

REGISTROS CON IDENTIDAD METODOLOGICA*

ENFERMERA HAYDEE BALLESTERO**

RESUMEN

Los cambios que se operan en el perfil de la actividad del enfermero, han llevado a formular interrogantes referidos a cuáles deberían ser los modelos de registros a utilizar, que recojan no sólo el proceso práctico, sino que al mismo tiempo incluya el proceso intelectual.

El presente estudio pretende favorecer la planificación de la atención de enfermería a través de un registro que contemple indicadores básicos del tratamiento; en esta línea, propone unificar criterios de valoración pacientes/usuario y sistematizar los registros, para favorecer el rol independiente de enfermería, y elaborar un sistema de registros que permita el seguimiento de la atención brindada y su retroalimentación en función de los objetivos.

* Esta investigación fue realizada en el Hospital de Clínicas "Doctor Manuel Quintela" en la ciudad de Montevideo - Uruguay, por un equipo de investigadores. Por el reducido espacio, en la primera página aparece el nombre del primer investigador, al final del artículo los restantes.

** Directora y profesora del Departamento de Administración de Servicios de Enfermería.

FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACION

I. LINEA DE INVESTIGACION

Los cambios que se operan en el perfil de la actividad del enfermero, han llevado a formular interrogantes referidos a cuáles deberían ser los modelos de registros a utilizar, que recojan no sólo el proceso práctico de la actividad, sino y al mismo tiempo, el proceso intelectual que incluye.

II. OBJETIVOS CENTRALES DE LA INVESTIGACION

Estos modelos deberían centralizar la atención de enfermería en el usuario, considerarlo como un ser bio-psico-social y donde se reproduzca la participación de él y su familia en la atención a su salud, de esta manera la formación de nuevos profesionales estaría favorecida por instrumentos en los servicios que reafirman una metodología científica, acorde a las nuevas exigencias.

Se plantea, asimismo, si es necesario y racional que cada disciplina tenga su propio cuerpo de registros o si deberían elaborarse modelos que reproduzcan la actividad multidisciplinaria en torno al nivel de salud: individuo sano o enfermo.

En este experimento -en que lo que se pretende es que se registre- al no existir modelos sistematizados que incorporen el proceso práctico-intelectual de enfermería se prefirió incorporar una propuesta de regis-

tros, a adjuntar en la historia clínica del paciente como un aporte más de un grupo disciplinario.

III. OBJETIVOS CONTRIBUYENTES

Como objetivos contribuyentes, se entendió que el modelo debería permitir:

1. Unificar criterios de valoración pacientes/usuario, y sistematizar los registros, para favorecer el rol independiente de enfermería.
2. Favorecer la planificación de la atención de enfermería, a través de un registro que contemple indicadores básicos del tratamiento.
3. Elaborar un sistema de registros que presente el seguimiento de la atención brindada y su corrección en función de los objetivos.

Estos objetivos responden a las conclusiones del análisis de problemas, originados en los campos de experiencia tomados por la Escuela de Enfermería, para la práctica del curso de Administración de Servicios.

Estas prácticas se desarrollaron en unidades asistenciales del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" dependiente de la Universidad de la República. Es por ello que el grupo de estudio fue conformado por los docentes que integran el Depto. de Administración de la Escuela, el Depto. de Enfermería Médico-Qui-

rúrgico y por Enfermeros que están en la Supervisión y en la Jefatura de Servicios de Enfermería de este Hospital.

Las dificultades encontradas provenían de evaluaciones conjuntas docentes, estudiantes y egresados en los que se señalaban las contradicciones entre la enseñanza y lo que el profesional realizaba en los servicios. El concepto de integración docencia-asistencia (IDA), integrado por la doctrina de la Escuela, nos obligó a responder al reto de una solución que no solamente resolviera la situación coyuntural sino y al mismo tiempo, abriera canales de integración más profundos y científicamente elaborados.

La decisión de utilizar una investigación experimental para el estudio, fue realizada sobre la base de la experiencia que habíamos vivido al introducir un modelo de registro de valoración del paciente para ser utilizado en aquellas salas de los servicios donde los estudiantes estaban haciendo la práctica de administración. Estos modelos fueron introducidos en el curso 1987, presentados previamente a la Dirección del Departamento de Enfermería del Hospital, discutidos en reunión de Jefes de Enfermería y con su aprobación trasladados a la práctica. Los estudiantes encontraron que solamente ellos llevaban los registros y en los turnos donde no había estudiantes no se usaban.

La misma preocupación de los docentes fue compartida por la Direc-

ción de Enfermería del centro asistencial por lo que el diseño de investigación incorpora objetivos comunes que hacen a la integración docencia-asistencia funcionar como un sistema de feed-back. En tanto valoramos como significativo para una práctica científica de enfermería la utilización de instrumentos de registros, también le adjudicamos a éstos el valor importante que tienen en la coordinación entre el subsistema educativo y el subsistema asistencial.

IV. ANTECEDENTES

Abundante información recogida sobre la base de bibliografía, documentos de la atención de enfermería en diferentes partes del mundo y los documentos de la atención de enfermería en nuestro país, dan cuenta de una disparidad de enfoques sobre qué registrar.

Los intentos de los últimos años de canalizar los registros hacia una sistematización que permita unificar criterios de diagnósticos se encuentran en la etapa experimental para algunos países.

Muchas de las dificultades del registro parecen deberse a condiciones determinantes como: 1) problemas en la formación básica del profesional; 2) problemas derivados de una indefinición de enfermería y 3) la ausencia de normas o sistemas unificados de información.

1. Problemas en la formación

La formación científica del enfermero tiene antecedentes de muy pocos años. Esto hace que el registro de la actividad intelectual y/o práctica no siempre se vea con una perspectiva a largo plazo. Generalmente el valor está dado por lo que en un momento determinado se quiere dejar como constancia de lo realizado o administrado a un usuario del servicio.

Si en la formación básica del profesional se incluyen técnicas de la investigación y el estudiante se habitúa a manejar el método científico para buscar información, analizarla y sacar conclusiones en cada una de las etapas de su formación y en cada una de las asignaturas correspondientes, integrará el registro como medio de autoconocimiento de un objeto de estudio y no sólo como exigencia de los servicios donde le corresponda actuar.

Si en su formación básica el estudiante es objeto activo en el proceso de enseñanza-aprendizaje, adoptará como modelo un accionar reflexivo, analítico, crítico y no repetitivo de otros modelos estereotipados que puedan corresponder a etapas ya superadas del profesional empírico.

La dicotomía entre los centros formadores y los servicios, puede ser superada generando actividades que al mismo tiempo va-

yan modificando la forma de pensar y del hacer de los docentes y los no docentes incorporados en los servicios de práctica asistencial, (en salud y en enfermedad), donde el estudiante se inserta.

2. Problemas derivados de una indefinición de enfermería

Es a través del análisis de registros de la actividad que es posible identificar el perfil de enfermería. Un estudio realizado sobre la base de las "constituciones" de la orden de San Juan de Dios (Siglo XVI a XVIII) permitió a un grupo de investigadores "aclarar puntos oscuros relativos a la asistencia del enfermo en épocas pretéritas". De los registros de los Hermanos de la Orden se puede identificar entre otras cosas, cuál era el papel que cumplían los enfermeros. Este papel hace resaltar tres funciones de las que aún hoy son adjudicadas como inherentes al profesional; la función asistencial, la de administrador de servicio y la de educación para la salud. Rescata una visión integral del hombre y un concepto preventivo de asistencia.

Carpenito al hablar de la importancia de una teoría para enfermería, hace referencia a Kritek quien "aboga por comenzar con una teoría que sea de naturaleza operativa, describa lo que vemos y lo que hacemos, mejor que una que parezca muy elaborada pero resulte confusa".

Para que podamos elaborar una teoría tendremos necesariamente que pasar por un estudio de la práctica a nivel operativo, que abarque lo más posible el historial de nuestra actividad documentada.

Para qué y qué registrar?

El criterio de equipo de Salud, con delimitación de áreas de responsabilidad, requiere naturalmente reconocer que cada disciplina ejerce en un área de libertad o de relativa autonomía con respecto a las demás. Implica, centrar la atención en el objeto de estudio que es el usuario del servicio y no en lo que particularmente interesa a cada disciplina.

Esta es una gran dificultad para enfermería que se le reconocía, hasta hace muy pocos años, como actividad totalmente dependiente de la actividad médica.

Infelizmente, la búsqueda de información se canalizaba de esta manera sólo hacia la información que interesa al médico: patología del enfermo; medicación o tratamiento en general; exámenes a realizar. Al mismo tiempo solamente iban dirigidos al cumplimiento de indicaciones terapéuticas, y/o observaciones de la evolución de las patologías. El lenguaje de enfermería intrahospitalaria estaría comprendido dentro de las mismas coordenadas, repitiendo "signos" y "síntomas" en una carrera competitiva con el

profesional médico en su detección, tratamiento y pronóstico.

De esta manera, es poco factible, que podamos encontrar registros que documenten áreas de independencia y por lo tanto núcleos teóricos específicos, que orienten y permitan predecir comportamientos originales.

Para conseguir que la información que se recoja transcriba esa área de independencia, habría que partir de un modelo teórico unificado sobre lo que es enfermería. Este modelo teórico debe ser tal que oriente la acción del enfermero hacia su especificidad; permita predecir resultados de su acción y como consecuencia de todo esto, oriente a los demás sobre su identidad profesional.

Partimos -en nuestro equipo- de una definición de Enfermería como aquella disciplina encaminada a fortalecer las resistencias del hombre. Estas resistencias se expresan como atributos de lo somático, lo psicológico y lo social. (Haydée Ballester).

Algunas de las dificultades para esta identificación del rol provienen de los propios enfermeros. Las causas pueden ser múltiples:

- a) Culturales. El desconocimiento a nivel de la población sobre la función del enfermero, que lo trae el aspirante a la carrera de enfermería como

legado social. Este desconocimiento incorpora fantasías que corresponden al profesional dependiente, por lo tanto acientífico, que es lo que pretendemos modificar.

- b) Insuficiente actualización del profesional por razones diversas. (Es muy común por ejemplo que aún veamos cursos para enfermeros o jornadas, titulados: "Enfermería en el infarto de miocardio", "Atención de Enfermería en el EPOC").
- c) Indefinición teórica de la profesión.
- d) Escasa participación en programas propios de investigación, la cual se sigue visualizando como privilegio y no como una exigencia de la función.

Estas dificultades -analizadas en este momento histórico particular de la profesión- fueron mantenidas y/o reforzadas por una formación con énfasis en el conocimiento como fin, expresadas por un plan de estudios que son sumas de asignaturas inconexas con escaso desarrollo de una mentalidad crítica y/o reflexiva.

El rescate de una orientación con identidad propia, y una visión globalizadora del plan de estudio donde las asignaturas son interrelacionadas o integradas -el conocimiento y el método son en-

señados como medio para la comprensión de la realidad del estudiante- aparecen como caminos de superación de esas dificultades.

La integración de los estudiantes a los servicios y de los profesionales de los servicios a los programas educativos, se ve dificultada por estas diferencias de enfoques en su formación.

3. Problemas generados por la ausencia de normas o sistemas unificados de información

Registrar es según Gervás "apuntar, anotar" y según la OMS registrar "implica llevar un registro permanente, con identificación personal y con la intención de efectuar alguna acción posterior, como la del seguimiento".

Es evidente que debe mediar una norma, por lo menos, a nivel institucional que oriente las acciones, para que el registro permanente permita efectuar alguna acción posterior. Los múltiples registros incoordinados producen una dispersión de la información que hace enormemente difícil encontrar un criterio unificador.

Por otro lado no se puede desconocer los esfuerzos, aunque incoordinados, que se han realizado, ¿Cómo estimular la sistematización? Creemos que no se pueden dictar las normas desconociendo la riqueza de experien-

cias acumuladas durante años de ejercicio profesional. En primer lugar, nuestro equipo de trabajo partió de las siguientes premisas:

- a) Las normas deben ser elaboradas por enfermeros,
- b) Se deben implementar a través de la máxima participación posible del equipo de enfermería: enfermero, auxiliar de enfermería; y
- c) La metodología no se puede importar. Es decir debe adecuarse a las unidades concretas de cada país e incluso de cada institución prestadora de servicios de salud.

En segundo lugar, al ser una norma, debe responder a la política del sistema o subsistema de salud, en que se implante.

Esto no invalida, a que, como hizo la OMS en referencia a los registros médicos, podamos conseguir a nivel internacional un código que a su vez oriente las instituciones prestadoras de servicios de salud, a la elaboración de sus normas para el equipo de enfermería.

Este es el propósito de nuestra investigación que pretende contribuir al esfuerzo internacional de enfermería, por encontrar un lenguaje unificado que nos oriente hacia la formulación de un cuerpo teórico y por lo tanto a la

elaboración de instrumentos propios para su explicitación.

V. MARCO CONCEPTUAL

Diagnóstico de Enfermería

En el proceso de interpretación de los datos que se desprenden del estudio de un Sistema, sea éste un hombre, una familia o una comunidad, un sector de la economía o un Estado, se llega a un diagnóstico del mismo que no es ni más ni menos que una hipótesis. Si solamente describe el sistema, será descriptiva; si además profundiza en las causas de la alteración de su estabilidad, será una hipótesis causal.

De esta manera el diagnóstico de Enfermería es una hipótesis que implica identificación, descripción, análisis y/o fundamentación de un hecho específico de competencia de enfermería.

Para facilitar el logro del diagnóstico, el modelo de registros debe orientar la formulación con la inclusión de las variables posibles a ser consideradas como útiles para medir el sistema y sus subsistemas.

La innumerabilidad de variables y su complejidad hace que sea muy difícil conseguir la unificación de criterios de medida, así como criterios de profundidad de análisis. Esto dependerá de los objetivos que se persigan en el equipo de Salud.

Por todo ello, es imprescindible acompañar, el modelo con un instructivo que unifique el lenguaje, y elaborar una propuesta que represente la valoración de aquellos sistemas más significativos para todo el equipo y donde los detalles de profundidad, puedan ser incorporados cuando sea necesario.

VI. PROBLEMAS E HIPOTESIS

Nuestro problema fue definido como: "¿Las dificultades para registrar, por parte de enfermería, son debidas a una insuficiencia de sistematización institucional, y a defectos metodológicos en la formación profesional?".

Para su estudio, definimos las siguientes Hipótesis:

- 1) Una integración metodológica teórico-práctica favorece el proceso de enseñanza-aprendizaje sobre registro.
- 2) La implementación del registro en la administración de la atención, permite el desarrollo científico de la Enfermería, y eleva el nivel de atención que brinda.
- 3) Enfermería valora, planifica y realiza la atención, aunque no registra.

VII. METODOLOGIA UTILIZADA

Partiendo del supuesto de que la participación en la toma de decisiones sobre una actividad, hace que

los involucrados en la misma comprendan mejor sus objetivos y estén dispuestos a llevarla a cabo, nuestro equipo investigador promovió la más amplia difusión sobre el tema de los Registros de Enfermería a través de Talleres, donde se involucraron Enfermeros Asistenciales y Docentes, Auxiliares de Enfermería y estudiantes.

El primer Taller tuvo como objetivos, discutir una propuesta de experimentación de registros y en el mismo además de la discusión conceptual se dio a conocer:

- 1) El diseño de investigación;
- 2) El primer modelo a experimentar, y
- 3) Los servicios seleccionados como muestra.

Durante tres meses consecutivos y con el asesoramiento continuo del equipo directriz se consiguió probar el Modelo I, en 207 pacientes internados, de los cuales 126 correspondían al Servicio de Cirugía y Urología; 56 al Servicio de Medicina y Hematología que incluye una Unidad de Cuidados Intermedios; y 25 al Servicio de Nutrición y Digestivo que tiene 30 camas.

Del total de pruebas realizadas se seleccionó una muestra al azar que incorporó el 20% del total de cada uno de los Servicios.

1) Resultados parciales de la aplicación del Modelo de Diseño I

Los criterios de análisis acordados fueron:

- a) El número de registración por usuario y por servicio.
 - b) La registración por ítems y por servicio.
- a) **Número de registración por usuario y por servicio**

Los porcentajes de registración fueron los siguientes:

En el Servicio de Cirugía.- El 36.5% alcanzó un nivel de registración entre un 80 y un 100%.

En el Servicio de Medicina y Hematología.- Del total de usuarios en que se utilizó el modelo, un 90% alcanzó niveles de registración entre un 80 y un 100%.

En el Servicio de Nutrición y Digestivo.- Del total de usuarios en que se utilizó el modelo el 100% alcanzó niveles de registración entre un 80 y un 100%.

b) La registración por ítems y por servicios

b.1. Servicio de Cirugía

Del total de ítems considerados, se logró un 60% de registración. En el análisis de cada ítem, surgen dificultades y relevancias, entre las que

se destaca un índice menor de registración (0,40) para objetivos y para diagnóstico de enfermería (0,48). La relevancia se nota en los ítems destinados a higiene (0,64), aspectos emocionales (0,64), controles de pulso, temperatura y presión arterial, con periodicidad de los mismos (0,64), igual que para alimentación tolerada (0,64). (Gráfico 4, Anexo 1)

b.2. Servicio de Medicina - Hematología

Del total de ítems considerados se logró entre un 80 - 100% de registración en siete variables y entre un 70 - 80% en las tres restantes. La relevancia en la registración corresponde nuevamente a las siguientes variables: higiene, nivel de dependencia en la alimentación, eliminación, aspectos emocionales, movilización y controles de signos vitales y la periodicidad de los mismos. Con dificultad, aparecen las variables de diagnóstico de enfermería, alimentación tolerada, "otras actividades" y objetivos. (Gráfico 5, Anexo 1)

b.3. Servicio de Nutrición y Digestivo

Del total de ítems considerados se logró un 100% de registración en siete variables y un 80% en las tres restantes.

La relevancia en la registraci3n corresponde a las variables siguientes: Higiene, dependencia en la alimentaci3n, eliminaci3n, aspectos emocionales, controles de signos vitales y periodicidad de los mismos y alimentaci3n tolerada. Es de resaltar en esta 3ltima variable que los usuarios registrados corresponden a un servicio especializado en esta 3rea.

Los 3tems con menor nivel de registraci3n corresponden a diagn3stico de Enfermer3a "otras actividades" y objetivos en concordancia con los resultados alcanzados en los otros servicios. (Gr3fico 6-Anexo 1)

2) Conclusiones

Las variables consideradas en el modelo ofrec3an diferentes niveles de exigencias para el registro. Aquellas que med3an nivel de dependencia del usuario en higiene, alimentaci3n, eliminaci3n y movilizaci3n, requer3an un simple n3mero de acuerdo al c3digo. Igualmente estaba simplificada la medici3n hacia los aspectos emocionales. Las dem3s variables requer3an un mayor nivel de elaboraci3n y de tiempo para el registro.

Salvo el diagn3stico -incorporado en la primera hoja- que corres-

ponde a una de las variables de mayor dificultad de registro, las otras variables de dificultad, estaban ubicadas en la cuarta y quinta hoja del modelo. (La totalidad del modelo incluye cinco hojas).

En relaci3n a las otras variables/dificultad se hicieron modificaciones del instructivo durante la marcha de la investigaci3n a sugerencia de los que aplicaban el modelo.

De la propuesta de variables que inclu3a el modelo, la menor consideraci3n en el registro le correspondi3 al de "objetivos". Se destacan en la consideraci3n, aquellos referidos a higiene y aspectos emocionales. (Gr3fico 7-8 - Anexo 1).

Aquellos servicios que tomaron menos pacientes (Medicina y Nutrici3n) para aplicar el modelo, tuvieron menor nivel de subregistraci3n que los de Cirug3a, que aplicaron el modelo en un n3mero mayor de usuarios, lo que podr3a estar condicionado a:

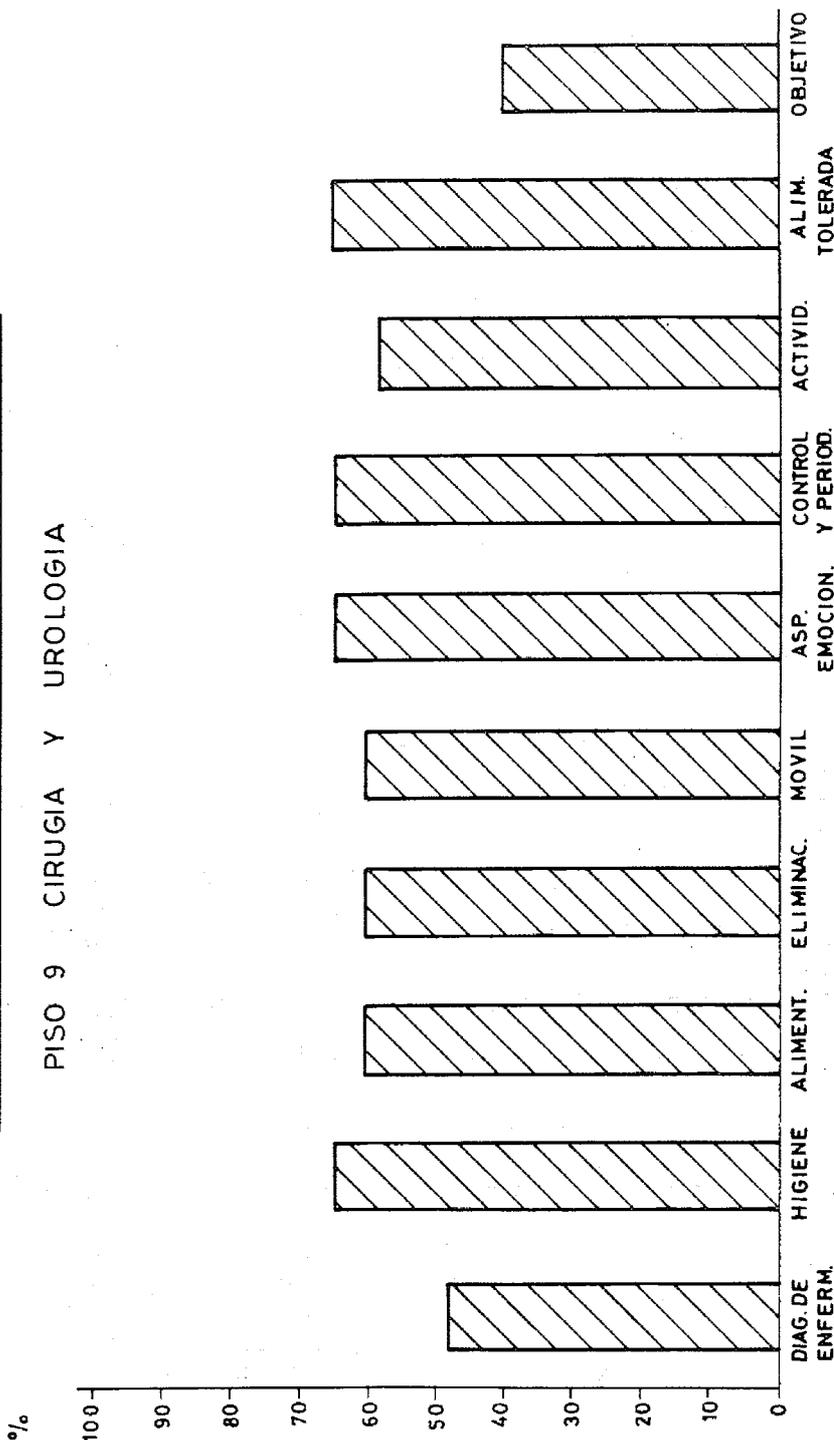
- a) La disponibilidad del recurso enfermer3a destinado al registro.
- b) Las caracter3sticas del modelo.
- c) Dificultades, inherentes a la preparaci3n de enfermer3a.

ANEXO 1

GRAFICO 4

PORCENTAJE DE REGISTRACION POR ITEM

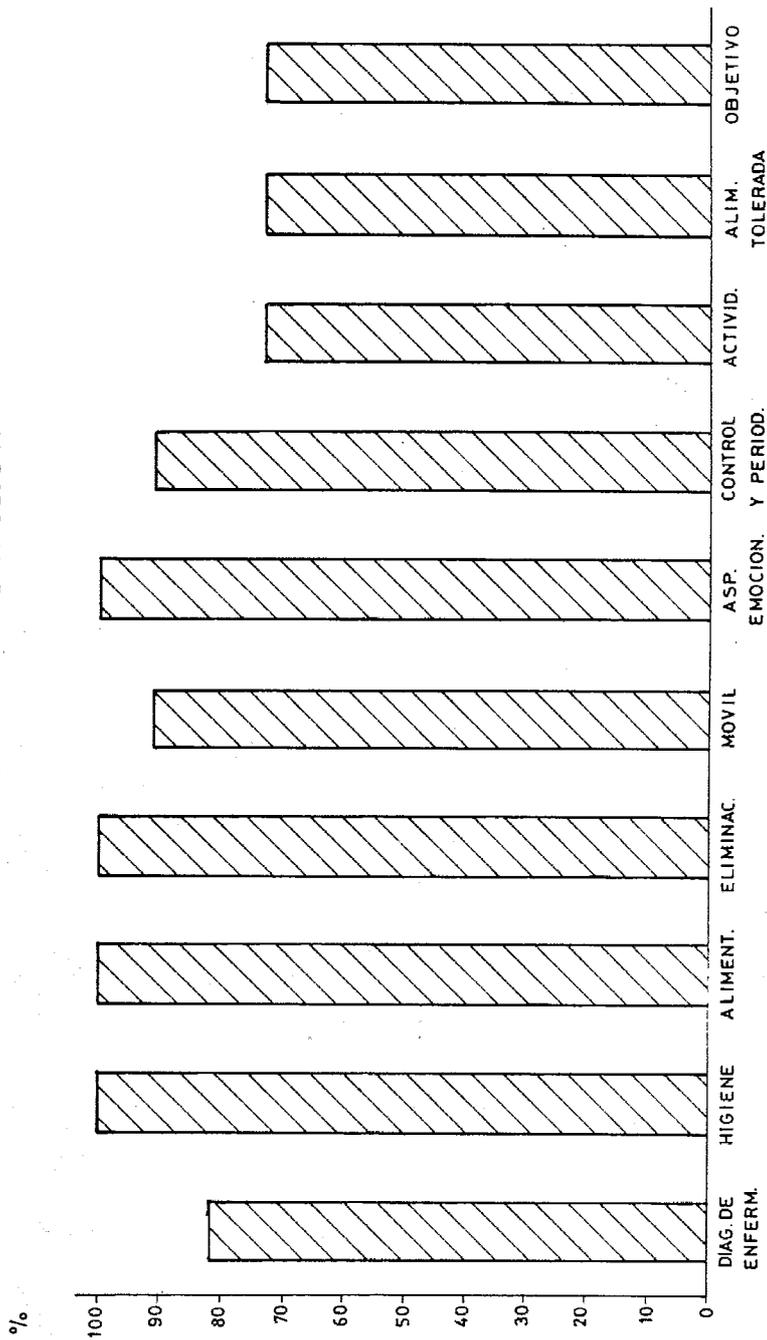
PISO 9 CIRUGIA Y UROLOGIA



HOSPITAL DE CLINICAS
MONTEVIDEO - URUGUAY

PORCENTAJE DE REGISTRACION POR ITEM

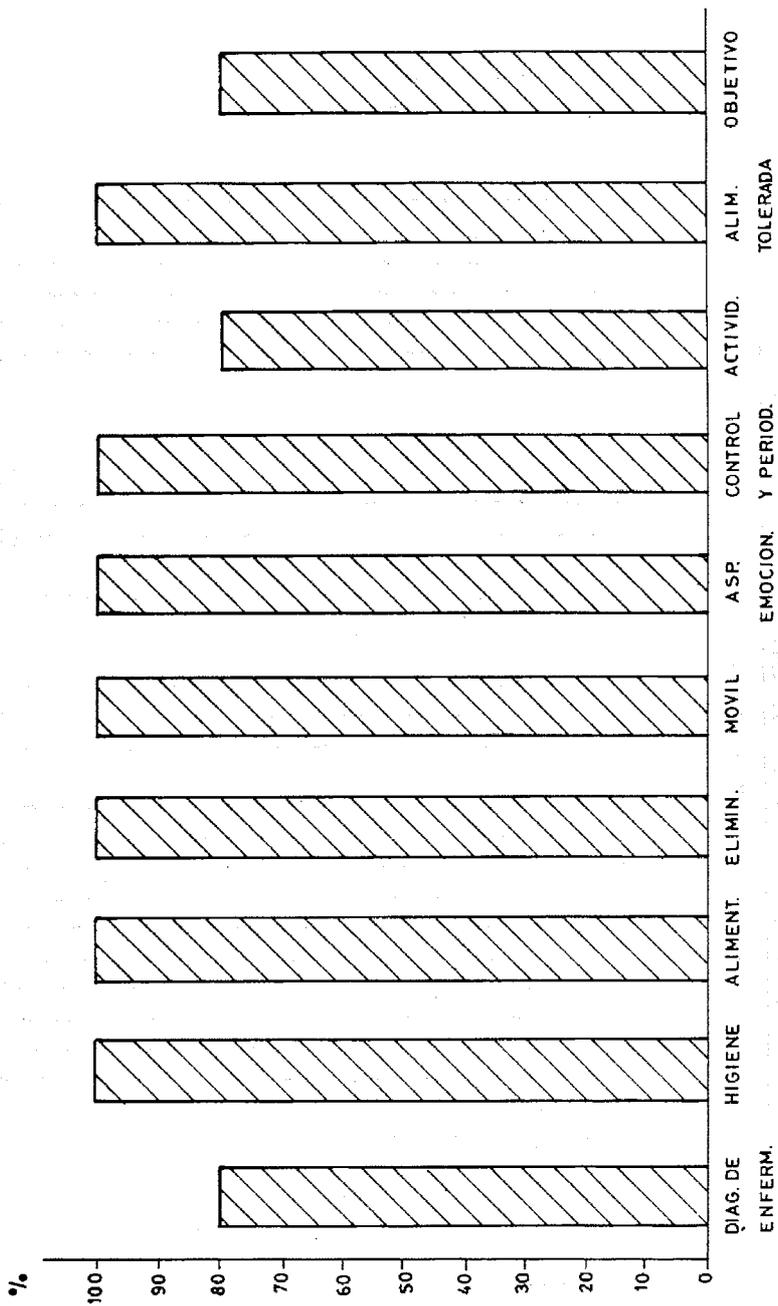
PISO 8 MEDICINA Y HEMATOLOGIA



HOSPITAL DE CLINICAS
MONTEVIDEO - URUGUAY

PORCENTAJE DE REGISTRACION POR ITEM

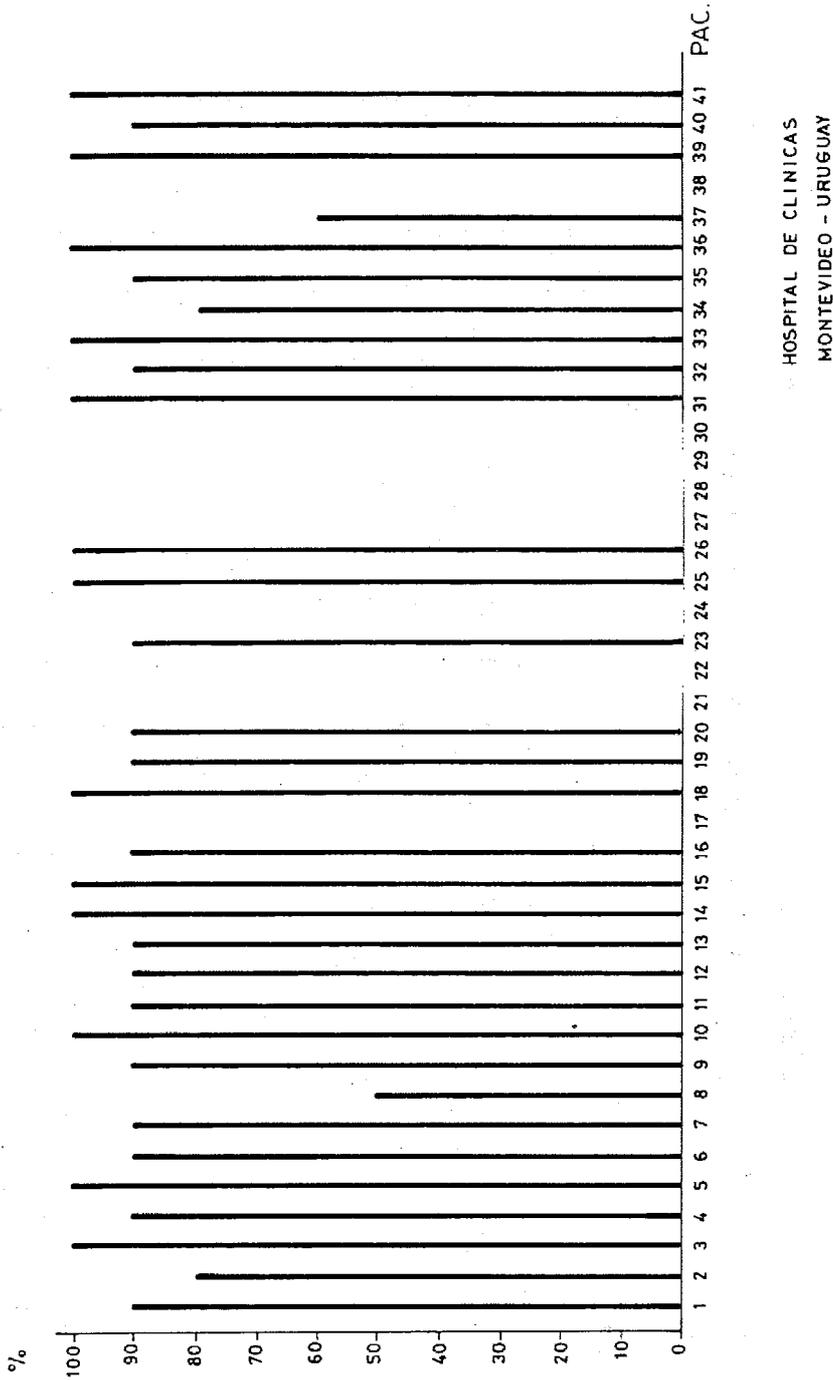
PISO 4 NUTRICION Y DIGESTIVO



HOSPITAL DE CLINICAS
MONTEVIDEO - URUGUAY

ANEXO 1
GRAFICO 7

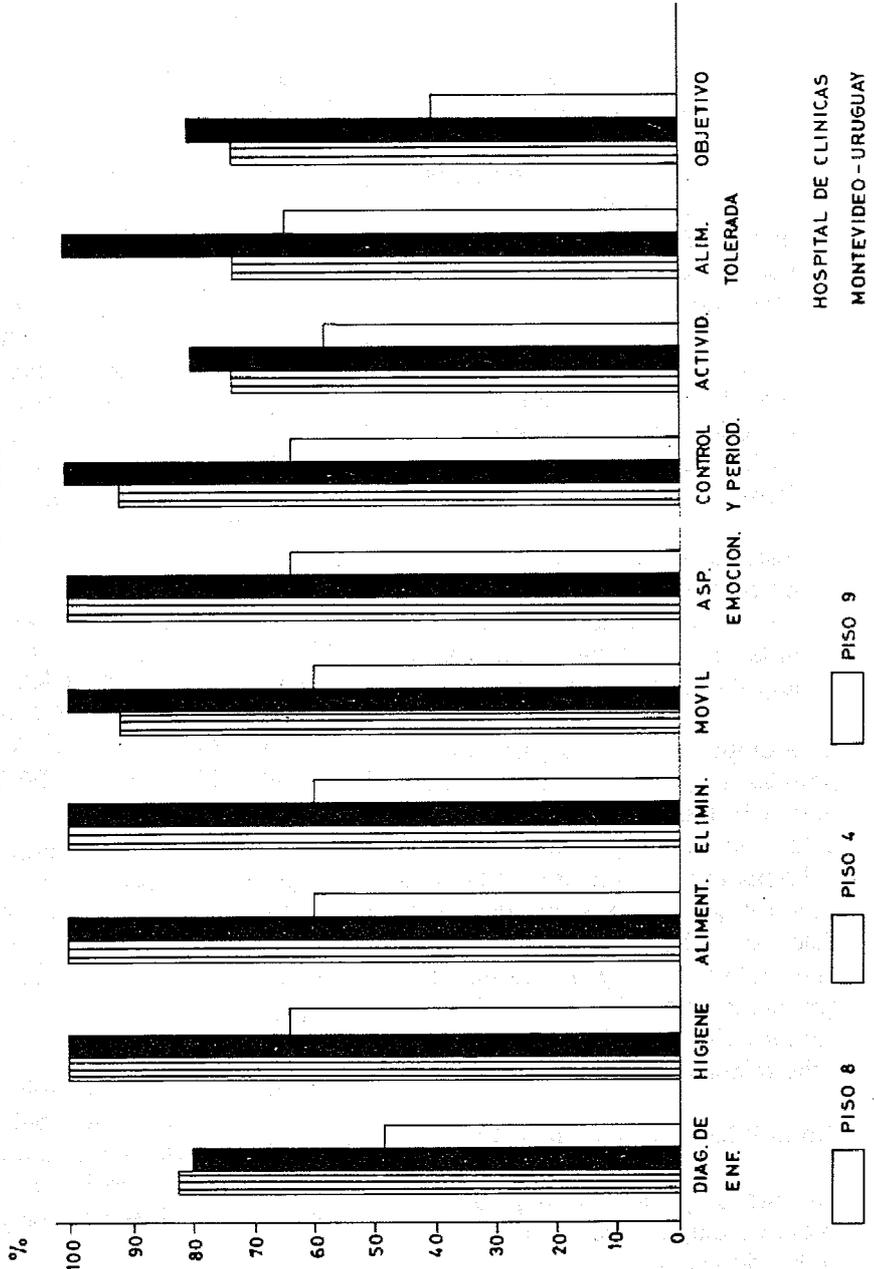
PORCENTAJE DE REGISTRACION POR PACIENTE
EN TODO EL HOSPITAL



ANEXO 1

GRAFICO 8

**PORCENTAJE DE REGISTRACION POR ITEM
COMPARATIVO DE PISOS**



En síntesis:

- 1) Los recursos a utilizar para facilitar la registración deben estar más en proporción a la magnitud de la población a ser registrada.
- 2) La estimación de recursos necesarios, se posibilitaría a través de una función matemática de mayor grado (ej. parábola) que de una función lineal (recta).
- 3) La implementación de un sistema de registros con identidad metodológica, favorece la elaboración de un diagnóstico de enfermería.
- 4) Para la elaboración de modelos de registros, se deberá tomar en cuenta que se facilitaría su uso, si la expresión de la medida, se logra a través de un símbolo.

Esta etapa de la investigación comprendió un período de aproximadamente 10 meses de elaboración. En este momento según los resultados del modelo I, nos encontramos en la Etapa II que propone un nuevo modelo de registros hacia una identidad metodológica y el uso de códigos como expresión de medida, de manera de simplificar, concretar y uniformizar la información.

Etapa II Modelo II (Anexo 2)

En esta etapa se introdujo el concepto de diagnóstico de enfermería, en la orientación al uso del modelo y la metodología usada fue enriquecida con la introducción de una sema-

na -después del taller preparatorio de pruebas con los profesionales en los servicios del modelo y la discusión de los resultados inmediatos. Se elabora el plan de actividades después del diagnóstico y cada uno de los participantes programa su aplicación global. (Anexo 2).

La hoja de actividades se ideó para ser colgada a los pies de la cama de los pacientes, para promover la más amplia participación del paciente y su familia en todo el proceso de atención. Es la base del control de calidad de asistencia, de educación para la salud y de formación continuada del equipo de atención. (Anexo 4).

Al mismo tiempo se complementa la orientación al equipo de enfermería, con una orientación a los médicos del servicio. La respuesta de unos y otros ha sido muy positiva y estamos en el proceso de la prueba.

Como prueba complementaria, se tomaron pacientes al azar y se probó el modelo en cada servicio, con un paciente visto por diferentes enfermeros, con diferencias mínimas de tiempo.

Estamos en este momento valorando este material que contiene una gran riqueza referida a nuestra hipótesis I y II y serán integrados a la valoración final de esta etapa experimental.

Surgen nuevas hipótesis, que podrían ser definidas como: cuanto

menos relación exista entre el modelo mental del enfermero, acerca de su rol, y el que aparezca implicado en el modelo de registros que se le ofrezca, mayores serán las resistencias que se le opongan. Esto está directamente relacionado con el nivel de conocimientos y la experiencia del profesional en su ejercicio.

Recomendaciones preliminares:

Las técnicas de aproximación al objeto de estudio, ya sea el individuo, la familia o la comunidad, deben ser universalizados por enfermería. Dicho de otro modo, hay que elaborar instrumentos propios y universales sobre el lenguaje y la forma de construirlo no es otra que los registros que utilizamos.

ANEXO 2

HOSPITAL DE CLINICAS "Dr. MANUEL QUINTELA" DIVISION DE ENFERMERIA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION		NOMBRE DEL PACIENTE No. DE REGISTRO																		
REGISTRO EXPERIMENTAL DE VALORACION DEL PACIENTE Y PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA																		
1. NIVEL DE DEPENDENCIA (ND)		NO DEPENDIENTE = 0 SEMI DEPENDIENTE = 1 DEPENDIENTE = 2																		
Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND
a) Higiene																				
Indices Total																				

ANEXO 2

e) ASPECTOS EMOCIONALES	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	Fecha	Hora	ND	
	INSOMNIO																					
INQUIETUD Sicomotriz																						
RETRAIMIENTO																						
LLANTO																						
NEGATIVIDAD REFERIDA A:																						
Alimentación																						
Higiene Tratamiento																						
IDEAS DELIRANTES																						
ACOMPANADO																						
VISITADO																						
INDICE TOTAL																						

ANEXO 2

3 - OTRAS ACTIVIDADES

NOMBRE DEL PACIENTE:
 NUMERO DE REGISTRO:

ACTIVIDAD	F	H	A	F	H	A	F	H	A	F	H	A	F	H	A	F	H	A	F	H	A	
1 POSICION:																						
a D D																						
b D L I																						
c O L D																						
d D V																						
2 MOVILIZACION																						
a C/2 HORAS																						
b C/4 HORAS																						
c C/6 HORAS																						
d ACTIVA																						
e PASIVA																						
3 CURACIONES																						
a SI MOJA																						
b M Y I																						
c M																						
4 ASPIRACIONES																						
a FRECUENTES																						
b A DEMANDA																						
5 PROTEGER PUNTOS DE AVISIO																						
a HACER USAR																						
7 E.J. RESPIRATORIOS																						
a QUIESCA RESPIRATORIA																						
9 ORIGENO																						
a FLUJO LIBRE																						
b CONTROLADO																						
c A DEMANDA																						
d PERMANENTE																						
TIPOS DE ALIMENTOS QUE TOLERA																						
OBJETIVOS APORTE EMOCIONAL AL UGUARDO Y AL FAMILIAR																						
OBJETIVOS PLAN DE EDUCACION																						

ANEXO 3

INSTRUCTIVO PARA EL USO DEL REGISTRO EXPERIMENTAL DE VALORACION DEL PACIENTE Y PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA. MODELO I

- Es responsable de la elaboración del registro el enfermero profesional.
- En relación al modo de actualizarlo:
 - a) Será competencia del/la enfermera de la mañana efectuar el chequeo y registro de todos los ítems de valoración.
 - b) La/el enfermero de los restantes turnos deberá registrar los ítems en que se ha identificado el cambio (especificando: fecha, hora, invalidando la columna correspondiente en todas las hojas).
- El registro debe ser efectuado con birome y/o lapicero.
- La identificación del paciente debe realizarse en letra imprenta.
- El registro de valoración debe incluirse en la historia clínica.
- Al egresar el paciente y efectuar el cierre en la historia clínica, la funcionaria de archivo debe retirarlo y entregarlo a la Jefe de Sector.
- El diagnóstico de Enfermería debe realizarse con base en la valoración de Enfermería, especificando la alteración o perturbación de los sistemas o subsistemas que se prioricen. Deberá registrarse en lápiz grafo y transcribirlo con letra de tinta a la historia clínica, de modo de dejar documentados los sucesivos diagnósticos que se realicen.
- El registro consta de tres partes:
 - Parte 1. *Nivel de Dependencia*, encontrándose los ítems que se refieren a higiene, eliminación, alimentación, movilidad y aspectos emocionales, cuyo nivel de dependencia se relaciona directamente con el de movilidad.
 - Parte 2. *Controles y Periodicidad*, se han identificado controles de parámetros hemodinámicos respiratorios, digestivos y urológicos.
 - Parte 3. *Otras Actividades*, en donde se encuentran señaladas algunas de las actividades específicas, tolerancia a los alimentos y aspectos educacionales.

- Se entiende por **Nivel de dependencia**: el grado en que el usuario necesita dejar en manos de los miembros del equipo de salud, la resolución de los problemas para los cuales él no esté capacitado.

- Se define como:

- a) **No dependiente** (de mínima dependencia): el usuario capaz de autocuidarse (desde el punto de vista físico y emocional), y que requiere una asistencia terapéutica mínima.

Equivale a la escala cuantitativa de cero (0).

- b) **Semidependiente** (moderadamente): el usuario capaz de autocuidarse en algunos aspectos tales como higiene, eliminación, deambulación e interrelación, presentando limitaciones en uno o más subsistemas.

Equivale a la escala cuantitativa de uno (1).

- c) **Dependiente** (muy dependiente o totalmente): usuario que esta incapacitado para autocuidarse y depende totalmente de otros, para lograr un nivel óptimo de salud y/o satisfacer sus necesidades en el subsistema de que se trate.

Equivale a la escala cuantitativa de dos (2).

- En la parte uno (1) los datos se registrarán:

- a) En la columna vertical:

- Fecha, hora y nivel de dependencia.
- Cuenta con doce (12) columnas que permiten los cambios que se consideran dentro del rango de niveles de dependencia, en relación con la evolución del usuario, en cada uno de los subsistemas.

- b) En las coordenadas:

- Líneas horizontales.
- Se establece el ítem general y los subítems correspondientes.

- En relación con el nivel de dependencia, la escala numérica corresponde:

- a) Nivel 0:

- Cuando el usuario es capaz de realizar la actividad sin ningún tipo de ayuda.

- b) Nivel 1:
 - Cuando el usuario puede realizar la actividad en forma parcial.
- c) Nivel 2:
 - Cuando el usuario está incapacitado totalmente para realizar la actividad por sí mismo.
- Luego de identificado el nivel de dependencia en cada ítem, se hace la sumatoria y se divide el número total de cada ítem, registrando el resultado en el espacio "Índice total". Este procedimiento se efectúa cada 24 horas, en la guardia de 6 a 12 horas, y cada vez que el grupo lo estime necesario.
- En el ítem **alimentación (b)** se refiere al nivel de dependencia en cuanto a ingestas líquidas (taza) y alimentos sólidos (tenedor y cuchillo).
- En el ítem de **eliminación** los dos símbolos (water y chata) se refieren a excretas intestinales y/o urinarias.
- En el ítem **movilidad** se refiere a la posibilidad y tipos de deambulación:
 - * El usuario camina solo, sin ayuda externa.
 - * El usuario puede trasladarse solamente al sillón (o silla).
 - * El usuario deambula o se moviliza con ayuda de un bastón (o muleta).
 - * El usuario se traslada por medio de sillas de ruedas, por tener incapacitada la marcha.
- En los **aspectos emocionales** se identifican los siguientes ítems:
 - a) **Insomnio:**
 - Imposibilidad de dormir por distintas causas.
 - b) **Inquietud Psico - Motriz:**
 - Conducta verborreica.
 - Hablar en voz alta.
 - Cambios bruscos y reiterados de posición.
 - Estereotipia (movimientos reiterativos).
 - c) **Retraimiento:**
 - Tendencia a no relacionarse con los demás.
 - Mantenerse al margen.
 - Poco comunicativo.
 - Indiferencia.

d) Llanto:

e) Negatividad: referido a:

- Rechazo a alimentarse.
- Rechazo a higienizarse.
- Rechazo al tratamiento.
- Rechazo al personal.

f) Ideas delirantes:

Desde ideas persecutorias hasta contenidos fuera de lo cotidianamente compartible.

g) Acompañada:

Compañía que brinda apoyo en los cuidados.

h) Visitado:

Presencia circunstancial de personas de su medio familiar y social.

- En la parte 2 los datos se registran referidos a **controles y periodicidad:**

- * Establece una planificación de la atención con base en la valoración al usuario.
- * En las columnas verticales se expresa la fecha, periodicidad del control (no se refiere al valor encontrado).
- * En las coordenadas, los ítems a controlar.

- En la parte 3 los datos a registrar se refieren a "**otras actividades**":

- * En la columna de las coordenadas: 9 actividades diferentes y sus distintas variantes.
- * En la columna vertical: la fecha, hora y un espacio en el que se identifica el tipo de actividad y modalidad de la misma, si fuera necesario.

- **Tipo de alimentos que tolera:** se registra según la conducta dietética establecida en el plan terapéutico, los nutrientes que tolera o intolerancia específicas.

- **Objetivos del Plan de educación:** Registrar específicamente el núcleo básico del proceso enseñanza-aprendizaje (por ejemplo: insulino terapia, terapia radiante, cambios postulares, etc.).

ANEXO 4

ESCUELA UNIVERSITARIA
DE ENFERMERIA
DIVISION ENFERMERIA
DEL HOSPITAL DE CLINICAS

PLANILLA DE ACTIVIDADES

NOMBRE:
EDAD:
PISO:
SALA:
CAMA:
N° DE REGISTRO:
FECHA:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
S.S.J.	J.J.C.	J.J.P.																											

	MANANA/HORA		E.U.	TARDE/HORA		E.U.	VESPERTINO/HORA		E.U.	NOCHE/HORA		E.U.
	7	9		11	13		15	17		19	21	
CONCIENCIA												
PULSO												
PRESION ARTERIAL												
TEMPERATURA												
PIEL Y MUCOSA												
DOLOR												
VENTILACION												
RESPIRACION												
SECRECIONES												
SONDA NASOGASTRICA												
ALIMENTACION												
VOMITOS												
DIURESIS / ml.												
DEPOSICION												
POSICION												
HIGIENE												
CURACION												
FISIOTERAPIA												
INFUSIONES												
DUERME-D / NO DUERME-ND												
ACOMPANADO-A / SIACOM-SA												
APOYO SICO-EMOCIONAL												
FIRMA												
EXAMENES REALIZADOS												
EXAMENES PENDIENTES												
OTROS												

ANEXO 5

ORIENTACION OPERATIVA DE LA ETAPA II DE LA INVESTIGACION. APLICACION DEL MODELO II

1) INTRODUCCION

Mediante este trabajo, el grupo responsable de la investigación sobre registros de Enfermería, pretende facilitar a los participantes de este taller una aproximación al tema.

Indudablemente, no es un tema nuevo para nosotros ya que han sido innumerables los aportes que hemos recibido a través de diferente bibliografía. Esto ha llamado a que en nuestro medio nos encontremos en una etapa de discusión sobre el tema, para ampliar y profundizar el conocimiento y hallar nuestro propio camino en el quehacer cotidiano de Enfermería.

Pensamos que será una ardua tarea para la Enfermería Nacional, ya que no podemos evadirnos de una realidad compleja en la que inserte nuestro sistema sanitario y dentro de él nuestra profesión.

Las carencias formativas y de recursos, la distorsión de roles que conlleva a un desdibujamiento de nuestro perfil, sumado a la falta de una legislación propia, son factores perjudiciales para el desarrollo profesional más, a pesar de ello, creemos que es posible en la medida que comencemos a querer cambiar y actuar en consecuencia, solidificar y acrecentar nuestro cuerpo de conocimientos, estimulando las funciones de docencia e investigación, estrechando los lazos docencia-asistencia en pos de un cambio que ya comenzó a gestarse y que busca una Enfermería diferente, científica, reconocida socialmente o sea con perfil propio dentro del equipo de salud.

2) RESEÑA HISTORICA

A lo largo del proceso de socialización del hombre, el cuidado del mismo en situaciones críticas de salud, en cualquier área se asignó en general a la mujer.

Primitivamente se rodeó de connotaciones mitológicas. Con la construcción de la familia, la mujer-madre, asumió el cuidado del niño y anciano, hasta el de cualquiera de los miembros, seguramente ligado al criterio de continuidad, ya que se encontraba las 24 horas en el hogar, pero fundamentalmente el de responsabilidad hacia su familia.

Posteriormente se secularizó, constituyendo verdaderas comunidades religio-

sas, encargadas de la tarea de apoyo, fortalecimiento y asistencia del enfermo, quien pasaba a ser atendido en instituciones apropiadas a ese fin.

Obviamente, siempre tuvo carácter dependiente ya sea del sacerdote, jefe de familia o médico.

Por fin, a partir de 1850 con FLORENCE N., se inicia la verdadera era de la Enfermería, creciendo hasta la profesionalización.

FLORENCE N., es quien por primera vez escribe sobre una teoría para enfermería y FRY quien por primera vez habla de Diagnóstico de Enfermería en el año 1955.

El siguiente cuadro intenta mostrar una serie de definiciones sobre Diagnóstico de Enfermería, perteneciente a diferentes autores conocidos, desde la década del 50 a nuestros días.

ABDELIAH. 1957.

"La delimitación de la naturaleza y amplitud de los problemas de enfermería presentados por los pacientes o familiares que reciben unos cuidados de enfermería".

GEBBIE y LAVIN. 1975.

"Inicio o conclusión que sucede como resultado de una valoración de Enfermería".

GORDON. 1976.

"Problemas potenciales o reales de la salud tratados por enfermeras, quienes gracias a su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para ello".

CARLSON, Judith. 1985.

"Un diagnóstico de enfermería es la manifestación del estado de alteración, potencial o real, de la salud de un usuario que se deriva de una valoración de enfermería y que requiere la actuación por parte del profesional de enfermería".

CARPENITO, Lynda, 1987.

"El diagnóstico de enfermería es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (psicológico, fisiológico, sociológicos, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzca, eliminen o preven-

gan (promoción de salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería".

En lo nacional contamos desde 1985 con el aporte de Haydée Ballesteros sobre el tema, quien define Diagnóstico de Enfermería como una "Hipótesis causal o descriptiva", introduciendo el enfoque de la teoría de sistema en el análisis de los hechos. En relación a ello, fundamentalmente el concepto de "Necesidad" como integrado al equilibrio dinámico de los sistemas que "se expresa por toda perturbación, alteración, inestabilidad o desequilibrio que se produce en un sistema conocido" y "Necesidad para el enfoque científico particular de enfermería como expresión de la normalidad del funcionamiento de los sistemas".

A través de la evolución teórica que ha tenido el concepto de diagnóstico de enfermería, se pueden rescatar elementos sustanciales que se reiteran y profundizan en las diferentes épocas.

Todos parten de una definición de Enfermería, donde se determina el área de competencia del profesional y por ende su intervención independiente.

Como consecuencia de la evolución en la concepción de Enfermería, se produce un cambio en la metodología pasando de un quehacer empírico a otro científicamente fundado.

Por ello es necesario que en esta instancia, Enfermería actualice y profundice sus conocimientos sobre metodología científica y todo lo que hace a la estructura y funcionamiento normal del sistema en estudio (individuo, familia o grupo poblacional).

3) CONCEPTO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico de Enfermería es una Hipótesis que sintetiza el estado de salud, a través de la valoración funcional de los distintos subsistemas del individuo, familia o grupo poblacional, en el área independiente de Enfermería.

Es el resultado de la aplicación de la metodología científica en el quehacer de enfermería, instrumento fundamental que nos permite relacionarlos con el sistema u objeto en estudio y transformar la realidad.

Este método científico implica la presencia de un Marco Conceptual que fundamente y oriente el pensar y el hacer. En relación a nuestro ámbito, comprende una serie de definiciones a las que Enfermería ha arribado con su experiencia teórico-práctica y que tienen que ver con los conceptos de Sociedad, Hombre, Salud -enfermedad, Enfermería, etc.

Más concretamente, la División Enfermería de este Hospital tiene resumido ese marco en su doctrina, la cual debe estar en conocimiento de todos.

El uso de la metodología científica sintetiza ese cambio cualitativo que todos queremos imprimirle a la enfermería y descarta el actuar improvisado o empírico.

Recordando las etapas del método científico, valoraremos su relación con el proceso de elaboración del Diagnóstico de Enfermería.

METODO CIENTIFICO

1. Planteo del problema.
2. Formulación de hipótesis.
3. Diseño o protocolo de investigación.
4. Prueba de hipótesis.
5. Conclusiones.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1. Recabación de datos (Información de diferentes fuentes).
 - Valoración sistemática.
 - Sintetizar alteraciones o modificaciones valoradas a nivel de los diferentes subsistemas.
2. Formulación del diagnóstico.
3. Plan de acción.
4. Ejecución del plan.
5. Evaluación y Retroalimentación.

Retomando el concepto de Diagnóstico de Enfermería como hipótesis, diremos que: entendemos por Hipótesis a una afirmación o proposición alternativa referida a la causa o descripción de un hecho o situación determinada. (Vale decir respectivamente Hip. causal o descriptivo).

Aplicado a enfermería, el Diagnóstico de enfermería es una hipótesis ya que implica la identificación, descripción, análisis y/o fundamentación de un hecho específico de competencia de enfermería.

Ejemplo: El Sr. X está hospitalizado a raíz de efectuársele una resección de colon, en el correr de tres días. Desde su ingreso no ha podido descansar en la noche como lo hacía habitualmente antes de la internación.

Hipótesis descriptiva:

- A) Disminución de las horas de sueño, trasladándose frecuentemente
HECHO al baño

Hipótesis causal:

B) Disminución de las horas de sueño

HECHO

(debido a)

Proximidad del acto operatorio que le genera temor al dolor, idea de muerte, invalidez, etc.

CAUSA

De acuerdo al concepto vertido sobre el diagnóstico de enfermería, éste debe concebirse como el resultado de la valoración sistémica, lo que nos debe orientar a la acción (plan de acción) en nuestro ámbito de competencia.

La valoración de enfermería realizada mediante un enfoque sistémico, nos lleva a detectar las "alteraciones o modificaciones" del sistema de estudio (usuario, familia o grupo).

Cada sistema se inserta en un medio determinado y se expresa a través de las funciones que conforman la esencia misma de su identidad.

Ejemplo: El Sr. X se encuentra en el medio hospitalario y se relaciona con los demás pacientes y personal a través de la comunicación, etc. Respira, se alimenta, etc., permitiendo la existencia misma de su ser, su adaptación.

Los diferentes sistemas tienen mecanismos propios que le permiten mantener el equilibrio dinámico del mismo, sin que ello implique anormalidad o patología.

Ejemplo: nuestros conocimientos nos permiten saber que un individuo con miedo, aumenta la frecuencia cardíaca y esto es normal.

La enfermera requiere entonces, tener dominio teórico-práctico sobre la funcionalidad del sistema que estudie para poder así detectar las alteraciones que escapan a los parámetros conocidos y trabajar con ellos.

Area independiente: Diagnóstico es la base donde se constituye y fundamenta la atención de Enfermería, concibiendo al hombre con una perspectiva integral.

Definir y clarificar la esfera de intervención independiente de enfermería, implica delimitar el área donde Enfermería toma decisiones propias de intervención basada en su cuerpo de conocimiento.

El siguiente ejemplo intenta clarificar lo expuesto: El Sr. X está hospitalizado a raíz de efectuársele una resección de colon en el correr de 3 días.

- Diagnóstico médico: Neoplasma de Colon
- Diagnóstico de Enfermería:

Disminución de las horas de sueño debido a la proximidad del acto operatorio que le genera temor al dolor, idea de muerte, invalidez, etc.
Alteración o modificación C A V CAUSA

- Diagnóstico del psicólogo: Ansiedad

Acciones posibles en el área independiente:

- Entrevista con el paciente y familia para brindar información y/o apoyo emocional.
- Comunicación al médico tratante.
- Favorecer el ambiente externo para inducirlo al descanso.
- Orientar al personal sobre las acciones, etc.

4) REQUISITOS PARA LA FORMULACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1. Basarse en un Marco Conceptual que oriente el pensamiento y la acción.
2. Realizar una valoración sistémica mediante un análisis funcional, a través de diferentes instrumentos: observación, medición, uso de los informes analíticos y aportes de otros profesionales del equipo, etc.
3. Sintetizar y seleccionar las "alteraciones o modificaciones" en nuestra área independiente.
4. Jerarquizar dichas "alteraciones o modificaciones" elaborando un diagnóstico de enfermería que determine una hipótesis causal y descriptiva.

5) CONCLUSIONES

De acuerdo a lo expuesto creemos que el lograr una elaboración sistematizada del diagnóstico de enfermería contribuiría a:

- a) Redefinir el perfil de enfermería, delimitando funciones propias en los diferentes niveles de atención.
- b) Organizar y estructurar la docencia y la investigación.
- c) Mejorar la comunicación con la unificación del lenguaje.
- d) Fortalecer el reconocimiento social, la autoestima profesional.

Nuestro compromiso y responsabilidad como enfermeras consiste en dejar la inquietud de profundizar sobre el tema, para construir a través del hacer, una enfermería científica, con un área de independencia definida y reconocida, no sólo por el resto de los integrantes del equipo de salud, sino también por la sociedad toda.

INSTRUCTIVO DE VALORACION

Introducción

El modelo propuesto de valoración, se fundamenta en la Teoría de Sistemas. Esta teoría consiste en un método científico de abordaje de la realidad, que intenta conocer el objeto de estudio a partir de las relaciones que existen, entre los elementos que lo componen.

En el caso particular de Enfermería, el objeto de estudio es el paciente, familia y grupo de población, considerado como sistema.

Un sistema es un conjunto de elementos interrelacionados con una organización específica, que responden al objetivo o finalidad común del sistema general.

Con un enfoque sistémico se estudia entonces, las funciones derivadas de las relaciones entre los elementos sin perder de vista la noción de unidad o totalidad del sistema.

Creemos que esta característica hace de gran utilidad esta metodología, en Enfermería, ya que nuestro objeto de estudio es el hombre como ser integral.

Otro punto a considerar es el hecho que los sistemas poseen una dinámica que le es propia, que tiene tendencia a mantener el equilibrio, para esto se requiere de la puesta en marcha de mecanismos propios o de auto-regulación, que responden a las modificaciones tanto del medio interno como externo.

Cuando estos mecanismos no son suficientes para mantener el equilibrio dinámico, es necesario el apoyo de elementos externos que contribuyan a compensar el sistema. En nuestro caso, lo que deseamos es estudiar al individuo adulto que se encuentra internado, a esos efectos hemos definido algunos subsistemas, con sus respectivas funciones, a fin de identificar las variaciones en cada uno de ellos, dirigiendo el cuidado de enfermería en aquel sentido.

Tanto los subsistemas como los indicadores propuestos fueron elegidos sobre la base de la práctica de enfermería, sin excluir otros que pudieran incorporarse en el estudio de una situación particular.

Esta forma de organizar los datos se hizo con el fin de sistematizar la valoración y el diagnóstico de enfermería, facilitando el estudio de los resultados en la fase operativa de la investigación.

La función de un subsistema es la expresión de su dinámica, por lo tanto cuando hacemos la valoración, interpretamos el estado de un subsistema sobre la base de lo que debería ser y lo que encontramos.

El marco de conocimientos del profesional quizás no sea suficiente, por lo que se puede plantear como necesario la búsqueda de respuestas a través de la lectura bibliográfica o la investigación.

Esto hace del enfoque sistémico una herramienta útil, que orienta el quehacer de enfermería, en tanto se desprende un diagnóstico que permite planificar, organizar, dirigir y controlar la atención brindada.

HOJA DE VALORACION - Criterios generales

Este registro propone 2 hojas: la primera, de valoración sistémica del usuario y otra que corresponde a las actividades más frecuentes en enfermería.

La hoja de valoración sistémica nos permite arribar a una síntesis de cada subsistema que conduce a un diagnóstico de enfermería. De este último, se desprende un plan de acción que se registrará en la segunda hoja. Siendo el diagnóstico una hipótesis del plan de acción se hace con la finalidad de contrastarlo con la realidad. Vale decir que la intervención de enfermería a través de las acciones planeadas y la evolución del usuario, nos permitirán comprobar la validez de nuestro diagnóstico y retroalimentar el P.A.E. (Proceso de Atención de Enfermería).

La hoja de valoración se presenta con los siguientes datos: en la parte superior: Nombre del paciente, Servicio, Sala, Cama; datos generales del pacien-

te, tales como No. de Registro, Fecha de ingreso, Edad y Domicilio, Nombre y Teléfono de la persona responsable por el paciente a quien se le comunicará la evolución.

A continuación hay tres columnas correspondientes a los siguientes ítems: nombre del subsistema que se desea valorar, funciones sistémicas y síntesis.

En la parte inferior, se redacta el diagnóstico de enfermería y la firma de la E. U., responsable de la elaboración de ese formulario de valoración, fecha y hora de valoración y fecha de egreso.

Los subsistemas considerados en el modelo son los siguientes: Cardiovascular, Respiratorio, Digestivo, Sistema Tegumentario, S.N.C., Músculo esquelético, Renal, Endocrino, Inmunológico, Sexual y Psicosocial.

Cada subsistema se valora a través de sus funciones específicas y éstas mediante indicadores.

Existen indicadores que pueden repercutir sobre varias funciones dentro de un mismo subsistema. En este caso, se considerará en la función que se encuentre afectada en mayor grado.

A la derecha de cada función se encuentran 4 casilleros con las siguientes categorías:

- E - Estabilizado
- C.C/A - Compensado con ayuda
- A - Alterado
- C.S/A - Compensado sin ayuda.

Estabilizado Es aquel subsistema que mantiene su equilibrio dinámico estable, cumpliendo con su finalidad específica, en forma integral.

Alterado Se entenderá por tal a aquellas variaciones de la estabilidad del subsistema analizado, que pueden oscilar entre los estados de salud o enfermedad.

Compensado C/A Compensado con ayuda, es cuando el subsistema requiere de un apoyo externo para restablecer el equilibrio.

Compensado S/A Sin ayuda, cuando la modificación valorada, tiende a restablecer el equilibrio, mediante mecanismos propios del subsistema.

Diagnóstico de Enfermería: para su elaboración remitirse al marco conceptual del diagnóstico de enfermería presentado en el segundo taller de registros.

1) SUBSISTEMA CARDIOVASCULAR

La finalidad de la funcionalidad cardíaca está dirigida a que el corazón mantenga un gasto adecuado para la perfusión tisular, funcionando con presiones de llenado normales. Se traduce a través de las siguientes funciones:

Transporte: Traslado de la sangre de un subsistema a otro por medio del bombeo cardíaco, para llevar oxígeno y nutriente y recoger productos del metabolismo.

Valoración:

- Tamaño del corazón.
- Frecuencia cardíaca, características.
- Presión arterial.
- Pulso.
- Exámenes paraclínicos: RX de tórax, medio interno (sodio y potasio en sangre y orina). Diferencia de O₂ arterial - venoso.

Excitación - Conducción: Respuesta cardíaca al estímulo eléctrico, mediante la cual es posible la función de transporte.

Valoración:

- Frecuencia cardíaca.
- Pulso (Frecuencia, ritmo, amplitud, diferentes tipos).
- Apoyo con marcapaso (estimulación, frecuencia y captura del estímulo).
- E. C. G.
- Enzimograma.

Gasto Cardíaco: Cantidad de sangre impulsada por el ventrículo izquierdo a la aorta en un minuto.

Valoración:

- Presión venosa central.
- Ingurgitación venosa.
- Perfusión tisular - a nivel de los diferentes subsistemas:
- Alteraciones del estado de conciencia.

Area cognoscitiva.

Area emotiva.

- Dolor (características).
- Ritmo urinario.
- Edema.
- Color, calor, humedad, relleno capilar en tegumentos.
- Disnea - tos.
- Debilidad, fatiga, adormecimiento de M.M.

2) SUBSISTEMA RESPIRATORIO

Tiene como función el intercambio gaseoso entre medio interno y externo, a través de la inspiración - espiración (mecánica) y difusión a nivel de la membrana alvéolo - capilar.

VALORACION

1) Mecánica respiratoria:

- Integridad de la vía respiratoria: entrada del aire (natural o artificial) y permeabilidad.
- Frecuencia, amplitud y ritmo de los movimientos respiratorios.
- Simetría de los hemitórax.
- Sinergia de los movimientos.
- Tirajes, dolor, presencia de drenajes.
- Tos, ruidos.

2) Intercambio gaseoso

- Temperatura y coloración de la piel y mucosas.
- Estado de la conciencia (desde depresión a excitación).
- Movimientos anormales (contracturas, temblor fino, calambres musculares).
- Presión arterial, pulso, ritmo cardíaco.
- Gasometría, hematocrito, hemoglobina.

3) SUBSISTEMA DIGESTIVO

Funciones:

1. Masticación
2. Deglución
3. Digestión y Absorción
4. Eliminación.

1. **Masticación:** Es la función que se lleva a cabo a través del maxilar inferior, los dientes y la lengua, con el fin de dividir el alimento en trozos más pequeños, facilitando la acción enzimática para la formación del bolo.

Valoración:

- Integridad de dientes.
 - Lengua.
 - Mucosas.
 - Estructura músculo-esquelética de la mandíbula inferior.
 - Secreción de saliva.
 - Hábito de masticación.
2. **Deglución:** Son los movimientos voluntarios e involuntarios que hacen posible el paso del bolo alimenticio al esófago a través de la faringe.

Valoración:

- Observación externa del pasaje del bolo alimenticio (Deglución).
 - Manifestaciones del paciente de dificultades en esta función.
- Dolor
 - Pirosis.
3. **Digestión:** Función química y mecánica que se produce a nivel del tubo digestivo preparando los alimentos para la absorción.

Valoración:

- Distensión abdominal.
 - Tolerancia a los alimentos.
 - Vómitos.
- Tipo
 - Frecuencia

- Cantidad
- Calidad

- Ruidos abdominales.

4. Eliminación: Función de desecho de la materia no digestible.

Valoración:

- Hábito de eliminación.
- Cantidad y característica de la deposición.
- Expulsión de gases.

4) SUBSISTEMA TEGUMENTARIO (Formado por piel, mucosas y faneras).

1. Termorregulación: Capacidad de aumentar o disminuir la pérdida de calor respondiendo a las variaciones de temperatura del medio.

Valoración:

- Temperatura de la piel.
- Temperatura sistémica.

2. Protección: La piel y la capa epitelial aseguran con su continuidad a través de toda la superficie corporal contra riesgos del medio interno y externo.

Valoración:

- Integridad de la piel, mucosas, uñas y pelo.
- Prurito.
- Presencia de parásito.

3. Eliminación: Es la actividad que cumple la piel y mucosas a través de las glándulas que permiten la salida de productos de desecho orgánico.

Valoración:

- Grado de hidratación de la piel y mucosas.
- Elasticidad.
- Sudoración.
- Textura.

5) SUBSISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El S.N.C. regula las funciones de todos los subsistemas con los cuales está íntimamente relacionado y además permite que el individuo se relacione con el medio.

Por esta razón se han considerado dos funciones fundamentales.

1. **Regulación del medio interno:** En esta función están involucrados diversos subsistemas que ya han sido valorados en este instructivo, por lo que no se especificarán ítems de valoración.
2. **Relación con el medio:**

Valoración: Se realizará a través de la descripción concreta de los hechos relevantes que se observan.

a) Motricidad

- Movimientos espontáneos.
- Disminución o pérdida de fuerzas.
- Modificación del tono.
- Movimientos anormales.

b) Sensibilidad

- Estado de las pupilas. Reacción a la luz, tamaño, etc.
- Organos de los sentidos.
- Dolor: localización, tipo, duración e intensidad.

c) Conciencia

- Despierto.
- Ubicación témporo-espacial.
- Somnoliento.
- Respuesta frente al estímulo: doloroso, auditivo intenso.
- Trastornos de comprensión y expresión.

6) SUBSISTEMA MUSCULO - ESQUELETICO

1. **Protección:** Es la capacidad para mantener la estructura general que permita el alineamiento y continentación adecuado de tejidos y órganos, para el cumplimiento de su función.
2. **Sostén:** Esto se logra por la acción conjunta de músculos, huesos, articulaciones y sistema nervioso, que configuran una postura.

Las posturas más frecuentes son:

- Decúbito dorsal.
- Decúbito ventral.
- Decúbito lateral.
- De función.

3. Movilidad: Capacidad de desplazamiento total o parcial en relación a un eje longitudinal, por la acción conjunta neuromuscular.

Los movimientos más frecuentes son:

- Aducción
- Abducción
- Rotación
- Flexión
- Extensión

4. Hematopoyesis: Se le denomina a la formación de células sanguíneas. Esta función se lleva a cabo en el adulto por la médula ósea. Esta función se evalúa clínicamente en forma parcial y se complementa con exámenes paraclínicos, ambos parámetros están relacionados con otros subsistemas de la valoración.

Valoración:

- Integridad anátomo - funcional de huesos, articulaciones y músculos.
- Estado de equilibrio.
- Presencia de dolor en actividad o reposo.
- Coordinación y características de los movimientos.

7) SUBSISTEMA RENAL

1. Regulación del medio interno: La realiza a través de:

- Equilibrio de agua y electrolitos.
- Equilibrio ácido - básico.
- Eliminación de los elementos del metabolismo nitrogenados.

2. Función endocrina: Es el mecanismo por el cual el riñón libera sustancias como:

- Eritropoyetina, responsable del proceso de generación de glóbulos rojos.

- Renina, sustancia que desencadena el mecanismo de regulación de la presión arterial a nivel vascular.
- 1,25 de hidroxí - vitamina D enzima, que regula la absorción de vitamina D indispensable para el metabolismo del calcio.

Valoración:

- Balance hídrico
 - Ingresos
 - Egresos
- Diuresis
 - Cantidad
 - Calidad
 - Volumen/minuto
 - Peso
 - Edemas
 - Presión arterial
 - Pulso
 - Coloración de piel y mucosas
 - Intercambio gaseoso
 - Respiración
 - Frecuencia
 - Tipo
 - Cianosis
 - Conciencia
 - Exámenes paraclínicos
 - Gasometría
 - Ionograma
 - Hematocrito
 - Orina (Azouria - Na y K)
 - Urocultivo
 - Azoemia
 - Creatininemia.

8) SUBSISTEMA ENDOCRINO

Función: Es la de secreción de sustancias químicas llamadas hormonas, que ayudan a regular la función de los órganos junto al S.N.C. Incluye un doble mecanismo regulador que implica respuesta nerviosa y hormonal: dada por la hipófisis, glándula que desempeña la función reguladora sobre el resto de las funciones endocrinas de las suprarrenales, paratiroides, páncreas, tiroides.

Valoración:

- Estado Anátomo - Funcional de la glándula.
- Nivel hormonal dado por la paraclínica. Ej. Dosificación de T3, T4.
- Compromiso de otros subsistemas:

Ejemplo:

- Psicoemocional (trastornos emocionales o de conducta).
 - Cardiovascular (alteraciones del ritmo, presión arterial, etc.).
 - Piel y tegumentos (Temperatura, nivel de hidratación, etc.)
 - Gastrointestinal (alteraciones del tránsito, trastornos del apetito, etc.).
- Manifestaciones del metabolismo
 - Peso
 - Repercusiones anatómicas de la disfunción glandular.
 - Edemas
 - Exámenes paraclínicos.

9) SUBSISTEMA INMUNOLOGICO

1. **Defensa:** Se refiere a la respuesta protectora específica del cuerpo a un organismo extraño o invasor.

Se cuenta con tres mecanismos de defensa:

- a) **Respuesta Inmune Fagocítica** en donde los granulocitos y macrófagos van al punto de ataque de los invasores.
- b) **Respuesta Inmune Humoral.** Es cuando la presencia de antígenos genera la producción de anticuerpos por parte del organismo.
- c) **Respuesta celular.** Es cuando las células T destructoras entran en acción.

Valoración:

- Respuesta inflamatoria.
- Reacciones cutáneas a microdosis de antígeno.
- Factores que deterioran la respuesta productora:
 - Diabetes
 - Alcoholismo
 - Fumador intenso
 - Paciente Irradiado
- Hipertemia
- Información sobre estado de vacunación.
- Exámenes paraclínicos: Proteinemia, Complementemia.

10) SUBSISTEMA PSICOSOCIAL

1. **Cognoscitiva:** Es aquella que está relacionada con la capacidad del individuo de comprender y resolver situaciones nuevas o complejas.

Valoración:

- Percepción del individuo de la realidad objetiva.
- Ubicación témporo - espacial.
- Comprensión referida a:
 - Diagnóstico, tratamiento y recuperación.
 - Orientación al servicio.
 - Educación para su autocuidado.

2. **Integridad del yo:** Es el conjunto de adaptaciones, defensas psicológicas, interiorizaciones, sentimientos, etc., que realiza el individuo para mantener el equilibrio síquico.

Valoración:

- Autoimagen. Se refiere a la imagen real o fantaseada que el individuo posee de sí mismo referido a su cuerpo; sentimientos, emociones. Entrevista.
- Conductas que evidencien negatividad con respecto a sí mismo y a los otros. Llanto, retraimiento, rechazo a:
 - Medicación
 - Alimentación
 - Personal

3. **Adaptación medio socio-cultural:** Se entiende por adaptación, al equilibrio dinámico entre la capacidad del individuo de modificar y modificarse a sí mismo en la interacción con el medio.

Valoración:

- Roles que desempeña el individuo:
 - Familiar
 - Laboral
 - A otros niveles

- **Comunicación:** Transmisión de un mensaje entre un individuo y otro por medio de un lenguaje verbal (oral, escrito, táctil, auditivo, gestual) y lenguaje mímico (expresiones faciales y motoras).

Relación que establece con:

- Personal
- Familia
- Otros usuarios

- **Hábitos referidos a:**

- Alimentación
- Eliminación
- Higiene
- Sueño
- Recreación

- **Creencias socioculturales:** conjunto de valores, juicios, opiniones de un individuo que le son transferidas por su medio cultural y social en un momento histórico determinado. Se evidencia por:

- Creencias religiosas
- Prejuicios
- Creencias culturales
- Creencias filosóficas.

11) SUBSISTEMA SEXUAL

Es un subsistema que comprende conductas y comportamientos de fuentes instintivas e intelectivas con una función reproductiva y placentera.

Es necesario valorar el nivel de conocimiento y actitudes respecto al sexo y la reproducción.

La expresión de la sexualidad está condicionada por factores culturales y morales de cada individuo.

1. Reproducción

Valoración:

- Integridad de los órganos reproductores
- Ciclo menstrual
- Embarazos

- Abortos
- Métodos anticonceptivos
- Número de hijos
- Trastornos relacionados con los órganos sexuales.

2. Expresión de la sexualidad

Valoración:

- Nivel de información respecto a la sexualidad
- Alteraciones conductuales que presenta el usuario que indiquen temores o dificultades en la práctica sexual.

ANEXO 3

ORIENTACION OPERATIVA DE LA ETAPA II DE LA INVESTIGACION

APLICACION DEL MODELO II

INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA HOJA DE ACTIVIDADES

Criterios generales del registro.

Este registro fue diseñado pensando que debe mantenerse a los pies de la cama. Puede planificarse y registrarse la atención del usuario durante 48 horas usando ambas casillas.

- En la parte superior de la hoja se registrará el nombre de la enfermera responsable de la planificación en cada turno.
- Del lado derecho se consignarán los datos generales del paciente.
- Los ítems que se consideran son: actividades, fecha, horarios y observaciones.
- En las actividades que corresponda, señalar con una X en el cuadrante superior derecho de cada casillero, en los horarios en que se les planifique, y en la parte central del mismo anotar la cifra cuando corresponda.
- Si la actividad propuesta en el listado no corresponde o la realiza el usuario por sí mismo, sin ayuda, se registrará con una línea horizontal.

- Si la actividad que se ha planificado se suspende, se registrará con dos líneas paralelas y oblicuas en los horarios donde exista su indicación.

Forma de registrar las actividades:

- Piel y mucosas

Color:

N = Normal (compensado)

P = pálido (alterado)

C = Cianótico (alterado)

(*) resultado de la observación y/o indicaciones de actividades del E. U.

- Dolor

- Controlar si tiene dolor con una cruz.
- En la parte central del casillero se marca con una S (si hay dolor) y en el casillero de observaciones anotar localización del dolor y características del dolor.
- Indicar con una X en los horarios que se deberá controlar la existencia del dolor.
- En las observaciones escribir si se medicó, en la historia se registrará qué medicamento se administró.

- Conciencia

- Ver escala de neurología dada a conocer en Congreso de Medicina Intensiva.

- Respiración

- Frecuencia: se anota igual que PA; Pulso Normal (comp.)
- Tipo:
 - Disnea (D)
 - Hipernea (H)
 - Polipnea (P)Se anota en observaciones

- Oxigenación

- En casillero de hora, poner si es con flujo libre (MFL) o flujo controlado (MFC) o con ventilación al aire (VEA); y
- En observaciones: anotar el %.

- Secreciones

- Se debe anotar con una S (si tiene) en casillero "horario correspondiente", y en "observaciones" las características de las mismas.
- Poner una X en el casillero "horario", indicando la frecuencia del control a realizar, el que, una vez hecho, se anotará con una tilde el control y con una A, si se aspiró.

- Alimentación

- En el casillero "horario" se anota con una S, si se alimenta y en "observaciones" se deben consignar las dificultades de masticación, deglución, digestión e intolerancia, incluyendo en este rubro los gustos del paciente.

- Sonda Nasogástrica

- Se marca con una X en el casillero "horario" que corresponda, si el paciente tiene o se debe colocar la sonda nasogástrica. A su vez, en el mismo casillero, se pone un asterisco (*) especificando, en "observaciones" el objetivo de la sonda. Luego se anota si se alimentó, si se controló el contenido, las características y la tolerancia del paciente a la sonda.

- Vómitos

- En el casillero "horario", anotar cantidad; y en "observaciones" características y frecuencia de los vómitos ocurridos en el término de 2 horas. Es decir, que la cantidad que se consigna en el casillero, corresponde al total obtenido en ese período.

- Vía venosa

- En el casillero "horario", se anotará, cuando se empieza un suero, con el signo [indicando el volumen total de soluciones a administrar. En "observaciones" anotar características o tipo de soluciones. Cuando termina de pasar, ubicar en el casillero correspondiente la cantidad administrada y cerrar con el signo que corresponde].

Si el paciente tiene más de una solución se debe indicar la apertura y el cierre, procurando distinguir una de otra, preferentemente en el ítem "observaciones". Cuando corresponda, anota: intolerancias y tipo de vía venosa.

- **Diuresis**

- Anotar cantidad en casillero "horario" y, en "observaciones", características de la orina. Con un asterisco, a especificar en "observaciones": si hay que colocar sonda vesical, el tipo y los objetivos. Ej.: Si es por distensión vesical, se consigna la cantidad obtenida y sus características.

También se anotarán indicaciones de control de sonda, cuándo se debe cambiar, etc.

- **Deposiciones**

- Anotar la frecuencia de las deposiciones, con una X en casillero "horario" correspondiente; y en "observaciones", las características y dificultades que presente el usuario.

- **Posición**

- Cuando el individuo debe ser cambiado de posición o se le realiza un cambio en la misma, anotar en el casillero correspondiente, usando la siguiente simbología:

DECUBITO DORSAL 4
DECUBITO LATERAL DER. →
DECUBITO LATERAL IZQ. ←
SEMISENTADO EN CAMA 
SENTADO EN SILLA 
HACERLO CAMINAR 
REPOSO EN CAMA, SIN LIMITACIONES. 

En "observaciones" se deben consignar: intolerancias, otro tipo de posiciones menos frecuentes, cuando el individuo usa muleta, bastón u otra ayuda instrumental.

- **Curaciones**

- Indicar con una X la frecuencia de los controles, en el casillero "horario" y la realización de la misma. En "observaciones" se consignarán las características de la indicación y los resultados de la valoración de la curación.

- Higiene

- Con una X, anotar en el casillero "horario" cuándo se debe realizar. Si se hace total, con una T; si es parcial, con una P. En "observaciones", registrar limitaciones y/o características de la piel, mucosas, dentadura, etc.

- Comportamientos

- Anotar con una X en el casillero "horario" correspondiente, las conductas que la E. U., observe en el paciente y que le parezcan de importancia su valoración. Por ejemplo: cuando se observe una conducta de negatividad, consignar si ésta se refiere a: tratamiento, higiene, alimentación, etc.

En "observaciones" anotar las características de las conductas que se observen.

EQUIPO DE INVESTIGACION

E. U. Ballester, Haydée	Directora y Profesora del Depto. de Administración de Servicios de Enfermería.
E. U. Becerra, Eufemia	Prof. Depto. de Administración de Servicios de Enfermería.
E. U. Bozzo, Elizabeth	Prof. Depto. de Administración de Servicios de Enfermería.
E. U. Cabrera, Alicia	Prof. Depto. de Administración de Servicios de Enfermería.
E. U. Delfino, Mirta	Prof. Depto. de Administración de Servicios de Enfermería.
E. U. Eguía, Ana	Jefe de Sector - División Enfermería. Hospital de Clínicas.
E. U. Escalante, Reina	Jefe de Sector - División Enfermería. Hospital de Clínicas.
E. U. Guigou, Isabel	Prof. Depto. Enfermería Médico - Quirúrgica.

E. U. Gutiérrez, Daisy	Supervisora. División Enfermería del Hospital de Clínicas.
E. U. Santana, Silvia	Prof. Depto. Administrativo de Servicios de Enfermería.
E. U. Vásquez, Jorge	Supervisor. División Enfermería, Hospital de Clínicas.
E. U. Vitancurt, Mary	Prof. Depto. Administrativo de Servicios de Enfermería.

COLABORADORES

Pimentel, Félix	Director y Prof. Depto. de Metodología Científica.
Meny, Miguel	Prof. Depto. de Metodología Científica.

BIBLIOGRAFIA

1. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Alberdi, R. M.; Ballester, H.; Casello, B.; Mompert, M. P.; Segma, M.; "Conceptos de Enfermería - Unidad Didáctica II". Madrid. 1a. Edición 1983. Páginas 119 - 162.
2. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Casello, B.; Mompert, M. P.; Segma, M.; "Conceptos de Enfermería - Unidad Didáctica III". Madrid, 1a. edición 1983. Páginas 257 - 261.
3. Documentos de Registros en Enfermería, presentados en el "Seminario Internacional en Enfermería". 4 al 8 de agosto/1986. Quito, Ecuador. O.P.S.
4. Ferrero, Carlos. "Las estadísticas hospitalarias y la historia clínica". Depto. de Información y Archivo Médico. BB. AA. El Ateneo 1973.
5. Schoderbeck, Charles y Peter; Kefalas, Asterios. Sistemas Administrativos. BB.AA. El Ateneo 1984.
6. Marriner, Ann. "Manual para Administración de Enfermería". México, Interamericana 1982.
7. Roper, N.; Tierney, A. "Proceso de Atención de Enfermería". México, Interamericana 1983.

8. Kron, T. "Liderazgo y Administración en Enfermería". México, Interamericana - 5a. Edición 1984.
9. Gervás, Juan. "Los Sistemas de Registro en la Atención Primaria de Salud". Madrid, España. Editorial Díaz de Santos S.A. 1987.
10. Brooke, E. M. "The current and future use of registers in health information systems - Who offset". Ginebra, Pub. number 8. 1984.
11. Molero, E.; Muñoz, A.; Navarro, Ma. del C.; Girón, F.; Lozano, C. Contribución al estudio de la Enfermería Hospitalaria en Granada (siglos XVI a XVIII).
12. Revista Temas de Enfermería, No. 3, 1983 página 42. Universidad de Granada. Hospital Real. España.
13. Carpenito, L. Diagnóstico de Enfermería. Interamericana. Mc. Graw Hill, página 3.