

Mapa conceptual



NOMBRE DEL ALUMNO: Brisaida Trigueros Ramírez.

TEMA: Modelos de cuidados de Virginia Henderson.

PARCIAL: Primer parcial.

MATERIA: práctica clínica de enfermería

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin silvestre Castillo

LICENCIATURA: Enfermería

CUATRIMESTRE: séptimo cuatrimestre.

Modelo de cuidados de Virginia Henderson

Uno de los

de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

La

Base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados.

el

Desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

El

Modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada

Componentes esenciales del modelo de Henderson

Asunciones fisiológicas

La

Enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.

La

Persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia.

Preposiciones

la

Enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

Enfermera como ayudante. Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma

Elementos

Objetivo de los cuidados. Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Usuario del servicio. La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

Necesidades básicas

Necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

La

Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas.

Para

Lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual en el que basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología propia para resolver los problemas de su competencia.

El

PE se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como fomentan la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándonos a la consecución de los objetivos de la profesión enfermera.

Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o reestablecer la salud.
Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.
Brindar cuidados de salud de calidad y eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona.
Seguir buscando formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud de calidad.

- Clasificación de Diagnósticos Enfermeros-NANDA.
- Clasificación de Resultados Enfermeros-NOC
- Clasificación de Intervenciones Enfermeras-NIC

Las ventajas demostradas de la utilización del PE en la práctica asistencial son múltiples.

Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente tanto en términos humanos como económicos.

Delimita el ámbito de actuación de enfermería. Demuestra de forma concreta el impacto de la práctica enfermera.

Facilita y fomenta la investigación en enfermería.
Propicia la comunicación entre el equipo de cuidados y mejora la coordinación interdisciplinar.
Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.

Disponemos

De herramientas que vertebran la aplicación del PE, así como de los conocimientos y lenguaje común de la profesión, tanto para la formulación diagnóstica como para el establecimiento de Resultados (Objetivos) e identificación de las Intervenciones adecuadas para alcanzarlos.

5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Proceso enfermero.

Etapa 1.
Valoración

Proceso

Organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes.

Esta

Primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos

Sobre

La información obtenida se establecerá las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad. Consta de varias fases

RECOGIDA DE DATOS. Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados.

Etapa 2.
Diagnostico

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Consta de dos fases

ANÁLISIS DE DATOS Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de Colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente.

Etapa 3.
Planificación

Establecimiento de Prioridades para el abordaje de los problemas

Problemas que amenacen la vida del individuo.
Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios.
Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona.
Problemas a resolver por enfermería.
Problemas a resolver desde un enfoque multidisciplinar.

Establecimiento de Resultados (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo.

Los

Los objetivos se establecen utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Etapa 4.
Ejecución

puesta

En práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definido:

Preparación revisando las intervenciones propuestas para:
Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica (¿algún problema nuevo?, ¿algún dato que oriente a la necesidad de introducir algún cambio en el Plan?).
Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.
Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios

Realización de las actividades con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continúa de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos.

Etapa 5.
Evaluación

la

Evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa.

Valoración: la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del DE.

Diagnóstico: el DE es exacto y adecuado

Planificación: los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.

Ejecución: las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.

última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los Objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados.

Registro de las Intervenciones y respuesta del individuo.

Selección de Intervenciones y Actividades.
En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
En los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema.

Registro del Plan de Cuidados, elemento clave para la planificación de los Cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS.
Problema de Colaboración.
Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.

Diagnóstico de Enfermería. Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final

Problema de Autonomía. Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento

Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser Reales o Potenciales/de Riesgo.

La **OBTENCIÓN DE LOS DATOS** se realizará:

Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física...)

Indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

Para

La **RECOGIDA DE DATOS** son la Entrevista, la Observación, y la Exploración física. El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería.

VALIDACIÓN o verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí.

De Real. Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.

De Riesgo. Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

| | |
|--|--|
| DOMINIO: 3 Eliminación/Intercambio CLASE: clase 4 función respiratoria PAGINA: 225. | |
| ETIQUETA DIAGNOSTICA (P) | Deterioro del intercambio de gases. |
| DEFINICION | Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar. |
| FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGIA O CAUSAS) (E) | <ul style="list-style-type: none"> • Factores para desarrollar. |
| CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) (S) | <ul style="list-style-type: none"> • Aleteo nasal • Cefalea al despertar • Color anormal en la piel • Confusión • Diaforesis • Disminución del nivel de dióxido de carbono • Disnea • Gasometría arterial anormal • Hipercapnia • Hiperoxia • Taquicardia • Trastorno visual |

Deterioro del intercambio de gases **R/C** factores para desarrollar **M/P** aleteo nasal, cefalea al despertar, color anormal en la piel, confusión, diaforesis, disminución del nivel de dióxido de carbono, disnea, gasometría arterial anormal, hipercapnia, hiperoxia y trastorno visual .

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

| | |
|---|---|
| DOMINIO: 4 actividad/reposo CLASE: clase 4 respuesta cardiovasculares/pulmonares PAGINA: 250 | |
| ETIQUETA DIAGNOSTICA (P) | Patrón respiratorio ineficaz |
| DEFINICION | La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada. |
| FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGIA O CAUSAS) (E) | <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Dolor • Fatiga • Fatiga de los músculos • Hiperventilación • Obesidad |
| CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) (S) | <ul style="list-style-type: none"> • Aleteo nasal • Alteración de los movimientos torácicos • Bradipnea • Disminución de la capacidad vital. • Disminución de la presión • Disnea • Ortopnea • Taquipnea • Patrón respiratorio anormal |

Patrón respiratorio ineficaz **R/C** Ansiedad, Dolor, Fatiga, Fatiga de los músculos, Hiperventilación y Obesidad **M/P** aleteo nasal, alteración de los movimientos torácicos, bradipnea, disminución de la capacidad vital, disminución de la presión, disnea, ortopnea, taquipnea y patrón respiratorio anormal.

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

| | |
|--|--|
| DOMINIO: II seguridad/protección CLASE: I infección PAGINA: 404 | |
| ETIQUETA DIAGNOSTICA (P) | Riesgo de infección |
| DEFINICION | Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud. |
| FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGIA O CAUSAS) (E) | <ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la integridad cutánea • Alteración en la peristalsis. • Conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos. • Malnutrición • Obesidad • Retención de líquidos corporales • Tabaquismo |
| CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) (S) | |

Riesgo de infección **R/C** alteración en la integridad cutánea, alteración en la peristalsis, conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos, malnutrición, obesidad, retención de líquidos corporales y tabaquismo.

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

| | |
|---|--|
| DOMINIO: II seguridad/protección CLASE: 4 peligros del entorno PAGINA: 447 | |
| ETIQUETA DIAGNOSTICA (P) | Riesgo de contaminación |
| DEFINICION | Susceptible a una exposición a contaminantes ambientales que puede comprometer la salud. |
| FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGIA O CAUSAS) (E) | <ul style="list-style-type: none"> • Contacto sin protección con metales pesados. • Contacto sin protección con productos químicos • Contaminación química del agua • Ropas inadecuadas de higiene personal • Uso de materiales nocivos sin una protección eficaz • Uso inapropiado de ropas protectoras |
| CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) (S) | |

Riesgo de contaminación **R/C** contacto sin protección con metales pesados, contacto sin protección con productos químicos, contaminación química del agua, ropas inadecuadas de higiene personal, uso de materiales nocivos sin una protección eficaz y uso inapropiado de ropas protectoras.

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

| | |
|--|---|
| DOMINIO: 1 promoción de la salud CLASE: 2 gestión de la salud PAGINA: 157 | |
| ETIQUETA DIAGNOSTICA (P) | Disposición para mejorar la gestión de la salud |
| DEFINICION | Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado. |
| FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGIA O CAUSAS) (E) | |
| CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) (S) | <ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseos de mejorar el estado de inmunización • Expresa deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo • Expresa deseos de mejorar el mnejo de los síntomas • Expresa deseos de mejorar el manejo de su enfermedad • Expresa deseos de mejorar el manejo del régimen prescrito |

Disposición para mejorar la gestión de la salud **M/P** expresar deseos de mejorar el estado de inmunización, mejorar el manejo de los factores de riesgo, deseos de mejorar el manejo de los síntomas, deseos de mejorar el manejo de su enfermedad y su manejo del régimen prescrito.

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

| | |
|--|---|
| DOMINIO: 4 actividad/ reposo CLASE: clase 5 autocuidado PAGINA: 263 | |
| ETIQUETA DIAGNOSTICA (P) | Disposición para mejorar el autocuidado |
| DEFINICION | Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado. |
| FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGIA O CAUSAS) (E) | |
| CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) (S) | <ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseos de aumentar el autocuidado • Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado • Expresa deseos de aumentar la independencia en su bienestar • Expresa deseos de aumentar la independencia en su desarrollo personal • Expresa deseos de aumentar la independencia en su vida. |

Disposición para mejorar el autocuidado **M/P** expresar deseos de aumentar el autocuidado, deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado, expresar deseos de aumentar la independencia en su bienestar, expresar deseos de aumentar la independencia en su desarrollo personal, expresar deseos de aumentar la independencia en su vida.