



Nombre de alumnos: María José Hidalgo Roblero.

Nombre del profesor: Rubén Eduardo Domínguez.

Nombre del trabajo: Ensayo.

Materia: Fundamentos De Enfermería.

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 1

Grupo: A

Frontera Comalapa, Chiapas a 13 de marzo de 2021.

Generalidades:

Introducción a la metodología enfermera. Habla sobre como desde hace mucho tiempo siempre el ser humano a requerido de ayuda en los momentos de fragilidad, dependencia y enfermedad. Esta necesidad ha sido satisfecha con la enfermería, pero esta aún no ha sido tomada como una profesión ni ha sido remunerada. La evolución de la enfermería está ligada con la estructura social, económica y política. Los conceptos que han influido más sobre la profesión enfermera han sido salud y persona. El significado ha ido cambiando con el paso del tiempo esto también depende de las personas y sus culturas. A la salud como sobrevivencia ha sido de las poblaciones primitivas lo cual es el mantenimiento de la vida bajo las necesidades básicas: abrigo, alimentación e hidratación. La salud como valor sobrenatural: acá la enfermedad la tomaban como un castigo. Y su curación se buscaba a través de la magia. En esta época eran los chamanes o los religiosos los que se encargaban de dar salud al pueblo. La salud como valor religioso: muy ligado a las creencias cristianas de ese tiempo. Como consecuencia de la concepción divina de la persona, los cuidados eran dirigidos al alma. La salud como ausencia de enfermedad: con el avance de la ciencia se encontraron explicaciones de la enfermedad con relación de casualidad. Las acciones se centraban en la enfermedad. Y el tratamiento. El enfermo es reducido a la enfermedad que padece, despersonalizándose su atención. La salud como equilibrio de la persona con su entorno: la salud es comprendida como el equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno ecológico y social, esta es la idea vigente actualmente. La asociación mexicana de enfermería propone la definición: que la escuela debe ser dependiente de los organismos de servicio, pero también debe de proponer formación para el servicio. Con las enfermeras educadas y competentes y las oportunidades de aprendizaje bien seleccionadas. El desarrollo del estudiante como persona. La dignidad del paciente como ser humano. La provisión de la enfermera como servicio comunitario, al mismo tiempo como cuidado institucional. La identificación de la base donde se funda la enfermería: la higiene, el ambiente, el cuidado. La dirección de la enfermería a cargo de las enfermeras. El modelo de las enfermeras como una persona de cultura, y personal competente. El proceso de enfermería / el proceso enfermero. Sé indica que en la actualidad el proceso de enfermería se considera como el quehacer de los profesionales ya que a través de esto el profesional puede y tiene la capacidad de interactuar con el enfermo. Así mismo menciona que este proceso se ajusta de acuerdo a las necesidades que presente la persona como individuo (ser unitario), como integrante de un núcleo familiar, incluso de un núcleo social (comunidad), esto con el objetivo de proporcionar hábitos que ayuden en el bienestar no solo físico, sino también psicológico, social incluso espiritual, de igual manera podemos promocionar, fortalecer y ayudar en la recuperación de la salud. Pero si la persona se encuentra en una fase terminal, las intervenciones están aplicadas en ayudar a tener una muerte digna. Ahora bien, centrándonos en el proceso enfermero se dice que este es un método sistemático y de organización en donde se lleva a cabo la administración de cuidados de enfermería principalmente integrales y progresivos,

en esta parte podemos centrarnos en la identificación de las necesidades de salud, es decir, buscamos las causas del mal estado del paciente (de su enfermedad) para luego aplicar un tratamiento de acuerdo a su necesidad. El proceso enfermero al igual que cualquier otro proceso, cuenta con objetivos que nos permite visualizar lo que queremos lograr, por ejemplo en esta parte (1) Permite a la persona participar en su propio cuidado. (2) Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales. (3) Ofrece atención individualizada continua y de calidad. (4) Ayuda a identificar problemas únicos de la persona. Por otro lado, las características del PAE son las siguientes: es de relación interpersonal (quiere decir que es un acercamiento, una asociación entre 2 personas, el enfermo y el profesional), de igual manera es cíclico universal y cuenta con un enfoque holístico es decir que toda práctica de enfermería considerará la curación de la persona como un todo, una meta. Y la última característica es que es humanístico (dota de sensibilidades humanas, afecto, compasión, respeto, igualdad). Y como bien sabemos el proceso de atención de enfermería consta de 5 etapas: la valoración, el diagnóstico, la planeación, la ejecución y la evaluación. En la valoración se recopila, organiza, validan y posteriormente registran los datos sobre el estado de salud del paciente, es la puerta de entrada a la relación enfermero-paciente. En el diagnóstico se analizan e identifican los problemas (diagnósticos NANDA), para la planeación debemos de fijar prioridades, formular objetivos, determinar intervenciones y actividades (existen planeaciones iniciales cuando ingresa el paciente a zona hospitalaria, planeaciones en curso cuando el paciente se encuentra en la estancia hospitalaria y se tienen que aplicar nuevas intervenciones y las planeaciones de alta es decir planear el regreso del paciente, llevar a cabo diferentes acciones para la integración del individuo al núcleo familiar y social). En la ejecución preparamos, realizamos y registramos las actividades que llevamos a cabo, y en la evaluación pues como su nombre indica valoramos y comparamos la situación anterior con la actual para verificar el proceso y de ser un progreso positivo finalizamos el plan y si es negativo mantenemos y/o modificamos las intervenciones. Hay que destacar que este proceso implica habilidades que un profesional debe de tener para la realización correcta por ejemplo deberá de tener habilidades cognitivas e intelectuales para el análisis y resolución de problemas, así también contará con habilidades interpersonales para una comunicación terapéutica, una escucha activa y mantendrá habilidades técnicas donde se pondrá en práctica el conocimiento para realizar una amplia gama de actividades beneficiosas para el paciente. Valoración concepto, objetivos y fases. En esta etapa se recoge y examina la información sobre el estado de salud del trabajador, donde se busca las evidencias del funcionamiento anormal o los factores de riesgo que puedan generar problemas en la salud. Esta fase se conoce como la de mayor importancia, por esto se debe de poner en marcha las capacidades, experiencias y conocimientos. Fases: estas al igual que las etapas estas se separan para profundizar en los aspectos teóricos y su aplicación, pero ya en práctica se dan de manera simultánea. Dato. En la información de la persona, familia o comunidad sobre su estado de salud y se obtiene y analiza a través de: * recolección de datos, * validación de datos, * organización de datos, * registro de los datos. La observación permite identificar las necesidades

del paciente y la adaptación de nuestra actitud en función del comportamiento y de las necesidades del paciente. Para que el trabajo que realizamos en enfermería, tenga todo su valor, este debe ser compartido y relatado en equipo. El Examen Físico es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, y esfigmomanómetro entre los más utilizados. Inspección (observar el cuerpo). Palpación (sentir el cuerpo con los dedos o las manos). Auscultación (escuchar los sonidos). Percusión (producir sonidos, generalmente dando golpes suaves en áreas específicas del cuerpo). El examen físico deberá efectuarse en dirección cefalocaudal, considerando las diferentes regiones; utilizando los cuatro principales métodos de exploración; que son, inspección, palpación, percusión y auscultación. Es importante conocer la anatomía del cuerpo humano para una adecuada exploración física. Las cuatro técnicas básicas de la exploración clínica son: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación. La palpación es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto. Es la técnica diagnóstica que utiliza el tacto de las partes externas del cuerpo o bien de la parte accesible de las cavidades. Palpar consiste en tocar algo con las manos para conocerlo mediante el sentido del tacto. El médico examina la piel del bebé, la cabeza y el cuello, el corazón y los pulmones, el abdomen y los genitales, y evalúa el sistema nervioso y los reflejos del recién nacido. La entrevista. Es un encuentro entre personas en situación especial, donde se aplica una técnica indispensable en la valoración que permite la obtención de información a partir de las respuestas del sujeto. Dual, cuando solamente intervienen el entrevistador y el entrevistado. * Múltiple, cuando intervienen varias personas como los miembros de una familia. * Grupal, de varias personas con unas mismas necesidades o intereses. * Según el canal de comunicación, podrán ser personal o telefónicas. El cuidado, dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención Primaria. Enfermería como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados, con la estandarización y sistematización de los mismos y la utilización de un lenguaje normalizado, han contribuido al gran avance que ha experimentado la práctica enfermera en los últimos años. En el Área Sanitaria de salud se inició en el año 2002 un proceso de implantación y desarrollo de la metodología enfermera dentro de una línea estratégica de potenciación y mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. Distintas herramientas utilizadas para las valoraciones y el enfoque hacia la respuesta humana integral y global ante un problema de salud. Este manual pretende ser una herramienta de ayuda, que facilite la utilización de los instrumentos de valoración cuando la enfermera se enfrente a la tarea de valorar a la persona, la sistematización en la recogida y registro de los datos permitiéndole la toma de decisiones pertinentes en base a los datos obtenidos. La valoración tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras, es decir, para llegar al diagnóstico de enfermería. Patrón 1: Percepción- Manejo de salud Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a

su mantenimiento o recuperación La adherencia a las prácticas terapéuticas. Tiene un inadecuado cuidado de su salud. Consume drogas. No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas. Aclaraciones Los conocimientos sobre su problema de salud y la actitud ante el mismo deberían abordarse con más profundidad en sus patrones correspondientes ya que pueden conducir a los diagnósticos enfermeros de Conocimientos Deficientes o los relativos a un inadecuado afrontamiento. Se considera adherencia farmacológica cuando se cumple entre el 80 y 110% de lo pautado. Los riesgos laborales, accidentes y caídas nos indicarían un patrón con un riesgo de alteración. Los test adjuntos nos aportan información adicional que pueden facilitar la valoración del resultado del patrón, de tal manera que cuando el resultado del test nos indica riesgo, igualmente el patrón estaría en riesgo de alteración. Patrón 2: Nutricional- Metabólico Qué valora: Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas Horarios de comida. Preferencias y suplementos. Problemas en su ingesta. Altura, peso y temperatura. Condiciones de piel, mucosas y membranas. Cómo se valora: Valoración del IMC. Si tiene alteraciones bucales Valoración de problemas para comer Alergias Suplementos alimenticios y vitaminas Valoración de la piel: Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración. Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, nuevos, verrugas, patología de las uñas. Resultado del patrón: Hay dificultades para masticar y/o tragar. Necesita sonda de alimentación. Lugar de comidas, • número, • horario, • Tipo de dieta Nos dan información, pero por si solos no condicionan el patrón. Puede usarse el test de MNA, adjunto en el protocolo, que valora el riesgo de malnutrición. Patrón 3: Eliminación Qué valora: Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel. Como se valora: Intestinal: Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de astomas, incontinencia. Resultado del patrón El patrón está alterado: Si intestinal existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda Urinario: si presenta incontinencias, retención, disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda Si sudación excesiva. Aclaraciones: Estreñimiento: es la emisión de heces con una frecuencia inferior a 3 veces por semana. El dolor durante la defecación, fisuras, hemorroides suponen riesgo de alteración del patrón. Los drenajes y las heridas muy exudativas conducen a un riesgo de alteración del patrón. La distensión y el dolor abdominal no alteran por si solos el patrón si no están relacionados con la eliminación intestinal ya que puede ser debido a otros motivos. Patrón 4: Actividad /ejercicio Qué valora: El patrón de ejercicio La actividad Tiempo libre y recreo Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria La capacidad funcional El tipo, cantidad y calidad del ejercicio. Las actividades de tiempo libre. Manual de valoración de patrones funcionales 11 Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc. Fundamentalmente en pacientes cardiacos y respiratorios Valoración de la movilidad Actividades que realiza, encajamiento, mantenimiento del hogar, Capacidad funcional Estilo de vida: Sedentario, activo Ocio y actividades recreativas: El

énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica. El patrón está alterado si existe: Síntomas respiratorios: frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxígeno domiciliario. Resultado del patrón Alteración de Tensión arterial y FC en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente Problemas de salud limitantes, incapacidad para la actividad habitual. La presencia de síntomas físicos: cansancio excesivo, hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, parestias. Deficiencias motoras. Problemas de movilidad Problemas de equilibrio, inestabilidad. Capacidad funcional alterada ver aclaraciones Incapacidad de ocio habitual, aburrimiento manifestado por la persona. Aclaraciones TA: la presencia de una TA no es suficiente para considerar el patrón alterado, estaría alterado si condiciona la práctica de ejercicio. Falta de recursos: no condiciona el resultado de este patrón, aporta información y puede suponer un riesgo para algunas lesiones o mantenimiento de la salud o del hogar. Diagnóstico: análisis e interpretación de los datos: el diagnóstico de enfermería corresponde a la fase de análisis e interpretación de forma crítica de los datos reunidos durante la primera fase que es la valoración. Por lo tanto, en ella se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas y respuestas humanas del paciente. Para este apartado se hace mención del postulado de Vera Fry y algunos debates que se llevaron a cabo con la finalidad de definir e integrar al diagnóstico en el proceso enfermero. Entonces, por un lado hayamos a Vera Fry con la integración del término del diagnóstico, nos menciona que este es el siguiente paso después de identificar las necesidades del paciente, por lo que, en años más tarde autores como Johnson, Abdellah, entre otros, mencionan que el proceso diagnóstico es de función independiente es decir no involucra otros elementos o factores. En lo consiguiente los debates formaron parte principal para determinar que el diagnóstico de enfermería fuera y sean reconocidos oficialmente como el Fuerte de la enfermería y del ejercicio profesional. De igual manera menciona al grupo nacional para la clasificación de diagnósticos de enfermería el cual surgió de una conferencia encabezada por Kistine Gebbie y Mary Ann Lavín los cuales establecen la clasificación los diagnósticos. Por otro lado, es creada la NANDA este es un órgano que proporciona una estructura organizativa para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería, para años más tarde la NANDA plantea el sistema de clasificación: NIC: que como sabemos clasifica las intervenciones de enfermería. Y NOC que clasifica los resultados. Juntas las 3 clasificaciones hacen que la enfermería se desarrolle de manera responsable y bajo evidencia (realizando acciones que logren el bien/la recuperación/o la mejoría del paciente). Diagnóstico enfermero tipos y formulación. NIC: sistema de clasificación de intervenciones de enfermería. NOC: sistema de clasificación de resultados. EJE: se define operacionalmente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico. El modelo de diagnóstico enfermero NANDA-I muestra los 7 ejes y su relación entre sí: *eje 1: concepto de diagnóstico, *eje 2: sujeto del diagnóstico (persona, familia, comunidad), *eje 3: juicio, *eje 4: localización (vejiga, auditivo, cerebral), *eje 5: edad, *eje 6: tiempo, eje 7: estado del diagnóstico (real, de riesgo, de salud, de

promoción de la salud). Taxonomía II de la NANDA. Kozier (1993) cita a Rash (1987), quién refiere que la Taxonomía es la ciencia que identifica y cataloga. Además estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo para reflejar mejor los miembros de varios territorios. La NANDA International es una organización de miembros dirigidos por un mandatario y una junta electos. Un Comité de Revisión Diagnóstica, examina los diagnósticos nuevos y mejorados presentados por Dochterman y Gloria Bulechek en la Universidad de Iowa. Los equipamientos desarrollaron la Categorización de Intervenciones de Enfermería, una categorización universal y estandarizada las intervenciones que hacen las enfermeras, publicada por primera ocasión en el 2002. A diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del paciente, donde éste es Una participación se define como "cualquier procedimiento, con base en el razonamiento y juicio clínico, que ejecuta un profesional de enfermería para promover los resultados espera. Por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a los individuos, las familias o la sociedad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras. De una etiqueta, una definición, un grupo de ocupaciones que indican las actividades y la categorización universal y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse en 1997. Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el triunfo de una mediación Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente relacionadas al resultado, una escala de Likert de 5 aspectos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias usadas en el ANÁLISIS DE DATOS El estudio de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la enfermería y posibilita al personal desarrollar clases de información más manejables. Además estimula la discriminación entre datos, lo que ayuda al profesional de enfermería a interpretación. En la identificación de datos es fundamental establecer los indicios y deducciones que se desarrollan desde la base de conocimientos científicos de enfermería, ayudan al profesional de enfermería a interpretar los datos. Luego forma tranquila. Edad, la formación cultural, la igualdad emocional, la capacidad física y de la mente de la necesidades lo más inmediatamente viable.