



NOMBRE DE ALUMNA: MARIA
FERNANDA AGUILAR HIDALGO

NOMBRE DE LA PROFESORA:
MARCOS JHODANY

NOMBRE DEL TRABAJO: ENSAYO

MATERIA: LEGISLACION EN SALUD Y
ENFERMERIA

PASIÓN POR EDUCAR

GRADO: 8TO CUATRIMESTRE.

GRUPO: B

ENSAYO

INTRODUCCIÓN

Como bien sabemos los cuidados de enfermería se han venido haciendo desde tiempos remotos basados siempre en el cuidado del paciente, aunque han existido distintas metodologías con respecto al cuidado y proceso de enfermería todo viene a centrarse en poder dar un mejor cuidado a la persona, familia o comunidad, lo que cabe recalcar es que el profesional de enfermería debe de tener los conocimientos necesarios para la aplicación de estos cuidados establecido por la metodologías, para que así se pueda realizar un proceso de enfermería adecuado y sistematizado correctamente al paciente que lo requiera, cuando hablamos de proceso de enfermería nos referimos al cuidado que da la enfermera al individuo, cuidados que la enfermera aprendió durante la realización profesional con las bases teóricas fundamentadas y aprobadas por la OMS. Al referirnos al proceso de atención de enfermería estamos hablando que debemos realizar las cinco etapas del proceso las cuales son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. En la valoración es donde valoramos a la persona, y nos aporta información sobre su estado de salud y nos permite realizar un registro de datos sobre su salud y por continuidad nos lleva a un diagnóstico es donde basado a los datos obtenidos de la valoración podemos diagnosticar el estado de salud de la persona, dicho diagnóstico lo puede realizar el personal profesional de salud en este caso la enfermera, donde se basa en los diagnósticos de la NANDA, basándonos del diagnóstico pasamos a la planificación que es donde planeamos la intervención que se efectuara al paciente con respecto a su salud pero no solamente planeamos las intervenciones sino que también planeamos los cuidados que la persona deberá tener después de la intervención, en la etapa de la ejecución es donde la persona es intervenida por lo antes ya planeado, se lleva a cabo las intervenciones de enfermería, la última etapa del proceso de atención de enfermería es la evaluación aquí es donde evaluamos las cuatro etapas anteriores, si lo que se llevó a cabo con el paciente resulto o no, si resulta positivo quiere decir que la enfermera hizo una buena valoración y los resultados fueron los esperados, y si el resultado de la evaluación hubiese sido negativo este nos indica que debemos de valorar nuevamente para poder llegar a los datos requeridos y obtener el diagnóstico indicado para la salud del paciente. Cuando nos referimos al cuidado de enfermería hablamos que la enfermera da los cuidados a la persona, familia o comunidad, sin distinción alguna, sin importar su religión, su raza, clase social, color de piel, idioma, etc. Los cuidados deben de ser iguales para todos no debemos de priorizar en algunos cuidados a ciertas personas y a otras no, es aquí donde la enfermera pone en práctica lo aprendido en su construcción profesional, y pone en práctica su ética

profesional. Contamos también con una entrevista que se lleva a cabo con el paciente y la enfermera, aquí la enfermera toma el lugar de entrevistador y el paciente el papel de entrevistado porque la enfermera hace una serie de preguntas al paciente para poder obtener información acerca de su salud y poder registrar todos estos datos que el paciente nos pueda dar o bien algún familiar si el paciente no pudiera darlo el mismo. En la valoración del paciente incluimos los patrones funcionales de Marjory Gordón, es de ahí donde las enfermeras nos basamos para poder identificar algún patrón afectado en la persona y a través de esto poder hacer un diagnóstico, nos preguntamos tal vez ¿que son los patrones funcionales de Marjory?, estos patrones son esenciales en cada individuo en su vida diaria porque influyen cada uno de estos como parte de nuestra vida y salud, también en el proceso de enfermería hacemos utilización de un registro de datos que es donde la enfermera registra todos los datos obtenidos y registra también las intervenciones que se realizaron y los cuidados que debe de llevar el paciente, toda la información que registre debe de ser muy clara y fácil de comprender por el siguiente personal de enfermería que lea los registros de datos del paciente.

GENERALIDADES

INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA ENFERMERA.

El cuidado de enfermería se ha centrado en la persona en cuanto a dar los cuidados necesarios para una pronta recuperación de la enfermedad del paciente, esto se ha venido haciendo desde tiempos remotos lo que va cambiando son las metodologías de enfermería más sin embargo vienen siendo derivadas de las metodologías antiguas donde se centra que se le debe de dar el cuidado a la persona lo mejor posible aunque las definiciones han venido cambiando, todas coinciden en dar un cuidado efectivo o lo más acertado posible, como bien hemos visto desde tiempos remotos que los seres humanos hemos necesitado de los cuidados de enfermería hasta hoy en día, los enfermeros y las enfermeras forman parte fundamental para la recuperación y cuidado de los pacientes. En tiempos pasados la enfermedad de las personas lo comprendían como un castigo divino es decir no pensaban que era por cuestiones del medio ambiente o por un malestar físico y que para curarse debían de ir con los llamados chamanes o brujos que lo único que les hacían eran limpias y que con eso se debían de curar más sin embargo todo esto era erróneo porque las personas enfermaban no por castigo divinos sino por cuestiones fisiológicas y que necesitaban de un cuidado específico. Los cuidados se han venido haciendo también basándose de acuerdo a cada una de sus culturas, porque todos tenemos distintas creencias y lo que debemos hacer es respetar cada una de ellas y dar el cuidado que se requiera.

EL PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería se refiere al cuidado que da el profesional de salud a la persona, familia o comunidad, son cuidados basados en el tratamiento para una pronta recuperación del paciente, en este proceso el profesional de enfermería también puede diagnosticar basándose en sus conocimientos científicos y siguiendo los pasos para diagnosticar al paciente, es aquí donde la enfermera o el enfermero aplica la primera etapa del proceso de

enfermería el cual es la valoración del paciente, por consiguiente diagnóstica, siguiendo después de esta etapa la planificación basándose en el diagnóstico, después de esta etapa lo que hacemos es ejecutar lo que ya se ha planificado, por último evaluamos el proceso y es así como comprobamos si el diagnóstico fue el oportuno y acertado basándonos de los conocimientos de cada profesional de enfermería, y así poder dar el cuidado indicado para cada enfermedad o muchas veces no es necesariamente que los cuidados se le dé únicamente a los pacientes que están enfermos sino que también hay pacientes que requieren de los cuidados de enfermería no necesariamente porque estén enfermos sino por otras cuestiones como por ejemplo podría ser por diagnósticos psicológicos, etc.

EL PROCESO ENFERMERO.

Método sistemático y organizado para los cuidados de enfermería, cuidados centrados y aplicados de forma consecutiva en cada persona, familia o comunidad que requieran de estos cuidados, uno de sus objetivos es que permite que la persona pueda participar en su propio cuidado para su recuperación, también nos ofrece cuidados garantizados y de calidad para cada uno, nos ayuda también a identificar los problemas de salud y poder dar un diagnóstico oportuno. Una de sus principales características es que es humanístico y aplica todos los valores del profesional de enfermería también podemos decir que es universal y holístico. También cuenta con cinco etapas fundamentales las cuales son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación las cuales son las que realizaremos en cada proceso de enfermería.

LA VALORACION CONCEPTO, OBJETIVOS Y FASES.

Esta etapa es la más importante del proceso porque es el primer contacto que tiene el paciente con la enfermera, es en el cual vamos a recoger y examinar los datos correspondientes sobre la salud del paciente que nos llevara a un diagnóstico oportuno, las fases llevan un orden específico y basadas en fundamentos teóricos para su aplicación. Un dato es aquel que nos proporciona la persona, la familia o la comunidad con respecto a información del paciente sobre su estado de salud, estos se analizan y se obtienen a través de:

- Recolección de datos.
- Validación de datos.
- Organización de datos.
- Registro de datos.

LA OBSERVACION, LA EXPLORACION Y LA ENTREVISTA.

En la etapa de valoración vamos a observar, explorar y entrevistar al paciente, con respecto a la entrevista es donde obtendremos algún dato que nos puedan proporcionar referente a su estado de salud y donde el paciente y la enfermera inician una relación de tener una comunicación con el profesional de salud, en la observación es donde aplicamos el sentido de la vista ya que inspeccionamos con nuestros ojos alguna herida, hematoma, sangrado lesiones, etcétera, también es donde inspeccionamos su color de pie, ojos, boca, pelo,

orejas, nariz y cuello, en la exploración utilizaremos las cuatro etapas de exploración física las cuales son inspección, palpación, percusión y auscultación, también se llevara a cabo la toma de signos vitales; tomaremos su presión arterial, temperatura, pulso y frecuencia cardiaca, para poder llegar al diagnóstico estas son pasos fundamentales para llegar a él, todos estos pasos y fases son esenciales para la etapa de valoración de cada persona, familia y comunidad.

ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: GUIA DE VALORACIÓN SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDÓN (AMP).

el cuidado de enfermería se ha centrado más que nada en la atención a la persona, familia y comunidad, ha sido uno de sus principales objetivos, dichos cuidados también se han basado en los patrones funcionales de Marjory, utilizando también las taxonomías que son: NANDA, NOC Y NIC, en los cuales los profesionales son los encargados de realizarlas adecuadamente, la valoración tiene gran importancia en la enfermería en cuestiones de que la enfermera es capaz de hacer un diagnóstico enfermero de acuerdo a la información que el paciente pueda otorgar y a la valoración que la enfermera realiza. La valoración que se hace por medio de los patrones funcionales de Marjory Gordon es de gran utilidad en el ámbito de atención primaria de la salud que van de la mano con la clasificación de los dominios de la NANDA la cual es una herramienta que facilita la valoración del individuo, y así el profesional de enfermería puede diagnosticar con más precisión. La etapa de la valoración es la primera y más importante porque es aquí de donde se deliberan muchos de los aspectos para poder dar un diagnóstico y poder ejecutarlo, es donde la enfermera y el paciente tienen el primer acercamiento. Se ha optado por los patrones funcionales de Marjory porque establece los comportamientos del individuo en su vida cotidiana y como estas influyen en su salud. La valoración se lleva a cabo a través de datos objetivos y subjetivos del paciente. Los 11 patrones funcionales tienen su concepto y descripción que son los siguientes:

PATRON 1: PERSEPCIÒN-MANEJO DE LA SALUD

Este patrón valora como ve el individuo su propia salud desde su punto de vista, si considera que es buena o tiene alguna alteración, valora su estilo de vida, como es su higiene personal, si tiene todas sus vacunas, etc. El patrón es alterado si la persona tiene alguna afectación en su cuidado personal o si el mismo considera que su salud no es muy buena.

PATRON 2: NUTRICIONAL- METABÒLICO.

Valora como se alimenta la persona si come a sus horas correspondientes, toma suficientes líquidos, come sanamente, valora si come frutas y verduras, como está el color de su piel, si tiene un peso adecuado o no a través del IMC, el patrón se ve afectado cuando hay una alteración en su IMC, si tiene una alimentación desequilibrada, si tiene problemas al deglutir.

PATRÒN 3: ELIMINACIÒN.

Este patrón nos describe si tienen un buen funcionamiento en su excreción intestinal, urinaria y de la piel. Valora si tiene dolor al evacuar, sangrado, si va muchas veces a orinar, si tiene sudoración en exceso y se ve alterado si presenta estreñimiento o malestar al orinar.

PATRÒN 4: ACTIVIDAD/EJERCICIO.

Que actividades realiza en su día a día, si tiene algún momento específico para realizar ejercicio, si dedica un tiempo de recreo para sí mismo y cuánto tiempo le dedica, valora su frecuencia cardiaca, su función respiratoria, también valora su movilidad, y se ve afectado si su sistema cardiovascular se encuentra alterado, si tiene dificultad para respirar y no tiene buena movilidad, y si se encuentra cansado.

PATRÒN 5: SUEÑO-DESCANSO.

Considera la capacidad del individuo del que, si puede descansar, dormir y relajarse normalmente y adecuadamente, valora que cantidad de tiempo le dedica al sueño, a su descanso, cuanto tiempo ocupa en su trabajo laboral, si toma algún medicamento para relajarse, y se ve alterado cuando tiene insomnio, duerme con ayuda de medicamentos y esta medicado para estar relajado.

PATRÒN 6: COGNITIVO-PERSEPTIVO.

Valora como percibe la realidad, si está en sus cinco sentidos, si es capaz de tomar sus propias decisiones, valora si está orientado en lo que está haciendo, si tiene la capacidad de comprensión, se ve alterado si el individuo no está orientado, ni es capaz de decidir por sí mismo, si sufre alguna alteración en su carácter, si tiene dificultad de concentración y de memoria.

PATRÒN 7: AUTOPERSEPCIÒN-AUTO CONCEPTO.

Valora como se ve la persona a sí misma si se valora y se acepta tal como es, si tiene alguna inconformidad sobre su aspecto corporal, si tiene problemas con su conducta, se ve alterado cuando hay negatividad hacia su persona, que no se acepte así mismo.

PATRÒN 8: ROL-RELACIONES.

Como se relaciona con los demás, si tiene amigos, si vive solo, como es la convivencia con su familia, si brinda y le brindan apoyo, como se desarrolla con la sociedad, se ve alterado si hay una falta de comunicación con la familia o la sociedad, si se siente solo, si tiene carencia afectiva.

PATRÒN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÒN.

Valora la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, si tiene una seguridad sexual, métodos anticonceptivos, embarazos, abortos, en la reproducción hablamos también de la menopausia, se ve alterado cuando hay una insatisfacción por la sexualidad, cuando la mujer tiene problemas de reproducción.

PATRÒN 10: ADAPTACION TOLERANCIA AL ESTRÈS.

Valora como el individuo se adapta y afronta los cambios repentinos, si es tolerante al estrés en cuestiones que puede presenciar momentos estresantes, como e individuo es capaz de manejar su tolerancia por muy estresante que sea, se ve afectada cuando la persona no es suficientemente adaptable al cambio que pueda ocurrir o bien a alguna acción estresante que no pueda tolerar.

PATRÒN 11: VALORES Y CREENCIAS.

Si tiene los valores que le fueron inculcados desde su niñez y los ha puesto y sigue poniendo en práctica, en que es lo que cree; es decir, que creencias le fueron inculcadas, si hace lo correcto o lo incorrecto basándose en sus valores, si percibe los tratamientos de salud con agrado o con rechazo, se ve alterado este patrón cuando por medio de sus creencias le evitan tomar ciertos tratamientos de salud y por consiguiente no puede alcanzar una mejoría en su salud propia.

EL DIAGNÒSTICO: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

El termino de diagnóstico fue introducido en 1953 por Vera Fry, quien decía que una vez que ya se hayan identificado los problemas de salud se pasa al siguiente paso que es el diagnóstico de enfermería, más sin embargo no fue aceptada como tal, tuvo muchos debates y controversias si aceptaban o no esta etapa, algunos proponían que fuera un diagnóstico independiente, pero fue hasta en 1970-1979 que la Asociación Norteamericana de enfermeras que reconoce oficialmente el diagnóstico y lo incluyen en los estándares del desarrollo de practica de enfermería, en 1982 la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), proporciona una organización estructural para el desarrollo de diagnósticos de enfermería.

DIAGNÒSTICOS ENFERMEROS TIPOS Y FORMULACIÒN.

El diagnostico de enfermería es un enunciado clínico sobre las salud real o potencial del individuo donde se plantea el estado de salud y por consiguiente se pasa a la etapa de planeación, tiene muchas ventajas una de ellas es: identificar el problema de salud del paciente, como el profesional de salud desarrolla sus capacidades a través de lo que ha aprendido en sus bases fundamentales de enfermería, dar a la persona los cuidados de salud adecuados.

TAXONOMIA II DE LA NANDA.

Es un instrumento de enfermería que fue creado por un grupo de profesionales de enfermería que nos permite integrar un marco teórico sobre la identificación de los problemas, intervenciones y resolución de los cuidados de enfermería, para la persona, familia o comunidad que lo requiera, que nos proporciona como identificar y etiquetar el problema de salud, los cuales tiene un procedimiento, reglas, principios que se deben de respetar para conseguir los resultados esperados.

El NIC es la clasificación de intervenciones de enfermería, es donde el profesional de enfermería hace todo lo necesario para la intervención y que esta pueda ayudar al paciente y pueda alcanzar el resultado deseado, cada una de estas intervenciones se hacen basadas en los conocimientos de la enfermera, cada intervención NIC lleva una etiqueta y una definición de la intervención a realizar.

El NOC es una clasificación de resultados de los pacientes que llevan un cuidado por parte de la enfermera, es aquí donde se determina si el cuidado que se le fue dado por parte del profesional de salud fue adquirido positivamente y correctamente en su aplicación, también consta de una etiqueta y una definición en cuanto a la intervención.

EJECUCIÓN

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES / DE COLABORACIÓN.

Actividades según el diagnóstico enfermero:

Real: está encaminada a un control de la enfermedad o bien de una recuperación.

Riesgo: nos permite tener una detección oportuna para prevenir algo más severo.

Bienestar: mantener y poder mejorar la enfermedad a través de actividades.

Interdependientes o problemas de colaboración: pueden ser intervenciones propias de la enfermera o bien pueden ser intervenciones instruidas y dirigidas por el médico.

Las fases de la ejecución son: preparación, intervención y documentación.

FORMULACIÓN

La formulación del diagnóstico de enfermería de acuerdo al formato PES debemos identificar el problema que está ocurriendo con el paciente y deliberar la etiología que está afectando a su salud y por lo mismo está presentando signos y síntomas de advertencia en cuanto al malestar físico o bien emocional, hacemos un diagnóstico derivado de la NANDA.

LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS. FASES, OBJETIVOS (TAXONOMÍA NOC) E INTERVENCIONES (TAXONOMÍA NIC).

PLANEACIÓN: es aquí donde se planea de acuerdo al diagnóstico ya planteado y posteriormente ejecutar lo que se planeó, con base a las taxonomías NIC y NOC.

LA EJECUCIÓN SISTEMA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO ENFERMERO.

EJECUCIÓN: se lleva a cabo las intervenciones de enfermería que ya fueron planeadas con anterioridad para la mejoría de la persona, se ejecuta en base a los conocimientos enfermeros constituidos con las bases de enfermería.

ETAPAS DEL PROCESO.

LA VALORACIÓN DEL PAE: en esta etapa vamos a valorar y obtener los datos correspondientes en general esta es la etapa más importante porque de aquí es donde se derivan las demás etapas, es también donde se lleva a cabo el primer acercamiento del paciente y la enfermera, ponemos en práctica todos nuestros conocimientos enfermeros.

DIAGNÓSTICO DEL PAE: en base a la valoración el profesional de enfermería pasa a la siguiente etapa que es el diagnóstico, en donde va a diagnosticar lo que obtuvo por medio de los datos obtenidos y la valoración.

PLANIFICACIÓN DE PAE: se planea lo que se va a realizar con dicho paciente una vez que ya se haya establecido un diagnóstico, se planea la intervención a ejecutar, pero también se planea la serie de cuidados por parte de la enfermera.

EJECUCIÓN DEL PAE: se hacen las intervenciones de enfermería basadas en la planeación con pasos definidos para la ejecución, pero aquí no solo se interviene, sino que también se aplica el cuidado del paciente para su recuperación.

EVALUACIÓN DEL PAE: en esta etapa última del proceso se evalúa lo ya ejecutado, se analizan los datos obtenidos en la valoración y los datos obtenidos después de la ejecución, se hace una comparación de datos y si los datos son correspondientes a los esperados hablamos de una evaluación positiva, es decir; que todo el proceso fue correcto y preciso.

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Son sumamente necesarios porque es ahí donde queda registrado todo el procedimiento que la enfermera realiza con el paciente, queda escrito la intervención que se realizó, el tratamiento y el cuidado que debe de llevar después de dicha intervención. Son esenciales para:

La realización de enfermería: se desarrolla a través de los documentos que el profesional de enfermería lleva a cabo en cada proceso de enfermería, facilita los procedimientos en el área de enfermería porque los datos quedan registrados para poder tener una información específica en cuanto a la intervención del paciente, también nos ayudan para poder tener un registro en cuanto a los materiales utilizados y poder llevar un mejor control, todo esto es base fundamental para la disciplina de la enfermería.

Calidad de información: todos los datos registrados deben de estar bien definidos y escritos correctamente con la información requerida y es aquí también donde se aplica la práctica de la enfermera aplicando sus valores y su ética profesional, dejando una información detallada verazmente.

CRITERIOS DE CUMPLIMENTACIÓN.

PRECISIÓN Y EXACTITUD: debe de escribirse todos los datos obtenidos y al tener un registro incompleto podemos decir que el cuidado fue ineficiente y que no cumplió con todo el procedimiento adecuado, los datos registrados deben de ser escritos claramente y

precisos en la información, si algo no fue registrado es porque no fue realizada la actividad o procedimiento.

LEGIBILIDAD Y CLARIDAD: el registro debe ser escrito claramente con palabras que puedan entenderse y leerse bien, anotar todo con buena ortografía sin manchones y uso de corrector, no se deben de dejar espacios en blanco.

SIMULTANEIDAD: hay que hacer un registro de manera simultánea para no dejarlo al final del turno y hacerlo todo mal hecho por las prisas de salir ya del turno, hay que registrar correctamente todos los datos correspondientes del paciente.

HOJAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: se debe registrar toda la información acerca de la administración de medicamentos, deben anotar la hora y fecha del medicamento aplicado y el nombre de la enfermera que fue la responsable de aplicárselo.

NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS: no todo debe escribirse, porque hay instrucciones que son informales y que no deben anotadas, también lo que no debe registrarse son algunas dificultades que se tiene en ocasiones con los pacientes y enfermeros.

CONCLUSIÓN

Llegamos a la conclusión de que la enfermera debe sustentarse en las bases teóricas y aprender en su construcción profesional y que deben de ser solidarios con los pacientes aplicando los cuidados necesarios y con mucha dedicación sintiendo la empatía hacia el paciente, la enfermera debe aplicar todos sus conocimientos científicos en el cuidado del paciente, debemos tener presente las etapas del proceso de atención de enfermería que son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, cuando hablamos de valoración estamos hablando del primer contacto que tenemos con el paciente es donde inspeccionamos con nuestra vista observando cómo llega la persona, si llega con alguna fractura, con mucho dolor, con fiebre, etcétera, es aquí donde vamos a recoger los datos correspondientes sobre la salud del paciente y de esto nos vamos a la siguiente etapa que es el diagnóstico aquí es donde a través de la observación y los datos obtenidos podemos darle un diagnóstico, después partimos a la tercer etapa que es la planificación, pues aquí lo que hacemos es planear la o las intervenciones que se le realizaran al paciente, continuamos con la ejecución, al llegar a esta etapa es donde el profesional de salud pone en práctica sus conocimientos científicos porque es donde interviene al paciente, debe tener todos los cuidados necesarios con respecto a la asepsia antes de tocar al paciente y después de tocarlo, esto incluye lo que es el lavado de manos en sus cinco momentos; dos antes de tocar al paciente y tres después de tocar al paciente. Una vez realizada estas cuatro etapas del proceso de atención de enfermería pasamos a la última etapa que es la evaluación, es donde evaluamos si lo que se hizo en las cuatro etapas fue acertado al ser así estamos hablando de que si se cumplió con el proceso de atención de enfermería y que se hizo correctamente, el proceso de la enfermera que realiza con cada paciente debe de realizarlo de igual manera con cada uno de los pacientes sin discriminar a nadie, debe de aplicar sus principios morales y su ética profesional siendo lo más solidario posible, también es aquí donde aplicamos la humanidad que tenemos como enfermeros. Todo lo que se realiza con el paciente debe de ser registrado y muy bien anotado para que al siguiente enfermero que le toque el turno pueda entenderlo con claridad y sobre todo que le dé

continuidad, toda información que obtengamos debe de ser sistematizada y muy bien estructurada. En la valoración podemos incluir los 11 patrones funcionales de Marjory Gordón en los cuales nos dice que si algún patrón está afectado es porque algo no está funcionando bien en nuestra salud y tenemos que valorar eso para poder llegar a la completa salud. También podemos guiarnos de las 14 necesidades de Virginia Enderson las cuales son básicas para la salud, ambas teóricas propusieron su teoría con los patrones y las necesidades con el propósito de alcanzar el bienestar en la salud. Para poder diagnosticar tenemos también lo que es la NANDA es donde podemos encontrar los diagnósticos y que nos son de mucha ayuda para poder dar un diagnóstico fundamentado la NANDA se creó por distintos profesionales de la salud y que ha ido evolucionando con el tiempo, pero en si son las primeras enfermeras que lo proponen, encontramos también que podemos tener distintos diagnósticos como es: diagnostico real, de alto riesgo, posible y de bienestar, en estos tipos de diagnósticos vamos a identificar a cual corresponde cada paciente. Es por eso que como enfermeras debemos de indagar e investigar día a día las etiologías y patologías, si algo no sabemos nos toca a nosotros investigar y actualizarnos constantemente, porque esto se ve reflejado cuando damos el cuidado a la persona, familia y comunidad. Debemos ser lo mas humanistas que podamos ser y tratar como queremos ser tratados, el ser enfermera no solo implica asistir a una escuela y portar un uniforme, sino que debemos tener la vocación para ser enfermeras y apoyar a las personas, llegar a sentir compasión por ellas y brindarles la mejor atención posible. Ser enfermera es una profesión muy humanista que le debe brindar toda la atención y ayuda posible a las personas que lo necesiten, debemos de poner en practica todos nuestros valores aprendidos en casa y los que nos indica la profesión de enfermería, debemos conocer todas las normas que nos rigen en la profesión para cumplirlas como deben de ser.