

PRÁCTICAS INNOVADORAS DE ENFERMERIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON ENFOQUE DE APS

Convocatoria 2026



Unidad de Planificación y Desarrollo Estratégico de Enfermería
Dirección de Programas Estratégicos en salud
Dirección General de la Salud



Ministerio
de Salud Pública



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS





PRÁCTICAS INNOVADORAS DE ENFERMERIA
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON ENFOQUE DE APS

Convocatoria 2026

Autoridades

Ministerio de Salud Pública

Dra. Cristina Lustemberg, Ministra de Salud Pública.

Dra. Laura Llambí, Directora General de la Salud

Dr. Juan Mila, Director de la Dirección de programas estratégicos en salud

Lic Mercedes Pérez, Unidad de Planificación y Desarrollo Estratégico de Enfermería

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud

Dra. Caroline Chang, Representante OPS/OMS en Uruguay.

Dr. Wilson Benia, Asesor en Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS Uruguay.

MSc Cecilia Muxi, Consultor Nacional - Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS Uruguay.

Comité Técnico Evaluador de la Convocatoria 2026

Mag. Alicia Guerra, Soc. Uruguaya de Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria (SUESFCOM - CONAE).

Dra. Bruna Moreno, consultora internacional de sistemas y servicios de salud de OPS. (OPS/OMS)

Dr. Wilson Benia, Asesor en Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS Uruguay. (Alterno)

Mg. Esther Lacava, Prof. Titular, Unidad académica de Enfermería Comunitaria, Facultad de Enfermería, UDELAR

Mg. Laura García, Profesora de Universidad católica, especialista en enfermería familiar y comunitaria

Lic. Mercedes Pérez, directora de la Unidad de Planificación y Desarrollo Estratégico de Enfermería, MSP

Soc. Sergio Núñez, DPES - DIGESA - Ministerio de Salud Pública.

Visitas de campo

Mag. Alicia Guerra, Mag. Cecilia Acosta

De esta publicación

Coordinación general: Mercedes Pérez, Cecilia Muxi; Wilson Benia

Colaboradores: Sergio Núñez, Karina Torelli - DPES, DIGESA, MSP

Diseño y producción: Alvaro Nari, área de Comunicaciones de OPS

Agradecimientos:

En especial, a todos los equipos, instituciones, organizaciones y personas que participaron en la convocatoria y que, desde su práctica cotidiana, trabajan para transformar la atención y acercar respuestas más humanas, innovadoras y de calidad. A quienes hacen de cada experiencia una oportunidad para aprender, mejorar y fortalecer la Atención Primaria de Salud. Porque la innovación adquiere verdadero sentido cuando nace de la práctica y se traduce en mejores cuidados para las personas y las comunidades.



Prólogo

Primera parte

Convocatoria Prácticas Innovadoras
de Enfermería en primer nivel de atención
con enfoque en APS, 2026

Resumen Ejecutivo

Presentación

Metodología

Segunda parte

Prácticas Innovadoras en el primer
nivel de atención con enfoque de APS

Prólogo

Esta publicación constituye uno de los primeros productos de un plan impulsado a partir de la definición de la ministra de Salud Pública, Dra. Cristina Lustemberg, de otorgar mayor relevancia y visibilidad a la enfermería. Esta orientación parte del convencimiento de que este colectivo profesional tiene un papel estratégico en el cambio del modelo de atención en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En este marco, a inicios de 2026 se creó en el Ministerio de Salud Pública la Unidad de Planificación y Desarrollo Estratégico de Enfermería. Entre las líneas prioritarias definidas para el período se destaca el fortalecimiento del primer nivel de atención, junto con la transformación del modelo de cuidado enfermero. Esta transformación supone fortalecer la autonomía profesional, desarrollar modalidades de atención centradas en las personas y contribuir a la continuidad del cuidado a través de las trayectorias asistenciales, el abordaje de los condicionantes de salud, el enfoque comunitario y la articulación entre los equipos de salud en los distintos niveles de atención.

Como parte de este proceso, se impulsaron acciones orientadas a jerarquizar la consulta de enfermería en diferentes ámbitos y a identificar experiencias existentes alineadas con esa transformación. Sobre la base de convocatorias anteriores de buenas prácticas, se resolvió realizar la Convocatoria 2026 a Prácticas Innovadoras de Enfermería en el Primer Nivel de Atención con enfoque de Atención Primaria de Salud, en trabajo conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Uruguay. Para ello, se revisaron y adaptaron antecedentes, herramientas y documentos previos, así como lecciones aprendidas, se definieron las etapas del proceso y se presentaron los lineamientos a la Comisión Nacional de Enfermería para su validación y aportes. La convocatoria se desarrolló entre el 12 de mayo, fecha de su lanzamiento, y el 3 de setiembre de 2026, con el reconocimiento de las mejores prácticas.

Esta publicación reúne las experiencias seleccionadas por su carácter innovador y muestra que la enfermería uruguaya ya está transformando el Primer Nivel de Atención. Se trata de prácticas desarrolladas en el territorio, tanto en Montevideo como en el interior del país, en instituciones públicas y privadas. Todas comparten una misma convicción: fortalecer la Atención Primaria de Salud implica acercar los servicios a las personas, garantizar derechos y asegurar la continuidad del cuidado.

En conjunto, estas experiencias permiten observar cómo las prioridades estratégicas definidas a nivel institucional se expresan en prácticas concretas de cuidado. La Convocatoria 2026 permitió identificar, visibilizar y valorar ese trabajo. Se recibieron 52 postulaciones, de

las cuales 24 fueron preseleccionadas y 18 atravesaron instancias de validación territorial. El proceso combinó diseño de instrumentos, elaboración de informes, comunicación de la convocatoria, evaluación documental, visitas de campo y análisis por parte de un tribunal técnico. Se consideraron especialmente el liderazgo de enfermería, la innovación, la pertinencia en APS, la sostenibilidad, la equidad y el enfoque de derechos.

La evaluación de las postulaciones mostró una profesión con autonomía, capacidad de articulación y una profunda comprensión de las necesidades de cada comunidad. Esa riqueza se expresa en experiencias vinculadas a consultas de enfermería, salud mental, diversidad sexual, atención a personas sordas, seguimiento de enfermedades no transmisibles, cuidados oncológicos, salud rural, maternidad, tuberculosis, trasplante renal, atención domiciliaria y acompañamiento de personas mayores, entre muchas otras áreas.

Detrás de esta diversidad aparece un elemento común: una enfermería que no se limita a ejecutar intervenciones, sino que lidera procesos, conecta instituciones, acompaña trayectorias asistenciales y genera soluciones situadas con compromiso y profesionalidad. Una enfermería capaz de convertir la práctica cotidiana en conocimiento y el conocimiento en mejores oportunidades de cuidado. La evaluación también permitió reconocer que la innovación existe en todo el país. Su desarrollo y sostenibilidad dependen de condiciones institucionales, de la disponibilidad de recursos y del reconocimiento del potencial de la profesión por parte de las autoridades institucionales y de las personas usuarias del sistema. Por eso, visibilizar estas experiencias es apenas el comienzo: el verdadero desafío consiste en reconocerlas, sistematizarlas, sostenerlas y facilitar su réplica allí donde puedan aportar valor.

Desde esta perspectiva, innovar no significa abandonar lo aprendido, sino mirar la realidad con nuevos ojos y transformar el cuidado desde la cercanía, con liderazgo profesional y con las personas en el centro. La innovación en enfermería no siempre requiere grandes inversiones ni tecnologías complejas: muchas veces surge de definiciones políticas claras, del liderazgo que impulsa las iniciativas, del compromiso institucional con el desarrollo profesional y de la capacidad de los equipos para escuchar, integrar saberes y ofrecer mejores respuestas allí donde ocurre el cuidado.

Las páginas que siguen son, ante todo, un reconocimiento a quienes impulsaron estas iniciativas y a los equipos que las hicieron posibles. También constituyen una invitación a aprender del territorio, compartir saberes y ampliar la capacidad de respuesta del sistema de salud.

La innovación de enfermería en el Primer Nivel de Atención ya existe en Uruguay. Con esta publicación esperamos contribuir a hacerla visible y convocar a transformarla en una fuerza colectiva para fortalecer la Atención Primaria de Salud, ampliar la capacidad de respuesta del sistema y sostener cuidados más cercanos, continuos y centrados en las personas.

Lic. Mercedes Pérez

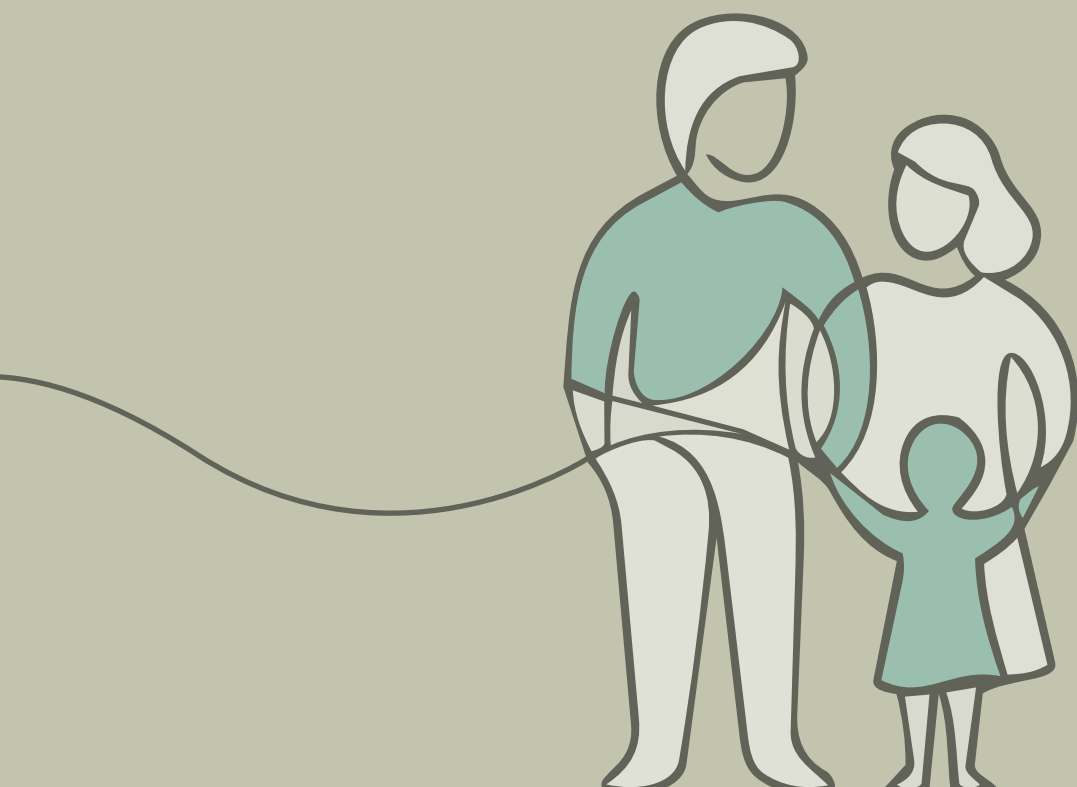
Directora de la Unidad de planificación y desarrollo estratégico de enfermería.

DIGESA - MSP

1

Primera parte

Convocatoria Prácticas Innovadoras
de Enfermería en primer nivel de atención
con enfoque en APS, 2026



Resumen ejecutivo

La Convocatoria 2026 de Prácticas Innovadoras de Enfermería en el Primer Nivel de Atención con enfoque de Atención Primaria de Salud (APS) permitió identificar, reconocer y poner en valor experiencias que ya estaban transformando el cuidado en distintos servicios y territorios del país. La iniciativa se propuso no solamente reconocer buenas prácticas y experiencias con enfoque innovador, sino también hacer visible la capacidad de enfermería para innovar desde la práctica cotidiana, generar respuestas a problemas concretos de salud y producir aprendizajes con potencial de ser sostenidos, replicados y escalados.

La convocatoria tuvo una amplia respuesta: se recibieron 52 postulaciones, de las cuales 24 experiencias fueron preseleccionadas luego de la evaluación documental y 18 avanzaron a una instancia de validación territorial. Este nivel de participación mostró la existencia de un campo activo de innovación en enfermería, con experiencias provenientes de varios puntos del país y con participación de instituciones públicas y privadas.

El proceso se desarrolló entre mayo y setiembre de 2026 e incluyó seis etapas sucesivas: preparación de la convocatoria (adecuación de instrumentos de valoración documental y de las visitas en territorio, formularios, comunicaciones) ; de recepción de postulaciones, evaluación documental, validación territorial, trabajo final del tribunal y acto de entrega de los reconocimientos de las experiencias seleccionadas. Esta metodología permitió complementar la información presentada por los equipos con una valoración técnica y con el conocimiento directo de las prácticas en los lugares donde se desarrollaban.

La evaluación estuvo a cargo de un tribunal de expertos, con apoyo metodológico y participación técnica del Ministerio de Salud Pública y de la OPS. Se consideraron especialmente cinco grandes criterios: liderazgo de enfermería, innovación, pertinencia para la APS, sostenibilidad y enfoque de equidad y derechos. El proceso buscó así reconocer no solamente experiencias novedosas, sino prácticas capaces de demostrar su aporte al cuidado de las personas, su inserción en el primer nivel de atención y sus posibilidades de continuidad.

Como resultado de la evaluación, las experiencias fueron organizadas en tres categorías: las Prácticas Innovadoras correspondieron a iniciativas que introdujeron cambios relevantes en el cuidado de las personas, la organización de los servicios o el uso de tecnologías; las Buenas Prácticas reconocieron intervenciones consolidadas y de alta calidad; y las Prácticas de Interés identificaron acciones particularmente alineadas con las prioridades sanitarias y con el desarrollo de enfermería. Esta clasificación permitió reconocer diferentes niveles de desarrollo sin perder de vista el valor de experiencias que, aun encontrándose en etapas distintas de consolidación, aportaron aprendizajes relevantes para el sistema.

Las prácticas presentadas reflejaron una gran diversidad de problemas, poblaciones y modalidades de intervención. Entre los temas presentados se destacan: el fortalecimiento de la continuidad del cuidado, la atención domiciliaria, el seguimiento de personas con enfermedades crónicas, salud mental, salud materna y diabetes gestacional, salud sexual y diversidad, prevención y seguimiento de infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, oncología, patología mamaria, trasplante renal, salud de las personas mayores, disminución de los tiempos de espera, preparación preoperatoria, articulación interinstitucional para el abordaje de la tuberculosis, actividades de promoción de salud a poblaciones vulnerables y prevención en territorios urbanos y rurales.

Un rasgo transversal fue el fortalecimiento del liderazgo, la autonomía y la capacidad resolutiva de enfermería. Muchas de las experiencias mostraron a los equipos de enfermería no solamente como ejecutores de intervenciones, sino como articuladores de redes, gestores del cuidado, referentes territoriales y promotores de nuevas formas de organizar la atención. La evaluación territorial permitió además identificar un hallazgo particularmente relevante: la innovación estaba presente en todo el país, aunque sus posibilidades de desarrollo y sostenibilidad se encontraban vinculadas, en distinta medida, con la disponibilidad de recursos y con las condiciones institucionales de cada territorio. Este resultado refuerza la necesidad de acompañar las experiencias exitosas para que puedan consolidarse y no dependan exclusivamente de iniciativas individuales o de contextos favorables.

El valor estratégico de la convocatoria podrá trascender el reconocimiento de las prácticas seleccionadas. El proceso permitirá construir una base de conocimiento sobre innovación en enfermería y APS, identificar capacidades ya instaladas en el sistema y en los servicios de salud, además de reconocer soluciones que podrían ser fortalecidas, adaptadas o transferidas a otros servicios y territorios.

La siguiente etapa prevé continuar ese proceso de aprendizaje mediante la devolución individual a los participantes, la sistematización y publicación de las experiencias reconocidas y la posibilidad de que los equipos seleccionados actuaran como referentes para otros servicios interesados en implementar o adaptar estas prácticas.

La innovación de enfermería en el primer nivel de atención con foco en APS ya existe en diferentes puntos del territorio nacional y en instituciones muy diversas. El desafío hacia adelante será seguir reconociendo estas prácticas, documentar, generar evidencia sobre sus resultados, crear condiciones para sostenerlas y convertir aquellas experiencias de mayor valor en capacidades que puedan ser compartidas y escaladas para fortalecer la APS y el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Presentación

La convocatoria Prácticas Innovadoras de Enfermería en el primer nivel de atención con enfoque en Atención Primaria de Salud (APS) 2026 se concibió como una iniciativa estratégica para identificar, reconocer y poner en valor experiencias desarrolladas desde la práctica profesional cotidiana, que estaban contribuyendo a transformar el cuidado en el primer nivel de atención.

Su propósito fue más allá del reconocimiento de iniciativas individuales. La convocatoria buscó hacer visibles experiencias generadas en los servicios y en los territorios, identificar respuestas que ya estaban dando solución a necesidades concretas y problemáticas complejas de salud de la población convirtiendo esas experiencias en información útil para generar políticas públicas dirigidas a fortalecer el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) para lograr mejores condiciones de salud en la población uruguaya.

La Atención Primaria de Salud constituyó el marco natural de esta propuesta, por su papel central en la mejora del acceso, la continuidad, la integralidad, la prevención y la capacidad resolutive.

En ese contexto, identificar Prácticas de enfermería innovadoras ocupó un lugar especialmente relevante destacando el rol de Enfermería en el sistema de atención por su cercanía con las personas, las familias y las comunidades, así como por su capacidad para liderar, coordinar e implementar procesos de cuidado con fuerte anclaje territorial.

La convocatoria reconoció precisamente ese aporte. Se priorizaron prácticas que fortalecieron el primer nivel de atención, respondieran a necesidades concretas de salud, demostraran resultados, incorporaran equidad y enfoque territorial, desarrollaran innovación aplicada y mostraran condiciones de sostenibilidad y replicabilidad.

Uno de los aportes más relevantes del proceso fue haber ampliado la mirada sobre qué significa innovar en APS. La innovación no se entendió como incorporación de tecnología únicamente, sino como reconocimiento de nuevas formas de organizar el cuidado, gestionar la continuidad asistencial, estratificar riesgos, fortalecer la atención domiciliaria, utilizar herramientas clínicas estandarizadas, promover educación y autocuidado, incorporar participación comunitaria, trabajar en red, articular con otras profesiones y utilizar datos para mejorar la gestión.

Esta mirada fue especialmente pertinente para la APS, donde muchas de las innovaciones de mayor impacto no dependieron necesariamente de soluciones tecnológicas sofisticadas, sino de reorganizar procesos, anticiparse al riesgo, integrar niveles de atención, utilizar mejor la información y acercar el cuidado a las personas y al territorio.

Para el SNIS, la convocatoria representó también una oportunidad de aprendizaje. Permitió identificar qué prácticas estaban funcionando, en qué contextos, con qué recursos, bajo qué formas de liderazgo y cuáles son los logros y resultados alcanzados.

De este modo, se generó información útil para reconocer capacidades instaladas, fortalecer experiencias con potencial de desarrollo y reducir la fragmentación entre iniciativas que, aun siendo valiosas, muchas veces permanecen limitadas a su ámbito local.

Desde una perspectiva de salud pública, el proceso tuvo además un valor particular como herramienta de generación de evidencia para la toma de decisiones y generar políticas públicas basadas en experiencias consolidadas evidenciadas por datos.

Cada práctica debió explicitar el problema que abordaba, la población objetivo, el contexto territorial e institucional, las actividades desarrolladas, los resultados obtenidos, las fuentes de información y los indicadores utilizados. También se relevaron aspectos vinculados con sostenibilidad, replicabilidad, posibilidades de expansión y lecciones aprendidas. Esto permitió superar una lógica centrada únicamente en “buenas ideas” y voluntades individuales, para avanzar hacia la identificación de experiencias que pudieran analizarse por su pertinencia, efectividad, sostenibilidad y potencial de transferencia a otros servicios.

El conocimiento generado podría abrir la posibilidad de utilizar las prácticas seleccionadas como insumo para distintos niveles de decisión. Algunas experiencias pudieron aportar evidencia para mejorar procesos asistenciales o modelos de atención; otras, para orientar decisiones de gestión, organización de servicios, formación de recursos humanos o incorporación de herramientas digitales. Las más consolidadas ofrecieron además condiciones para ser consideradas en procesos de escalamiento dentro del país o de cooperación técnica y transferencia a otros territorios o países. En este punto, la replicabilidad se entendió no como la reproducción mecánica de una experiencia, sino como la capacidad de identificar qué componentes fueron esenciales para lograr resultados esperados, qué condiciones hicieron posible su implementación y qué aspectos debían adaptarse a otros contextos.

El proceso culminó con el reconocimiento de tres categorías de prácticas en el primer nivel de atención: Prácticas de Interés para el desarrollo de enfermería; Buenas Prácticas de Enfermería con enfoque de APS y Prácticas Innovadoras de Enfermería enfocadas en APS.

Su principal valor estratégico trasciende el reconocimiento a las Prácticas. La convocatoria dejó una base de experiencias documentadas que puede contribuir en el futuro a construir

progresivamente un repositorio de evidencia e innovación en enfermería y APS, útil para comparar aprendizajes, identificar patrones de éxito y orientar futuras decisiones de política, gestión y cooperación sanitaria.

En ese sentido, la convocatoria permitió dar un paso importante: pasar de innovaciones valiosas pero dispersas a conocimiento sistematizado, compartido y potencialmente utilizable por el conjunto del sistema de salud.

Metodología

La convocatoria se desarrolló como un proceso progresivo de identificación, evaluación, validación y reconocimiento de prácticas innovadoras de enfermería con enfoque en Atención Primaria de Salud (APS). La metodología buscó asegurar una valoración homogénea, transparente, comparable y basada en evidencia.

El proceso se organizó en las siguientes etapas: preparación de la convocatoria (revisión de bases de llamados similares, de instrumentos de evaluación de documentos presentados, piezas de comunicación y difusión, informes), apertura de postulaciones, evaluación documental y revisión técnica por un tribunal conformado por expertos en el área y autoridades ministeriales y de OPS; selección de prácticas destacadas, visitas territoriales para validar las experiencias y, finalmente, definición del tribunal y reconocimiento de las doce prácticas mejor valoradas.

Las experiencias se relevaron mediante un Formulario Único diseñado al respecto en una plataforma ministerial, que permitió conocer de manera sistemática:

- El problema abordado,
- su vinculación con la APS y el desarrollo de enfermería, las características de la intervención,
- la innovación y herramientas utilizadas, los resultados obtenidos, su sostenibilidad y replicabilidad,
- los enfoques transversales y las principales lecciones aprendidas.

La información presentada contó con respaldo institucional y pudo ser verificada mediante documentación complementaria (carta aval de cada institución proponente de la Práctica) y las preseleccionadas fueron objeto de visitas en territorio. Para ello se diseñaron instrumentos de evaluación ponderados, presentados al tribunal de evaluación mediante un informe preliminar y luego un informe final con los resultados encontrados en las visitas y las recomendaciones.

La evaluación se realizó a partir de una matriz de 100 puntos y ocho dimensiones, que consideró la claridad y consistencia de la experiencia, su pertinencia estratégica para la APS y enfermería, la definición del problema y el contexto, el diseño e implementación, el uso de herramientas innovadoras, los resultados y la evidencia, la sostenibilidad y escalabilidad, y los enfoques transversales y aprendizajes.

Se puso especial énfasis en identificar innovaciones que hubieran generado valor concreto en el cuidado: mejora de la continuidad asistencial, estratificación de riesgos, herramientas digitales, atención domiciliaria, educación y autocuidado, participación comunitaria, articulación en red, disminución de los tiempos de espera para cirugías y estudios, uso de datos e innovaciones organizacionales lideradas por enfermería.

Asimismo, la evaluación incorporó criterios de equidad, territorio, derechos humanos, participación comunitaria, género, interculturalidad y curso de vida, junto con el análisis de barreras encontradas, elementos facilitadores y lecciones aprendidas. Las visitas en territorio constituyeron una instancia especialmente relevante, ya que permitieron conocer las experiencias en su contexto, contrastar la información presentada y valorar de manera más integral sus resultados, sostenibilidad y posibilidades de replicación.

La convocatoria no se limitó a reconocer experiencias destacadas: permitió identificar prácticas con evidencia, capacidad de continuidad y potencial de escalamiento o transferencia, generando conocimiento útil para fortalecer la APS, el rol de enfermería y el aprendizaje del propio SNIS.

Cronograma de trabajo

Fase 1 | Apertura de postulaciones

Fecha: 14 de mayo de 2026

Se habilita el período de inscripción para la postulación de experiencias en Prácticas Innovadoras en Enfermería con Enfoque en Atención Primaria de Salud (APS). Las postulaciones podrán presentarse hasta el 15 de junio de 2026 a las 23:58 hs.

Fase 2 | Evaluación documental y revisión técnica

Fecha: 16 de junio al 10 de julio de 2026

El Tribunal de Expertos llevará adelante la evaluación inicial de las postulaciones, mediante la revisión de la documentación teórica presentada por los participantes.

Fase 3 | Selección y divulgación de prácticas destacadas

Fecha: 13 al 17 de julio de 2026

Se realizará la comunicación oficial de las prácticas seleccionadas para la etapa de visitas en territorio. La selección se efectuará conforme a los criterios evaluativos establecidos por el Tribunal de Expertos, utilizando un cuestionario estandarizado de puntuación.

Fase 4 | Visitas territoriales y validación de experiencias

Fecha: 20 de julio al 20 de agosto de 2026

Se organizará la agenda de visitas a las prácticas seleccionadas, de acuerdo con el ranking de puntuaciones obtenidas. Durante esta etapa, el equipo de expertos realizará visitas en territorio para corroborar y validar las experiencias postuladas.

Fase 5 | Reconocimiento y premiación

Fecha: 3 de setiembre de 2026

Acto de reconocimiento y premiación de las 12 mejores Prácticas Innovadoras en Enfermería con Enfoque en Atención Primaria de Salud (APS).

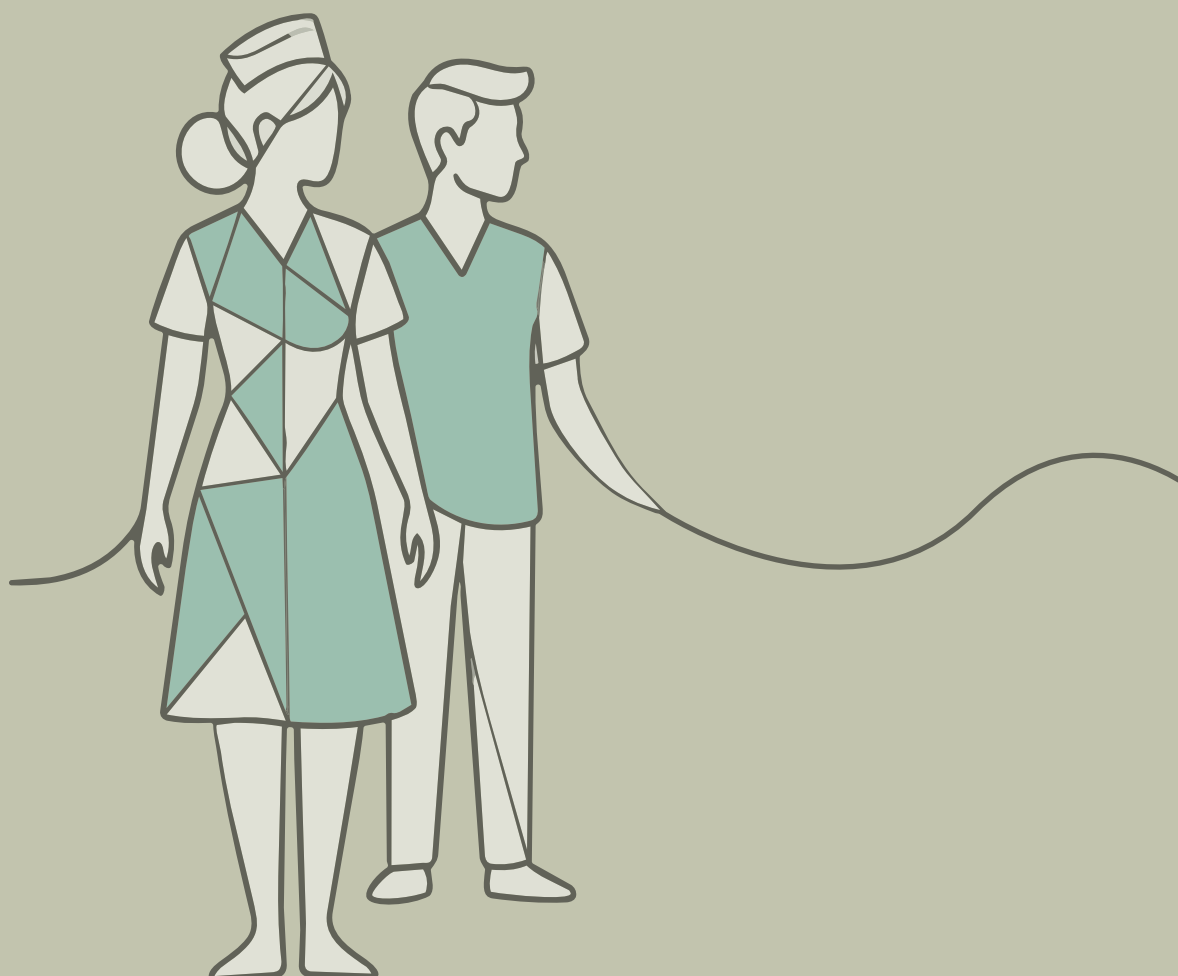
Prácticas Innovadoras en el primer nivel de atención con enfoque de APS

Prácticas innovadoras de enfermería en el Primer nivel de atención con enfoque de aps	Institución
Implementación de HEARTS y liderazgo de Enfermería en Asistencia Médica Departamental de Maldonado.	Asistencial Médica Departamental de Maldonado
Consultorio de Enfermería en Salud Mental: fortaleciendo la continuidad asistencial	Hospital Central de las Fuerzas Armadas
Grupo de adultos y adultos mayores Los Crocantes	ASSE- RAP Montevideo
Intervención de enfermería en el Primer Nivel de Atención en la educación y el autocuidado de la embarazada con Diabetes Gestacional	CRAMI
Fortalecimiento del liderazgo de enfermería en el servicio de curaciones en atención domiciliaria de MHE	Hospital Evangélico
Consulta de Enfermería Pre endoscópica	ASMJ
Gestión del Cuidado de Enfermería en Patología Mamaria: Coordinación Asistencial y Acompañamiento Integral de las Usuarías	COSEM
Navegación de Enfermería en Mastología: una estrategia integral para la continuidad del cuidado.	SMQS SALTO
Mesa Interinstitucional de Tuberculosis Maldonado	DDS Maldonado
Enfermería como puente estratégico en el proceso de trasplante renal y la atención Primaria de salud.	Hospital Evangelico
Gestión integral del cuidado en domicilio desde el Equipo de Enfermería del Hospital Británico: Ejemplo de una práctica innovadora interdisciplinaria centrada en el paciente	Hospital Británico
Educación y Continuidad de Cuidados a pacientes Oncológicos y sus familias	COSEM

2

Segunda parte

Prácticas Innovadoras en el
primer nivel de atención con enfoque de APS



Implementación de Hearts y Liderazgo de enfermería en Asistencial Médica

Departamental de Maldonado

Lic. Enf. María Sylvanna Laborde Clavijo

Servicio de salud: Asistencial Médica de Maldonado

Contexto y descripción de la práctica

La práctica “Implementación de HEARTS y liderazgo de enfermería en Asistencial Médica Departamental de Maldonado (AMDM)” se desarrolló en el Primer Nivel de Atención como respuesta a la necesidad de fortalecer la prevención, detección, control y seguimiento de la hipertensión arterial y del riesgo cardiovascular.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una prioridad sanitaria y la hipertensión arterial representa uno de sus principales factores de riesgo modificables. En el diagnóstico institucional realizado por AMDM se identificaron brechas relacionadas con la captación de personas hipertensas, la discontinuidad del seguimiento, la baja adherencia a controles, la escasa sistematización de la evaluación del riesgo cardiovascular y una participación todavía limitada de enfermería en los procesos de seguimiento longitudinal.

En enero de 2024, AMDM fue seleccionada como uno de los centros piloto para la implementación de la estrategia HEARTS, impulsada por el Ministerio de Salud Pública y la OPS, en Uruguay. En ese marco se inició, el 1° de enero de 2024, una práctica que continúa actualmente en curso y que incorporó progresivamente la Consulta de Enfermería como dispositivo asistencial para personas adultas con hipertensión arterial y/o elevado riesgo cardiovascular.

La propuesta se orientó a fortalecer el liderazgo de enfermería en la gestión integral del riesgo cardiovascular, mejorar la captación y el seguimiento longitudinal, estandarizar la medición de la presión arterial y la estratificación del riesgo, promover la adherencia terapéutica y la educación para la salud y consolidar un modelo interdisciplinario de atención.

La consulta se encuentra actualmente operativa en Clínica Louvre y Policlínica Aiguá, dentro de una estrategia de expansión progresiva hacia otras sedes del Primer Nivel de Atención de AMDM.

Modelo de atención y aspectos de innovación de la práctica de enfermería

La principal innovación fue incorporar a enfermería de manera estructurada en la gestión longitudinal del riesgo cardiovascular, superando un modelo centrado fundamentalmente en consultas médicas episódicas y avanzando hacia una atención proactiva, protocolizada y basada en riesgo.

El modelo se apoyó en los principales componentes de HEARTS: vías clínicas estandarizadas, medición precisa de la presión arterial, estratificación del riesgo cardiovascular, trabajo interdisciplinario, educación para la salud y monitoreo continuo de indicadores.



Dentro de este esquema, enfermería asumió funciones de captación, valoración, seguimiento y gestión del cuidado. La práctica incorporó registro estructurado en la historia clínica electrónica, planes de cuidado individualizados, seguimiento nominal de personas con riesgo, gestión de casos, coordinación de la continuidad asistencial y agendas programadas según riesgo.

Un aspecto particularmente relevante fue la incorporación de la estratificación cardiovascular como herramienta para orientar decisiones y priorizar el seguimiento. Enfermería comenzó a aplicar la calculadora de riesgo HEARTS, realizar mediciones estandarizadas de presión arterial con dispositivos automáticos validados, a utilizar protocolos y checklists que favorecen una práctica homogénea y segura. La consulta integró además educación individual planificada, promoción de estilos de vida saludables, apoyo al automanejo de la hipertensión y diabetes, comunicación directa con las personas y estrategias de adherencia. Los datos obtenidos no quedaron limitados al registro asistencial: se utilizaron indicadores, auditorías y herramientas de monitoreo para identificar brechas y ajustar la práctica.

Desde el punto de vista organizacional, la innovación fue también profesional. Enfermería pasó a liderar procesos y a asumir nuevos roles como referente de seguimiento y gestión de casos, contribuyendo a aumentar la capacidad resolutive del Primer Nivel y a disminuir derivaciones que podían ser evitadas mediante una respuesta más oportuna.

Por tanto, el valor innovador no se limitó a adoptar HEARTS, sino a traducir una estrategia internacional en un nuevo modelo de trabajo cotidiano, en el cual la enfermería asumió mayor autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones dentro del equipo.

Resultados y logros

La implementación de HEARTS permitió fortalecer progresivamente el abordaje cardiovascular de AMDM, con cambios tanto clínicos como organizacionales.

Entre los resultados institucionales documentados se observó un aumento de las personas hipertensas bajo tratamiento farmacológico, desde un valor basal de 75,5% hasta 82% en 2024, acompañado por una trayectoria posterior de mejora. El control de la presión arterial se consolidó en niveles superiores al 73%, mostrando estabilidad en el seguimiento clínico.

También se registraron progresos en la protección cardiovascular integral. El uso de estatinas en personas con elevado riesgo cardiovascular alcanzó 66,4%, mientras que en personas con diabetes aumentó de 53% a 60%. Un avance especialmente relacionado con el rol de enfermería fue la incorporación progresiva del cálculo de riesgo HEARTS en el Primer Nivel. Su utilización llegó inicialmente al 8,2%, duplicando el valor del período anterior, y los reportes posteriores documentaron un valor de 10,2%, mostrando una tendencia de crecimiento aunque todavía con margen importante de mejora. Entre los indicadores institucionales priorizados se reportaron además 73,4% de control de presión arterial, 59,7% de usuarios hipertensos y diabéticos con estatinas y 66,7% con HbA1c controlada por debajo de 7%.

Más allá de los indicadores clínicos, la práctica generó logros relevantes en el funcionamiento del servicio: se consolidó progresivamente la Consulta de Enfermería, se introdujeron vías clínicas y protocolos estandarizados, se fortaleció el trabajo interdisciplinario y se mejoraron los mecanismos de auditoría, registro y seguimiento.

La experiencia también produjo un cambio en el posicionamiento profesional. El equipo de enfermería incrementó su participación en prevención, estratificación de riesgo, seguimiento de personas con enfermedades crónicas, educación, evaluación de indicadores y mejora continua, fortaleciendo su autonomía y liderazgo dentro de la APS.

Lecciones aprendidas

La experiencia mostró que la implementación de una estrategia clínica estandarizada requiere algo más que disponer de protocolos: necesita liderazgo institucional, equipos capacitados, información confiable y seguimiento continuo de los resultados.

Entre los principales facilitadores se encontraron el respaldo institucional, la condición de AMDM como centro piloto HEARTS, el compromiso de enfermería, el trabajo interdisciplinario, la disponibilidad de lineamientos MSP/OPS, la capacitación continua y el uso de dispositivos validados para la medición de la presión arterial.

Los principales desafíos fueron mejorar la captación precoz, superar limitaciones locativas y organizacionales, optimizar los registros clínicos, gestionar la sobrecarga asistencial y ampliar la utilización sistemática de la evaluación del riesgo cardiovascular. Una lección especialmente relevante es que el fortalecimiento del rol de enfermería requiere combinar autonomía profesional con protocolos, capacitación, información y medición de resultados. Estos elementos permiten que el cambio de rol se traduzca efectivamente en mayor calidad y capacidad resolutive.

Replicabilidad de la práctica

La experiencia presenta alto potencial de replicabilidad y escalamiento. La institución ya definió una expansión gradual de la Consulta de Enfermería: desde Clínica Louvre y Aiguá hacia Piriápolis y Pan de Azúcar, y posteriormente hacia San Carlos, Maldonado y La Barra, con el objetivo de avanzar hacia su implementación en la totalidad de las policlínicas del Primer Nivel de Atención.

Este modelo progresivo resulta particularmente valioso porque reconoce que la replicación no consiste en aplicar idénticamente una intervención en todos los servicios. La expansión se adapta a las condiciones de infraestructura, capacidad organizacional y madurez de los equipos de cada sede.

Para su transferencia resultan esenciales algunos componentes: respaldo institucional, liderazgo de enfermería, protocolos y vías clínicas estandarizadas, capacitación continua, medición precisa de la presión arterial, estratificación de riesgo, sistemas de información, monitoreo de indicadores y trabajo interdisciplinario.

La alineación de HEARTS con políticas nacionales y recomendaciones de OPS constituye

además una fortaleza para su sostenibilidad y facilita que la experiencia pueda convertirse en un modelo transferible a otros prestadores y territorios.

INNOVAR PARA ANTICIPARSE AL RIESGO

Esta práctica muestra que la innovación en APS puede producirse cuando el sistema deja de esperar que la enfermedad se complique y comienza a identificar, estratificar y acompañar el riesgo antes de que aparezcan sus consecuencias.

La incorporación de HEARTS permitió convertir herramientas clínicas y datos en decisiones concretas de cuidado. Pero su aporte más significativo fue colocar a enfermería en un lugar diferente: no solamente midiendo la presión arterial, sino gestionando riesgo, educando, siguiendo trayectorias, identificando brechas y participando activamente en la mejora de los resultados de salud.

INNOVAR, EN ESTA EXPERIENCIA, FUE TRANSFORMAR UNA CONSULTA EN UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN LONGITUDINAL. AL FORTALECER EL LIDERAZGO DE ENFERMERÍA Y ORGANIZAR EL CUIDADO ALREDEDOR DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, AMDM MOSTRÓ CÓMO EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PUEDE ANTICIPARSE A LA ENFERMEDAD, GANAR CAPACIDAD RESOLUTIVA Y ACERCAR UNA ATENCIÓN MÁS CONTINUA, SEGURA Y EFECTIVA A LAS PERSONAS.

Consultorio de Enfermería en Salud Mental: fortaleciendo la continuidad asistencial

Lic. Enf. Cecilia Vázquez

Hospital Central de las Fuerzas Armadas
Montevideo

Contexto y descripción de la práctica

La práctica “Consultorio de Enfermería en Salud Mental: fortaleciendo la continuidad asistencial” se implementó en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFFAA), en Montevideo, como respuesta a brechas identificadas en el seguimiento de personas con necesidad en el cuidado de la salud mental de los usuarios.

Desde la práctica asistencial se había observado que numerosos usuarios presentaban dificultades para sostener la continuidad del cuidado luego del alta de una internación psiquiátrica o después de un intento de autoeliminación. También existían necesidades específicas de seguimiento en personas tratadas con clozapina o medicación antipsicótica de depósito, así como situaciones de consumo problemático de sustancias. La falta de un dispositivo de enfermería estructurado para acompañar estas trayectorias aumentaba el riesgo de inasistencias, interrupción de tratamientos, recaídas, reingresos hospitalarios y nuevas situaciones de crisis.

A partir de esta necesidad, durante 2023 y 2024 se desarrolló un proceso de diseño y gestión institucional de la propuesta, que incluyó la coordinación con la Dirección Técnica, el Departamento de Enfermería y el Departamento de Salud Mental. El consultorio comenzó formalmente a funcionar el 5 de marzo de 2025 y continúa en curso.

El dispositivo funciona integrado al Área de Salud Mental y cuenta con una Licenciada en Enfermería especialista en salud mental y una Auxiliar de Enfermería con formación específica, articulando su trabajo con psiquiatría, psicología, trabajo social, emergencia y otros servicios institucionales.

Su población objetivo incluye personas en seguimiento posterior al alta psiquiátrica, usuarios con antecedentes de intento de autoeliminación, personas en tratamiento con clozapina o antipsicóticos de depósito y usuarios con patologías duales asociadas al consumo problemático de sustancias.

El objetivo central es fortalecer la continuidad del cuidado en salud mental, ofreciendo un espacio accesible de seguimiento, valoración, educación, prevención, acompañamiento y coordinación. La práctica se vincula directamente con principios de la Atención Primaria de Salud: accesibilidad, longitudinalidad, prevención, atención centrada en la persona, integralidad y articulación entre servicios y niveles de atención.

Modelo de atención y aspectos de innovación de la práctica de enfermería

El principal componente innovador fue la creación de un dispositivo asistencial propio de enfermería especializada en salud mental, con capacidad para asumir de manera estructurada funciones clínicas, preventivas, educativas y de gestión de casos que previamente no contaban con un espacio específico dentro de la institución.

La práctica modificó la lógica tradicional basada predominantemente en la consulta médica episódica para incorporar un seguimiento longitudinal y proactivo, en el cual enfermería se constituyó en referente estable para la persona y su familia.

El modelo incluye valoración integral de enfermería, planes individualizados, identificación de riesgos, seguimiento posterior al alta, monitoreo de adherencia terapéutica, educación para el autocuidado, prevención del suicidio, administración y control de tratamientos específicos, contacto telefónico ante inasistencias y coordinación de consultas o derivaciones.

Se desarrollaron líneas diferenciadas de seguimiento para personas:

- posteriormente a una internación psiquiátrica;
- con antecedentes de intento de autoeliminación;
- en tratamiento con clozapina;
- que reciben medicación antipsicótica de depósito;
- con necesidades complejas de salud mental y consumo problemático.

La innovación se sostuvo también en la estratificación y priorización activa de usuarios, el uso de teleconsulta y seguimiento telefónico, la gestión de casos complejos, la utilización de registros sistemáticos e indicadores y el fortalecimiento de los mecanismos de detección precoz de descompensaciones.

Desde la perspectiva profesional, el consultorio amplió la autonomía de enfermería. La Licenciada en Enfermería pasó a desempeñar un papel central en la valoración clínica, prevención de riesgos, seguimiento longitudinal, educación para la salud, coordinación interdisciplinaria y toma de decisiones vinculadas con la gestión del cuidado. El liderazgo fue identificado como el rol principal de enfermería dentro de la práctica. Un aspecto especialmente relevante es que el modelo fue construido utilizando principalmente recursos humanos e infraestructura existentes, lo que demuestra que la innovación organizacional no depende necesariamente de inversiones tecnológicas complejas, sino de reorganizar capacidades disponibles alrededor de las necesidades de las personas.



Resultados y logros

La experiencia produjo cambios concretos en acceso, continuidad y organización de los cuidados. Desde su puesta en marcha se consolidó un espacio específico de referencia para usuarios y familias, facilitando el seguimiento posterior a episodios críticos y el monitoreo de tratamientos que requieren controles regulares. Durante 2025 se atendieron 307 usuarios. Dentro de las principales líneas de actividad se registraron:

- 114 seguimientos post alta psiquiátrica;
- 61 seguimientos posteriores a intento de autoeliminación;
- 80 usuarios en seguimiento por tratamiento con clozapina;
- 31 usuarios en seguimiento por medicación antipsicótica de depósito.

Estos datos reflejan que el consultorio se instaló rápidamente como un dispositivo asistencial con demanda real y capacidad de respuesta. Los resultados documentados muestran una mejor vinculación de los usuarios con los servicios de salud mental, mayor asistencia a controles programados y menor interrupción de tratamientos. El seguimiento activo permitió además contactar a personas que no concurrían a los controles, detectar de manera precoz situaciones de riesgo clínico, emocional o social y facilitar intervenciones o derivaciones oportunas.

En personas con riesgo suicida, el seguimiento sistemático permitió reforzar el acompañamiento posterior al episodio crítico e identificar señales de alarma. En los usuarios tratados con clozapina o medicación de depósito, el consultorio permitió organizar controles y seguimiento de forma más sistemática, reduciendo la dependencia exclusiva de la consulta médica.

La práctica también mejoró la coordinación entre integrantes del equipo interdisciplinario y comenzó a ser reconocida por otros servicios como un recurso institucional de referencia para pacientes complejos.

Para usuarios y familias, el valor del dispositivo estuvo asociado particularmente a la accesibilidad, continuidad del vínculo, escucha, orientación y contención emocional. Para enfermería, significó la consolidación de un espacio de mayor autonomía y liderazgo dentro del modelo asistencial de salud mental.

Otro logro relevante fue la incorporación de registros e indicadores específicos para monitorear actividad, adherencia, inasistencias, tratamientos y resultados, fortaleciendo la capacidad de evaluación y gestión de la práctica.

Lecciones aprendidas

La experiencia mostró que la creación de un nuevo dispositivo de enfermería requiere, en primer lugar, identificar con claridad una necesidad asistencial no resuelta y contar con respaldo institucional. La formación especializada del equipo, la articulación con psiquiatría y otras disciplinas y el aprovechamiento de recursos ya disponibles fueron facilitadores fundamentales.

Entre los principales desafíos se encontraron el desconocimiento inicial sobre el alcance del rol autónomo de enfermería, las limitaciones de los sistemas de registro, algunas dificultades para la referencia y contrarreferencia con otros servicios y las barreras propias de usuarios con baja adherencia, escaso soporte social o situaciones de vulnerabilidad.

La experiencia también mostró que, a medida que el dispositivo gana reconocimiento, aumenta la demanda. Esto obliga a anticipar necesidades de recursos humanos, espacios asistenciales y sistemas de información para no comprometer la accesibilidad y calidad alcanzadas.

La principal lección es que la continuidad en salud mental requiere una presencia asistencial activa entre las consultas y después de los episodios críticos, y enfermería puede cumplir un papel decisivo en ese espacio.

Replicabilidad de la práctica

La práctica fue considerada replicable en otros contextos, mientras que sus planes de expansión o escalamiento se encuentran aún en evaluación. Su principal fortaleza para la transferencia es que se trata de un modelo de bajo requerimiento tecnológico y relativamente bajo costo, basado fundamentalmente en organización del trabajo, competencias profesionales y coordinación interdisciplinaria.

Para su implementación en otros servicios resultan necesarias algunas condiciones mínimas:

- realizar un diagnóstico previo de las necesidades y definir claramente la población prioritaria;
- disponer de profesionales de enfermería con formación específica en salud mental;
- formalizar el consultorio dentro de la estructura institucional y asegurar respaldo de las autoridades;
- establecer protocolos y circuitos de derivación y coordinación interdisciplinaria;
- contar con registros e indicadores que permitan documentar actividad, resultados y continuidad;
- adaptar el dispositivo a las características de cada población y red asistencial.

El modelo podría aplicarse tanto en instituciones hospitalarias como en servicios comunitarios y de primer nivel, particularmente en contextos donde existan brechas entre el alta hospitalaria y el seguimiento ambulatorio, dificultades de adherencia o poblaciones con elevado riesgo de discontinuidad.

INNOVAR PARA SOSTENER EL CUIDADO

Esta experiencia muestra una dimensión particularmente potente de la innovación en APS: innovar no es necesariamente incorporar más tecnología, sino encontrar nuevas formas de estar presentes cuando el sistema corre el riesgo de perder a las personas. El Consultorio de Enfermería en Salud Mental transformó una dificultad en la continuidad de la atención en una nueva modalidad de cuidado. Reposicionó a la enfermería desde un rol principalmente centrado en la ejecución de intervenciones hacia un referente clínico capaz de anticipar riesgos, gestionar casos, acompañar trayectorias y articular respuestas.

EN SALUD MENTAL, DONDE UNA INASISTENCIA, UNA INTERRUPCIÓN TERAPÉUTICA O UNA TRANSICIÓN MAL ACOMPAÑADA PUEDEN TENER CONSECUENCIAS CRÍTICAS, ESA CONTINUIDAD ADQUIERE UN VALOR SANITARIO PARTICULAR. LA INNOVACIÓN DE ESTA PRÁCTICA RADICA PRECISAMENTE ALLÍ: EN HACER DE LA PRESENCIA SOSTENIDA DE ENFERMERÍA UNA INTERVENCIÓN CLÍNICA, PREVENTIVA Y ORGANIZACIONAL QUE ACERCA EL SISTEMA A LAS PERSONAS Y FORTALECE LOS PRINCIPIOS ESENCIALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Grupo de adultos y adultos mayores “Los Crocantes”

Lic. En Enfermería Rocío Aguiar

Centro de Salud de Jardines del Hipodromo, ASSE
Montevideo

Contexto y descripción de la práctica

La práctica “Grupo de adultos y adultos mayores Los Crocantes” se desarrolla en el Centro de Salud Jardines del Hipódromo, RAP Metropolitana-ASSE, en Montevideo. Comenzó el 3 de junio de 2024 y continúa en curso, como una propuesta abierta tanto en el tiempo como en la incorporación de nuevos participantes.

La iniciativa surgió a partir de necesidades identificadas en la población adulta y adulta mayor del territorio: aislamiento social, baja participación comunitaria, alta presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular, escasez de espacios de promoción de salud y bienestar emocional y necesidad de sostener el seguimiento más allá de la consulta médica tradicional. La población participante está integrada por 86 usuarios, de entre 38 y 95 años. El 67% son mujeres y el 33% hombres. Se trata de una población con una carga importante de enfermedad crónica: 87% presenta hipertensión arterial, 73% obesidad y 60% diabetes; 47% combina hipertensión y diabetes y otro 47% presenta simultáneamente hipertensión, diabetes y obesidad. Desde el punto de vista educativo, 72% completó primaria, 23% tiene secundaria incompleta y 5% es analfabeto, aspecto relevante para el diseño de estrategias educativas accesibles y adaptadas.

La práctica buscó contribuir a mejorar la calidad de vida mediante promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, autocuidado, envejecimiento activo y fortalecimiento de la participación social y comunitaria. Enfermería asumió el liderazgo de la planificación, coordinación, implementación y evaluación, articulando componentes asistenciales, educativos, preventivos y comunitarios.



Modelo de atención, innovación de enfermería

El principal valor innovador de “Los Crocantes” radica en haber transformado un espacio grupal en un modelo integrado de cuidado comunitario liderado por enfermería, en el que la promoción de la salud se combina con seguimiento clínico, valoración individual, actividad física, salud mental, acompañamiento domiciliario y fortalecimiento de redes sociales.

La estrategia supera una atención centrada únicamente en la demanda espontánea o en el control de una enfermedad. Cada persona puede participar en controles periódicos de presión arterial, glicemia, peso, talla e IMC; consulta de enfermería con valoración integral y plan de cuidados individualizado; seguimiento telefónico ante inasistencias; visitas domiciliarias; caminatas y gimnasia semanales; talleres educativos y espacios mensuales con psicología, incluyendo estimulación cognitiva, habilidades sociales y acompañamiento ante cambios, duelos y pérdidas. Desde la perspectiva de enfermería, el modelo incorporó múltiples componentes de innovación: seguimiento nominal, planes longitudinales de cuidados, gestión de casos complejos, clasificación y seguimiento según riesgo, agenda programada, teleconsulta, visitas domiciliarias, protocolos y herramientas estandarizadas, educación individual y grupal, intervenciones sobre determinantes sociales y uso de datos para ajustar el cuidado. La práctica identifica expresamente al liderazgo como el principal rol de enfermería, acompañado de coordinación e implementación.

Su impacto se produce en dos planos complementarios. En el sanitario, favorece la detección precoz y el seguimiento de factores de riesgo cardiovascular, la adherencia a controles y tratamientos, el autocuidado y la prevención de complicaciones. En el plano social, aborda un determinante frecuentemente invisibilizado en las personas mayores: la soledad y el aislamiento. Al generar encuentros regulares, actividad física, aprendizaje y vínculos, el grupo convierte la participación social en un componente efectivo del cuidado. Esta integración constituye uno de sus principales aportes a la APS: la persona no es atendida únicamente por su hipertensión, diabetes u obesidad, sino en su dimensión física, emocional y social, dentro de su propio contexto comunitario.

Resultados y logros

Los resultados disponibles muestran una experiencia con alta aceptación, cobertura asistencial amplia y capacidad para generar participación y pertenencia. Los 86 participantes cuentan con controles y consulta de enfermería, alcanzándose una participación del 100% en esta dimensión asistencial. La participación registrada fue de 34% en talleres de promoción de salud, 25% en actividad física y 18% en talleres de salud mental. Estos datos muestran que la práctica logró integrar a toda la población captada al componente sanitario, aunque existe margen para ampliar la participación sostenida en las actividades grupales específicas.

La evaluación de satisfacción fue especialmente favorable. El 77% calificó las actividades como "muy buenas" y el 23% como "buenas". Respecto de su utilidad para la salud y el bienestar, 62% manifestó que habían contribuido "mucho" y 38% "bastante". En relación con el acompañamiento, 62% señaló haberse sentido "muy acompañado" y 38% "acompañado"; además, 85% consideró que el grupo favorecía mucho el compañerismo y la integración. Las preferencias de los participantes también son indicativas del valor del modelo: la actividad física fue la intervención más mencionada, seguida por las charlas de salud y los espacios de intercambio, mostrando que las necesidades de esta población combinan cuidado clínico, movimiento, información y vínculo social.

En términos de resultados asistenciales, los registros describen mejoras en el control de presión arterial y glicemia capilar, mayor adherencia a controles y tratamientos, incorporación de hábitos saludables y fortalecimiento del autocuidado. A nivel psicosocial se observó mayor integración comunitaria, fortalecimiento de redes de apoyo, disminución percibida de soledad y aislamiento y aumento del bienestar y del sentido de pertenencia. La práctica cuenta además con un esquema de indicadores de proceso, resultado e impacto: número de usuarios, asistencia, consultas, visitas domiciliarias, seguimientos telefónicos y talleres; evolución de presión arterial y glicemia, controles vigentes, hábitos saludables y participación; y percepción de calidad de vida, aislamiento, satisfacción, bienestar emocional y redes de apoyo.

Como aspecto de mejora, la documentación reconoce la necesidad de fortalecer la medición longitudinal, de modo que las mejoras clínicas y de calidad de vida puedan expresarse en el futuro mediante resultados comparativos y series temporales más robustas. Esto permitiría avanzar desde evidencia principalmente descriptiva hacia una evaluación más precisa del impacto de la práctica.

Lecciones aprendidas

La experiencia confirmó que el liderazgo sostenido de enfermería, el trabajo interdisciplinario, el apoyo institucional y la participación activa de los usuarios fueron determinantes para consolidar el grupo. La variedad y flexibilidad de las actividades y el hecho de utilizar espacios y recursos ya disponibles facilitaron su continuidad.

Entre los principales desafíos se identificaron problemas de movilidad, situaciones familiares o económicas que dificultan la asistencia, menor participación durante períodos climáticos adversos, heterogeneidad de edades y necesidades y disponibilidad limitada de recursos humanos y tiempo asistencial.

La principal lección es que la participación comunitaria no debe considerarse un complemento de la atención clínica. En una población con alta carga de enfermedades crónicas y riesgo de aislamiento, construir vínculos, promover actividad y generar sentido de pertenencia forman parte del cuidado y pueden reforzar la adherencia, el autocuidado y el bienestar.

Sustentabilidad y replicabilidad

La práctica presenta condiciones favorables de sustentabilidad porque utiliza principalmente recursos humanos, espacios e insumos existentes, está integrada a las actividades habituales del Primer Nivel y combina consultas, controles, seguimiento telefónico y visitas domiciliarias con actividades comunitarias de bajo costo.

A ello se suman dos activos fundamentales: el liderazgo de enfermería y el sentido de pertenencia construido por los propios participantes, que transforma al grupo de receptores de actividades en una red de apoyo. La articulación con psicología y con otros actores amplía, además, su capacidad de respuesta.

La experiencia se considera replicable y existen planes de continuidad y expansión, incluyendo coordinaciones con instituciones educativas y apertura a nuevas alianzas comunitarias. Para transferirla a otros territorios resultaría necesario preservar sus componentes esenciales: diagnóstico de necesidades, liderazgo de enfermería, participación de los usuarios en el diseño de actividades, trabajo interdisciplinario, combinación de seguimiento individual y estrategias grupales, utilización de recursos comunitarios y evaluación sistemática.

INNOVAR ES CONVERTIR LA COMUNIDAD EN PARTE DEL CUIDADO

“Los Crocantes” muestra una forma especialmente cercana de entender la innovación en APS. No creó una nueva tecnología: creó una nueva relación entre el servicio de salud, las personas y su comunidad. La innovación estuvo en salir de una lógica centrada exclusivamente en controlar enfermedades para construir un espacio donde controlar la presión o la glicemia, caminar, aprender, conversar, acompañarse y sentirse parte de un grupo forman parte de una misma estrategia de salud.

EN UNA POBLACIÓN DONDE CONVIVEN ENFERMEDADES CRÓNICAS, ENVEJECIMIENTO Y RIESGO DE AISLAMIENTO, ENFERMERÍA CONVIRTIÓ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO EN PRESENCIA, PARTICIPACIÓN Y VÍNCULO. CUANDO EL PRIMER NIVEL LOGRA QUE LAS PERSONAS NO SÓLO CONSULTEN, SINO QUE SE ENCUENTREN, SE CUIDEN Y CONSTRUYAN REDES ENTRE ELLAS, LA COMUNIDAD DEJA DE SER ÚNICAMENTE EL TERRITORIO DONDE SE PRESTA LA ATENCIÓN Y PASA A CONVERTIRSE EN UN RECURSO ACTIVO PARA PRODUCIR SALUD.

Intervención de enfermería en el Primer Nivel de Atención en la educación y el autocuidado de la embarazada con Diabetes Gestacional

Lic. Enf. Nedis Rodriguez Benero

Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral (CRAMI)

Canelones

Contexto y descripción de la práctica

La práctica "Intervención de enfermería en el Primer Nivel de Atención en la educación y el autocuidado de la embarazada con diabetes gestacional" se desarrolló en CRAMI IAMPP, en Canelones, como respuesta a la necesidad de fortalecer el acompañamiento de las mujeres con diabetes gestacional durante un período especialmente sensible para la salud materna y fetal.

La diabetes gestacional constituye una de las alteraciones metabólicas más frecuentes del embarazo y puede aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales, así como el riesgo futuro de desarrollar diabetes tipo 2. Su abordaje requiere no sólo control clínico y metabólico, sino también que la embarazada pueda comprender su condición, reconocer signos de alarma, incorporar cambios en la alimentación y realizar correctamente el automonitoreo de glucemia.

La práctica comenzó el 4 de agosto de 2015 y continúa en curso. Se desarrolla en el Policlínico Central de CRAMI y se integró posteriormente al funcionamiento de la Policlínica de Diabetes y Embarazo, consolidándose como una intervención sistemática dentro del Primer Nivel de Atención. El análisis presentado para la convocatoria profundizó particularmente los resultados alcanzados entre mayo de 2025 y mayo de 2026.

La población objetivo está constituida por embarazadas afiliadas a CRAMI con diagnóstico de diabetes gestacional. Las usuarias son derivadas desde obstetricia y reciben seguimiento en una policlínica interdisciplinaria integrada por ginecología de alto riesgo obstétrico, endocrinología/diabetología, nutrición, psicología y enfermería.

Dentro de este equipo, enfermería cumple un papel central en la educación para la salud, acompañamiento, seguimiento y promoción del autocuidado, funcionando además como nexo entre la embarazada, su familia y los distintos integrantes y niveles de la red asistencial. El propósito de la práctica fue contribuir a un mejor control metabólico y al bienestar materno-fetal, fortaleciendo la capacidad de cada mujer para participar activamente en sus cuidados y prevenir complicaciones. Su enfoque se encuentra estrechamente vinculado con los atributos de la Atención Primaria de Salud: prevención, acceso oportuno, continuidad, integralidad, trabajo interdisciplinario y participación de las personas en el cuidado de su salud.

Modelo de atención y aspectos de innovación de la práctica de enfermería

La innovación de la experiencia radica fundamentalmente en haber estructurado la intervención de enfermería como un proceso educativo y de acompañamiento continuo, y no como una actividad limitada al control de parámetros clínicos durante la consulta.

Desde el ingreso a la policlínica, enfermería realiza la recepción y preparación para la consulta interdisciplinaria, valoración de peso, presión arterial, talla y glucemia periférica. A partir de allí desarrolla un conjunto sistemático de intervenciones orientadas a que la embarazada adquiera conocimientos y competencias para manejar su condición durante la vida cotidiana. La educación incluye información sobre diabetes gestacional y sus posibles repercusiones maternas y fetales; entrenamiento para la correcta utilización del glucómetro y el automonitoreo; reconocimiento y manejo inicial de situaciones de hipo e hiperglucemia; identificación de signos de alarma obstétricos; y, cuando corresponde, capacitación en el uso de dispositivos para la administración de insulina.

El modelo incorpora además planes de cuidado individualizados, seguimiento nominal de las usuarias, clasificación y seguimiento según riesgo, agenda programada y coordinación de la continuidad asistencial. El acompañamiento se complementa con teleconsulta, comunicación directa, recordatorios de controles y monitoreo de valores de glucemia informados por las propias mujeres.

Estos componentes permiten que la consulta presencial se extienda más allá del establecimiento de salud. Enfermería mantiene un vínculo activo entre controles, facilita la resolución de dudas y refuerza la adherencia a las recomendaciones, convirtiendo a la educación y al autocuidado en parte integral del tratamiento.

Otro componente relevante es el trabajo interdisciplinario. La intervención de enfermería se articula con las decisiones clínicas de endocrinología/diabetología, la educación nutricional y el seguimiento obstétrico, favoreciendo una respuesta integrada en lugar de intervenciones aisladas.

Desde la perspectiva de innovación en APS, el valor de la práctica reside precisamente en esta transformación: pasar de informar a enseñar capacidades para el autocuidado; de esperar la consulta a realizar seguimiento activo; y de intervenciones profesionales separadas a un cuidado interdisciplinario organizado alrededor de las necesidades de la embarazada.



Resultados y logros

La evaluación de la práctica aporta resultados cuantitativos que permiten observar el alcance de las intervenciones de enfermería.

Durante el período evaluado, 137 embarazadas con diabetes gestacional recibieron educación para la salud, alcanzándose una cobertura del 100% de las usuarias incluidas. Este resultado muestra que la educación logró integrarse como componente sistemático del proceso asistencial y no como una intervención ocasional.

En relación con una de las competencias centrales promovidas por la práctica, 131 de las 137 embarazadas realizaron adecuadamente el automonitoreo de glucemia, equivalente al 96%. Este dato resulta particularmente relevante porque expresa apropiación efectiva de una capacidad necesaria para participar activamente en el control de la enfermedad. La evaluación de satisfacción mostró igualmente resultados favorables: 48 de las 50 mujeres encuestadas manifestaron satisfacción con las intervenciones de enfermería, alcanzando un 96%.

El principal resultado que permaneció por debajo de lo esperado fue la asistencia a las consultas programadas. Entre mayo de 2025 y mayo de 2026 se registró una concurrencia de 46 sobre 72 consultas programadas, equivalente al 64%. Entre los motivos identificados se encontraron internaciones de las propias usuarias o familiares, dificultades para responder al contacto y, en algunos casos, inasistencias reiteradas hasta interrumpir el seguimiento. Este hallazgo es relevante porque permite identificar una brecha sobre la cual avanzar: una práctica sólida de educación y autocuidado necesita complementarse con estrategias aún más activas para prevenir la pérdida de seguimiento y comprender las razones de las inasistencias.

En conjunto, los resultados evidencian una experiencia con alta cobertura educativa, elevado desarrollo del automonitoreo y muy buena valoración de las usuarias, que además ha logrado mantenerse durante más de una década integrada a la atención habitual.

Lecciones aprendidas

La experiencia mostró que la educación es más efectiva cuando se desarrolla como un proceso continuo, individualizado y vinculado con situaciones concretas de la vida diaria, y no como una transmisión puntual de información.

Entre los principales facilitadores se identificaron la existencia de un equipo interdisciplinario consolidado, los controles periódicos, el vínculo cercano de enfermería con las embarazadas y la integración de la actividad a la rutina de la policlínica.

La principal dificultad fue la inasistencia a consultas programadas y la consecuente posibilidad de interrupciones en el seguimiento. Esto señala la necesidad de fortalecer estrategias de contacto oportuno, recuperación de usuarias y continuidad entre embarazo y puerperio. La experiencia también reafirmó la importancia de la capacitación permanente de enfermería y de incorporar evaluación sistemática de la calidad y de los resultados.

Replicabilidad de la práctica

La práctica fue considerada replicable en otros contextos, aunque sus posibilidades de expansión se encontraban todavía en evaluación.

Su transferibilidad es alta porque se sustenta fundamentalmente en capacidades profesionales y organización del cuidado, y no en tecnologías de alta complejidad. Para su implementación en otros servicios deberían preservarse algunos componentes esenciales: un equipo interdisciplinario estable; un rol claramente definido de enfermería en educación y seguimiento; protocolos para valoración y autocontrol; acceso a glucómetros y materiales educativos; mecanismos de comunicación entre consultas; seguimiento mediante indicadores; y estrategias específicas frente a inasistencias.

La sostenibilidad constituye una de sus principales fortalezas. La intervención está integrada a las actividades habituales de la policlínica y puede mantenerse sin requerir recursos adicionales significativos. Entre las oportunidades de desarrollo se encuentran ampliar la educación hacia las familias, fortalecer el seguimiento remoto y asegurar mayor continuidad desde el embarazo hacia el puerperio y la prevención futura de diabetes tipo 2.

INNOVAR PARA QUE EL CONOCIMIENTO SE TRANSFORME EN CAPACIDAD DE CUIDADO

Esta experiencia demuestra que la innovación en APS no siempre consiste en incorporar una tecnología compleja ni de alto costo: puede consistir en lograr que una persona tenga más herramientas para cuidar su propia salud.

En la diabetes gestacional, gran parte del tratamiento ocurre fuera del consultorio: en cada elección alimentaria, en cada control de glucemia, en el reconocimiento de una señal de alarma y en la decisión de consultar oportunamente. La práctica convirtió a enfermería en el puente entre el conocimiento clínico y esas decisiones cotidianas.

INNOVAR FUE HACER QUE EL CUIDADO CONTINUARA CUANDO LA EMBARAZADA REGRESABA A SU HOGAR. AL FORTALECER CONOCIMIENTO, AUTONOMÍA Y AUTOCUIDADO, ENFERMERÍA AMPLIÓ LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y COLOCÓ A LA MUJER COMO PROTAGONISTA ACTIVA DE UNA MATERNIDAD MÁS SEGURA PARA ELLA Y PARA SU HIJO.

Fortalecimiento del liderazgo de enfermería en el servicio de curaciones en atención domiciliaria de MHE

Lic. Enf. Ana Laura Rivero Montaña
Hospital Evangélico
Montevideo

Contexto y descripción de la práctica

La práctica "Fortalecimiento del liderazgo de enfermería en el servicio de curaciones en atención domiciliaria de MHE" se desarrolló en el Primer Nivel de Atención de la Mutualista Hospital Evangélico (MHE), con cobertura domiciliaria en Montevideo y Ciudad de la Costa. Comenzó formalmente el 1° de noviembre de 2025 y continúa en curso.

La iniciativa surgió frente al aumento de personas con heridas crónicas y complejas —lesiones por presión, úlceras venosas y arteriales, pie diabético, heridas quirúrgicas e infectadas—, muchas de ellas asociadas a enfermedades crónicas, dependencia funcional, dificultades de movilidad, barreras económicas o redes de apoyo insuficientes. Estas condiciones dificultaban el traslado a los servicios de salud y comprometían el acceso oportuno y la continuidad de los cuidados.

El servicio de curaciones domiciliarias ya funcionaba territorialmente en zonas geográficas, con auxiliares de enfermería responsables de realizar las curaciones según indicación médica. Sin embargo, el análisis de la práctica identificó varias limitaciones: indicaciones médicas insuficientes o difíciles de interpretar, demoras para actualizar los tratamientos frente a la evolución de las heridas, ausencia de seguimiento sistemático por Licenciados en Enfermería y falta de planes de cuidado individualizados. Esta modalidad generaba dependencia de nuevas consultas médicas para realizar ajustes, podía retrasar la respuesta asistencial y limitaba la posibilidad de brindar un cuidado integral y adaptado a la evolución de cada persona.

Frente a estas dificultades, el servicio fue reorganizado con respaldo de la Dirección Técnica, el Departamento de Enfermería y la supervisión del área. Se fortaleció la participación profesional de enfermería y se incorporó una Licenciada en Enfermería especializada en heridas como referente clínica, habilitada para realizar la valoración integral, definir el plan de cuidados e indicar tópicos y apósitos de acuerdo con la evolución clínica, excepto cuando existiera una prescripción médica específica.

La cobertura se reorganizó en cinco zonas asistenciales, y el equipo quedó integrado por una Licenciada especialista en heridas, cuatro Licenciados en Enfermería y cinco Auxiliares de Enfermería. La población objetivo estuvo constituida por adultos usuarios de MHE con heridas crónicas o complejas que requerían cuidados en domicilio.

El propósito fue claro: acercar cuidados especializados al lugar donde vive la persona, mejorar la oportunidad de la respuesta y fortalecer la continuidad del cuidado desde el Primer Nivel de Atención.

Modelo de atención y aspectos de innovación de la práctica de enfermería

La innovación central consistió en transformar un servicio predominantemente orientado a la ejecución de curaciones indicadas por otros profesionales en un modelo de gestión clínica del cuidado liderado por enfermería.

La Licenciada especialista pasó a realizar el ingreso y la valoración integral de los nuevos usuarios, así como la reevaluación de quienes ya se encontraban en seguimiento. A partir de esa valoración se elaboraron planes de cuidado individualizados, se establecieron la frecuencia y características de las curaciones, se seleccionaron tópicos y apósitos y se coordinó la intervención de los Licenciados y Auxiliares responsables de cada territorio.

La valoración especializada incorporó un enfoque sistemático basado en TIMERS, contemplando no sólo las características de la herida, sino también comorbilidades, dolor, movilidad, riesgo de infección, situación nutricional, condiciones del domicilio, recursos económicos, redes familiares y capacidad de autocuidado. De esta manera, la herida dejó de ser considerada como una lesión aislada y pasó a abordarse en relación con la situación integral de la persona.

El modelo incorporó, además:

- seguimiento nominal y reevaluación según evolución y riesgo;
- planes de cuidado individualizados y longitudinales;
- atención domiciliaria planificada;
- prevención y detección precoz de complicaciones;
- registro fotográfico evolutivo con consentimiento;
- educación del usuario y de sus cuidadores;
- articulación con médicos tratantes y otros integrantes del equipo interdisciplinario;
- registros clínicos y bases de datos para seguimiento de ingresos, evolución y altas;
- utilización de indicadores para orientar la gestión y evaluar resultados.

La práctica combinó así especialización clínica, reorganización del trabajo y aumento de la autonomía profesional de enfermería. El aspecto innovador no radicó en incorporar tecnología de alta complejidad, sino en utilizar conocimiento especializado y recursos ya disponibles para acercar capacidad resolutoria al domicilio. También se redefinieron responsabilidades dentro del equipo. La especialista asumió la conducción clínica del proceso; los Licenciados referentes de cada zona garantizaron planificación y continuidad; y los Auxiliares realizaron las curaciones y el seguimiento cotidiano de acuerdo con el plan establecido, alertando ante cambios en la evolución.

Este rediseño permitió que las decisiones sobre el cuidado fueran más oportunas y próximas al usuario, disminuyendo la fragmentación entre valoración, indicación y ejecución.

Resultados y logros

Los primeros resultados, correspondientes al período noviembre de 2025–mayo de 2026, muestran una rápida instalación del nuevo modelo.

Durante ese período, 61 nuevos usuarios ingresaron al servicio y el 100% recibió valoración por Licenciada en Enfermería, con elaboración del correspondiente plan de cuidados individualizado. El servicio atendió a un total de 168 usuarios y registró 252 instancias de seguimiento y reevaluación, reflejando la incorporación de un seguimiento clínico más activo. De acuerdo con los registros presentados, todos los usuarios recibieron al menos una instancia de seguimiento y una proporción requirió reevaluaciones adicionales según su evolución. Asimismo, 61 usuarios egresaron del servicio con la herida completamente cicatrizada, lo que representó aproximadamente el 36% del total de usuarios atendidos durante el período. Más allá de estos indicadores, uno de los principales logros fue organizacional: se consolidó la figura de la Licenciada especialista en heridas como referente clínica, fortaleciendo la capacidad de enfermería para valorar, planificar, tomar decisiones y conducir el seguimiento. La práctica permitió además ordenar la comunicación entre la especialista, los Licenciados responsables de zona y los Auxiliares que realizan el cuidado directo, generando mayor trazabilidad y continuidad en las intervenciones. La utilización conjunta de historias clínicas, registros de enfermería, planillas de planificación diaria y bases digitales permitió comenzar a generar información sistemática sobre ingresos, seguimientos y resultados. Esto constituye un avance relevante porque transforma una actividad asistencial cotidiana en una práctica que puede medirse, evaluarse y mejorarse a partir de evidencia.

Otro resultado importante fue el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención. Al disponer de valoración especializada directamente en domicilio, el equipo pudo responder con mayor oportunidad a cambios en las lesiones, evitando que cada modificación del tratamiento dependiera necesariamente de una nueva consulta presencial.

Lecciones aprendidas

La experiencia mostró que tres condiciones fueron particularmente importantes: respaldo institucional, definición clara de roles y protocolización del cuidado. La autorización para ampliar la capacidad de decisión de la Licenciada en Enfermería fue determinante para mejorar la oportunidad asistencial. También resultaron claves el trabajo coordinado entre los distintos

perfiles de enfermería, los registros sistemáticos y la capacitación especializada. Entre los desafíos se identificaron las dificultades socioeconómicas de algunos usuarios para acceder a determinados insumos, la debilidad de algunas redes familiares y la necesidad de mantener una capacitación continua de los equipos para asegurar prácticas actualizadas y homogéneas.

La principal lección fue que fortalecer el liderazgo clínico de enfermería puede modificar significativamente la organización del cuidado sin requerir necesariamente nuevas estructuras o grandes inversiones.



Replicabilidad de la práctica

La práctica fue considerada replicable en otros contextos y cuenta con planes de continuidad y expansión. Entre las líneas previstas se encuentra trasladar el modelo también hacia una consulta de enfermería especializada en curaciones en policlínica, tanto programada como a demanda.

Su potencial de transferencia es alto porque se apoya fundamentalmente en la reorganización de recursos humanos ya existentes y no requiere infraestructura tecnológica compleja ni la creación obligatoria de nuevos cargos. Para su replicación, la experiencia permite identificar algunos componentes esenciales: contar con una enfermera referente con formación específica en heridas; formalizar su capacidad de valoración y decisión clínica; disponer de protocolos de valoración y tratamiento; definir claramente las responsabilidades del equipo; asegurar registros e indicadores; sostener capacitación continua y garantizar, en la medida de lo posible, el acceso a los insumos necesarios.

Cada institución deberá adaptar el modelo a su propia realidad territorial, disponibilidad de recursos y características de la población. Lo transferible no es una estructura rígida, sino el principio que sustenta la práctica: llevar conocimiento especializado hasta el lugar donde se produce la necesidad de cuidado y otorgar a enfermería capacidad real para resolverla.

INNOVAR ACERCANDO CAPACIDAD RESOLUTIVA AL DOMICILIO

Esta experiencia muestra con claridad que la innovación en Atención Primaria de Salud puede surgir de una nueva manera de organizar capacidades que el sistema ya posee.

El cambio no consistió simplemente en llevar una curación al domicilio. Consistió en llevar hasta allí valoración especializada, capacidad de decisión, seguimiento, educación y continuidad. Al colocar a la Licenciada en Enfermería como referente clínica de todo el proceso, el domicilio dejó de ser únicamente el lugar donde se ejecutaba un procedimiento y pasó a convertirse en un verdadero escenario de atención especializada del Primer Nivel.

INNOVAR, EN ESTE CASO, FUE TRANSFORMAR EL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA EN CAPACIDAD RESOLUTIVA ALLÍ DONDE MÁS SE NECESITABA: JUNTO A LA PERSONA, EN SU HOGAR Y A LO LARGO DE TODO SU PROCESO DE CUIDADO. ESE ES UNO DE LOS SENTIDOS MÁS CONCRETOS Y POTENTES DE UNA APS CENTRADA EN LAS PERSONAS.

Consulta de Enfermería en pacientes con indicación de procedimientos endoscópicos con anestesia en AMSJ IAMPP

Lic. Ana Luisa Barreto Zuccolini

Asociación Médica de San José

San José

Contexto y descripción de la práctica

La Consulta de Enfermería Preendoscópica se desarrolló en la Asociación Médica de San José (AMSJ IAMPP) como respuesta a un problema asistencial concreto: las demoras para realizar procedimientos endoscópicos con anestesia y la necesidad de optimizar la valoración previa, sin comprometer la seguridad del paciente.

Durante la pandemia y el período inmediatamente posterior se había acumulado una lista de espera importante. El protocolo vigente requería que las personas con indicación de endoscopia bajo anestesia fueran previamente valoradas por anestesiología para determinar la necesidad de estudios complementarios, interconsultas, modificaciones farmacológicas u otras medidas. La capacidad disponible de consultas de anestesia resultaba insuficiente frente a la demanda, generándose tiempos de espera de uno a dos meses antes de poder completar el procedimiento.

Frente a esta situación, la institución rediseñó el circuito incorporando una consulta profesional de enfermería protocolizada, desarrollada conjuntamente por la Dirección Técnica, el Departamento de Enfermería y el equipo de anestesiología. Los documentos muestran que el nuevo circuito comenzó a implementarse desde noviembre de 2022, mientras que el formulario de la convocatoria registra como fecha formal de inicio el 10 de abril de 2023. La práctica continúa actualmente en curso y se realiza en San José de Mayo y en las filiales de Libertad y Ciudad del Plata. La consulta está dirigida principalmente a pacientes con indicación médica de procedimientos endoscópicos con anestesia que cumplen criterios establecidos por protocolo. Su propósito es garantizar una valoración previa segura y oportuna, identificar situaciones que requieren intervención del anestesista, preparar adecuadamente al usuario y su familia y reducir demoras y suspensiones evitables.

De esta manera, una necesidad inicialmente vinculada con la gestión de la lista de espera se transformó en una oportunidad para reorganizar el modelo asistencial y ampliar la capacidad resolutive de enfermería.

Modelo de atención, innovación de enfermería e impacto

El principal componente innovador fue la incorporación de la Licenciada en Enfermería como profesional responsable de una primera valoración preendoscópica estructurada, con criterios definidos para resolver, solicitar estudios complementarios o derivar a anestesiología. Antes de la consulta, enfermería revisa antecedentes personales, medicación habitual, paraclínica disponible, electrocardiograma cuando corresponde y antecedentes de consultas con

otros especialistas. Aplicando el protocolo institucional, puede solicitar determinados estudios como hemograma, función renal, glicemia, crisis o ECG y realizar una nueva valoración cuando se dispone de los resultados.



El circuito establece también criterios claros de derivación al anestesta, entre ellos edad mayor de 65 años, tratamiento anticoagulante o antiagregante, alteraciones paraclínicas relevantes, determinadas condiciones cardiovasculares o antecedentes de complicaciones anestésicas. Cuando existe una situación que requiere consulta pero no necesariamente una nueva atención presencial, enfermería puede coordinar directamente con anestesiología, incluso mediante intercambio telefónico.

La innovación combina así protocolización, triage clínico, gestión del riesgo y trabajo interdisciplinario. No se trata de sustituir la función del anestesta, sino de utilizarla de manera más eficiente: enfermería resuelve aquellos casos que se encuentran dentro de su circuito protocolizado y deriva oportunamente los que requieren valoración especializada.

La consulta incorpora además una dimensión educativa fundamental. Al finalizar la valoración, el paciente y su familia reciben información sobre el procedimiento, preparación necesaria, ayuno, medicación, consentimiento informado y otros cuidados. Se genera un espacio para evacuar dudas y comprobar que la persona comprenda las indicaciones antes de retirarse.

Desde el punto de vista de la APS, el cambio impacta en varios atributos esenciales. Mejora el acceso, al reducir tiempos de espera; fortalece la continuidad, al ordenar la trayectoria entre indicación, preparación y procedimiento; incrementa la capacidad resolutive, al utilizar competencias profesionales de enfermería; y mejora la seguridad, mediante criterios estandarizados que permiten identificar situaciones de mayor riesgo.

Su innovación reside especialmente en el rediseño del flujo asistencial: una actividad que anteriormente dependía casi exclusivamente de una consulta especializada pasó a organizarse mediante un modelo de atención compartido, en el que enfermería asumió mayor autonomía y responsabilidad dentro de límites clínicos claramente establecidos.

Resultados y logros

Los resultados disponibles muestran un impacto significativo, particularmente sobre el acceso y la utilización de recursos. El cambio más visible fue la reducción del tiempo de espera. Antes de la implementación, la realización de los estudios endoscópicos podía demorarse entre uno y dos meses. Con el nuevo circuito, los documentos señalan que actualmente no existe esa lista de espera y que, habitualmente, la fecha para el estudio puede otorgarse dentro de la misma semana. La actividad asistencial revela un importante desplazamiento de la demanda desde anestesiología hacia la consulta de enfermería. Entre noviembre de 2022 y mayo de 2024, 1.540 pacientes fueron valorados en la Consulta de Enfermería Preendoscópica, mientras que durante el mismo período ampliado de implementación se registraron 776 consultas con anestesistas para procedimientos endoscópicos.

Del total de 1.540 personas atendidas por enfermería, solamente 25 requirieron un pase formal a anestesiología, equivalente aproximadamente al 1,6%. Los motivos fueron tratamiento anticoagulante, alteraciones paraclínicas, necesidad de nueva evaluación con estudios o ECG, antecedentes de complicaciones anestésicas y otras situaciones específicas. Este indicador constituye una señal relevante de capacidad resolutive del nuevo dispositivo, manteniendo un mecanismo explícito de escalamiento hacia el especialista cuando el riesgo lo requiere.

El cambio también permitió disminuir sustancialmente el volumen de personas que necesitaban valoración presencial por anestesiología. Los registros institucionales muestran que antes del nuevo protocolo estos profesionales evaluaban un número elevado de pacientes para endoscopia: 1.073 en 2019, 808 en 2020, 845 en 2021 y 1.086 entre enero y octubre de 2022. Tras la incorporación de la consulta de enfermería, la documentación reporta una disminución superior a la mitad de estas valoraciones.

A estos resultados se agregan otros logros asistenciales: valoración preprocedimiento más sistemática, identificación precoz de alteraciones que requieren intervención, mejor utilización de recursos especializados, fortalecimiento de la educación y reducción potencial de cancelaciones de último momento. Desde el punto de vista profesional, la experiencia consolidó un nuevo espacio de autonomía y liderazgo clínico de enfermería, acompañado por protocolos, registros en Historia Clínica Electrónica y coordinación directa con anestesiología.

La experiencia presenta una valiosa oportunidad para seguir fortaleciendo su evaluación y consolidar la evidencia sobre sus resultados. El propio equipo ha identificado la conveniencia de incorporar una medición objetiva de la satisfacción de los usuarios y un registro sistemático de las cancelaciones vinculadas a una preparación inadecuada. La incorporación de estos indicadores permitirá profundizar el análisis del impacto de la consulta en la experiencia del usuario, la seguridad de la atención y la eficiencia del proceso asistencial.

Lecciones aprendidas

La experiencia mostró que ampliar la capacidad resolutive de enfermería requiere tres condiciones fundamentales: protocolos claros, respaldo institucional y articulación estrecha con el equipo médico especializado.

La estandarización permitió definir qué situaciones podía resolver enfermería y cuáles debían derivarse, generando seguridad tanto para los profesionales como para los pacientes. La disponibilidad de Historia Clínica Electrónica y la coordinación directa con anestesiología facilitaron la toma de decisiones y evitaron consultas presenciales innecesarias. Una segunda lección fue que la educación previa al procedimiento debe considerarse parte del resultado clínico: una preparación bien comprendida puede contribuir a prevenir suspensiones, errores y nuevas demoras.

Como siguiente paso, resulta necesario fortalecer la medición de resultados mediante indicadores de preparación inadecuada, suspensiones o reprogramaciones, eventos adversos, satisfacción de usuarios y tiempos exactos entre indicación y procedimiento.

Sustentabilidad y replicabilidad

La práctica presenta condiciones favorables de sustentabilidad porque se encuentra integrada al circuito asistencial, cuenta con un protocolo acordado institucionalmente y utiliza fundamentalmente capacidades profesionales y sistemas ya disponibles. La institución continúa además formando Licenciadas en Enfermería para ampliar el servicio, lo que constituye una señal de institucionalización y continuidad.

Su potencial de replicabilidad es alto en instituciones que realizan procedimientos endoscópicos con anestesia y enfrentan problemas similares de acceso o disponibilidad de especialistas. La transferencia requiere contar con profesionales de enfermería capacitados, criterios de inclusión y derivación claramente definidos, protocolo acordado con anestesiología, acceso a la información clínica, mecanismos ágiles de interconsulta y un sistema de indicadores que monitoree seguridad y resultados.

El componente realmente transferible no es simplemente una “consulta preendoscópica”, sino un modelo de redistribución inteligente de capacidades, en el que cada profesional interviene allí donde agrega mayor valor, manteniendo la seguridad y la posibilidad de escalar oportunamente los casos de mayor complejidad.

INNOVAR ES UTILIZAR MEJOR LAS CAPACIDADES DEL SISTEMA

La Consulta de Enfermería Preendoscópica muestra que una innovación en APS puede comenzar con una pregunta sencilla: ¿es necesario que todas las personas transiten por el mismo circuito para recibir una atención segura?

La respuesta permitió transformar una lista de espera en un nuevo modelo de cuidado. Enfermería pasó de acompañar un proceso ya definido a valorar, decidir dentro de un protocolo, educar, coordinar y resolver, mientras anestesiología pudo concentrar su capacidad especializada en quienes realmente la necesitaban.

LA INNOVACIÓN CONSISTIÓ EN “HACER MEJOR” CON LAS CAPACIDADES DISPONIBLES: PONER EL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA AL SERVICIO DEL ACCESO, LA SEGURIDAD Y LA OPORTUNIDAD. CUANDO EN EL PRIMER NIVEL SE REORGANIZAN LOS ROLES PARA QUE CADA PROFESIONAL PUEDA DESPLEGAR PLENAMENTE SUS COMPETENCIAS, NO SÓLO SE REDUCE TIEMPOS DE ESPERA: AUMENTA LA CAPACIDAD ESPECIALIZADA DEL SISTEMA PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS.

Gestión del Cuidado de Enfermería en Patología Mamaria:

Coordinación Asistencial
y Acompañamiento Integral
de las Usuarías

Lic. Alejandra Ramirez

COSEM

Montevideo

Contexto y descripción de la práctica

La práctica “Gestión del Cuidado de Enfermería en Patología Mamaria: Coordinación Asistencial y Acompañamiento Integral de las Usuarías” se desarrolló en COSEM, Montevideo, a partir de la identificación de una brecha concreta en la atención de mujeres con resultados mamográficos patológicos o sospechosos.

En 2018, la institución constató que no existía un dispositivo centralizado que asegurara la captación, derivación y seguimiento oportuno de estas usuarias. Los circuitos asistenciales fragmentados podían generar demoras en la confirmación diagnóstica, dificultades de acceso a la atención especializada, discontinuidad del seguimiento y barreras para transitar adecuadamente entre consultas, estudios y niveles asistenciales.

Frente a esta situación se implementó el Servicio de Patología Mamaria (SEPAM), orientado a ordenar la trayectoria asistencial desde la identificación de un hallazgo mamográfico anormal hasta la confirmación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento. La práctica comenzó formalmente el 31 de julio de 2018 y continúa en curso, encontrándose integrada al funcionamiento habitual de la institución.

La población objetivo está conformada por mujeres usuarias de COSEM con resultados mamográficos patológicos o sospechosos que requieren valoración especializada, estudios complementarios, procedimientos diagnósticos, tratamiento y seguimiento.

Desde su origen, enfermería asumió un papel central en la organización del proceso. El equipo participa en la revisión y gestión de resultados alterados, la captación activa de las usuarias, la coordinación de consultas y procedimientos, el acompañamiento durante el proceso diagnóstico y terapéutico y la articulación entre profesionales y niveles de atención.

La práctica se inscribe claramente en los principios de la Atención Primaria de Salud (APS): acceso oportuno, continuidad, coordinación, prevención y atención centrada en las personas, contribuyendo además a la detección precoz del cáncer de mama y a la reducción de barreras dentro de la red asistencial.

Modelo de atención y aspectos de innovación de la práctica de enfermería

El principal componente innovador fue la creación de un modelo centralizado de gestión del cuidado liderado y coordinado por enfermería, que transformó una sucesión de prestaciones potencialmente fragmentadas en una trayectoria asistencial organizada.

La innovación no estuvo asociada exclusivamente a una nueva tecnología, sino a una nueva forma de gestionar la atención. Enfermería pasó a desempeñar una función activa de coordinación asistencial y navegación, asegurando que cada resultado mamográfico patológico desencadenará oportunamente las acciones necesarias.

El modelo incluyó la recepción y revisión de resultados imagenológicos alterados; contacto y captación activa de las usuarias; generación de consultas con el equipo especializado; coordinación de procedimientos diagnósticos incluyendo punción core y otros estudios; seguimiento telefónico; recepción y gestión de resultados anatomopatológicos; coordinación de interconsultas; preparación y educación pre y posquirúrgica; seguimiento durante los tratamientos; y eventual derivación a oncología u otros servicios.

Esta organización permitió incorporar varios componentes de innovación de enfermería:

- seguimiento nominal de las usuarias, evitando que un resultado patológico quedara sin respuesta;
- priorización y gestión activa según riesgo;
- coordinación formal de la referencia y contrarreferencia;
- consulta, orientación y seguimiento telefónico;
- educación individualizada y apoyo emocional;
- protocolos y circuitos asistenciales estandarizados;
- articulación efectiva con el equipo multidisciplinario y con otros niveles de atención;
- uso de información e indicadores para monitorear el proceso y realizar ajustes.

Un aspecto relevante es que el rol principal declarado por enfermería fue el de coordinación, junto con funciones de liderazgo e implementación. Esto refleja una transformación del papel tradicional: enfermería no se limitó a ejecutar intervenciones, sino que asumió la responsabilidad de articular el proceso asistencial completo, gestionar tiempos, identificar interrupciones y asegurar continuidad.

El modelo también incorporó herramientas digitales ya disponibles: historia clínica electrónica, tele consulta, comunicación directa con las usuarias y registros de seguimiento como soporte para mejorar oportunidad y trazabilidad. De esta forma, la práctica mostró que la innovación en enfermería puede surgir de rediseñar el flujo asistencial y colocar la gestión del cuidado en el centro del modelo de atención.

Resultados y logros

La implementación del SEPAM permitió mejorar el acceso oportuno y la continuidad de las usuarias con resultados mamográficos patológicos, reduciendo la fragmentación y facilitando su tránsito por la red de servicios.

La existencia de un circuito centralizado permitió disminuir los tiempos entre la identificación de un hallazgo sospechoso y la valoración especializada, y mejorar la coordinación de estudios, procedimientos e interconsultas necesarios para arribar al diagnóstico y tratamiento. Desde el punto de vista organizacional, uno de los principales logros fue la consolidación de una ruta asistencial clara y reconocible, tanto para las usuarias como para los equipos. Esto permitió establecer responsabilidades, mejorar la comunicación entre servicios y disminuir el riesgo de pérdida de seguimiento.

La práctica fortaleció especialmente el rol de enfermería como referente en gestión de casos, continuidad del cuidado y articulación multidisciplinaria. La posibilidad de acompañar a la usuaria durante las diferentes etapas agregó una dimensión de accesibilidad, información y contención que complementó la respuesta estrictamente diagnóstica y terapéutica. Los documentos destacan también una valoración favorable por parte de las usuarias, particularmente en relación con el acompañamiento, la accesibilidad y la contención recibida, así como una percepción positiva de los equipos respecto de la mejora en la coordinación.

Otro avance importante fue la definición de indicadores específicos de desempeño, entre ellos cobertura del seguimiento, tiempo transcurrido entre disponibilidad del resultado y contacto con la usuaria, satisfacción con la información recibida, oportunidad de programación de punciones core, cumplimiento de los plazos y tasa de cancelaciones o reprogramaciones. El establecimiento de metas, por ejemplo, contacto dentro de los tres días, cobertura de seguimiento igual o superior al 95% y elevada satisfacción permitió transformar la práctica en un proceso susceptible de monitoreo y mejora continua.

La sostenibilidad alcanzada constituye, a su vez, un resultado relevante: después de varios años, la práctica continúa formando parte de la estructura y funcionamiento habitual del Servicio de Patología Mamaria.



Lecciones aprendidas

La experiencia mostró que la continuidad asistencial requirió algo más que disponer de servicios especializados: fue necesario conectarlos mediante una gestión activa del cuidado. Entre los principales facilitadores se encontraron el respaldo institucional, el compromiso y liderazgo de enfermería, la existencia de protocolos y rutas definidas, el trabajo interdisciplinario y la comunicación permanente con las usuarias. Las principales dificultades estuvieron vinculadas inicialmente con la coordinación entre servicios, la estandarización de procesos, la disponibilidad de tiempo y recursos humanos y la necesidad de mantener capacitación continua.

La lección central fue que designar un referente de enfermería con responsabilidad explícita sobre el seguimiento permite anticipar interrupciones, ordenar la trayectoria asistencial y ofrecer una respuesta más integrada y centrada en la persona.

Replicabilidad de la práctica

La práctica fue considerada replicable en otros contextos y cuenta con planes de continuidad. Su transferencia resulta especialmente pertinente para instituciones que realizan tamizaje o diagnóstico de patología mamaria y enfrentan dificultades para asegurar la continuidad entre un hallazgo sospechoso, la evaluación especializada y el tratamiento.

Los componentes esenciales para reproducir el modelo son relativamente claros: disponer de un referente de enfermería para la coordinación; establecer protocolos y circuitos de derivación; implementar un sistema de identificación y seguimiento nominal; asegurar comunicación entre los diferentes niveles asistenciales; utilizar registros e indicadores; y mantener un modelo centrado en la usuaria.

La replicabilidad no requiere reproducir exactamente la estructura de COSEM. Cada institución puede adaptar el modelo a sus recursos y características, preservando el elemento fundamental: una responsabilidad explícita sobre la trayectoria completa de la persona.

El carácter organizacional de la innovación amplía además su potencial de transferencia a otros problemas de salud que requieren múltiples consultas, pruebas diagnósticas y niveles de atención, particularmente cuando existe riesgo de fragmentación o pérdida de seguimiento.

INNOVAR PARA QUE CADA TRAYECTORIA ENCUENTRE CONTINUIDAD, ACOMPAÑAMIENTO Y RESPUESTA.

Esta práctica evidencia que, en APS, innovar también significa construir continuidad allí donde el sistema tiende a fragmentarse. El aporte del SEPAM no fue únicamente acelerar una consulta o coordinar un estudio: fue crear una red asistencial alrededor de cada usuaria y otorgar a enfermería la responsabilidad de mantenerla conectada.

Cuando un hallazgo sospechoso requiere transitar por múltiples servicios, la calidad del cuidado depende tanto de la capacidad diagnóstica como de que alguien asegure que cada paso ocurra, ocurra a tiempo y tenga continuidad con el siguiente.

LA INNOVACIÓN DE ESTA EXPERIENCIA RADICA PRECISAMENTE EN CONVERTIR LA COORDINACIÓN EN CUIDADO: UNA ENFERMERÍA QUE ANTICIPA CONECTA, ACOMPAÑA Y GESTIONA LA TRAYECTORIA COMPLETA, HACIENDO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL UNA INTERVENCIÓN CONCRETA PARA FORTALECER LA DETECCIÓN PRECOZ, LA EQUIDAD Y LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Navegación de Enfermería en Mastología: una estrategia integral para la continuidad del cuidado

Lic. Leticia Bottaro Duré
Servicio Médico Quirúrgico
Salto

Contexto y descripción de la práctica

La práctica “Navegación de Enfermería en Mastología: una estrategia integral para la continuidad del cuidado” se desarrolló en la Sociedad Médico Quirúrgica de Salto (SMQS) como respuesta a dificultades identificadas en la atención de personas con sospecha o diagnóstico de patología mamaria.

Un diagnóstico institucional realizado en agosto-setiembre de 2022 evidenció dificultades en la articulación entre servicios y niveles de atención, demoras en el acceso a consultas, estudios y tratamientos, limitaciones para el seguimiento sistemático y ausencia de un referente que coordinara la trayectoria asistencial. Estas condiciones favorecían la fragmentación del cuidado y aumentaban el riesgo de discontinuidad y pérdida de seguimiento.

Con el respaldo de la Dirección Técnica Médica y del Departamento de Enfermería, se creó la Unidad de Mastología y se incorporó la Navegación de Enfermería como estrategia para fortalecer el acceso oportuno, la coordinación, el acompañamiento y la continuidad del cuidado. La práctica comenzó el 3 de octubre de 2022 y continúa en curso, encontrándose actualmente consolidada e integrada al modelo asistencial de la institución. La población objetivo está constituida por personas con sospecha o diagnóstico de patología mamaria atendidas en el Centro Médico de Salto. La enfermera navegadora funciona como referente estable durante el proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento, identificando barreras, coordinando servicios, facilitando el acceso, brindando información, promoviendo el autocuidado y acompañando a las personas y sus familias.

La práctica se vincula directamente con los principios de Atención Primaria de Salud al favorecer accesibilidad, continuidad, integralidad, coordinación entre niveles y atención centrada en la persona, fortaleciendo al mismo tiempo el rol de enfermería en la gestión del cuidado.

Modelo de atención y aspectos de innovación de la práctica de enfermería

El principal componente innovador fue la incorporación formal de la Enfermera Navegadora como gestora de una trayectoria asistencial compleja, transformando el rol de enfermería desde intervenciones puntuales hacia un modelo longitudinal de coordinación y gestión del cuidado.

La práctica organizó un circuito estructurado que incluye captación activa, valoración integral, consulta de enfermería, coordinación de estudios e interconsultas, consulta preoperatoria, seguimiento durante la internación, visita domiciliaria postoperatoria y seguimiento telefónico a lo largo de las distintas etapas del proceso.

En estas instancias se aplica el Proceso de Atención de Enfermería y se adapta la intensidad del acompañamiento a las necesidades de cada persona.

La innovación se expresa en varios componentes: Gestión proactiva de casos, con captación nominal y seguimiento sistemático; Coordinación formal entre servicios y niveles de atención, reduciendo discontinuidades; Consulta de enfermería estructurada, con educación, escucha activa, apoyo emocional y promoción del autocuidado; Atención domiciliaria resolutive, principalmente en el período postoperatorio; Uso de herramientas presenciales y digitales, incluyendo seguimiento telefónico, mensajería y recordatorios; Trabajo interdisciplinario, con integración de la enfermera navegadora a la Unidad de Mastología y a los ateneos clínicos; Gestión basada en información, con sistema específico de navegación, indicadores y monitoreo periódico.

Desde el punto de vista organizacional, la experiencia también innovó al formalizar un nuevo rol de enfermería, rediseñar flujos asistenciales y otorgar liderazgo efectivo a enfermería en la coordinación del cuidado. El relevamiento identifica liderazgo, coordinación e implementación como funciones desarrolladas, siendo el liderazgo el rol principal declarado.

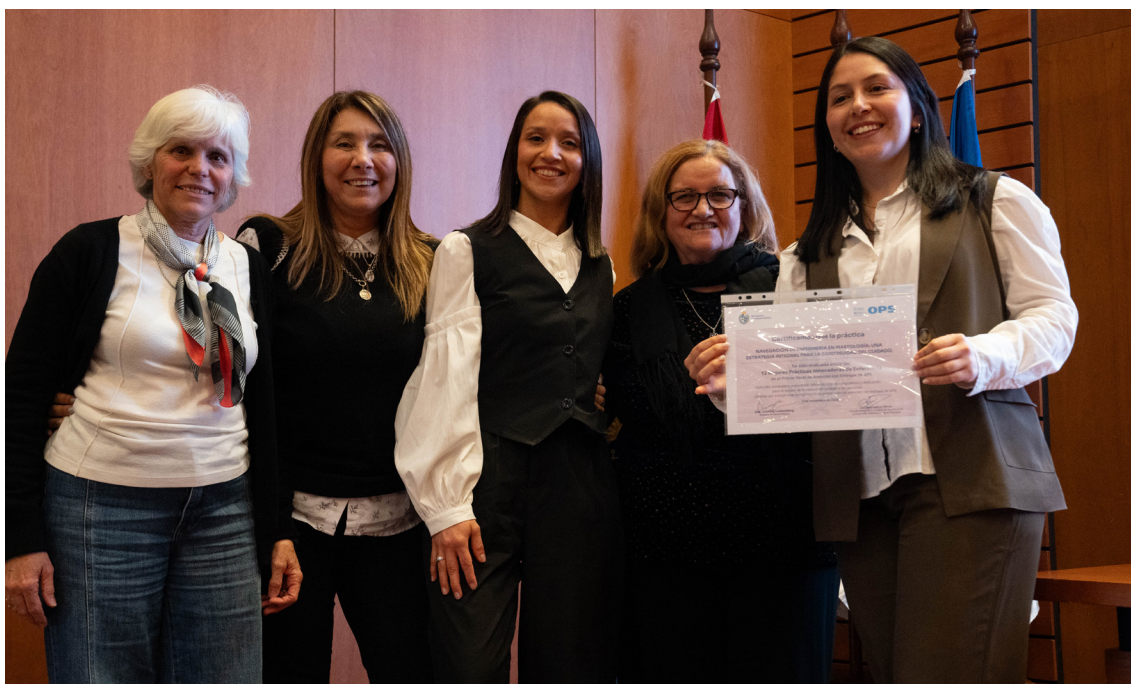
Resultados y logros

Los resultados muestran mejoras relevantes en acceso, continuidad, coordinación y capacidad resolutive institucional. Entre octubre de 2022 y marzo de 2026, 377 personas ingresaron al programa de Navegación, con seguimiento sistemático durante el proceso diagnóstico y terapéutico. Se alcanzó el 100% de captación de las usuarias con criterios de inclusión BI-RADS 4 y 5, reduciendo el riesgo de pérdida de seguimiento y fortaleciendo la continuidad asistencial.

La estrategia permitió además optimizar los tiempos de acceso a estudios e interconsultas. Los promedios registrados se ubicaron por debajo de los tiempos institucionalmente previstos en anatomía patológica, inmunohistoquímica, laboratorio, cardiología y varios estudios de imagen. A su vez, desde la creación de la Unidad se realizaron más de 2.800 consultas en policlínica y más de 240 procedimientos quirúrgicos mamarios.

El volumen de actividad específica de enfermería también fue significativo. Durante 2025 se registraron 2.209 seguimientos telefónicos, 294 consultas de enfermería y 225 visitas domiciliarias, mostrando que la navegación se instaló como un dispositivo asistencial activo y continuo. La experiencia de las usuarias fue particularmente favorable. En la encuesta de satisfacción de 2025, el 94,1% otorgó la máxima calificación al acompañamiento de la Nave-

gación de Enfermería, destacando empatía, contención emocional, disponibilidad y claridad de la información recibida. La práctica contribuyó también al fortalecimiento institucional: se consolidó la consulta de enfermería, se desarrollaron protocolos y sistemas específicos de registro y seguimiento, y la Unidad de Mastología fue incorporada al Sistema de Gestión de Calidad institucional, con certificación bajo ISO 9001:2015. En conjunto, los resultados evidencian mejoras en acceso oportuno, continuidad, coordinación interdisciplinaria, experiencia de las usuarias, capacidad resolutive y liderazgo profesional de enfermería.



Lecciones aprendidas

La experiencia mostró que la sostenibilidad de una práctica de navegación depende de algunos factores clave: respaldo institucional, reconocimiento formal del rol de enfermería, trabajo interdisciplinario, protocolos definidos y disponibilidad de información para monitorear resultados.

Entre los principales desafíos iniciales se identificaron la falta de antecedentes institucionales en navegación, la necesidad de capacitación específica, la ausencia de datos consolidados y la necesidad de diseñar desde el inicio circuitos, protocolos e indicadores. A futuro, la disponibilidad de recursos humanos especializados y la capacidad de sostener la estrategia frente a cambios organizacionales constituyen aspectos a considerar.

La principal lección es que la navegación no depende de una persona aislada, sino de un

modelo institucional que integre liderazgo de enfermería, coordinación, datos, protocolos y trabajo en red.

Replicabilidad de la práctica

La práctica presenta un alto potencial de replicabilidad y la propia institución prevé fortalecer la generación y difusión de evidencia para facilitar su implementación en otros servicios de salud que atienden personas con patología mamaria. Para su transferencia se identifican cinco condiciones esenciales:

- Apoyo institucional y reconocimiento formal de la Enfermera Navegadora, con recursos y tiempo asignados.
- Diagnóstico situacional previo, que identifique población, recursos, brechas y oportunidades.
- Protocolos y circuitos asistenciales claros, con criterios de inclusión, seguimiento, derivación y egreso.
- Trabajo interdisciplinario y mecanismos formales de comunicación entre servicios y niveles.
- Sistema de información e indicadores, que permita monitorear procesos, resultados y mejora continua.

La replicabilidad no implica reproducir de manera idéntica la experiencia, sino adaptar sus componentes esenciales a la realidad de cada institución, manteniendo como principios centrales la atención centrada en la persona, la continuidad del cuidado, el acceso oportuno y el liderazgo de enfermería.

Por sus características, el modelo podría ser transferible no solo a otras unidades de mastología, sino también, con las adaptaciones necesarias, a otras trayectorias asistenciales complejas o enfermedades crónicas donde la fragmentación y la pérdida de seguimiento representen problemas relevantes.

LA EXPERIENCIA MUESTRA QUE LA NAVEGACIÓN DE ENFERMERÍA PUEDE TRANSFORMAR UNA TRAYECTORIA ASISTENCIAL FRAGMENTADA EN UN PROCESO COORDINADO, CONTINUO Y CENTRADO EN LA PERSONA, FORTALECIENDO AL MISMO TIEMPO EL LIDERAZGO DE ENFERMERÍA Y GENERANDO UN MODELO CON POTENCIAL DE ESCALAMIENTO DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD.

Mesa Interinstitucional de Tuberculosis Maldonado

Lic.Natalia Santucci

Dirección Departamental de Maldonado
Maldonado

Contexto y descripción de la práctica

La Mesa Interinstitucional de Tuberculosis Maldonado surgió como respuesta a un problema sanitario y organizacional concreto: la persistencia de la tuberculosis (TB) como problema de salud pública, la ubicación de Maldonado entre los departamentos con alta incidencia y la existencia de dificultades para asegurar un abordaje continuo de personas con TB, particularmente aquellas en situación de vulnerabilidad social. El análisis inicial identificó problemas de acceso a los servicios, dificultades en el manejo de contactos, fallas de comunicación y retroalimentación, necesidades de capacitación y limitaciones para el seguimiento de poblaciones especialmente vulnerables, entre ellas personas privadas de libertad, personas en situación de calle y usuarios de drogas.

La práctica se inició el 4 de julio de 2018 y continúa en curso. Fue impulsada por las Licenciadas en Enfermería de la Unidad Departamental de Epidemiología de la Dirección Departamental de Salud (DDS) de Maldonado, en el marco de la estrategia nacional de descentralización supervisada del diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la tuberculosis. Su propósito fue fortalecer el abordaje integral de la enfermedad mediante una articulación estable entre instituciones, promoviendo acciones coordinadas de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento desde una perspectiva de APS.

La Mesa reunió progresivamente a actores del MSP y la CHLA-EP, prestadores públicos y privados, servicios de salud de la Intendencia, Sanidad Policial, sistema penitenciario, MIDES, Junta Nacional de Drogas y otros organismos vinculados con las condiciones sociales que determinan el seguimiento y adherencia al tratamiento. De esta forma, el problema dejó de abordarse exclusivamente desde cada institución para ser trabajado como una responsabilidad compartida del territorio.

La población prioritaria estuvo integrada por personas diagnosticadas con TB, particularmente aquellas con vulnerabilidad social; los documentos señalan que aproximadamente el 70% pertenecía principalmente al prestador público.

Modelo de atención y aspectos de innovación de la práctica de enfermería

La innovación principal no estuvo centrada en una nueva tecnología, sino en un nuevo modelo de gobernanza, coordinación y gestión territorial del cuidado. La Mesa creó un espacio estable donde instituciones que habitualmente operaban de manera separada pudieron compartir información, identificar barreras, acordar circuitos y construir respuestas conjuntas para situaciones complejas.



El modelo se apoyó en tres niveles de articulación: central, departamental e institucional, con énfasis en el primer nivel de atención y en la descentralización de las capacidades para el diagnóstico, seguimiento del tratamiento y control de contactos.

Cada institución fue convocada a contar con referentes capaces de conocer su situación epidemiológica, implementar protocolos, capacitar a sus equipos, supervisar registros, coordinar con otros prestadores y monitorear los procesos de descentralización.

En este modelo, enfermería desempeñó un papel articulador decisivo. Las profesionales de la DDS participaron en la planificación, implementación y coordinación de la estrategia, convocaron a los actores, realizaron seguimiento de la situación epidemiológica y facilitaron la comunicación entre instituciones y niveles de atención. Aunque en el formulario la función principal fue declarada como “implementación”, se reconocieron también funciones de liderazgo y coordinación.

Entre los componentes innovadores se destacaron:

- seguimiento nominal y gestión de situaciones de alta complejidad;
- coordinación formal de la continuidad asistencial entre instituciones;
- abordaje territorial de personas con riesgo de pérdida de seguimiento;
- integración de los determinantes sociales en la respuesta sanitaria;
- trabajo interdisciplinario e intersectorial;
- actividades de capacitación, prevención y promoción en servicios de salud y comunidad;
- uso sistemático de datos e indicadores para el monitoreo;
- establecimiento de canales directos de comunicación entre referentes.

El valor diferencial de la práctica radicó en trasladar el centro de la respuesta desde la institución aislada hacia una red territorial de cuidado, integrando las dimensiones clínicas, epidemiológicas y sociales de la tuberculosis.

Resultados y logros

La Mesa logró consolidar una coordinación interinstitucional que se ha mantenido desde 2018, mediante reuniones periódicas, referentes institucionales y circuitos de comunicación directa. Se fortaleció particularmente la articulación entre prestadores públicos y privados y entre los propios servicios públicos, y se promovió la elaboración de protocolos institucionales y la capacitación de numerosos trabajadores de salud.

Uno de los hitos fue la implementación, en 2019, de un proyecto piloto de abordaje interinstitucional de personas con pérdida de seguimiento, que trabajó mediante duplas multidisciplinarias y abordaje territorial. Durante sus dos meses de implementación logró recuperar al 28% de las personas con TB que se encontraban perdidas de seguimiento. Este resultado aportó una evidencia concreta sobre el potencial de la coordinación interinstitucional para recuperar personas que quedaban fuera de los circuitos convencionales de atención.

La práctica también amplió el alcance de las acciones hacia ámbitos donde se concentran mayores riesgos de transmisión o discontinuidad: primer nivel de atención, refugios, población en situación de calle y personas privadas de libertad. Paralelamente se desarrollaron acciones de promoción y prevención con instituciones educativas, Policía Comunitaria y MIDES.

Otro logro relevante fue la institucionalización progresiva del monitoreo. Se definieron indicadores anuales relacionados con tamizaje de sintomáticos respiratorios, diagnósticos, baciloscopías, personas en tratamiento y tratamiento descentralizado, pérdidas de seguimiento, contactos identificados y estudiados y quimioprofilaxis efectivizada.

La práctica fortaleció asimismo el rol de enfermería dentro de la rectoría sanitaria departamental, particularmente en la planificación, coordinación y evaluación de las acciones. Los documentos destacan que sostener la Mesa durante varios años contribuyó a posicionar a enfermería como actor central en la articulación de respuestas territoriales frente a la TB.

Lecciones aprendidas

La experiencia mostró que los principales factores de éxito fueron el trabajo colaborativo e intersectorial, la rectoría sostenida de la DDS, la existencia de referentes institucionales, el liderazgo y coordinación de enfermería, las reuniones periódicas y los canales ágiles de comunicación.

Los principales desafíos fueron la disponibilidad limitada de tiempo y recursos humanos, la rotación de referentes y la persistencia de barreras sociales y económicas que exceden al sector salud. También se identificó la necesidad de consolidar lineamientos de política pública que den mayor soporte estructural al abordaje integral de la TB.

La lección central es que los problemas complejos de continuidad del cuidado no pueden resolverse únicamente dentro de los servicios sanitarios. Requieren redes estables, responsabilidades claras, liderazgo, información compartida y capacidad para intervenir sobre determinantes sociales que condicionan el acceso y la adherencia.

Replicabilidad de la práctica

La experiencia fue considerada replicable en otros contextos, aunque los planes formales de expansión o escalamiento se encontraban todavía en evaluación al momento del relevamiento.

Su transferencia a otros departamentos debería preservar algunos componentes esenciales: apoyo y conducción de la autoridad sanitaria departamental; formalización del espacio interinstitucional; designación de referentes estables; liderazgo articulador de enfermería; participación de prestadores y organismos sociales; monitoreo mediante indicadores; capacitación continua y adaptación de las estrategias al perfil epidemiológico y social de cada territorio.

La sostenibilidad alcanzada desde 2018 muestra que la Mesa dejó de ser una actividad puntual para incorporarse progresivamente a la planificación habitual de los servicios. La existencia de protocolos compartidos, el compromiso de las autoridades y la red construida entre instituciones constituyen sus principales activos para la continuidad.

UNA INNOVACIÓN CONSTRUIDA DESDE LA APS

La Mesa Interinstitucional de Tuberculosis Maldonado muestra que innovar en APS no significa necesariamente incorporar tecnología: también significa cambiar la forma en que el sistema se organiza para cuidar. Frente a una enfermedad estrechamente vinculada con vulnerabilidad, acceso y continuidad, la práctica transformó respuestas fragmentadas en una red territorial capaz de compartir responsabilidades y actuar de manera coordinada.

SU APOORTE MÁS SIGNIFICATIVO FUE DEMOSTRAR QUE LA RECTORÍA SANITARIA, EL LIDERAZGO DE ENFERMERÍA, EL TRABAJO INTERSECTORIAL Y LA CAPACIDAD DE LLEGAR ALLÍ DONDE LAS PERSONAS VIVEN Y TRANSITAN PUEDEN CONVERTIRSE EN UNA INNOVACIÓN SANITARIA EN SÍ MISMA. EN ESE SENTIDO, LA EXPERIENCIA DEVUELVE A LA APS UNO DE SUS ATRIBUTOS ESENCIALES: HACER QUE EL SISTEMA SE ORGANICE ALREDEDOR DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS.

Enfermería como puente estratégico en el Proceso de Trasplante Renal y la APS

Lic. Enf. Cristina Reisfeld

Hospital Evangélico

Montevideo

Contexto y descripción de la práctica

La práctica “Enfermería como puente estratégico en el proceso de trasplante renal y la Atención Primaria de Salud” se desarrolla en el Departamento de Salud Renal–Unidad de Trasplante Renal del Hospital Evangélico, en Montevideo. Comenzó el 1° de enero de 2025 y continúa en curso, articulando el ámbito hospitalario, la policlínica y el seguimiento posterior al alta.

La iniciativa respondió a un problema característico del trasplante renal: se trata de una trayectoria asistencial compleja que requiere múltiples estudios diagnósticos, consultas interdisciplinarias, procesos administrativos, ingreso a lista de espera, cirugía, educación al alta y seguimiento prolongado. Cuando estos componentes no están suficientemente coordinados pueden producirse demoras, vencimiento de estudios, dificultades para completar la evaluación pretrasplante y discontinuidades después del alta. En el período postrasplante se agregan otros desafíos críticos, como la adherencia al tratamiento inmunosupresor, la identificación precoz de signos de alarma y la organización de los controles sucesivos.

Frente a estas brechas, las Licenciadas en Enfermería de la Unidad desarrollaron un modelo de continuidad asistencial que acompaña a la persona desde la evaluación pretrasplante hasta la transición al domicilio y el seguimiento temprano posterior. Su objetivo fue integrar coordinación clínica y administrativa, educación terapéutica, seguimiento y detección precoz de necesidades, evitando que la complejidad organizacional del proceso se transformara en una barrera para el paciente. Desde la perspectiva de APS, la práctica resulta especialmente relevante porque vincula atención especializada y primer nivel, incorpora educación para el autocuidado, seguimiento longitudinal y accesibilidad, y sitúa a enfermería como referente de continuidad a lo largo de toda la trayectoria.

Modelo de atención, innovación de enfermería

El núcleo innovador de la experiencia fue transformar a enfermería en gestora de una trayectoria asistencial compleja, con liderazgo explícito en la coordinación entre actores, niveles y etapas del trasplante. El rol principal declarado fue la coordinación, aunque la práctica integra también liderazgo e implementación.

El modelo se estructuró en tres momentos complementarios. En la fase pretrasplante, enfermería incorporó un triage inicial, una lista de verificación o checklist, control de estudios protocolizados, identificación de estudios pendientes o vencidos, seguimiento de consultas e interconsultas y coordinación con nefrología, otras especialidades y servicios diagnósticos.

El triage permite clasificar tempranamente la situación del candidato y orientar los pasos siguientes; el checklist aporta trazabilidad y reduce el riesgo de que un estudio o requisito necesario quede fuera del proceso. La tabla de herramientas incluida en la documentación muestra que estas soluciones fueron diseñadas para ordenar el acceso, disminuir tiempos de espera y apoyar el ingreso oportuno a lista de espera.

En la etapa de alta, todos los pacientes con riñón funcionante reciben educación individualizada sobre inmunosupresión, adherencia, signos de alarma, prevención de infecciones, autocuidado, controles posteriores y recursos disponibles para consulta. Este componente convierte a la educación en una intervención clínica orientada a reducir riesgos y preparar al paciente para asumir progresivamente el manejo cotidiano de una condición de alta complejidad.

Finalmente, el modelo incorpora seguimiento precoz postalta: contacto telefónico dentro de las primeras 24-48 horas y consulta de enfermería aproximadamente a la semana, con control de peso y signos vitales, primera paraclínica postalta, seguimiento de la evolución e identificación temprana de complicaciones.

La innovación impacta de manera directa sobre cuatro problemas centrales del trasplante: reduce fragmentación, mejora la trazabilidad pretrasplante, fortalece la transición segura entre hospital y domicilio y aumenta la capacidad para detectar precozmente problemas de adherencia o evolución clínica. En términos de APS, esto amplía la continuidad del cuidado más allá del procedimiento quirúrgico y acerca el seguimiento a la vida cotidiana de la persona.

Resultados y logros

La práctica cuenta con indicadores de proceso, resultado y satisfacción, lo que constituye una fortaleza relevante para valorar objetivamente su desempeño.

En el proceso pretrasplante, 56 de 70 pacientes contaron con checklist completo, alcanzando el 80%, exactamente la meta establecida. La incorporación de esta herramienta se asoció además con una mejora significativa en el acceso a lista de espera: los pacientes ingresados pasaron de 102 en 2023 a 135 en 2024 y 193 en 2025, lo que representa un incremento del 89,2% entre 2023 y 2025. Este es uno de los resultados más relevantes de la experiencia, porque muestra una mejora observable en un punto crítico de la trayectoria pretrasplante.

En la transición al domicilio, la cobertura educativa fue completa: 25 de 25 pacientes con riñón funcionante recibieron educación de enfermería al alta, alcanzando el 100%. Además,

el cuestionario posterior mostró 100% de pacientes con conocimientos adecuados después de la intervención educativa. El seguimiento precoz también alcanzó resultados elevados: 24 de 25 pacientes fueron contactados dentro de las primeras 24–48 horas posteriores al alta, equivalente al 94%, superando la meta prevista de 90%.

En relación con seguridad y continuidad postrasplante, no se registraron reingresos por causas prevenibles durante los primeros 30 días ni en 2024 ni en 2025. La satisfacción también fue favorable: 91% de respuestas positivas respecto del acompañamiento y los cuidados recibidos, por encima de la meta establecida de 85%.

En conjunto, los indicadores muestran una práctica que no solo reorganizó procesos, sino que logró resultados concretos en trazabilidad, ingreso a lista de espera, educación al alta, seguimiento precoz y experiencia del paciente.

Lecciones aprendidas

La experiencia confirmó que la continuidad en trasplante renal requiere un referente capaz de integrar componentes clínicos, educativos y administrativos. Los principales facilitadores fueron el liderazgo de las Licenciadas en Enfermería, el respaldo institucional, el trabajo interdisciplinario, la utilización de herramientas estandarizadas y la participación activa de pacientes y familias.

Entre los desafíos persistieron la fragmentación entre servicios, las demoras asociadas a estudios e interconsultas, la distancia geográfica de algunos pacientes respecto del centro de referencia y las limitaciones de tiempo y recursos para mantener un seguimiento personalizado. También se señaló la necesidad de continuar fortaleciendo la adherencia, la educación y la articulación con el primer nivel de atención.

La lección principal es que la complejidad del trasplante no se resuelve solamente con mayor especialización clínica: necesita una gestión activa de la continuidad, y enfermería puede ocupar estratégicamente ese lugar.

Sustentabilidad y replicabilidad

La sustentabilidad de la práctica se apoya en tres características: utiliza herramientas de bajo costo, se basa en protocolos y registros estandarizados y se integra al trabajo habitual de un equipo de enfermería especializado. La propia institución ha definido planes de continuidad y expansión y está avanzando en la digitalización del proyecto para mejorar la recolección,

procesamiento y análisis de la información y aumentar la trazabilidad. El modelo presenta además alto potencial de replicabilidad porque sus componentes centrales son transferibles: definición de una enfermera referente del proceso, triage inicial, checklist, protocolos de seguimiento, educación estructurada, contacto precoz postalta, trabajo interdisciplinario e indicadores. Las recomendaciones del equipo incorporan también estrategias de seguimiento remoto y una mayor coordinación con el primer nivel de atención.

Su aplicación puede extenderse no sólo a otros programas de trasplante renal, sino también a nefrología y a otras enfermedades crónicas complejas que requieren múltiples prestaciones, coordinación entre niveles y seguimiento longitudinal.

Esta práctica muestra que, incluso en un ámbito altamente especializado como el trasplante renal, los principios de la APS siguen siendo decisivos: accesibilidad, continuidad, coordinación, educación y atención centrada en la persona.

La innovación no estuvo en crear una prestación aislada, sino en conectar todas las etapas de una trayectoria que podía fragmentarse. Enfermería pasó a ser el puente entre el candidato y la lista de espera, entre el trasplante y el alta, entre el hospital y el domicilio, y entre el conocimiento especializado y la capacidad de autocuidado de cada persona.

Cuando enfermería logra que ningún estudio quede pendiente, que ningún alta quede sin educación y que ninguna transición quede sin seguimiento, la innovación deja de ser una herramienta y se convierte en una nueva forma de organizar el cuidado. En ese punto, la APS y la alta complejidad dejan de ser mundos separados y pasan a formar parte de una misma trayectoria centrada en la persona.

Gestión integral del cuidado en domicilio desde el Equipo de Enfermería del Hospital Británico

Ejemplo de una práctica innovadora interdisciplinaria centrada en el paciente

Lic. Enf. Ana Laura Saulis

Hospital Británico

Montevideo

Contexto y descripción de la práctica

La práctica "Gestión integral del cuidado en domicilio desde el Equipo de Enfermería del Hospital Británico" se desarrolla en Montevideo como un modelo de atención extramuro destinado a brindar cuidados integrales, continuos y seguros en el hogar. La práctica comenzó formalmente el 1° de noviembre de 2016 y continúa en curso. Sin embargo, la evidencia muestra que se inserta en una trayectoria institucional de atención domiciliaria de más de veinte años, que durante la última década fue incorporando progresivamente equipos especializados y nuevas modalidades de seguimiento.

La iniciativa respondió a una transformación progresiva de las necesidades asistenciales. El aumento de enfermedades crónicas, envejecimiento, dependencia funcional, cuidados paliativos y situaciones clínicas que pueden ser tratadas con seguridad fuera del hospital generó una demanda creciente de atención extramuro. Frente a esta realidad, el desafío dejó de ser únicamente "llevar prestaciones al domicilio" para pasar a organizar un verdadero sistema de cuidados en el hogar, capaz de articular distintos niveles de complejidad y evitar intervenciones aisladas.

El modelo integra múltiples modalidades: internación domiciliaria, atención domiciliaria programada, cuidados paliativos, atención de heridas complejas, Programa de Adulto Mayor, seguimiento de personas con patología mamaria, educación en diabetes y toma de muestras de laboratorio, entre otras. Algunas pueden funcionar simultáneamente y otras acompañan diferentes momentos de la trayectoria de una misma persona. La población atendida es, por tanto, heterogénea: personas con enfermedades crónicas, adultos mayores y personas con fragilidad o dependencia, pacientes con heridas, personas en cuidados paliativos, usuarios que requieren tratamientos o procedimientos en domicilio y pacientes que necesitan continuidad después de una internación.

El objetivo central es acercar al hogar cuidados de calidad sin perder continuidad, seguridad ni capacidad de respuesta, articulando domicilio, hospital y otros servicios. Desde la APS, la práctica fortalece accesibilidad, longitudinalidad, prevención, coordinación, atención centrada en la persona y participación de la familia y cuidadores.

Modelo de atención, innovación de enfermería e impacto

El principal aspecto innovador es la construcción de un modelo integrado de atención extramuro liderado por enfermería, en el cual las distintas prestaciones domiciliarias se organizan como una red asistencial y no como servicios independientes. La enfermería ocupa

una posición estratégica como referente de continuidad, navegación y coordinación entre la persona, su familia, el domicilio, los servicios hospitalarios y los distintos profesionales involucrados. El modelo se sustenta en la consulta de enfermería extramuro, la valoración integral al ingreso, planes de cuidado individualizados, registros compartidos y reuniones periódicas de coordinación interdisciplinaria. Enfermería realiza valoración inicial y continua, identifica necesidades, planifica intervenciones, controla evolución clínica, ejecuta procedimientos, previene complicaciones, educa a pacientes y cuidadores y comunica cambios al equipo interdisciplinario.

Un componente particularmente innovador es la navegación de enfermería, que acompaña y orienta al usuario entre consultas, procedimientos, estudios, internación, domicilio y otros servicios. Este rol busca evitar que la persona quede desorientada o pierda continuidad en transiciones complejas y permite detectar precozmente problemas clínicos, sociales o emocionales.

La práctica incorpora además gestión de casos, seguimiento nominal, estratificación según riesgo, teleconsulta, comunicación directa, registro móvil, recordatorios, monitoreo remoto, visitas domiciliarias planificadas, seguimiento postalta, herramientas clínicas estandarizadas, indicadores y participación comunitaria. El formulario identifica expresamente al liderazgo como el principal rol de enfermería y confirma la presencia de innovación tanto clínica como organizacional y digital. El impacto sobre el modelo de atención es profundo: el domicilio deja de ser solamente el lugar donde se ejecuta una indicación y pasa a convertirse en un ámbito asistencial organizado, con capacidad de valoración, prevención, seguimiento y resolución. Esto permite evitar traslados innecesarios, detectar tempranamente complicaciones, fortalecer adherencia, acompañar a cuidadores y reducir la fragmentación entre hospital y comunidad.

La familia y los cuidadores son además incorporados como actores del cuidado. Enfermería los capacita en medicación, higiene, movilización, prevención de caídas, cuidado de la piel, alimentación, signos de alarma y medidas de confort, ampliando la capacidad de vigilancia y autocuidado en el hogar.

Resultados y logros

Los documentos muestran un proceso sostenido de crecimiento y fortalecimiento del servicio, especialmente durante 2025, con expansión de la demanda, mayor complejidad asistencial y consolidación de mecanismos de coordinación, supervisión y gestión. Uno de los principales logros fue la creación de una unidad central de coordinación, reforzada reciente-

mente mediante apoyo administrativo específico. Esta incorporación permitió liberar tiempo profesional de enfermería para actividades de mayor valor clínico: supervisión domiciliaria, consulta, navegación, seguimiento telefónico y gestión de casos.

También se consolidaron procesos clave liderados por enfermería: verificación de criterios de ingreso, continuidad entre hospitalización y domicilio, valoración inicial, planificación individualizada, derivación hacia las distintas modalidades domiciliarias, seguimiento programado, navegación y monitoreo continuo.

La capacidad instalada constituye otro resultado importante. El equipo presenta alta estabilidad y experiencia; aproximadamente el 70% de las Licenciadas en Enfermería cuenta con formación de posgrado, y la institución dispone de protocolos actualizados, sistema informático integrado y habilitación ministerial del servicio.

El seguimiento de la práctica utiliza fuentes múltiples: historia clínica institucional, sistemas informáticos del servicio, planillas de prestaciones, consultas de enfermería, navegación y seguimiento telefónico, supervisión domiciliaria, eventos adversos, datos de demanda y complejidad, reuniones interdisciplinarias y auditorías internas.

La práctica definió un conjunto amplio de indicadores de seguimiento, entre ellos:

- demanda y accesibilidad: total de pacientes atendidos, ingresos, egresos y distribución por complejidad;
- continuidad: porcentaje de seguimientos domiciliarios cumplidos;
- seguridad: eventos adversos, complicaciones asociadas a dispositivos o tratamientos, cumplimiento de protocolos y errores de medicación;
- satisfacción de pacientes, familiares y equipos;
- desarrollo profesional: horas de capacitación, participación en actividades formativas y evaluación de competencias.

Lecciones aprendidas

La experiencia mostró que una atención domiciliaria segura requiere mucho más que disponibilidad de personal: necesita planes individualizados, protocolos, seguimiento periódico, coordinación entre niveles, recursos adecuados y respaldo institucional.



Entre sus principales fortalezas se identificaron la larga trayectoria institucional, experiencia y compromiso del equipo, estabilidad de los recursos humanos, formación especializada, sistema informático integrado y cultura de atención personalizada y humanizada. Los desafíos se relacionan con el crecimiento sostenido de la demanda, la necesidad de ampliar algunas modalidades-especialmente pediátricas-, mejorar la difusión interna del servicio y garantizar cobertura en zonas más alejadas. La lección principal es que la calidad del cuidado extramuro depende de la capacidad de coordinar y anticipar tanto como de realizar correctamente cada procedimiento. En este modelo, la enfermería especializada se convierte en el elemento que mantiene integrada la trayectoria.

Sustentabilidad y replicabilidad

La sustentabilidad se apoya en un modelo institucional consolidado, liderazgo profesional, estabilidad del equipo, formación especializada, protocolos, sistemas de información, supervisión permanente y evaluación continua. El apoyo administrativo incorporado recientemente constituye también un elemento relevante porque protege el tiempo profesional destinado a funciones clínicas y de gestión.

La práctica presenta alto potencial de replicabilidad, aunque requiere ciertas condiciones estructurales: respaldo explícito de las autoridades, protocolos actualizados, equipos formados, responsabilidades claramente definidas, sistemas de información, indicadores de calidad y seguridad y articulación efectiva entre niveles. La transferencia no implica reproducir exactamente la estructura del Hospital Británico. Cada institución deberá adaptar el modelo a su realidad epidemiológica, territorial y organizacional, preservando sus componentes esenciales: gestión integral, liderazgo de enfermería, continuidad, atención centrada en la persona, educación de cuidadores y trabajo interdisciplinario.

Innovar es hacer del hogar un espacio de cuidado seguro. La experiencia del Hospital Británico muestra que la innovación en APS puede consistir en mover el centro de gravedad de la atención sin perder calidad ni seguridad.

No se trata simplemente de trasladar al domicilio lo que antes se hacía en el hospital. Se trata de reorganizar el sistema para que valoración, prevención, educación, seguimiento y coordinación acompañen a la persona allí donde vive.

CUANDO ENFERMERÍA LOGRA CONECTAR HOSPITAL, DOMICILIO, FAMILIA Y EQUIPOS ASISTENCIALES EN UNA MISMA TRAYECTORIA, EL HOGAR DEJA DE SER EL FINAL DEL RECORRIDO Y SE TRANSFORMA EN UN VERDADERO ESCENARIO DE ATENCIÓN. ESA CAPACIDAD DE ACERCAR CUIDADOS COMPLEJOS, CONTINUOS Y HUMANIZADOS A LA VIDA COTIDIANA DE LAS PERSONAS REPRESENTA UNA DE LAS EXPRESIONES MÁS CONCRETAS DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Educación y Continuidad de Cuidados a Pacientes Oncológicos y sus Familias

Lic. Alejandra Ramírez
COSEM
Montevideo

Contexto y descripción de la práctica

La práctica “Educación y Continuidad de Cuidados a Pacientes Oncológicos y sus Familias” se desarrolla en COSEM, Montevideo, y surgió frente a una necesidad concreta: las personas con cáncer transitaban por consultas, estudios y tratamientos sin contar con un referente de enfermería que asegurara acompañamiento y continuidad a lo largo de todo el proceso asistencial. Esta situación podía traducirse en fragmentación de la atención, desigualdad en el seguimiento, dificultades para acceder a información clara, limitaciones para el autocuidado y riesgo de interrupciones o complicaciones no detectadas oportunamente.

La práctica comenzó el 1° de agosto de 2018 y continúa en curso, integrada a la policlínica de oncología. Su permanencia desde entonces y su incorporación a la rutina asistencial muestran un proceso que logró sostenerse y fortalecerse progresivamente mediante la mejora de los procesos clínicos, educativos y de coordinación.

La población destinataria está conformada por pacientes oncológicos y sus familias. El objetivo central es ofrecer un cuidado continuo durante las distintas etapas de la enfermedad y del tratamiento, combinando educación, seguimiento, apoyo emocional, detección precoz de necesidades y coordinación con los diferentes integrantes del equipo de salud.

Desde la perspectiva de APS, la práctica fortalece cuatro atributos esenciales: accesibilidad, al constituir enfermería un punto de referencia para pacientes y familias; continuidad, mediante seguimiento a lo largo del proceso terapéutico; integralidad, incorporando necesidades clínicas, educativas y psicosociales; y coordinación, articulando oncología, enfermería domiciliaria, cuidados paliativos y otros profesionales.

Modelo de atención y aspectos de innovación de la práctica de enfermería

La innovación principal consistió en estructurar la consulta de enfermería oncológica como un dispositivo longitudinal de cuidado, superando una lógica centrada exclusivamente en prestaciones o episodios aislados. Enfermería asumió funciones de liderazgo, coordinación e implementación, siendo la coordinación el rol principal declarado en la práctica.

La ruta asistencial organiza la intervención según tres momentos: primera consulta, seguimiento y control, y tratamiento activo. En el primer contacto se recibe y orienta al paciente y su familia, se verifican datos y antecedentes, se actualiza la Historia Clínica Electrónica y se brinda educación sobre estudios, cuidados generales, alimentación, higiene, signos de alarma y adherencia al tratamiento, además de informar vías de comunicación y coordinar próximos controles.

Durante el seguimiento, enfermería realiza valoración del estado general, identifica síntomas, verifica estudios, refuerza el autocuidado y el manejo de efectos adversos y coordina controles, interconsultas o derivaciones a nutrición, psicología, cuidados paliativos y otras especialidades. En los pacientes con tratamiento activo se incorpora una valoración previa, educación sobre el tratamiento y sus posibles efectos adversos, apoyo emocional y planificación de la continuidad. En quienes reciben tratamiento mediante bomba elastomérica, el cuidado puede extenderse al domicilio con seguimiento y educación durante el primer ciclo.

La práctica reúne, además, varios componentes innovadores de enfermería: planes de cuidado individualizados y longitudinales, seguimiento nominal, priorización activa, coordinación formal de la continuidad, teleconsulta, comunicación directa con los usuarios, visitas domiciliarias según necesidad, educación planificada y utilización de indicadores para la gestión. También incorpora protocolos, Historia Clínica Electrónica y trabajo interdisciplinario.

Su innovación, por tanto, no depende de una tecnología de alta complejidad. Radica fundamentalmente en reorganizar el cuidado alrededor de la trayectoria de la persona, otorgando a enfermería una responsabilidad explícita para acompañar, educar, conectar servicios y anticipar necesidades.

Resultados y logros

Los documentos muestran resultados relevantes principalmente en términos de organización del cuidado, continuidad, experiencia de las personas y fortalecimiento profesional. La implementación de la consulta permitió ofrecer a pacientes y familias un referente de enfermería durante todo el proceso terapéutico y mejorar la coordinación entre profesionales y niveles de atención, disminuyendo la fragmentación.

Se reportaron asimismo mayor adherencia al tratamiento, fortalecimiento del autocuidado y detección oportuna de necesidades y complicaciones. Los pacientes y sus familias expresaron mayor satisfacción al disponer de información comprensible, acompañamiento y vías accesibles de comunicación.

Entre los logros asistenciales destacados se encuentran la sistematización de intervenciones educativas sobre tratamiento, medicación, efectos adversos y signos de alarma; la detección precoz de cambios clínicos o nuevas necesidades; el fortalecimiento del apoyo emocional; la incorporación sistemática de las intervenciones de enfermería a la Historia Clínica Electrónica; y la extensión de determinados cuidados al domicilio.

A nivel profesional e institucional, la experiencia contribuyó a fortalecer el liderazgo y la autonomía de enfermería como coordinadora y educadora dentro del equipo interdisciplinario. La sostenibilidad alcanzada desde 2018, utilizando fundamentalmente recursos institucionales ya existentes, constituye otro resultado significativo. La práctica cuenta además con indicadores definidos para acceso, cobertura y continuidad —pacientes agendados, proporción de primeras consultas, cobertura de personas en tratamiento activo, asistencia e inasistencia— y utiliza HCE, agendas, planillas de seguimiento y registros de coordinaciones como fuentes de información.

Lecciones aprendidas

La principal lección fue que disponer de un referente estable de enfermería mejora la continuidad y coordinación del cuidado, reduce incertidumbre y fortalece la adherencia, especialmente cuando se acompaña de educación permanente y trabajo interdisciplinario.

Fueron facilitadores el compromiso y liderazgo de enfermería, el apoyo del equipo multidisciplinario, la incorporación de la consulta a la rutina asistencial, la Historia Clínica Electrónica y la valoración positiva de pacientes y familias. Los desafíos se concentraron en la disponibilidad de tiempo y recursos humanos, la necesidad de capacitación específica en oncología, la coordinación entre múltiples servicios y el aumento de la demanda y complejidad asistencial. En síntesis, la experiencia mostró que la educación, la comunicación y el acompañamiento no son complementos del tratamiento oncológico: constituyen componentes clínicos ineludibles del cuidado y de su continuidad.

Replicabilidad de la práctica

La práctica fue considerada replicable y con posibilidades de continuidad y expansión. Su transferibilidad resulta especialmente favorable porque se sustenta en organización del trabajo, competencias profesionales y utilización de recursos disponibles, más que en infraestructura compleja.

Para su adaptación a otros servicios deberían preservarse algunos componentes esenciales: un referente de enfermería responsable del seguimiento; protocolos y circuitos claramente definidos; registros sistemáticos; mecanismos fluidos de comunicación interdisciplinaria; capacitación continua en oncología y autocuidado; y adaptación del modelo a los recursos y características de cada institución.

El modelo puede resultar particularmente útil en otras trayectorias complejas o enfermedades crónicas en las que las personas necesitan transitar entre múltiples profesionales,

tratamientos y niveles de atención. Lo que se replica no es necesariamente una estructura idéntica, sino un principio organizador: que exista alguien responsable de sostener la continuidad y conectar cada etapa del cuidado.

INNOVAR ES HACER QUE EL CUIDADO NO SE INTERRUMPA

En oncología, cada transición -entre una consulta y otra, entre el tratamiento y el hogar, entre una necesidad nueva y la respuesta del equipo- puede convertirse en un punto de fragmentación. La consulta de enfermería transformó esos espacios en oportunidades para educar, anticipar, orientar y acompañar.

INNOVAR FUE COLOCAR A ENFERMERÍA ALLÍ DONDE EL CUIDADO PODÍA PERDER CONTINUIDAD Y CONVERTIRLA EN EL VÍNCULO QUE LA SOSTIENE. CUANDO ENFERMERÍA CONECTA PERSONAS, FAMILIAS, INFORMACIÓN Y SERVICIOS A LO LARGO DE TODA LA TRAYECTORIA, LA APS DEJA DE SER SOLAMENTE UNA PUERTA DE ENTRADA Y SE CONVIERTE EN UNA VERDADERA RED DE CUIDADO.

