

RESEÑA HISTORICA DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- Surgen Decada 70 y aportan profesión – contenidos y categorías

DIAGNOSTICO - DIAGIGNOSKEIN = DISTINGUIR

CONCEPTUALIZACIONES:

(1957) (ABDELLAH)

- “ Determinación de la naturaleza y alcance de los problemas de enfermería que presentan los pacientes individuales o familias que reciben atención de enfermería”.

(1973) La primera conferencia sobre clasificación de diagnósticos de enfermería:
“Es el juicio o conclusión que emite la enfermera después de hacer una valoración .

(1976) GORDON

- “ Diagnóstico clínico realizado por una enfermera describe una combinación de signos y síntomas que indican problemas de salud actuales o potenciales, que por su capacitación, formación y base legal pueden tratar”.

RESEÑA HISTORICA DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

(1982) EDEL

“Es el informe de una alteración en el nivel de salud del cliente, ya sea actual o potencial, que se deriva de la valoración y que requiere de la intervención competencia de la enfermera”

(1984) SHOEMAKER

“Es el juicio clínico sobre un individuo, familia y/o comunidad que se deriva de un proceso sistemático de recogida de datos y análisis. Consituye la fase para la prescripción de la terapia que la enfermera está capacitada de realizar”

PROCESO DE ENFERMERIA

- **ES UN METODO SISTEMÁTICO DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA INDIVIDUALIZADA, QUE CONSISTE EN VALORAR AL PACIENTE, IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS DE ASISTENCIA DE ENFERMERÍA, EJECUTAR ACTUACIONES DE ENFERMERÍA Y VALORAR EL RESULTADO DE LA ASISTENCIA.**
- **ES UNA HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE DECISIONES INTELECTUALES BASADAS EN CAPACIDADES COGNOCITIVAS, TÉCNICAS E INTERPERSONALES.**

PROPOSITO DEL PROCESO DE ENFERMERIA

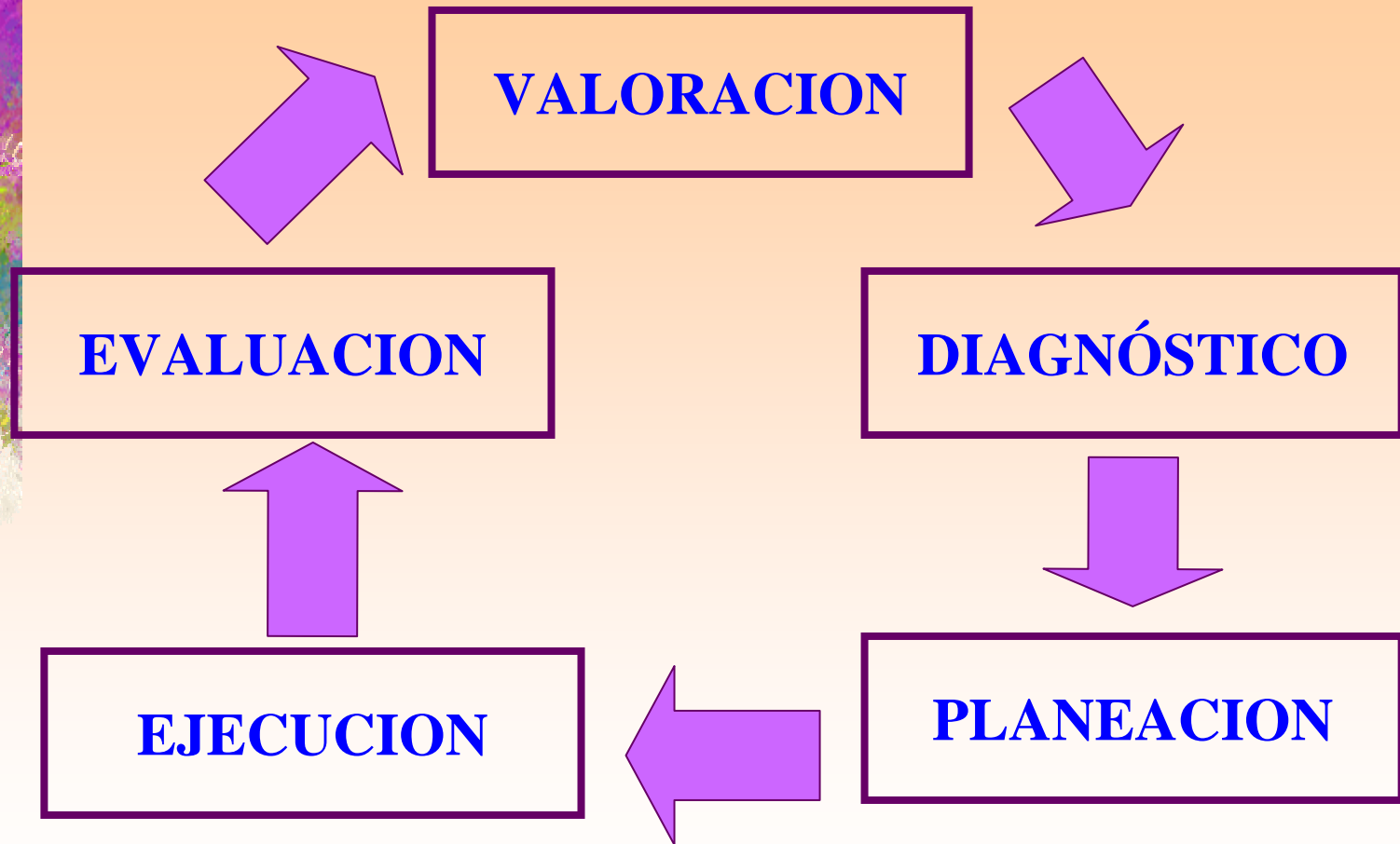
•EL PRÓPOSITO ES PROPORCIONAR UN MARCO DENTRO DEL CUAL SE PUEDAN SATISFACER LAS NECESIDADES INDIVIDUALIZADAS DEL CLIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD.

•TIENE SEIS PROPIEDADES: SISTEMATICO, FLEXIBLE, DINÁMICO, INTERACTIVO, RESUELTO Y CON BASE TEÓRICA.

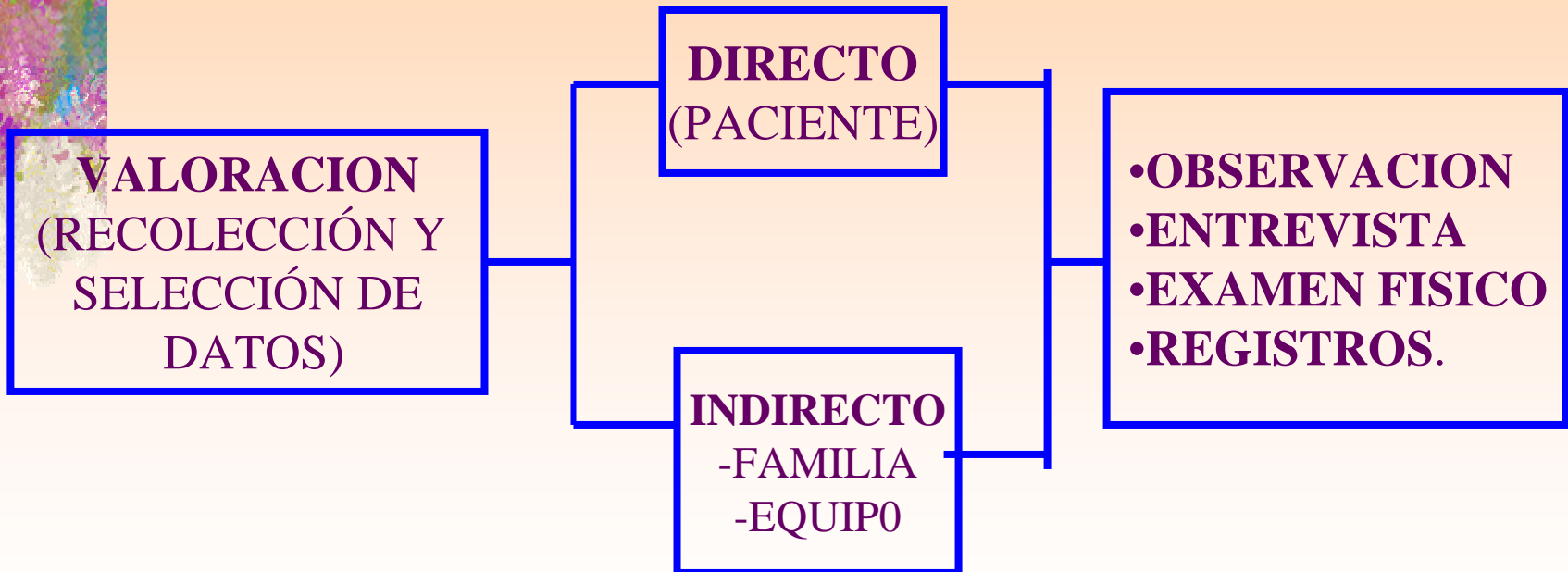
IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- PARA LA PROFESION: MUESTRA DE MANERA MUY CONCRETA EL CAMPO DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA.**
- PARA EL CLIENTE: EL PACIENTE ES EL CENTRO Y PARTICIPA EN SU CUIDADO**
- PARA LA ENFERMERA: GARANTIZA LA CALIDAD DE SU ATENCIÓN CONSTITUYENDOSE EN UNA EVIDENCIA OBJETIVA**

FASES DEL PROCESO DE ENFERMERIA



VALORACION DE ENFERMERIA



EL PROCESO DE DIAGNOSTICO

FASES :

I. PROCESO DE DATOS , Implica :

*Organización de los datos

Necesitan ser clasificados según el marco teórico y modelos conceptuales que guiarán los formatos de evaluación.

*La comparación con los estándares.

*La Asociación

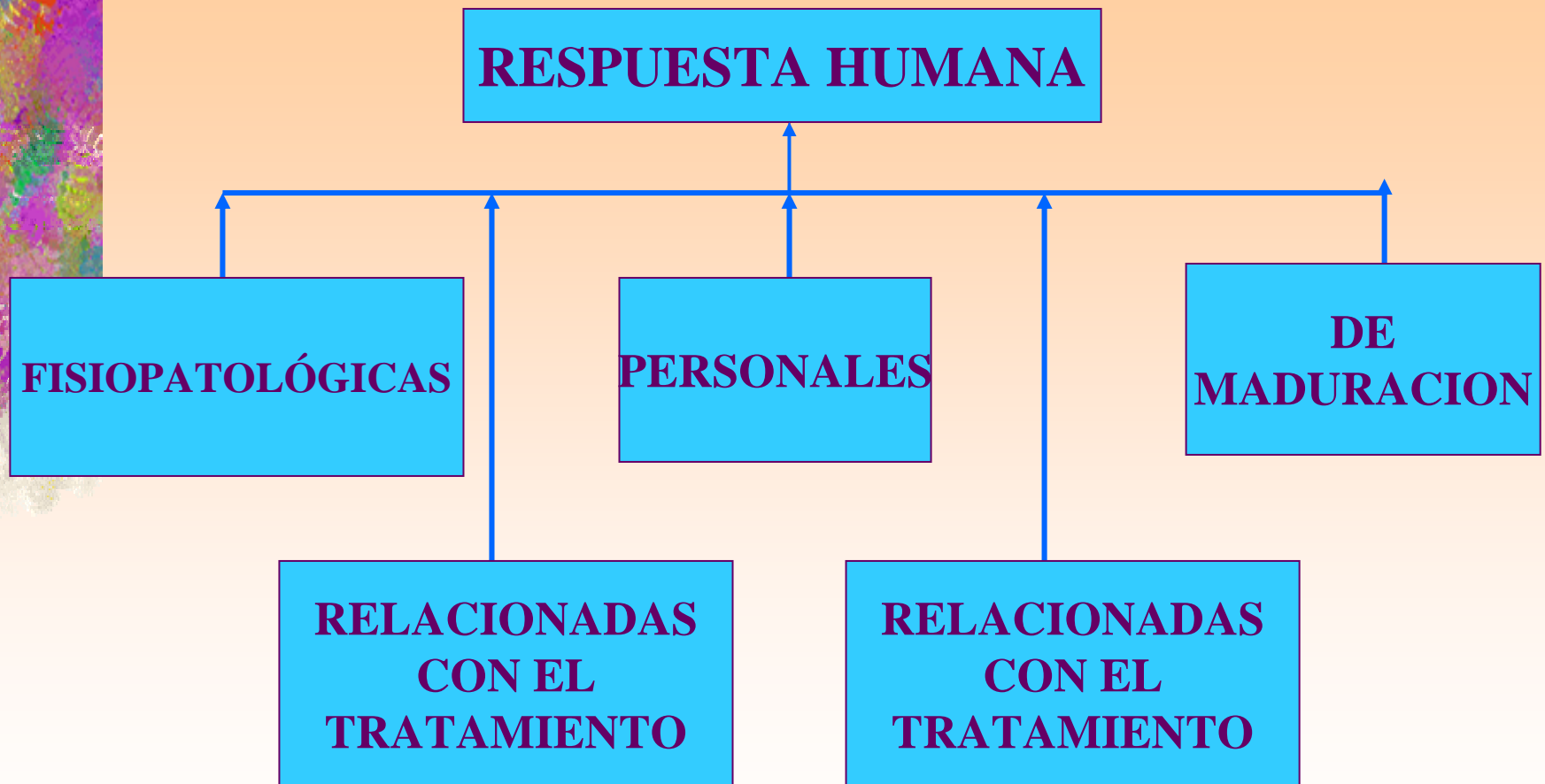
Conocimientos previos, experiencia clínica, concepto enfermería para verificar importancia datos significativos.

*Identificación ausencias e inconsistencias de datos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- ES UN JUICIO CLÍNICO SOBRE LAS RESPUESTAS HUMANAS, INDIVIDUALES, FAMILIARES Y COMUNITARIAS A PROCESOS VITALES O PROBLEMAS REALES O POTENCIALES.
 - PROPORCIONA LA BASE PARA SELECCIONAR INTERVENCIONES QUE PERMITAN CONSEGUIR RESULTADOS FINALES QUE SON DE RESPONSABILIDAD DE ENFERMERÍA.
- LOS COMPONENTES SON: EL PROBLEMA SANITARIO
LOS FACTORES ETIOLÓGICOS O RELACIONADOS Y LAS
CARACTERÍSTICAS O GRUPO DE SIGNOS Y SINTOMAS
QUE LO DEFINEN.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA



ENUNCIADO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

ENUNCIADO DE DOS PARTES:

ENUNCIADO DEL
PROBLEMA POTENCIAL



EN RELACION CON



FACTORES
DE RIESGO

ENUNCIADO DE TRES PARTES

ENUNCIADO DEL
PROBLEMA



FACTORES DE
RIESGO



SIGNOS Y
SINTOMAS

EL PROCESO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

II. DETERMINACION DEL NIVEL DE SALUD DEL CLIENTE, LOS RIESGOS DE SALUD Y FACTORES POSITIVOS.

III. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO

.Planteamiento diagnóstico de enfermería:

FORMATO PES (GORDON 1976 - CARPENITO 1987)

P = El Problema (respuesta del cliente: Etiqueta de categoría Dx.)

E = La Etiología (factores que contribuyen a probables respuestas)

S = Los signos y síntomas (Definición de las características .
manifestadas por el cliente.

.Componentes de una categoría diagnóstica

D = Diagnóstico

D = Definición

E = Etiología

C = Características que lo definen

EL PROCESO DE DIAGNOSTICO

Características de un planteamiento Diagnóstico

- . Es claro y conciso.
- . Es específico y centrado en el cliente
- . Es exacto.
- . Está basado en la valoración de los datos relevantes y la veracidad de los mismos.
- . Implica un proceso de análisis y síntesis

Las técnicas cognoscitivas que se necesitan para realizar este proceso son objetividad, crítica, toma de decisiones y razonamiento inductivo y deductivo.



CARACTERISTICAS ESENCIALES DE UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- .Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.**
- .Está enfocado al individuo.**
- .Varía según cambian las respuestas del cliente.**
- .Orienta las actividades de enfermería independientes: planificación, ejecución y evaluación (cuidado salud)**
- .Es complementario al diagnóstico médico.**
- .El sistema de clasificación no está universalmente aceptado, varios sistemas están en desarrollo.**
- .El planteamiento diagnóstico consta de dos o tres partes, en las que se incluye la etiología cuando se conoce.**

VENTAJAS DE USAR LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- * Los diagnósticos de enfermería facilitan la comunicación entre las enfermeras y equipo de salud.
- ◆ Fortalecen el PAE y aportan la dirección para la planificación de las actuaciones independientes de enfermería.
- ◆ Ayudan a enfocar las acciones independientes de enfermería.
- ◆ Ayudan a identificar el foco de una actividad de enfermería y además facilitan el análisis de los colegas (valoración de la práctica) y los programas de control de calidad.
- ◆ Facilitan la actuación de enfermería cuando un cliente se traslada a otro establecimiento de salud y/o al domicilio.
- ◆ Favorecen la comprensión de la atención sanitaria identificando, legalizando y respondiendo a los problemas específicos de salud.
- ◆ Facilita la investigación en enfermería.

RISNER (1986)

PLANTEAMIENTO DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

FACTORES RELACIONADOS

```
graph TD; A[FACTORES RELACIONADOS] --- B[FISIOLOGICOS]; A --- C[SOCIOCULTURALES]; A --- D[AMBIENTALES]; A --- E[ESPIRITUALES]
```

FISIOLOGICOS

SOCIOCULTURALES

AMBIENTALES

ESPIRITUALES

PLANIFICACION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

COMPONENTES

- Establecimiento de prioridades
- Determinación de los objetivos o resultados esperados de la atención
- Plan de intervenciones de enfermería.
- Registro del plan

**LO QUE DEBE
HACER**



**Prevenir
Disminuir
Eliminar
Problemas o respuestas
identificadas en el Dx. de
Enfermería**

VALORACION DE ENFERMERIA

Paciente adulto maduro, orientado en tiempo, lugar y espacio. El primer día post-operatorio de colecistectomía, en reposo gástrico, nauseoso, recibiendo CINA al 9%, pendiente por pasar 500 cc. Al realizar la interacción durante los cuidados refiere tener dolor en zona operatoria y estar preocupado por su estado de salud. Al realizar el examen físico se observa apósitos humedecidos con secreción serosanguinolenta.

SE REALIZARA:

- Valoración física del paciente
 - Valorar el estado respiratorio
 - Valorar el estado de conciencia
 - Valorar el sistema circulatorio
 - Valorar el estado nutricional
 - Valorar características del dolor
 - Valorar el estado de la piel y condiciones de la herida operatoria
 - Valorar el estado de vías y drenajes
 - Valorar el nivel de información del paciente respecto a su enfermedad
- Valorar el estado emocional y espiritual

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

ALTERACION DEL BIENESTAR RELACIONADO AL DOLOR EN LA INCISION QUIRURGICA

ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA RELACIONADO CON EL DRENAJE PENROSE Y DEFICIT DE HIGIENE CORPORAL

NUTRICION ALTERADA INFERIOR A LOS REQUERIMIENTOS CORPORALES RELACIONADO CON POBRE INGESTA ALIMENTARIA

DEFICIT DE CONOCIMIENTO RELACIONADO A BAJO NIVEL DE EDUCACION



RESULTADOS ESPERADOS DEL PLAN DE INTERVENCION

- El paciente presentará disminución del dolor en zona operatoria en los siguientes días post-operatorios.
- Conservar la integridad cutánea alrededor del sitio de drenaje del paciente durante su estancia hospitalaria.
- Favorecer la ingesta de dieta líquida en el paciente después de las primeras 48 horas.
- Explicar al paciente sobre la evolución de su herida operatoria durante su estancia hospitalaria.

FORMULACION DE RESULTADOS ESPERADOS

Definición de comportamientos específicos esperados en el cliente o de un resultado que se desea obtener después de una serie de intervenciones a ejecutar, demuestren que se previno, disminuyó o solucionó el problema .

Direccionan las acciones

Sirve para evaluar al comparar los resultados logrados con los resultados esperados.

CRITEROS PARA SU FORMULACIÓN:

Comprensibles, claros y concisos.

Dirigidos al cliente, refleja acciones del cliente.

Observables y medibles

Deben de tener un límite de tiempo.

Deben de determinarse conjuntamente entre el paciente y la enfermera.

FORMULACION Y PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

Deben ser individualizadas, realistas, considerar el tiempo de permanencia del cliente, los recursos disponibles par el cuidado del cliente, intervenciones fechadas y firmadas.

¿ QUIEN?

¿ QUE HACE?

¿CÓMO LO HACE?

¿ EN QUE MEDIDA?

¿ CUANDO LO HACE?

EL PLAN DE INTERVENCION :

Instrumento que orienta el trabajo de la enfermera.

Instrumento de comunicación y de unificación de los cuidados.

Instrumento de continuidad de los cuidados

Contempla la participación de cliente y familia.

TIPOS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

- Diagnósticas
- Terapéuticas
- Enseñanza.

TIPOS DE PLANES:

- ✓ Estandarizados: impresos y elaborados de antemano
- ✓ Multidisciplinarios:
 - Plan de enseñanza
 - Plan Funcional
 - Plan Didáctico

EJECUCION DEL PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

- ✓ Preparación para la ejecución, que comprende : revisar y actualizar datos, revisar y adaptar el plan según las circunstancias.
- ✓ Aplicación o ejecución, implica considerar los riesgos y complicaciones, ambiente donde se ejecuta, los conocimientos que se requieren para realizar las acciones, las implicaciones legales.
- ✓ Los registros de las acciones cumplidas y sus efectos.

REGLA MEMOTECNICA PARA ELABORACION NOTAS DE ENFERMERIA

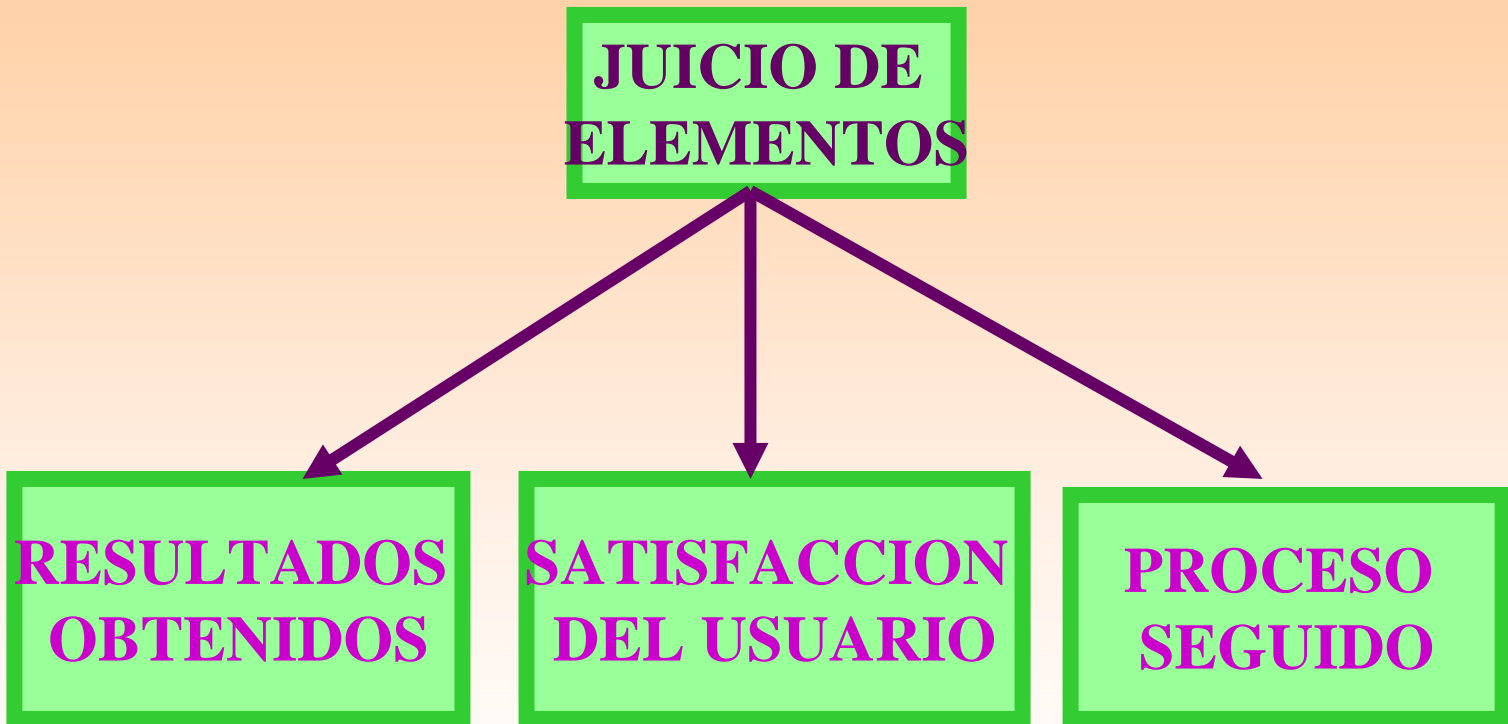
- S** Datos Subjetivos (Síntoma que el paciente describe)
- O** Datos Objetivos (Signos que el personal observa)
- A** Valoración (Conclusión diagnóstica respecto a los datos subjetivos y objetivos)
- P** Plan (Enseñanza de cliente inmediata y futura)
- I** Intervención de Enfermería adaptadas para el cliente
- E** Comprobación (Evaluación – Resultado de la asistencia del paciente).

MODELO DE NOTAS DE ENFERMERIA (SOAPIE)

FECHA Y HORA

- S** Tengo mucho calor, destápeme un poco y mójeme la cabeza
- O** Temperatura 38.5°C, diaforesis, rubicundez
- A** El calor y la rubicundez esta relacionada con la hipertermia
- P** Controlar la T° horiamente, aplicar medios físicos y administrar antipiréticos prescritos, incrementar líquidos vía oral ó parenteral.
- I** Se ejecutan todas las acciones previstos, luego se informa al médico tratante
- E** La respuesta observada en el paciente es disminución de T° corporal (37.2°C)

EVALUACION DE INTERVENCION DE ENFERMERIA



¿ QUE EVALUAR DE LA INTERVENCION DE ENFERMERÍA?

- ¿Se evidencio el cambio esperado en el paciente?**
- ¿Cuál es su apreciación de los resultados esperados?¿**
- Las Intervenciones de Enfermería fueron apropiadas?**
- ¿Eran claros y precisos los objetivos, realistas y articulados con el Diagnóstico de Enfermería.?**
- ¿ El Diagnóstico de Enfermería fue apropiado para el caso clínico intervenido?**
- ¿ Los datos recogidos aportó elementos pertinentes para implementar los cuidados de enfermería?**
- ¿ Surgieron nuevos datos, cuáles y en que circunstancias del proceso de atención?**