



Mi Universidad

Diagnóstico De Enfermería

Nombre del Alumno: Roberto Antonio Alfaro Cancino

Nombre del tema: Diagnóstico De Enfermería

Parcial: I

Nombre de la Materia: Fundamentos de Enfermería II

Nombre del profesor: MASS. Maria del Carmen Lopez Silba

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería

Cuatrimestre: Segundo

Diagnostico de Enfermeria

El termino diagnostico de enfermeria fue introducido en 1953 por Vera Fry, quien afirmaba que una vez que las necesidades del paciente son identificadas, se pasa al siguiente apartado: formular un diagnostico de enfermeria, años mas tarde otros autores definen al diagnostico de enfermeria como una funcion independiente.

En el decenio 1970-79 la Asociacion Norteamericana de enfermeras reconoce de manera oficial los diagnosticos de enfermeria, ya que los incluye en los "Estandares de la practica de Enfermeria"; en 1982 se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que proporciona la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los diagnosticos de enfermeria. En 1966 en la duodécima conferencia NANDA, celebrada en Pittsburg se planteo el siguiente sistema de clasificacion:

- NIC: Sistema de clasificacion de intervenciones de enfermeria

NOC: Sistema de clasificacion de resultados

EJE: para el proposito de taxonomia NANDA-1 se define de forma operacional como la dimension de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnostico.

El modelo Diagnostico Enfermero NANDA-1 muestra los 7 ejes y su relacion entre si: (NANDA-1 2018-2020);

Eje 1: foco del diagnóstico

Eje 2: Sujeto del diagnóstico

Eje 3: Tiempo

Eje 4: Localización

Eje 5: Edad

Eje 6: Tiempo

Eje 7: Estado del diagnóstico

Su definición nos dice que es enunciado de un juicio Clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales a los procesos vitales de una persona, Familia o colectividad, la etiqueta diagnóstica proporciona un nombre al diagnóstico; es decir, es un término o frase que representa un patrón de claves relacionadas que pueden incluir modificaciones.

Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:

- 1 Adoptar un vocabulario común
- 2 Identificar los problemas de las personas
- 3 Centrar los cuidados en aspectos de enfermería
- 4 Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- 5 Facilitar la Coordinación de trabajo en equipo
- 6 Dar mayor prevención
- 7 proporcionar elementos de información
- 8 Establecer una base para la evaluación
- 9 Dar al trabajo de enfermería un carácter más Científico y profesional
- 10 Acentuar la importancia del rol de enfermería
- 11 Desarrollar el saber enfermero

Taxonomía NANDA/NOC/NIC

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

La NANDA International es una organización de miembros electos dirigidos por un presidente y una junta, un Comité de revisión diagnóstica revisa los diagnósticos nuevos y mejorados presentados por los miembros, y un comité de Taxonomía añade los diagnósticos a la estructura taxonómica y la perfecciona.

El diagnóstico de enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería: tiene importancia fundamental por 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.

La taxonomía II está conformada por 3 niveles:

Dominio: es una esfera de actividad, es fideio o interés (13 dominios)

Clase: es una subdivisión de un grupo mayor: una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado (47 clases)

Diagnóstico enfermero: es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales que brinda la base de la terapia definitiva con

el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable (244 diagnósticos)

NOC (Nursing Outcomes Classification) es la clasificación de los resultados de pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. 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 representan el nivel más concreto de la clasificación y expresen los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad como consecuencia de los cuidados de enfermería. 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 5 puntos para medir el estado del paciente y una breve lista de referencias utilizados en el desarrollo de resultados.

La Taxonomía NOC Presenta:

Dominio: es el nivel más abstracto de la clasificación, identifica y describe resultados de comportamiento o conducta de la persona que tiene relación con su salud, son siete dominios (se jerarquizan por números romanos)

Clase: 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-Z, b y c).

Resultados: representa el nivel más concreto de la clasificación. Expresa 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.

NIC (Nursing Interventions Classification) a diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del paciente, donde éste es el Centro de interés, 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 a un resultado esperado. Dicha taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales:

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 incluye actividades que pueden ser:

- Interdependientes: actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
- Independientes: actividad que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas.

Las actividades de enfermería: Son todas las acciones de la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitan avanzar hacia el resultado esperado.

también una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente.

La clasificación NIC contiene 4 terminos clave para comprender la estructura organizativa que presenta dicha clasificación:

Dominios: es el nivel mayor de abstracción de organización de la clasificación. cada uno trata de dar continuidad al conjunto de cuidados que se relacionan con un aspecto de la persona (se numeran del 1 al 7)

Clase: supone un mayor nivel de concreción dentro de la clasificación. Especifica cuidados relacionados con un aspecto determinado del campo. (Hay 30 clases se identifican con letras mayúsculas y minúsculas)

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 (565 intervenciones)

Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que lleva a la intervención y una breve lista de referencias.

El beneficio de la NANDA, NIC y NOC como un lenguaje enfermero conocido indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proponer una terminología clínicamente útil.

Fases del Diagnóstico

Primera fase: análisis de datos, este tiene como objetivo identificar el problema e iniciar la clasificación de la información. Comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información más manejables. Consiste en dividir la información en clases concretas y en la interpretación. En la identificación de datos es importante determinar los indicios y deducciones que se desarrollan a partir de la base de conocimientos científicos.

Segunda fase: formulación del diagnóstico, la NANDA 2018-2020 plantea 4 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 a una afección salud/proc. vital
- 2: Diagnóstico enfermero de riesgo: juicio clínico sobre la susceptibilidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a un proceso de salud. Un diagnóstico de riesgo comprende el foco del diagnóstico y el factor de riesgo que contribuye a aumentar susceptibilidad.
- 3: Diagnóstico enfermero de promoción de la salud: juicio clínico acerca de la motivación y deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud.
- 4: Síndrome: juicio clínico de un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y se tratan de forma más correcta en conjunto a través de intervenciones similares.

Lineamientos para la formulación de un diagnóstico de enfermería:

- Destacar o subrayar síntomas relevantes
- Hacer una lista corta de síntomas
- Agrupar síntomas parecidos
- Analizar/interpretar síntomas
- Elegir una etiqueta diagnóstica

Tercera fase: Validación del diagnóstico de enfermería, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos. Para ello hay que tener interacción directa con la persona, familia, grupo o comunidad consultando con otros profesionales del equipo de salud.

Cuarta fase: registro del diagnóstico de enfermería, en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado del paciente y de sí mismo; y será líder ante otros profesionales del área de la salud.

Si es un diagnóstico enfocado en el problema se estructuran 3 enunciados: el problema, la etiología o causa del problema y los signos. Si es un diagnóstico de riesgo solo tiene 2 enunciados el problema y la causa de este. Si es de promoción es una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud de una persona, familia, grupo o comunidad.

Es fundamental que los enunciados se unan con conectores; es decir el primer enunciado con el segundo se enlaza con las palabras "relacionado con" y el segundo enunciado con el tercero a través de la frase "manifestado por".

En México en la actualidad los diagnósticos de enfermería tienen un espacio para su registro.