



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería

**CORRESPONDENCIA CONCEPTUAL ENTRE LOS REGISTROS DE
ENFERMERIA Y EL MODELO
DE VIRGINIA HENDERSON**

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER
EL GRADO DE**

MAESTRO EN

CIENCIAS DE ENFERMERÍA

PRESENTA

LIC. ENF. BELZABETH TOVAR LUNA

SANTIAGO DE QUERÉTARO, DICIEMBRE 2003.

No. Adq. H68 478

No. Título _____

Clas. TS

610.730692

T736c



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

**CORRESPONDENCIA CONCEPTUAL ENTRE
LOS REGISTROS DE ENFERMERIA Y EL MODELO
DE VIRGINIA HENDERSON.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Enf. Belzabeth Tovar Luna

Dirigido por:

M.en C. Martha González Esquivel

SINODALES

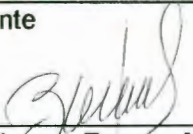
M. en C. Martha González Esquivel
Presidente

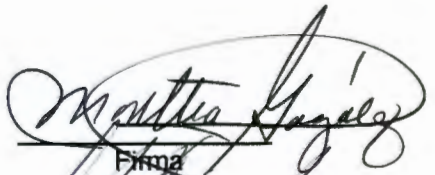
M.C.S.S. Ma. Alejandra Hernández Castañon
Secretario

M. en C. Raquel Acuña Cervantes
Vocal

M. en C. María Alejandrina Franco Esguerra
Suplente

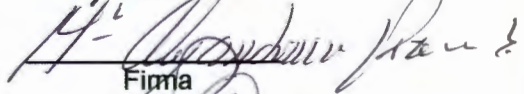
M. en C. Rosalina Díaz Guerrero
Suplente


M.C. Aurora Zamora Mendoza
Director de la Facultad



Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


Dr. Sergio Quesada Aldana
Director de Investigación y
Posgrado

RESUMEN

Durante las últimas décadas ha cobrado importancia la documentación de enfermería, particularmente los registros de cada paciente, por considerar los registros de enfermería fundamentales para su práctica. El objetivo primordial de este estudio fué analizar la correspondencia conceptual del modelo de Virginia Henderson con la elaboración de los registros de Enfermería, en el servicio de Medicina Interna de un hospital público de segundo nivel. El tipo de investigación fue de tipo prospectivo y transversal. Se analizaron 384 registros de enfermería a partir del segundo día de estancia hospitalaria de cada paciente. Se utilizó una guía de análisis estructurada en base al modelo de Virginia Henderson, la guía se estructurada en 16 apartados, los cuales se clasificaron en excelente, suficiente, insuficiente, deficiente y no calificable. El 75% de los registros se ubicaron dentro de la categoría de deficiente y un 19 % no calificables. El análisis estadístico se realizó a través de distribución de frecuencias y la ponderación de las variables. La conclusión fué que los registros de enfermería no se correlacionan con el Modelo de Virginia Henderson, el 100% de los registros se enfocan únicamente a la fase de ejecución, las etapas que complementan el proceso de enfermería se cumplen en menos del 10 %, la necesidad con menor porcentaje obtenido fue la de comunicarse con sus semejantes, así como no se encontró ningún registro de enfermería con fundamentación teorica, además de existir desconocimiento del personal de enfermería de la importancia legal de los registros.

(Palabras clave: registro de enfermería, proceso de enfermería, necesidad)

Summary

Over the last decades, nursery recording documents (mainly those focused on individual history) have become more and more important, as they are considered fundamental for nursery practice itself. The main objective of this study is to analyze conceptual correspondence between Virginia Henderson's model and nursery records as applied to a second – level internal medicine hospital. Investigation methodology used was prospective and transversal. Three hundred and eighty – four nursery records were analyzed. These were taken from patients having been more than two days in the hospital. For data collection an structured analysis guide, based on Virginia Henderson's model, was used. This guide was divided into sixteen items, clasified as excelent, sufficient, not sufficient, defective and unqualifiable. 75 per cent out of the results obtained shown to be defective, and 19 per cent were unqualifiable. Statistical analysis was performed through frequency distribution and variable ponderation methods. As a final result, it was concluded that nursery records do not correlate to Virginia Henderson's model and a hundred per cent of those are focused only to execution stage, complementary stages in nursery process are accomplished in less than 10 per cent. Amongst all necessities, that for communication with others obtained the lowest percentage. No nursery record with theoretical foundation was found, and nursery personnel knew nothing about records legal importance.

(Key Words: nursery record, nursery process, necessity.)

DEDICATORIAS

A mis padres.

Por su apoyo incondicional que siempre me han brindado, en especial a mi madre quién siempre ha apoyado todos mis logros laborales y personales.

A Brenda.

Por todo su amor, cariño y comprensión aún en los momentos de intenso trabajo, y por ser una persona muy importante en mi vida, y mi motivación para alcanzar diferentes metas en mi vida.

A Mel.

Por su amor, apoyo moral, ayuda y su compañía en todo momento.

A mis hermanos.

Gracias por su apoyo.

AGRADECIMIENTOS

En la elaboración de este estudio, se recogieron opiniones desinteresadas de varias personas, a quienes se les brinda un cordial agradecimiento.

En particular a la M.C. Martha Gonzalez Esquivel, por su apoyo incondicional y valioso para lograr concluir esta investigación, y por transmitir sus conocimientos que en su momento fueron esenciales, además de haber proporcionado sus atinados comentarios para mejorar el estudio.

Así mismo un agradecimiento al M.S.P. Salvador de Santiago, quién sin su participación no hubiera sido posible concluir el estudio, ya que con su participación desinteresada y con su tiempo tan valioso que invirtió en las asesorías, colaboró a finalizar la etapa estadística del estudio.

Finalmente una agradecimiento al personal de enfermería del Hospital General de la S.E.S.E.Q. y a la Enf. Monserrat Morales por apoyar este tipo de estudios en beneficio de la profesión, y muy especialmente a la Lic. Enf. Ana María Bourdón Solano, quién siempre su apoyo profesional y moral ha sido muy importante en el desarrollo profesional de quién suscribe, además de la profunda admiración que como docente, y enfermera siempre le he tenido.

CONTENIDO

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Contenido	v
Indice de cuadros	vi
Introducción	1
Capítulo I	
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Importancia del estudio	12
1.3 Objetivos	15
Capítulo II Marco Teórico	
2.1 Antecedentes de los registros de enfermería	16
2.2 Los registros de enfermería y su relación con el Proceso de enfermería.	19
2.3 El modelo de Virginia Henderson y los registros de enfermería	27
2.3 Estudios relacionados	40
2.4 Hipótesis	51
Capítulo III Metodología	
3.1 Diseño	52
3.2 Universo y muestra	52
3.3 Criterios de inclusión y exclusión	53
3.4 Instrumentos de medición	53
3.5 Procedimientos	54
3.6 Análisis de resultados	57
3.7 Ética del estudio	58

Capitulo IV Resultados y discusión	56
Capitulo V Conclusiones y recomendaciones	89
Literatura citada	91
APENDICE	
APENDICE 1 Operacionalización de las variables	96
APENDICE 2 Guia de observación para el análisis de contenido	101
APENDICE 3 Glosario	109

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.		Página No.
4.1	Ponderación del indicador de identificación de los registros de enfermería y las variables que lo componen.	57
4.2	Ponderación del indicador del proceso de enfermería y las variables que lo componen.	59
4.3	Ponderación del indicador de la necesidad de Oxigenación y las variables que lo componen.	60
4.4	Ponderación del indicador de la necesidad de alimentarse e hidratarse y las variables que lo componen.	62
4.5	Ponderación del indicador de necesidad de eliminación y las variables que lo componen.	63
4.6	Ponderación del indicador de la necesidad de moverse y Conservar una buena postura y mantener una circulación Adecuada y sus variables.	65
4.7	Ponderación del indicador de la necesidad de dormir y reposar, y las variables que lo constituyen.	67
4.8	Ponderación del indicador de la necesidad de vestirse y desnudarse, y las variables que lo constituyen.	69
4.9	Ponderación del indicador de la necesidad de mantener la temperatura corporal en límites normales y las variables que lo componen.	70
4.10	Ponderación del indicador de la necesidad de estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos, y las variables que lo constituyen.	71
4.11	Ponderación del indicador de la necesidad de evitar peligros y las variables que lo constituyen.	73

4.12	Ponderación del indicador de la necesidad de comunicarse con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad) y las variables que lo componen.	75
4.13	Ponderación del indicador de la necesidad de preocuparse por su propia realización y conservar su propia autoestima, y las variables que lo constituyen.	77
4.14	Ponderación del indicador de la necesidad de practicar religión actuar de acuerdo a creencias y valores, y las variables que lo componen.	79
4.15	Ponderación del indicador de la necesidad de recrearse y las variables que lo componen.	81
4.16	Ponderación del indicador de la necesidad de aprender y las variables que lo componen.	83
4.17	Clasificación de los registros de enfermería en base al porcentaje de cumplimiento de cada indicador.	85

INTRODUCCION

Durante las últimas décadas ha cobrado importancia la documentación de enfermería particularmente los registros de cada paciente; además ha sido considerada como prioridad en la investigación y desarrollo de la profesión por las demandas en el cuidado eficiente y de calidad. Enrenber (1996)

Desde el punto de vista histórico donde el tiempo de Florencia Nightingale, la documentación ha sido considerada como parte vital de la práctica de enfermería. En sus inicios Nightingale describió la necesidad de registrar las características ambientales y el manejo del cuidado del paciente, en esa época la documentación tenía como principal función comunicar la implementación de las órdenes médicas y no significaba observar o apreciar el estado del paciente como lo es en la actualidad.

En la década de los 30's Virginia Henderson promovió la idea de escribir los planes de cuidado para comunicar el estado del paciente. Para la década de los 50's la documentación se formalizó a través de los estándares de enfermería y llegó a constituir un mecanismo de evaluación del cuidado de la misma.

Desde 1970 la documentación de enfermería refleja cambios en la práctica, en los requisitos institucionales y en los lineamientos legales. Cabe mencionar que con el desarrollo del Proceso de Enfermería (P.E.) en la década de los 60's la documentación se convierte en el eslabón entre la provisión y la evaluación del cuidado (Iyer, 1995).

En la documentación de enfermería se incluyen los registros que representan el conjunto de instrumentos en los que se identifica al paciente, se valora, diagnostica y se comunica por escrito los cuidados que se proporcionan. Dicho registro permite establecer un plan a seguir, con la continuidad de la atención de turno y la valoración individual de las acciones que la enfermera realiza, además de apoyar el área médica y a otras disciplinas relacionadas con la atención del paciente tanto en el diagnóstico, la terapéutica médica, aspectos administrativo y legal. (Instituto Mexicano del Seguro Social ,1996).

Cabe señalar que los registros de enfermería representan una sección del expediente clínico, establecido en la Norma Oficial Mexicana. (NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.)

A pesar de que el registro de enfermería es un documento básico para la comunicación de las tareas asistenciales, Carpenito (1994) refiere que las enfermeras han tenido una difícil relación con el registro de enfermería, y aunque la cantidad ha aumentado con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de información registrada, pues en muchas de las ocasiones el personal de enfermería pasa la mayor parte del tiempo transcribiendo los cuidados y observaciones de rutina y con mucha frecuencia quedan sin registrar aspectos importantes debido a la "falta de tiempo", de ahí que las notas de evolución de cada paciente carezcan de contenido.

Con todo lo anterior y considerando que en la práctica de enfermería se utilizan diferentes teorías para aplicarlas como parte de la metodología de trabajo, se propuso para este estudio evaluar la correspondencia conceptual entre los registros de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, a llevarse a cabo en el servicio de Medicina Interna de un Hospital de segundo nivel de

atención, con la finalidad de identificar los conceptos que el personal de enfermería aplica en sus registros.

Cabe señalar que se eligió el modelo de Virginia Henderson por ser una filosofía universal orientada a las 14 necesidades básicas de la persona. Henderson es una de las iniciadoras en las formas de pensamiento científico de enfermería al plantear la obligatoriedad de clarificar la práctica de enfermería. (Ostiguin,2001).

En los siguientes capítulos de este documento se describe el problema de investigación, la justificación, los objetivos, y el marco teórico; posteriormente el capítulo de metodología en el cual se describe el diseño metodológico, universo y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, procedimientos, análisis de resultados y ética del estudio, al final se encuentran los resultados, conclusiones y recomendaciones . Se mencionan los apéndices dentro de los cuales se contemplan la operacionalización de las variables, la guía de observación y un glosario.

CAPITULO I.

1.1. Planteamiento del problema.

La ciencia de enfermería se basa en un amplio marco teórico que se aplica en la práctica a través del llamado Proceso de Enfermería. Este método tiene un enfoque de resolución de problemas que requiere capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del individuo, familia y comunidad. Consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; estas fases integran las funciones intelectuales de Enfermería que definen sus acciones en el ejercicio profesional (Iyer 1993).

Para la implementación del proceso se requiere de documentación legal de los cuidados que proporciona el personal de enfermería y que se traduce en las hojas de enfermería, registros o notas. La documentación se dirige hacia el registro de los datos acumulados durante todas las fases del proceso de enfermería; estos registros tienen como propósito establecer una forma de comunicación entre los miembros del equipo de salud, facilitar la administración de los cuidados, garantizar la evaluación de los cuidados, proporcionar legalidad a los cuidados administrados y establecer la base para la investigación de enfermería.(Wesorick ,1993)

Para cumplir con los propósitos de la documentación, los registros que realiza enfermería deben ser pertinentes, concisos, claros, reflejar las necesidades, los problemas, capacidades así como las limitaciones del paciente y contener las intervenciones de enfermería y las respuestas del paciente a las mismas. El registro de enfermería al menos debe contener dos

elementos principales: la valoración del ingreso y la planificación del alta. (Carpenito, 1994)

Los registros de enfermería responden a la necesidad de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y el aseguramiento de la continuidad de los cuidados aplicados a los pacientes hospitalizados o bajo cuidado del personal de enfermería. Al respecto las acciones de enfermería suelen pasar en ocasiones ignoradas, dado que la información ofrecida es meramente verbal, sin quedar plasmada en forma escrita. Si no se deja constancia escrita de lo que se comenta verbalmente y de los cuidados de enfermería que se aplican, difícilmente se lograrán definir las funciones entre los profesionales de enfermería. (Camacho, 1998)

En la búsqueda de una fundamentación teórica en los servicios de las unidades hospitalarias se encontró que realizan registros sin seguir una guía sobre su contenido, por otro lado, la preocupación de estudiar este elemento de la documentación de enfermería constituye un reto que consiste en obtener registros en donde se plasme el que hacer del profesional de enfermería.

Carpenito (1994), señala que las enfermeras han creído que cuanto más información se registre estará más protegida legalmente; sin embargo en la actualidad se ha reconocido que un sistema de registro completo y coordinado puede proporcionar más datos en menos tiempo y espacio.

El problema de los registros de Enfermería en algunas ocasiones esta asociado al incremento de los pacientes en los servicios, de la gravedad de los mismos al estar hospitalizados y en la exigencia de calidad en los cuidados de salud; en otras ocasiones se relaciona a la deficiencia de conocimientos por parte del personal en cuanto al contenido y su importancia. Diversas

investigaciones se han dirigido al estudio de los registros de enfermería, tal es el caso de Martínez (1996) quién realizó un estudio descriptivo para la aplicación de un instrumento en los registros de enfermería en la atención primaria fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. El resultado fué un alto nivel de necesidades sin respuesta, como la termoregulación, aprendizaje, valores y creencias, funciones cognitivas y relación social, además encontraron una gran dispersión en la valoración de necesidades.

Otro estudio se elaboró un sistema de registro informatizado basado en el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (N.A.N.D.A.), en una unidad neonatal (Torralbas, 1997.). El propósito fue valorar el registro de enfermería vigente y ofrecer una nueva visión basada en un ordenador informático. Respecto al uso del modelo de Virginia Henderson, se encontró que un 67 por ciento lo consideró bueno y en lo que respecta a la taxonomía de la N.A.N.D.A. el 47 por ciento opinó que se facilitaba la comprensión de los problemas del neonato frente a un 20 por ciento indiferente y un 33 por ciento poco aclaradora.

Por otra parte Serrano (1997) realizó el análisis de contenido de 1827 hojas de cuidados de enfermería con la finalidad de lograr una guía de planes de cuidados estandarizados y conocer el número de cuidados programados y la adecuación de los diagnósticos de enfermería. Los resultados que encontraron fue que las enfermeras incorporan la educación al paciente dentro de los cuidados, y falta asimilar los conocimientos del proceso de enfermería que permitan la aplicación del proceso.

En otra investigación realizada por Serrano (1994) partiendo de la necesidad de una adecuada documentación en enfermería, se estudiaron los registros en una unidad de hospitalización de Medicina Interna de 1988 a 1992, fundamentándose en el modelo de Callista Roy, Virginia Henderson, los diagnósticos de la N.A.N.D.A. y los patrones funcionales de Gordon. Al respecto encontraron que existe un desorden en la estructura de los registros, repetición de algunos datos, falta de desarrollo en los aspectos psicosociales, omisión de datos. De 300 registros, el 36 por ciento tenía valoraciones completas, y los principales fallos correspondían a las áreas de oxigenación, eliminación y protección de la piel.

Una actividad más que ha implantado el personal de enfermería es el informe de alta, el cual constituye un elemento clave para continuar los cuidados del paciente en el hogar, un estudio realizado por Alfambra (1999), en un servicio de Medicina Interna, durante dos años, y nace a partir de la necesidad de mantener una mayor comunicación entre las enfermeras del hospital y las de atención primaria u otros centros, para conseguir una atención integral y continuada del paciente, una vez egresado el paciente de la unidad hospitalaria; además que el único nexo con el paciente al darse de alta es el informe médico, el cuál no incluye referencias a los cuidados de enfermería. Estos autores afirman que la planificación del alta consiste en prever y planificar las necesidades del paciente después de dejar el hospital; el estudio se realizó sobre la base de las necesidades de Maslow, la teoría de cuidados de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería de la N.A.N.D.A.

En este estudio se analizaron 90 informes, de los cuales los diagnósticos más frecuentes de enfermería fueron: déficit para el autocuidado, alteración en

la eliminación urinaria, deterioro de la integridad cutánea, deterioro potencial de la integridad cutánea, deterioro de la movilidad física, alteración en el mantenimiento de la salud, riesgo potencial de infección, correspondiendo el resto a porcentajes menores, concluyeron que el informe de alta de enfermería refleja en gran medida la labor de la enfermera, en el quedan registrados los cuidados realizados y ponen de manifiesto un mayor grado de autonomía profesional, haciendo participe de ello al usuario.

Castro (1998) comparó la calidad de los registros clínicos de enfermería, bajo un programa de asesoría y supervisión con el procedimiento habitual, en un servicio de Gineco-obstetricia del hospital General Regional No, 1 en Culiacán, Sinaloa, México. El estudio se realizó en un periodo de cinco semanas, en la primera semana se evaluaron 83 hojas de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería manejadas en forma rutinaria, durante las tres semanas siguientes se aplicó una intervención educativa sobre el manejo de la hoja de registros clínicos de enfermería, posteriormente se evaluaron 83 hojas de registros clínicos de enfermería y de los resultados obtenidos en las evaluaciones previas y posterior a la intervención educativa para la hoja de registros clínicos, tratamiento y observaciones de enfermería se evidenció que los conceptos que en la preevaluación presentaron alto porcentaje en el parámetro de insuficiente, disminuyeron considerablemente con la intervención educativa, además que se logró un avance importante en la calidad de las hojas de registros clínicos, tratamiento y observaciones de enfermería, por lo que concluyó la efectividad de la asesoría y supervisión, cuando estas acciones se realizan en forma periódica.

El individuo en su concepción holística, puede verse afectado por aspectos biofísicos del entorno, situación social, dinámica familiar, etc., aparecen respuestas humanas como reacciones a estas alteraciones, y es importante que el profesional de enfermería identifique estas respuestas para proporcionar una terapia encaminada a la solución de las necesidades observadas. Para detectar dichas respuestas Estrada (1996) realizó un estudio con el objetivo de validar el instrumento de valoración de enfermería e identificar respuestas humanas del paciente, se llevó a cabo con la fundamentación teórica de la pirámide de necesidades de Maslow en un Hospital General de seguridad social delegación Iztacalco, Cd. De México en los servicios de medicina general y medicina interna. Se realizaron 72 cédulas y al final se comprobó la eficiencia que tiene la hoja de valoración durante el proceso de recopilación de datos del paciente en forma completa, evitando la dispersión, pérdida y confusión de datos, y mejoró la etapa de valoración al conseguir por medio del instrumento la información correcta para detectar alteraciones presentes y posibles, así como dió la pauta para las siguientes etapas del proceso de enfermería y mejorar la calidad de atención. El registro de enfermería tiene dos propósitos profesionales uno administrativo y otro clínico. Los propósitos administrativos son: definir el objetivo de enfermería, diferenciar la responsabilidad de la enfermera del resto del equipo de salud, proporciona los criterios para la revisión y evaluación de los cuidados, brinda criterios de clasificación de pacientes, plantea datos de análisis administrativo y legal, así como datos científicos y educativos. Los propósitos clínicos son el de valorar, planificar, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería proporcionado al usuario. (Carpenito ,1994).

Los registros de enfermería por sus características y fines, constituyen un elemento básico donde se proporciona atención de enfermería a un usuario. Sin embargo, en una visita realizada a instituciones de salud de la Ciudad de Santiago de Querétaro, en febrero de 1998, se detectó que no todas las instituciones realizan dichos registros, en algunas inclusive se depuran del expediente clínico, no dejando constancia alguna de la atención de enfermería. Se maneja una hoja de constantes vitales, la cual es llamada hoja de enfermería, documento que se destina para los registros de enfermería en un espacio de 3cm por 5 cm. donde no es posible anotar un registro con todos los elementos que requiere.

En entrevistas realizadas a personal de enfermería y médico de las mismas instituciones de salud, en febrero de 1998, sobre la utilidad de los registros de enfermería, se concluyó que los registros no proporcionaban datos de relevancia sobre el cuidado o evolución del paciente, ya que su contenido mostraba las indicaciones médicas, y la afirmación de si se cumplieron o no proporcionan ningún elemento que en un determinado requerimiento legal sea de utilidad, para la defensa del profesional de enfermería.

Dentro de las instituciones de salud de la Ciudad de Santiago de Querétaro, solamente en un hospital público de segundo nivel se encontró la existencia de un instructivo de operación de los registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería y el cual incluye los apartados: concepto, objetivo, instrucciones generales, instrucciones específicas, forma de registros clínicos, tratamiento y observaciones de enfermería y al final evaluación de la forma. Por su parte en la Secretaría de Salud del estado, no se contó con

ningún documento que utilice la enfermera para la elaboración de los registros de enfermería, por no contar con ningún documento.

En las demás instituciones de salud tanto públicas como privadas solamente existe de manera informal las normas para el llenado de los registros, no existe ningún instructivo escrito donde indique al profesional de enfermería la utilización adecuada de esta Hoja según su institución de trabajo.

Dada la problemática y la necesidad de contar con un referente de los registros de enfermería se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la correspondencia conceptual que existe entre los registros de enfermería y el modelo de Virginia Henderson?

1.2.- Importancia del estudio.

La documentación de enfermería es una evidencia del cuidado que se proporciona al paciente, elemento del proceso de enfermería, y un medio de comunicación entre el grupo de profesionales de la salud.

Por otra parte dentro de los problemas legales más frecuentes en los hospitales se encuentran: la deficiente elaboración de los requerimientos del expediente clínico específicamente de la hoja de enfermería y la malpraxis de enfermería, según menciona Guzmán (2001), esto se debe a que el personal de enfermería realiza actividades que pueden originar un problema legal, como son: incidentes operativos, inadecuada administración de medicamentos por vía oral o parenteral, descuido en técnicas asépticas, confundir tratamientos entre usuarios, falta de vigilancia estrecha, agresión o autoagresión no controlada, y la falta de los registros de enfermería.

Existen muchos factores que pueden estimular al personal administrativo de enfermería a examinar los formatos de documentación así como sus sistemas e implementación. Algunos de los elementos a considerar son para cambiar o mejorar la documentación existente :

- a) La necesidad de mejorar la calidad de la documentación a través de la revisión o la elaboración de instrumentos y de nuevas formas de pensamiento.
- b) La necesidad de maximizar el tiempo para el cuidado de alta calidad, es decir, es mejor emplear el tiempo en las actividades de cuidados para el paciente que emplearlo en el llenado de documentos.

c) La necesidad de clarificar la problemática existente con la documentación, y para uso de los departamentos de enfermería.

El análisis de los registros de enfermería debe basarse en una crítica hacia los instrumentos, contenido, factibilidad y resultados. Al respecto, Iyer (1995) establece que una adecuada documentación, permitirá que la enfermera identifique los principales problemas del paciente, establezca diagnósticos de admisión y de seguimiento en cuanto a la intervención y evaluación de las actividades de enfermería.

El registro es un documento administrativo que sirve al personal de enfermería del área clínica como guía que garantiza la continuidad de los cuidados, le permite plasmar por escrito sus actividades y le proporciona un lugar importante en el expediente clínico del paciente, con validez en cuanto al trabajo realizado por enfermería y sobre todo como documento legal que avala el ejercicio profesional de la enfermera y las acciones realizadas al paciente (NOM – 168 – SSA1 – 1998, del expediente clínico.)

El análisis de contenido de los registros de enfermería teniendo como base el modelo conceptual de Virginia Henderson, permite detectar la correspondencia conceptual en cuanto a la elaboración de los registros, detectando por otro lado si el personal de enfermería sigue el proceso de enfermería y si realmente valora todas aquellas necesidades que presenta el paciente, como las soluciona y como garantiza la continuidad de los cuidados. Por otra parte, el utilizar este modelo conceptual permite que a través de las 14 necesidades que utiliza Virginia Henderson, el personal de enfermería se desarrolle en los conceptos principales de este modelo: la responsabilidad de la

enfermera frente a las necesidades de la persona y la búsqueda de bienestar y una mayor independencia para satisfacerlas. (Phaneuf ,1999).

Por lo tanto, investigaciones como la que se presenta en este documento favorecen el mejoramiento de instrumentos que utiliza el personal administrativo de enfermería que permiten identificar las necesidades de capacitación y preparación del personal a su cargo.

1.3.- Objetivos.

1.3.1 General

Analizar la correspondencia conceptual entre el modelo de Virginia Henderson con los registros de enfermería en el servicio de medicina interna en un Hospital público.

1.3.2 -Específicos.

- 1.3.2.1** Establecer las unidades y categorías en base a las necesidades del modelo de Virginia Henderson, elaborando una guía para analizar los registros de enfermería.
- 1.3.2.2** Recolectar los registros de enfermería de los expedientes de pacientes del servicio de medicina interna, a través de la copia textual de cada uno de los registros.
- 1.3.2.3** Analizar el contenido de los registros de enfermería para categorizarlos de acuerdo a los elementos de cada necesidad del modelo de Virginia Henderson.

CAPITULO II MARCO TEORICO.

Introducción

Reconociendo que el marco teórico proporciona mayor profundidad y alcance en el análisis, comprensión y explicación del problema seleccionado para la investigación, se presenta en este capítulo los antecedentes de los registros de enfermería, su asociación con el proceso de enfermería; el modelo de Virginia Henderson como fundamento teórico de este estudio, además de un subcapítulo de hallazgos de otras investigaciones.

El modelo conceptual en cuidados de enfermería constituye un elemento fundamental de la planificación de los cuidados, (Phaneuf ,1999) considera que es un concepto de la transición entre el pensamiento filosófico que sirve de base a la prestación de los cuidados y las acciones que realiza la enfermera todos los días.

Cabe señalar que el modelo de Virginia Henderson, se adaptó a la guía de análisis utilizando la clasificación de dimensiones por necesidad que presenta Phaneuf (1993), dimensiones que este autor clasifica en biofísica, psicológica, medio ambiente y espiritual, especificando que constantes son las que se encuentran en cada una de las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson.

2.1.- Antecedentes de los registros de enfermería.

Durante la época de Florencia Nightingale, las enfermeras observaron la documentación de enfermería como un elemento vital de la práctica profesional. En sus primeros escritos, Nightingale describió que la necesidad de los registros de enfermería, significaba implementar una primera

comunicación de la ejecución y cumplimiento de las ordenes médicas. (Iyer, 1995)

Durante el año de 1930 Virginia Henderson promovió la idea de elaborar un plan de cuidado para contemplarlo como base de información y al mismo tiempo comunicarlo al paciente. Posteriormente con el establecimiento de la Joint Comission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) en 1951 y con la tendencia de formalizar los estándares de enfermería, llegó a ser la documentación de enfermería una forma de evaluar el cuidado.

Al inició de 1970, la documentación de enfermería tiende a ser importante, refleja los cambios en la práctica, y el marco legal de la misma. Con el hallazgo del proceso de enfermería como guía, la documentación se consideró la esencia entre la provisión y la evaluación del cuidado.

En el año de 1989 en Quebec, Canadá, la documentación forma parte del proyecto de reglamento sobre la gestión de historias clínicas y la de un gabinete de consulta, este reglamento se refiere a la Ley sobre enfermeras y enfermeros y al Código profesional. (Phaneuf ,1999)

Por otro lado (Iyer,1995) mencionan que la documentación de enfermería a retomado tal importancia de ser parte permanente del registro médico y por ende el expediente clínico.

Durante las últimas décadas se ha incrementado la importancia de los registros como parte esencial de la documentación que utiliza la enfermera. La documentación como un elemento de gran trascendencia dentro de la información de enfermería es objeto de investigación, respondiendo también a la demanda de más eficiencia y calidad en el cuidado.

El registro se constituye el más importante instrumento de la práctica diaria, seguridad, continuidad, y la garantía de calidad del cuidado del paciente. (Ehrenberg,1996)

En el deseo de lograr avances en este ámbito, y para agilizar la elaboración de los registros Torralbas (1997), menciona la utilización de un ordenador como instrumento de trabajo, sin embargo existe escasa bibliografía respecto a la ejecución de registros de enfermería informatizados en los que se describa la práctica diaria, sin embargo para llevar a cabo este cambio administrativo informatizado es indispensable que la enfermera sistematice su trabajo.

Alfaro (1994) menciona que existen varios métodos para registrar. Los centros de cuidado suelen combinar varios métodos para cubrir sus objetivos de la documentación. Algunos de los sistemas utilizados son:

- 1.- **Registro según sus orígenes.** Es donde los cuidadores de la salud realizan sus registros en hojas separadas, y escriben cronológicamente notas narrativas.
- 2.- **Registros multidisciplinarios.** En este tipo los cuidadores de todas las disciplinas escriben en el mismo impreso.
- 3.- **Registros en hojas de control.** En este registro la enfermera anota información específica. Si existen datos importantes que hay que anotar, la enfermera escribe en el espacio destinado para ella; en caso contrario la enfermera pone una marca o señal en el lugar correspondiente.
- 4.- **Registros mediante hojas adicionales.** Las anotaciones de enfermería se complementan con hojas separadas para cada tipo de situación.

5.- Registros ayudados por ordenador. Las anotaciones se facilitan por registros informatizados.

Pero a pesar de estos métodos desde el punto de vista histórico, las enfermeras han creído, que cuanto más información anote, mejor estará protegida legalmente ante cualquier dificultad. Por desgracia, la mayoría de los hospitales y demás centros no han examinado seriamente lo que hace falta en el registro. A muchas enfermeras se les ha enseñado a escribir lo máximo posible, trabajando bajo la filosofía "si no se ha escrito, no se ha hecho". (Carpenito ,1994)

Si un departamento de enfermería no establece políticas concretas para el registro, entonces dicho registro puede efectuarse con las normas de otro departamento de enfermería o con testimonio experto. La jurisprudencia no determina las normas para el registro de enfermería, sino que emite un juicio crítico sobre el cumplimiento de la norma.

2.2.- Los registros de enfermería y su relación con el proceso de enfermería.

Durante largo tiempo la actividad de un elevado número de profesionales se ha basado principalmente en la intuición y experiencia clínica, pero sin una metodología concreta y común. Mc Manus (1950) indicaba que la unión funcional de enfermería puede concebirse como: identificación de problemas y la puesta en marcha de acciones de enfermería para conseguir su solución según los objetivos a corto y largo plazo. Fue considerado un proceso distinto por primera vez por Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) , cada autor en diferentes situaciones históricas consideraron, un proceso con tres etapas. En el año 1967, Yura y Walsh fueron autores del

primer texto que describe el proceso en cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación (Iyer ,1989). Sin embargo hasta la década de los sesenta aún no comienza a describirse el proceso de enfermería. La importancia de esta metodología fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) que lo incluyó en los programas de enfermería y matronas de Europa en 1973. Posteriormente Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añaden la fase diagnóstica, dando lugar al proceso con cinco etapas.

Sheenan's en 1991 comenta que proceso de enfermería es una decisión estructurada, integradora, sistemática, individualizada, centrada en el paciente y con un contenido humanístico (Serrano, 1994). Sin embargo Iyer (1993) menciona que el proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica un marco teórico a la práctica de enfermería, además que es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere unas capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente/familia. Por otra parte, el proceso enfermero es el instrumento metodológico que utiliza el profesional de enfermería para aplicar los sistemas teóricos, mediante la utilización de conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del cliente, a los problemas reales o potenciales de salud, y cuyo objetivo es el cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y de la comunidad. (Romero, 2000)

Ulteriormente surge el diagnóstico de enfermería para enlazar las etapas de valoración y planificación, adquiriendo entidad y relevancia como para considerarse una etapa del P.E.

Este proceso favorece cuidados individualizados, y facilita la comunicación con el equipo de salud, permitiendo conocer la situación real del paciente y los cuidados administrados; permite documentar las acciones de enfermería y evaluar la calidad de la atención prestada.

Cuando el cliente ingresa a una unidad hospitalaria, y se inician las etapas del P.E. (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) es necesario que el profesional de enfermería, precise la recopilación de datos como inicio para las valoraciones y posteriores actuaciones de enfermería, y con ello garantizar la continuidad de los cuidados en la atención; ya que el profesional de enfermería es el principal responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas que presenta el paciente ante problemas de salud reales o potenciales.

Dentro de la etapa de valoración, el personal de enfermería tiene el primer contacto con el paciente, y mediante la recopilación de los datos, identifica las respuestas humanas que presenta el mismo ante el problema de salud, sea real o potencial. Posteriormente en la etapa de planeación, el profesional de enfermería diseña estrategias para dar solución a los problemas de salud reales o potenciales, en esta etapa se elabora el registro del plan de cuidados. Una vez que se inicia la etapa de ejecución, la documentación de enfermería se concentra en el registro de las intervenciones; el cual toma un carácter legal; y es el instrumento administrativo donde se describen los acontecimientos que tienen lugar al complementar las intervenciones, también conocidas como el registro de enfermería (Romero ,2000). En la evaluación, las diferentes etapas del proceso se evalúan, y al mismo tiempo esta fase le permitirá al profesional de enfermería darle continuidad a sus intervenciones o

bien realizar las modificaciones pertinentes. El registro de enfermería asegura la comunicación de los datos esenciales establecidos por la nueva persona a cargo del cuidado, si se quiere asegurar la continuidad el cuidado, puede suceder que la enfermera que recibe la información este familiarizada o no, con el paciente, por lo que en este caso el registro proporcionará los datos necesarios al personal para dar el seguimiento a la atención del usuario que se le asigna.

Durante el proceso se realizan acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo. Está caracterizado por su humanidad porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de tal forma que los intereses e ideales únicos del paciente reciban la mayor consideración. El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, el grado de satisfacción y progreso del paciente. (Alfaro ,1996).

Phaneuf (1999), define a la documentación de enfermería como el conjunto de documentos que redacta la enfermera que se refieren al estado y a la evolución de la persona cuidada, así como a los cuidados que se le dispensan. Cabe señalar que este autor menciona los registros de enfermería escritos y verbales en la etapa de ejecución del proceso de enfermería, ya que considera que esta etapa es donde se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados para que la persona pueda alcanzar los objetivos establecidos. Sin embargo, el registro inicia desde que se comienza el proceso de enfermería, en el primer contacto que se tiene con el paciente. en la etapa de valoración.

Por otro lado, el proceso de enfermería promueve la flexibilidad, el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos

intencionados que eviten las omisiones y las conclusiones prematuras. De acuerdo con Alfaro (1996) esta filosofía del humanismo promueve una conducta cuidadora y ayuda a identificar los problemas únicos, objetivos realistas e intervenciones individualizadas que pueden obtener resultados. Estimula la identificación y utilización de las capacidades, y evita que se pasen por alto los recursos.

Los requerimientos de documentación son precisos, lo que mejora la comunicación y la continuidad de los cuidados y previene los errores y las duplicaciones u omisiones. Estos requerimientos también están pensados para dejar un rastro en papel, que se pueda seguir más tarde para evaluar la calidad de los cuidados y posibilitar la investigación. La documentación de enfermería precisa y consistente es la clave para determinar lo que le ha sucedido a un paciente; sin ella la evaluación es casi imposible y los casos requeridos para llevar a cabo estudios que hagan avanzar la ciencia de enfermería y mejoren la calidad de los cuidados de salud no existirían.

Un registro de enfermería comprensible es un elemento crucial dentro de la documentación del cuidado, es el instrumento básico en la defensa legal del ejercicio de enfermería, por tanto determina de un 80 a 85 por ciento la mal práctica profesional de la enfermería dentro del cuidado del paciente.

Iyer (1995) menciona que los registros de enfermería han progresado y han pasado de ser registros pobres y sin significación; a ser registros específicos, claros y propios, de suma importancia para la defensa legal de las enfermeras que son acusadas de mal práctica profesional.

Los registros con letra ilegible, provocan confusión dentro del equipo multidisciplinario que se encarga del paciente, y por otro lado existe la dificultad

de entender cual es la evolución que tiene el paciente. Para solucionar este problema se utilizan actualmente los sistema computarizados, en donde se incluye toda la documentación de enfermería, y por consiguiente las dificultades originadas por la deficiente escritura de los registros de enfermería. La correcta escritura comprende la adecuada gramática, aunque Iyer (1995) menciona que esto tiene relación con la intelectualidad de la enfermera, su educación y distracciones pueden presentarse que durante la elaboración del registro.

Existen centros hospitalarios donde se elige tinta de color azul, verde o roja, para diferenciar los diferentes turnos; sin embargo esto dependerá de cada institución, así como también compete a éstas, elaborar listas de abreviaturas permitidas dentro de los registros de enfermería, es obligación del personal de enfermería revisar periódicamente las listas autorizadas de abreviaturas. Sin embargo, se presenta la situación de que en ocasiones el personal de enfermería recibe indicaciones médicas por vía telefónica o de manera verbal, Iyer (1995) comenta que este tipo de indicaciones solamente se retomaran en aquellas situaciones de urgencia y en estos casos la enfermera debe rectificar los datos de identificación del paciente con el médico tratante que esta en la línea telefónica, y de ser posible verificar si se entendió perfectamente el mensaje repitiendo nuevamente, una vez que se ha escrito.

En los registros de enfermería, es importante anotar cuando un medicamento o cuidado se omitió, ya que el excluir una medicación o un cuidado es una violación para los derechos del paciente; es de suma importancia el describir el razonamiento del porqué se suprimió un cuidado o medicamento, pues es motivo este tipo de acción para llevar a una enfermera a

un juicio. Por otro lado; si no se menciona en el registro de enfermería si aplicó o no algún medicamento o cuidado, hay que preguntarle al paciente o a su acompañante, si se percataron de la aplicación del mismo, de no ser posible obtener esta información, se tendrá que verificar con el departamento de farmacia, y por último, si no se obtiene la información, será necesario llamar a la enfermera encargada del paciente a su domicilio.

El mismo autor menciona que un registro de enfermería se altera al registrar información inexacta, omitir factores significativos, reescribir o alterar las anotaciones, destruir el registro, incrementar información a notas ya elaboradas y registrar cuidados en horarios que no son los reales.

El profesional de enfermería puede estar alerta ante situaciones legales de la práctica y protegiendo los cuidados que proporciona, con un adecuado registro de enfermería. La documentación ha demostrado que es una de las prioridades del cuidado, y es el único elemento escrito que podemos retomar tiempo después cuando el paciente regresa al centro hospitalario, o se puede consultar ante alguna imprecisión, o indecisión en cuanto al cuidado proporcionado por el profesional de enfermería.

Hay muchas razones que explican la utilidad de la documentación de enfermería; se ha convertido en una obligación profesional, ofrece a la enfermera la ocasión de mostrar sus responsabilidades, permite evaluar su trabajo y comunicar la información esencial al equipo de cuidados. (Phaneuf, 1999)

La mayor parte de las veces, los cuidados corrientes, que se repiten continuamente, no aparecen en ninguna parte, y se podrían considerar no realizados, (Lampe, 1988) coincide con Phaneuf que los registros de enfermería

favorecen la calidad de los cuidados, ofrecen una protección desde el punto de vista legal, son el reflejo del proceso de cuidados y favorecen la evaluación y aseguran la calidad de los cuidados.

El registro de enfermería por consiguiente debe incluir: Fecha en que escribió, acción a realizar, quién tiene que realizarla, cómo, cuándo, dónde, con qué frecuencia, durante cuánto tiempo, en qué medida, firma de quién realiza el registro.

García (1997) hace las siguientes recomendaciones para la realización de registros: realizar las anotaciones con letra clara y legible, llenar el encabezado con tinta azul o color acostumbrado en la institución, reportar las necesidades identificadas, la atención proporcionada y el estado del paciente, firmar las anotaciones con nombre completo y firma, las anotaciones serán precisas, breves y ordenadas y identificación del paciente en todas las hojas utilizadas.

El reglamento referente a la Ley de enfermeras y enfermeros de Quebec, consigna en cada historia clínica los elementos e informaciones, así como conservar en el mismo los documentos siguientes: La fecha de apertura del expediente y de cada consulta, nombre y apellidos, sexo, fecha de nacimiento y número de teléfono del cliente, el nombre y la dirección del médico de cabecera, de algún familiar; el motivo de la consulta, las informaciones pertinentes relativas a la evaluación de la situación de salud, incluido examen físico; toda información relativa a la planificación de los cuidados, una descripción somera de los cuidados dispensados al cliente, incluidas recomendaciones y los consejos de salud, así como las reacciones del cliente a las intervenciones de los cuidados; la información relativa a todo

acto relacionado con una prescripción médica, la información pertinente a toda referencia del cliente a otro profesional de la salud y la firma del colegiado (enfermera o enfermero) debe figurar al final de cada anotación en el expediente del cliente.

2.3. - El Modelo de Virginia Henderson.

El Modelo proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos (Marriner ,1994). La teoría proporciona asimismo, autonomía profesional y favorece la capacidad analítica del profesional de enfermería.

Durante 1930, Virginia Henderson promovió la idea de escribir los planes de cuidado y comunicarle esta información al paciente. El modelo de Virginia Henderson, se dio a conocer en México en los años 60's, y ha sido clasificado en el grupo de la enfermería humanística (García ,1997), por considerar la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería, sus referencias en estos campos proceden de Stackpole y Thorndike; a partir de los cuales Henderson afirma que " una definición de enfermería debería llevar implícito el principio del equilibrio fisiológico, así como que era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico" (Marriner ,1994). Se observa una correlación entre la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales. Henderson no identifica las teorías precisas apoyadas por Thorndike, tan sólo dice que se refieren a las necesidades fundamentales de los seres humanos.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesional independiente, capaz de elaborar juicios independientes, sin embargo mantiene una relación de interdependencia con otros profesionales de la salud, y la participación de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario dependerá de las necesidades del paciente, manteniendo siempre la meta de que el paciente debe ir recuperando su independencia (Alfaro ,1997).

Henderson considera a la enfermera como la mayor autoridad de los cuidados de enfermería y ubica éstos en catorce necesidades del paciente, que orientan al proceso de enfermería.

Durante todo el proceso de atención de enfermería de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, los registros toman un lugar preponderante como medio de registro de todas las etapas, aunque en la etapa de planificación se consideran esenciales, ya que en ésta se realiza el plan de cuidados que se ha de seguir en el paciente durante su estancia en la unidad hospitalaria, y una vez que se hayan determinado las intervenciones para proporcionar los cuidados, se requiere de escribir las órdenes de enfermería, para que todas las enfermeras implicadas en el cuidado de ese paciente, tengan instrucciones claras para la ejecución del plan de cuidados. Por otro lado cada profesional de enfermería necesita escribir la evolución a las acciones y respuestas agregadas que el paciente presente, para continuar o modificar el plan de cuidados.

Las catorce necesidades que de acuerdo Virginia Henderson que describe Phaneuf (1993) son:

1. - Respirar normalmente.
2. - Comer y beber adecuadamente.
3. - Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
4. - Moverse y mantener buena postura.
5. - Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
6. - Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse.
7. - Mantener la temperatura corporal y la integridad de la piel.
8. - Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. - Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
10. - Comunicarse con otros para expresar necesidades.
11. - Vivir según valores y creencias.
12. - Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
13. - Jugar y participar en actividades recreativas.
14. - Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Alfaro (1997) menciona la necesidad número quince como sexualidad y reproducción, sin embargo Marriner (1994), no lo retoma.

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen sus supuestos fundamentales, sin embargo los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson. (Marriner ,1994).

Enfermería

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos. Actúa como un miembro de un equipo sanitario,

independientemente del médico. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere, ya que esta formada en ciencias biológicas y sociales, por lo que puede apreciar las necesidades humanas básicas. Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas sus funciones posibles.

Sin embargo en su publicación Virginia Henderson (1994) menciona que su definición de enfermería es: asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacer esto que lo ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

Persona

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y cuerpo son inseparables. El paciente requiere ayuda para ser independiente. Y junto con su familia forman una unidad. Sus necesidades están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

Salud.

La salud representa calidad de vida y es necesaria para el funcionamiento humano, así como también requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

García(1997) menciona que dentro del concepto de salud Virginia Henderson define lo siguiente:

FUERZA: La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

VOLUNTAD: La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

CONOCIMIENTO: Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

Entorno

Los individuos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad pueden interferir en esta capacidad. La enfermera debe tener información en materia de seguridad. Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas. Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.

Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base de la prescripción de dispositivos protectores.

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, el plan de cuidados que elabora conjuntamente con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson subraya que las enfermeras no siguen ordenes del médico, ayudan a los pacientes al cuidado de su salud y trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios.

La definición de Henderson sobre enfermería, por lo que al ejercicio profesional se refiere, indica que la enfermera que ve como su función principal la de suministradora directa de asistencia al paciente hallará una recompensa inmediata en el progreso del paciente desde la dependencia a la independencia. Debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. Tal y como afirma Henderson, la enfermera debe estar en su piel. Puede ayudar al paciente a ser independiente aplicando los 14 componentes al proceso de enfermería. Henderson (1994), compara la relación de interdependencia con otros profesionistas con las porciones de una tarta, con el grado de participación de los profesionales del equipo de salud en la atención del paciente.

La meta es que el paciente represente la porción más grande de la tarta al ir recuperando su independencia.(Henderson ,1994)

La importancia de utilizar un modelo de enfermería en la elaboración de los registros, radica en que se orientan y proyectan hacia un mismo punto de convergencia, el cual da por resultado unos cuidados de calidad. Además que la filosofía nos permite entender los elementos de la enfermería desde un punto de vista al proporcionar afirmaciones de la naturaleza del ser humano, de sus valores, creencias y medio ambiente donde se desarrolla, estos elementos por consecuencia constituyen un referente para interpretar la realidad y para la enfermería. (Ostiguin ,2001). Por otro lado corresponde ahora a las (os) enfermeras (os) que nos desenvolvemos en el campo de los servicios hacer uso de estas teorías y modelos para probar su validez, o bien, ponerlas en crisis y buscar nuevos paradigmas. Además se deben desarrollar modelos operativos que apoyen la labor de las teoristas, con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado de los pacientes y dar mayor sentido a nuestro trabajo diario.(Ibarra ,1999).

Las necesidades fundamentales y los factores relacionados con las distintas dimensiones que influyen en su satisfacción según lo mencionado por Phaneuf (1993), de acuerdo al modelo de Virginia Henderson son:

- 1. Necesidad de oxigenación (Respirar normalmente):** Esta necesidad consta de una fase de inspiración donde se contempla: el aporte esencial de oxígeno, la difusión de gases a nivel pulmonar y el intercambio a nivel celular; por otra parte la fase de espiración se refiere a la expulsión de gas carbónico y de vapor de agua. En lo que respecta al área biofisiológica se enfoca al mantenimiento de las funciones esenciales: Frecuencia, ritmo amplitud, ruidos respiratorios y tos. Además que incluye aquellas

alteraciones orgánicas como obstrucción, inmadurez o envejecimiento, y fatiga.

Dentro de esta necesidad el área psicológica se valora con la ansiedad y el estrés; y es de suma importancia para lograr su satisfacción; el entorno, dentro del cual encontramos la polución, tabaquismo, estilo de vida, deportes al aire libre, ejercicio, aireación, humedad, altitud, y disciplina personal de la respiración, meditación, yoga, etc...

2. Necesidad de alimentarse e hidratarse (Comer y beber adecuadamente): Dentro de esta necesidad se engloba la ingestión, digestión y absorción de agua, de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida, por otro lado se contempla en el área biofisiológica la capacidad de masticar, deglutir, digerir y absorber alimentos. Es importante incluir también en esta necesidad la calidad y cantidad de los líquidos y nutrientes, según las necesidades del organismo. Equilibrio electrolítico. Envejecimiento, alteración orgánica y el equilibrio hormonal y enzimático.

Dentro del área psicológica es de tomarse en cuenta la ansiedad, anorexia, polifagia de origen nervioso, el estado afectivo del paciente y utilización de los mecanismos de defensa; compensación, sublimación y miedo. Análogo de importancia se encuentra la gratificación, hábitos personales relacionados con la absorción de alimentos o de bebidas alcohólicas, la imagen corporal deseada y la repulsión a los alimentos. Influye el entorno según los tipos de alimentación, horarios de comidas, elección de alimentos, organización del domicilio, restricciones religiosas y costumbres familiares.

- 3. Necesidad de eliminación (Eliminar los desechos corporales por todas las vías).:** La eliminación se entiende como el rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo. En el aspecto fisiológico, la capacidad de eliminación urinaria, intestinal, pérdidas insensibles, menstruación, etc. Se tomarán en cuenta para su valoración, por otra parte influirán las alteraciones físicas o psicológicas, inmadurez, envejecimiento, ciclo de eliminación, dependencia a laxantes, alimentación y equilibrio hormonal. En esta necesidad se suscribe también el área psicológica, donde se retoma la ansiedad, estrés, repulsiones, hábitos de higiene personal y de eliminación, actitud frente a la eliminación y menstruación, intimidad; y, por último el aspecto de educación y valor cultural a la eliminación.
- 4. Necesidad de Moverse, conservar una buena postura y mantener una circulación adecuada (Moverse y mantener buena postura):** En esta necesidad se incluye el impulso dado a los músculos , a los miembros o a ambos a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio, o para favorecer una buena circulación, lo que conlleva a un mantenimiento de una buena alineación corporal. Para la satisfacción de esta necesidad se tiene que observar el tono muscular, movilidad articular, integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética; madurez psicomotriz, envejecimiento y arterioesclerosis. Toma un aspecto que es la tensión arterial y pulso, los ejercicios y posturas habituales, alimentación rica en colesterol y en sodio; por otro lado se implica nuevamente la ansiedad, estrés, agitación, sedentarismo, soledad, hábito de fumar, carácter, condiciones de trabajo, cultura y educación.

- 5. Necesidad de dormir y reposar (Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad):** El dormir y reposar interrumpe el estado de conciencia o de actividad o de ambos y permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas y mantiene un estado de confort. En esta necesidad se debe adjuntar el número de horas de reposo según la edad y las necesidades del organismo, la tendencia al insomnio o hipersomnio, dolor, prurito y falta de confort por enfermedad. Dentro de los hábitos psicológicos se considera el estrés, ansiedad, hábitos de vigilia y sueño, dependencia farmacológica, depresión, inquietud, miedo, sufrimiento moral.; horas de levantarse y acostarse en función del trabajo, y dentro del entorno la polución del ruido, confort de la habitación y de la cama, número de personas que comparten la habitación, intimidad y tranquilidad; por último detectar hábitos culturales y resistencia al dolor.
- 6. Necesidad de vestirse y desnudarse (Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse):** En esta necesidad se valora la protección del cuerpo en función del clima, las normas sociales y de la reserva personal. Es importante señalar también la movilidad articular, tono muscular, estatura, madurez psicomotriz, edad, fuerza física, gordura o embarazo. En el aspecto psicológico se retoma el estado de conciencia, la importancia que se le da al vestido y a la apariencia personal, preferencias en el vestir, clima, nivel socioeconómico, y límites aportados por la religión y la cultura.

- 7. Mantener la temperatura corporal y la integridad de la piel (Mantener la temperatura corporal en límites normales):** Es el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal, dentro de esta necesidad se toma en cuenta la regulación térmica y calor de los tegumentos, inflamación e infección, la elevación térmica debida al nerviosismo o al estrés, y el entorno se considera con el clima, confort, lugar de trabajo, medios económicos y hábitos según su cultura y religión.
- 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel (Estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos y faneras):** Se contemplan los cuidados de higiene corporal y la imagen personal, la capacidad física para atender a sus propios cuidados, movilidad y fuerza física; así mismo la integridad de los tegumentos y faneras, la madurez psicomotriz o envejecimiento. Es de importancia el estado de conciencia, diaforesis, hábitos personales de limpieza, imagen de sí mismo. Educación salubridad del medio de vida, instalaciones sanitarias, y hábitos según su cultura y religión.
- 9. Necesidad de evitar peligros (Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros):** En esta necesidad se implica la protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental; los límites sensoriales, infección, contaminación, prevención de la enfermedad y accidentes, modificación del esquema corporal, limitaciones intelectuales, estado de conciencia, predisposición a accidentes, alteración de la autoimagen, ideas suicidas, medidas de seguridad, medidas de control de infecciones, organización sanitaria,

polución de aire y ruido, exposición a peligros por ciertas ideologías, actitudes según su religión.

10. Necesidad de comunicarse con sus semejantes (Comunicarse con otros para expresar sus necesidades): En esta necesidad se establecen lazos con los otros seres próximos y con las personas de su entorno, comprende la capacidad física para relacionarse con otros así como la acción de procrearse y desarrollarse, integridad de los órganos sexuales, capacidad de procrear, equilibrio hormonal. Es necesario conocer la perturbación emotiva, capacidad para expresar sentimientos, relaciones con los otros, dentro de los mecanismos de defensa se incluye la proyección, sublimación, regresión, estado de conciencia, libertad de expresión de sus sentimientos, control social, utilización de su sexualidad, extroversión e introversión y forma de considerar su sexualidad.

11. Necesidad de practicar religión (Vivir según valores y creencias): En esta necesidad se considera la actualización de los propios valores, inmovilidad, debilidad y enfermedad, ansiedad relacionada con la enfermedad, concepción personal de la vida, estado de conciencia, fase de adaptación a la enfermedad, alejamiento de lugares de culto, libertad permitida o control ejercido por el entorno, y pertenencia a una religión.

12. Necesidad de preocuparse de su propia realización y en conservar su propia estima (Trabajar de manera que exista un sentido de logro): En esta necesidad se engloba la utilización del tiempo de forma útil, eficaz y valorizadora, teniendo en cuenta; la capacidad física, integridad neurológica y músculo – esquelética, nivel de energía y de fuerzas, movilidad articular, enfermedad, dolor, desarrollo intelectual, estado de

conciencia, depresión, confianza en sí mismo, deseo de realizarse, creatividad, disponibilidad de medios educativos y culturales, limitaciones socioeconómicas, valor cultural que atribuye a la productividad.

13. Necesidad de recrearse (Jugar y participar en actividades recreativas):

Es la necesidad de actividades de esparcimiento, donde se tiene en cuenta la capacidad de movimientos, integridad de los sentidos, dolor y fuerza física, estado de conciencia, capacidad personal de relacionarse con los demás, soledad, creatividad, espíritu lúdico, limitaciones económicas, aislamiento físico, costumbres, hábitos culturales y religiosos.

14. Necesidad de aprender (Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles): Esta necesidad comprende el adquirir conocimientos y recibir información, la capacidad funcional del cerebro del sistema nervioso y de los sentidos, uso de medicamentos, senilidad o inmadurez, enfermedad aguda, dolor, estado de conciencia, capacidad intelectual, ansiedad, educación, periodo de adaptación a la enfermedad, disponibilidad de servicios educativos, importancia de la enseñanza en enfermería, énfasis de la prevención y el valor cultural que se le da a la educación sobre salud y a la enfermedad.

2.3. Estudios relacionados.

La utilización de un modelo conceptual presenta múltiples ventajas, en cuanto a la persona que cuida, a la organización de trabajo y a la entidad profesional de la enfermera. De esta forma, el modelo conceptual permite una delimitación bastante clara de las fronteras del trabajo enfermero Phaneuf, (1999) Las 14 necesidades del modelo conceptual de Virginia Henderson circunscriben de alguna manera su territorio. Los ejes principales de este modelo son la responsabilidad de la enfermera frente a las necesidades de la persona y la necesidad de ayudarla a evolucionar hacia un mayor bienestar y una mayor independencia para satisfacerlas. El modelo de Virginia Henderson ha sido ampliamente utilizado adaptándolo a nuestro mundo moderno, por sus bases en las necesidades humanas.

De los estudios encontrados con la utilización del modelo de Virginia Henderson, en 1993 a 1995 se planteó como objetivo elaborar una hoja de registros de enfermería siguiendo este modelo que resultará práctico y operativo. El equipo de enfermería consideró necesaria la adopción de una filosofía de trabajo, por lo que realizaron una serie de reuniones y revisiones bibliográficas, que concluyeron con la adopción del modelo teórico de Virginia Henderson. Con la hoja elaborada la recolección de información será más sistemática y unificada para todos los profesionales ya que se tiene en cuenta el proceso de enfermería como un instrumento científico de trabajo. (Martínez, 1996).

Los propósitos y objetivos de la elaboración de la hoja de registro fueron: definir líneas unificadas en la recolección de datos, identificar los problemas/ necesidades para conseguir una mejor priorización, planificación, ejecución y evaluación de las actividades de enfermería, establecer una forma de comunicación entre los diferentes profesionales del equipo de salud, facilitar auditorías sobre los cuidados de enfermería practicados en el centro hospitalario, ser un instrumento favorecedor de la formación de los profesionales.

El estudio fue descriptivo y se desarrollo en cuatro fases: la primera fase elaboró un instrumento de recolección de datos, relacionado con la valoración y objetivos de las necesidades según Virginia Henderson, funciones cognitivas, sentidos y relación social, en la segunda fase tomaron una muestra aleatoria y al azar de 87 personas y se realizó una validación interna del instrumento, en la tercera fase se realizaron visitas programadas de enfermería para medir nuevamente la validez interna del instrumento. Y en la cuarta fase se realizó una valoración externa, utilizando como metodología el grupo nominal.

Dentro de los resultados se encontró que existe un alto nivel de no respuesta a termorregulación, aprendizaje y creencias / valores en las que además se constato una gran dispersión, así como en las necesidades de vestirse/ arreglo personal y termorregulación. De acuerdo a los objetivos y a los resultados obtenidos se establecieron los siguientes puntos:

- a) La metodología de trabajo empleada permitió la autorreflexión de los profesionales, tanto individual como en grupo, sobre la práctica de enfermería de acuerdo al modelo teórico seleccionado.

- b) Se elaboró una hoja de registro que permite su cumplimiento durante el tiempo asignado a la consulta de enfermería.
- c) Esta hoja permite valorar las necesidades cognitivas, sentidos y relación social, marcar objetivos para establecer un plan de cuidados de enfermería.

En el estudio realizado por Torralbas, Selva, Solas y Jimenez (1994) en una unidad neonatal de un consorcio hospitalario, se elaboró y ejecutó un sistema de registro informatizado, basado en el proceso de enfermería, estructurado según el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomía de diagnósticos de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

El objetivo fue valorar la implementación de un registro informatizado de cuidados de enfermería en neonatología. Fue descriptivo, transversal y observacional. Los sujetos de estudio fueron 15 enfermeras de la unidad neonatal del Hospital de Sabadell, que durante cuatro meses utilizaron un programa sistematizado basado en el proceso de enfermería según el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomía diagnóstica de la N.A.N.D.A.

Se construyó especialmente para el estudio, se trata de una aplicación basada en lenguaje orientado a objetos (Fox Pro) en el entorno Windows sobre sistema operativo MSDOS 6.2. Sistema de datos Xbase, con índices estructurales y empaquetados, utilizando tecnología de acceso Roshmoore de alto rendimiento. La aplicación informática permitió introducir datos personales, diagnóstico médico, somatometría y tipo de parto al ingreso de un neonato. El sistema realiza una serie de preguntas para determinar el problema que presenta el neonato, y lo configura y almacena como diagnóstico de enfermería o problema interdependiente. El día de alta del neonato el sistema permite la introducción de ciertos datos, tanto somatométricos como de tipo de

alimentación y algunas anotaciones, con el fin de facilitar una hoja de alta de enfermería, en que constan todos los problemas que ha presentado durante su estancia y los pendientes de solución. Para recoger los datos del estudio se utilizaron: un cuestionario inicial y un cuestionario final. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS/PC+(7). El 87 por ciento de las enfermeras de la unidad neonatal valoraron positivamente la utilización del sistema informático., aun que la mitad de los profesionales no habían empleado anteriormente un ordenador y un 81 por ciento jamás habían trabajado con el entorno Windows, sin embargo el uso de la teoría de Virginia Henderson se ha considerado bueno en un 67por ciento, respecto a la taxonomía diagnóstica de la N.A.N.D.A.

Desde 1988 se están realizando estudios sobre el desarrollo de registros de enfermería en la Clínica Universitaria de Navarra ;(Serrano ,1994.) El trabajo se realizó en tres fases en el ámbito hospitalario. Los datos que se muestran corresponden al periodo 1988-1992. Se diseñaron registros de enfermería que sirvieran de base para obtener una metodología de trabajo más lógica y científica.

El motivo principal fue considerar que la utilización de una adecuada documentación supone un requisito imprescindible para la planificación y administración de los cuidados de enfermería, así como para conocer la calidad de las acciones de enfermería. Se tuvieron en cuenta como pasos previos: La necesaria reorganización del departamento de enfermería y la revisión bibliográfica sobre el tema, y se recabo información de hospitales que tuviesen un sistema de registros de enfermería.

Se pudo comprobar que cada hospital tiene el sistema de registros más apropiado a sus necesidades y a sus características, filosofía, etc... Dentro de los objetivos generales del estudio se encuentra facilitar la toma de decisiones para la gestión, tanto para los aspectos cualitativos como cuantitativos del personal, y para establecer prioridades en la organización de los servicios de enfermería y mejorar la atención individualizada de cada paciente. El equipo investigador constaba de cinco profesionales, cuatro de ellas enfermeras y una de ellas el investigador principal.

El estudio se dividió en fases las cuales fueron: **Fase I:** material, documentos utilizados hasta el momento como hoja de valoración, hoja de planificación y administración de cuidados y hoja de evolución del paciente. **Fase II:** material, introducción de documentos modificados.

Siguiendo en cierta medida a Callista Roy, así como en la fase inicial se determinó utilizar sólo 22 de los diagnósticos de la N.A.N.D.A. **Fase III:** material, los documentos han sido: hoja de valoración en base a los patrones funcionales de Marjorie Gordon; por considerar que facilitan el enunciado de los diagnósticos de enfermería. La valoración debía realizarse durante las primeras horas del ingreso a la hoja de cuidados que incluye los diagnósticos de la N.A.N.D.A. y la hoja de evolución.

El método utilizado fue el de análisis de contenido y la encuesta opinión. En lo que respecta a los resultados en cuanto a la hoja de valoración del documento utilizado durante los años de 1988 a 1989 presentaba un desorden en su estructura, se pudieron detectar también una serie de defectos como: repetición de datos de filiación, poco desarrollo en la valoración de los aspectos psico-sociales, y persistía la falta de sistematización de datos, así como la

omisión de algunos que la enfermera necesitaba conocer para su trabajo. Se pudieron encontrar dentro de las valoraciones, que en 300 pacientes (100 en cada fase) que el número de valoraciones completas ascendían a 36 por ciento en la primera fase, a 62 por ciento en la segunda, y a 71 por ciento en la tercera.

En los registros donde la valoración se resultaba incompleta se encontró que las áreas que tenían mayor dificultad eran las áreas de oxigenación, eliminación y piel. En la segunda fase, cuando la sistemática de valoración seguía un esquema de C.Roy, se encontró que las áreas de mayor dificultad eran: oxigenación, nutrición y la piel. Al introducir los patrones funcionales de M. Gordon observaron que las áreas más incompletas eran las de actividad y ejercicio, autopercepción y cognitivo – perceptivo.

Centrándonos en la hoja de cuidados se estudiaron los diagnósticos de enfermería emitidos a 300 pacientes (100 en cada fase). En la primera fase se encontraron incorrectos el 44.5 por ciento de los enunciados y correctamente enunciados el 55.5 por ciento. En la segunda fase se encontraron incorrectos 45 por ciento y correctos el 55 por ciento. En la tercera fase se encontró un 40.45 por ciento incorrectos y 59.55 por ciento correctos.

Durante el proyecto se realizaron 36 sesiones (educativas e informativas) con las enfermeras de la unidad y su valoración subjetiva se llevó a cabo con entrevistas personales y la encuesta de opinión. Valorando el conjunto del trabajo, los resultados positivos que se alcanzaron son: Ha mejorado el sistema organizativo de la unidad y mejoró el nivel científico de las acciones de enfermería.

Así como los resultados orientaron a nuevas líneas de trabajo, para un nuevo proyecto sobre sistematización de la atención de enfermería.

Sin embargo en la actualidad la mayoría de los pacientes que ingresan a una unidad hospitalaria sufren procesos agudos y complicados que no pueden resolverse de manera ambulatoria. Esta situación aumenta la complejidad de los cuidados de enfermería y hace patente la necesidad de una comunicación fluida entre los profesionales de salud, con una documentación fiable, que recoja en el menor tiempo posible los datos que permitan una atención al paciente durante las veinticuatro horas. Ante esta situación, Serrano,(1997) realizó un estudio sobre como estandarizar los cuidados, el primer objetivo de este estudio, fue lograr que las enfermeras de dos unidades hospitalarias aplicaran un modelo sistemático a la práctica diaria, y una vez conseguido este objetivo le continuaran los de obtener una documentación que lo soporte y por último la estandarización de los cuidados. El proyecto de investigación consistió en estandarizar los cuidados de enfermería apartir de los diagnósticos de la N.A.N.D.A. encuadrados en los patrones funcionales de Gordon, los cuidados en los cuales se centro el estudio son aquellos programados y aplicados bajo criterio exclusivo de las enfermeras.

Los objetivos de este estudio fueron:

- a) Lograr una guía de planes de cuidados estandarizados a partir de los cuidados registrados en la documentación de enfermería y de los datos extraídos de la revisión bibliográfica.
- b) Conocer el número de cuidados programados y evaluar su adecuación a los diagnósticos de enfermería enunciados. Y comparar los resultados antes y después de utilizar la guía elaborada de planes y cuidados estandarizados.

Se realizó el análisis de contenido de 1827 hojas de cuidados de enfermería. En la primera fase tras el estudio de 1,255 hojas de cuidados se estandarizaron los cuidados correspondientes a 36 diagnósticos preseleccionados de la taxonomía de la N.A.N.D.A. En la segunda fase se incorporaron a la práctica los cuidados estandarizados. Posteriormente se realizó una comparación de los resultados de la fase I y la fase III (antes y después de incorporar la guía de los planes de cuidados estandarizados.) El número de cuidados se incrementó notablemente, pasando de 3,263 en la primera fase a 4,271 en la tercera. También las categorías diagnósticas aumentaron pasando de 930 en la primera fase a 1,624 en la tercera.

Dentro de los resultados se concluye que la atención de los pacientes por parte de enfermería puede mejorar si se dota a los profesionales de instrumentos conceptuales y prácticos que faciliten su quehacer diario. Se observó que las categorías diagnósticas han aumentado de 930 en la primera fase a 1624 de la tercera fase, encontrándose una elevación del número de diagnósticos correctamente enunciados. Así mismo se encontró un incremento notable en el número total de cuidados programados, por lo que se confirma que la estandarización de los cuidados facilita a las enfermeras la programación de los mismos cuidados.

Por otra parte, Castro, (1998) realizó un estudio sobre la calidad de los registros clínicos de enfermería, bajo una estrategia de asesoría y supervisión. El trabajo permitió comparar los registros clínicos de enfermería, inicialmente con el procedimiento sin estrategia propuesta y posteriormente bajo una intervención educativa de asesoría y supervisión. El objetivo fue el de comparar la calidad de los registros clínicos de enfermería, bajo un programa

de asesoría y supervisión con el procedimiento habitual, se diseñó un estudio prospectivo, analítico, comparativo y de intervención, realizado en un hospital público. La unidad de análisis se integró con las hojas de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería de pacientes hospitalizados. El tamaño de la muestra fue del 100 por ciento de las hojas de registros clínicos correspondiendo a 83 hojas y un total de 35 enfermeras que laboran en el servicio en los cuatro turnos.

El procedimiento se llevó a cabo durante cinco semanas, la primera semana se evaluaron 83 hojas de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería, manejadas en forma rutinaria. Durante tres semanas siguientes se aplicó una intervención educativa, que consistió en proporcionar capacitación sobre el manejo de las hojas de los registros clínicos de enfermería sobre cada uno de los aspectos que incluyeron la pulcritud y legibilidad. Posteriormente se evaluaron 83 hojas de registros clínicos de enfermería, el contenido de la hoja comprende 15 conceptos a evaluar, los que se calificaron como: excelentes 10 puntos, suficientes 8 puntos, insuficiente 5 puntos y no realizado 0.

La estrategia educativa se realizó diariamente una hora por turno y durante su jornada laboral previa autorización y presencia del personal directivo de enfermería. Dentro de los resultados se observó que antes de la intervención no existieron hojas evaluadas como excelentes, mientras que posterior a la estrategia educativa se evaluaron 31 hojas como excelentes, 39 hojas como suficiente y 13 insuficientes.

Respecto a los conceptos a evaluar previos a la estrategia educativa, sobresale la calificación de insuficiente los conceptos de: somatometría,

medidas asistenciales, respuestas y evolución, en más de 75 por ciento de las hojas de registros clínicos evaluadas, únicamente el concepto de signos vitales fue evaluado como excelente en el 58 por ciento de los registros. Los conceptos a evaluar posterior a la estrategia educativa prevaleció la calificación de insuficiente en el concepto de somatometría, en más del 90 por ciento de los registros. Los resultados obtenidos en las evaluaciones previas y posterior a la intervención educativa de la hoja de registros clínicos, tratamiento y observaciones de enfermería se evidenció, que los conceptos que en la preevaluación presentaron alto porcentaje en el parámetro de insuficiente, estos disminuyeron considerablemente con la estrategia educativa. Con la estrategia educativa implementada, se logró un avance importante en la calidad de las hojas de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería; ello se confirma con los resultados obtenidos, excelente y suficiente, por lo que se concluye que si es efectiva la asesoría y supervisión, si esta se realiza de forma periódica.

En lo que respecta a la Hoja de valoración de enfermería Estrada, (1996) realizó un estudio que tiene la finalidad de dar a conocer los resultados de la validación de la hoja de valoración, para identificar las respuestas humanas del paciente, se elaboró un formato con el objeto de mejorar la valoración e identificar las respuestas humanas, obtener datos precisos, evitar su dispersión, confusión y reducir el índice de error durante la etapa de recopilación de la información.

El estudio fue prospectivo, transversal, analítico y observacional, la población estuvo constituida por pacientes atendidos en las unidades de segundo nivel de un hospital de seguridad social, considerando criterios de

inclusión: pacientes con ingreso de 48 hrs. al hospital, mayores de 18 años, conscientes y capacidad de comunicarse. De los resultados obtenidos se comprobó la eficiencia que tiene la hoja de valoración durante el proceso de recopilación de datos del paciente en forma completa, se probó que utilizando dicho instrumento de valoración se evita la dispersión, pérdida y confusión de datos. Con la utilización del instrumento se facilita identificar los diagnósticos potenciales más que reales. La información que proporciona dicho instrumento brinda una perceptibilidad del individuo, observándose como un ser integral y único.

Por otra parte Rocha (1995) realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar el tipo de información que se refleja en las notas de enfermería, en una unidad de cuidados intensivos de una unidad hospitalaria privada de tercer nivel de atención. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal, se recopilaron las notas de enfermería del mes de febrero de 1995, obteniendo un total de 450, se tomó una muestra del 10 por ciento (45 notas de enfermería) y posteriormente se seleccionaron los componentes mínimos que se deben incluir al elaborar una de cada uno de los componentes de las notas, y los datos obtenidos se procesaron mediante la técnica de distribución de frecuencias.

Dentro de los resultados se encontró que el 62 por ciento de las notas de enfermería no registran las medidas indicadas por el equipo multidisciplinario, realizadas por el personal de enfermería; el 64 por ciento no registran las medidas indicadas por el médico y realizadas por la enfermera. El 82 por ciento no registran las medidas aplicadas por enfermería (actividades independientes). Un 96 por ciento registra el estado inicial del paciente al

recibirlo al turno anterior, sin embargo, un 84% registra la conducta presentada por el paciente durante el turno. Un 53% registra respuestas específicas del paciente al tratamiento proporcionado, y un 100% registra datos repetidos anotados en otros apartados.

Se concluye en este estudio, que las notas de enfermería como fuente de información para conocer las actividades que realiza el personal de enfermería no son suficientes ya que no registran la mayor parte de actividades y registran información repetida en otros apartados

2.4 Hipótesis de investigación.

Hipótesis alterna. El modelo de Virginia Henderson se correlaciona con los registros de enfermería.

Hipótesis nula . El modelo de Virginia Henderson no se correlacionan con los registros de enfermería.

Variable independiente: El modelo de Virginia Henderson.

Variable dependiente: La correlación registros de enfermería.

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1.1 Tipo de investigación:

El tipo de investigación fué de tipo prospectivo según la ocurrencia de los hechos y el registro de la información, y por el periodo y secuencia del estudio fué de tipo transversal, ya que la recolección de los datos se realiza en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo, y de evaluación, por el análisis de contenido que se realizó de los registros de enfermería.

3.1.2 Área de estudio:

El área de estudio se encontró limitada al hospital general de la Secretaria de Salud del Estado de Querétaro, y la unidad de análisis fueron los registros de enfermería de los turnos matutino, vespertino y nocturno del servicio de medicina interna.

3.1.3 Medición de Variables.

La variable independiente y dependiente se midió en un solo momento, y se realizó análisis de contenido de registros de enfermería.

3.2 Universo y Muestra.

El universo estuvo constituido por N= 1,350 registros de enfermería del servicio de medicina interna. Cabe destacar que este total se calculó considerando que en un día de estancia de cada paciente debe tener un registro por turno, esto se multiplicó por 15 camas censables, dando como resultado 45 registros en 24 horas y un total de 1350 en un mes.

La muestra se obtuvo tomando en cuenta un 95% de confianza, y un .05 de error que otorga el muestreo, y una proporción del factor de estudio en la población del 0.50. El muestreo fue aleatorio, con un total de 384 registros.

3.3 Criterios de inclusión.

1. Los registros de enfermería de pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital General del S.E.S.E.Q.
2. Registros de enfermería de pacientes a partir del segundo día de estancia hospitalaria en el servicio.
3. Registros de pacientes que no estaban dados de alta del servicio.

3.4 Criterios de exclusión

1. Registros de enfermería de pacientes de alta del servicio.
2. Registros de pacientes que ingresan en el momento de la recolección al servicio.
3. Registros de pacientes con un día de estancia hospitalaria.
4. Registros de pacientes que egresaron a otro servicio por alguna causa de tratamiento médico y que ingresan nuevamente al servicio.

3.5.- Métodos, técnica e instrumentos de recolección de datos.

Para recolectar la información de los registros se diseñó una guía de análisis estructurada con base en las necesidades básicas que se proponen en el modelo de Virginia Henderson. La guía de análisis se estructuró en 16 indicadores; 14 que corresponden a las necesidades mencionadas, una a los datos de identificación y otra más al proceso de enfermería. (Apéndice 2)

Los indicadores se clasificaron en: excelente, suficiente, insuficiente, deficiente, y no calificable de acuerdo con la evaluación de las variables de cada indicador. En concordancia con la escala de likert que se elaboró, se

determinaron categorías donde de acuerdo al porcentaje total de cumplimiento de las variables de cada indicador; las necesidades se ubicaron dentro de la categoría correspondiente a su porcentaje de realización.

Categoría	Porcentaje
Excelente	Mayor del 85%
Suficiente	Mayor de 75%
Insuficiente	Mayor de 50%
Deficiente	Menor de 25%
No calificable	Menor del 15%

3.6 Procedimientos.

Se solicitó autorización al Comité de investigación y ética del Hospital General de la S.E.S.E.Q. Una vez aprobada la autorización, se asistió al servicio de medicina interna del Hospital General de la S.E.S.E.Q. de lunes a viernes en un horario de 15:00 a 18:00 hrs, durante un mes.

Se recolectaron los registros que cubrían los criterios de inclusión, y aquellos que cubrían los criterios de exclusión no se recolectaban.

Se realizó la prueba piloto donde se evaluaron 31 registros, los resultados de esta prueba no generó modificaciones en la guía de análisis. Cabe destacar que los registros se transcribieron en computadora sin alterar ninguno de sus datos.

3.7 Análisis de resultados.

El análisis estadístico se realizó a través de análisis de distribución de frecuencias y se utilizó también la ponderación de las variables, en programa word y excel ; en la ponderación se asignó el valor de acuerdo al porcentaje de

intervención de cada variable dentro del indicador para su cumplimiento de cada necesidad.

3.8 Ética del estudio.

En lo que respecta a la ética, el estudio según el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para salud, referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se considera una investigación sin riesgos ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos, así como no se tratan aspectos sensitivos de la conducta.

Por otro lado siguiendo el artículo 21, del consentimiento informado se considere existente, enfatizando en la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se describen los resultados del manejo estadístico de los datos obtenidos en cada uno de los registros de enfermería analizados.

4.1.- El indicador de identificación de los registros; se compone de siete elementos, dentro de los cuales la que presentó un porcentaje del 100 %, fue la referente al nombre del paciente. Por otro lado, el elemento que presentó un alto porcentaje fueron: fecha, número de cama, servicio y diagnóstico. El correspondiente al de firma de la enfermera solamente se observó en un 79.39%, situación que es de llamar la atención, ya que el personal de enfermería es quién realiza los registros. Otra situación que influyó sobre el valor final; es la de nombre del médico tratante, que no estuvo presente en ningún registro; por lo que su porcentaje fue de cero. Este valor origina un desequilibrio, que al calificar el indicador el porcentaje final disminuye considerablemente aún existiendo indicadores que se cumplieron al 100 %. Al analizar la ponderación del indicador de identificación de registro se observa que el valor final de la ponderación es de un 65.93 por ciento, por lo que se califica a esta variable como insuficiente, no cumplir con un número mayor de elementos.

Cuadro 4.1.- Ponderación del Indicador de Identificación del paciente en los registros de enfermería.

Indicador	Elementos Del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la ponderación	Ponderación
Identificación de registro	Fecha	379	98.6%	5%	4.9%
	Nombre del paciente	384	100%	20%	20%
	No. de cama	349	90.88%	5%	4.54%
	Servicio	371	96.61%	10%	9.92%
	Diagnostico	319	83.07%	20%	16.60%
	Firma de la enfermera	278	72.39%	20%	14.48%
	Nombre del médico	0	0%	20%	0%
Total				100%	65.93%

Fuente: Registros de enfermería analizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General No.1. de la S.E.S.E.Q.

4.2.- En el cuadro No. 4.2 muestra los resultados del indicador del proceso de enfermería, se observan cinco elementos los cuales son: fase de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, los cuales tienen el mismo valor de ponderación (valor que se le asignó de acuerdo a la proporción de intervención del indicador). Dentro de estos elementos se observó, que el profesional de enfermería realiza sus actividades limitándose a la ejecución de las acciones de enfermería; ya que la variable alcanzó el 100 % , se encontró en todos los registros evaluados. Sin embargo la variable referente al diagnóstico no se encontró en ningún registro, por lo que el porcentaje fue de cero situación que repercute en la ponderación final del indicador. El elemento de valoración, se presento solamente en un 3.5 %. Por otro lado el elemento de planificación se encontró solamente en 5 registros, decreciendo en un 19.74 % otra elemento que origina decrezca el valor final de este indicador es lo referente a evaluación; se observó solamente en un 1.8 % de los registros. Lo que llama la atención es que existe personal de enfermería que cumple con estas etapas del proceso.

El proceso de enfermería es la base para la prestación de los cuidados y a las acciones que realiza el profesional de enfermería todos los días, así como para la organización del trabajo y la identidad profesional del personal de enfermería. El que se realice solamente una ejecución de las indicaciones médicas, nos traduce que el paciente no esta recibiendo una atención completa como sistema por parte de enfermería. El valor final de ponderación de este indicador proceso de atención de enfermería fue del 21.12 %, considerando este indicador deficiente.

Cuadro 4.2.- Ponderación del indicador del proceso de atención de Enfermería.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Proceso de atención de enfermería	Fase de valoración	10	3.5%	20%	0.50%
	Diagnóstico	0	0	20%	0
	Planificación	5	1.3%	20%	0.26%
	Ejecución	384	100%	20%	20%
	Evaluación	7	1.8%	20%	0.36%
Total				100%	21.12%

4.3.- En el cuadro No. 4.3 se observa el indicador de la necesidad de oxigenación, se conforma de siete elementos, de los cuales el de frecuencia respiratoria, fue el único elemento que se cumplió en un 100 %. Por el contrario el de menor porcentaje es el referente a la tos con una frecuencia de tres, y un valor de 0.78 %; lo que influye considerablemente en el evaluación.

En esta necesidad se observa que el profesional de enfermería solamente toma en cuenta la frecuencia respiratoria, en sus registros de enfermería, dejando a un lado como: amplitud el cual presento una frecuencia de 5; los ruidos con una frecuencia de 4; y lo referente a la ansiedad y estrés con una frecuencia de 15, la ventilación mecánica con una frecuencia de 29; mayor a los elementos anteriores.

Se observa en el mismo cuadro que se encontraron elementos que aunque se encontraron con una frecuencia mayor como son los del ritmo y alteración orgánica, no es suficiente para que el indicador alcance una calificación satisfactoria. La ponderación del indicador de la necesidad de oxigenación fue del 30.82 %, el cual se considera deficiente.

Cuadro 4.3.- Ponderación del indicador de la necesidad de oxigenación.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de oxigenación	Frecuencia	384	100%	20%	20%
	Ritmo	96	25%	15%	3.75%
	Amplitud	5	1.30%	5%	0.19%
	Ruidos	4	1.04%	5%	0.05%
	Tos	3	0.78%	10%	0.08%
	Alteración orgánica	104	27.08%	20%	5.42%
	Ventilación mecánica	29	7.55%	10%	0.75%
	Ansiedad o estrés	15	3.90%	15%	0.58%
Total				100%	30.82%

4.4- En el cuadro No. 4.4 se observa el indicador referente a la necesidad de alimentarse e hidratarse, es la necesidad, que permite al paciente evolucionar satisfactoriamente y renovar su energía. En este indicador se consideraron siete elementos, de los cuales el de mayor porcentaje es el elemento de: cantidad y calidad de líquidos y nutrimentos según la edad; con un porcentaje de 50 %; la frecuencia total de este indicador fue de 192 registros; y es de llamar la atención que este indicador en todos los casos se cumplía porque existía como indicación médica, no se encontró este registro en los restantes 192 registros, puesto que no se encontraba como indicación médica. Lo referente a especificar el método o sustituto para alimentarse e hidratarse, fue la que se encontró en el 33.8 % de los registros. El elemento de imagen corporal deseada por el paciente no se presentó en ningún registro; el de la capacidad de masticar y deglutir, es un elemento que a pesar de su alta importancia solamente se presentó en un 0.52 % de los registros.

El elemento referente a la alteración orgánica se presentó en el 11.4 % de los registros, y lo relacionado a la ansiedad solamente figuró en 5 registros. La ponderación final de este indicador fue del 19.35 por ciento, siendo un rubro deficiente al final de la evaluación.

Cuadro 4.4.- Ponderación del indicador de la necesidad de alimentarse e hidratarse.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de alimentarse e hidratarse	Capacidad de masticar o deglutir	2	0.52%	20%	0.10%
	Cantidad y calidad de líquidos y nutrimento según la edad	192	50%	20%	10%
	Alteración orgánica, equilibrio hormonal y enzimático	44	11.4%	20%	2.29%
	Especifica método sustituto	130	33.8%	20%	6.77%
	Ansiedad	5	1.30%	10%	0.13%
	Imagen corporal deseada	0	0	5%	0
	Repulsión a alimentos	5	1.30%	5%	0.07%
Total				100%	19.36%

4.5.- En el cuadro No. 4.5, muestra el indicador de la necesidad de eliminación y los cuatro elementos considerados, de los cuales el de mayor porcentaje fue el de capacidad de eliminación intestinal, urinaria y pérdidas insensibles, con un porcentaje de 93.2 %, porcentaje que favoreció a la evaluación final del indicador. Sin embargo el elemento de menor porcentaje dentro de los registros fue la de dependencia a laxantes o diuréticos con un 2.08 %.

Se puede observar que el profesional de enfermería, solamente se limita a registrar la eliminación intestinal, urinaria y pérdidas insensibles, cuando esta dentro de las indicaciones médicas, de otra forma se limita a colocar en este rubro solamente "Sí" o "No" según el caso. Por otro lado el elemento de hábitos de eliminación, se observo en 27 registros, así mismo el de ansiedad y estrés solamente presentó un porcentaje de 3.90 %. El valor final del indicador de necesidad de eliminación fue de 30.8 %, lo cual se considera deficiente.

Cuadro 4.5.- Ponderación del indicador de necesidad de eliminación.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Ponderación	Valor de la ponderación
Necesidad de eliminación	Capacidad de eliminación intestinal, urinaria, y pérdidas insensibles	358	93.2%	30%	27.96%
	Dependencia a laxantes o diuréticos	8	2.08%	25%	0.52%
	Ansiedad o estrés	15	3.90%	25%	0.98%
	Hábitos de eliminación	27	7.03%	20%	1.41%
Total				100%	30.87%

4.6.- En el cuadro No. 4.6, se observa el indicador de la necesidad de moverse y conservar buena postura y mantener una circulación adecuada; donde se contemplaron diez elementos a evaluar. El elemento que se presentó en el 100% de los registros, fue el de la tensión arterial y pulso, cifra que por el porcentaje en el que se presentó favoreció considerablemente el valor final del indicador. Por el contrario se observaron cuatro elementos que tuvieron un porcentaje de cero; y que fueron: alimentación rica en colesterol y sodio, estrés, sedentarismo y tabaquismo, cifras que contribuyen a que el valor final se observe reducido.

Las frecuencias bajas como el de la integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética, que solamente se presentó en 15 registros, el estado psicomotriz con una frecuencia de 13; la movilidad articular con 6 y finalmente los indicadores de tono muscular y ejercicio y postura habitual que se encontraron solamente en 1 registro cada una. El indicador de la necesidad de moverse, alcanzó valores que originaron que el valor final de esta necesidad fue del 16.28 %,el cual lo ubica como deficiente.

Cuadro 4.6.- Ponderación del indicador de la necesidad de moverse y conservar una buena postura y mantener una circulación adecuada.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Ponderación	Valor de la ponderación
Necesidad de moverse y conservar una buena postura y mantener una circulación adecuada	Tono muscular	1	0.26%	10%	0.03%
	Movilidad articular	6	1.56%	10%	0.16%
	Integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética	15	3.90%	15%	0.59%
	Estado psicomotriz	13	3.38%	15%	0.51%
	Estado de tensión arterial y pulso	384	100%	15%	15%
	Ejercicio y postural habitual	1	0.26%	5%	0.01%
	Alimentación rica en colesterol y sodio	0	0	15%	0
	Estrés	0	0	5%	0
	Sedentarismo	0	0	5%	0
	Tabaquismo	0	0	5%	0
Total				100%	16.30%

4.7.- El valor final de la ponderación del indicador de la necesidad de dormir y reposar fue del 9.36 por ciento. Por lo que se considera de No calificable. En el cuadro No. 4.7, se menciona el indicador correspondiente a la necesidad de dormir y reposar; donde se consideraron las diez elementos a evaluar; se observó que el elemento que presentó el más alto porcentaje fue el relacionado a la intimidad y tranquilidad con un 28.12 %, continuando en frecuencia el de falta de confort por enfermedad con un porcentaje de 26.04%; por otro lado los referentes a inquietud o miedo con 15.62 % , dolor o prurito con 14.84 % y la dependencia farmacologica con 7.81 %. Es de llamar la atención que se observaron elementos como el número de horas de reposo con una frecuencia de 5, tendencia al insomnio con una frecuencia de 2 y el indicador de sufrimiento moral que solamente se encontró presente en un registro de enfermería. Y el elemento con un valor de cero fue la del ruido, donde en ningún registro de enfermería apareció. El indicador de la necesidad de moverse, alcanzó valores que originaron que el valor final de esta necesidad fue del 16.28 %, el cual lo ubica como deficiente.

Cuadro 4.7.- Ponderación del indicador de la necesidad de dormir y reposar.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Ponderación	Valor de ponderación
Necesidad de dormir y reposar	Número de horas de reposo según la edad	5	1.30%	20%	0.26%
	Tendencia al insomnio	2	0.52%	10%	0.05%
	Dolor o prurito	57	14.84%	15%	2.23%
	Falta de confort por enfermedad	100	26.04%	10%	2.60%
	Estrés o ansiedad	5	1.30%	5%	0.07%
	Dependencia farmacologica	30	7.81%	15%	1.17%
	Inquietud o miedo	60	15.62%	10%	1.56%
	Sufrimiento moral	1	0.26%	5%	0.01%
	Ruido	0	0	5%	0
	Intimidad y tranquilidad	108	28.12%	5%	1.41%
Total				100%	9.36%

4.8.- En el cuadro No. 4.8, se observa el indicador de necesidad de vestirse y desnudarse, se evaluaron nueve elementos, de las cuales el que mejor porcentaje obtuvo con 92.18 %, fue la relacionada con el estado de conciencia y el de edad con un 72.65 %. Sin embargo, existieron elementos de valor de cero: preferencias de vestir, límites aportados a la religión y la gordura o embarazo, variables que al no ser registradas por el personal de enfermería reducen valor en la ponderación final de esta necesidad.

Se observaron elementos que presentaron un valor mínimo como: movilidad articular con un 2.08 %, tono muscular con un 0.52 %, ya que solamente se observó en dos registros de enfermería; la madurez psicomotriz y la fuerza física ambos con una frecuencia de tres y un porcentaje de 0.78 %. Estos elementos conjuntamente con las que obtuvieron valor de cero, se afectó en el valor final del indicador. El valor final del indicador de la necesidad de vestirse y desnudarse fue del 26.32 % por lo que se considera deficiente, es una necesidad no satisfecha por parte del paciente y por parte del personal de enfermería no se considera importante.

Cuadro 4.8.- Ponderación del indicador de la necesidad de vestirse y desnudarse.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de vestirse y desnudarse	Movilidad articular	8	2.08%	20%	0.42%
	Tono muscular	2	0.52%	10%	0.05%
	Edad	279	72.65%	10%	7.26%
	Madurez psicomotriz	3	0.78%	10%	0.08%
	Fuerza Física	3	0.78%	10%	0.08%
	Estado de conciencia	354	92.18%	20%	18.43%
	Preferencias de vestir	0	0	5%	0
	Limites aportados a la religión	0	0	5%	0
	Gordura o embarazo	0	0	10%	0
Total				100%	26.32%

4.9.- En el cuadro No. 4.9, se observa el indicador correspondiente a la necesidad de mantener la temperatura corporal en límites; se evaluaron tres elementos, de los cuales el correspondiente a la regulación térmica de los tegumentos fue la que se observó en el 100 % de los registros. El elemento que menor porcentaje obtuvo fue la que corresponde a la inflamación o infección con un 6.25 %; y por otro lado la variable de elevación térmica debida a estrés o nerviosismo solamente se observó en un 9.89 %. La ponderación final del indicador de la necesidad de mantener la temperatura corporal en límites normales fue del 40.14 %, lo cual sitúa a esta necesidad como deficiente.

Cuadro 4.9.- Ponderación del indicador de la necesidad de mantener la temperatura corporal en límites normales.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de mantener la temperatura corporal en límites normales	Regulación térmica de los tegumentos	384	100%	35%	35%
	Inflamación o infección	24	6.25%	35%	2.18%
	Elevación térmica debida a estrés o nerviosismo	38	9.89%	30%	2.96%
Total				100%	40.14%

4.10.- En el cuadro No. 4.10, se observa el indicador relacionado a la necesidad de estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos; se evaluaron siete elementos y el de mayor porcentaje de cumplimiento fue el del estado de conciencia el cual se presentó en 354 registros, con un porcentaje de 92.18 %, siguiendo el elemento referente a la integridad de tegumentos el cual se cumplió en un 65.62 %. Por otro lado se encontraron elementos que se presentaron con frecuencias mínimas como son : capacidad física con 8 y porcentaje de 2.08 %, madurez psicomotriz con frecuencia de 6 y porcentaje de 1.56 %, que nos indican que el personal de enfermería conoce este procedimiento pero no las menciona en sus registros. Por el contrario existieron los que no se observaron y que por ende permanecieron en cero; como fue la imagen de sí mismo y la educación. El valor final de la ponderación de este indicador de la necesidad de estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos, fue del 37.5 %; lo cual se considera como deficiente.

Cuadro 4.10.- Ponderación del indicador de la necesidad de estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de estar limpio y aseado y Proteger sus tegumentos	Capacidad física para atender a sus propios cuidados, movilidad y fuerza física.	8	2.08%	20%	0.42%
	Integridad de tegumentos	252	65.62%	20%	13.13%
	Madurez psicomotriz y envejecimiento	6	1.56%	15%	0.23%
	Estado de conciencia	354	92.18%	25%	23.04%
	Habitos personales de limpieza	17	4.42%	10%	0.44%
	Imagen de sí mismo	0	0	5%	0
	Educación	0	0	5%	0
Total				100%	37.26%

4.11.-. En el cuadro No. 4.11 se observa la necesidad de evitar peligros; se determinaron once elementos, dentro de estos elementos solamente el relacionado al estado de conciencia se cumplió en un 92.18 %, por el contrario se observaron elementos de valor cero en cuanto a su cumplimiento, como son: modificación del esquema corporal, auto mutilación, violación o malos tratos, alteración de la auto imagen e ideas suicidas, valores que disminuyen el valor final de la ponderación del indicador.

Por otro lado existieron elementos que obtuvieron una frecuencia baja, como son: medidas de control de infecciones que se observó en 25 registros, con un porcentaje de 6.51 %, así como la prevención de enfermedad y accidentes con un 4.94 %, infección y contaminación conjuntamente con el de limitaciones intelectuales ambos obtuvieron un 4.68 %, el elemento de límites sensoriales presentó un porcentaje del 4.42 %, y por último el relacionado a la organización sanitaria obtuvo un 0.52 %. De acuerdo a la ponderación final del indicador de la necesidad de evitar peligros se califica de No calificable por el porcentaje de 16.80 %.

Cuadro 4.11.- Ponderación del indicador de la necesidad de evitar peligros.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de evitar peligros	Limites sensoriales	17	4.42%	10%	0.44%
	Infección/contaminación	18	4.68%	15%	0.70%
	Prevención de la enfermedad y accidentes	19	4.94%	5%	0.25%
	Modificación del esquema corporal auto mutilación, violación o malos tratos.	0	0	5%	0
	Limitaciones intelectuales	18	4.68%	10%	0.47%
	Estado de conciencia	354	92.18%	15%	13.82%
	Predisposición a accidentes	9	2.34%	5%	0.09%
	Alteración de la autoimagen	0	0	5%	0
	Ideas suicidas	0	0	5%	0
	Medidas de control de infecciones	25	6.51%	15%	0.98%
	Organización sanitaria	2	0.52%	10%	0.05%
Total				100%	16.80%

4.12.- En el cuadro No. 4.12, se plantea el indicador de la necesidad de comunicarse con sus semejantes, se determinaron tres elementos; de los cuales el único que se presentó en un registro, fue el relacionado a la capacidad física de relacionarse con otros; con un porcentaje de 0.26 %, los otros dos correspondientes a integridad de los órganos sexuales y capacidad de procrear, así como perturbación emotiva permanecieron con valor de cero; valores que originaron que sea uno de los elementos de más bajo valor de ponderación final del indicador. El valor final de la ponderación del indicador de la necesidad de comunicarse con sus semejantes, fue de todas las necesidades que determina Virginia Henderson, la de valor más bajo con un 0.09 % lo cual la ubica de No calificable.

Lo que lleva a la conclusión de que la enfermera no toma en cuenta la existencia de esta necesidad y por consiguiente no la menciona en los registros que realiza el mismo personal de enfermería.

Cuadro 4.12.- Ponderación del indicador de la necesidad de comunicarse con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad) .

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencias	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de comunicarse con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)	Capacidad física para relacionarse con otros	1	0.26%	35%	0.09%
	Integridad de los órganos sexuales. Capacidad de procrear	0	0	35%	0
	Perturbación emotiva	0	0	30%	0
Total				100%	0.09%

4.13.- Para evaluar el indicador de la necesidad de preocuparse por su propia realización y conservar su propia autoestima, se estudiaron siete elementos, y de los resultados obtenidos para estos, se muestran en el cuadro No. 4.13; y de los cuales los referentes al estado de conciencia fue el de mayor porcentaje de un 92.18 % , ya que se encontró en 384 registros, por el contrario existieron elementos de valor de cero como: capacidad física, nivel de energía y fuerza física y deseo de realizarse, valores que influenciaron sobre el valor final del indicador.

Se mencionan dentro el cuadro elementos que se presentaron con frecuencias menores como: el dolor que se encontró en el 14.8 % de los registros, el referente a la integridad músculo esquelética y neurológica con 29 registros y el desarrollo intelectual solamente con un registro. El valor final de la ponderación del indicador de la necesidad de preocuparse por su propia realización y conservar su propia autoestima, se ubica dentro del rubro de deficiente por el porcentaje total del 22.19 %.

Cuadro 4.13.- Ponderación del indicador de la necesidad de preocuparse por su propia realización y conservar su propia autoestima.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de preocuparse por su propia realización y conservar su propia autoestima	Capacidad Física	0	0	15%	0
	Integridad músculo esquelética y neurológica	29	7.55%	20%	1.51%
	Nivel de energía y fuerzas físicas	0	0	10%	0
	Dolor	57	14.8%	15%	2.22%
	Desarrollo Intelectual	1	0.26%	10%	0.03%
	Estado de conciencia	354	92.18%	20%	18.43%
	Deseo de realizarse	0	0	10%	0
Total				100%	22.19%

4.14.- Para evaluar el indicador de la necesidad de practicar religión y actuar de acuerdo a sus creencias, en el cuadro No. 4.14 se determinaron seis elementos; el referente al estado de conciencia presentó un porcentaje de 92.18 %, este se encontró presente en 354 registros y fue el más alto en porcentaje. Por el contrario; el referente al alejamiento obtuvo un porcentaje de valor de cero, ya que no se encontró ningún registro enfermero que lo mencionara. El elemento sobre la enfermedad figuro en 16 registros, con un porcentaje de 4.16 %; el de debilidad alcanzó solamente el 1.56 %. Por otro lado; los de inmovilidad, y fase de adaptación que complementan la satisfacción de esta necesidad alcanzaron el valor de 0.26 %. Para el indicador de la necesidad de practicar religión y actuar de acuerdo a creencias y valores, el personal de enfermería no se percata de esta necesidad y por lo que la ignora. Basta observar el valor final de la ponderación del indicador el cual fue de 19.33 %, considerándose deficiente.

Cuadro 4.14.- Ponderación del indicador de la necesidad de practicar religión, actuar de acuerdo a creencias y valores.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de practicar religión actuar de acuerdo a creencias y valores.	Inmovilidad	1	0.26%	15%	0.04%
	Debilidad	6	1.56%	10%	0.16%
	Enfermedad	16	4.16%	15%	0.63%
	Estado de conciencia	354	92.18%	20%	18.43%
	Fase de adaptación a la enfermedad	1	0.26%	25%	0.07%
	Alejamiento	0	0	15%	0
Total				100%	19.33%

4.15.- Para evaluar esta necesidad en el cuadro No. 4.15 se evaluaron siete elementos; dentro de los cuales se observó que la de más alto porcentaje de cumplimiento es la de estado de conciencia con 92.18 %. Sin embargo se observó que existieron elementos cuyos porcentajes fueron de cero, como son los de soledad y el aislamiento físico. Dentro de estos dos extremos se ubican los del dolor con un porcentaje de 14.84 %, capacidad de movimientos con un 1.56 %, y el de integridad de los sentidos con 0.52%, el de espíritu lúcido solamente se presentó en un registro enfermero y su porcentaje fue de 0.26 %. En la ponderación final de este indicador, referente a la necesidad de recrearse, se clasificó como deficiente, por el valor final de 21.04 %.

Cuadro 4.15.- Ponderación del indicador de la necesidad de recrearse .

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de recrearse.	Capacidad de movimientos	6	1.56%	20%	0.31%
	Integridad de los sentidos	2	0.52%	10%	0.05%
	Dolor	57	14.84%	15%	2.22%
	Estado de conciencia	354	92.18%	20%	18.43%
	Espíritu lúcido	1	0.26%	10%	0.03%
	Soledad	0	0	10%	0
	Aislamiento físico	0	0	15%	0
Total				100%	21.04%

4.16.-Para evaluar el indicador de la necesidad de aprender en el cuadro No. 4.16 se mencionan los nueve elementos a evaluar. El elemento que se encontró realizado en su totalidad fue el de uso de medicamentos con un porcentaje del 100 %. Por otro lado existieron elementos que no se cumplieron y por tanto su valor es de cero; como son los de educación y la referente al periodo de adaptación de la enfermedad aguda. Intermedios a estos extremos se encontraron elementos como el dolor el cual presentó un porcentaje de 14.84 %; la capacidad funcional del cerebro se observó en un 13.28%. Los más bajos de porcentaje fueron: la enfermedad aguda con un 5.98%, senilidad con 3.90%, ansiedad con 2.08 %y por último la capacidad intelectual con 1.04 %.

Cuadro 4.16.- Ponderación del indicador de la necesidad de aprender.

Indicador	Elementos del indicador	Frecuencia	Porcentaje	Valor de la Ponderación	Ponderación
Necesidad de aprender.	Capacidad funcional del cerebro	51	13.28%	15%	1.99%
	Uso de medicamentos	384	100%	15%	15%
	Senilidad	15	3.90%	15%	0.58%
	Enfermedad aguda	23	5.98%	10%	0.59%
	Dolor	57	14.84%	15%	2.22%
	Capacidad intelectual	4	1.04%	5%	0.05%
	Ansiedad	8	2.08%	10%	0.20%
	Educación	0	0	5%	0
	Periodo de adaptación de la Enfermedad aguda	0	0	10%	0
Total				100%	20.63%

4.17.- En el cuadro No. 4.17 se observa la escala de categorías del total de necesidades en cuanto a su cumplimiento se ubicaron en el 75 % ,dentro del rubro de deficiente, la cifra es de llamar la atención porque ninguna de las necesidades se satisface de forma adecuada, y por tanto el personal de enfermería no esta registrando sus acciones en base a las necesidades determinadas por Virginia Henderson. Cabe señalar que el 19 %se ubico dentro de lo no calificable por el porcentaje tan bajo que se obtuvo y dentro de este parámetro se ubicaron: la necesidad de dormir y reposar, la necesidad de evitar peligros y la necesidad de comunicarse. El restante 6 % resulto como insuficiente.

Las categorías de excelente y suficiente no aparecieron al final de las evaluaciones de los registros de enfermería.

Lo anterior no lleva a concluir, que el personal de enfermería esta realizando registros de enfermería deficientes, que realmente no están reflejando que necesidades tiene el paciente y que acciones la enfermera esta realizando para satisfacer esas necesidades. Otro punto importante; es que con unos registros deficientes, el grupo multidisciplinario que atiende al paciente no cuenta con base para retomar más que los signos vitales y en forma muy aislada conocer un balance hídrico.

Cuadro 4.17.- Clasificación de los registros de enfermería con base en el porcentaje de cumplimiento de cada indicador.

Categoría	Porcentaje
Deficiente	75%
Insuficiente	6%
No calificable	19%
Excelente	0%
Insuficiente	0%

DISCUSION

De las variables que se analizaron en el contenido de los registros de enfermería, se encontraron hallazgos que concuerdan con Carpenito (1994), quién menciona que por desgracia la mayoría de los hospitales y demás centros no han examinado seriamente lo que hace falta en el registro. Desafortunadamente los diferentes departamentos de enfermería públicos no establecen políticas concretas para la elaboración del registro, por lo que el registro puede efectuarse con la norma de otra institución de salud o solamente con el testimonio experto. Por otra parte no se cumple con lo establecido en la Norma oficial NOM – 168- SSA 1 – 1998, donde se establece que todo expediente clínico deberá conservarse por un periodo mínimo de 5 años, prueba de ello ese refleja que aun teniendo una muestra, no fue posible llevar a cabo el muestreo planeado, ya que se encontró que las hojas de Enfermería en el momento de la recolección eran desechadas y por ende existió la necesidad de plantear un muestreo por conveniencia según se estaban presentando los registros, pues se careció de registros de enfermería anteriores.

Asi mismo Romero (2000) , menciona que una vez que se inicia la etapa de ejecución dentro del proceso de enfermería, la documentación de enfermería, se concentra en el registro de las intervenciones, tomando un carácter legal; y es el instrumento administrativo donde se describen los acontecimientos que tienen lugar al complementar las intervenciones, también conocidas como los registros de enfermería.

La documentación de enfermería precisa y consistente es la clave para determinar lo que le ha sucedido al paciente, y sin esta documentación la

evaluación es imposible, así como también el proceso de enfermería no se realiza. Por otro lado se encontró discrepancia con García (1997) donde sus recomendaciones para la realización de los registros no se encontraron en ningún registro de los analizados en el estudio. Las recomendaciones son: Realizar las anotaciones con letra clara y legible, llenar el encabezado con tinta azul o color acostumbrado en la institución, reportar las necesidades identificadas, la atención proporcionada y el estado del paciente; firmar las anotaciones con nombre completo y firma, las anotaciones serán precisas, breves y ordenadas; identificación del paciente en todas las hojas utilizadas.

Virginia Henderson en su modelo conceptual considera a la enfermera como la mayor autoridad de los cuidados básicos de enfermería; y en su modelo abarca todas las posibles funciones de la enfermera y ve como función principal la de suministradora directa de asistencia al paciente.

Se encontró incompatibilidad en los estudios de Martínez (1996) donde planteó elaborar una hoja de registros de enfermería siguiendo el modelo de Virginia Henderson y Torralbas (1994) que ejecutó un sistema informatizado basado en el proceso de enfermería según el modelo de Virginia Henderson, tal incompatibilidad radicó en que en las instituciones de salud pública, no existen estudios de elaboración de algún registro de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson o en algún otro modelo teórico, de los registros de enfermería.

Los resultados también tuvieron congruidad con Castro (1998) quién evaluó la calidad de los registros de enfermería y observó que antes de la intervención educativa no existieron hojas de enfermería evaluadas como excelentes,

mientras que posterior a la estrategia educativa, se evaluaron 31 hojas como excelentes y solamente 13 insuficientes; de un total de 83 hojas de registros clínicos. Previamente a la estrategia educativa únicamente el concepto de signos vitales fue evaluado como excelente en el 58 por ciento de los registros. Finalmente la investigación de Rocha (1995) se correlaciona con los resultados obtenidos en este estudio, donde su objetivo dentro de investigación fue identificar el tipo de información que reflejan las notas de enfermería, en los resultados se obtuvo que el 62 % de las notas de enfermería no registran las medidas indicadas por el equipo multidisciplinario y realizadas por el personal de enfermería; el 64 % no registran las medidas indicadas por el medico y realizadas por la enfermera, y el 82 % no registran las medidas aplicadas por enfermería. Un 96 % registra el estado inicial del paciente al recibirlo del turno anterior, el 84 % registra la conducta presentada por el paciente durante el turno, un 53 % registra respuestas específicas del paciente al tratamiento proporcionado y un cien por ciento registra datos repetidos en otros apartados. Con base en los resultados de análisis hasta aquí presentados, se puede afirmar que hay evidencias para aceptar la hipótesis nula que expresa: “ Los registros de enfermería no se correlacionan con el modelo de Virginia Henderson.”

No encontrando argumentos para aceptar la hipótesis alterna enunciada: “Los registros de enfermería se correlacionan con el modelo de Virginia Henderson.”

CAPITULO V

CONCLUSIONES.

Con base en los resultados obtenidos en este estudio se llego a las siguientes conclusiones:

- 1.- En lo que respecta a la correlación de los registros de enfermería con base en la ponderación de las variables y el modelo de Virginia Henderson no existe correlación por lo que se acepta la hipótesis No. 2.
- 2.- En el indicador de Proceso de enfermería el cien por ciento de los registros evaluados, se ubican dentro de la fase de ejecución; las fases de valoración, diagnóstico, planificación y evaluación , se consideran incalificables por presentar una cifra menor del 10 porciento.
- 3.- El único indicador evaluado con un 65 por ciento fue el de la identificación del registro, y dentro de este la única variable que se presentó en un cien por ciento fue la del nombre del paciente.
- 4.- La necesidad con más bajo porcentaje es la de comunicarse con sus semejantes, situación preocupante, ya que la comunicación es esencial para el equilibrio del ser humano y permite entrar en relación con el prójimo e intercambiar sentimientos, opiniones, experiencias e información.

RECOMENDACIONES

Con base en los resultados del estudio, a continuación se presentan algunas recomendaciones:

- 1.- Realizar estudios de investigación en las instituciones de salud públicas sobre la calidad de los registros de enfermería, y sobre la implementación de la documentación de enfermería basada en un modelo teórico.
- 2.- Establecer programas de educación continua en las instituciones de salud sobre la actualización del proceso de enfermería.
- 3.- Observar la normativa en cada uno de las instituciones de salud para la elaboración de los registros de enfermería basada en un fundamento teórico, e implementar orientación continua sobre las implicaciones legales de los registros de enfermería en las instituciones de salud.

Literatura citada

- Alfaro – Lefevre Rosalinda (1996). Aplicación del proceso de enfermería. Tercera edición. Editorial Mosby. Madrid, España.
- Camacho O.A., Llanes M. E. 1998. Informe de enfermería al alta. En: Rev. Rol de enfermería. No. 235. Marzo. Pág. 17.
- Carpetino L.J.1994.Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Segunda edición. Ed. Interamericana Mc-Graw – Hill.
- Castro M. A. N., Alvarez E. V.,Arias V. R., Botello Z, Niehus V. E. D. Vázquez A. G.1998. Calidad de los registros clínicos de enfermería. En: Rev. Desarrollo científico de enfermería. Vol.6. No. 2. Marzo Pág. 41.
- Ehrenberg, Ana, RN. 1996. Nursing Documentation In patient records. _Journal of Advanced Nursing. Volume 24 (4) October. Pp. 853 - 867
- Estrada A. S., De la Cruz R. C., Nol S. V., Rivadeneira B., Solorio M. G.1996. Hoja de valoración de enfermería. En: Rev. Desarrollo científico de Enfermería. Vol. 4. No. 5 mayo.Pág. 15
- García C. S., Piñón P. M..1994 ¿Porqué no siempre funciona el P.A.E.? En: Rev.Rol de enfermería. No.195.Noviembre. Pág. 63
- García Gonzalez Ma. De Jesús.1997. El Proceso de Enfermería Y el Modelo de Virginia Henderson. Primera Edición. Editorial Progreso,S.A.. México, D.F.
- Guzmán. Villalva Alejandra, Tonís Mayen Alicia. 2001. Aspectos éticos y legales en la práctica de enfermería. Rev. Desarrollo Científico de enfermería. Vol. 9. No. 8 Septiembre 2001. Pág. 246

Henderson, Virginia A. AM, RN. 1994. La naturaleza de la enfermería. Primera Edición. Editorial Interamericana McGraw – Hill. Madrid, España.

Instituto Nacional de Cancerología de México. Evaluación del expediente clínico. Enero 1994.

Ibarra Castañeda Ma. Guadalupe; Yarza Solorzano Ma. Elena. 1999. Modelo de Atención de Enfermería del Grupo Angeles. En Rev. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 7 No. 7, Agosto. México, D.F. Pág. 200.

Instituto Mexicano del Seguro Social. 1986. Instructivo de Operación de la Forma registros clínicos tratamientos y observaciones de enfermería.

Itzar Alfambra Montelongo, Alonso Díaz Monserrat, Rodríguez Marzo Andrés, Ramos Caler Enrique. 1999. Informe de alta de Enfermería. En: Rev. Desarrollo científico de Enfermería. Vol. 7 No. 6 Julio. Pág. 175 Científico de Enfermería.

Iyer W. Patricia., Taptich J. Bárbara., Bemocchi – Losey Donna (1989). Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. Primera edición. Editorial Interamericana McGraw – Hill. México, D.F.

Iyer W. Patricia, Taptich J. Bárbara, Bemocchi Donna. (1993) Proceso de Enfermería y diagnósticos de Enfermería. Segunda Edición. Editorial Interamericana MacGraw – Hill. Madrid, España.

Marriner – Tomey A. 1994.. Modelos y teorías de enfermería. Cuarta edición. Editorial Mosby / Doyma. Madrid , España .

- Martínez P. J., Reyes . C.,1996. La importancia de registrar en un ABS. En:
Rev. Rol de enfermería no. 215-216. Julio-Agosto .
- Ostiguin Melendez R.M.2001. Método de trabajo enfermero y la Filosofía de Virginia Henderson. En: Rev. Desarrollo Científico de Enfermería Vol.9
No. 4. Mayo. Pág. 111
- Ostiguin Melendez R.M. 2001. Teorías de Enfermería. En : Rev. Desarrollo Científico en Enfermería Vol. 9 No. 1 Enero – Febrero. Pág. 13.
- Perea Martínez I., Reyes Cruz C., Tosquella i Babiloni R. La importancia De registrar en un ABS. En: Rev. Roll No. 215 – 216 Julio – Agosto
Pág. 13
- Polit – Hungler. 1997.Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta edición. Editorial McGraw – Hill Interamericana. México D.F.
- Phaneuf M. (1993). Cuidados de Enfermería. El Proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana McGraw – Hill. Madrid, España.
- Phaneuf M. (1999) La planificación de los cuidados enfermeros. Primera edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México D.F.
- Pineda, E.B., Alvarado E.L. de , Canales F.H. de. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda edición. Editorial O.M.S. , O.P.S. Washington , D.C. 20037 E.U.A.
- Rasmussen, N. RN., GENGLER Tim RN.,1994. El camino hacia una mejor comunicación. En Rev. Nursing. Octubre . Barcelona, España. Pág. 21.
- Riu i Camps Marta, Villares García Jesús, Castells i Oliveres Xavier, Gili i Ripoli Pepa. 1996. Producto Enfermero. En: Rev. Roll No. 220. Diciembre.
- Rojas Soriano Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. Edición 30ª.

Editorial Plaza y Valdes. México , D.F. 1998.

- Romero Ojeda Mario. 2000. El proceso enfermero. En : Rev. Desarrollo científico de enfermería. Mexico, D.F. Vol. 8, No. 6 Julio. Pág. 173
- Santo Tomás P. M..1994. Proceso de Atención de Enfermería: ¿Sí o no?. En Rev. Rol de enfermería. No. 196. Diciembre.Pág. 133
- Sastre S. R., Saricibar R. M. M. I.,1997. Estandarizar los cuidados. En: Rev. Rol de enfermería No. 227-228. Julio-Agosto. Pág. 23
- Serrano S. R., Saracibar R. M. I.1994. ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de enfermería. En Rev. Rol de enfermería No. 191-192. Julio-Agosto 1994. Barcelona, España. Pág. 33
- Torralbas O. J.1997. Sistemas informáticos en los registros de enfermería. En Rev. Rol de enfermería. No. 222 Febrero 1997. Año XX. Pág. 17
- Wesorick. 1993. Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Primera edición. Editorial Doyma. Barcelona, España.

APENDICES

APENDICE 1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL
CONCEPTO	Representación simbólica de las cosas o hechos que componen los fenómenos. (Marriner -Tomey 1994.a)	Correspondencia conceptual.	Representaciones abstractas del mundo real que refleja la propia referencia del modelo de la teoría de Virginia Henderson.
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA	Método sistemático y organizado de administración de cuidados de enfermería individualizado que se centra en la identificación y tratamiento, las respuestas del paciente con alteraciones de la salud. (Rosalinda Alfaro 1993.a)	<p>Valoración.</p> <p>Diagnóstico.</p> <p>Planificación.</p> <p>Ejecución.</p>	<p>Recabar información necesaria para determinar el estado de salud del paciente.</p> <p>La examinación de cada una de las necesidades básicas según Virginia Henderson.</p> <p>Es el desarrollo de un plan de acción que incluye el registro de los cuidados y órdenes médicas.</p> <p>Realización de las actividades planeadas.</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL
NECESIDAD	Situación en la que el paciente o cliente carecen de algún elemento para la conservación de la vida que conlleva especial riesgo o peligro y que requieren de acciones en un solo sentido para su solución.	<p>Evaluación.</p> <p>Necesidad de oxigenación.</p> <p>Necesidad de nutrición e hidratación.</p> <p>Necesidad de eliminar desechos corporales.</p>	<p>Etapa final donde se decide si el plan ha sido efectivo o hay que hacer cambios.</p> <p>Función mediante el organismo absorbe del exterior el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida. Consta de inspiración y espiración. La frecuencia normal de un adulto es de 16 a 20 respiraciones por minuto.</p> <p>Son los requerimientos de sustancias nutritivas y el equilibrio hídrico que corresponden al gasto energético de cada persona según su estado de salud.</p> <p>Función del organismo de desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como de elementos no utilizables. Defecación, heces fecales, así como la diuresis la cual se mantendrá normal de .5 ml x kg de peso por hora.</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL
		<p>Necesidad de conservar la temperatura corporal en limites normales.</p> <p>Necesidad de dormir y descansar adecuadamente.</p> <p>Necesidad de seguridad para mantener la salud y la vida.</p> <p>Necesidad de conservar la integridad de la piel.</p> <p>Necesidad de moverse y mantener buena postura.</p>	<p>La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado, y este grado de calor va a resultar del equilibrio entre el calor producido por el medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, respiración y excreción. Lo normal es de 36.5 a 37 ° C.</p> <p>Estado de relajación del individuo de bienestar emocional y comprende un estado libre de estrés o ansiedad. Lo normal es de 6 a 8 horas de descanso.</p> <p>Ausencia de práctica de medidas para evitar riesgos de enfermedad o morir.</p> <p>Déficit de la higiene personal que conlleve a alto riesgo de lesión en la piel.</p> <p>Deterioro de la movilidad física que conlleve a disreflexia o aun alto riesgo de un síndrome de desuso.</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL
		<p>Necesidad de vestirse y desvestirse.</p> <p>Necesidad de expresar sus emociones, necesidades, temores u opiniones.</p> <p>Necesidad de sexualidad y reproducción.</p> <p>Necesidad de aprender descubrir o satisfacer su curiosidad de un desarrollo normal y a la salud, y a usar las instalaciones sanitarias disponibles.</p>	<p>Incapacidad para vestirse por alteraciones de la imagen corporal o tener alguna incapacidad para realizarlo.</p> <p>Ausencia de mecanismos por medio de los cuales una persona se relaciona con otras personas originado por alteraciones físicas, fisiológicas o emocionales.</p> <p>Ausencia de la capacidad de gozar y controlar su conducta sexual y de reproducción acuerdo a una ética personal y social, que esta afectada por procesos biológicos, psicológicos, sociales o espirituales.</p> <p>Ausencia de conocimientos de su enfermedad o sobre su salud por ignorancia y desatención por parte del personal de salud que lo atiende.</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL
		<p>Necesidad de participar en actividades recreativas.</p> <p>Necesidad de vivir según creencias y valores.</p> <p>Necesidad de logro.</p>	<p>Ausencia de actividades recreativas, sociales y ocupacionales que provocan aislamiento social.</p> <p>Ausencia de posibilidad espiritual de acuerdo a sus creencias.</p> <p>Ausencia de autorealización a causa de disminución de sus capacidades por su estado de salud desequilibrado, por la enfermedad.</p>

APENDICE 2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO FACULTAD DE ENFERMERÍA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

GUIA DE OBSERVACION PARA EL ANALISIS DE CONTENIDO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

No. de registro: _____

INDICACIONES

La presente guía de observación, se realizó en base a las necesidades del modelo teórico de Virginia Henderson, y muestra una escala de medición de los registros de enfermería que los califica **EXCELENTE, SUFICIENTE, INSUFICIENTE** respecto a lo que el profesional de enfermería debe anotar en los registros si detecta la necesidad.

Aspecto a evaluar	Excelente	Suficiente	Insuficiente	Puntuación
Identificación de los registros	Fecha Nombre del paciente No. de afiliación No. de cama Servicio Diagnóstico Firma de la enfermera Nombre del médico.	Fecha Nombre del paciente No. de cama Diagnóstico Firma de la enfermera	Fecha Nombre del paciente Diagnóstico.	

ASPECTO A EVALUAR	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	
Proceso atención de enfermería.	El registro cuenta con : Fase de valoración Fase de diagnóstico Fase de planificación Fase de ejecución Fase de evaluación.	Fase de diagnóstico Fase de ejecución Fase de evaluación.	Fase de ejecución.	
Necesidad de oxigenación	El registro muestra: ✓ Frecuencia Ritmo Amplitud Ruidos Respiratorios Tos ✓ Alteración orgánica. Ventilación mecánica . parámetros ✓ Ansiedad o estrés.	✓ Frecuencia Ritmo Tos ✓ Alteración orgánica. Ventilación mecánica. ✓ Ansiedad o estrés.	✓ Frecuencia ✓ Alteración orgánica	
Necesidad de alimentarse e hidratarse	El registro muestra: ✓ Capacidad de masticar, deglutir. ✓ Calidad y cantidad de los líquidos y nutrimento según las necesidad del pte. ✓ Alteración orgánica, equilibrio hormonal y enzimático. Especifica el método sustituto. ✓ Ansiedad,	✓ Capacidad para deglutir y masticar. ✓ Cantidad de alimentos ingeridos ✓ Alteración orgánica. Especifica el método sustituto de alimentarse . ✓ Repulsión a alimentos.	✓ Cantidad de alimento ingerido. ✓ Existe algún método sustituto.	

ASPECTO A EVALUAR	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	PUNTUACION
	Imagen corporal deseada. Repulsión a alimentos.			
Necesidad de eliminar	El registro muestra : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de eliminación, intestinal, urinaria, pérdidas insensibles. ✓ Dependencia a laxantes o diuréticos. ✓ Ansiedad o estrés. ✓ Hábitos de eliminación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de eliminación intestinal, urinaria y de pérdidas insensibles. ✓ Dependencia a laxantes y diuréticos 	Se muestra solamente la capacidad de eliminación intestinal y urinaria.	
Necesidad de moverse y conservar una buena postura y mantener una circulación adecuada.	El registro muestra: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tono muscular, movilidad articular, integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética estado psicomotor. Estado de tensión arterial y pulso. ✓ Ejercicio y postura habitual. ✓ Alimentación rica en colesterol y sodio. ✓ Estrés, sedentarismo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tono muscular, movilidad articular, integridad cardiovascular, nerviosa y psicomotor. estado de la tensión arterial y pulso. ✓ Ejercicio y postura habitual. ✓ Estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tono muscular, movilidad articular, integridad cardiovascular. 	

ASPECTO A EVALUAR	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	PUNTUACIÓN
Necesidad de vestirse y desnudarse.	<p>El registro menciona :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Movilidad articular, tono muscular, edad, madurez psicomotriz. ✓ Fuerza física. ✓ Estado de conciencia ✓ Preferencias de vestir ✓ Límites aportados por la religión ✓ Gordura o embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Movilidad articular, edad, madurez psicomotriz. ✓ Fuerza física ✓ Estado de conciencia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Fuerza física ✓ Estado de conciencia 	
Necesidad de dormir y reposar	<p>En el registro se encuentra :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de horas de reposo según la edad. ✓ Tendencias al insomnio ✓ Dolor o prurito ✓ Falta de confort por enfermedad. ✓ Estrés o ansiedad. ✓ Dependencia farmacológica ✓ Inquietud y miedo ✓ Sufrimiento moral, ruido ✓ Intimidad y tranquilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de horas de reposo. ✓ Tendencia al insomnio. ✓ Dolor o prurito ✓ Dependencia farmacológica. ✓ Estrés o ansiedad ✓ Inquietud o miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de horas de reposo. ✓ Insomnio ✓ Dependencia farmacológica. 	

ASPECTO A EVALUAR	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	PUNTUACIÓN
Necesidad de mantener la temperatura corporal en límites normales.	<p>En el registro se observa :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Regulación térmica de los tegumentos. ✓ Inflamación o infección. ✓ Elevación térmica debida a estrés o nerviosismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regulación térmica de los tegumentos. ✓ Inflamación o infección 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regulación térmica de los tegumentos. 	
Necesidad de estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos.	<p>Se observa en el registro :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad física para atender a sus propios cuidados, movilidad y fuerza física. ✓ Integridad de tegumentos ✓ Madurez psicomotriz y envejecimiento. ✓ Estado de conciencia ✓ Hábitos personales de limpieza ✓ Imagen de si mismo ✓ Educación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad física para atender sus propios cuidados. ✓ Movilidad física. ✓ Envejecimiento ✓ Hábitos personales de limpieza ✓ Estado de conciencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad física de atender sus propios cuidados. ✓ Estado de conciencia. 	

ASPECTO A EVALUAR	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	PUNTUACION
Necesidad de evitar peligros.	<p>Se observa en el registro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Límites sensoriales ✓ Infección / contaminación. ✓ Prevención de la enfermedad y accidentes ✓ Modificación del esquema corporal: automutilación, violación o malos tratos. ✓ Limitaciones intelectuales ✓ Estado de conciencia ✓ Predisposición de accidentes ✓ Alteración de la autoimagen ✓ Ideas suicidas ✓ Medidas de control de infecciones ✓ Organización sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Límites sensoriales ✓ Infección / contaminación ✓ Modificación del esquema corporal ✓ Limitaciones intelectuales ✓ Predisposición de accidentes ✓ Control de infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Límites sensoriales ✓ Límites intelectuales 	

ASPECTO A EVALUAR	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	PUNTUACION
Necesidad de comunicarse con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)	Se observa en el registro: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad física para relacionarse con los otros ✓ Integridad de los órganos sexuales. Capacidad de procrear ✓ Perturbación emotiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad física para relacionarse con los otros. ✓ Integridad de órganos sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad física de relacionarse con otros. 	
Necesidad de practicar religión, actuar de acuerdo a creencias y valores	Se observa en el registro : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inmovilidad ✓ Debilidad ✓ Enfermedad ✓ Estado de conciencia ✓ Fase de adaptación a la enfermedad ✓ Alejamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inmovilidad ✓ Estado de conciencia ✓ Alejamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedad ✓ Fase de adaptación a la enfermedad. 	
Necesidad de preocuparse por su propia realización y conservar su propia estima.	Se observa : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad física ✓ Integridad musculoesquelética y neurológica. ✓ Nivel de energía y fuerzas físicas. ✓ Dolor ✓ Desarrollo intelectual ✓ Estado de conciencia ✓ Deseo de realizarse 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad física e integridad musculoesquelética y neurológica. ✓ Dolor ✓ Estado de conciencia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad física e integridad musculoesquelética ✓ Dolor. 	

ASPECTO A EVALUAR	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	PUNTUACIÓN
Necesidad de recrearse.	<p>Se observa en el registro :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de movimientos ✓ Integridad de los sentidos ✓ Dolor ✓ Estado de conciencia ✓ Espíritu lúcido ✓ Soledad ✓ Aislamiento físico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de movimientos. ✓ Integridad de los sentidos ✓ Dolor ✓ Estado de conciencia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de movimientos. ✓ Dolor 	
Necesidad de aprender.	<p>Se observa en el registro :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad funcional del cerebro ✓ Uso de medicamentos ✓ Senilidad ✓ Enfermedad aguda ✓ Dolor. ✓ Capacidad intelectual ✓ Ansiedad ✓ Educación ✓ Período de adaptación de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad funcional del cerebro ✓ Uso de medicamentos ✓ Enfermedad aguda ✓ Dolor ✓ Ansiedad ✓ Adaptación de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad funcional del cerebro ✓ Usi de medicamentos 	

APENDICE 3

GLOSARIO

Diagnóstico: Etapa del proceso de enfermería donde se lleva a cabo la examinación de cada una de las necesidades básicas para determinar la priorización de las necesidades del paciente.

Documentación de Enfermería: Conjunto de documentos que redacta la enfermera que se refieren al estado y a la evolución de la persona cuidada, así como los cuidados que se le dispensan.

Ejecución: Etapa del proceso de enfermería donde se llevan a cabo todas acciones planificadas y se evalúan con el fin de retroalimentar el proceso.

Enfermera: Profesional de la salud independiente capaz de elaborar juicios independientes, manteniendo una relación de interdependencia con otros profesionales de la salud, y quien siempre tiene la meta de que el paciente debe ir recuperando su independencia.

Necesidad: Situación en el que el paciente o cliente carecen de algún elemento para la conservación de la vida que conlleva especial riesgo o peligro y que requiere de acciones en un solo sentido para su solución.

Proceso de Enfermería: Método mediante el cual se aplica un marco teórico a la práctica de enfermería. Además que es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere de unas capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del cliente / familia.

Planificación: Es la etapa de desarrollo de un plan de acción que incluye el registro de los cuidados y órdenes médicas.

Registro de Enfermería: Documento administrativo, elemento de la documentación de enfermería, y se utiliza como guía que garantiza la continuidad de los cuidados, y le permite plasmar por escrito las actividades que lleva a cabo en las diferentes etapas del proceso de enfermería respecto al cliente / paciente a quién se le brindan los cuidados. Documento legal que avala el ejercicio profesional de la enfermera y las acciones realizadas al paciente.

Valoración: Etapa inicial del proceso de enfermería donde se recaba información necesaria para determinar el estado de salud del paciente.