

Materia: Práctica Clínica de Enfermería 2

Trabajo: Super nota

Maestro: Felipe Antonio Morales

Alumno: Raúl Alejandro Rojas Ángeles

Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 7°

Grupo: "B"

El modelo de Virginia Henderson

Comprende estos elementos importantes

Desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades.

FUNCIÓN DE ENFERMERÍA: A tender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento

EL MODELO CONCEPTUAL: 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

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO: es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente

Acompañadas de 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, etc.
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.

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.

Consta de 5 etapas:

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.

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.

PLANIFICACIÓN: Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos. Hay objetivos para los diagnósticos de riesgo, para los reales y para los de salud. problemas relacionados con independencia.

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 o familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados.

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.

Protocolo de ingreso en U.C.I

Objetivo

Recibir al paciente y proporcionarle los cuidados inmediatos necesarios

PREPARACIÓN DE LA HABITACIÓN

- Avisar al celador para sacar la cama de la habitación a la zona de entrada de la unidad.
- Revisar equipamiento completo de la habitación (toma de oxígeno, humidificador, sistema de aspiración, respirador, modulo y cables de presiones, sistema de diuresis horaria)
- Llevar el carro de ECG a la habitación.
- Encender el monitor y poner la pantalla en espera.
- Preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante



Acciones

- Salir a recibir al paciente a la entrada de la unidad. Llamar al paciente por su nombre y presentarse.
- Acomodarlo en la habitación y explicarle donde está. Informar al paciente de los procedimientos a realizar y solicitar su colaboración.
- Monitorización continua de ECG, TA no invasiva, temperatura y pulsioximetría, registrando los datos obtenidos en la historia.
- Administrar oxigenoterapia o colocar ventilación mecánica si precisa.
- Verificar presencia de vías venosas o arteriales y canalizar vía venosa central si precisa.
- Verificar presencia de drenajes, ostomías, heridas, sondajes e instaurar aquellos que se precisen.
- Valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro en la historia clínica.
- Planificar y solicitar por ordenador la dieta
- Los pacientes coronarios se introducirán en la Pantalla Completa en el monitor central de la U. Coronaria, Pulsar: Vista, Pantalla Completa, Admitir, seleccionar habitación y aceptar nuevo paciente.

FACTORES Y RECOMENDACIONES GENERALES RELACIONADOS CON LA ADECUACIÓN ASISTENCIAL Y LA ÉTICA DE LAS DECISIONES ANTE SITUACIONES EXCEPCIONALES DE CRISIS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS:

| Relacionados con el RECURSO (disponibilidad y alternativos) | | Relacionados con las CARACTERÍSTICAS PERSONA / SITUACIÓN GLOBAL | | Relacionados con la ÉTICA DE LAS DECISIONES | |
|---|--|--|---|--|--|
| FACTOR | RECOMENDACIÓN | FACTOR | RECOMENDACIÓN | FACTOR | RECOMENDACIÓN |
| PLAN DE CONTINGENCIA TERRITORIAL | <ul style="list-style-type: none"> • Disponer de un plan de contingencia de emergencia que planifique la distribución de pacientes entre áreas geográficas. • Valorar la posibilidad de transferencia o derivación a otro centro con posibilidades siempre y cuando el paciente cumpla criterios de reversibilidad e idoneidad de ingreso en UCI. • Valorar la posibilidad de ampliar la capacidad de los UCIs locales, facilitando ingresos en otras áreas habilitadas para esta epidemia con recursos adecuados. • Es prioritario la solidaridad entre centros para maximizar el bien común por encima del bien individual. | VALORACIÓN LA PERSONA | <ul style="list-style-type: none"> • valorar al paciente de forma global, y no la enfermedad de forma aislada. • En el caso de personas mayores, esto implica tener en cuenta otros aspectos más allá de la "edad cronológica", relacionados con su "edad biológica" (grado de fragilidad, multimorbilidad...) • Conocer los valores y preferencias de la persona, consultando siempre si dispone de un documento de voluntades anticipadas o existe un plan de cuidados anticipados, y seguir sus instrucciones. | OUTCOMES | <ul style="list-style-type: none"> • Ante las situaciones de crisis y la necesidad de estrategias de asignación, desde la ética se aboga por priorizar: <ul style="list-style-type: none"> o la maximización de la supervivencia al alta hospitalaria o la maximización del número de años de vida salvados o la maximización de las posibilidades de vivir de cada una de las etapas de la vida. • Es importante señalar que la edad cronológica (en años) no debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación. |
| OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS | <ul style="list-style-type: none"> • Minimizar los ingresos condicionados a pruebas terapéuticas y los ingresos de pacientes con decisiones previas de adecuación de la intensidad terapéutica. • Fomentar aquellos procedimientos que faciliten el establecimiento de ventilación mecánica según medicina basada en la evidencia y agilizar los circuitos de traslado a planta, centros de derivación, para poder liberar recursos para otros pacientes. • No ingresar pacientes que han dejado escritas voluntades anticipadas que rechazan cuidados intensivos y ventilación mecánica. • la modificación temporal y excepcional | PRIORIZACIÓN DE LAS PERSONAS según sus características y situación actual | <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de las personas según el modelo de 4 prioridades clásico de la UCI* • Se priorizarán los ingresos en UCI de pacientes clasificados como prioridad 1, en aquellos hospitalizados que dispongan de dispositivos de cuidados intermedios, dejando estos últimos para los pacientes con prioridad 2. • Se tenderá a no ingresar en unidades de cuidados intensivos los pacientes de prioridad 3 y 4 en casos de crisis. • Establecer desde el ingreso un plan | Triage basado en la JUSTICIA DISTRIBUTIVA | <ul style="list-style-type: none"> • Principio coste / oportunidad: admitir un ingreso puede implicar denegar otro ingreso a otra persona que puede beneficiarse más (evitar el criterio "primero en llegar, primero en ingresar"). • Aplicar criterios estrictos de ingreso en UCI basados en maximizar el beneficio del bien común. • Ante pacientes críticos con otras patologías críticas diferentes a la infección por COVID-19 se debe valorar ingresar prioritariamente el que más se beneficie. • Estos principios se deberían aplicar manera uniforme a todas las personas - y no de forma selectiva a los de perfil geriátrico o con patologías crónicas. • No ingresar a personas en las que se |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------------------|--|
| CONSENSO de los CRITERIOS a aplicar | de los criterios de ingreso debe ser compartido por todos los intervinientes en el proceso. | Adecuación de la INTENSIDAD TERAPÉUTICA según evolución | de adecuación terapéutica y documentarlo en la historia clínica con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica. | Principio de PROPORCIONALIDAD | prevé un beneficio mínimo como situaciones de fracasos terapéuticos establecidos, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado, o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad, etc. |
| Planificación de las ALTERNATIVAS | En caso de desestimar ingreso a UCI, el sistema tiene que ofrecer alternativas asistenciales de calidad, que cubran las necesidades básicas y esenciales de las personas y sus familias (incluyendo soporte psicosocial) y el control sintomático) | | En caso de complicaciones o mala evolución plantear una des-intensificación terapéutica sin dilación por futilidad e iniciar medidas paliativas. En este caso, es pertinente derivar al paciente a un área de menor complejidad, garantizando un plan de atención paliativa. | TRANSPARENCIA Y CONFIANZA | Se debe comunicar a pacientes /familiares las extraordinariedad de la situación y la justificación de las medidas propuestas. |

* Modelo de 4 prioridades clásico de la UCI*

- **Prioridad 1:** pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI.
- **Prioridad 2:** Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas, no ventilados de forma invasiva pero con altos requerimientos de oxigenoterapia y con fracaso de otro órgano.
- **Prioridad 3:** Pacientes inestables y críticos, con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda.
- **Prioridad 4:** Beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo o situación de enfermedad avanzada.

Bibliografía

Morales, F. A. (s.f.). Obtenido de

<http://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/assignatura/51c86ad2dd0feae6b59de1af50562f3.pdf>