

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

El termino diagnostico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, quien afirmaba que una vez las necesidades del paciente son identificadas, se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde, Dorothy Johnson, Faye Glenn Abdellah y otros autores escriben y definen el diagnostico de enfermería como una función independiente.

En 1960 hay debates sobre el uso del termino diagnóstico de enfermería; en paralelo se desarrollaron trabajos de investigación multidisciplinarios, lo que representó un aumento del conocimiento con respecto al tema. En el decenio 1970-79, la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA, por sus siglas en ingles) reconoce de manera oficial los diagnósticos de enfermería, ya que los incluye en los estándares de la practica de enfermería.

En 1976, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin convoca a las primeras conferencias (Conferencia Nacional para la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería). En 1982 se crea la North American Nursing Diagnosis Association "NANDA", que proporciona la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería.

En 1996, en la duodécima conferencia NANDA, celebrada en Pittsburg, EUA, se planteó el siguiente sistema de clasificación:

**NIC:** Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

**NOC:** Sistema de Clasificación de Resultados.

EJE: para el propósito de la taxonomía NANDA-1 se define de forma operacional como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

El modelo Diagnóstico Enfermero NANDA-1 muestra los siete ejes y su relación entre sí (NANDA-1 1928-2020)

- Eje 1: Foco del diagnóstico
- Eje 2: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, grupo, etc)
- Eje 3: Juicio (deteriorado, infectivo, etcétera)
- Eje 4: Localización (oral, periférico, cerebral).
- Eje 5: Edad (Lactante, niño, adulto)
- Eje 6: Tiempo (agudo, crónico, intermitente)
- Eje 7: Estado del diagnóstico (localizado en el programa, problema de riesgo, promoción de la salud, síndromes).

### VENTAJAS

Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.
- Dar el trabajo de enfermería en carácter más científico y profesional.

- Acentuar la importancia del rol de la enfermería.
- Desarrollar el saber enfermero

El uso del lenguaje enfermero estandarizado comenzó en el decenio 1970-79 con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras, con el propósito de conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

El diagnóstico de enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería; tiene importancia fundamental para representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, y que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de la salud, o a procesos vitales reales o potenciales.

La taxonomía II está conformada por tres niveles: dominio, clases, y diagnósticos enfermeros.

Dominio: es "una esfera de actividad, estudio o interés"

Clases: es una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado

Diagnóstico enfermero: juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base de la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

Noc (Nursing Outcomes Classification). En 1991 se creó un equipo de investigación conducido por Marión Johnson y Mercedes Mass, en la universidad de Iowa, EUA, para desarrollar una clasificación de los resultados de pacientes que se correlacionaban con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la clasificación de resultados de enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras publicadas por primera vez en 1997. Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunidad que se mide a lo largo de un continuo o respuesta a una intervención enfermera.

Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas. Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

La taxonomía NOC presenta

**Dominio:** Es el nivel más abstracto de la clasificación. Se trata de identificar y describir resultados de comportamientos o conducta de la persona que tienen relación con su salud desde una

perspectiva integral tanto individual como colectiva.

**Clases:** Es el segundo nivel de la clasificación y describe resultados más concretos de los dominios; son 29 clases (se especifican con letras mayúsculas y minúsculas del alfabeto: A-2, b y c)

**Resultados:** Representa el nivel más concreto de la clasificación. Expresan los cambios modificados o mantenidos que se quieren alcanzar en los pacientes como consecuencia de los cuidados enfermeros. (540 resultados)

**Indicador:** se refiere a los criterios que permiten valorar los resultados, incluyendo una escala para su valoración.

El NIC (Nursing Interventions Classification), la investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987, con la formación de un equipo de investigación conducido por McClosky Dochterman y Gloria Bulechek en la universidad de Iowa. El equipo desarrolló la clasificación de intervenciones de enfermería. En las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera y todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado. Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades. Las intervenciones de enfermería pueden ser interdependientes y dependientes.

La clasificación NIC contiene cuatro terminos clave para comprender la estructura organizativa que presenta dicha clasificación.

**Dominios:** Es el nivel de mayor abstracción de organización de la clasificación.

**Clase:** Supone un mayor nivel de concreción dentro de la clasificación. Especifica cuidados relacionados con un aspecto determinado del campo.

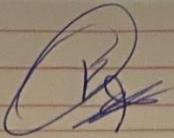
**Intervención:** Es el nivel de mayor concreción de la clasificación. Dentro de la taxonomía son los tratamientos que se relacionan con los aspectos contenidos en las clases.

En conclusión cada intervención NIC consta de una etiqueta; una definición; un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención y una breve lista de referencias.

### FASES DE DIAGNOSTICO

**Primera fase de analisis de datos:** Tiene como objetivo identificar el problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza despues de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información mas manejables.

**Segunda fase:** formulación del diagnostico. La formulación del diagnostico de enfermería va a depender del tipo de diagnostico que se haya identificado a partir del analisis realizado de los datos obtenidos en la etapa de valoración.



NANDA-1 2018-2020 plantea cuatro formas distintas.

1. Diagnóstico enfermero focalizado en el problema: juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad.
2. Diagnóstico enfermero de riesgo: juicio clínico sobre la susceptibilidad de una persona, familia, grupo o comunidad. Comprende el foco del diagnóstico y el factor de riesgo que contribuye a aumentar la susceptibilidad.
3. Diagnóstico enfermero promoción de la salud: juicio clínico de un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera potencial en la salud.
4. Síndrome: juicio clínico de un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y se tratan de forma más correcta.

Tercera fase, validación del diagnóstico. En esta fase el personal de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos. Ello se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con la persona.

Cuarta fase: registro del diagnóstico de enfermería. El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico. En el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el profesional tiene injerencia sobre el cuidado de la persona.

Formato PES / p  
e  
s