

**Nombre del alumno:**

Alfredo Hernández Pérez

**Nombre del profesor:**

Mtro. LIC. Ervin Silvestre Castillo

**Licenciatura:**

Enfermería

**Materia:**

Práctica clínica de enfermería II.

**Nombre del trabajo:**

Mapa conceptual del tema:

“Modelo de Virginia Henderson y el PAE, U.C.I”

# MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PAE

VIEGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería

ENFERMERIA

“La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento”

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 de su desarrollo potencial.

ELEMENTO FUNDAMENTAL

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 dependencia o morir dignamente

El rol profesional es suplir la autonomía de la persona o completar lo que le falta, y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial mediante la utilización de sus recursos internos y externos

RELACION CON EL PAE

LAS 14 NECESIDADES

LAS CUALES SON

- 1.\_resolver.
- 2.\_alimentarse.
- 3.\_eliminar por todas las vías.
- 4.\_moverse y mantenerse.
- 5.\_dormir y descansar.
- 6.\_escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7.\_mantener temperatura corporal.
- 8.\_mantener la higiene.
- 9.\_evitar peligros ambientales.
- 10.\_comunicarse con los demás.
- 11.\_vivir de acuerdo con los propios valores.
- 12.\_ocuparse en algo que su labor tenga sentido.
- 13.\_participar en actividades recreativas.
- 14.\_aprender, satisfacer o descubrir la curiosidad que conduce a un desarrollo normal

Primarios: directamente con el paciente.  
Secundarios: obteniendo de terceras personas.

Fuente de datos

Tipos de datos

TIENE

Métodos

Exploración física.  
Entrevista.  
Observación.

Subjetivos: no se pueden medir.  
Objetivos: se pueden medir por cualquier escala.  
Históricos: hechos que han ocurrido antes.  
Actuales: datos del problema de salud actual.

Real: problema, factores relacionados y características definitorias.  
De riesgo: problemas y factores relacionados.  
De bienestar: problemas y características definitorias.

Tipos

Una declaración de estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de enfermería y el cual requiere de intervenciones de enfermería

Estructura

Problema

Etiología

Signos y síntomas

Proceso organizado y sistémico de recogida de datos.

ES

VALORACION

El PAE es un método de sistémico de prestar cuidados al enfermo es un sistema de planificación y de un carácter metodológico que consta de 5 pasos:

DIAGNOSTICO ENFERMERO

ES

Se inicia con los diagnósticos de enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de enfermería

PLANIFICACION

ES

Se inicia con los diagnósticos de enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de enfermería

CONSTA DE:

- Selección de prioridades.
- Determinación de los resultados esperados.
- Determinación de las acciones para lograrlo.
- 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 lograrlo.

EVALUACION

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.

EJECUCION

ES

La puesta en práctica del plan de cuidados y donde la enfermería presta sus servicios

CONSTA DE:

Preparación.  
Realización.  
Registro de actuación y resultados

MUY IMPORTANTE

Que el personal de enfermería entre 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.

**U.C.I  
(UNIDAD DE CUIDADOS INTENCIVOS)**

SE CLASIFICA EN:

**PROTOCOLO DE INGRESO**

SE DIVIDE EN:

Actividades derivadas de órdenes médicas

Extracción de muestras para analítica d ingreso, ECG, radiografía de tórax, sonda vesical, nasogástrica, colaboración con el facultativo en: canalización de vía central, vía arterial, etc.

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.

Actividades en el ingreso

Tranquilizar e informar al enfermo si esta consciente, colaborar en el paso del enfermo a la camilla, procurar la seguridad del enfermo, vigilar durante el cambio de cama vías periféricas, monitorización básica, toma de constantes y apertura de grafica

Actividades posteriores.

Informar al enfermo sobre el funcionamiento de la unidad, disminuir la ansiedad del enfermo, informar a la familia el procedimiento, entregar a las familias pases, objetos personales, etc., pedir a la familia teléfono de contacto, recoger material que ya no es necesario, dejar al enfermo lo más confortable, comenzar con el tratamiento prescrito, dar ingreso en admisión, reclamar historia antigua si la hubiera, apertura de hoja de cuidados

**PROTOCOLO DE ALTA**

SE DIVIDE EN:

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 graficas de enfermería, cumplimentar hoja de alta de enfermería, informar a la familia sobre la hora de la alta, recoger objetos personales, llamar a planta para coordinar el traslado.

Actividades de alta

Avisar a la familia del traslado y pedir que nos acompañe, traslado de cama del enfermo asegurando su seguridad, acompañar al enfermo hasta su nueva habitación, colocar en su nueva aviación, sueros, drenajes, oxígeno, etc., presentarnos antes sus nuevos compañeros de habitación, entregar los objetos personales a la familia, despedirnos del enfermo, hacer entrega del historial clínico, hacer un breve resumen sobre el historial clínico del enfermo, resaltar los cuidados de enfermería para lograr la continuidad de los mismos

**MONOTORIZACION DEL PACIENTE**

SE DIVIDE EN:

No invasiva

Electro cardiograma y frecuencia cardiaca continua

Monitorización de las constantes neurológicas

Monitorización del nivel de sedación

Monitorización de EtcO2

4. Saturación de O2.

Tensión arterial no invasiva

Monitorización mediante telemetría

Invasiva

Consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente critico

SU OBJETIVO ES:

Evaluar la función ventricular derecha e izquierda por medio de las presiones y el volumen minuto cardio

SUS EQUIPOS SON:

Catéter

Transductor

Monitor

Trasmite las presiones intravasculares y sus cambios de forma precisa y fiable desde interior del vaso al exterior.

Transforma una señal mecánica (la presión ejercida sobre un diafragma por la columna del líquido que proviene del catéter) en una señal eléctrica proporcional, que se trasmite por el cable al 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**

Debido a su situación de compromiso vital, el paciente requiere cuidados continuos y sistematizados, bajo un criterio de prioridad

MUY IMPORTANTE

Tener en cuenta las tareas a realizar en cada turno de trabajo, así como diferenciar los cuidados a realizar en las diferentes áreas, para facilitar la estandarización de los cuidados.