

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL P.A.E

- **Materia:** Practica clínica de enfermería II.
- **Catedrático:** Lic. Silvestre Castillo Ervin.
- **Carrera:** Enfermería
- **Cuatrimestre:** 7mo. Cuatrimestre.
- **Alumno:** Roblero Mateo Keyla Vianey.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL P.A.E

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.

DEFINICION

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.

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.

1

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.

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.

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

¿QUE ES 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

CONSTA DE 5 ETAPAS:

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.

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.

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

TERAPIA INTENSIVA

¿QUÉ ES?

Se especializa en tratar severos problemas como complicaciones por cirugías, accidentes, infecciones y problemas respiratorios severos

CONCEPTOS BÁSICOS DEL ÁREA DE UCI

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.

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.

PACIENTE EN ESTADO AGUDO CRÍTICO: Aquel que presenta alteración de uno sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere funciones vitales, asistencia continúa y que es potencialmente recuperable.

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

ACTIVIDADES

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

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

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.

RECOMENDACIONES

- 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.

PROTOCOLO DE ALTA

```
graph TD; A[PROTOCOLO DE ALTA] --> B[ACTIVIDADES PREVIAS]; A --> C[ACTIVIDADES DE ALTA]; B --> D[Informar al paciente de su próxima alta.]; B --> E[Pedir cama en admisión.]; B --> F[Higiene general del paciente.]; B --> G[Curas.]; B --> H[Retirada de vías centrales si procede y cultivo.]; B --> I[Retirada de catéter arterial.]; B --> J[Revisión del tratamiento médico.]; B --> K[Cierre y recogida de gráficas de enfermería y hoja de cuidados.]; B --> L[Cumplimentar hoja de alta de enfermería.]; B --> M[Informar a la familia sobre la hora aproximada de alta.]; B --> N[Recoger objetos personales del paciente.]; B --> O[Llamar a planta para coordinar el traslado (hora, dieta, etc)]; C --> P[Avisar a la familia del traslado y pedir que nos acompañe.]; C --> Q[Traslado de cama del enfermo, procurando su seguridad, y la de vías, drenajes, etc.]; C --> R[Acompañar al enfermo hasta su nueva habitación.]; C --> S[Colocar en su nueva habitación sueros, drenajes, oxígeno, etc.]; C --> T[Presentarnos ante sus nuevos compañeros de habitación.]; C --> U[Entregar los objetos personales a la familia.]; C --> V[Despedirnos del enfermo];
```

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)

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

MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN U.C.I

MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

ELECTROCARDIOGRAMA Y FRECUENCIA CARDIACA CONTINÚA:

PROCEDIMIENTO

- 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

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, 6º-7º espacio intercostal.
Negro: Línea media clavicular derecha, 6º-7º espacio intercostal.
Blanco: 4º espacio intercostal, borde izquierdo del esternón. En paciente de S.C.A. según localización isquémica

MONITORIZACIÓN MEDIANTE 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.

SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN

Tensión arterial no invasiva (ta)

Al ingreso se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización.

Saturación de O2.

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

Sonda desechable.

Puede adaptarse a diferentes lechos vasculares, como dedos, tabique nasal, lóbulo de la oreja y en la frente.

Pinza reutilizable.

Únicamente adaptable a los dedos

Monitorización de EtcO2 (Capnografía)

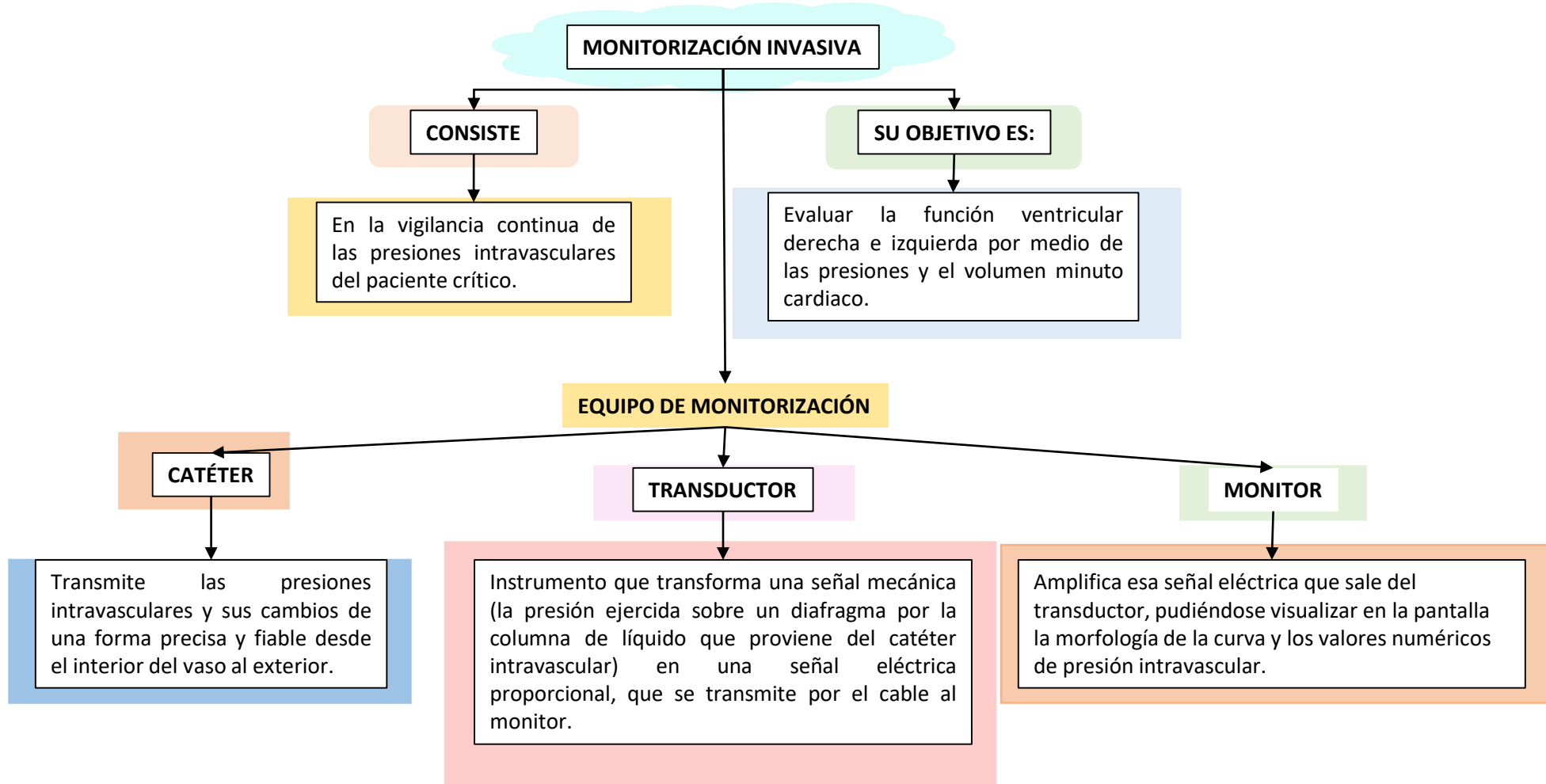
Objetivo: Medir de forma continua la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre.

Monitorización del nivel de sedación

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

Monitorización de las constantes neurológicas

Es la escala internacional para la valoración neurológica de un paciente



FUENTE DE INFORMACION

Silvestre Castillo Ervin. (2020). Practica clínica de enfermería . 13/11/2020, de UDS Sitio web:
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/05b37dc0cc7b8a24fbc817726256d667.pdf>