



NOMBRE DE ALUMNOS: CLARIBEL
PÉREZ ARA.

NOMBRE DEL PROFESOR: SANDRA
GUADALUPE HERNANDEZ HERNANDEZ

NOMBRE DEL TRABAJO: CUADRO
SINOPTICO.

MATERIA: PRACTICA CLINICA DE
ENFERMERIA II.

GRADO: 7

GRUPO: C

UNIDAD I

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

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo integrado, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la Enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápido posible.

De acuerdo con ese modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y el desarrollo de su potencial del entorno, no aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo hablaba de algo recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno.

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 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: son datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso. **DIAGNÓSTICO ENFERMERO:** proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas. **PLANIFICACIÓN:** es el establecimiento de prioridades y de identificación. **EJECUCIÓN:** es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios. **EVALUACIÓN:** se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos.

1.2. PROTOCOLO DE INGRESO EN U.C.I.

Recibir al paciente y proporcionarle los cuidados inmediatos necesarios, especializado y equipado con todo lo necesario para atender a pacientes grave o con alto riesgo de presentar complicaciones.

1.-Avisar al encargado para sacar la cama de la habitación a la zona de entrada de la unidad y 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 es la meta de obtener un debito urinario.

Llevar el carro de ECG a la habitación que permite llevar los aparatos, 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, acomodarlo en la habitación y explicarle, verificar presencia de vías venosas, canalizar vía venosa central si precisa, verificar presencia de drenajes, ostomías, heridas, sondajes e instaurar aquellos que se precisen.

Paciente coronario Rx de tórax, Ofrecerle el timbre para llamar si procede, cuidados de enfermería y registro en la historia clínica electro cardiográfico de las últimas 24 horas.

1.3. Monitorización del paciente en U.C.I.

Se utilizan para medir los parámetros fisiológicos complejos y poder notificar a tiempo los médicos cualquier cambio en las condiciones del paciente.

Preparación del paciente Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar, preparación de la piel: Limpie la piel y afeitela si es necesario, Asegurar la calidad de la señal y cambie los electrodos si se degrada o la piel se irrita, manteniendo si es posible la misma localización.

Colocación de los electrodos Configuración de cinco latiguillos: Rojo: Línea media clavicular derecha. Amarilla: Línea media clavicular izquierda. 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 según localización isquémica.

Al ingreso se monitoriza 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. La Pulsioximetría es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial, la sonda desechable, que puede adaptarse a diferentes lechos vasculares, como dedos, tabique nasal, lóbulo de la oreja y en la frente, la pinza reutilizable, únicamente adaptable a los dedos.

1.4. Protocolo de atención a familiares en U.C.I

evitar el hacerse ideas anticipatorias sobre lo que podría suceder y dar espera hasta que se reciban noticias de la evolución del paciente para reaccionar emocionalmente; así mismo, esperar instrucciones del personal de salud.

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 está consciente, preguntárselo a él). Anótelos en la hoja de gráfica.

Informe sobre el horario de visitas de 13:30 a 14:00 y de 20:00 a 20:30, se podrá flexibilizar para una o dos personas que el paciente elija si puede, en función de las necesidades del propio paciente.

-Recomiende que no es conveniente la visita de niños, o de personas con enfermedades contagiosas, y ponga medidas protectoras, La información médica se dará a diario, tras la visita de la mañana a partir de las 14:00.

1.5. CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

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.

En el margen superior se identifican: nombre y apellidos, N° Historia, Cama, Alergias, Fecha de nacimiento y del día, diagnóstico Médico, Teléfono particular (solo en 1º gráfica), peso, talla y edad.

Se transcribe de la hoja el tratamiento del médico, tipo medicación con su dosis, vía de administración, pauta horaria marcando con una barra diagonal a la hora que le corresponde según la pauta horaria establecida, Completando el aspa al administrar la medicación.

Se registrará cantidad cada 24h, coloración, consistencia si procede y anotar el debito parcial c/ 6h si tuviera pauta tolerancia de NE.

El plan de cuidados utiliza el modelo de enfermería de Virginia Henderson en la práctica enfermera como marco de referencia en todas las etapas del proceso de cuidado. El P.A.E. se realizará al ingreso, se actualizará continuamente y se cumplimentará 2 veces por semana como mínimo (martes y viernes) y al alta del paciente, si no se realiza hoja de alta, rellenando por completo toda la hoja.

1.6. Cuidados diarios del paciente de U.C.I.

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

Aplicar tratamiento médico y cuidados de enfermería según lo planificado, control y registro de constantes vitales, cumplimentar la gráfica horaria, plan de cuidados y evolutivo, tolerancia, apetito y tipo de dieta.

Realizar higiene: al paciente autónomo, se le proporcionarán los materiales necesarios para que se realice de forma autónoma la higiene, -Cuidados nasales — c/ 8 horas y cada vez que precise, Afeitado — c /48 horas, solicitar a la familia maquinilla eléctrica si tiene, Peinado.

Vigilar signos o síntomas de infección del punto de punción, cambio de catéter central se realiza c/ 7 días, equipo de nutrición parenteral se cambiará a diario, al cambiar la nutrición, cambio de transductor de presión en cada cambio de vía, Cuidados Drenajes- Eliminación: Sonda vesical