



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Asociación de los diagnósticos da clase lesión física con sus componentes: estudio transversal

Anna Livia de Medeiros Dantas¹, Raíssa Lopes Pinheiro¹,
Ana Beatriz de Almeida Medeiros¹, Isadora Costa Andriola¹,
Jéssica Dantas de Sá Tinoco¹, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira¹

¹ Universidad Federal de Rio Grande del Norte

RESUMEN

Objetivo: Verificar asociación entre los diagnósticos de enfermería de la clase lesión física y sus componentes en pacientes críticos. **Método:** Estudio transversal, realizado con 86 individuos internados en terapia intensiva de un hospital-escuela del Nordeste de Brasil. **Resultados:** Fueron identificados 18 de los 20 diagnósticos referentes a la clase lesión física de la Nanda-Internacional; de estos, nueve estuvieron presentes en más de 75% de los entrevistados y fueron asociados estadísticamente a sus componentes. **Conclusión:** En elevada presencia en la clientela, los diagnósticos de la clase lesión física presentaron relaciones significativas con sus componentes.-

Descriptores: Prestación de atención de salud; Cuidados Intensivos; Diagnóstico de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) es un sector en el cual los individuos generalmente se encuentran en estados graves y hemodinámicamente inestables, necesitando de cuidados específicos. Además de eso, esos pacientes comúnmente se presentan restringidos a la cama, bajo el efecto de sedativos y rodeados por diversos aparatos, lo que los torna dependientes del cuidado de los profesionales⁽¹⁾.

En ese contexto, la UTI es interpretada como ambiente hostil, marcado por complejidad tecnológica, cuadros clínicos delicados y elevadas tasas de mortalidad⁽¹⁻²⁾. Por ese motivo, el enfermero actuante en UTI debe, además de direccionar las acciones del equipo de enfermería, promover un contacto directo al paciente crítico, aliando el conocimiento técnico-científico al dominio de la tecnología, humanización e individualización del cuidado⁽³⁾.

Es sabido que una de las características destacadas del enfermero intensivista es la necesidad de saber hacer, decidir y atender con criterio a los cuidados demandados por el paciente de forma rápida y asertiva⁽⁴⁾. Visando el alcance de esos objetivos, se torna imprescindible el planeamiento de un cuidado holístico y organizado, centrado a las reales necesidades del cliente. Para tal fin, la ejecución de ese cuidado podrá ser viabilizado a partir de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) y operacionalizado bajo la forma del Proceso de Enfermería (PE)⁽⁵⁾.

Entre los elementos constituyentes del PE, se destaca el diagnóstico de enfermería (DE) en cuanto herramienta esencial al planeamiento de intervenciones específicas, las cuales visan a la implementación de acciones eficaces destinadas a resolver los problemas identificados. Esa etapa está fundamentada en la utilización de un lenguaje propio de la profesión, a partir de un cuerpo de conocimientos científicos específico, y

pautada en el desarrollo de un raciocinio clínico para juzgamiento diagnóstico⁽⁶⁾.

En lo que respecta a la clientela bajo cuidados intensivos, esa etapa exige una mayor atención debido a la necesidad del reconocimiento rápido de las señales iniciales de desvío de la homeostasis. La familiaridad del profesional prestador de la asistencia con los elementos constituyentes del plan de cuidados a ser instituido facilita la rápida identificación de los problemas y, así, promueve mayor eficiencia de sus intervenciones^(6,7).

Con vistas a la estandarización del lenguaje diagnóstico, una de las clasificaciones más utilizadas en ámbito mundial es la Taxonomía II de la Nanda-Internacional. En esa clasificación, los diagnósticos de enfermería son divididos en 13 dominios y 47 clases, entre las cuales aquí se destaca el dominio 11, titulado Seguridad/Protección. Entre las clases de ese dominio, la clase 2 (Lesión **Física**) es definida como daño o lesión al organismo⁽⁸⁾, objeto de estudio del presente artículo.

Ante el contexto mencionado de las especificidades de un ambiente de cuidados intensivos, se percibe una mayor vulnerabilidad a las lesiones físicas en esos enfermos. Esa susceptibilidad a eventos indeseados hace que la identificación de los diagnósticos de riesgo asuma extrema relevancia para el cuidado, pues de esa forma son identificados los factores sobre los cuales se desea actuar para prevenir. En la clase Lesión Física, 14 de los 20 diagnósticos son de riesgo, lo que justifica la alta prevalencia en pacientes de UTI⁽⁹⁾.

En ese contexto, el presente estudio cuestionó: ¿existe asociación entre diagnósticos de enfermería y componentes de la clase Lesión Física del dominio seguridad/protección de la Nanda-Internacional entre pacientes de UTI? Ante eso, se objetivó: verificar la asociación entre los diagnósticos de enfermería da clase lesión física y sus componentes en pacientes críticos.

MÉTODO

Se trata de un estudio del tipo transversal, cuyo objetivo es producir un recorte instantáneo de determinada situación de salud de una población, realizado en la UTI de hospital-escuela integrado a una universidad del Nordeste de Brasil.

La población estudiada fue de 791 pacientes, en el período de 01 de octubre de 2011 a 30 de septiembre de 2012, de acuerdo con datos del sistema informatizado de registros hospitalarios. La observación a lo largo de ese recorte temporal sirvió tan solamente para fines de subsidio al cálculo de la muestra. La muestra fue obtenida por medio de fórmula desarrollada para estudios con poblaciones finitas. Con el fin de llegar a ese cuantitativo, fueron considerados intervalo de confianza de 95% ($Z_{\infty} = 1,96$), error de muestreo de 10% e población de 791 pacientes. Por no haberse encontrado estudios que estimaran la prevalencia de diagnósticos de enfermería del dominio seguridad/protección en pacientes internados en la UTI, se estimó un valor conservador de 50%. Un tamaño de muestra de 86 individuos resultó de la aplicación de la fórmula.

Como criterios de inclusión, se tiene edad igual o superior a 18 años y sumisión a un tratamiento clínico o quirúrgico. Se excluyeron del estudio los pacientes cuyo período de internación fue inferior a 24 horas y aquellos que fueron readmitidos en la unidad. El proceso de muestreo adoptado fue por conveniencia, de forma consecutiva.

El estudio fue realizado en dos etapas: la colecta de datos, con identificación de los componentes de los diagnósticos de enfermería de la clase lesión física en pacientes críticos; y la inferencia diagnóstica, en la cual los diagnosticadores juzgaron la elegibilidad de los diagnósticos en cada paciente, mediante la presencia o

ausencia de los indicadores clínicos previamente seleccionados.

A lo largo de la colecta, se utilizó como instrumento un formulario de entrevista y examen físico, con preguntas abiertas y cerradas acerca de los datos socioeconómicos, características definidoras (CD), y factores relacionados o de riesgo (FR), conocidos conjuntamente como indicadores clínicos, presentes en la clase lesión física del dominio seguridad/protección de la Nanda-Internacional⁽⁸⁾. De la misma forma, cada uno de los 20 diagnósticos de la clase en cuestión fue contemplado en el instrumento a partir de cuestionamientos y/o medición de sus indicadores clínicos. Ese instrumento fue validado cuanto a la apariencia y contenido por tres magísteres en enfermería.

La etapa de la colecta de datos fue precedida por un entrenamiento para los colectores, por medio de curso de extensión. De esa etapa participaron, además del investigador responsable, una enfermera residente y un bolsista de pregrado en enfermería. El período para coleta fue de octubre de 2013 a mayo de 2014.

La última etapa, de inferencia diagnóstica, transcurrida entre agosto y septiembre de 2014, contempló el reclutamiento de seis enfermeros especialistas, reconocidos por el desarrollo de estudios en el área de la SAE. El triage de ellos ocurrió de forma intencional a partir de la evaluación de sus currículos, y como criterio de selección se utilizó la publicación de artículos referentes la SAE y/o especialización o experiencia en el área de terapia intensiva.

Esos especialistas fueron sometidos a un test de capacidad diagnóstica a partir de la resolución de casos clínicos. Fue verificada la concordancia entre ellos por medio del teste de Kappa, a partir del cual se obtuvieron coeficientes generales que evidenciaron concordancias casi perfectas para todos los jueces. De ese modo, fueron seleccionados los tres diagnosticadores

Dantas ALM, Pinheiro RL, Medeiros ABA, Andriola IC, Tinoco JDS, Lira ALBC. Association of the diagnosis of physical injury class with its components: a cross-sectional study. *Online braz j nurs* [internet] 2016 Sept [cited year month day]; 15 (3):361-371. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5349>

de acuerdo con los valores de Kappa, en orden decreciente.

En seguida, cada especialista recibió 86 planillas construidas por la investigadora, cada una de ellas referente a un paciente y conteniendo todos los indicadores clínicos del dominio en estudio, ya marcadas cuanto a la presencia (P), a la ausencia (A) o no se aplica (NA), además de informaciones adicionales referentes a los datos socioeconómicos, clínicos y a las observaciones pertinentes al proceso de inferencia diagnóstica. A partir de eso, cada diagnosticador infirió sobre la presencia o ausencia de los diagnósticos. Después de la evaluación individual, se aplicó el teste de la mayoría para la decisión cuanto a la presencia o ausencia del diagnóstico.

Los datos referentes a los indicadores clínicos de cada diagnóstico, bien como aquellos referentes a la prevalencia de los diagnósticos de enfermería de la clase en estudio a partir de la decisión de los diagnosticadores, fueron analizados con base en la **estadística descriptiva** e inferencial después de ser tabulados, en planillas electrónicas de *Microsoft Office Excel*[®]. Para tal, se contó con el auxilio del *software IBM SPSS Statistic versión 20.0 for Windows*[®].

En lo que concierne a los datos socioeconómicos y clínicos, fueron calculadas las frecuencias relativas y absolutas, media, mediana y desvío estándar utilizándose la **estadística descriptiva**, además de la aplicación del teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de los datos numéricos.

Para el análisis inferencial, fueron utilizados los testes de chi-cuadrado de Pearson y el teste exacto de Fisher para verificar la asociación estadística entre el DE y sus respectivos indicadores clínicos, adoptándose un p valor < 0,05 para la significancia estadística. Así, se utilizó como referencia el valor p para el teste de chi-cuadrado cuando las cuatro casillas de la tabla 2x2 (presencia y ausencia del DE y presencia y

ausencia del indicador clínico) fueron iguales o superiores al valor cinco. Cuando alguna de esas casillas presentó valor igual o menor que cinco, el teste exacto de Fisher presentó el valor p representativo.

De ese modo, diagnósticos como "riesgo de ojo seco", "riesgo de trauma vascular", "integridad de la piel perjudicada" y "dentición perjudicada", que se presentaron ausentes en cinco o menos pacientes investigados, tuvieron su asociación con indicadores clínicos demostrada por medio del p representativo proveniente del teste Fisher.

Los testes de asociación fueron aplicados solamente para los diagnósticos que presentaron frecuencia mayor que 75%, frente a la representatividad de esos para la muestra analizada. Los datos fueron presentados en tablas y discutidos conforme a literatura pertinente.

Cuanto a los aspectos éticos, hubo aprobación de la presente investigación después de verificación del comité de ética, manifestada en el parecer nº 440/414, con Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE) nº 22955113.2.0000.5292.

RESULTADOS

Fueron evaluados 86 individuos internados en el referido hospital del estudio, entre los cuales 52,3% eran del sexo femenino, 95,3% poseían algún tipo de religión, 61,6% eran procedentes del interior del estado y con media de edad de 53,4 años.

Con relación a la caracterización de los datos clínicos, la mayoría (73,3%) estaba internada por motivos quirúrgicos y 70,9% poseían alguna comorbilidad.

Fueron identificados en los pacientes estudiados diez y ocho de los veinte diagnósticos de enfermería componentes de la clase lesión física de la Nanda-Internacional y, de esos,

Tabla 1 - Distribución de los factores de riesgo referentes a los diagnósticos de enfermería “riesgo de ojo seco” y “riesgo de trauma vascular” en pacientes críticos. Natal, 2014.

| Diagnósticos de Enfermería | Presente | | Ausente | | Valor p |
|---|----------|------|---------|------|---------------------|
| | N | % | N | % | |
| Riesgo de ojo seco | | | | | |
| Factores de riesgo | | | | | |
| Factores ambientales | 86 | 100 | - | - | - |
| Efectos secundarios al tratamiento | 85 | 98,8 | 1 | 1,2 | 0,9881 |
| Sexo femenino | 45 | 52,3 | 41 | 47,7 | 0,4771 |
| Envejecimiento | 33 | 38,4 | 53 | 61,6 | 0,6161 |
| Enfermedades autoinmunes | 31 | 36,1 | 55 | 63,9 | 0,6401 |
| Estilo de vida | 30 | 34,9 | 56 | 65,1 | 0,6511 |
| Lesiones neurológicas con pérdida sensorial refleja motora | 21 | 24,4 | 65 | 75,6 | 0,7561 |
| Terapia con ventilación mecánica | 18 | 20,9 | 68 | 79,1 | 0,7911 |
| Historia de alergias | 14 | 16,3 | 72 | 83,7 | 0,8371 |
| Hormonas | 4 | 4,7 | 82 | 95,3 | 0,9531 |
| Riesgo de trauma vascular | | | | | |
| Factores de riesgo | | | | | |
| Duración del tiempo de inserción | 77 | 89,5 | 9 | 10,5 | *0,028 ¹ |
| Anchura del catéter | 56 | 65,1 | 30 | 34,9 | *0,040 ¹ |
| Tipo del catéter | 52 | 60,5 | 34 | 39,5 | 0,3441 |
| Local de inserción | 50 | 58,1 | 36 | 41,9 | 0,0701 |
| Naturaleza de la solución | 27 | 31,4 | 59 | 68,6 | 0,3181 |
| Velocidad de infusión | 18 | 20,9 | 68 | 79,1 | 0,4901 |
| Capacidad perjudicada para visualizar el local da inserción | 16 | 18,6 | 70 | 81,4 | 0,5351 |
| Fijación inadecuada del catéter | 4 | 4,7 | 82 | 95,3 | 0,8651 |

Legenda:¹Teste Exacto de Fisher; p < 0,05; *Asociación estadística.

nueve estuvieron presentes en más de 75% de la muestra, a saber: “riesgo de lesión” (100%); “riesgo de caídas” (100%); “riesgo de trauma” (100%); “riesgo de ojo seco” (98,8%); “riesgo de trauma vascular” (96,5%); “integridad de la piel perjudicada” (95,3%); “dentición perjudicada” (93,0%); “riesgo de hemorragia” (83,7%); “integridad tisular perjudicada” (76,7%).

En los diagnósticos presentes en 100% de la muestra la estadística no permite que sean observadas asociaciones entre las variables, una vez que no puede ser generada una tabla 2x2. Por lo tanto, para esos no fue posible aplicar estadística inferencial. Es importante resaltar que algunos factores de riesgo de esos diagnósticos estuvieron presentes en toda la muestra, como es el caso de los biológicos, físicos, humanos y químicos en el DE “riesgo de lesión”.

Con relación al diagnóstico de “riesgo de caídas”, entre sus 55 factores de riesgo constituyentes apenas dos estuvieron presentes en 100% de la muestra, siendo: cuarto no familiar y movilidad física perjudicada. Cuanto al “riesgo de trauma”, el cual posee 68 factores de riesgo, los factores camas altas y exposición excesiva a la radiación se hicieron presentes en 100% de los pacientes.

Las tablas a seguir demuestran los diagnósticos de enfermería con prevalencia mayor que 75% y sus componentes, evaluando la existencia de posibles asociaciones estadísticamente significativas, entre los diagnósticos y elementos constituyentes.

Al realizar análisis bivariado de los diagnósticos con sus componentes, fue posible observar que el diagnóstico “riesgo de ojo seco” no presentó asociación estadísticamente

significativa con ningún componente. Cuanto al diagnóstico "riesgo de trauma vascular", se verificó asociación estadísticamente significativa con los factores de riesgo: duración del tiempo de inserción ($p = 0,028$) y anchura del catéter ($p = 0,040$).

El diagnóstico "integridad de la piel perjudicada" posee tres características definidoras, de estas, dos presentaron asociación estadística significativa con el diagnóstico - invasión de estructuras del cuerpo ($p = 0,000$) y rompimiento de la superficie de la piel ($p = 0,000$).

Al evaluar los factores relacionados, fue observado que no hubo asociación estadística entre estos y el referido diagnóstico, pero vale destacar que algunos factores estuvieron presentes en más de 50% de la muestra: inmovilización física, radiación, factores mecánicos, cambios en el estado hídrico, prominencias óseas, cambios en la turgencia y estado metabólico perjudicado.

Al analizarse el diagnóstico "dentición perjudicada", fue observado que ese es compuesto por 17 características definidoras, entre las cuales cinco presentaron asociación estadística significativa para un nivel de significancia de 5% con el diagnóstico: pérdida de dientes ($p = 0,000$), falta de algunos dientes ($p = 0,000$), ausencia de dientes ($p = 0,000$), dientes desgastados ($p = 0,001$) y dientes estragados ($p = 0,008$).

Cuanto a los factores relacionados, se destaca conocimiento deficiente con respecto de la salud dental ($p = 0,035$), que presentó asociación estadística significativa con el diagnóstico.

Se percibe que de los 12 factores de riesgo pertenecientes al diagnóstico "riesgo de hemorragia", nueve estuvieron presentes en los pacientes en estudio, entre los cuales cuatro presentaron asociación estadística significativa, siendo ellos conocimiento deficiente ($p = 0,016$), efectos secundarios relacionados al tratamiento ($p = 0,000$), trauma ($p = 0,005$) y función hepática perjudicada ($p = 0,043$).

Se identificó también asociación estadística significativa entre el diagnóstico "integridad tisular perjudicada" y las características definidoras tejido lesionado ($p = 0,000$) y tejido destruido ($p = 0,000$), como también los factores relacionados déficit de conocimiento ($p = 0,001$) y circulación alterada ($p = 0,032$).

DISCUSIÓN

Entre los diagnósticos de enfermería atribuidos a la clientela en estudio, algunos se hicieron presentes en 100% de ella: "riesgo de lesión", "riesgo de caídas" y "riesgo de trauma". En estudio realizado con pacientes bajo ventilación mecánica invasiva en la UTI, y DE "riesgo de lesión" estuvo presente en 100% de la muestra estudiada. Los demás diagnósticos también estuvieron presentes, pero en menores proporciones, entre 88,2% y 86,3% de los clientes, respectivamente⁽⁶⁾.

El diagnóstico "riesgo de ojo seco" estuvo presente en 98,8% de la muestra, sin embargo esa constatación no fue encontrada en estudios semejantes^(7,9). No obstante, en estudio de cohorte prospectiva realizado en el estado de Minas Gerais con pacientes críticos, 59,4% de los 254 sujetos fueron identificados como portadores de lesión de córnea. Entre los posibles factores de riesgo se apunta: intubación, ventilación mecánica, edema, sedación, parpadeo de ojos por minuto y uso de sedativos⁽¹⁰⁾. Eso revela, pues, la urgente necesidad de identificar los pacientes los cuales demuestran el riesgo de la lesión para que así se pueda actuar en la prevención.

O diagnóstico "riesgo de trauma vascular" estuvo presente en 96,5% de los pacientes evaluados. Para ese DE, fueron observados dos factores de riesgos con asociación estadística significativa: duración del tiempo de inserción y anchura del catéter. A pesar de la amplia

Tabla 2 - Distribución de las características definidoras y de los factores relacionados referentes a los diagnósticos de enfermería “integridad de la piel perjudicada” y “dentición perjudicada” en pacientes críticos. Natal, 2014.

| Diagnóstico de Enfermería | Presente | | Ausente | | Valor p |
|--|----------|------|---------|------|---------------------|
| | N | % | N | % | |
| Integridad de la piel perjudicada | | | | | |
| Características definidoras | | | | | |
| Invasión de estructuras del cuerpo | 76 | 88,4 | 10 | 11,6 | *0,000 ¹ |
| Rompimiento de la superficie de la piel | 75 | 87,2 | 11 | 12,8 | *0,000 ¹ |
| Destrucción de capas de la piel | 40 | 46,5 | 46 | 53,5 | 0,0771 |
| Factores Relacionados | | | | | |
| Inmovilización física | 86 | 100 | - | - | - |
| Radiación | 86 | 100 | - | - | - |
| Factores mecánicos (fuerzas abrasivas, presión, contención) | 85 | 98,8 | 1 | 1,2 | 0,9531 |
| Cambios en el estado hídrico | 85 | 98,8 | 1 | 1,2 | 0,9531 |
| Prominencias óseas | 83 | 96,5 | 3 | 3,5 | 0,8651 |
| Cambios en la turgencia | 69 | 80,2 | 17 | 19,8 | 0,4071 |
| Estado metabólico perjudicado | 48 | 55,8 | 38 | 44,8 | 0,2251 |
| Piel húmeda | 43 | 50 | 43 | 50 | 0,0581 |
| Humedad | 42 | 48,8 | 44 | 51,2 | 0,0641 |
| Estado nutricional desequilibrado (obesidad, adelgazamiento) | 37 | 43 | 49 | 57 | 0,5791 |
| Extremos de edad | 32 | 37,2 | 54 | 62,8 | 0,1491 |
| Sensaciones perjudicadas | 24 | 27,9 | 62 | 72,1 | 0,2631 |
| Medicamentos | 16 | 18,6 | 70 | 81,4 | 0,4321 |
| Déficit inmunológico | 16 | 18,6 | 70 | 81,4 | 0,5681 |
| Circulación perjudicada | 11 | 12,8 | 75 | 87,2 | 0,5721 |
| Hipertermia | 5 | 5,8 | 81 | 94,2 | 0,7831 |
| Factores de desarrollo | 1 | 1,2 | 85 | 98,8 | 0,9531 |
| Dentición perjudicada | | | | | |
| Características definidoras | | | | | |
| Perdida de dientes | 79 | 91,9 | 7 | 8,1 | *0,000 ¹ |
| Falta de algunos dientes | 77 | 89,5 | 9 | 10,5 | *0,000 ¹ |
| Ausencia de dientes | 68 | 79,1 | 18 | 20,9 | *0,000 ¹ |
| Dientes desgastados | 56 | 65,1 | 30 | 34,9 | *0,001 ¹ |
| Dientes dañados | 46 | 53,5 | 40 | 46,5 | *0,008 ¹ |
| Oclusión inadecuada | 43 | 50 | 43 | 50 | 0,1011 |
| Erosión de los dientes | 26 | 30,2 | 60 | 69,8 | 0,1061 |
| Halitosis | 22 | 25,6 | 64 | 74,4 | 0,4841 |
| Desalineamiento de los dientes | 17 | 19,8 | 69 | 80,2 | 0,2551 |
| Decoloración del esmalte de los dientes | 13 | 15,1 | 73 | 84,9 | 0,3621 |
| Placa excesiva | 8 | 9,3 | 78 | 90,7 | 0,4541 |
| Exceso de tártaro | 6 | 7 | 80 | 93 | 0,3611 |
| Expresión facial asimétrica | 2 | 2,3 | 84 | 97,7 | 0,8651 |
| Dolor de diente | 1 | 1,2 | 85 | 98,8 | 0,9301 |
| Factores Relacionados | | | | | |
| Barreras del autocuidado | 86 | 100 | - | - | - |
| Hábitos alimenticios | 67 | 77,9 | 19 | 22,1 | 0,1191 |
| Conocimiento deficiente con respecto de la salud dental | 64 | 74,4 | 22 | 25,6 | *0,035 ¹ |
| Déficits nutricionales | 54 | 62,8 | 32 | 37,2 | 0,3961 |
| Económicamente desfavorecido | 53 | 61,6 | 33 | 38,4 | 0,5791 |
| Higiene oral ineficaz | 40 | 46,5 | 46 | 53,5 | 0,0731 |
| Uso crónico de café | 31 | 36,1 | 55 | 63,9 | 0,0621 |
| Uso crónico de tabaco | 14 | 16,3 | 72 | 83,7 | 0,3321 |
| Falta de acceso a cuidados profesionales | 2 | 2,3 | 84 | 97,7 | 0,8651 |
| Medicamentos prescritos seleccionados | 1 | 1,2 | 85 | 98,8 | 0,9301 |

Legenda: ¹Teste Exacto de Fisher; $p < 0,05$; *Asociación estadística.

Tabla 3 - Distribución de las características definidoras y de los factores relacionados/riesgo referentes a los diagnósticos de enfermería “riesgo de hemorragia” e “integridad tisular perjudicada” en pacientes críticos. Natal, 2014.

| Diagnóstico de Enfermería | Presente | | Ausente | | Valor p |
|--|----------|------|---------|------|---------------------|
| | N | % | N | % | |
| Riesgo de hemorragia | | | | | |
| Factores de riesgo | | | | | |
| Conocimiento deficiente | 61 | 70,9 | 25 | 29,1 | *0,016 ¹ |
| Efectos secundarios relacionados al tratamiento | 53 | 61,6 | 33 | 38,4 | *0,000 ¹ |
| Trauma | 25 | 29,1 | 61 | 70,9 | *0,005 ¹ |
| Función hepática perjudicada | 16 | 18,6 | 70 | 81,4 | *0,043 ¹ |
| Coagulopatias inherentes | 14 | 16,3 | 72 | 83,7 | 0,0661 |
| Historia de caídas | 14 | 16,3 | 72 | 83,7 | 0,2851 |
| Aneurisma | 12 | 14 | 74 | 86 | 0,1001 |
| Disturbios gastrointestinales | 9 | 10,5 | 77 | 89,5 | 0,1851 |
| Complicaciones relativas al embarazo | 1 | 1,2 | 85 | 98,8 | 0,8371 |
| Integridad tisular perjudicada | | | | | |
| Características definidoras | | | | | |
| Tejido lesionado (córnea, mucosas, piel o tejido subcutáneo) | 66 | 76,7 | 20 | 23,3 | *0,000 ¹ |
| Tejido destruido | 36 | 41,9 | 50 | 58,1 | *0,000 ² |
| Factores Relacionados | | | | | |
| Factores mecánicos (presión, abrasión y fricción) | 86 | 100 | - | - | - |
| Movilidad física perjudicada | 86 | 100 | - | - | - |
| Radiación (inclusive radioterapia) | 86 | 100 | - | - | - |
| Déficit de conocimiento | 61 | | 25 | | *0,001 ² |
| Factores nutricionales(déficit o exceso) | 53 | 61,6 | 33 | 38,4 | 0,7232 |
| Déficit de líquidos | 36 | 41,9 | 50 | 58,1 | 0,1742 |
| Exceso de líquidos | 26 | 30,2 | 60 | 69,8 | 0,5962 |
| Circulación alterada | 12 | 14 | 74 | 86 | *0,032 ¹ |
| Extremos de temperatura | 3 | 3,5 | 83 | 96,5 | 0,5531 |
| Irritantes químicos | 2 | 2,3 | 84 | 97,7 | 0,4131 |

Legenda: ¹Teste exacto de Fisher; ²Teste Chi-Cuadrado de Pearson; $p < 0,05$; * Asociación estadística.

utilización del catéter venoso central en los pacientes en situación crítica de salud, diversas complicaciones resultan de su uso y entre esas se destacan las infecciosas. Con respecto a eso, estudios apuntan que el tiempo prolongado de permanencia del catéter, superior a 21 días, es factor de riesgo para infección, de modo que su remoción precoz es citada en la literatura internacional como fundamental para reducción de las complicaciones relacionadas⁽¹¹⁾.

Además de eso, las múltiples terapias a las cuales están sometidos los pacientes en terapia intensiva (a ejemplo de drogas vasoactivas, soluciones hiperosmolares o vesicantes) aumentan considerablemente los chances de

complicaciones vasculares. Ante eso, el calibre del dispositivo intravenoso merece atención de los profesionales, teniendo en vista que catéteres de menor calibre disminuyen el trauma vascular durante la venopunción. Además, es sabido que el dispositivo de menor diámetro en relación al vaso facilita la circulación de sangre a su alrededor, auxiliando en la hemodilución de las drogas⁽¹²⁾.

En la presente investigación, los DE “integridad de la piel perjudicada” e “integridad tisular perjudicada” estuvieron presentes en 95,3% y 76,7% de la muestra, respectivamente. La elevada prevalencia de esos diagnósticos en la clientela estudiada se debe al hecho de

que la mayoría (73,3%) estaba internada por motivos quirúrgicos, grande parte de ellos en pos-operatorio, estando la solución de continuidad de la piel relacionada a factores mecánicos como la propia incisión quirúrgica, presencia de catéteres, sondas y drenes, además del posible surgimiento de úlcera por presión consecuente del posicionamiento peri operatorio⁽¹³⁾.

Un estudio transversal corrobora con ese resultado al evidenciar un total de 92,8% de los pacientes con "integridad de la piel/tisular perjudicada" entre aquellos cuyo motivo de internación fue quirúrgico. De este modo, esa clientela es sometida a procedimientos invasivos como quirúrgicas, colecta de material biológico para exámenes y punción venosa. Aliado a eso se encuentran el proceso patológico, la inmovilización en la cama, la disminución de actividad motora y la falta de adecuada perfusión periférica, mientras factores también responsables por la lesión tisular⁽¹⁴⁾.

Con el DE "integridad de la piel perjudicada", estuvieron asociadas las CD invasión de estructuras del cuerpo y rompimiento de las capas de la piel, ambas fácilmente comprendidas en el contexto encima mencionado. Para el DE "integridad tisular perjudicada", hubo asociación con las CD: tejido lesionado, tejido destruido, déficit de conocimiento y circulación alterada.

El diagnóstico "dentición perjudicada", que estuvo presente en 93% de la muestra, puede ser asociado a las siguientes CD: pérdida de algunos dientes, falta de algunos dientes, ausencia de dientes, dientes desgastados y dientes estragados; bien como al factor relacionado conocimiento deficiente con respecto de la salud dental.

Corroborando esos resultados, en estudio realizado con pacientes hospitalizados se encontró una frecuencia de 92,1% del DE "dentición perjudicada"⁽¹⁵⁾. Tal resultado podría estar asociado al hecho de que mayor parte de los pacientes

es anciano, siendo esa la fase de la vida en la cual se constata una mayor pérdida de dientes, a pesar de ese hecho no ser inherente al proceso normal de envejecimiento⁽¹⁵⁾. Además de eso, la falta de conocimiento acerca de la salud dental podría ser influenciada por factores como la baja escolaridad y baja renda familiar, una realidad común a los consumidores de los servicios de salud pública en el Brasil.

Concerniente al "riesgo de hemorragia", presente en 83,7% de los pacientes, se constató la asociación con los siguientes factores de riesgo: conocimiento deficiente, efectos secundarios al tratamiento, trauma y función hepática perjudicada. Con respecto a ese DE, merece destaque el motivo de internación quirúrgica en la mayoría de los pacientes, teniendo en vista que la cirugía constituye un factor predisponente a la trombosis venosa profunda (TVP), condición que requiere el uso profiláctico de anticoagulantes. Además del riesgo inherente al procedimiento, esa clientela aún está expuesta a otros factores desencadenantes de eventos tromboembólicos, como la restricción a la cama y uso de catéteres venosos centrales. De esta manera, la terapia anticoagulante puede ser apuntada como una de las principales causas de hemorragia en esos pacientes⁽¹⁶⁾.

Ante lo expuesto, fueron identificados los diagnósticos más prevalentes de la clase Lesión Física frente a la muestra estudiada, además de los factores actuantes como influyentes de la presencia del diagnóstico, facilitando, así, el direccionamiento del enfermero en búsqueda de la reducción de los riesgos a los cuales esa clientela está expuesta.

CONCLUSIÓN

Se concluye que los diagnósticos de enfermería de la clase Lesión **Física** presentan

asociación con sus componentes, indicando una posible relación entre esos. El DE "riesgo de trauma vascular" se asoció a la duración del tiempo de inserción y anchura del catéter; "integridad de la piel perjudicada" fue asociada a la invasión de estructuras del cuerpo y rompimiento de la superficie de la piel; la "dentición perjudicada" se asoció a las CD perdida de dientes, falta de algunos dientes, dientes desgastados y dañados, bien como al FR conocimiento deficiente a respecto de la salud dental; el "riesgo de hemorragia" estuvo asociado al conocimiento deficiente, efectos secundarios al tratamiento, trauma, y función hepática perjudicada; y, por fin, la "integridad tisular perjudicada" demostró asociación significativa con las CD tejido lesionado y destruido, y FR déficit de conocimiento y circulación alterada.

El desarrollo de ese tipo de estudio posibilita a la enfermería mayor apropiación del contenido científico específico de su profesión. A partir de eso, los enfermeros pueden no apenas identificar los problemas presentados por el cliente como también apoderarse de la gama de conocimientos que impregna el surgimiento de esos problemas, de modo que comprendan las asociaciones existentes entre el diagnóstico, sus antecedentes y consecuentes.

En cuanto factor limitante al desarrollo del estudio fue constatada la carencia de publicaciones con enfoque en una clase y diagnósticos de enfermería específicos, relacionados al paciente crítico, obstando el proceso de discusión de algunos aspectos con literaturas aplicadas al mismo público. Se alía a eso el hecho de la evaluación clínica ser un proceso subjetivo y, por lo tanto, susceptible a incertidumbres. Se sugiere, pues, la realización de estudios con métodos que permitan el teste de las posibles relaciones identificadas transversalmente.

CITAS

1. Backes MTS, Erdmann AL, Buscher A, Backes DS. O cuidado intensivo no ambiente de UTI. Esc Anna Nery. 2012 out/dez; 16 (4):689 – 696.
2. Backes MTS, Backes DS, Erdmann AL. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):679-85.
3. Camelo SHH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012 jan-fev;20(1).
4. Barreto VPM, Tonini T, Aguiar BGC. Nursing care management of clients in intensive care: content analysis. Online braz j nurs [Internet]. 2013 Oct [cited year month day]; 12 Suppl: 578-80. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4076>
5. Yücel SC, Eser I, Güler EK, Khorshid L. Nursing diagnoses in patients having mechanical ventilation support in a respiratory intensive care unit in Turkey. International Journal of Nursing Practice. 2011.
6. Salgado PO, Chianca TCM. Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in an Intensive Care Unit. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011 July-Aug;19(4).
7. Chianca TCM, Lima APS, Salgado PO. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. RevEscEnferm USP. 2012; 46(5).
8. Herdman TH. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell. 2015.
9. Ramos GS, Santana LC, Ferreira PHC, Chianca TCM, Guedes HM. Diagnósticos de Enfermagem documentados em prontuários de pacientes em unidade de terapia intensiva. Rev. Enferm. Cent. O. Min. 2013 mai/ago; 3(2):679-686.
10. Werli-Alvarenga A, Ercole FF, Botoni FA, Oliveira JÁ, Chianca TC. Corneal injuries: incidence and risk factors in the Intensive Care Unit. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011; 19(5).
11. Rickard CM, Webster J, Wallis MC, Marsh N, McGrail MR, French V, et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous

- catheters: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*. 2012; 380: 1066–74.
12. Rodrigues CC, Guilherme C, Costa Júnior ML, Carvalho EC. Risk factors for vascular trauma during antineoplastic chemotherapy: contributions of the use of relative risk. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3): 448-52. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n3/v25n3a20.pdf>>. Acesso em 12 de junho de 2016.
 13. Souza TM, Carvalho R, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós anestésica. *Revista SOBECC*. São Paulo (SP). 2012 out/dez; 17 (4):33-47.
 14. Novaes ES, Torres MM, Oliva APV. Nursing diagnoses in surgical clinic. *Acta Paul Enferm*. 2015; 2 (1): 26 - 31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0026.pdf>>. Acesso em 13 de junho de 2016.
 15. França MJDM, Manguiera SO, Perrelli SGA, Cruz SL, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem de pacientes com necessidade de locomoção afetada internados em uma unidade hospitalar. *Revista Eletronica de Enfermagem*. 2013; 15(4):878-85. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/v15n4a04.htm>>. Acesso em 30 de abril de 2015.
 16. Dutra CSK, Silveira LM, Santos AO, Pereira R, Stabile AM. Prevalent Nursing Diagnosis In Patients Hospitalized With Sepsis At The Intensive Care Unit. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(4):688-94

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 14/09/2015
Revisado: 16/06/2016
Aprobado: 24/06/2016