



**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**“CARACTERISTICAS DEFINITORIAS MAS FRECUENTES PARA LA
DEFINICION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA”**

ALUMNA

Lic. Enith CAJUSOL OBANDO DE ALCALDE

LIMA – PERU

2013

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la aplicación de las características definitorias más usadas para la definición de los diagnósticos de enfermería, patrón respiratorio ineficaz, deterioro de la integridad cutánea y deterioro del intercambio gaseoso, este trabajo de investigación que se realizara es un estudio de tipo descriptivo transversal

Tiene como variable única las características definitorias mas usadas en la formulación de los diagnósticos.

La población de estudio está constituida por 83 pacientes del área de observación del servicio de emergencia adulto, basándose en los valores la muestra estará constituida por el 100% de la población de estudio del Servicio de Emergencias del Hospital Cayetano Heredia.

Para la recolección de la información se utilizara una Hoja de Registro sobre las características definitorias que se presentan en los diagnósticos de enfermería: Patrón Respiratorio Ineficaz, Deterioro de la Integridad Cutánea, Deterioro del Intercambio Gaseoso

Para la validación del instrumento se presentó el resumen del proyecto a 10 Licenciados de Enfermería expertos en el área y la concordancia de los jueces sobre el instrumento se realizó mediante la prueba binomial. La cuales fueron validos pero siendo modificados algunos de sus ítems.

Para la realización de dicho proyecto se pedirá autorización por medio de un oficio al hospital y al área de emergencia del Hospital Cayetano Heredia. Y su vez se coordinara con el personal de enfermería para el momento de la aplicación del registro evitando interrumpir en sus labores asistenciales.

Para realizar el análisis se realizara por medio paquetes estadístico SPSS y se representara por medio de tablas y gráficos.

En el presente proyecto se está considerando todos los aspectos éticos el cual no se dañara al personal o paciente.

ÍNDICE

INTRODUCCIÒN

CAPITULO I EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....7

1.2 FORMULACIÒN DEL PROBLEMA.....9

1.3OBJETIVOS.....9

 1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....9

 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....9

1.4 JUSTIFICACION.....10

1.5PROPÓSITO.....11

CAPITULO II MARCO TEÒRICO.....12

2.1 ANTECEDENTES.....12

2.2 BASE TEÓRICA.....14

2.3VARIABLES.....19

2.4 DEFINICIÒN OPERACIONAL DE TÈRMINOS.....19

MATRIS DE CONSISTENCIA.....20

CAPITULO III DISEÑOMETODOLOGICO O METODOS.....22

CAPITULO IV CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVA.....26

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....27

ANEXOS.....30

BIBLIOGRAFÍA.....38

INTRODUCCION

La NANDA internacional reconoce la necesidad de estandarizar las manifestaciones de los diagnósticos enfermero que permitirá, entre otras cuestiones, facilitar la realización de una valoración enfermera completa que permita identificar los diagnósticos enfermero pertinentes según las necesidades del usuario, familia o comunidad y de esta manera realizar un plan de atención adecuado para cada diagnostico según su identificación de las características definitorias (1)

Las enfermeras tienen que conocer los diagnósticos sus definiciones y sus características definitorias, específicamente lo que son comunes en las poblaciones con las que trabajan, las intervenciones para tratar esos diagnósticos y los procesos diagnósticos que se emplean para interpretar los datos de los pacientes. (2)

El proceso diagnostico en enfermería difiere del proceso diagnostico en medicina en que, siempre que sea posible, la persona o personas que son el foco de los cuidados enfermeros deben estar íntimamente implicados como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnostico. Esto se debe a que el objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría.

Por ello es necesario realizar un adecuado proceso de atención de enfermería que es un sistema de planificación de la ejecución del cuidado de

enfermería y comprende 5 pasos, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (2)

Para elaborar el plan de cuidados se realiza el proceso de valoración de las necesidades y/o problemas que presenta cada paciente a través de un formulario que contiene en una primera parte el registro de enfermería; luego la valoración objetiva y subjetiva; y por último la valoración según patrones de respuestas humanas. Este plan contiene los diagnósticos de enfermería, las metas del cuidado, las intervenciones de enfermería y la evaluación de las intervenciones, que se aplica a cada paciente, en forma individualizada. El uso de los diagnósticos enfermero es fundamental en la formación enfermera. (2)

El presente proyecto busca identificar las características definitorias más frecuentes en 3 diagnósticos de enfermería y así identificar claramente sus intervenciones de enfermería para cada diagnóstico. Está conformado por los siguientes capítulos: El primer capítulo referente al problema, incluye el planteamiento y formulación del problema, objetivos, justificación y propósitos del estudio. El segundo capítulo, comprende el marco teórico, que se inicia con los antecedentes, la base teórica variables, definición operacional de términos y matriz de consistencia. El Tercer capítulo; comprende el diseño metodológico. En el Cuarto Capítulo tenemos las consideraciones éticas y administrativas, la operacionalización de las variables y anexos y bibliografía.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermería actualmente es reconocida como una disciplina profesional. Según Villalobos (1998), como profesión desarrolla actividades para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesal, enfocándolo desde el aspecto de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de la salud. (3)

La NANDA, define el diagnóstico de enfermería como un juicio acerca de la respuesta humana, familia, comunidad o problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. Esto significa que el diagnóstico de enfermería no es una observación sino una interpretación, análisis y juicio de una serie de observaciones. El diagnóstico de enfermería se estructura a partir de tres componentes esenciales: problema de salud, factores etiológicos o relacionados, características definitorias o serie de signos y síntomas. (4)

Un diagnóstico tiene una serie de características que son indicadores de la situación de salud. Algunas están siempre presentes en la mayoría de los pacientes

con el problema y son llamadas características definitorias. Estas características definitorias se caracterizan por que deben ser inequívocas, observables y medibles, y tienen una importancia esencial para confirmar la existencia de un determinado diagnóstico de enfermería (1)

A medida que las enfermeras valoran y recogen datos (información) respecto a las personas, las familias y las comunidades, están identificando los signos y síntomas o las características definitorias de los conceptos diagnósticos enfermeros. Los factores o variables que influyen en los diagnósticos se integran en la historia, los registros y otras evidencias. Estas variables proporcionan los factores relacionados que se combinan con las características definitorias para formular el diagnóstico enfermero. Cuando es posible, las enfermeras tratan los factores relacionados con intervenciones para prevenir o reducir su impacto. Cuando no es posible, para las enfermeras, tratar un factor relacionado, deben tratar las características definitorias con intervenciones en enfermeras seleccionadas (2)

Partiendo de esta información, proponemos un estudio de investigación que responde a la interrogante **¿Cuáles son las características definitorias mas frecuentes para la definición de los diagnósticos de enfermería en el Servicio de Emergencias del Hospital Cayetano Heredia 2013?**

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

El presente estudio de investigación busca responder la siguiente interrogante:
¿Cuáles son las características definitorias más frecuentes para la definición de los diagnósticos de enfermería en el Servicio de Emergencias del Hospital Cayetano Heredia 2013?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características definitorias más frecuentes para la definición de los diagnósticos de enfermería en el Servicio de Emergencias del Hospital Cayetano Heredia 2013

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características definitorias más usadas para el diagnóstico de enfermería Patrón respiratorio ineficaz
- Identificar las características definitorias más usadas para el diagnóstico de enfermería Deterioro de la integridad cutánea
- Identificar las características definitorias más usadas para el diagnóstico de enfermería Deterioro del intercambio gaseoso.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Los planes de cuidados estandarizados de enfermería suponen una herramienta muy útil para nuestra profesión, aportando una mejor comunicación con los pacientes y entre los profesionales ya que al unir criterios y terminologías comunes, se favorece la continuidad de los cuidados , se fomenta la formación para el desarrollo profesional y se facilita la aplicación del proceso enfermero en su aplicación y registro; llevándonos, todo ello a una mejor practica de los cuidados y a la adaptación de un modelo conceptual para su sistematización.

1.5 PROPÓSITO

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable. Se pretende establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados

La identificación de las características definitorias, está centrado y dirigido a que el paciente obtenga una atención con uno resultado esperado, que buscaremos lograr con la provisión de nuestros cuidados.

El elevado número de características definitorias definidas para los diagnósticos de enfermería hace que pierda su utilidad para el manejo por parte de las enfermeras en la labor asistencial, lo que sugiere la necesidad de buscar soluciones al respecto que puedan pasar por la clasificación de dichos signos y síntomas según su relevancia y poder realizar un proceso de atención prioritario y específico detectados por la enfermera.

CAPITULO II

MARCO TEÒRICO

2.1 ANTECEDENTES

a) **Méndez Lanuza Celes; Sousa Vanessa Emille Carvalho, Brasil 2011, PERFECCIONAMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DEL DIAGNÓSTICO CONTROL FAMILIAR INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO.**

Se concluyó que El diagnóstico estuvo presente en el 36,8 por ciento y todas las características presentaron significancia estadística, excepto "Dificultad para seguir el régimen prescrito". La característica "Actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de un programa de tratamiento o prevención" fue la más sensible, en cuanto que "Aceleración de los síntomas de la enfermedad de un miembro de la familia" y "Falta de atención para la enfermedad y sus secuelas" fueron más específicas. Los resultados llaman la atención para la necesidad de trabajar la adhesión con una perspectiva volcada a la familia, sobre todo considerándose la complejidad del tratamiento para la diabetes (6)

b) **Souza, Vanessa de; Zeitoun, Sandra Salloum, Brasil 2011, DÉBITO CARDÍACO DISMINUÍDO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS.**

Se concluyo que Fueron seleccionados 13 artículos, identificando 50 características definidoras, siendo diez con mayor frecuencia: alteración de la frecuencia/ritmo cardíaco, disnea, labilidad de la presión arterial, estertores, oliguria\ anuria, edema, piel fría, fatiga/debilidad, disminución de

los pulsos periféricos y disminución de la perfusión periférica. La temática viene siendo poco explorada. Se constató la importancia del examen físico, la utilización de técnicas menos invasivas y la necesidad de revisar las características definidoras propuestas a fin de proporcionar claridad y objetividad en la identificación de ese diagnóstico de enfermería.(7)

c) Amalia Coca Barbado, Antonio Arribas Cacha; FUNDEN Setiembre 2011 ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. Se concluye que existe un número muy elevado de manifestaciones clínicas definidas para cada diagnóstico el 50 % de los diagnósticos refleja más de 11 manifestaciones (signos y síntomas) y se llega hasta 117 manifestaciones en un solo diagnóstico (1)

d) Suriano María Lucía Fernández; Macedo Giselle Pinto de Oliveira; 2009, IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE MIEDO Y ANSIEDAD EN PACIENTES PROGRAMADAS PARA CIRUGÍA GINECOLÓGICA. Se concluye que Se confirmó la presencia de los diagnósticos de interés en 48 pacientes (96,0 por ciento) de un total de 50 mujeres (100,0 por ciento). El Síndrome de Ansiedad Peri operatoria fue identificada en 48 (96,0 por ciento) de las pacientes. Con la investigación se comprobó la presencia de los diagnósticos Miedo y Ansiedad, debido a las manifestaciones clínicas, también contribuyentes para evidenciar el Síndrome de Ansiedad Peri operatoria.(8)

2.2 BASE TEÓRICA

A. Proceso Del Cuidado De Enfermería

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas y holísticos eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático, lógico y racional para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. (9)

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad. (9)

B.- Valoración

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tomar en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría o modelo de Enfermería por ejemplo los Patrones de salud funcional de Gordon. Estos modelos son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente, y brindar efectivamente calidad en el cuidado de enfermería. (10)

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarlo a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados. (11)

La enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer que necesitan.

La responsabilidad de la enfermera consiste en comprobar que se satisfacen las necesidades de ayuda del paciente para garantizar su bienestar físico y mental ya se directamente gracias a su acción o indirectamente solicitando ayuda a los demás.

Porque el propósito de la enfermería es proporcionar la ayuda que el paciente necesita para satisfacer sus necesidades.(3)

Orlando considera que las personas a veces son capaces de satisfacer sus propias necesidades de ayuda en algunas situaciones; sin embargo, se angustian cuando no pueden satisfacerlas. Las enfermeras profesionales deben preocuparse sólo por aquellas personas que no pueden satisfacer sus necesidades de ayuda por sí solas. No obstante las enfermeras deben observar a los pacientes periódicamente y comunicarse con ellos para determinar si existen nuevas necesidades de ayuda. También sostiene que cada paciente es único y responsable de forma individual. Una enfermera profesional puede darse cuenta de que la misma conducta en pacientes distintos puede indicar necesidades bastante diferentes. (3).

C.- Diagnostico

El diagnóstico enfermero constituye la segunda etapa del proceso de Enfermería, en la que se analizan los datos recogidos del paciente o cliente con la finalidad de identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidados. (3)

El diagnóstico enfermero o diagnóstico de Enfermería, en el contexto de la Enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el

estado de salud de un paciente o cliente y los problemas relativos al cuidado de su salud. Se basa en una concepción integral del individuo y contempla el aspecto biopsicosocial, que influye en la aparición de la enfermedad. (9)

Los componentes de un diagnóstico real de enfermería son etiqueta, definición, características definitorias (esto es valoración en etapa del PAE) y factores relacionados. Las características definitorias son homologas a los signos y síntomas (lenguaje médico) son los datos significativos.

D.- Características Definitorias

NANDA denomina como características definitorias “claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud”.

Es decir incluye también aquellas manifestaciones de una persona, familia o comunidad que expresa el deseo de aumentar su bienestar y tiene predisposición para mejorar sus conductas de salud. No se reduce a respuestas humanas como anteriores ediciones del NANDA.

Estas características definitorias se caracterizan porque deben ser inequívocas, observables y medibles, y tienen una importancia esencial para confirmar la existencia de un determinado diagnóstico de enfermero.

A la hora de clasificar los signos y síntomas que componen las características definitorias de los diagnósticos de enfermería según la frecuencia de su existencia acompañando al diagnóstico, es posible diferenciarlas en:

- Signos y síntomas principales o mayores: son los que acompañan al diagnóstico con mayor frecuencia. Se considera que están presente en un porcentaje entre 80 – 100% de las personas que padecen el problema, y como norma general se valora necesaria la detección de alguno de ellos para confirmar la existencia del diagnóstico.
- Signos y síntomas secundarios o menores: son los que acompañan al diagnóstico con frecuencia estadísticamente representativo, aunque sin llegar a la proporción de los principales o mayores. Se consideran que están presentes en un porcentaje de 50 – 79 % de las personas que padecen el problema, y como norma general sirven para confirmar la existencia del diagnóstico, acompañando al menos de la presencia de un signo o síntoma principal o mayor.

2. 3. VARIABLES

Variable única

Características definitorias más usadas en la formulación diagnósticos: Patrón respiratorio ineficaz, Deterioro de la integridad cutánea, Deterioro del intercambio gaseoso.

2.4 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Características definitorias.- Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar".

Diagnóstico de enfermería.- El diagnóstico enfermero o diagnóstico de Enfermería, en el contexto de la Enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Cuáles son las características definitorias usadas para la definición de los diagnósticos de enfermería en el Área de Observación y Medicina del Servicio de Emergencias del Hospital Cayetano Heredia 2013?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Identificar la aplicación de las características definitorias en los diagnósticos de enfermería en el Área de Observación de Medicina del Servicio de Emergencias del Hospital Cayetano Heredia 2013</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>a) Evaluar la aplicación de las características definitorias en el diagnóstico de</p>	<p>VARIABLE UNICA</p> <p>Características definitorias en los diagnósticos de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz, deterioro de la integridad cutánea y deterioro del intercambio gaseoso</p>	<p>El estudio es de tipo Descriptivo transversal y se utilizara como instrumento una guía de observación</p>

	<p>enfermería Patrón respiratorio ineficaz.</p> <p>b) Evaluar la aplicación de las características definitorias en el diagnóstico de enfermería Deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>c) Evaluar la aplicación de las características definitorias en el diagnóstico de enfermería Deterioro del intercambio gaseoso.</p>		
--	--	--	--

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo De Estudio

El tipo de estudio del proyecto de investigación es descriptivo transversal porque se reduce a identificar las características definitorias en la aplicación de los diagnósticos de enfermería y de tipo transversal porque se estudia las variables simultáneamente en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

2. Área de estudio

El estudio de investigación se realizará en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia de nivel III ubicado en la Av. Honorio Delgado en el distrito de Independencia que ofrece los servicios de consultorios en diferentes especialidades, emergencia adulto, emergencia pediátrica, sala de operaciones; etc.

3.- Población

La población de estudio está constituida por 83 pacientes del área de observación del servicio de emergencia adulto del hospital Nacional Cayetano Heredia.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores
- Pacientes adultos mayores lucidos orientados
- Pacientes que deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes desorientados

4.- Muestra

La muestra estará representada por el 100% de la población del servicio de observación de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia

5.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

El estudio de investigación utilizará como técnica la observación. El instrumento es una hoja de registro que será aplicado a la muestra, dicha hoja fue creada por la autora del proyecto de investigación para poder lograr obtener los datos concluyentes para nuestro proyecto. (Anexo 1)

6.- Validez y Confiabilidad del Instrumento

Para la validez del instrumento fue evaluado por 10 jueces conformados por licenciados en enfermería que aceptaron colaborar en la evaluación del instrumento (Anexo2)

Para la validación del instrumento a cada experto se le entrego un cuestionario de validación para la evaluación (anexo 3).

El resultado para el diagnóstico de enfermería es patrón respiratorio ineficaz es de $p=0.058$ siendo confiable el instrumento pero fue modificado en alguno ítems.

El resultado para el diagnóstico Deterioro de la Integridad Cutánea es de $p= 0.04$ siendo válido.

El resultado para el diagnóstico Deterioro de la Intercambio Gaseoso es de $p=0.01$ siendo válido.

7.- Procesamiento y Recolección de Datos

- Presentar al hospital una solicitud de permiso para realizar el proyecto.
- Se coordinara con el personal de enfermería el horario para realizar la aplicación de la hoja de registro intentando no interrumpir su labor asistencial.
- Se entrevistara a los paciente seleccionados se les informara sobre el estudio.
- Mediante una autorización escrita se le solicitara al paciente su autorización para la realización el estudio.

- Se realizara la valoración del paciente nuevo buscando datos significativos que identifiquen las características definitorias.
- Mediante la entrevista al paciente y con la hoja de registro se determinara que características definitorias presenta el paciente.
- La recolección de datos se realizara durante un mes diariamente identificando pacientes nuevos para aplicar la hoja de registro.

8.- Plan de Tabulación y Análisis de Datos

Una vez obtenido la información de la muestra y verificación del respectivo llenado de la hoja de registro se procederá a procesar los datos recolectados mediante la base de datos Excel y se analizara los datos y se analizara en el software SPSS 8 para Windows.

Para determinarla frecuencia de cada características definitorias se analizara por medio de porcentajes.

La frecuencia de característica definitoria para los diagnósticos de enfermería se analizara por medio de la prueba estadística Chi cuadrado.

Los resultados se mostraran mediante cuadros y gráficos

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS

Este trabajo trata de investigar cuales son las características definitorias más frecuentes en la definición de los diagnósticos de enfermería para ello se utilizara una hoja de registro. Desde el aspecto ético cuando la investigación recurre a seres humano debe garantizarse la protección de los derechos de las personas basándose en los principios éticos:

No maleficencia; en relación del presente estudio no se dañara al personal de enfermería y pacientes ni física, psicológica y/o moralmente.

Beneficencia; Se otorgar beneficios tanto para el paciente como para el personal de enfermería para un mejor y rápida atención mediante el proceso de atención (PAE).

Autonomía, los participantes en este proyecto tienen el derecho a decidir voluntariamente su participación en este proyecto y dar por terminada su participación en cualquier momento.

Principio de Justicia; se les dará un trato justo y equitativo antes durante y después de su participación el cual comprende un trato sin prejuicios y cumplimiento de acuerdos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Características definitorias de los diagnósticos de enfermería	Signos y síntomas observables y verificables identificados durante la valoración.	Identificación de las características definitorias mediante los signos y síntomas observables durante la valoración	– Patrón respiratorio ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> – Asunción de la postura de trípode – Respiración con los labios fruncidos – Ortopnea – Disminución de la presión espiratoria – Bradipnea – Disminución de la presión inspiratoria – Disminución de la ventilación por minuto – Disminución de la capacidad vital – Disnea – Uso de los músculos accesorios para respirar – Aleteo nasal – Alteraciones en la profundidad respiratoria

				<ul style="list-style-type: none"> - Fase espiratoria prolongada - Alteración de los movimientos torácicos - Taquipnea - Aumento del diámetro antero posterior del tórax - Destrucción de las capas de la piel
			<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la integridad cutánea 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la superficie de la piel. - Invasión de las estructuras corporales - Confusión
			<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro del intercambio gaseoso 	<ul style="list-style-type: none"> - pH arterial anormal - Confusión - Color anormal de la piel - Disminución del dióxido de carbono - Cianosis - Gasometría arterial anormal - Cefalea al despertar - Disnea

				<ul style="list-style-type: none">- Respiración anormal- Hipercapnia- Hipoxemia- Irritabilidad- Aleteo nasal- Agitación- Diaforesis- Taquicardia- Hipoxia
--	--	--	--	---

ANEXOS

Anexo 1

HOJA DE REGISTRO

En los siguientes diagnósticos presentados marcar con un aspa (X) las características definitorias que presenta el paciente en los posibles diagnósticos.

1.- Patrón respiratorio ineficaz (00032)

Características definitorias:	presenta	No presenta
Asunción de la postura de trípede		
Respiración con los labios fruncidos		
Ortopnea		
Disminución de la presión espiratoria		
Bradipnea		
Disminución de la presión inspiratoria		
Disminución de la ventilación por minuto		
Disminución de la capacidad vital		
Disnea		
Uso de los músculos accesorios para respirar		
Aleteo nasal		
Alteraciones en la profundidad respiratoria		
Fase espiratoria prolongada		
Alteración de los movimientos torácicos		
Taquipnea		
Aumento del diámetro antero posterior del tórax		
Otros		

2.- Deterioro de la integridad cutánea

Características definitorias	Presenta	No presenta
Destrucción de las capas de la piel		
Alteración de la superficie de la piel.		
Invasión de las estructuras corporales		
Otros		

3.- Deterioro del intercambio gaseoso

Dominio 3: eliminación e intercambio Clase 4: Función respiratoria

Características definitorias	Presenta	No presenta
Confusión		
pH arterial anormal		
Confusión		
Color anormal de la piel		
Disminución del dióxido de carbono		
Cianosis		
Gasometría arterial anormal		
Cefalea al despertar		
Disnea		
Respiración anormal		
Hipercapnia		
Hipoxemia		
Irritabilidad		
Aleteo nasal		
Agitación		
Diaforesis		
Taquicardia		
Hipoxia		
Otros		

ANEXO 4

Evaluación de Expertos

1.- Patrón Respiratorio Ineficaz

Ítems	Total acuerdos	P
1	9	0.0107
2	9	0.0107
3	9	0.0107
4	9	0.0107
5	8	0.0547
6	8	0.0547
7	7	0.1719
8	7	0.1719
9	8	0.0547
10	8	0.0547
11	8	0.0547
12	8	0.0547
13	8	0.0547
14	8	0.0547
15	8	0.0547
16	8	0.0547
Total		0.9336

$$P \text{ promedio} = 0.9336 / 16 = 0.05835$$

2.- Deterioro de la Integridad Cutánea

Ítem	Total Acuerdos	P
1	8	0.0547
2	9	0.0107
3	8	0.0547
Total		0.1201

$$P \text{ promedio} = 0.1201 / 3 = 0.040033$$

3.- Deterioro del Intercambio Gaseoso

Ítems	Total Acuerdos	P
1	9	0.0107
2	9	0.0107
3	9	0.0107
4	9	0.0107
5	9	0.0107
6	9	0.0107
7	9	0.0107
8	9	0.0107
9	9	0.0107
10	9	0.0107
11	9	0.0107
12	9	0.0107
13	9	0.0107
14	9	0.0107
15	9	0.0107
16	9	0.0107
17	9	0.0107
18	9	0.0107
TOTAL		0.1926

$$P \text{ promedio} = 0.1926 / 18 = 0.0107$$

ANEXO 5

Muestra

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q}{E^2} = \frac{1.96^2 \cdot 0.2 \cdot 0.4}{0.005} = 245.76$$

$$Nf \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = \frac{245.76}{1 + \frac{245.76}{58}} = 46.9254 = 47$$

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Amalia Coca Barbado, Antonio Arribas Cacha. Estudio Descriptivo y Comparativo de las Manifestaciones Clínicas de los Diagnósticos de Enfermería. FUNDEN Setiembre 2011
- 2.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009 – 2011
- 3.- Ann Marriner, Martha Railer. Modelo y Teoría en Enfermería, España, Editorial ELSERVIER MOSBY, 2008
- 4.- Gloria Mabel Carrillo Gonzáles y Yuriam Lida Rubiano Mesa. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. Habana - Cuba jul.-sep. 2007
- 5.- Claudia Domínguez-Nariño, Fabio Alberto Camargo-Figuera. Validación de un formato para algunos diagnósticos de enfermería de interés en la familia. Habana - Cuba sep.-dic. 2012
- 6.- Méndez Lanuza Celes; Sousa Vanessa, Perfeccionamiento De Las Características Definidoras Del Diagnóstico Control Familiar Ineficaz Del Régimen Terapéutico. Brasil 2011
- 7.- Souza, Vanessa de; Zeitoun, Sandra Salloum, Débito Cardíaco Disminuido: Revisión Sistemática De Las Características Definidoras, 2011

- 8.- Suriano María Lucía Fernández; Macedo Giselle Pinto de Oliveira; 2009, Identificación De Las Características Definidoras De Miedo Y Ansiedad En Pacientes Programadas Para Cirugía Ginecológica.
- 9.- Catalina G. María M. Historia de la enfermería. Editorial ELSEVIER MOSBY. España. 2007
- 10.- Ann Marriner, Martha Railer. Modelo y Teoría en Enfermería, España, Editorial ELSERVIER MOSBY, 2008
- 11.- Raúl Núñez López. Revista Científica De La Sociedad Española De Enfermería En Urgencias Y Emergencias. Por Qué Acuden Los Pacientes A Urgencias Hospitalarias. 2003
- 12.- Ivette Mulens Ramos. La Gestión de Enfermería desde las Dimensiones del cuidado. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Enfermería. Cuba. 2006