



Práctica Clínica de Enfermería II

Licenciatura en Enfermería

Septiembre – Diciembre

UNIDAD I

I.1 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL P.A.E

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.

Nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicotógicos a su concepto de enfermería. Más que un modelo, su obra se considera como una filosofía definitoria de la profesión enfermera.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer; dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia.
- **Variables:** estados patológicos

DEFINICION DE ENFERMERÍA SEGÚN V. HENDERSON: "La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o

sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. “

EL MODELO CONCEPTUAL: De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo, en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO: El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente. El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción. El rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno. De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en 25 El modelo de Virginia Henderson y el Proceso de atención de enfermería cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

Las 14 necesidades

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

RELACIÓN ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático de prestar cuidados enfermeros. Su empleo ha de estar guiado por el modelo conceptual que

en este caso es el de V. Henderson. El PAE, es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos y tiene un carácter metodológico y consta de 5 etapas:

I. VALORACIÓN:

En la valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propio y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado por otro profesional. Proceso organizado y sistemático de recogida de datos. Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del usuario que exigen una intervención de enfermería.

FUENTES DE DATOS:

- **Primarios:** directamente con el paciente.
- **Secundarios:** obtenidos de terceras personas o de manera indirecta.

TIPOS DE DATOS:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- **Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Datos históricos:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- **Datos actuales:** son datos sobre el problema de salud actual.

METODOS DE OBTENCION (RECOGIDA) DE DATOS:

- Entrevista

- Observación
- Exploración física (Auscultación, Palpación, Observación, Percusión)

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:

Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería.

Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis.

En el diagnóstico: proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas, y formularlas.

Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y que se soluciona a través de intervenciones determinadas por 28 Guía De Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería ella. Definen la actuación enfermero destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. Se describe el problema, la causa o causas mediante la fórmula -relacionado con|| (r/c) y según los datos objetivos o subjetivos -manifestado por|| (m/p).

Se utilizan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) DE 1990.

ESTRUCTURA DE LOS DX DE ENFERMERIA:

- **P**ROBLEMA
- **E**TILOGIA
- **S**IGNOS Y SINTOMAS

TIPOS DE DX DE ENFERMERIA:

- **REAL (P.E.S)** Problema, Factores relacionados y características definitorias.
- **DE RIESGO (P.E)** Problema y Factores relacionados.
- **DE BIENESTAR (P.S)** Problemas y Características Definitorias.

3. PLANIFICACIÓN:

Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería. Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.

Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos. Al formular objetivos hay que distinguir entre los problemas de colaboración donde la enfermera no es la única responsable y se han de formular en detectar signos y síntomas e instaurar medidas preventivas. Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermería. Hay objetivos para los diagnósticos de riesgo, para los reales y para los de salud. Problemas relacionados con independencia.

4. EJECUCIÓN:

Es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios. Consta de preparación, realización y registro de la actuación y resultados. Debe dar todo el protagonismo a la persona/familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados. El modelo adoptado repercute en las

intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas en la etapa anterior. En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan.

5. EVALUACIÓN:

En la fase de evaluación, se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Consta de valoración de la situación actual del usuario, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.



Algunos conceptos básicos que debes saber sobre el área de Terapia Intensiva:

- **UCEA**= Unidad de Cuidados Especiales para Adultos.
- **UCIA**= Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos.
- **UCIN**= Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- **UCI**= Unidad de Cuidados Intensivos.

- **CUIDADOS INTENSIVOS:** Se define como la forma de proporcionar atención médica multi e interdisciplinaria a pacientes en estado agudo crítico.

- **ESTADO AGUDO CRÍTICO:** Existencia de alteraciones fisiológicas que ponen en peligro inmediato la vida de los pacientes que presentan enfermedades con posibilidades razonables de recuperación.

- **MEDICINA CRÍTICA:** Rama de la medicina que tiene como objetivo principal la atención de los estados fisiopatológicos que ponen en peligro inmediato la vida.

- **MÓDULO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES:** Lugar delimitado físicamente tributaria, donde se ubican el mobiliario y equipamiento necesarios para el estado agudo crítico.

- **PACIENTE EN ESTADO AGUDO CRÍTICO:** Aquel que presenta alteración de uno sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable.
- **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O TERAPIA INTENSIVA:** Área de hospitalización, multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

PROTOCOLO DE INGRESO Y ALTA DEL PACIENTE EN U.C.I.

I. ACTIVIDADES.

a. Actividades previas:

- Comprobar la correcta dotación del box:
- Monitor de ECG
- Pulsioxímetro
- Respirador
- Caudalímetro de oxígeno
- Aspirador
- Esfingomanómetro
- Fonendoscopio
- Bombas de perfusión.
- Ambú + mascarilla +Reservorio
- Cama

b. Actividades en el ingreso:

- Tranquilizar e informar al enfermo, si está consciente.
- Colaborar en el paso del enfermo de la camilla a la cama de nuestra unidad.
- Procurar la seguridad del enfermo en el cambio de cama.
- Vigilar durante el cambio de cama vías periféricas, sondas, drenajes, férulas...
- Monitorización básica del enfermo:
- ECG
- Pulsioxímetro.
- Toma de constantes y apertura de gráfica:

- Frec. Cardíaca.
- Frec. Respiratoria.
- Temperatura.
- Tensión arterial.

Actividades derivadas de órdenes médicas:

- Extracción de muestras para analítica de ingreso, cultivos...etc.
- ECG
- Radiografía de tórax
- Sonda vesical, nasogástrica.
- Colaboración con el facultativo en : canalización de vía central, vía arterial, intubación, drenaje torácico, etc.

c. Actividades Posteriores.

- Informar al enfermo sobre el funcionamiento de la unidad.
- Disminuir la ansiedad del enfermo.
- Informar a la familia del funcionamiento del servicio.
- Entregar a los familiares pases, hoja informativa y objetos personales.
- Pedir a la familia teléfonos de contacto.
- Recoger el material que ya no es necesario dentro del box: aparato de ECG, carro de intubación, carro de paradas, etc.
- Procurar dejar al enfermo lo más confortable posible.
- Comenzar con el tratamiento prescrito por el facultativo: fluidoterapia, antibioterapia, oxigenoterapia, nutrición, etc.
- Dar el ingreso en admisión. Recoger etiquetas identificativas.
- Reclamar historia antigua si la hubiera.
- Apertura de hoja de cuidados de Enfermería e incluir al paciente en los protocolos vigentes en la unidad en ese momento, ejemplo: prevención de úlceras por presión.

II. RECOMENDACIONES.

Destacamos la importancia de:

- La priorización en las acciones,
- El trabajo en equipo.
- Tranquilizar e informar al paciente y a la familia.

- Procurar que la familia vea al enfermo lo antes posible.
- Procurar la intimidad del paciente.
- Consultar con el enfermo o su familia sobre gustos personal, religión, etc.

PROTOCOLO DE ALTA

I. ACTIVIDADES

a. Actividades previas

- Informar al paciente de su próxima alta.
- Pedir cama en admisión.
- Higiene general del paciente.
- Curas.
- Retirada de vías centrales si procede y cultivo.
- Retirada de catéter arterial.
- Revisión del tratamiento médico.
- Cierre y recogida de gráficas de enfermería y hoja de cuidados.
- Complimentar hoja de alta de enfermería.
- Informar a la familia sobre la hora aproximada de alta.
- Recoger objetos personales del paciente.
- Llamar a planta para coordinar el traslado (hora, dieta, etc)

b. Actividades de alta.

- Avisar a la familia del traslado y pedir que nos acompañe.
- Traslado de cama del enfermo, procurando su seguridad, y la de vías, drenajes, etc.
- Acompañar al enfermo hasta su nueva habitación.
- Colocar en su nueva habitación sueros, drenajes, oxígeno, etc.
- Presentarnos ante sus nuevos compañeros de habitación.
- Entregar los objetos personales a la familia.
- Despedirnos del enfermo.
- Hacer entrega del Historial Clínico a la enferma de planta.
- Hacer un breve resumen verbal sobre la historia del enfermo.
- Resaltar los cuidados de enfermería para lograr la continuidad de los mismos.

MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN U.C.I

I.- MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

- ❖ I.-Electrocardiograma y frecuencia cardiaca continúa:

Preparación del paciente Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar.

- Preparación de la piel: Limpie la piel y aféitela si es necesario.
- Coloque los electrodos en áreas planas, no musculares, para aumentar al máximo el contacto de los electrodos y minimizar los artefactos del músculo y evite articulaciones y protuberancias óseas.
- Asegurar la calidad de la señal y cambie los electrodos si la señal del ECG se degrada o la piel se irrita, manteniendo si es posible la misma localización.

Colocación de los electrodos Configuración de cinco latiguillos:

- **Rojo:** Línea media clavicular derecha, directamente debajo de la clavícula.
- **Amarilla:** Línea media clavicular izquierda, directamente debajo de la clavícula.
- **Verde:** Línea media clavicular izquierda, 6°-7° espacio intercostal.
- **Negro:** Línea media clavicular derecha, 6°-7° espacio intercostal.
- **Blanco:** 4° espacio intercostal, borde izquierdo del esternón. En paciente de S.C.A. según localización isquémica.

❖ **Monitorización mediante telemetría**

La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de enfermería de U.C.I. a un paciente en una unidad de hospitalización preferentemente Cardiología. El objetivo es evaluar el ritmo cardiaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación de compromiso vital. Equipo necesario Un pequeño radiotransmisor que funciona a batería de cinco latiguillos (permite dos canales de ECG) o tres latiguillos (sólo permite un canal de ECG), electrodos adhesivos desechables, un monitor receptor, una antena de radio para que transmita la información del ECG desde la batería portátil del radiotransmisor al monitor receptor y un interfono preferente para llamadas urgentes entre U.C.I. y la planta de cardiología. Sus indicaciones son:

- 1.-Síncopes malignos /disfunción sinusal.
- 2.-Intoxicación farmacológica de drogas arritmogénicas.
- 3.-Bloqueo auriculoventricular completo o bradicardias graves.
- 4.-Riesgo de arritmias ventriculares.
- 5.-Control arritmias no malignas (Ej. ACxFA) Paciente con MCPT dependiente.
- 6.-Disfunción de MCP definitivo o DAI (Desfibrilador autoimplantable).

❖ **Tensión arterial no invasiva (ta)**

Al ingreso se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización. En nuestros monitores aparece como PSN. Cuando se comienza tratamiento con drogas vasoactivas, la TA se controlará cada 5 minutos como mínimo hasta la estabilización.

❖ **4. Saturación de O₂.**

La Pulsioximetría es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial. En el servicio disponemos de dos sistemas de medición:

- La sonda desechable, que puede adaptarse a diferentes lechos vasculares, como dedos, tabique nasal, lóbulo de la oreja y en la frente.
- La pinza reutilizable, únicamente adaptable a los dedos.

❖ **Monitorización de Etco₂ (Capnografía)**

Objetivo: Medir de forma continúa la presión parcial de CO₂ espirado como medida indirecta del CO₂ en sangre.

❖ **Monitorización del nivel de sedación**

Escala SAS Es la escala que usamos actualmente en la unidad para valorar el grado de sedación de los pacientes sometidos a este tratamiento.

Grado	Descripción	Signos
7	Agitación peligrosa	Tira del tubo endotraqueal, intenta quitarse los catéteres, salta por encima de los barros de la cama, pelea con el personal.
6	Muy agitado	No se calma con instrucciones verbales, ni tranquilizándole, necesita reducción física, mordedor.
5	Agitado	Ansioso o agitado, pero se calma con instrucciones verbales o tranquilizándole.
4	En calma, colaborador	Calmado, fácil de despertar, sigue instrucciones.
3	Sedado	Difícil de despertar, se despierta ante estímulos verbales o agitándole suavemente pero se duerme de nuevo, sigue instrucciones sencillas.
2	Muy sedado	Se despierta ante estímulos físicos pero no se comunica ni sigue instrucciones sencillas, puede tener movimientos espontáneos.
1	No despierta	Puede moverse o hacer muecas mínimamente ante estímulos, pero no se comunica ni sigue instrucciones.

❖ Monitorización de las constantes neurológicas

Escala de Glasgow Es la escala internacional para la valoración neurológica de un paciente. Existe una hoja aparte de la gráfica horaria para anotar la valoración neurológica del paciente.

Abre los Ojos:	Esponáneamente (los ojos abiertos no implican conciencia de los hechos)	4
	Cuando se le habla (cualquier frase, no necesariamente una instrucción)	3
	Al dolor (No debe utilizarse presión supraorbitaria como estímulo doloroso)	2
	Nunca	1
Respuesta Verbal:	Orientado (en tiempo, persona, lugar)	5
	Lenguaje confuso (desorientado)	4
	Inapropiada (Reniega, grita)	3
	Ruidos incomprensibles (quejidos, gemidos)	2
	Ninguna	1
Respuesta Motora:	Obedece instrucciones	6
	Localiza el dolor (movimiento deliberado o intencional)	5
	Se retira (aleja del estímulo)	4
	Flexión anormal (decorticación)	3
	Extensión (descerebración)	2
	Ninguna (flacidez)	1
Calificación Total		Entre 3 y 15

2.- MONITORIZACIÓN INVASIVA

La monitorización hemodinámica invasiva consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico. Su objetivo es evaluar la función ventricular derecha e izquierda por medio de las presiones y el volumen minuto cardíaco.

❖ Equipo de monitorización

El catéter: transmite las presiones intravasculares y sus cambios de una forma precisa y fiable desde el interior del vaso al exterior.

El transductor: instrumento que transforma una señal mecánica (la presión ejercida sobre un diafragma por la columna de líquido que proviene del catéter intravascular) en una señal eléctrica proporcional, que se transmite por el cable al monitor.

El monitor: Amplifica esa señal eléctrica que sale del transductor, pudiéndose visualizar en la pantalla la morfología de la curva y los valores numéricos de presión intravascular.

CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE DE U.C.I

El paciente crítico, debido a su situación de compromiso vital, requiere cuidados continuos y sistematizados, bajo un criterio de prioridad. Es importante tener en cuenta, las tareas a realizar en cada turno de trabajo (mañana, tarde y noche), así como diferenciar los cuidados a realizar en las diferentes áreas (Polivalente, Coronaria) para facilitar la estandarización de cuidados. A continuación, se describen los Cuidados diarios del Paciente Crítico, algunos aspectos específicos del Paciente Coronario y sobre nuestras funciones respecto a pacientes de hospitalización en situación de Amenaza Vital Inmediata.