

UTILIZACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN CANARIAS

USE OF THE NURSING PROCESS IN PRIMARY CARE IN THE CANARY ISLANDS

Milagrosa Medina Pérez¹, Rosario Barrios Torres², Antonio Cabeza-Mora², Marta Guillén Toledano², Sabina González-Silva², Marcos Estupiñán Ramírez², Grupo de Metodología Enfermera de la Dirección General de Programas Asistenciales

(1) Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de GC Servicio Canario de la Salud Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias España

(2) Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. España.

Medina Pérez, M., Barrios Torres, R., Cabeza-Mora, A., Guillén Toledano, M., González-Silva, S., Estupiñán Ramírez, M., & Grupo Metodología Enfermera Dirección General de Programas Asistenciales. (2020). Utilización del Proceso Enfermero en Atención Primaria en Canarias. Revista Ene De Enfermería, 15(1). Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1132>

Resumen

Introducción: El proceso enfermero (PE) aporta información de los problemas y necesidades de las personas objeto de seguimiento y cuidados.

Objetivos: Conocer la evolución del PE dentro de la Historia de Salud DRAGO-AP entre 2011-2018.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal en Atención Primaria.

Resultados: El 16,8% de los diagnósticos de enfermería (DE) proceden de la valoración por patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon, en los niños se mantiene esta procedencia descendiendo en otros grupos etarios. El 4,55% de los DE presentan indicadores diagnósticos y los que generan planes de cuidados son un 54,71%.

Conclusiones: Los DE no proceden exclusivamente de los PFS, y la fase diagnóstica es la más utilizada, presentando diferencias entre grupos etarios.

Palabras Clave: Proceso de Enfermería, Atención de Enfermería, Enfermería de Atención Primaria, Registros Electrónicos de Salud, Clasificación, Registros de Enfermería, Atención Primaria de Salud.

Abstract

Introduction: The nursing process (PE) provides information on the problems and needs of the people subject to monitoring and care.

Objectives: To know the evolution of the PE within the DRAGO-AP Health History between 2011-2018.

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional study.

Results: 16.8% of the diagnoses (DE) come from the Marjory Gordon (PFS) assessment by functional health patterns, in children this origin is maintained, decreasing in other age groups. 4.55% of DE present diagnostic indicators and those that generate care plans drop to 54.71%.

Conclusions: The DE does not come exclusively through the PFS, the diagnostic phase is the most used and presents differences between age groups.

Key Words: Nursing Process, Nursing Care, Primary Care Nursing, Electronic Health Records, Classification, Nursing Records, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería (PE), entendido como el uso de la valoración, el diagnóstico enfermero (DE), la planificación y la evaluación, describe como se organiza, por parte de estos profesionales, el cuidado de las personas. Las enfermeras y enfermeros usan la valoración para obtener la información necesaria de la persona, familia o comunidad, que le permita, junto a su juicio clínico, formular una hipótesis diagnóstica. El uso del PE facilita la humanización e integralidad de los cuidados, al tener en cuenta los intereses y las necesidades que el usuario/a manifiesta.

Los lenguajes de cuidados (NANDA-I, NOC, NIC) permiten clasificar u ordenar (fenómenos, ideas, conceptos) y dar un mismo lenguaje terminológico al proceso de enfermería. En el sistema de salud estas clasificaciones tienen varias funciones, incluyendo ⁽¹⁾ :

- Proporcionar una visión del área de conocimiento y de la práctica enfermera.
- Organizar los fenómenos de manera que se refieran a los cambios de salud, y procesos para los profesionales.
- Y mostrar las conexiones lógicas entre los factores que

pueden ser controlados o manipulados por los y las profesionales.

Las taxonomías identifican el lenguaje con un conjunto de términos comúnmente entendidos y utilizados por las enfermeras y enfermeros, proporcionan el lenguaje estandarizado que debe estar presente en la historia clínica electrónica (HCE) para un adecuado cuidado profesional. La HCE es considerada como un “registro que integra toda la información de salud de una persona, a lo largo de su vida, referida a los diferentes estados de salud y enfermedad, y generada por todos los profesionales de atención a la salud, con los que se relaciona el individuo en cualquier nivel asistencial” ⁽²⁾. Para representar el PE los lenguajes de cuidados han ido respondiendo a las necesidades de los profesionales de enfermería, tanto como reconocimiento de un lenguaje propio de esta disciplina como para mejorar la comunicación del servicio prestado y sus resultados en la HCE ⁽³⁾.

Es fundamental contar en las HCE con información clínica de fácil acceso y con lenguajes estandarizados para la práctica de los y las profesionales de enfermería, de manera que se convierta en un instrumento útil para la gestión clínica, facilitando el acceso a la in-

formación, permitiendo mejorar la atención sanitaria, mejorando la interacción con los pacientes y compartiendo la información con otros profesionales. Contar con un plan de cuidados (PC) en la HCE mejora la calidad de la atención y la seguridad del paciente ⁽⁴⁾, sin olvidar que la HCE, respecto a esta atención, es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, aportando la ventaja de exigir la normalización y estandarización no solo del lenguaje sino también de los procesos.

La Comunidad Autónoma Canaria (CAC) cuenta con dos provincias (Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife) y en ella el Servicio Canario de la Salud (SCS) se divide en 7 áreas de salud con correspondencia con cada isla. Gran Canaria, Fuerteventura y Lanzarote pertenecen a la Provincia de Las Palmas y Tenerife, La Gomera, La Palma y El Hierro a la de Santa Cruz de Tenerife. El SCS incorporó desde el año 2003 en las HCE de Atención Primaria (AP) la valoración por Patrones Funcionales de Salud (PFS) de M. Gordon y los lenguajes de cuidados NANDA, NOC y NIC, comenzando su implementación por la isla de Gran Canaria y con el aplicativo OMI-AP. La HCE actual es una aplicación de desarrollo propio denominada DRAGO-AP que se consolida en todas las áreas de Salud a finales de 2010, donde las

enfermeras y enfermeros del SCS pueden elaborar el PE y dejar constancia de él en la HCE mediante la utilización de dichas taxonomías, por tanto da respuesta a la necesidad de documentar la práctica enfermera mediante los sistemas de clasificación de enfermería, pudiendo evaluar y comparar la efectividad de la atención en diferentes situaciones y por distintos profesionales. Además responde a lo que solicita la legislación en España, que establece que se deben usar los diagnósticos NANDA-I, los resultados NOC y las intervenciones NIC en todos aquellos informes que procedan de la actividad profesional enfermera ⁽⁵⁾.

La apuesta por los lenguajes de cuidados y su inclusión en la HCE es evidente, siendo una necesidad dentro de la organización conocer la utilización de los mismos en el ámbito de salud de AP, así como dar a conocer y divulgar los resultados de su análisis, que permitirá la mejora del proceso y la toma de decisiones más acertadas en lo que concierne al cuidado de la salud de individuos, familias y comunidad.

Por esta razón parte de este estudio ha sido presentado en las XII Jornadas de trabajo de “El proceso enfermero y sus realidades”, celebradas en Zamora, los días 18 y 19 de octubre de 2019.

OBJETIVOS

Objetivo General: Conocer la evolución de la utilización del PE dentro de la Historia de Salud DRAGO-AP durante el periodo 2011-2018.

Objetivos Específicos:

Determinar la utilización de la valoración por PFS.

Evaluar si la valoración por PFS es la fuente que emplean las enfermeras y enfermeros para llegar a al DE.

Determinar la utilización de las características definitorias (CD) y los factores relacionados (FR).

Identificar cuántos DE generan un plan de cuidados con el registro de las taxonomías NOC y NIC.

Detectar las especificidades del PE por cada Área de Salud y por grupos de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal realizado en el conjunto de las 7 Áreas de Salud del SCS, en el ámbito de AP, en una población estimada de 2.025.699 de usuarios (datos de tarjeta sanitaria a fecha 31/12/2018) con un conjunto de 112 Zonas Básicas de Salud, donde realizan su labor un total de 1836 profesionales de enfermería (SIAP-SNS, datos referidos a finales de 2018).

Estos profesionales se distribuyen según el Área de Salud de la siguiente manera:

- Provincia de Las Palmas: Fuerteventura (106), Lanzarote (138) y Gran Canaria (747) enfermeras/os.
- Provincia de Santa Cruz de Tenerife: El Hierro (17), La Gomera (25), La Palma (94) y Tenerife (709) enfermeras/os.

La fuente de datos fueron las HCE, estableciendo como criterio de inclusión para el estudio cualquier historia de salud electrónica donde existiera registro de DE, a partir de ahí se identificó su vinculación con la valoración a través de los PFS y con los registros de las taxonomías NOC y NIC. La informatización del conjunto de las áreas sanitarias con la aplicación DRAGO-AP permitió trabajar con el universo muestral.

El periodo de evaluación del estudio comprendió los registros efectuados desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2018. Los indicadores de evaluación utilizados fueron:

- Frecuencias absolutas de valoraciones por PFS, DE, CD, FR, NOC y NIC: casos incidentes en el año por grupos de edad (pediatría de 0 a 14 años, adultos de 15 a 65 años y mayores con

edad igual o superior a 65 años) y por Área de Salud.

- Porcentaje de DE que provienen de la valoración por PFS.
- Porcentaje de utilización de las CD y los FR como indicadores de los DE.
- Porcentaje de DE a partir del cuál las enfermeras registran un PC entendido como la utilización de NOC y NIC.

La aplicación DRAGO-AP en su versión 19.06.00, trabaja sobre una base de datos interrelacional ORACLE 11.2. Los datos obtenidos se explotaron con las herramientas de Microsoft Office 2013 (Access – Excel).

No existieron implicaciones éticas en la extracción de datos al obtenerse de la HCE de forma anonimizada, y no vincularse la extracción a profesionales concretos sino a los códigos que identifican al profesional como enfermera o enfermero, manteniendo la confidencialidad y la protección de datos individual en todos los casos.

RESULTADOS

La valoración que lleva a cabo el/la profesional de enfermería en AP, tras la revisión de todas las HCE (2.025.699), se centra mayoritariamente en la valoración de un PFS (Percepción-Manejo de la Salud), seguido de la utilización de los 11 PFS completos ([Tabla 1](#)). La valoración se focaliza mayoritariamente en un patrón es más llamativa en la provincia de Santa Cruz de Tenerife ([Tabla 2](#)), donde se centran en valorar uno o dos patrones; mientras que en la provincia de Las Palmas esta valoración se distribuye en solamente un PFS seguido de la valoración integral, entendida como la valoración de la totalidad de los PFS ([Tabla 3](#)).

En 2018, 110.555 DE provienen de valoraciones por PFS, lo que supone un 16,80% de los DE registrados. Los DE que proceden de una valoración por PFS va disminuyendo en todas las áreas de forma paulatina pasando de un 39,21% en 2011 a un 16,80% en 2018. En este año se registraron 658.215 DE nuevos, algo menos que en 2011 que ascendieron a un total de 746.821 ([Tabla 4](#)). Los DE que proceden de una valoración distinta a la realizada por los PFS (NO PFS), como protocolos, programas, observación, etc., se sitúan en 2018 en un 83,20% con unos datos de partida de 60,79% en 2011.

Al valorar los datos anteriormente citados por Provincias, se observa que el número absoluto en DE es mayor en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife, mientras que los que provienen de una valoración por PFS y los que generan un PC tienen mayor porcentaje en la Provincia de Las Palmas (Tabla 5). La tendencia general es que los DE surjan de otra valoración distinta de los PFS, excepto en el Área de Salud de Gran Canaria.

En relación a los tramos de edad, se mantienen los DE que provienen de las valoraciones por PFS en los niños a lo largo de los años con un total de 124003 en 2018, mientras que en los otros grupos de edad existe un descenso, en adultos pasa de 334160 en 2011 a 309401 y en las personas mayores de un 321091 a 224811 en el último año del estudio (Tabla 6).

Respecto a los indicadores diagnósticos se observa una utilización limitada de los mismos, de forma que las CD tan solo se registran en un 4,55% de los DE y los FR en un 4,52% (Tabla 7). El área de salud que de forma mayoritaria usa los descriptores diagnósticos es Gran Canaria con un 24,22% de los DE con CD y un 23,49% con FR. (Tabla 8). Por tramos de edad los datos se mantienen en el tiempo para ambos descriptores diagnósticos cuando hablamos de

población pediátrica, en cambio en los adultos y personas mayores estos datos van decreciendo (Tabla 9). En 2018 se registraron en torno a 30.000 DE con CD y otros tantos con FR.

En cuanto a aquellos DE identificados por las enfermeras y los enfermeros donde se realiza un plan de cuidados con registro de NOC y NIC se evidencia que hay un descenso en la generación de PC, ya que en 2011 el 69,77% de los DE generaron registros de objetivos e intervenciones y en 2018 un 54,71% de ellos (Tabla 10), de forma que 360.119 DE dieron lugar a PC que incluyeron NOC Y NIC.

DISCUSIÓN

Para llegar a un juicio diagnóstico la enfermera o el enfermero no solamente utiliza los PFS, sino que llega a dicho juicio a través de otros instrumentos con los que cuenta dentro de la HCE de DRAGO-AP, en los que se pueden incluir los programas y protocolos para el seguimiento de las personas con una patología crónica o para la generación de actividades preventivas, sin descartar que algunos DE puedan proceder de la simple observación del profesional, sin que quede registro de esta evidencia en la HCE. A esta realidad se añade que el Programa de Gestión Convenida que firma el SCS con los centros asistencia-

les y la incentivación de los profesionales sanitarios se centra mayoritariamente en el seguimiento de crónicos, especialmente a través de los protocolos y programas establecidos para ello. No obstante, independientemente de la fuente de valoración, el volumen de utilización de DE es importante, pudiendo decir, a priori, que el entorno de trabajo de los profesionales favorece esta dinámica, ya que se sabe que las enfermeras que trabajan en entornos favorables presentan mejores niveles de uso y actitud, en comparación con entornos menos favorables (6,7).

Las estrategias de formación en cuanto al desarrollo del PE en cada área de salud es diferente y poco conocida en general. En 2018 el Dr. Brito y colaboradores (8) concluían que la fórmula docente, que combina talleres grupales y asesoramiento en consulta, mejora la actitud del profesional ante el uso de los DE y en gran medida aumenta los conocimientos de enfermeras de AP en el uso del PE. Bajo este prisma, los datos del Área de Salud de Gran Canaria, donde se mantiene un alto porcentaje de aquellos DE que proceden de la valoración por PFS, vienen avalados por la importante historia de formación y cimentación del uso del PE en esta isla, especialmente desarrollado durante años por las enfermeras gestoras de casos. Asimismo

otras influencias pueden ser, por un lado, el desarrollo de la actividad de las enfermeras de enlace que continúan haciendo formación específica en DE y gestión de casos, dando gran importancia, como algunos autores (9), a la actualización continua en el desarrollo del PE y, por otro, a la consolidación de los lenguajes en la HCE, ya que, tal como refieren Brito y colaboradores (10), el proceso de aprendizaje de las herramientas de trabajo conlleva tiempo y asentamiento de la implantación. En este mismo sentido parece que en la Provincia de Las Palmas se ha apostado más por una valoración más integral de la persona que en la de Santa Cruz de Tenerife, que parece hacer una valoración más focalizada o de cribaje

Analizando los DE establecidos según tramos de edad, los que proceden de la valoración de los PFS se mantienen en la infancia, aunque el protocolo de seguimiento de salud infantil se presupone como principal fuente de valoración. Los resultados reflejan que en adultos y/o personas mayores las enfermeras y enfermeros cuentan en la HCE con otras herramientas de valoración para llegar al juicio diagnóstico, pudiendo pensar que estas son las que se utilizan para el seguimiento de las patologías crónicas. Si a esta realidad se añaden otros factores como “una plantilla limita-

da” y “tareas de atención comunes”, el tiempo con el que cuenta la enfermera para realizar la valoración de modo específico por PFS es bastante limitado y dificulta llevar esta valoración a la práctica. Por otro lado los datos indican que mayoritariamente las enfermeras valoran un único patrón de los 11 PFS y que además se corresponde con la esfera biológica que es la que dominan mayoritariamente. Guadarrama-Ortega y colaboradores⁽¹¹⁾ argumentan que hay factores que parece que se pueden relacionar con el uso del PE, estos son la carga de trabajo, el tipo de paciente, las dotaciones de personal o el grado de conocimiento de las taxonomías enfermeras, de esta manera se puede apreciar como en áreas donde la plantilla de enfermería es baja, como es el caso de El Hierro, decae el PE de forma significativa y específicamente los DE que proceden de la valoración por PFS. Aún así, la informatización del proceso enfermero es una herramienta clave para el desarrollo de cuidados de calidad sustentados en la asignación enfermera-paciente y para el uso de los lenguajes de cuidados.

A pesar de que la precisión diagnóstica a través de las CD y FR es crucial para poder diferenciar un diagnóstico de otro⁽¹⁾, los enfermeros y las enfermeras canarias hacen un uso limitado de estos indicadores aunque la HCE DRA-

GO-AP los aporta y permite su registro, mayoritariamente su uso se centra en la población mayor de 65 años, pudiendo esto ser debido al concienzudo trabajo de las enfermeras gestoras de casos al describir los DE de los y las usuarias que valoran. Por otra parte, la baja utilización puede deberse a las limitaciones que a veces encuentra la enfermera o enfermero para poder abordar los factores relacionados que permitiría la resolución de los DE, cuestión que parece paliada en la última edición de la NANDA⁽¹²⁾ donde se han revisado la lista de factores relacionados y de riesgo, conservando solamente aquellos factores que pudieran ser eliminados o mejorados por intervenciones de enfermería. Quizá esta pobre utilización de los indicadores diagnósticos se suple con el conocimiento de la definición de la etiqueta diagnóstica, cuestión en la que se ha realizado bastante hincapié a lo largo de los años en la formación de los profesionales. La HCE DRAGO-AP aporta para el juicio diagnóstico no solamente una lista de etiquetas sino que pone a disposición del profesional la lectura específica de la definición antes de hacer la elección diagnóstica.

En cuanto al registro del PC con las taxonomías NOC y NIC a partir del DE, el descenso es paulatino y llamativo en aquellas personas en las que las en-

fermeras y enfermeros realizan un mayor esfuerzo de seguimiento, por la supuesta presencia de patologías crónicas, como son los adultos y los mayores, a pesar de que la aplicación DRAGO-AP propone una ayuda a la decisión para el uso de estas taxonomías. Según López Gutiérrez ⁽¹³⁾ el registro de intervenciones da una visión más exacta de la carga asistencial de la enfermera y revierte en la mejora de propuestas y estrategias de prevención, promoción y educación para la salud, por tanto se hará necesario trabajar con los y las profesionales el registro adecuado de las intervenciones en los DE detectados en la población, para aumentar los DE que presenten un PC más allá del 54,71%.

Este descenso en el registro del PC podría explicarse por la limitada formación de los y las profesionales en su uso y en el hecho de que las enfermeras tienen dificultades para definir los criterios de resultado (NOC); teniendo esto en cuenta es llamativo observar que los PC decrecen más en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife que en la de Las Palmas, donde incluso no disminuyen sino que se incrementan a lo largo de los años, cuestión para la que habrá que buscar explicación en futuros trabajos.

Como limitaciones del estudio se contempla por un lado la imposibilidad de conocer de qué otra valoración parte

el juicio de la enfermera o enfermero que no sean lo PFS, y por otro el hecho de que las realidades formativas y de impulso de la cumplimentación del PE en la HCE de DRAGO-AP es desconocido en algunas de las áreas de salud, al no existir un procedimiento homogéneo por parte del SCS para ello.

CONCLUSIONES

La evolución del PE dentro de la HCE DRAGO-AP durante el periodo estudiado es desigual en las distintas áreas de salud de la CAC. La valoración por PFS no es la única fuente de la que parten las enfermeras para llegar a una descripción diagnóstica, existiendo un Área de Salud (Gran Canaria) con un gran arraigo a describir el DE a partir de esta valoración.

La población infantil mantiene a lo largo de los años la valoración por PFS como fuente para el ejercicio diagnóstico, aunque existe a su vez una fuente de registro distinta (revisiones del Programa de Salud Infantil) de gran utilización en todas las franjas de edad. Dentro del PE la fase diagnóstica es la más registrada en la HCE, en cambio la utilización de los indicadores diagnósticos (CD y FR) es escasa, asimismo el registro de los PC ha disminuido en los últimos años.

Cuestiones como la formación, la dotación de plantilla y las cargas de tra-

bajo pueden inferir en el desarrollo del PE, es necesario explorar qué elementos permiten el mantenimiento del registro de este proceso e incluso cuáles son los que implican su impulso y desarrollo dentro de la CAC. Un reto de trabajo para el Grupo de Metodología Enfermera de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS es incorporar criterios de calidad en el registro de los diagnósticos en las HCE. Es necesario implementar estrategias que mejoren la descripción de los DE y permita establecer una base epidemiológica de cuidados y describir las intervenciones que resuelven los problemas de la ciudadanía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herdman TH (Ed.). NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Cases Sanchís M, Pons Torres A. Registro de la actividad profesional enfermera en la historia clínica digital: experiencia en Menorca. *Metas de enfermería*. 2014 Oct; 17(8):62-8.
3. González Aguña A, Santamaría García JM. Los límites del lenguaje y su implicación sobre los límites del cuidado: a propósito de Wittgenstein y la Enfermería. *ENE Revista de Enfermería*. 2018; 12(2):114-33.
4. Novo Muñoz MM, Rodríguez Novo N, Rodríguez Novo YM, Rodríguez Gómez JÁ, Ortega Benitez AM, Luque OR. Análisis de la implantación de lenguaje enfermero en Centros con historia clínica electrónica. *ENE Revista de Enfermería*. 2018;12(1):1-51.
5. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 225, de 16 de septiembre de 2010). [citado el 12 de julio de 2019]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-14199-consolidado.pdf>
6. Romero Sánchez JM, Paloma Castro O, Brito Brito PR, Paramio Cuevas JC, De Armas Felipe JM, Frandsen AJ, De la Rosa Merino H. The influence of practice environments on nursing diagnosis: a cluster analysis. En: Ponencia presentada en el Congreso International Conference on Nursing Knowledge. Porto: The Catholic University of Portugal; 2014.
7. Lumillo Gutiérrez I. Influencia de las características de las enfermeras y su entorno de práctica en el diagnóstico enfermero en el ámbito de atención primaria. En: Ponencia presentada en la XI Jornada de trabajo AENTDE; "20 años impulsando los Lenguajes Enfermeros". Madrid: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomías y Diagnósticos de Enfermería; 2016.
8. Brito Brito PR, Ramos Santana S, Sánchez Nicolás F, Fernández Gutiérrez DA. Impacto de un programa formativo en Atención Primaria: sobre la actitud ante los diagnósticos enfermeros y los conocimientos en metodología. *Revista Rol de enfermería*. 2018 Abr; 41(4): 60-8.
9. Reina NC. El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. *Umbral Científico [Internet]*. 2010 [citado el 19 de julio de 2019]; (17):18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
10. Brito Brito PR, De Armas Felipe JM, Crespo Gómez A, Aguirre Jaime A. Factores asociados al incremento en el uso de la metodología enfermera en Atención Primaria. *Enfermería Global*. 2011; 10 (4): 189-99.
11. Guadarrama Ortega D, Delgado Sánchez P, Martínez Piedrola M, López Poves EM, Acevedo García M, Noguera Quijada C, Camacho Pastor JL. Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017; 32 (3): 127-34.
12. Recomendaciones para usar diagnósticos con factores relacionados o de riesgo limitados o sin ellos [base de datos en línea]. NANDA Internacional; 2018 Sep [citado el 12 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.nanda.org/2018/09/28/recomendaciones-para-usar-diagnosticos-con-factores-relacionados-o-de-riesgo-limitados-o-sin-ellos/>
13. López Gutiérrez I. Registro de intervenciones asistenciales de la enfermera escolar. *Metas de enfermería*. 2014 Oct;17(8):55-9.

TABLAS Y ANEXO

Tabla 1. Total de PFS Valorados

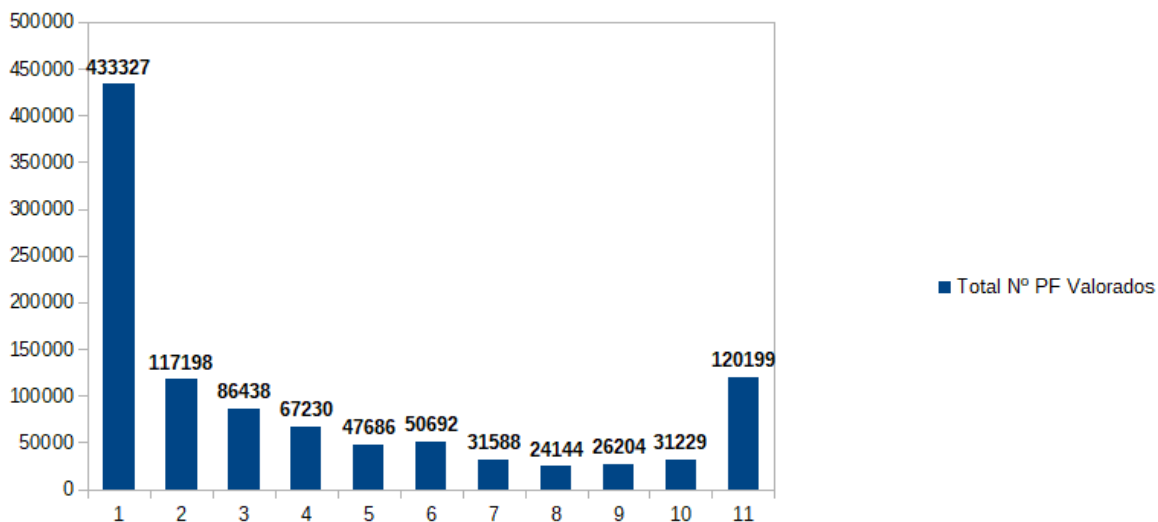


Tabla 2. Numero de PFS valorados en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife

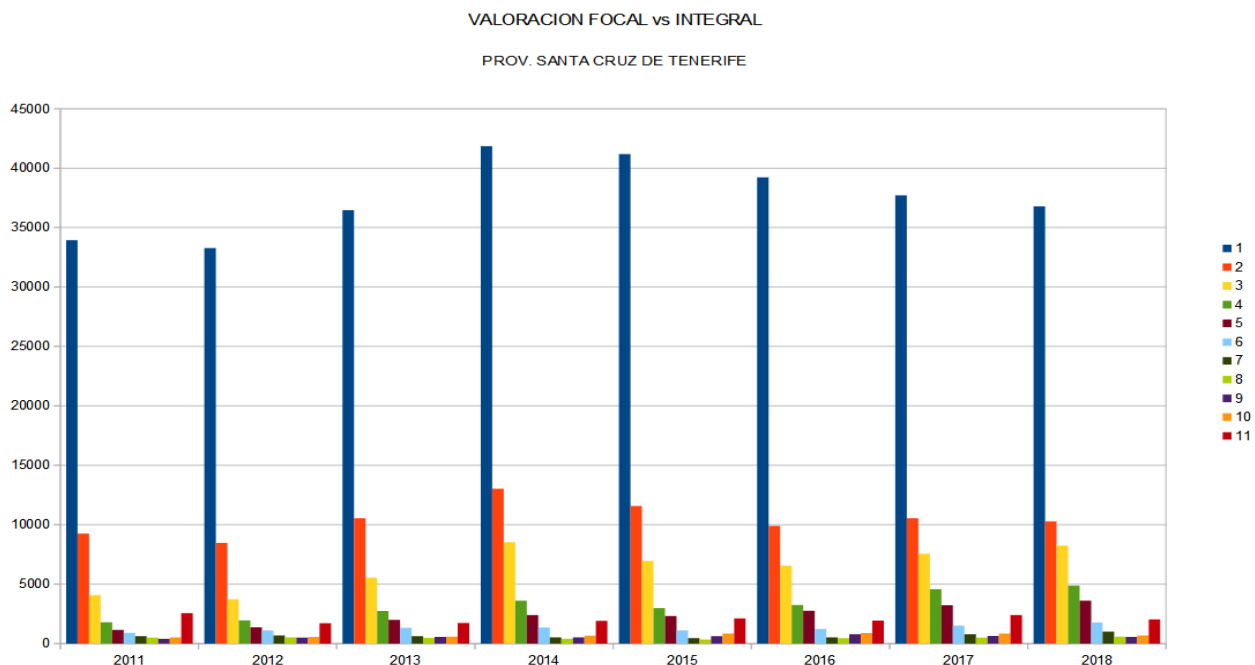


Tabla 3. Valoración Focalizada vs Integral de PFS en la Provincia de Las Palmas

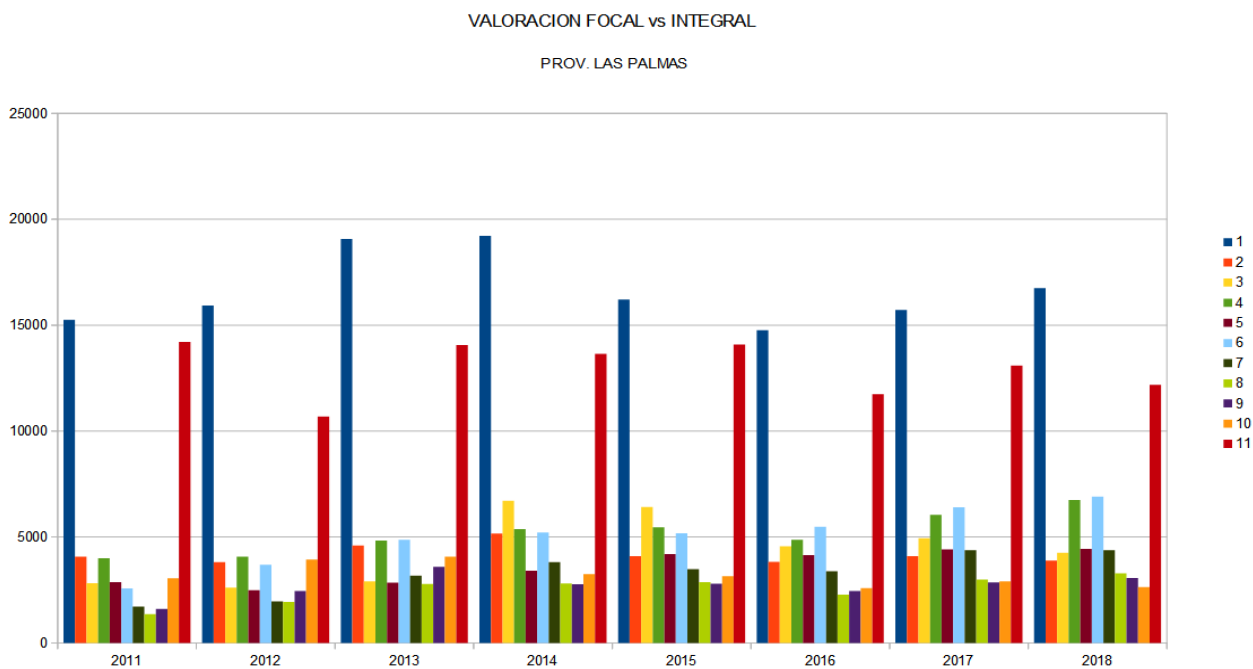


Tabla 4. Diagnósticos totales, Total de diagnósticos con Valoración Registrada y Total de diagnósticos con Planes de Cuidados asociados.

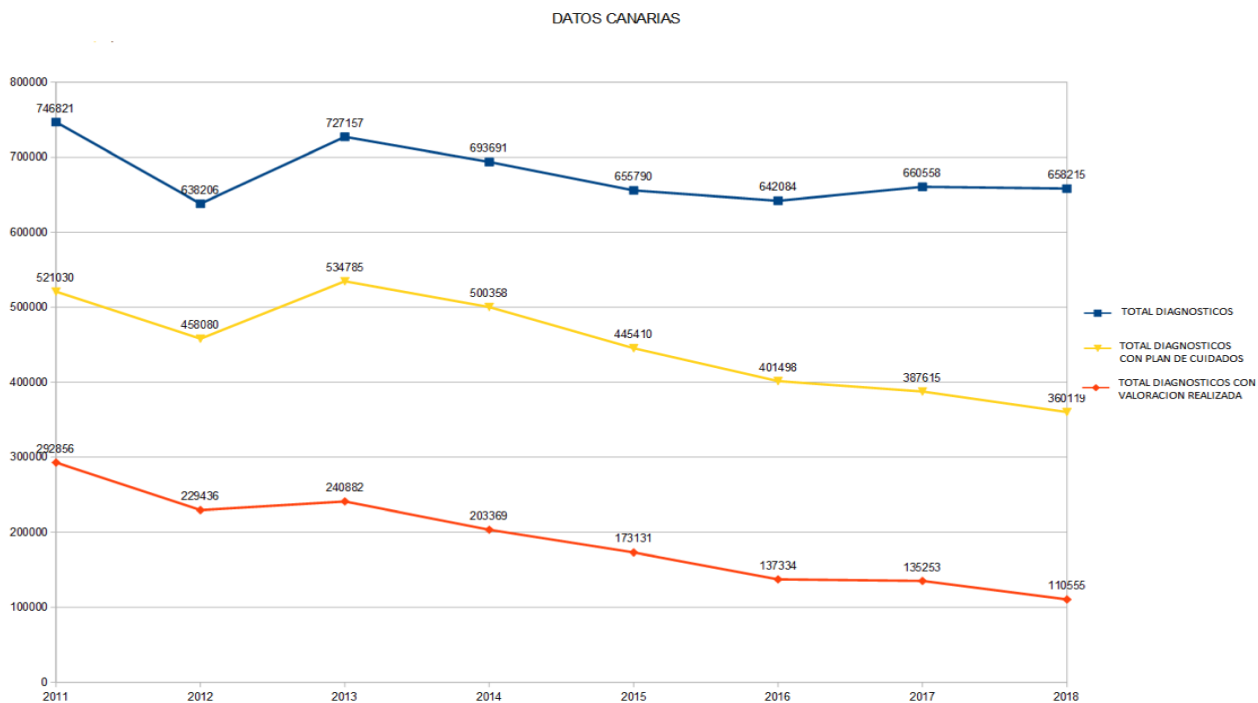


Tabla 5. Diagnósticos totales, diagnósticos procedentes de PFS y con Planes de Cuidados por Provincias

DATOS POR PROVINCIA

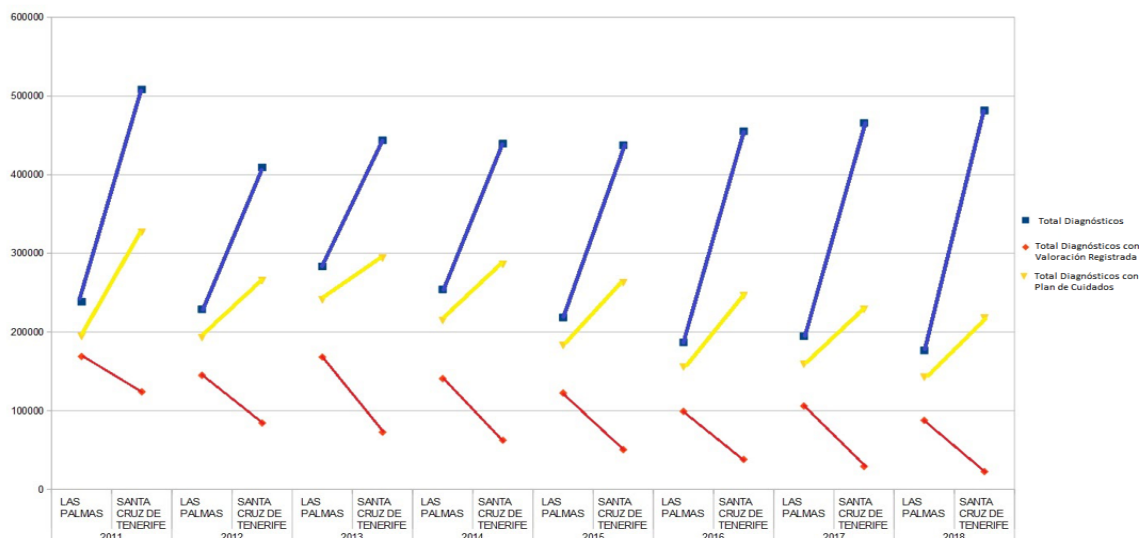


Tabla 6. DE por grupo etario

Diagnósticos por Grupo Etario

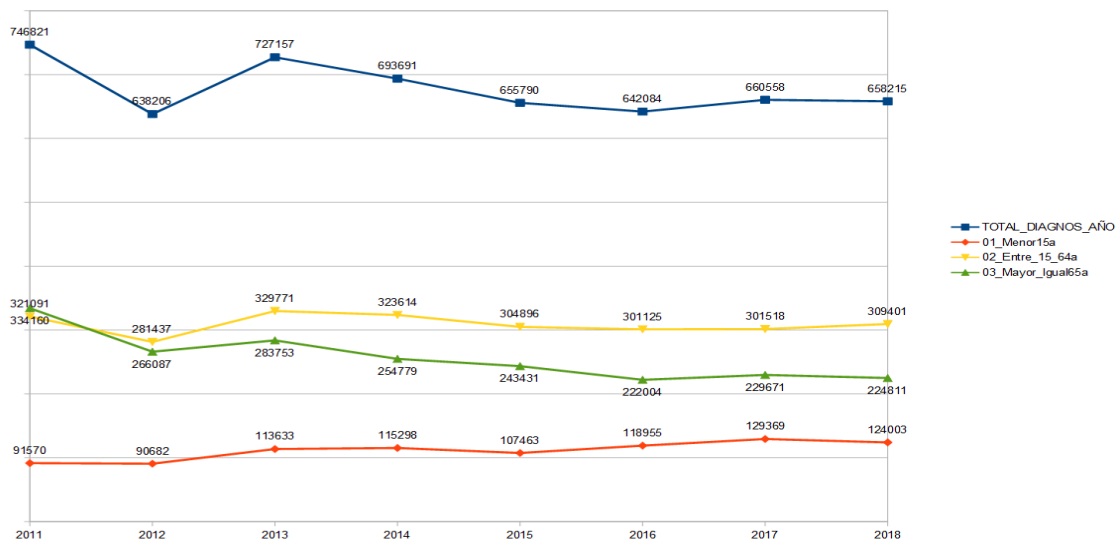


Tabla 7. DE con características definitorias y factores relacionados

DIAGNOSTICOS CON CD y/o FR

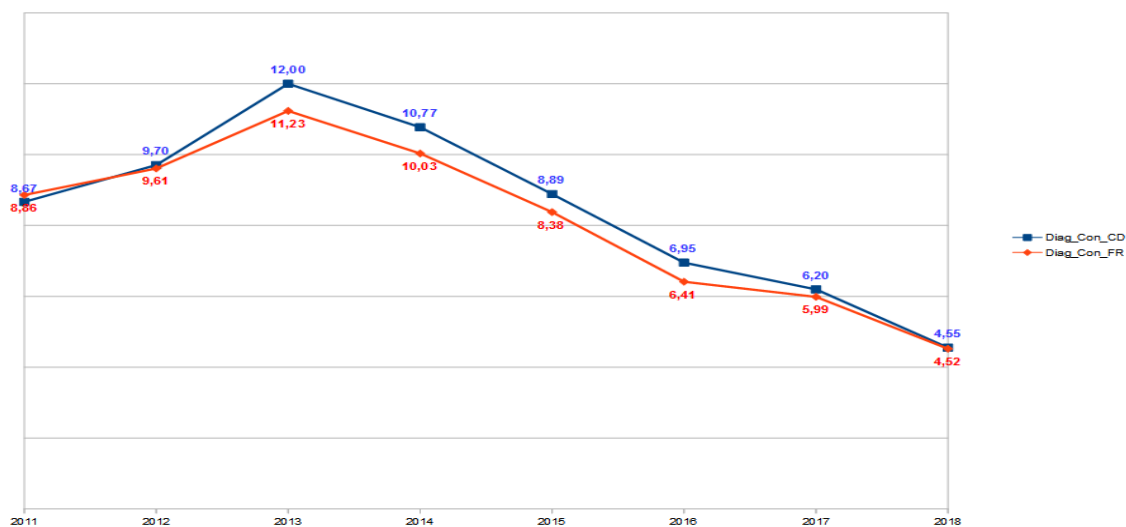
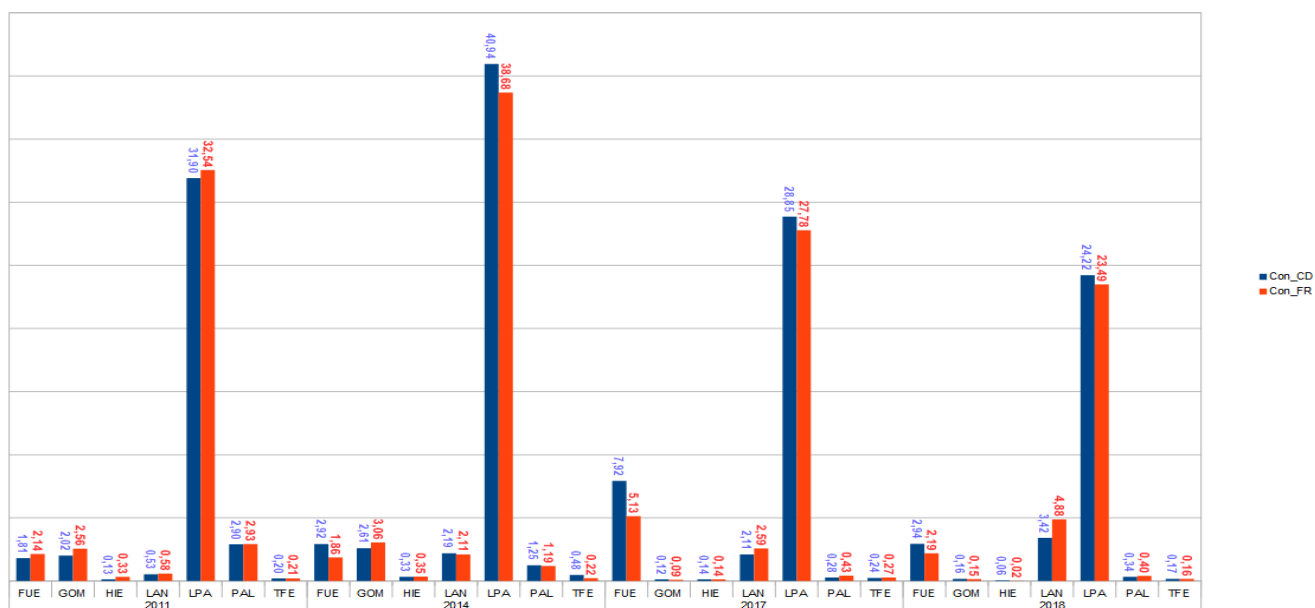


Tabla 8. DE con características definitorias y factores relacionados por Provincias

CD/FR por Area de Salud



FUE:FUERTEVENTURA; GOM:LA GOMERA;HIE: EL HIERRO;LAN:LANZAROTE;LPA:GRAN CANARIA;PAL:LA PALMA;TFE:TENERIFE

Tabla 9. DE con características definitorias y factores relacionados por tramos de edad

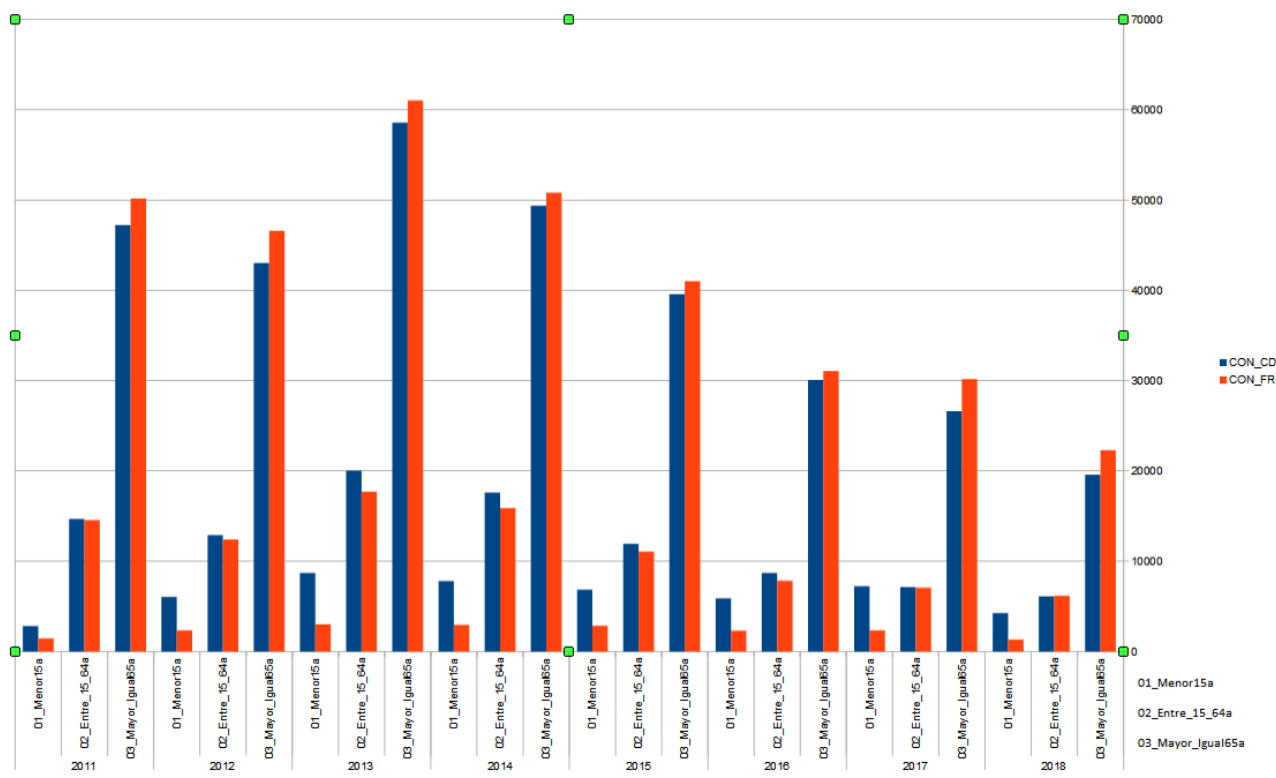


Tabla 10. Porcentaje de DE con Planes de Cuidados

