

**Nombre del alumno: Garency
Aguilar Ortiz.**

**Nombre del profesor: Rubén Eduardo
Domínguez García.**

PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del trabajo: Ensayo

**Materia: Fundamentos de Enfermería
II.**

Grado: 1

Grupo: A

Introducción a la metodología enfermera.

Se define método como el procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y enseñarla. Por tanto, podemos afirmar que el método es el conjunto ordenado de operaciones orientadas a la obtención de un resultado. Así, Siles establece que el método es el hecho de seguir un camino, buscar un fin mediante la estructuración jerárquica de un proceso.

El proceso de enfermería comenzó siendo una estructura de tres fases desarrollado por Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963.

En 1967, Yura y Walsh enunciaron en un texto un proceso desarrollado en cuatro fases, completado a mediados de la década de los 70 con la fase diagnóstica por Bloch en 1974 y Roy en 1975, entre otros.

El propósito de esta metodología enfermera es prestar una atención de calidad a la persona, familia y comunidad. En esta metodología o proceso de enfermería está implícito el pensamiento reflexivo que implica: La capacidad de reconocer la existencia de problemas y la aceptación de suspender el juicio clínico hasta reunir evidencias. La prestación de cuidados de forma racional, donde la observación, reflexión y toma de decisiones ejerce un papel importante.

El proceso enfermero.

También denominado proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería, es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión la categoría de ciencia.

La valoración. Concepto, objetivos y fases.

La valoración siempre está guiada desde el punto de vista de la disciplina enfermera. Se puede decir que de una buena valoración dependen unos buenos cuidados, lo que indica claramente la gran importancia de esta primera fase. La valoración es un proceso que se lleva a cabo de forma planificada, sigue una sistemática para su realización, se sigue una metodología y se valora de forma continua durante todo el tiempo que sea preciso por la situación de la persona, es decir, es un proceso continuo. La valoración inicial se realiza cuando la persona toma contacto con la enfermera por primera vez y esta necesita conocerla en su conjunto.

A partir de ahí se hace una valoración continua durante toda la atención, de forma que se irán adaptando los cuidados a las necesidades y a los cambios de la persona. La toma de decisiones por parte de la enfermera durante la valoración incluye la recogida de información que realmente es relevante para esa persona, la identificación de datos que van a conducir a la formulación de diagnósticos enfermeros o bien aquellos que lleven a identificar problemas de colaboración y la forma en la que vive su proceso y cómo responde a él. Como ya se ha dicho, la valoración se hace de una manera sistemática y se inicia con la recogida de datos, el registro de estos y su posterior evaluación.

La observación, la exploración física y la entrevista.

Observación: se obtiene información a través de los sentidos, para que resulte eficaz es necesario que sea estructurada y sistemática. La observación es una actividad que exige tener una amplia base de conocimientos y experiencia.

Entrevista: suele realizarse conjuntamente con la observación y requiere habilidades de interacción y comunicación para establecer una relación de confianza (terapéutica o de ayuda), saber escuchar y preguntar. Permite a la persona recibir información y participar de manera activa en su proceso. Para que resulte adecuada es necesario tener en cuenta: Factores ambientales que faciliten la interacción. (Espacio, ruidos, intimidad).

Organización de la información: guía de valoración según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon (ABP).

Los patrones funcionales de salud de Gordon son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Los patrones son configuraciones de comportamientos contruidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera.

Describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar y cómo lo maneja. Incluye la percepción del individuo de su estado de salud y de su relevancia para las actividades actuales y sus planes futuros.

Incluye alergias, hábitos tóxicos, deseo de abandonar éstos, medidas preventivas habituales como participación en programas de salud y vacunaciones, y adherencia a os tratamientos. Describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de los nutrientes.

Incluye la percepción que el propio individuo posee de la misma, la utilización habitual de medidas auxiliares como laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o alteración en el modo de excreción, calidad o cantidad. Si se perciben problemas por parte del cliente, deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones.

Este patrón busca conocer el estado de la capacidad cognitiva del paciente, tanto en sus aspectos más básicos como los más complejos. El objetivo de la valoración de este patrón es conocer el concepto y la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades, imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general, incluyendo falta de esperanza e ideación suicida.

Describe la percepción y grado de compromiso con los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales, y las responsabilidades relacionadas con estos roles, incluida la capacidad de obtener ingresos suficientes para cubrir las necesidades y las condiciones de habitabilidad del hogar.

Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. Incluye lo percibido como importante en la vida, las expectativas en cuanto a salud y calidad de vida, y la percepción de conflicto entre los valores, creencias y expectativas y aspectos relacionados con la salud.

El diagnóstico análisis e interpretación de los datos.

Es necesario tener en cuenta que el análisis e interpretación de los datos: consiste en la comparación e interpretación de los datos del usuario, para evaluar las coincidencias y divergencias más significativas. En este paso ya se ubica la problemática definitiva del usuario y se establece sus necesidades prioritarias de atención. Diagnóstico de enfermería: es un enunciado claro y conciso de los problemas prioritarios que se presentan en el paciente. Permite determinar la naturaleza y la extensión de las dificultades del usuario y su entorno y establecer el grado de relación que tiene con enfermería

Diagnósticos enfermeros: tipos y formulación.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo, posibles, y diagnósticos de salud.

Diagnóstico real: Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad a una situación de salud/ proceso vital.

Diagnóstico de riesgo: Describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales.

Diagnóstico de salud o bienestar: Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, la familia o la comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

Diagnósticos de síndrome: Es aquel que agrupa un conjunto de diagnósticos.

Taxonomía II de la NANDA.

Tras la conferencia bienal de la NANDA de 1994 el comité taxonómico de la NANDA decidió crear un nuevo esqueleto taxonómico.

En 1998, el comité taxonómico presentó a la junta directiva de la NANDA cinco posibles clasificaciones, no siendo aceptadas ninguna de ellas. Tras un intenso trabajo, se clasificaron los diagnósticos de enfermería NANDA dentro de una estructura taxonómica basada en la modificación de los patrones funcionales de Gordon.

Todo este proceso culminó en 2002 tras la conferencia NANDA, NOC, NIC (NNN), cuando los diagnósticos aprobados se incluyeron en la nueva Taxonomía II.

La taxonomía II tiene tres niveles:

- Dominios
- Clases
- Diagnósticos

La estructura taxonómica II está formada por 5 dígitos. Este esqueleto permite agregar nuevos diagnósticos, sin tener que modificar calificativamente la taxonomía.

La taxonomía II tiene un formato multiaxial, lo que facilita su utilización a la hora de construir un diagnóstico de enfermería, añadiendo o eliminando los ejes que se consideren necesarios. Existen siete ejes dentro del sistema multiaxial:

- Eje 1. Concepto diagnóstico (por ejemplo; dolor, ictericia, infección, etc.)
- Eje 2. Sujeto del diagnóstico (por ejemplo; individuo, familia, grupo, etc.).
- Eje 3. Juicio (por ejemplo; deficiente, desequilibrado, percibido)
- Eje 4. Localización (por ejemplo; tisular, intestinal, renal, etc.)
- Eje 5. Edad (por ejemplo; niño, adulto, anciano, etc.)
- Eje 6. Tiempo (por ejemplo; agudo, crónico, etc.)
- Eje 7. Tipo de diagnóstico (por ejemplo; real, de riesgo, de salud, etc.)

La Taxonomía II de NANDA Internacional, es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association (ANA). La ventaja de ser un lenguaje enfermero reconocido; es que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil. Los diagnósticos enfermeros de NANDA-I se sitúan dentro de la Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms (SNOMED CT) en la jerarquía más alta de hallazgos clínicos, que incluye diagnósticos, trastornos, enfermedades necesariamente anormales, observaciones clínicas y signos y síntomas. Los diagnósticos enfermeros de NANDA-I también cumplen con los estándares de acreditación ISO para el diagnóstico enfermero.