

Diagnósticos de enfermería

Preguntas y respuestas sobre diagnósticos de enfermería para la práctica asistencial.

Belén Andrés Galache

Enfermera en Nefrología • Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.
Profesora asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería de Salamanca • Salamanca. España.

LA IDENTIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS de enfermería en los pacientes es un instrumento adecuado y muy útil que nos facilita un lenguaje común y aumenta la comunicación entre profesionales y pacientes, a la vez que logra la sistematización del trabajo y la calidad de los cuidados prestados, ya que los diagnósticos son el foco que dirige la planificación de las intervenciones y las actividades de enfermería, siguiendo las tendencias en el ámbito mundial.

Para la formulación de un diagnóstico de enfermería se requieren unos conocimientos, habilidades y actitudes profesionales; toda formulación debe estar basada en evidencias de la valoración de la enfermera, que va a describir el problema y su causa; éste tiene que ser específico y claro, debe reflejar el problema que la enfermera está autorizada a tratar, se utilizará una taxonomía de diagnósticos enfermeros (NANDA) y, además, el lenguaje será legal y no transmitirá juicios de valor.

Tampoco debemos redactar un diagnóstico refiriéndonos a signos, inferencias, objetivos y necesidades del usuario o de la enfermera, enfermedades médicas, tratamientos, efectos secundarios de la medicación y pruebas diagnósticas.

1. Para la identificación de un diagnóstico real de enfermería deben estar presente siempre:

- a) Los factores relacionados.
- b) Las características definitorias.
- c) Los indicadores de resultados.
- d) Las características secundarias.

2. ¿Cuál de las siguientes propuestas es un diagnóstico enfermero correctamente formulado?

- a) Riesgo de lesión relacionado con (R/C) mareo secundario a hipertensión arterial.
- b) Riesgo de estreñimiento R/C informes de una deposición semanal.
- c) Ansiedad R/C con insuficiencia renal crónica.
- d) Hipertermia R/C temperatura axilar superior a 39 °C.

3. Indica a qué diagnóstico de enfermería pertenecen estos signos y síntomas: placa oral, disminución de la salivación, lengua saburral, informe de dificultad para comer o deglutir.

- a) Deterioro de la mucosa oral.
- b) Mantenimiento inefectivo de la salud.
- c) Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- d) Desequilibrio nutricional por defecto.

4. ¿Cuál no es una característica esencial de los criterios de resultados de un diagnóstico de enfermería?

- a) Ser a largo o corto plazo.
- b) Poseer una característica mensurable.

en la práctica

- c) Tener un contenido y duración específicos.
- d) Controlar la inestabilidad fisiológica.

5. Indica a qué diagnóstico enfermero corresponden estas características definitorias: micciones frecuentes, urgencia urinaria, nicturia y polaquiuria.

- a) Incontinencia urinaria funcional.
- b) Deterioro de la eliminación urinaria.
- c) Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.
- d) Incontinencia urinaria total.

6. ¿En cuál de estas propuestas, el diagnóstico de enfermería está formulado correctamente?

- a) Complicación potencial: desnutrición secundaria a prescripción de ayuno.
- b) Deterioro de la eliminación R/C hipertrofia prostática benigna.
- c) Trastorno de la imagen corporal R/C la pérdida de una mama.
- d) Sufrimiento espiritual R/C el reto a la fe de Dios.

7. En los datos recogidos en la valoración, el usuario dice "que tiene miedo de ponerse él las inyecciones, que vive solo y que le preocupa que algo pudiera irle mal cuando se ponga solo la inyección", se observa un mal contacto visual y además está agitado. ¿Cuál sería el diagnóstico?

- a) Ansiedad.
- b) Temor.

- c) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- d) Sufrimiento espiritual.

8. En el diagnóstico de enfermería Fatiga, ¿qué indicador no sería el adecuado para conseguir los criterios de resultados de este diagnóstico?

- a) Equilibrio de la actividad y descanso.
- b) Reconocimiento de limitaciones de energía.
- c) Adaptación del estilo de vida al nivel de energía.
- d) Reconocimiento de los factores causales.

9. En el diagnóstico de Dolor, el criterio de resultado sería Control del dolor. ¿Qué indicador no tendríamos que valorar para conseguirlo?

- a) Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.
- b) Reconocer factores causales.
- c) Reconocer el comienzo del dolor.
- d) Utilizar medidas preventivas.

10. En el diagnóstico enfermero de Riesgo de síndrome de desuso. ¿Cuál no sería un factor de riesgo?

- a) Alteración del nivel de conciencia.
- b) Inmovilización mecánica.
- c) Inmovilización prescrita.
- d) Desequilibrio ventilación/perfusión.

11. Indica a qué diagnóstico de enfermería corresponden estas características: dificultad en la expresión verbal del pensamiento,

inhabilidad para hablar en el idioma dominante e incapacidad para hablar.

- a) Negación ineficaz.
- b) Deterioro de la comunicación verbal.
- c) Capacidad adaptativa intracraneal disminuida.
- d) Confusión aguda.

12. ¿Cómo se llaman los 3 niveles de que consta la taxonomía NANDAII?

- a) Clases, dominios y ejes.
- b) Clases, unidad de cuidados y dominios.
- c) Dominios, clases y diagnósticos enfermeros.
- d) Patrones funcionales de salud, dominios y clases.

13. De los siguientes problemas de salud, ¿cuál sería un diagnóstico de enfermería?

- a) Complicación potencial de: hemorragia relacionada con problemas de coagulación.
- b) Terapias intravenosas.
- c) Déficit de actividades recreativas relacionadas con prescripción de reposo en cama.
- d) Complicación potencial: desnutrición relacionada con la prescripción de dieta absoluta.

14. Los objetivos o los resultados esperados del proceso enfermero en qué fase del proceso enfermero se formularán:

- a) Valoración.
- b) Diagnóstico.
- c) Planificación.
- d) Ejecución.



RESPUESTAS

1. b. No se puede etiquetar un diagnóstico real de enfermería sin signos o síntomas que son las características definitorias.

2. a. Las formulaciones b) y d) las 2 partes del diagnóstico tienen el mismo significado y además la hipertermia superior a 39 °C no formaría parte de un diagnóstico enfermero, el enfoque de enfermería se centra en tratar o prevenir la hipertermia leve, y en la respuesta c), debe evitarse formular diagnósticos usando terminología médica, cuando formulemos un diagnóstico hagámoslo de tal manera que la segunda parte de la formulación dirija las intervenciones enfermeras.

3. a. Deterioro de la mucosa oral (NANDA II).

4. d. Ya que es una característica de las complicaciones potenciales o problemas interdisciplinarios.

5. b. Deterioro de la eliminación urinaria (NANDAII).

6. d. El problema y los factores relacionados pueden solucionarse con intervenciones de enfermería, en la c) el diagnóstico correcto sería: trastorno de la imagen corporal R/C los efectos de la pérdida de una mama. En la respuesta b) no debe incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico enfermero, y por último en la a) describe las características de diagnósticos médicos o problemas interdisciplinarios.

7. b. Temor según la taxonomía NANDA, es la respuesta a la percepción de una amenaza que se *reconoce* conscientemente como un peligro. Hay que tener cuidado con

el diagnóstico Ansiedad, que es una sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica cuyo origen casi siempre es *desconocido* para el usuario.

8. d. La respuesta d) “reconoce los factores causales” corresponde a un indicador del criterio de resultado del diagnóstico de Dolor.

9. a. La respuesta a) correspondería a una actividad dentro de la intervención Manejo del Dolor.

10. d. El “desequilibrio ventilación/perfusión” corresponde a un posible factor relacionado del diagnóstico de enfermería Perfusión tisular inefectiva.

11. b.

12. c. La TAXONOMIA NANDA II, consta de 13 dominios, 54 clases y 167 diagnósticos. Un *dominio* es considerado como una esfera de estudio, actividad o interés, una *clase* es una subdivisión de un grupo mayor, puede ser de personas o cosas divididas por su rango, calidad o grado, un *diagnóstico* es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales, que nos proporciona la base para los cuidados y para el logro de objetivos del paciente de los cuales la enfermera es la responsable.

13. c.

14. c. En la fase de planificación se determinan los objetivos o criterios de resultados, que serán las metas de los cuidados. 

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Alfaro-LeFevre R. Aplicación proceso enfermero. Guía paso a paso. 4.ª ed. Barcelona: Ed. Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 2-111.

Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermería. 5.ª ed. Madrid: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1997.

Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9.ª ed. Madrid: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 2002.

Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Ed. Elsevier; 2003.

Gordon M. Diagnóstico de enfermería: proceso y aplicación. 3.ª ed. St. Louis: Ed. Mosby-Year Book; 1994.

Iyer P, et al. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1997. p. 23-137.

Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Ed. Masson S.A.; 2000. p. 4-19.

McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificaciones de Intervenciones de Enfermería (CIE). 2.ª ed. Madrid: Ed. Síntesis; 1999. p. 740-819.

North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: Ed. Harcourt; 2001.

Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1999.

Correo electrónico:
bandres@usal.es