



Nombre de alumnos: José David Hernández Santis

**Nombre del profesor: SANDRA GUADALUPE
HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**

Nombre del trabajo: UNIDAD 1

Materia: PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA II

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7mo cuatrimestre

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de octubre de 2021

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

FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

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.

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.

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 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.

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.

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.

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

PROCESO EN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CONCEPTO

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.

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

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas. 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

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.

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.

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.

ETAPAS

PROTOCOLO DE INGRESO EN U.C.I (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS)

OBJETIVOS

Recibir al paciente y proporcionarle los cuidados inmediatos necesarios.

PREPARACIÓN DE LA HABITACIÓN

1. Avisar al celador para sacar la cama de la habitación a la zona de entrada de la unidad.

2. Revisar equipamiento completo de la habitación

- Revisar la toma de Oxígeno y colocar si precisa humidificador y sistema de aspiración.
- Preparar si se precisa: 1 bomba de perfusión, Respirador, Módulo y cables de presiones y sistema de diuresis horaria.
- En caso de precisar Respirador: Montar ambú completo (PEEP y Reservorio) y Mesa de Aspiración.

3. Llevar el carro de ECG a la habitación.

4. Encender el monitor y poner la pantalla en espera.

5. 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.
- Acomodarle 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 y/o arteriales y canalizar vía venosa central si precisa.
- Verificar presencia de drenajes, ostomías, heridas, sondajes e instaurar aquellos que se precisen

MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

Electrocardiograma y frecuencia cardiaca continua

Preparación

- 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 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

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.

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.

Tensión arterial no invasiva

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.

Saturación de O2

Pulsimetría

Sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial.

Sistema de medición

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

Monitorización de ETCO2 (capnografía)

Objetivo

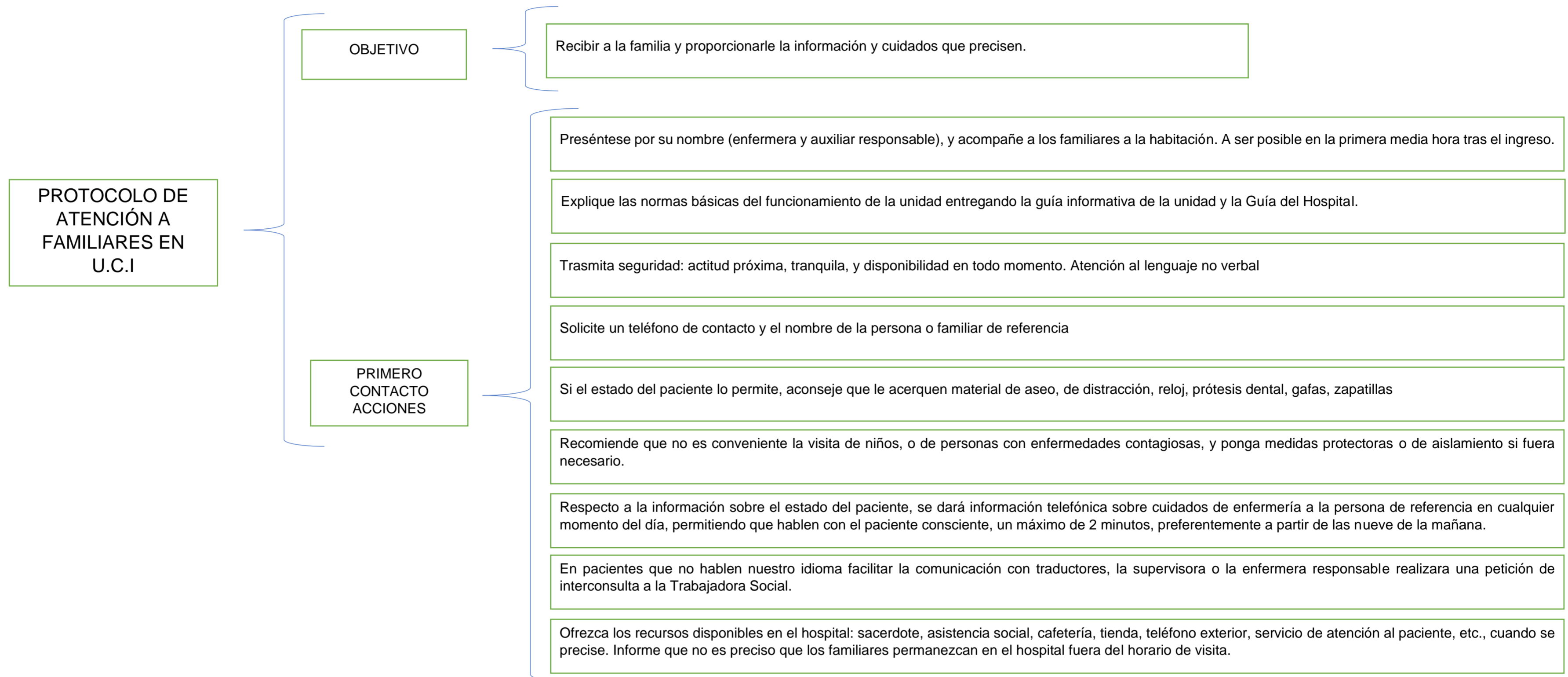
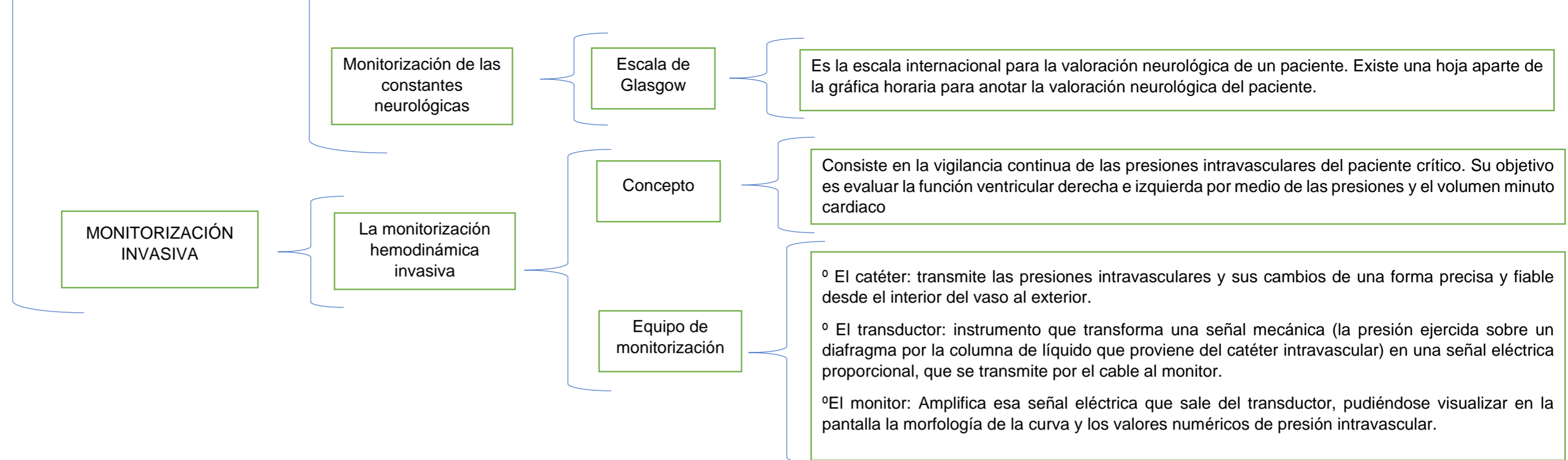
Medir de forma continua la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre.

Monitorización del nivel de sedación

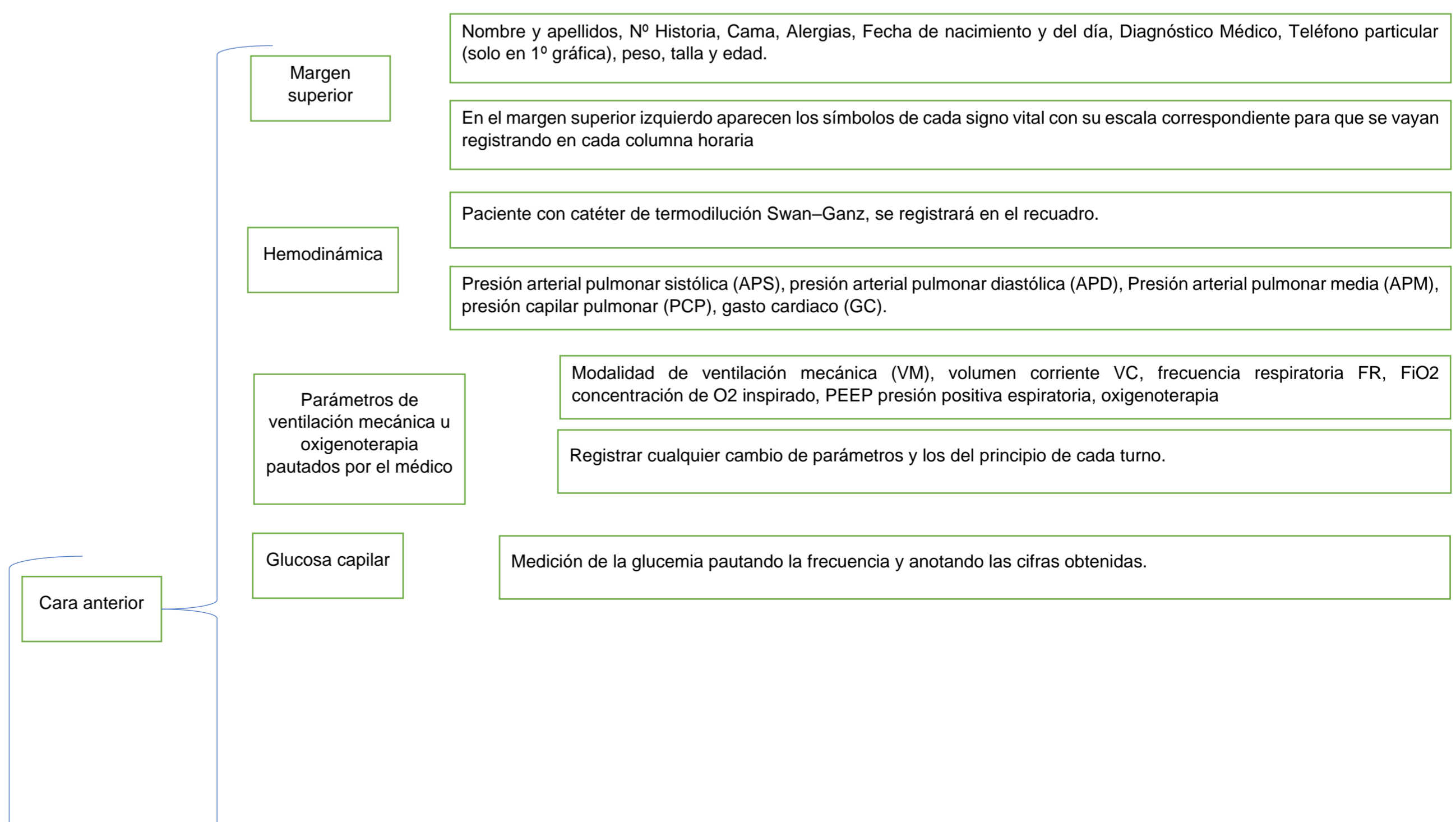
Escala SAS Es la escala que usamos actualmente en la unidad para valorar el grado de sedación de los pacientes sometidos a este tratamiento.

MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN U.C.I

UNIDAD 1



Sirve para el registro gráfico de los signos vitales del paciente realizados por la enfermera. En nuestro servicio existen dos modelos, la gráfica polivalente y la gráfica coronaria.



CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

GRAFICA HORARIA

Saturación de O2 :
Saturación de O2 que marca el pulsioxímetro.

Se transcribe de la hoja de tratamiento del médico.

Tipo medicación con su dosis, vía de administración, pauta horaria

Sueroterapia

: Indicando tipo de suero, cantidad, la medicación que se le añade —si procedell y el ritmo de perfusión.

El plan de cuidados Osakidetza utiliza el modelo de enfermería de Virginia Henderson en la práctica enfermera como marco de referencia en todas las etapas del proceso de cuidado.

Evaluación

Una vez aplicados los cuidados planificados, registraremos el efecto conseguido con dicha actuación, realizando el registro al menos una vez por turno. Si no hay espacio suficiente y se requiere incluir más información, se hará en la hoja de evolutivo.

Cara posterior

Es la hoja donde se registran las incidencias que se hayan producido, la descripción de la respuesta del paciente a los cuidados realizados, los errores y omisiones de cuidados o tratamientos. También situaciones nuevas que le surjan al paciente.

Hoja del Evolutivo de Enfermería

Criterios que debe contener

- Motivo del ingreso.
- Procedencia.
- Cuando comenzaron los síntomas actuales (si procede) Valoración e identificación de necesidades (en la hoja posterior de la gráfica).
- Grado de autonomía del paciente para cubrir sus necesidades en domicilio (independiente / dependiente para las AVD, actividades de la vida diaria).
- Valoración social en pacientes dependientes. 65 5.
- Cumplimentación de los registros de enfermería Estado emocional.
- Medicación habitual en domicilio, antecedentes personales.
- Patrón intestinal en domicilio.
- Hábitos tóxicos.
- Alergias.
- Anotaciones

Actividades comunes a realizar en todos los turnos

- Se participará en el parte oral, conociendo la evolución de los pacientes asignados durante las últimas 24 horas, resaltando el último turno.
- Aplicar tratamiento médico y cuidados de enfermería según lo planificado.
- Comprobar las pautas de medicación, cuidados generales, alarmas del monitor y parámetros y alarmas del respirador
- Control y registro de constantes vitales S.O.M. y criterio de enfermería.
- Colaboración con el médico para procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se actuará en cualquier situación de urgencia en la unidad.
- Complimentar la gráfica horaria, plan de cuidados y evolutivo.
- Atender a demandas tanto del paciente como de la familia.
- Control de tolerancia, apetito y tipo de dieta. Movilización
- Poner al alcance del paciente el timbre.
- Ofrecer enjuagues orales después de cada comida o realizar nosotros higiene oral.

Actividades a realizar en el turno de mañana

- Se planificarán los cuidados correspondientes a cada paciente para las próximas 24 horas (control de glucemia, control de constantes neurológicas, cambios posturales o los cuidados que procedan
- Se pasará visita junto con el médico responsable de cada paciente. Se realiza una valoración y puesta en común de la situación actual de cada paciente por parte del médico y la enfermera responsable, viendo cómo ha evolucionado su estado en las últimas 24 horas.

Cambios posturales

- Alto riesgo — c/ 2 ó 3 horas.
- Riesgo medio — c/ 3-4 horas.
- La hemodiafiltración no es una contraindicación para los cambios posturales.

CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE DE U.C.I

CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE CRÍTICO

Cuidados via venosa

- Cura zona de inserción de catéter periférico c/ 48-72 horas según protocolo.
- Catéter central (yugular, subclavia, femoral), c/ 48-72 horas según protocolo.
- También se ha de levantar la cura, siempre que esté sucia, con sangre, apósito despegado o siempre que se tenga sospecha de infección.
- Vigilar signos o síntomas de infección del punto de punción.
- Cambio de catéter central se realiza c/ 7 días.
- Cambio de equipo de llaves de tres pasos y cambio de equipo de perfusión se realizará c/ 48 horas, y cada vez que precise.
- Equipo de nutrición parenteral se cambiará a diario, al cambiar la nutrición.
- Cambio de transductor de presión en cada cambio de vía.
- Lavado de llaves después de cada extracción analítica.
- Cambio del contenido de diluciones continuas de medicación, c/ 24 horas.

Cuidados Drenajes- Eliminación Sonda vesical:

- o Lavado con agua y jabón c/ 24 horas de la zona perineal y genital.
- o Lavado con suero fisiológico del exterior de la S.V. c/ 24 horas.
- o Fijación en cara interna del muslo. Cambio recomendado c/ 30 días.

Sonda Nasogástrica

Cuidados de SNG, fijación y movilización para evitar úlceras iatrogénicas en mucosa c/ 24 horas; comprobar la permeabilidad. Cambio recomendado c/ 30 días

Drenajes

Vigilancia, cuidados de drenajes, medición y cambio o vaciado del recipiente colector y características del débito c/ turno.

CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL PACIENTE CORONARIO

Guía De Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería

- Control analítico según patologías (control TTPA, CPK, Troponina T...)
- Para la implantación de marcapasos transitorio y/o cardioversiones programadas, será la supervisora la que pase a realizar las tareas de enfermería en el turno de mañana, a falta de esta, será una enfermera de la unidad coronaria la que deba ayudar.
- Si aparece dolor precordial, seguir los cuidados de la pauta de angina.

Cuidados pauta de angina

- Informar al paciente que si presenta dolor, que nos avise con urgencia.
- Dolor anginoso

POSIBLES COMPLICACIONES DEL PACIENTE CRÍTICO DURANTE LA HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES Y TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

- Desaturación (Sat. O2 150 mm de Hg ó >20% de la basal).
- Bradicardia (FC 120 lpm ó >20% de la basal). Arritmias cardiacas.
- Hipertensión intracraneal (PIC >20 ó >20% de la basal).
- Retirada accidental de tubos, sondas, drenajes y/o catéteres.
- Hemorragia (salida de sangre al exterior incluyendo heridas quirúrgicas, drenajes y sondas).
- Parada cardiorrespiratoria.

COMPLICACIONES NO INMEDIATAS DE PACIENTES CRÍTICOS

- Infección nosocomial.
- U.P.P.
- Riesgo de caída y lesión.
- Contracturas, atrofas musculares, anquilosamientos articulares y/o pie equino. Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería
- Síndrome confusional de UCI
- Estado mental confusional reversible secundario a la hospitalización en UCI. Se manifiesta por ansiedad, confusión, desorientación, alucinaciones, ideas paranoídes, depresión, terror