



Nombre del alumno(a): Blanca Araceli Pérez Pérez

Nombre del profesor(a): Sandra Guadalupe Hernández

Nombre del trabajo: cuadro sinóptico

Materia: Practica Clínica De Enfermería

Grado: 7 ° cuatrimestre

Grupo: C Enfermería

El modelo de Virginia Henderson y el P. A. E.

Virginia Henderson desarrollo su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y esta incluido dentro de la escuela de necesidades

Función de enfermería

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

El modelo conceptual

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si 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.

Las 14 necesidades de Virginia Henderson

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.

Proceso de atención de enfermería (PAE)

Método sistemático de prestar cuidados enfermeros

Consta de 5 pasos

1. **valoración:** Orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos.
2. **Diagnostico enfermero:** Proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no desviación de las normas esperadas.
3. **Planificación:** Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación mas adecuada para lograrlos.
4. **Ejecución:** Es la puesta en practica del plan de cuidados y donde la enfermería presta sus servicios . consta de preparación, realización, y registro de la actuación y resultados.
5. **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 cuidado.

Protocolo de ingreso en U.C.I

Objetivo

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.
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 esta. 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 arterias y canalizar vía venosa central si precisa.
- Verificar presencia de drenajes, ostomias, heridas, sondajes e instaurar aquellos que se precisen.
Controles analíticos : ver rutina de ingreso (tema CI). ECG de 12 derivaciones. (18 si es paciente coronario) Rx de tórax.
- Ofrecerle el timbre para llamar si procede. Hacer pasar a la familia e informarle junta al paciente según protocolo (normas de unidad de teléfonos).
- Valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro en la historia clínica.

Monitorización del paciente en U.C.I

Monitorización no invasiva

1. Electrocardiograma y frecuencia cardiaca continua.

Preparación del paciente informar al paciente el procedimiento que se va a realizar.

- Preparación de la piel: Limpie la piel y aféitela si es necesario
- Coloque electrodos en áreas planas, no musculares, para aumentar al máximo el contacto de los electrodos y minimizar los artefactos del musculo 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. 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, 6º - 7º espacio intercostal.

Negro: línea media clavicular derecha, 6º - 7º espacio intercostal.

Blanco: 4º espacio intercostal, borde izquierdo del esternón. En pacientes de S.C.A. Según localización isquémica

2. 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 cardiológica.

El objetivo es evaluar el ritmo cardiaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación de compromiso vital.

3. 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 vaso activas, la TA se controlara cada 5 minutos como mínimo hasta la estabilización.

4. Saturación de O2

La pulsioximetria es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial. En el servicio disponemos de dos sistemas 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 adoptable a dos dedos.

5. Monitorización de ETCO2 (CAPNOGRAFIA)

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

6. 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.

7. Monitorización de las constantes neurológicas

Escala de Glasgow es la escala internacional para la valoración neurológica de un paciente.

Monitorización invasiva

La monitorización hemodinámica invasiva consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico.

Objetivo

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

Equipo de monitorización

El catéter, el transductor y el monitor

Protocolo de atención a familiares en U.C.I

Objetivo

Recibir a la familia y proporcionarle la información y cuidados que precisen.

Primer contacto

Acciones

Presentarse por su nombre (enfermera y auxiliar responsable), y acompañe a los familiares a la habitación. A ser posible en la primera media hora tras el ingreso.

- Explique las normas básicas del funcionamiento de la unidad entregando la guía informativa de la unidad y la guía del hospital.
- Transmita seguridad: Actitud próxima, tranquila y disponibilidad en todo momento. Atención al lenguaje no verbal (postura, expresión facial, gestos, mirada, sonrisa, entonación)
- Explique de una forma sencilla el entorno del paciente (monitor, respirador, bombas)
- Solicite un teléfono de contacto y el nombre de la persona o familiar de referencia (si el paciente esta consciente, preguntárselo a el) anótelos en hoja de grafica.

Cumplimiento de los registros de enfermería

Grafica horaria

Sirve para el registro grafico de los signos vitales del paciente realizados por la enfermera

Cara anterior

1. En el margen superior se identifican: nombre y apellido, N historia, cama, alergias, fecha de nacimiento, y del día, diagnostico medico, teléfono particular (solo en I grafica) peso, talla y edad.
2. En el margen superior izquierdo aparecen los símbolos de cada signo vital con su escala correspondiente para que se vayan registrando en cada columna horaria.
3. Hemodinámica: paciente con catéter de termodilucion Swan- Ganz, se registrara en el recuadro.
4. Parámetros de ventilación mecánica u oxigenoterapia pautados por el medico.
5. Glucosa capilar: medición de la glucemia pautando la frecuencia y anotando las cifras obtenidas.
6. Saturación de O2: saturación de O2 que marca el pulsioximetro
7. Nutrición
8. Balance hídrico
9. Sumatorio perdidas
10. Balance hídrico de 24 h. Sumatorio de ingresos, sumatorio perdidas. Es importante anotar el signo + o – según corresponda.

Cara posterior

El plan de cuidados Osakidetza utiliza el modelo de enfermería de Virginia Henderson en la practica 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.

Hoja de evolución de enfermería: Es la hoja donde se registran las incidencias que se hayan producido, la descripción de la respuesta del paciente a los cuidados realizados (complementar, no duplicar lo mismo), los errores y omisiones de cuidados o tratamientos.

Cuidados diarios del paciente de U.C.I

Concepto

El paciente crítico, debido a su situación de compromiso vital, requiere cuidados continuos y sistematizados, bajo un criterio de prioridad.

Cuidados generales del paciente crítico

Actividades comunes a realizar en todos los turnos.

- Se participara en el parte oral, conociendo la evolución de los pacientes asignados durante las ultimas 24 horas, resaltando el ultimo turno
- Aplicar tratamiento medico y cuidados de enfermería según lo planificado.
- Comprobar las pautas de medición, 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 medico para procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se actuara en cualquier situación de urgencia en la unidad.
- Cumplimentar la grafica horaria, plan de cuidados y evolutivo.
- Atender a demandas tanto del pacientes como de la familia.

Balance hídrico

Control de líquidos aportados y eliminados en 24 horas

Entradas

- Alimentación oral o enteral.
- Medición IV u oral
- Sueroterapia
- Transfusiones

Salidas

- Drenajes
- Deposiciones, una cruz son 50 cc.
- Vómitos. Diuresis. Balance de hemodiafiltración.

Cuidados específicos del paciente coronario

Además de los cuidados generales del paciente crítico, tendremos en cuenta:

Actividades comunes a realizar en todos los turnos

- Verificar si todos los pacientes están en pantalla completa y ajustar los limites de alarmas. 74 Guía de practica clínica de cuidados críticos de enfermería.
- Control analítico según patologías (control TTPA, CPK, Troponina T).