábitos y conductas que deberán adoptar de allí en más, programados con el presente y con anterioridad según el plan de educación.

- ofrecer orientación de próximos pasos que deba dar para completar estudios y/o Tratamientos:

- ayudar a coordinar o acelerar interconsultas y exámenes a realizar.
- facilitar la repetición de medicamentos referentes a tratamientos de HTA.
- coordinar próxima cita con el usuario.
- conectarnos con el usuario con el fin de conocer las causas de no concurrencia a la cita indicada en policlínica.
- coordinar si así lo requiere una visita domiciliaria.
- planificación de ateneos quincenales para discusión de planes terapéuticos.

- planificación de evaluación de funcionamiento del servicio.
- verificación de eficacia y eficiencia de planes llevados a cabo.

ANEXO N° 5

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

Policlínica de Medicina Familiar (Cooperativa de Viviendas Matriz y Textil N° 9 - C.O.V.L.M.T. N° 9-) que depende del Centro de salud "Giordano".

Fecha: - 1er período: Octubre / 04 - Abril / 05.

- 2° período Octubre / 04 - Abril / 05.

Operador:

VARIABLES	Categoría	Período previo al internado (Dx. Situación)	Informe final del 1er Interno. Abril 05		Período actual de referencia (último informe corregido). Mayo 06	
		FA	FA	FR %	FA	FR %
Población del sub programa	xxxxxxx	Sin dato	74	100	133	100
Consultas de enfermería	xxxxxxx	S/D	143	96,6	1128	112
Visitas domiciliarias	xxxxxxx	S/D	6	33,3	16	100
Contacto telefónico	xxxxxxx	S/D	60	84,5	85	76,6
Instancias educativas individuales o grupales	xxxxxxx	S/D	5	100	8	133
Caminatas	xxxxxxx	S/D	S/D	S/D	15	62,5
Reuniones de coordinación	xxxxxxx	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Valores de presión arterial Sistólica en mmHg	<135	S/D	34	45,9	86	64,7
	>= 135	S/D	39	52,7	47	35,3
	Sin dato	S/D	1	1,3	0	0
Valores de Índice de Masa Corporal (IMC)	<20	S/D	4	5,4	3	2,3
	20-24	S/D	20	27	30	22,5
	25-30	S/D	16	21,6	48	36,1
	>= 30	S/D	30	40,5	52	39,1
	Sin dato	S/D	4	5,4	0	0
Hábitos nocivos (Tabaquismo)	<= 10/día	S/D	15	20,2	22	16,5
	>10/día	S/D	6	8,1	11	8,3
	No fuma	S/D	49	66,2	100	75,2
	Sin dato	S/D	4	5,4	0	0
Hábitos nocivos (Alcoholismo)	Sí consume	S/D	10	13,5	8	6
	No consume	S/D	60	81	125	94
	Sin dato	S/D	4	5,4	0	0
Tratamiento dietético (Cumplimiento)	Cumple	S/D	17	22,9	76	57,2
	No cumple	S/D	53	71,5	57	42,8
	Sin dato	S/D	4	5,4	0	0
Realización de actividad física	Sí realiza	S/D	43	58,1	39	29,3
	No realiza	S/D	27	36,4	94	70,7
	Sin dato	S/D	4	5,4	0	0
Tratamiento	Sí cumple	S/D	69	93,2	119*	96,7

ANEXO N° 8

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En el año 1978 la conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata, definió la Atención Primaria de Salud (A.P.S.) como:

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

ANEXO N° 9

NIVELES DE ATENCIÓN

Cada sistema de salud establece su propia soltura y funcionamiento, es decir los niveles de atención a la salud que presenta el sistema.

Generalmente se distinguen tres niveles de atención:

1. El primer nivel de atención corresponde a la atención primaria a los primeros cuidados que recibe el usuario.
2. El segundo nivel que corresponde a la atención secundaria (especialidades y Hospitalización)
3. El tercer nivel que corresponde a la atención terciaria (gran especialización).

ANEXO N° 10

MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Definición:

La adquisición de un modelo proporciona una forma de visualizar la realidad para simplificar el pensamiento, el modelo muestra la relación entre distintos conceptos y aplica teorías para predecir o evaluar las consecuencias de diversas acciones posibles.

Un modelo conceptual en la práctica de la enfermería constituye un conjunto de conceptos elaborados sistemáticamente con bases científicas relacionadas en forma lógica, identificando los elementos esenciales de la práctica junto con las bases teóricas de tales conceptos y los valores que debe poseer el practicante de la profesión para poder utilizarlos.

Un modelo de enfermería incluye:

- Descripción de la persona que recibe la atención de enfermería (paciente o usuario)
- Un panorama general de la naturaleza del medio ambiente (concepto de Entorno)
- Detalle de la naturaleza de la enfermería (concepto de Rol Profesional o de Enfermería)
- El concepto que sirve para articular los anteriores es el que incluye la salud.

Objetivos de los modelos de enfermería:

- Formular una legislación que regule la práctica y la formación en enfermería.
- Desarrollar reglamentos que interpreten las leyes en la práctica de la enfermería con el fin que el profesional de enfermería, comprenda mejor las leyes.
- Desarrollar el programa de estudios para la formación de la enfermería.

- Establecer criterios para medir la calidad de la asistencia, formación y la investigación en la enfermería.
- Preparar las descripciones de los trabajos utilizados por los primeros profesionales de la enfermería.
- Orientar el desarrollo de los diferentes sistemas de proporcionar cuidados de enfermería.
- Proporcionar conocimientos para la administración, práctica, formación e investigación en enfermería.
- Identificar las competencias y objetivos de enfermería.
- Orientar la investigación con el fin de establecer una base empírica de conocimientos de enfermería.

ANEXO N° 11

MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA VIGENTE AL AÑO 2000

El modelo es "PRAXIS" donde se articulan las políticas sectoriales e institucionales. Los diferentes actores enlazan los objetivos explícitos y ocultos, a través de la interpretación y acción.

Desde ésta perspectiva el componente "PRESTACIÓN" se transforma en un indicador de calidad por excelencia.

Se podría decir que las prestaciones son "medidas de resumen", donde se materializa el MODELO REAL.

Nos corresponde entonces plantear la visión de enfermería entorno al modelo vigente, posicionados en el proceso de producción, específicamente en el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.), espacio desde donde construimos la CALIDAD DE ENFERMERÍA.

La enfermería tiene como objeto de estudio – trabajo: el cuidado de la salud humana, lo que implica fortalecer todas las respuestas de carácter defensivo frente a los desequilibrios orgánicos, ya sean estos de naturaleza biológica o psicosocial. Según la Lic. Haydée Ballester, Enfermería debe interpretar la Necesidad (hipótesis causal) a través de las múltiples expresiones de DESEQUILIBRIO o alteración, que involucren a los individuos, grupos y familias. A partir de ello se desencadenan los procesos de intervención o tratamiento, teniendo como meta o producto: la autosuficiencia en el cuidado de la salud (autocuidado) o en su defecto el cuidado familiar.

El planteo teórico se basa en la determinación de "necesidades", desde la perspectiva técnica, cuestión que no excluye la integración de las "necesidades sentidas" o percibidas por la población, sino que debe articularlas de manera de dimensionar lo más aproximadamente posible, la relación "*asistencia – satisfacción*".

En este proceso se van evaluando los *Niveles de Dependencia de Enfermería*, o sea niveles de Problemas Asistenciales identificados. Toda intervención de Enfermería debe orientar hacia una mejor calidad de vida a través de la transferencia de conocimientos e información a la sociedad, concretando así uno de los principios éticos de enfermería.

Características de la Atención de Enfermería

A. TRATO ÍNTIMO Llamado así por la Nurse Dora Ibarburu, Profesora Entérita, tratando de adjetivar el nivel de relacionamiento y vinculación social, física y psicológica que encierra cualquier presentación de enfermería. Por lo general las operaciones con los usuarios, tiene carácter invasivo, doloroso, molesto y en algunas oportunidades gratificante.

A veces es necesario transgredir los límites de la privacidad, llegando a suplir actividades cotidianas que los individuos realizan habitualmente por sus propios medios: comer, higienizarse, caminar, hablar, etc.

Estos llevan a la movilización de sentimientos y sensaciones diversas, generando altos niveles de TENSIÓN en la relación enfermero-usuario, que operan como

factores condicionantes de la satisfacción mutua.

La Profesora Lic. Alma Carrasco (Especialista en Salud Mental), lo llama "Gestión de sentimientos" en el proceso de trabajo de enfermería. En su planteo ni solamente alude al racionamiento con el usuario sino que también, coloca el tema de los sentimientos, en la vinculación horizontal y vertical de los diferentes actores en el aparato productivo de la empresa de salud.

Lo íntimo también alude a la información privada que los usuarios depositan en el personal de enfermería.

La interacción Enfermero-Usuario requiere datos sobre hábitos, costumbres y creencias que hacen a la caracterización de la calidad de vida de las personas. En este aspecto, se presentan con frecuencia el rol de enfermería en carácter de "confidente" o intermediario de conflictos familiares, conyugales o con otros integrantes del equipo de salud.

B. INTEGRALIDAD DEL CUIDADO Enfermería entiende este atributo como una condición sustantiva en la calidad del servicio. El enfoque integral es correspondiente con la complejidad humana, y cada vez requiere de mayor visión holística para comprender, explicar y predecir las respuestas y los tratamientos.

La Integralidad del cuidado, admite la dialéctica entre el conjunto y las partes, en ese sentido el trabajo en equipo interdisciplinario es otra expresión de diferenciación, en la división del trabajo y coherencia en la conjugación de esfuerzos y objetivos. La coparticipación en la toma de decisiones referentes al tratamiento de los casos, involucrado a los usuarios y sus familias, incrementa los niveles de calidad de los servicios asistenciales, y materializa otra dimensión de la Integralidad. La misma es una variable cualitativa que involucran al sector salud, a los prestadores, a los administradores y la POBLACIÓN como objetivo de acción.

La Integralidad de las acciones sanitarias, es interpretada como un PRINCIPIO y con varias acepciones:

- Énfasis Preventivo en cada intervención. Inclusive partiendo desde la recuperación de la salud, deben introducirse acciones de promoción, protección y rehabilitación.
- Respeto a la persona humana, considerada como un ser bio-psico-social. Adecuando la prestación a lo particular o único que cada persona tiene y a su entorno social inmediato.
- Trabajo en equipo, multi e interdisciplinario, incorporando al usuario – familia, tanto en la identificación de los problemas, como en la búsqueda de soluciones.
- Fomento del derecho a la salud, que tienen los individuos- poblaciones, con el aporte de herramientas que le ejercita para el cumplimiento de deberes, referidos a la autogestión de su salud y la de otros.

Las limitaciones a las que se enfrenta enfermería para poder concretar el enfoque integral, obedecen a aspectos genéticos del sector salud, donde se observa un alto grado de fraccionamiento y autonomía de los componentes, en el marco de políticas estratégicas, incapaces para cumplir con la finalidad social de las instituciones sanitarias.

Esta realidad del conjunto, se traslada a los diferentes actores, quienes reproducen este fraccionamiento en el ejercicio.

C. CONTINUIDAD

Continuidad implica presencia, contacto directo con la población asistida y fundamentalmente, coherencia de acción en el proceso de cuidado. Este hecho distintivo en el proceso productivo, ubica al equipo de enfermería como el primer eslabón en la toma de decisiones frente a las modificaciones de los procesos salud – enfermedad.

D. CONTINGENCIA La relación enfermero – usuario es el puente natural por donde se interconectan la red de derivaciones, quedando de manifiesto el carácter "NUCLEADOR", en el cual enfermería decepciona las demandas de los usuarios,

los asiste o deriva, interpretando la necesidad de acuerdo a cada situación particular.

Los atributos de Intimidad, Integralidad, Continuidad y Contingencia dan sustancia a la función asistencial, a punto de partida de lo cual, se articulan las funciones: de asistencia, docencia, administración e investigación en enfermería, conformando el perfil específico del Licenciado en Enfermería.

ANEXO N° 12

Indicadores de evaluación.

Definiciones:

- Impacto (en la población; o también llamados de resultados indirectos)
 - Efectividad: se define como el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de los mismos.
- Estructura (evaluamos la estructura del programa previo a ser implementado)
 - Disponibilidad: Es la relación entre los recursos existentes y la población a la cual están destinados.
 - Accesibilidad: Es la posibilidad de obtener los servicios en el momento y lugar donde se necesitan, en suficiente cantidad y a un costo razonable.
- Proceso (medimos las actividades mediante las cuales se lleva a cabo el programa)
 - Actividades: Actividades mediante las cuales determinadas funciones son desempeñadas por los recursos disponibles para cumplir los objetivos de una institución de salud.
 - Productividad: Es el número de actividades realizadas por unidad de recurso disponible y unidad de tiempo.
 - Extensión del uso: Es la proporción de la población que se beneficia de un servicio determinado en un período de tiempo.
 - Intensidad del uso: Es el número de unidades de servicios prestados a cada usuario por unidad de tiempo.
 - Rendimiento: Es el número de actividades productivas por unidad de recurso utilizado.
- Resultado (comprobamos con las metas planteadas)
 - Cobertura: Establece la proporción de personas con necesidad de servicios de salud que recibe atención para tales necesidades.
 - Eficacia: Es el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo.
 - Eficiencia: Relación entre los efectos de un programa o servicio de salud y los gastos correspondientes a recursos e insumos.

ANEXO N° 13

INDICADORES

El impacto será medido a través de los siguientes indicadores:

• De Resultados indirectos (Impacto)

Efectividad:

$$\frac{\text{Nº de usuarios satisfechos con la atención del interno}}{\text{Nº de usuarios integrantes del sub- programa}} = x100$$

$$\frac{\text{Nº de usuarios normotensos en el último control}}{\text{Nº de usuarios incluidos en el sub-programa}} = x100$$

$$\frac{\text{Nº de usuarios con IMC normal en el último control}}{\text{Nº de usuarios incluidos en el sub-programa}} = x100$$

$$\frac{\text{Nº de usuarios que asistieron a su última cita programada}}{\text{Nº de usuarios del sub-programa}} = x100$$

Nº de usuarios que cumplen con tratamiento farmacológico = x100
Nº de usuarios incluidos en el sub-programa

Nº de usuarios que cumplen con dieta indicada =x100
Nº de usuarios incluidos en el sub-programa

Nº de usuarios que realizan actividad física x100
Nº de usuarios incluidos en el sub-programa

Nº usuarios con abandono de tabaquismo y/o alcoholismo =x100
Nº de usuarios con hábito de tabaquismo y alcoholismo

Nº de usuarios contactados telefónicamente =x100
Nº de usuarios que no asistieron al control

Nº de usuarios que asistieron al primer control =x100
Nº de usuarios derivados al sub-programa

Nº de usuarios que se adhieren al sub-programa =x100
Nº de usuarios derivados al sub-programa

• **De Resultados directos**

Eficacia:

Nº de actividades educativas realizadas =x100
Nº de actividades planificadas

• **De Proceso:**

Actividad:

Nº funcionarios con capacitación previa que trabajan en el sub-programa =x100
Nº de funcionarios que trabajan en el sub-programa

Nº funcionarios que recibe formación continua en el sub-programa =x100
Nº de funcionarios que trabajan en el sub-programa

ANEXO Nº 14

Entrevista a Docente - Licenciada en Enfermería de C.O.V.I.M.T Nº 9: Rosa Sangiovanni.

Fecha: 28/02/07

Operador: Javier Mutter y Carlos Muniz

- 1- ¿Como se organizó el trabajo de la primer interna?
- 2- ¿A qué se debe el número de consultas realizadas?
- 3- ¿Los integrantes del primer período son en general también integrantes del último período?
- 4- ¿Qué tipo de reuniones interdisciplinarias se realizaban?
- 5- ¿Considera que se logró un seguimiento a la mayoría de los integrantes?
- 6- ¿Existe alguna información que considere oportuna brindarnos de acuerdo a la investigación que estamos realizando?

Entrevista a Interna de Enfermería Andrea Ceschi, correspondiente al segundo período.

Fecha: Diciembre de 2006.

Operador: Javier Mutter y Carlos Muniz.

- 1- Los usuarios que no tienen tratamiento farmacológico, ¿es porque no se atendían anteriormente o porque estaban con valores dentro de los esperados?
- 2- ¿Por qué existe un valor tan elevado referente a las consultas de enfermería?
- 3- ¿No lograste realizar reuniones interdisciplinarias?
- 4- ¿Por qué aparece en el informe 57 usuarios entrevistados acerca del cuestionario de satisfacción?
- 5- ¿Cuáles eran las características en general de los nuevos usuarios que

ingresaron al subprograma en cuanto a sus hábitos, IMC, etc.?

6- ¿En qué casos se realizaban contactos telefónicos?

7- ¿Por qué tomaron como variable la presión arterial sistólica?

8- ¿Considera que se logró un seguimiento a la mayoría de los integrantes?

9- ¿Existe alguna información que considere oportuna brindarnos de acuerdo a la investigación que estamos realizando?

ÍNDICE

Introducción	4
Problema – Objetivo General - Objetivos específicos.	5
Fundamentación y Justificación	6
Marco conceptual (Interno de Enfermería) - Marco conceptual (Impacto).	7
Marco conceptual (Impacto Asistencial)	8
Sistema de salud en Uruguay	9
Marco conceptual(Modelo de atención primaria de salud en Hipertensión Arterial (Comisión Honoraria para la salud cardiovascular)	9
Marco conceptual(Programa de atención integral al adulto centro de salud Dr. Antonio Giordano)	11
Marco conceptual(Hipertensión Arterial)	12
Antecedentes	14
Diseño Metodológico.-Variables	15
Fuente de recolección de datos	17
Resultados	18
Discusiones	25
Conclusiones	27
Bibliografía	29
Anexo N° 1(Interno de Enf. – Marco de ref. -- Decreto)	30
Anexo N° 2 y 3(Enfermería - IITA)	32
Anexo N° 4 (Programa de Policlínica de HTA. IMPASA.)	35
Anexo N° 5 (Instrumento de recolección de datos)	39
Anexo N° 6 y 7 (Recursos-Cronograma)	40
Anexo N° 8, 9 y 10 (Niveles de atención.- APS - Modelos de atención de Enfermería)	41
Anexo N° 11 (Modelos de atención de Enfermería vigente al año 2000)	42
Anexo N° 12 y 13 (Definiciones de indicadores de evaluación - Indicadores)	44
Anexo N° 14 (Entrevistas)	45