

**VALIDACIÓN CLINICA DE UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA EN
NEONATOLOGÍA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ**

MARIA DEL PILAR RIVERA PARRA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACIÓN DE LA ANTENCION DE ENFERMERIA
EN CUIDADO CRITICO
BUCARAMANGA
2004**

**VALIDACIÓN CLINICA DE UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA EN
NEONATOLOGÍA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ**

MARIA DEL PILAR RIVERA PARRA

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en atención de Enfermería en Cuidado Crítico**

**Director:
LUIS CARLOS OROZCO
Medico Epidemiologo**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACIÓN DE LA ANTENCION DE ENFERMERIA
EN CUIDADO CRITICO
BUCARAMANGA
2004**

CONTENIDO

	pág
PREGUNTA	1
1. JUSTIFICACION	2
2. OBJETIVO	4
3. MARCO TEORICO	5
3.1.VALORACION	5
3.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	7
3.3. PLANIFICACION	8
3.4. EJECUCION	8
3.5. EVALUACION	8
4. METODOLOGIA	16
4.1.TIPO DE DISEÑO	16
4.2.POBLACION	16
4.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	17
4.4. VARIABLES	17
4.4.1. Patrón respiratorio ineficaz	18
4.4.2. Disminución del coeficiente inspiración/expiración	18

	pág
4.4.3. Uso de músculos accesorios para respirar	18
4.4.4. Frecuencia respiratoria aumentada	18
4.4.5. Respiración con los labios fruncidos	19
4.4.6. Movimiento torácico asincrónico	19
4.4.7. Alteraciones en la pulsoximetría	19
4.5. ANALISIS	19
5. RESULTADOS	21
6. CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	28

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Formato de Evaluación	pág. 27
--------------------------------	------------

RESUMEN

TITULO: VALIDACION CLINICA DE UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ.*

AUTOR: RIVERA PARRA, María del Pilar**

PALABRAS CLAVES: Validación clínica, Diagnóstico de Enfermería, Método de Fehring.

DESCRIPCIÓN O CONTENIDO

La validación clínica de un diagnóstico de enfermería, es de vital importancia, por que brinda una base conceptual a los diagnósticos y mide la intensidad con la que éstos reflejan realmente las respuestas del paciente. Se aplicó el método de Fehring para la validación clínica.

Dos enfermeras expertas valoraron simultáneamente la presencia o ausencia de las características definitorias: movimiento torácico asincrónico, frecuencia respiratoria aumentada, respiración con labios fruncidos, alteración en la relación I/E, uso de músculos accesorios; se adicionó alteración en la pulsoximetría. La muestra la constituyó recién nacidos ingresados en la unidad de neonatología de la Clínica Materno Infantil San Luis. Se aplicó la formula de Fehring en donde razones mayores o iguales de 0.8 correspondían a características definitorias tentativamente mayores; razones mayores de 0.5 y menores de 0.79 se catalogaron como características tentativamente menores.

Se concluyó que en recién nacidos la única característica tentativamente mayor fue el uso de músculos accesorios (0.89); tentativamente menores : frecuencia respiratoria aumentada (0.6), alteración en el coeficiente I/E(0.65).No indicativas del diagnóstico: respiración con labios fruncidos (0.077) y alteraciones en la pulsoximetría (0.5). la característica definitoria aleteo nasal , no se analizó aparte como tal, si no que durante el proceso de evaluación clínica de las expertas, la analizaron como parte de la evaluación del Silverman en la característica uso de músculos accesorios para respirar; lo cual debe ser corregido en futuras investigaciones porque es una característica definitoria aparte.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Salud. Escuela de Enfermería. Especialización en atención de enfermería en cuidado crítico. Luis Carlos Orozco.

SUMMARY

I TITLE: CLINICAL VALIDATION OF AN I DIAGNOSE OF INFIRMARY: INEFFECTIVE BREATHING PATTERN*. *

AUTHOR: RIVERA VINE, María del Pilar** * *

KEY WORDS: Clinical validation, Diagnostic of Infirmary, Method of Fehring.

DESCRIPTION OR CONTENT

The clinical validation of an infirmary diagnosis, is of vital importance for that it offers a conceptual base to the diagnoses and it measures the intensity with which these really reflect the patient's answers. The method of Fehring was applied for the clinical validation.

Two expert nurses valued the presence or absence of the characteristic defintorias simultaneously: asynchronous thoracic movement, increased breathing frequency, breathing with puckered lips, alteration in the relationship I/E, use of accessory muscles; alteration was added in the pulsoximetría. The sample constituted it newly born entered in the unit of neonatología of the Infantile Maternal Clinic San Luis. It was applied the it formulates of Fehring where you reason bigger or similar of 0.8 they corresponded tentatively to characteristic defintorias bigger; reason bigger than 0.5 and smaller than 0.79 they were classified tentatively as characteristic smaller.

You concluded that in newly born the only characteristic tentatively bigger it was the one use of accessory muscles (0.89); tentatively smaller: increased breathing frequency (0.6), alteration in the coefficient I/E (0.65). Not indicative of the diagnosis: breathing with puckered lips (0.077) and alterations in the pulsoximetría (0.5). the characteristic defintoria nasal flapping, was not analyzed separated as such, if not that during the process of the experts' clinical evaluation, they analyzed it like part of the evaluation of the Silverman in the characteristic use of accessory muscles to breathe; that which should

* Work of Grade

** Ability of Health. School of Infirmary. Specialization in infirmary attention in critical care. Luis Carlos Orozco.

PREGUNTA

¿CUAL ES LA VALIDEZ CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ?

1. JUSTIFICACION

El proceso de enfermería se ha convertido en herramienta indispensable para el desarrollo de la enfermería como profesión.

A través del tiempo se han realizado avances sobre el proceso de enfermería que traen consigo no solo crecimiento de la profesión como ciencia si no también estandarización de las actividades a nivel asistencial. Una de las etapas principales de este proceso son los diagnósticos de enfermería.

La taxonomía diagnóstica se presenta como un instrumento indispensable para la sistematización de la práctica enfermera, delimita el objeto de nuestra disciplina e invita al desarrollo de investigaciones en ese campo. Como afirma Carpenito " el uso de la taxonomía de diagnósticos de enfermería proporciona una estructura para la investigación clínica enfermera con un potencial para el crecimiento de la investigación y de los conocimientos " y su utilización ayuda a identificar el ámbito de la actuación de las enfermeras, proporcionando un marco de referencia común. (1)

Esta taxonomía diagnóstica permanentemente está siendo revisada y actualizada con el fin de adaptarla a los rápidos cambios que se presentan en la profesión. Atendiendo esta necesidad, se comenzaron a desarrollar una serie de estudios enfocados en validar de diversas maneras los diagnósticos de enfermería.

Por lo tanto se comenzaron a realizar estudios de validación de contenido basados en varios modelos de investigación. Aunque estos estudios son de vital importancia para dar una base conceptual a los diagnósticos, es importante medir la intensidad con la que estos diagnósticos miden realmente las respuestas del paciente, medir su aplicación en el contexto de salud, es decir aumentar los estudios de validación clínica de los diagnósticos de enfermería

Por tal motivo, se desea realizar este tipo de validación en un área que también ha sido poco explorada como es el área neonatal y establecer bases reales de la validez de los mismos en este tipo de población.

Por lo enunciado anteriormente se escogió la Clínica Materno Infantil San Luis, especializada en el manejo de recién nacidos para desarrollar la investigación, lo que facilita la recolección de los datos además, el interés personal de la autora por motivar al personal de enfermería que labora en la unidad de neonatología, sobre la necesidad de implementar el proceso de enfermería durante el cuidado diario de los recién nacidos.

2. OBJETIVO

Validar clínicamente un diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz

3. MARCO TEORICO

El proceso de atención de enfermería es un método que aplica la base teórica de enfermería en la práctica del cuidado. El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando , las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, estableciendo planes de cuidado individuales, familiares o comunitarios para cubrir y resolver los problemas y/o prevenir la enfermedad.

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre el enfermero.

Profesionalmente, el proceso define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad (2).

El proceso de enfermería consta de las siguientes etapas:

3.1.VALORACION

Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores (1).

3.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería (1).

El diagnóstico de enfermería está conformado por:

Etiqueta. Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.(1)

Definición. Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica; esta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico.(1)

Las características que definen los diagnósticos reales. Son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80- 100- % de los casos. Otros signos y síntomas que se han calificado como secundarios están presentes en el 50- 79 % de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.(1)

Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo. Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.(1)

3.2.1. Tipos de diagnósticos. Los diagnósticos pueden ser de cuatro tipos.

Reales. Representa un estado que ha sido clínicamente válido mediante características definitorias principales identificables. Tiene tres componentes: enunciado, definición característica y factores relacionados.(1)

Alto Riesgo. Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.(1)

Posible. Son enunciados que describen un problema sospechado para el que necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes: problema y factores contribuyentes.(1)

De bienestar. Juicio clínico respecto a una persona , grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel mas elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.(1)

3.3. PLANIFICACION

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud (1).

3.4. EJECUCION

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados (1)

3.5. EVALUACION

Compara las respuestas de la persona, determina si se han conseguido los objetivos establecidos. (1)

De las etapas del proceso de enfermería , la fase diagnóstica es la base para la presente investigación.

Gordon - 1982, 1987 - en su texto sobre diagnósticos de enfermería, comienza a hablar sobre investigación. (3)

La primera edición se dirigió a la necesidad de realizar estudios para la creación de los diagnósticos de enfermería. Gordon escribía que sin la existencia de estos estudios, se podrían crear diagnósticos de enfermería errados que podrían producir inadecuadas intervenciones. En su edición, citó varios estudios que se referían a esto (Burgess & Homstrom, 1974; Guzetta & Forsyth, 1979; Martín, 1979; Nocoletti, Reitz, & Gordon en 1982) (3)

En la segunda edición, Gordon (1987) nuevamente habla sobre la necesidad de investigar sobre los diagnósticos propuestos y proveer una revisión sobre los tipos de estudios necesarios para desarrollar una base empírica para los diagnósticos. El primer tipo de investigación discutida fue estudios de identificación, en el cual el clínico repetidamente observaba una condición no incluida dentro de los diagnósticos existentes. Este patrón identificado podría ser estudiado a través de análisis de conceptos. Gordon discutió la necesidad de investigar el fenómeno de agrupar los diagnósticos en patrones.

Gordon discutió un segundo tipo de investigación: los estudios de depuración,

comenzando con el análisis de concepto de los diagnósticos. Identificó la validación externa, interna y de constructo de las características definitorias considerándolas esenciales en el área de investigación de los diagnósticos de enfermería. Los modelos de Fehring (4) para investigación de la validez de contenido, validez clínica y modelos para la validación de diagnósticos por

el paciente y validación por expertas, fueron tratadas en varias ediciones por Gordon (5).

Además sugirió estudios de diseño epidemiológico para documentar la incidencia de diagnósticos en la población; estudios de proceso diagnóstico diseñados para investigar como la enfermera recoge, interpreta, analiza y nombra sus juicios diagnósticos; estudios diagnósticos de proceso y resultados, estudios de la ética del diagnóstico y tratamiento

Validación de diagnósticos. Al hablar de validación de diagnósticos cabría en principio hablar de validez: La validez es un concepto que expresa el grado con el cual un instrumento mide lo que se supone que mide. (6)

En el campo concreto del diagnóstico de enfermería, Gordon manifiesta que la " la validez describe el grado en que un grupo de características definitorias describe una realidad que puede ser observada en una interacción cliente- entorno". La anterior autora junto con Sweeney (1979), citado por Fehring (4) establece que el proceso de validación consiste en determinar si las características definitorias identificadas a priori se manifiestan agrupadas en un número suficiente de casos.

Clásicamente se han descrito tres tipos de validez: validez de contenido, de criterio y de constructo.(7)

- La validez de contenido hace referencia a la comparación entre los atributos de un concepto teórico y los datos que sobre esos atributos se obtienen de la observación empírica.

- La validez de criterio consiste en la correlación entre una medida con criterios de interés (externos).
- La validez de constructo nos informa sobre el grado en el que un instrumento mide un concepto abstracto.

En el terreno de la validación de diagnósticos de enfermería suelen ser mas habituales los estudios sobre validez de contenido y de constructo.(6)

Desde el punto de vista de la perspectiva metodológica utilizada, los distintos métodos de validación de los diagnósticos de enfermería pueden clasificarse en técnicas cualitativas y técnicas cuantitativas.

La investigación basada en métodos cuantitativos se apoya en el método científico y se fundamenta en el control inicial, la aplicación de instrumentos de medida y el análisis final que permita comprobar que modificaciones ha producido la actividad en cuestión. Utiliza instrumentos de carácter cuantitativo y se basa en el establecimiento de un control de las variables que intervienen en los procesos y en la objetividad y rigor de las mediciones, con el fin de establecer nexos causales o correlacionales entre una actuación y los efectos pretendidos, alejándose al máximo de la subjetividad del evaluador y participantes.(6)

La investigación cualitativa es un proceso que permite poner en marcha estrategias rigurosas de reflexión y de valoración sobre actividades en desarrollo. Se basa en datos de carácter cualitativo y tiene como fin aumentar la comprensión de los procesos estudiados a través de una metodología inductiva y de forma subjetiva.

En la práctica los métodos cuantitativos y cualitativos pueden cohabitar positivamente.

Generalmente, los estudios sobre validez de contenido se realizan mayoritariamente mediante diseños cualitativos, y los que tratan sobre validez de constructo con estudios cuantitativos.

Fehring propone dos tipos de validez y distintos tipos de procedimientos para medirla mediante métodos cuantitativos estandarizados:

- La validez por expertos que se mide mediante el modelo de validación de contenido diagnóstico

Este modelo se basa en obtener la opinión de expertos enfermeros los cuales definen el grado en el cual cada característica definitoria es indicativa de determinado diagnóstico. La característica definitoria del diagnóstico puesto en consideración se toma de las características ya preestablecidas por la NANDA. Los pasos que se llevan a cabo son los siguientes:

- Cada experta , le da un valor a la característica definitoria del diagnóstico que está siendo evaluado dentro de una escala de 1 a 5 en donde : 5 = La característica es muy indicativa del diagnóstico. 4 = la característica es considerablemente indicativa. 3= La característica es medianamente indicativa. 2 = muy poco indicativa del diagnóstico. 1= nada característica o indicativa del diagnóstico.
- Se usa la técnica Delphi para obtener un consenso. Este paso es opcional ya que se puede tomar un tiempo considerable y disminuir la razón en las

respuestas. Sin embargo es un método excelente para obtener un consenso de un grupo de expertos.

- Se calcula el valor de las razones para cada característica definitoria en donde : 1= 0, 2= 0.25, 3= 0.50, 4= 0.75 y 5 = 1

- Se descartan las características cuyo valor fue menor de 0.5. Ese paso es tentativo y se puede realizar solo hasta que se haya completado una muestra grande de enfermeros expertos a nivel nacional o hasta que se hallan realizado estudios pequeños que confirmen los resultados

- Se definen como características mayores los que hayan obtenido un valor mayor de 0.8 y como menores los que se encuentren entre 0.5 y menores a 0,79. Este paso también necesita estudios pequeños que confirmen los resultados. Hasta que estos no se realicen se hablará de características tentativamente mayores o menores.

- Se obtiene un valor total para la validación de contenido diagnóstico, sumando las puntuaciones individuales y dividiendo por el número total de características definitorias que fueron evaluados del diagnóstico. Las características con valores menores o iguales a 0,5 no se incluirán en el total.

- La validez clínica con las siguientes pruebas: la validez diagnóstica clínica y una modificación de la anterior: la validez diagnóstica clínica centrada en el paciente.

La primera prueba es la que se aplica en el presente estudio y los pasos a seguir se describen en metodología de la investigación.

Además propone un método para validar las diferencias existentes entre dos diagnósticos similares o dos niveles de un mismo diagnóstico: la validación diagnóstica diferencial, en donde como su nombre lo indica, busca diferenciar de una manera sistemática dos diagnósticos de enfermería bastante relacionados entre sí y al mismo tiempo diferenciar los diferentes niveles de un mismo diagnóstico. Por ejemplo, diferenciar los diagnósticos de enfermería Miedo y Ansiedad; además de diferenciar los diversos niveles de ansiedad: leve, moderado, severo.(4)

Desde esta perspectiva , dentro de los estudios de validez de contenido referidos a características definitorias, los basados en la opinión de expertos podrían considerarse como exploratorios o intermedios y los clínicos como definitivos

La investigación en diagnósticos de enfermería debería comenzar con un análisis del concepto antes de cualquier otra metodología; los datos generados por este análisis y la subsecuente utilización de instrumentos de medición proveen una sólida base conceptual apropiada para la mayoría de los diseños de investigación.

La literatura indica que la mayoría de los estudios sobre diagnósticos de enfermería han utilizado el modelo de enfermeras expertas de Fehring (6). Es importante que cuando se realiza validación diagnóstica por enfermeras expertas deben serlo realmente, o si no realizar un análisis de las observaciones realizadas por las no expertas separadamente y estos resultados compararlos con los procedimientos realizados por las expertas.

Los instrumentos que se desarrollen ya sea utilizando el método de Fehring u otros modelos deben ser basados en los resultados que se buscan luego de una cuidadosa revisión de la literatura y análisis de conceptos. Definiciones operacionales deben ser basadas en estos datos y esas revisiones deben ser revisadas y criticadas por las enfermeras que van a responder el estudio. Además estos instrumentos deben ser revisados con pruebas pilotos antes de ejecutar el estudio.

La realización de modelos de validación clínica son muy escasos en la literatura. Sería apropiado que el análisis del concepto y una investigación por enfermeras expertas sea realizado antes de un estudio de validación clínica. Los conceptos han sido analizados, el instrumento ha sido desarrollado, las características definitorias han sido definidas operacionalmente, algunas se han agregado, y algunas de ellas han sido eliminadas. El instrumento debe ser modificado para el uso de enfermeras expertas entrenadas en el área clínica . Esto podría involucrar la validación de parte del staff clínico y miembros de equipo de investigación.

Otro modelo de validación clínica que puede ser usado es la validación clínica del paciente, nombrado anteriormente. Obviamente solo algunos diagnósticos son apropiados para este modelo, y no todos los pacientes son aptos para participar en un estudio que utilice este modelo. Nuevamente el análisis del concepto, la validación por expertas y quizás la validación clínica por expertas podrían ser incluidas antes de realizar este tipo de modelo (7)

En relación con estudios realizados hasta el momento se encuentran estudios de validación de contenido como el desarrollado con el diagnóstico respuesta ventilatoria disfuncional al destete(8)en donde por medio de encuestas de opinión en España, y utilizando el método de Fehring promedian los pesos

específicos de cada una de las características definitorias; algunos estudios de validación clínica realizado por Carlson- Catalano en 1998; la mayoría de los estudios realizados en población adulta. (8)

4. METODOLOGIA

4.1.TIPO DE DISEÑO

El tipo de diseño de la presente investigación fue de tipo analítico, cuantitativo. Se escogió el método de Fehring , específicamente el modelo de validación clínica por expertas.

4.2.POBLACION

La población sobre la cual se realizó la validación clínica diagnóstica fueron los recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo e intermedio de la Clínica Materno Infantil San Luis.

Los recién nacidos que ingresaron a la institución se caracterizaron por ser neonatos con grados de prematuridad variables y por tanto de bajo peso al nacer. La gran mayoría de los cuadros clínicos correspondieron a alteraciones de tipo respiratorio: taquipneas transitorias del recién nacido, enfermedad de membrana hialina, mala adaptación neonatal entre otras, lo cual dió la oportunidad de completar la muestra para el estudio. El total de recién nacidos ingresados al estudio fue de 34 .

4.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Para realizar el estudio se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Se evaluaron sólo recién nacidos que ingresaron a cuidado intensivo o intermedio.
- Para la evaluación de patrón respiratorio ineficaz, ingresaron los recién nacidos que fueron admitidos a la unidad de neonatología con diagnósticos médicos de patología respiratoria: taquipnea transitoria del recién nacido, enfermedad de membrana hialina, neumonía. El instrumento de medición para este diagnóstico se aplicó en el momento del ingreso del recién nacido.

4.4. VARIABLES

La variable de salida del presente estudio fue la etiqueta diagnóstica: Patrón respiratorio ineficaz .

Las variables explicatorias fueron las características definitorias de la etiqueta diagnóstica

4.4.1. Patrón respiratorio ineficaz. Definición del diagnóstico: Estado en el que el individuo experimenta la pérdida real o potencial de una ventilación adecuada en relación con un patrón respiratorio adulterado (9).

4.4.2. Disminución del coeficiente inspiración/espiración. (I/E). Normalmente los recién nacidos manejan relaciones I:E de 1:2 , 1: 3; en el transcurso de la evolución de la patología respiratoria esta relación disminuye por la aparición de la taquipnea la cual altera la relación acortando el tiempo de espiración y disminuyendo la relación. (9)

Se tuvo en cuenta como presente esta característica si la relación I:E es menor de 1:3

4.4.3. Uso de músculos accesorios para respirar. Debido a la elasticidad de la caja torácica del recién nacido, éstos tienen dificultad para responder ante el inicio de la hipoxia mediante el aumento de volúmenes pulmonares, respondiendo mejor ante la hipoxia incipiente aumentando la frecuencia respiratoria y utilizando los músculos accesorios de la respiración los cuales se manifiestan mediante la aparición de tirajes intercostales, subcostales, retracción subxifoidea y aleteo nasal (10)

Se tuvo en cuenta como presente esta característica definitoria si el recién nacido presentaba en cualquier grado, uso de músculos accesorios manifestados por retracciones anotadas anteriormente.

4.4.4. Frecuencia respiratoria aumentada. Se tuvo en cuenta como presente esta característica definitoria si el recién nacido presentaba frecuencias respiratorias mayores de 60 (10)

4.4.5. Respiración con los labios fruncidos. Se tuvo en cuenta como presente esta característica definitoria si el recién nacido presentaba respiración con labios fruncidos

4.4.6. Movimiento torácico asincrónico. Se tuvo en cuenta como presente esta característica definitoria si el recién nacido presentaba desbalance toraco abdominal.

No se tuvieron en cuenta las características definitorias que incluían manejo de volúmenes pulmonares ya que en la institución no se contó con espirómetros adecuados para recién nacidos ni con instrumentos para medir presión de vía aérea en respiraciones espontáneas. Estas características eran: disminución de la capacidad vital, disminución del volumen minuto, disminución de la presión inspiración/expiration.

Tampoco se tuvieron en cuenta las características definitorias: disnea, falta de aliento, asunción de la posición en trípode, ortopnea, ya que no aplican en el recién nacido.

Se incluyó como característica definitoria:

4.4.7. Alteraciones en la pulsoximetría. Se tuvo en cuenta como presente esta característica definitoria si el recién nacido presentaba saturaciones menores del 90% con FiO₂ ambientales.

4.5. ANALISIS

Los datos obtenidos fueron analizados teniendo en cuenta el método de Fehring de la siguiente manera:

- Se describió y se definió operacionalmente cada una de las características definitorias que se valoraron.
- Dos enfermeras expertas valoraron un determinado número de recién nacidos con presencia del diagnóstico que se evaluó.
- Ambas expertas valoraron la presencia o ausencia de cada una de las características definitorias del diagnóstico, aplicando el instrumento de medición (ver anexo 1)Las dos expertas seleccionadas eran dos enfermeras con mas de cinco años de ejercicio profesional en el área neonatal, además de contar con postgrado en atención de enfermería en cuidado intensivo; estas dos enfermeras tenían también conocimientos en el proceso de atención de enfermería.
- Se calculó el peso de las razones para cada una de las características definitorias aplicando la formula de Fehring.

$$R = \frac{A}{A + D} * \frac{\frac{F1}{N} + \frac{F2}{N}}{2}$$

donde ,

A = al número de acuerdos

D = el número de desacuerdos

F1= frecuencia de la característica observada por el primer observador

F2= frecuencia de la característica observada por el segundo observador

N = número de sujetos observados

R = peso de los ratios

- De acuerdo al resultado de las razones se concluía lo siguiente:

Razones mayores o iguales de 0.8: características definitorias tentativamente mayores

Razones mayores de 0.5 y menores de 0.79 : características definitorias tentativamente menores

5. RESULTADOS

Durante casi un año de observación las enfermeras aplicaron el instrumento para evaluar las características definitorias presentes o ausentes en los recién nacidos que ingresaron al estudio; se evaluaron en total 34 recién nacidos que tenían patrón respiratorio ineficaz secundario a patología pulmonar. La recolección de estos datos se vio interrumpida en varias oportunidades debido a la disponibilidad de las expertas para estar de manera simultánea en el servicio de neonatología, el cierre temporal del área de cuidado intensivo por cambios locativos, que llevaron a una disminución marcada en los ingresos de recién nacidos a la misma; lo que llevó a

nuevamente iniciar el proceso de motivación prueba piloto y reinicio de actividades de recolección de información.

Una vez recopilados los datos obtenidos por la observación de las enfermeras, se aplicó la Fórmula de Fehring para validación clínica de diagnósticos de enfermería, obteniéndose los siguientes resultados:

PROMEDIO DE ACUERDO DE LAS DIFERENTES VARIABLES DE ESTUDIO Y EL INDICE DE FEHRING OBTENIDO.

variable	acuerdo	P1	P2	Prom	i.fehring
coef +1	.911	.676	.746	.720	.657
acces *2	.970	.941	.911	.926	.899
frecu *3	.941	.705	.705	.705	.664
labif *4	.882	.117	.058	.088	.077
torasi *5	.705	.441	.441	.441	.311
pulsoxi *6	1	.5	.5	.5	.5

*1: Disminución del coeficiente inspiración/expiración

*2: Uso de músculos accesorios para respirar

*3: Frecuencia respiratoria aumentada

*4: Respiración con labios fruncidos

*5: Movimiento torácico asincrónico

*6: Alteraciones en la pulsoximetría

En la tabla anterior se pueden observar las variables estudiadas , con el nivel de acuerdo obtenido de las observaciones realizadas por las expertas con sus promedios y el cálculo realizado del índice de Fehring seguidos del valor de acuerdo obtenido y promedios.

Según la observación realizada por las enfermeras evaluadoras, se obtuvo un porcentaje de acuerdo del 91.18% en la característica definitoria disminución del coeficiente inspiración / expiración con un índice de Fehring de 0.65 lo que estaría indicando una característica definitoria tentativamente menor.

En relación al movimiento torácico asincrónico se encontró un porcentaje de acuerdo de 97.06 %, representado en 31 observaciones que concordaron con la presencia de la característica y 2 observaciones con ausencia de la misma. Esto nos da un índice de Fehring de 0.89 que indica una característica tentativamente mayor.

El porcentaje de acuerdo en el caso de la característica frecuencia respiratoria aumentada reportó un porcentaje de 94.12% , con un índice de 0.66 indica una característica tentativamente menor.

En relación con la variable respiración con labios fruncidos, se encontró un porcentaje de acuerdo del 88.24%, representada en una sola observación en donde se presentó esta característica , con un acuerdo en 29 observaciones en donde la característica no se encontró, lo que aplicando el método de Fehring , arrojó un valor de 0.077, índice bastante bajo que muestra esta característica como poco indicativa del diagnóstico , al menos en la población neonatal.

Según la observación realizada por las enfermeras, el movimiento torácico asincrónico reportó un porcentaje de acuerdo del 70.59% con un índice de Fehring de 0.3 lo que indica una característica poco indicativa del diagnóstico

La variable alteraciones en la pulsoximetría de acuerdo a los valores obtenidos , arrojó un índice de 0.5 , lo que indica una característica poco indicativa del diagnóstico.

Como se pudo observar de acuerdo a lo realizado en la población de recién nacidos que fue estudiada, se detectó que de las características definitorias catalogadas por mayores según la NANDA, solo la característica uso de músculos accesorios se presentó como tal en la población neonatal.

Las características frecuencia respiratoria aumentada y alteración en el coeficiente inspiración / espiración, presentaron índices similares (0.66 y 0.65) pero quedaron catalogadas como características tentativamente menores. Fisiológicamente se documenta que el recién nacido ante una patología respiratoria de cualquier tipo, tiene como medida de compensación el aumento de su frecuencia respiratoria ya que debido a las característica de su caja costal ,no le permite como en la población adulta , un aumento efectivo del volumen pulmonar , valiéndose por lo tanto de este mecanismo de aumentar la frecuencia respiratoria (10). Por lo tanto, es frecuente que el recién nacido con patrón respiratorio ineficaz presente estos signos clínicos cuando es expuesto por mucho tiempo a condiciones ambientales adversas que den inicio al cuadro, o que por sus condiciones físicas y de maduración, no le permita realizar un proceso de adaptación neonatal adecuado presentando las características anotadas.

Probablemente el momento en el cual se practicó la evaluación del instrumento de medición - que fue en el ingreso inmediato del recién nacido a la unidad de neonatología- y la edad de los recién nacidos - todos fueron evaluados entre la hora y las dos horas de nacidos- fue en etapas muy incipientes de la dificultad respiratoria, durante la cual, sí existía un patrón

respiratorio ineficaz , pero con mecanismos compensadores en ese momento efectivos para el recién nacido. Similar comportamiento se podría decir en los casos de las características definitorias movimiento torácico asincrónico y alteraciones en la pulsoximetría (0.3 y 0.5 respectivamente) las cuales también tienden a aparecer en cuadros clínicos con mayor tiempo de evolución

La característica definitoria respiración con labios fruncidos, con un índice de 0.07 , la deja como una característica que no alcanza el nivel de tentativamente menor, lo cual es comprensible, ya que en la población neonatal, este mecanismo compensatorio es reemplazado por la aparición de el quejido que busca ampliar un poco el tiempo espiratorio con el fin de disminuir la tendencia a las atelectasias muy comunes especialmente en los recién nacidos prematuros con deficiencia de surfactante.

En relación a la edad gestacional de los recién nacidos el 80% (27) se encontraban entre la 32 y 34 semanas de gestación; el 20 % restante (7) eran recién nacidos a termino ; los pesos de los recién nacidos no fueron recolectados en el instrumento ya que para el estudio la influencia de estos aspectos en los resultados no tenían relación con la validez del diagnóstico.

6. CONCLUSIONES

La población neonatal, es un grupo de pacientes que tienen características propias muy diferentes a las que se encuentran en la población adulta; sus respuestas ante los diversos acontecimientos que alteran el equilibrio salud -

enfermedad, son muy distintos a los que se encuentran en la población pediátrica y adulta.

Por estas razones se podría explicar el por qué muchas de las características definitorias en el patrón respiratorio ineficaz consideradas como características mayores, al determinar la validez clínica de las mismas en esta población se encuentra que no son tan representativas en ellos. Esto como se ha dicho anteriormente, es secundario a las características orgánicas de los neonatos que cambian el tipo de respuesta ante los eventos del entorno

Algunas características definitorias como son frecuencia respiratoria aumentada y alteración en el coeficiente inspiración, espiración muy probablemente quedaron catalogadas como características definitorias tentativamente menores probablemente por el tiempo en que fue evaluado el paciente. El hecho de haber aplicado el formato de evaluación en el momento del ingreso, llevó a evaluar a estos pacientes en etapas incipientes de su proceso fisiopatológico en un estado de compensación transitoria que no permitió valorar un deterioro mas marcado de este patrón .

También debemos tener en cuenta, que las conclusiones a las que se llegaron en el presente estudio, hablan de " características tentativamente mayores o menores " ya que para concluir el peso definitivo de dichas características, se necesita realizar mas estudios que confirmen estos resultados.

Este trabajo abre las puertas para que posteriormente se vuelva a realizar una validación clínica en neonatos realizando modificaciones al procedimiento como sería aplicar el instrumento en el momento en que el

recién nacido cuente con mas horas de vida, buscando un cuadro clínico con mayor tiempo de evolución que permita evaluar con mayor certeza las diferentes características definitorias y así definir las con mayor exactitud teniendo en cuenta las características de esta población.

Desafortunadamente, la característica definitoria aleteo nasal , no fue analizada aparte como tal, si no que durante el proceso de evaluación clínica de las expertas, fue evaluado como parte de la evaluación del Silverman en la característica uso de músculos accesorios para respirar; lo cual debe ser corregido en futuras investigaciones por que es una característica definitoria aparte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) CARPENITO, L.J. Diagnóstico de enfermería.. Interamericana McGraw - Hill. 5 edición. España. 1995

- (2) GORDON, M.N. Nursing Diagnoses: Process and application. Mc. Graw Hill. 2 edición. New York, 1995.
- (3) GRIFFITH, Georgia Whitley. Processes and Methodologies for research Validation of Nursing Diagnoses. Nursing Diagnoses, Volume 10, N° 1, January march, 1999
- (4) FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. Heart & Lung. 1987. 625 - 629 p.
- (5) GORDON, M. SWEENEY, M. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses.. Advances in nursing Science, vol 2, 1987 1 - 15 p.
- (6) DEL PINO, Rafael. UGALDE, Mercedes. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enfermería Clínica, Vol 9, 1986, 115 - 120 p
- (7) POLIT, D. HUNTER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ed. México. Interamericana. Mc Graw Hill, 1994
- (8) JIMÉNEZ, Ana. FERNANDEZ REYES, Inés. *et al.* Metodología para la validación del contenido diagnóstico de la Respuesta ventilatoria disfuncional al destete. Enfermería Clínica, Vol 7, Número 6, 1992. 255 - 262 p.
- (9) Diagnóstico de enfermería de la NANDA. Definiciones y clasificaciones. 2000-2001
- (10) SOLA, Augusto. URMAN, Jorge. Cuidados Intensivos Neonatales. Capítulo 7: insuficiencia respiratoria en el recién nacido de bajo peso. Científica Interamericana. 1995

Anexo A. Formato de evaluación

Nombre:

Edad gestacional:

Diagnóstico:

VARIABLE	PRESENTE	AUSENTE
Disminución coeficiente inspiración/expiración		
Uso de músculos accesorios para respirar		
Frecuencia respiratoria Aumentada		
Respiración con labios fruncidos		
Movimiento toracico asincrónico		
Alteraciones en la pulsoximetría		