



Mi Universidad

Nombre del Alumno: ELIAS MOISES RODRIGEZ MORALES

Nombre del tema: antecedentes de la bioética como ciencia

Parcial: I PERCIAL

Nombre de la Materia: bioética

Nombre del profesor: MIGUEL ALEJANDRO MALDONADO CRUZ

Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA

Cuatrimestre:2 CUATRIMESTRE

UDS

PLANEACION LICENCIATURA EJECUTIVO

DAC-FOR-02-B

DIRECCION ACADEMICA

Licenciatura: ENFERMERIA

Materia:

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA II

Clave:

PE-LEN201

Modalidad: EJECUTIVO

Cuatrimestre

2°

Horas:

4

OBJETIVO:

Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria.

S	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	PLATAFORMA EDUCATIVA
1	PRESENTACION	UNIDAD I FUNDAMENTOS TEORICOS, BASES CONCEPTUALES ENFERMERAS	1.1.- Concepto De Enfermería	1.2 Análisis De La Situación Actual De La Enfermería.	
EN CASA	CLASE 5	CLASE 6	CLASE 7	CLASE 8	
	1.3 La Enfermería Como Profesión Y Como Disciplina Científica.	1.4 Intervenciones independientes e interdependientes.	1.5 Los Paradigmas En Enfermería Conceptos Teóricos De Persona, Entorno, Salud Y Rol Profesional.	1.6. Tendencias Y Escuelas De Pensamiento En Enfermería	
2	RETROALIMENTACION	1.7. Paradigma De Categorización.	1.7. Paradigma De Categorización.	1.8. Tendencia Naturalista: Florence Nightingale. Asunciones, Proposiciones Y Elementos Fundamentales.	
EN CASA	CLASE 5	CLASE 6	CLASE 7	CLASE 8	
	1.8. Tendencia Naturalista: Florence Nightingale. Asunciones, Proposiciones Y Elementos Fundamentales.	UNIDAD II PRINCIPALES CARACTERISTICAS	2.1. Paradigma De La Integración.	2.2. Tendencias De Suplencia Y Ayuda	
3	RETROALIMENTACION	2.3.- Escuela De Necesidades De Virginia Henderson; Dorotea Orem	.2.3.- Escuela De Necesidades De Virginia Henderson; Dorotea Orem	2.4. Paradigma de la Integración. Tendencias de interrelación. Escuela de interacción: Hildegard Peplau.	
EN CASA	CLASE 5	CLASE 6	CLASE 7	CLASE 8	
	2.5. Asunciones Proposiciones Y Elementos Fundamentales.	2.6. Escuela De Efectos Deseables: Callista Roy.	2.7.- Paradigma De La Transformación	2.8.- Madeline Leininger Cultura De Los Cuidados, Teoría De La Diversidad Y De La Universalidad	

S	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	PLATAFORMA EDUCATIVA
4	RETROALIMENTACION	2.8.- Madeline Leininger Cultura De Los Cuidados, Teoría De La Diversidad Y De La Universalidad.	UNIDAD III GENERALIDADES	3.1.- Introducción A La Metodología Enfermera.	
EN CASA	CLASE 5	CLASE 6	CLASE 7	CLASE 8	
	3.2.- El Proceso De Enfermería.	3.2.- El Proceso De Enfermería.	3.3.- La Valoración Concepto, Objetivos Y Fases	3.4.- La Observación, La Exploración Y La Entrevista.	
S	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	PLATAFORMA EDUCATIVA
5	RETROALIMENTACION	3.5.- Organización De La Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordón (ABP)	3.5.- Organización De La Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordón (ABP)	3.6.- El Diagnóstico: Análisis E Interpretación De Los Datos.	
EN CASA	CLASE 5	CLASE 6	CLASE 7	CLASE 8	
	3.7.- Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación.	3.8.- Taxonomía II De La Nanda	3.8.- Taxonomía II De La Nanda	UNIDAD IV EJECUCION	
S	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	PLATAFORMA EDUCATIVA
6	4.1.-La Planificación De Cuidados, Faces y Objetivos	RETROALIMENTACION	4.2.- Intervenciones Interdependientes/ De Colaboración.	4.3.- Intervención De Enfermería	
EN CASA	CLASE 5	CLASE 6	CLASE 7	CLASE 8	
	4.4.- Registros De Enfermería.	4.5.- Criterios De Cumplimentación.	4.6.- La Evaluación, Resultados y Logro de objetivos	4.6.- La Evaluación, Resultados y Logro de objetivos	
7	CLASE 1	CLASE 2			PLATAFORMA EDUCATIVA
	EXAMEN DE MODULO				EXAMEN FINAL EN PLATAFORMA OPCIONAL, OBLIGATORIO PARA LOS ALUMNOS EN MODALIDAD VIRTUAL

ACTIVIDADES EN EL AULA PERMITIDAS:	1.-Conducción Docente, manejo de Esquemas, Conceptos Básicos y Referentes Teóricos (Pizarron) 2.-Estructuración de Reportes de Lectura y Fichas de Trabajo; uso de Medios Audiovisuales. (Pantalla). 3.-Realizar Lecturas de Referencias Bibliográficas Sugeridas y Adicionales para generar Lluvia de Ideas. 4.-Propiciar Actividades de Interés dentro del Proceso de Enseñanza - Aprendizaje para generar Investigaciones. 5.-Vinculación de la Materia con Casos Prácticos y Reales que se puedan sustentar teóricamente.
---	---

ACTIVIDADES NO PERMITIDAS:	1. Exámenes Orales. 2. Exposiciones como Evaluación. 3. Improvisaciones.
-----------------------------------	--

SUGERENCIA BIBLIOGRAFICA				
No	TIPO	TITULO	AUTOR	EDITORIAL
1	Libro	Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología.	Eva Reyes Gomez	El Manual Moderno.
2	Libro	Fundamentos de enfermería.	Potter, P. A., Perry, A. G., & Stockert, P. A	Elsevier Health Sciences.
3	Libro	Fundamentos de enfermería.	Barrera, S. R., & Gómez, E. R.	El Manual Moderno.

SUGERENCIAS DE VIDEOS ACADEMICOS				
No	TIPO	TITULO	LINK	AUTOR
1	Video	11 PATRONES FUNCIONALES de Marjory Gordon	https://www.youtube.com/watch?v=IjWrdgU37Is&ab_channel=TodosSomosEnfermeria%E3%83%84	Todos Somos Enfermería
2	Video	Cómo hacer un PAE con el NANDA, NOC y NIC - Fácil	https://www.youtube.com/watch?v=riv799D8yQ48&ab_channel=Marcinurse	Marcinurse
3	Video	Cómo hacer una Nota de Enfermería - Fácil	https://www.youtube.com/watch?v=tIW3Sun5SvA&ab_channel=Marcinurse	Marcinurse

CRITERIOS, PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION Y ACREDITACION.	
Actividades en Plataforma Educativa	40%
1er Actividad	20%
2da Actividad	20%
Examen	60%
Total	100%

Escala de calificación	7- 10
Mínima aprobatoria	7

NOTA:	En la planeación los exámenes aparecen siempre en día lunes, pero dependerá de la programación de la subdirección académica, y en esa semana se podrán hacer los cambios necesarios.
--------------	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos enfermería son problemas que entran **dentro de la competencia de enfermería** y que ayuda a identificar las prioridades y a orientar las intervenciones de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería son un componente fundamental de la práctica de enfermería moderna.

Estos diagnósticos permiten a los profesionales de enfermería identificar y comprender las necesidades de salud de sus pacientes, y desarrollar planes de atención personalizados para abordar estas necesidades de manera efectiva.

Los diagnósticos Enfermeros son la base para la selección de las **intervenciones de Enfermería** con el fin de lograr los resultados del trabajo de los profesionales de enfermería.

En este artículo, exploraremos la importancia de los diagnósticos de enfermería, las partes de un diagnóstico enfermero, los diagnósticos NANDA y otras taxonomías diagnósticas.

Definición de diagnóstico

Un diagnóstico de enfermería es una evaluación clínica realizada por un profesional de enfermería para identificar las necesidades de salud de un paciente.

Se utiliza para identificar problemas de salud, evaluar el estado actual del paciente y planificar **intervenciones de enfermería** específicas para abordar esas necesidades.

Un diagnóstico de enfermería se basa en la observación y evaluación de los signos y síntomas del paciente, así como en la revisión de la historia médica y la realización de pruebas y exámenes físicos pertinentes.

Al establecer un diagnóstico enfermero, el profesional de enfermería puede ayudar a garantizar que el **plan de atención del paciente** sea adecuado, efectivo y centrado en el paciente.

Se consideran respuestas humanas, que el profesional de enfermería puede tratar de forma totalmente independiente.

Los diagnósticos de enfermería son, por lo tanto, problemas que pueden **prevenirse, resolverse o reducirse**, mediante actividades independientes de enfermería.

Diagnósticos enfermeros dentro del PAE

La fase de diagnóstico es la segunda etapa del **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**, y permiten a los enfermeros desarrollar el plan de cuidados del paciente.

Durante esta fase, el profesional de enfermería evalúa y analiza los datos recopilados en la **fase de valoración** para identificar los problemas de salud y necesidades de atención del paciente.

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico enfermero no es una tarea aislada, sino que está estrechamente relacionado con las fases anteriores y posteriores del **PAE**.

En particular, el diagnóstico influye en la planificación y ejecución de intervenciones de enfermería eficaces y en la evaluación de los resultados de la atención.

*Para obtener un diagnóstico de enfermería, el profesional de enfermería utiliza un marco de referencia o una taxonomía de diagnóstico, como la **NANDA**, para identificar los patrones de salud alterados o potenciales del paciente.*

El diagnóstico de enfermería es una declaración clara y concisa de la situación de salud del paciente que proporciona una guía para la planificación de la atención.

Una vez que se han identificado los diagnósticos de enfermería, el profesional de enfermería debe continuar con la **fase de planificación del PAE**, donde se establecen los objetivos y se desarrolla un plan de atención específico para abordar cada uno de los diagnósticos de enfermería identificados.

El plan de atención debe incluir intervenciones específicas y una evaluación continua del progreso del paciente para garantizar que se alcancen los objetivos de atención y se logre una recuperación óptima.

Partes de un diagnóstico enfermero

- **Etiqueta diagnóstica:** Es el nombre del diagnóstico que utilizamos y está apoyado por referencias y revisiones bibliográficas.
- **Definición:** Es la descripción del diagnóstico y refuerza y aclara el significado de la etiqueta diagnóstica. También está sustentada y validada en referencias bibliográficas.
- **Factores relacionados:** Son los elementos que se sabe que están asociados a un problema de salud de forma específica. Sólo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.
- **Características definitorias:** Son referencias observables y medibles que se agrupan como signos y síntomas de un problema real y que definen y representan un diagnóstico de salud.
- **Factores de riesgo:** Son elementos físicos, genéticos, fisiológicos, etc. que incrementan la posibilidad de que aparezca un problema al individuo, familia o comunidad. Se intuye que puedan ser la causa o contribuir a que aparezca un problema de salud.
- **Código diagnóstico:** Es un número de cinco dígitos que identifica cada diagnóstico.

• Etapas de un diagnóstico enfermero

• Recogida de datos

- Durante esta fase, se recopila información detallada del paciente, incluyendo su historial clínico, síntomas y signos actuales, y cualquier otra información relevante.

- Se pueden utilizar diversas técnicas, como la observación, la entrevista y el examen físico, para obtener una comprensión completa del estado de salud del paciente.
- **Análisis de los datos**
- En esta etapa, se analizan los datos recogidos para detectar patrones, tendencias y cualquier otro factor que pueda ser relevante para el diagnóstico de enfermería.
- El análisis puede ayudar a identificar relaciones entre los diferentes síntomas y signos y a determinar los posibles factores causales.
- **Identificación de problemas y necesidades**
- A partir de la información recopilada y analizada, se identifican los problemas de salud del paciente y se establecen las necesidades que deben ser abordadas.
- Esta fase es crucial para establecer los objetivos y los planes de cuidado individualizados para el paciente.
- **Establecimiento de prioridades**
- Una vez identificados los problemas y necesidades, se establece el orden de importancia de cada uno de ellos.
- Esto ayuda a priorizar el tratamiento y la atención para el paciente.
- **Formulación de diagnósticos**
- Utilizando la información obtenida durante las fases previas, se elaboran diagnósticos de enfermería.
- Estos diagnósticos se basan en la evaluación del estado de salud del paciente y en la identificación de problemas y necesidades.
- **Validación del diagnóstico**
- En esta fase, se verifica que el diagnóstico sea preciso y se confirma su validez mediante la evaluación continua del paciente.

- Se pueden utilizar herramientas de evaluación y seguimiento para monitorizar la evolución del paciente y determinar si se requieren ajustes en el diagnóstico y en el plan de cuidados.
- **Documentación**
- Finalmente, se documentan los diagnósticos de enfermería en la historia clínica del paciente para asegurar la continuidad del cuidado y la comunicación efectiva entre el equipo de salud.
- La documentación adecuada es esencial para garantizar una atención de calidad y para facilitar la coordinación de los cuidados en el futuro

Tipos de Diagnósticos de Enfermería

Diagnóstico Real (NANDA)

El diagnóstico real de enfermería describe un problema de salud actual del paciente, y se basa en la presencia de signos y síntomas que son identificables y medibles.

Este tipo de diagnóstico es utilizado para identificar problemas reales en la salud del paciente, y puede ser utilizado para desarrollar un plan de cuidados de enfermería para abordar esos problemas.

El diagnóstico real está compuesto por tres partes, que son:

- **Problemas de salud:** es la etiqueta diagnóstica que describe el problema real de salud del paciente. Ejemplos de problemas de salud incluyen «Dolor agudo», «Infección», «Alteración del patrón del sueño», etc.
- **Factores etiológicos o relacionados:** son los factores que contribuyen o están asociados con el problema de salud. Estos factores pueden ser causas directas o indirectas del problema de salud. Ejemplos de factores etiológicos incluyen «Agentes lesivos físicos», «Inmunodepresión», «Ansiedad», etc.

- **Características definitorias:** son los signos y síntomas que confirman o validan la existencia del problema de salud. Las características definitorias pueden ser objetivas o subjetivas, y pueden ser medidas o evaluadas mediante la observación, entrevistas con el paciente, exámenes físicos, pruebas de laboratorio, etc. Ejemplos de características definitorias incluyen «Conducta expresiva (agitación, gemidos...)», «Eritema», «Fiebre», etc.

Los diagnósticos reales son importantes porque permiten a los enfermeros identificar y abordar problemas de salud actuales en el paciente, lo que puede mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones o problemas de salud adicionales.

Diagnóstico de Promoción de la Salud (NANDA)

Los diagnósticos de promoción de la salud son aquellos en los que se evalúa la disposición del paciente, la familia o la comunidad para mejorar su estado de salud y se valora su participación activa en los cuidados de la salud.

Estos diagnósticos se formulan con la etiqueta «Disposición para», que se utiliza para indicar la intención de mejorar el estado de salud.

El objetivo de los diagnósticos de promoción de la salud es fomentar y mantener la salud, prevenir la aparición de enfermedades y mejorar la calidad de vida de las personas.

Para ello, es fundamental evaluar la motivación y disposición del paciente, así como su capacidad para llevar a cabo acciones que promuevan la salud.

Algunos ejemplos de diagnósticos de promoción de la salud pueden ser:

- Disposición para aumentar la actividad física.
- Disposición para mejorar la alimentación.
- Disposición para dejar de fumar.
- Disposición para disminuir el consumo de alcohol.
- Disposición para mejorar la higiene personal.

Para validar estos diagnósticos, se utilizan características definitorias que indican la presencia de comportamientos, actitudes o conocimientos que apoyan la disposición del paciente para mejorar su salud.

Es importante recordar que estos diagnósticos deben estar basados en la evidencia y en la valoración del paciente, y que deben ser individualizados y adaptados a las necesidades y capacidades de cada persona o comunidad.

Diagnóstico de Bienestar (NANDA)

El diagnóstico de bienestar es un tipo de diagnóstico de enfermería que se centra en la evaluación del estado de salud positivo del paciente.

A diferencia de los diagnósticos de salud o de riesgo, los diagnósticos de bienestar se enfocan en la identificación de las áreas en las que el paciente está experimentando una buena calidad de vida y en las que se puede seguir mejorando.

En este tipo de diagnóstico, la enfermera evalúa las actividades, hábitos y comportamientos que contribuyen al bienestar del paciente, como la actividad física, la alimentación saludable, la calidad del sueño y las relaciones interpersonales satisfactorias.

También se pueden evaluar factores como la satisfacción laboral, el nivel de estrés, la capacidad de resiliencia y la capacidad de adaptación a situaciones difíciles.

El objetivo de los diagnósticos de bienestar es **promover el mantenimiento y la mejora de la salud y la calidad de vida del paciente**, identificando áreas en las que se puede trabajar para mantener o mejorar su bienestar.

Algunas etiquetas de diagnóstico comunes para este tipo de diagnóstico pueden ser: «Bienestar mejorado», «Potencial para mejorar el bienestar» o «Bienestar percibido».

Es importante destacar que, aunque el diagnóstico de bienestar se centra en las áreas positivas de la vida del paciente, no significa que se ignoren los posibles problemas de salud que puedan estar presentes.

Si se identifican problemas de salud, se deben abordar y tratar adecuadamente.

Diagnóstico de riesgo o enfermero potencial (NANDA)

El diagnóstico enfermero potencial es aquel que describe un problema de salud que no ha ocurrido todavía, pero que existe la posibilidad de que ocurra en el futuro.

Se basa en la evaluación de factores de riesgo y/o la identificación de un estado de salud en el que existe la posibilidad de que se produzca un problema en un futuro próximo.

El diagnóstico de enfermería potencial es importante porque permite a los profesionales de enfermería identificar las situaciones de riesgo y tomar medidas preventivas antes de que se produzca un problema de salud.

Estos diagnósticos ayudan a la enfermera a planificar y proporcionar intervenciones de enfermería efectivas y específicas para prevenir la aparición de problemas de salud.

Para formular un diagnóstico potencial, se pueden utilizar las siguientes etiquetas diagnósticas:

- Riesgo de,
- Vulnerabilidad a
- Potencial para
- Riesgo de deterioro
- Riesgo de lesión
- Riesgo de complicaciones
- Potencial para deterioro
- Potencial para lesiones
- Potencial para complicaciones

Por ejemplo, un diagnóstico de enfermería potencial podría ser «Riesgo de caídas relacionado con la debilidad muscular y la presencia de obstáculos en el entorno».

En este caso, la enfermera identifica el riesgo de que el paciente sufra una caída debido a su debilidad muscular y la presencia de obstáculos en su entorno, y puede tomar **medidas preventivas** para reducir el riesgo de caídas, como la eliminación de obstáculos y la realización de ejercicios de fortalecimiento muscular.

Diagnóstico de Síndrome (NANDA)

El diagnóstico de síndrome es una categoría de diagnóstico de enfermería utilizado para identificar y describir patrones de síntomas y signos que se agrupan juntos y que indican una condición o enfermedad específica.

Se utiliza para identificar afecciones que no tienen una causa única y que se caracterizan por un conjunto de síntomas y signos.

A diferencia del diagnóstico real, que se centra en problemas de salud actuales del paciente, el diagnóstico de síndrome se enfoca en patrones de síntomas y signos que sugieren una condición o enfermedad subyacente.

Los diagnósticos de síndrome suelen ser utilizados en conjunto con otros diagnósticos para proporcionar una imagen más completa de la situación de salud del paciente.

Los diagnósticos de síndrome pueden tener múltiples causas, y los pacientes con un síndrome en común pueden tener diferentes factores etiológicos subyacentes.

Los diagnósticos de síndrome también pueden ser utilizados para **identificar grupos de pacientes que comparten una serie de problemas de salud similares**, lo que puede ser útil para la planificación de la atención y la identificación de poblaciones de pacientes que puedan beneficiarse de intervenciones específicas.

Un ejemplo de diagnóstico de síndrome puede ser «Síndrome de fatiga crónica», que se caracteriza por fatiga intensa y persistente que no se alivia con el descanso y que afecta negativamente la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades diarias.

El diagnóstico de síndrome se basaría en la presencia de una serie de síntomas y signos que indican la presencia del síndrome de fatiga crónica, incluyendo fatiga crónica, dolor de cabeza, dolor muscular y articular, dificultad para dormir y otros síntomas.

Diagnóstico colaborativo

El diagnóstico colaborativo es un tipo de diagnóstico que involucra la colaboración de múltiples profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, médicos, terapeutas y otros especialistas, para identificar y tratar problemas de salud complejos y multifacéticos.

Este tipo de diagnóstico se enfoca en la interacción y la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud para determinar el mejor plan de tratamiento posible para el paciente.

El diagnóstico colaborativo se basa en la idea de que cada profesional tiene un conjunto único de habilidades y conocimientos que puede contribuir al proceso de diagnóstico y tratamiento.

El diagnóstico colaborativo implica trabajar en equipo y compartir información para llegar a un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento efectivo.

Por ejemplo, una enfermera puede trabajar con un médico y un terapeuta para identificar y tratar problemas relacionados con la depresión en un paciente.

La enfermera puede proporcionar información sobre la conducta y el estado emocional del paciente, mientras que el médico puede hacer pruebas de laboratorio y recopilar información sobre el historial médico del paciente.

El terapeuta puede trabajar con el paciente para desarrollar estrategias de afrontamiento y técnicas de relajación.

Diagnóstico de urgencias

El diagnóstico de urgencia es aquel que se realiza en situaciones de emergencia, donde se requiere una rápida identificación y atención del problema de salud del paciente.

Este tipo de diagnóstico se enfoca en la identificación de problemas que ponen en peligro la vida del paciente, y que necesitan de una intervención inmediata.

El diagnóstico de urgencia se realiza en el contexto de un evento agudo o una enfermedad repentina que puede poner en riesgo la vida del paciente, como una crisis hipertensiva, un infarto agudo de miocardio, una obstrucción respiratoria, entre otros.

La prioridad es la identificación del problema y la implementación de medidas terapéuticas para estabilizar al paciente.

El proceso de diagnóstico de urgencia puede incluir la recolección de información clínica relevante, la realización de una evaluación física rápida y la realización de pruebas diagnósticas de manera inmediata, con el fin de confirmar o descartar una condición médica crítica.

En el diagnóstico de urgencia, es importante la toma de decisiones **rápidas y precisas**, la comunicación efectiva entre el equipo de salud y la aplicación de medidas terapéuticas de manera oportuna.

Este tipo de diagnóstico puede llevar a la derivación del paciente a una unidad de cuidados intensivos o a un centro especializado para una atención más especializada.

Formato PES enfermería

El formato PES en enfermería es una estructura utilizada para la formulación de diagnósticos de enfermería, y se utiliza como parte del proceso de atención de enfermería.

El formato PES fue desarrollado por [Marjory Gordon](#), una enfermera estadounidense y líder en la educación de enfermería y la práctica clínica, en 1982.

El formato PES es ampliamente utilizado en la práctica de enfermería para ayudar a los profesionales de enfermería a formular diagnósticos precisos y efectivos.

En este formato, se utiliza la etiqueta diagnóstica para nombrar el problema de salud del paciente.

La etiología o factores relacionados son los elementos que se sabe que están asociados al problema de salud. Y las características definitorias o signos y síntomas son observaciones que confirman o validan el diagnóstico.

Este formato PES ayuda a los profesionales de enfermería a comunicar de manera clara y concisa los problemas de salud de los pacientes, así como los factores que los causan y los signos y síntomas que los confirman.

Esto permite una planificación efectiva del cuidado de enfermería y una atención individualizada y de calidad para cada paciente.

Elementos del formato PES para la elaboración de diagnósticos enfermeros

PES es un acrónimo que significa:

- P: Problema o etiqueta diagnóstica
- E: Etiología o factores relacionados
- S: Signos y síntomas o características definitorias

La etiqueta diagnóstica se refiere al problema de salud identificado, es decir, el diagnóstico enfermero. La etiqueta es un término o frase corta que describe el problema de salud del paciente.

La etiología describe las causas o factores que contribuyen al problema de salud del paciente. Puede ser un factor de riesgo, un factor relacionado o una causa directa del problema. Se utiliza el término

«relacionado con» o su abreviatura «r/c» para unir la etiología con la etiqueta diagnóstica.

La sintomatología se refiere a los signos y síntomas observados o reportados por el paciente. Describen los aspectos específicos del problema de salud y la magnitud de la respuesta del paciente.

Para conectar la etiología con la sintomatología se utiliza el término «manifestado por» o su abreviatura «m/p».

Diagnósticos enfermeros NANDA

Los diagnósticos enfermeros NANDA son una clasificación de diagnósticos de enfermería que proporciona un lenguaje común para la descripción y comunicación de los problemas de salud que enfrentan los pacientes.

NANDA es el acrónimo de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association), que actualmente se conoce como NANDA International.

Esta organización se encarga de desarrollar y actualizar la taxonomía diagnóstica, que es una lista de diagnósticos de enfermería estandarizados que se basan en los problemas de salud comunes que enfrentan los pacientes.

Los diagnósticos enfermeros NANDA se utilizan para identificar los problemas de salud y planificar la atención de enfermería de manera individualizada y basada en la evidencia.

Objetivos de los diagnósticos enfermeros NANDA

- Identificar los problemas de salud reales o potenciales del paciente
- Proporcionar un lenguaje común y estandarizado para la comunicación entre los profesionales de la salud
- Facilitar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia
- Ayudar en la planificación y evaluación del cuidado de enfermería
- Mejorar la calidad de la atención al paciente y la seguridad del paciente

- Contribuir al desarrollo y la investigación en enfermería
- Ayudar a los profesionales de enfermería a demostrar el valor de su trabajo y su contribución al cuidado de la salud del paciente.

Dominios y Clases de los diagnósticos NANDA

La NANDA-I ha organizado los diagnósticos en [dominios y clases](#). Los dominios son categorías generales que representan los aspectos más amplios de la experiencia humana relacionados con la salud, mientras que las clases son grupos más específicos que se encuentran dentro de cada dominio.

Cada dominio se subdivide en varias clases, y cada clase contiene diagnósticos específicos. Por ejemplo, dentro del dominio 3 (Eliminación e intercambio), hay cuatro clases: Incontinencia, Retención, Constipación y Eliminación disfuncional. Cada clase contiene varios diagnósticos específicos, como «Incontinencia urinaria funcional» y «Retención urinaria aguda».

Partes de los diagnósticos NANDA

Los diagnósticos NANDA se componen de tres partes principales: el diagnóstico en sí mismo, los factores relacionados y las características definitorias.

- **Diagnóstico:** Es la afirmación o juicio clínico sobre el problema de salud del paciente. El diagnóstico se describe mediante un enunciado corto, claro y conciso que identifica el problema de salud del paciente. Por ejemplo, un diagnóstico NANDA para un paciente con dolor abdominal podría ser «Dolor agudo relacionado con irritación del revestimiento del estómago».
- **Factores relacionados:** Son las causas, factores o condiciones que contribuyen al diagnóstico del paciente. Estos factores pueden ser físicos, psicológicos, sociales o ambientales. Por ejemplo, los factores relacionados con el diagnóstico anterior podrían ser «Exposición a alimentos picantes y grasos» o «Ingesta excesiva de alcohol».

- **Características definitorias:** Son los signos y síntomas que confirman o apoyan el diagnóstico. Estas características se observan o se recogen a través de la historia clínica, la exploración física y las pruebas diagnósticas. En el caso del diagnóstico anterior, las características definitorias podrían ser «Dolor abdominal intenso y punzante» o «Sensación de ardor en el estómago».

Cada parte de un diagnóstico NANDA es esencial para su correcta identificación y tratamiento. Los factores relacionados y las características definitorias permiten al profesional de la salud entender mejor el problema del paciente y diseñar un plan de cuidados específico. Además, el diagnóstico NANDA proporciona una base sólida para la evaluación de los resultados del tratamiento y la evaluación continua del estado de salud del paciente.

La **interrelación** entre los diagnósticos de la (**NANDA**) y los resultados (**NOC**), asocian el problema (o estado del paciente) con los aspectos del problema (o estado que se espera mejorar), mediante una intervención enfermera.

Relacionando los resultados de los diagnósticos (**NANDA**) y las intervenciones (**NIC**), se obtiene la conexión entre el problema del paciente y la acción enfermera requerida para resolver o mejorar el problema.

Los diagnósticos de enfermería son siempre el principio de las interrelaciones, ya que son el 2º paso del proceso enfermero, después de la valoración y antes de la elección de las intervenciones y de los resultados.

A continuación te mostramos la información relativa a la interrelación NANDA NOC NIC, que te ayudará en tu formación y práctica enfermera.

Asociación de los Diagnósticos con los Criterios de Resultado (NOC) y las Intervenciones Enfermeras (NIC)

Para asegurar una comunicación efectiva entre los profesionales de los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada) y asegurar la continuidad de cuidados es importante incorporar a los planes de cuidados los lenguajes enfermeros normalizados con los que contamos en la actualidad.

Existen tres de los lenguajes estandarizados reconocidos por la ANA (American Nurses Association):

1. Los diagnósticos desarrollados por NANDA Internacional (NANDA-I)
2. Las intervenciones contenidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)
3. Los resultados contenidos en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

El enlace de los Diagnósticos con los Criterios de Resultado (NOC) y las Intervenciones enfermeras (NIC), nos dará el Ciclo completo del PAE.

Esta interrelación es la práctica de la realización del Proceso Enfermero.

Las interrelaciones entre las etiquetas diagnosticas **NANDA**, los Criterios de Resultados **NOC** y las Intervenciones **NIC**, no son más que la relación entre el problema, real o potencial que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegarán una o más actividades necesarias para la resolución del problema.

Aquí encontrarás cada uno de los Diagnósticos enfermeros NANDA, aquellos Criterios de Resultado (NOC) que, a modo de ejemplo, se pueden utilizar y, de cada NOC se han desplegado las Intervenciones (NIC) necesarias para conseguirlo.

Evidentemente se podían haber elegido otros pero nuestra intención ha sido plasmar de forma gráfica una sugerencia de la asociación entre los diferentes conceptos de las taxonomías NANDA-NOC-NIC. La última fase en la elaboración de los **Planes de Cuidado** es la asociación de los conceptos **NANDA-NOC-NIC** y la forma de utilizarlos.

Vamos a ver cómo se enlazan los Diagnósticos con los Criterios de Resultado y las Intervenciones enfermeras, lo que nos dará el Ciclo completo del PAE. Nosotros, a modo de ejemplo práctico, hemos utilizado para cada uno de los **Diagnósticos Enfermeros**, aquellos **Criterios de Resultado** (NOC) que nos han parecido que se pueden utilizar, y de cada NOC se han desplegado las **Intervenciones** (NIC) necesarias para conseguirlo.

Para completar el Proceso de Atención Enfermera (**PAE**) es necesario enlazar el Diagnóstico (NANDA), marcar un objetivo (NOC) y aplicar las acciones necesarias (NIC) para conseguir el objetivo que, preferiblemente, estará encaminado a la resolución del Diagnóstico.

BIOGRAFÍA

[Listado de 267 Diagnósticos NANDA Actualizado 【2021 - 2023】
\(diagnosticosnanda.com\)](http://diagnosticosnanda.com)

[Diagnósticos Enfermeros NANDA, NIC, NOC Como Redactarlos \(yoamoenfermeriablog.com\)](http://yoamoenfermeriablog.com)