



NOMBRE DEL ALUMNO: Ingrid Karen Morales

TEMA: Modelo de Cuidados de Virginia Henderson

PARCIAL: Primero

MATERIA: Practica Clínica de Enfermería II

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA: Enfermería y Nutrición - Domingos

CUATRIMESTRE: Séptimo, Grupo "B"

Frontera Comalapa, Chiapas a 12 de Septiembre del 2021

MODELO DE CUIDADOS 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.

También

El planteamiento de la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte.

Componentes esenciales del modelo de Henderson

ASUNCIONES FILOSÓFICAS

Son

La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos

También puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.

Puede asumir el papel del médico y abandonar su función propia

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.

PROPOSICIONES

Son

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

La persona y familia forman una unidad.

El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad.

Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo.

Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Se requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente.

ELEMENTOS

Son

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.

Papel de la enfermería: Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella).

Enfermera como sustituta: Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico.

Enfermera como ayudante. Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia.

Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado

La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida

La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros.

Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

CONCEPTOS

Son

Necesidades básicas: Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona.

Las necesidades son

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantenerla 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 satisfacerla curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Fuente de dificultad: También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Intervención de la enfermera. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

Consecuencias de la intervención. Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica,

Cuidados básicos: Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera.

Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Dependencia: Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas.

Autonomía. Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

Agente de autonomía asistida: Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.

Manifestaciones de independencia. Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Manifestaciones de dependencia. Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas.

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

Ha sido necesario la

Implementación del Proceso Enfermero (PE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados.

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.

Ejemplo

- 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.

La implementación del PE permite a

Los profesionales de enfermería proporcionar los cuidados necesarios tanto a nivel biomédico, como de respuestas humanas y necesidades generadas a partir de la situación de salud.

Ventajas

- Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente.
- Delimita el ámbito de actuación de enfermería.
- Demuestra de forma concreta el impacto de la práctica enfermera.
- Facilita y fomenta la investigación en enfermería, con lo que se incrementan los conocimientos, el desarrollo de las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- Propicia la comunicación entre el equipo de cuidados y mejora la coordinación interdisciplinar.
- Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales.
- Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, manteniendo siempre vigente el factor humano en los cuidados.
- Implica de forma activa a la persona y/o familia en los cuidados aumentando sus capacidades para el autocuidado y autonomía.

Herramientas

Clasificación de Diagnósticos Enfermeros-NANDA

Clasificación de Diagnósticos Enfermeros-NANDA

Clasificación global y

Estandarizada de los resultados del individuo, definidos como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera.

Clasificación de Intervenciones Enfermeras-NIC

Clasificación global y

Estandarizada de las intervenciones enfermeras, definidas como las acciones llevadas a cabo por enfermería para ayudar al individuo a alcanzar los resultados esperados.

PROCESO ENFERMERO

Consta de

Consta de cinco de etapas correlativas y relacionadas entre sí de forma que cada una de ellas depende de la anterior.

Etapas

1º ETAPA-VALORACIÓN

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 establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad.

Fases

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

Se realizara

. **Directamente del paciente:** entrevista, observación, exploración física

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

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

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

Agrupación de

. **Conductas (datos objetivos) o Indicadores de conducta (datos. subjetivos).**
 . **Datos a considerar.**
 . **Manifestaciones de Independencia.**
 . **Manifestaciones de Dependencia.**

2º ETAPA-DIAGNOSTICO

Es el

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales.

Proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

El diagnostico enfermero

Fases

1. ANÁLISIS DE DATOS

Pueden ser

. **DE Real.**
 . **DE de Riesgo.**
 . **DE de Bienestar**

Son

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

. **Problema de Colaboración.**
 . **Diagnóstico de Enfermería.**
 . **Problema de Autonomía.**

Reglas

DE. Real: problema + etiología+ signos y síntomas (R/C-M/P).

DE. de Riesgo: problema+ Etiología (M/P).

DE de Bienestar: problema + signos y síntomas (M/P).

3ª ETAPA-PLANIFICACIÓN

Consta diversos pasos

Establecimiento de Prioridades para el abordaje de los problemas.

Problemas

Que amenacen la vida del individuo.

Percibidos por el individuo o familia como prioritarios.

Que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona.

A resolver por enfermería.

A resolver desde un enfoque multidisciplinar.

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

Diagnósticos de Riesgo: se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

Registro del Plan de Cuidados

Dirige

Los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal.

4ª ETAPA-EJECUCIÓN

Puesta en practica las

Planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados.

En tres pasos

Preparación

Realización de las actividades

Registro de las Intervenciones

5ª ETAPA-EVALUACIÓN

Está presente en

Cada una de las etapas descritas, de forma continuada.

Y en cada una de ellas se

Evalúa

La

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

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

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

DOMINIO: II Seguridad/protección CLASE: 6 Termorregulación PAGINA: 458.	
ETIQUETA DIAGNOSTICA (P)	Hipertermia
DEFINICION	Temperatura corporal por encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación.
FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGIA O CAUSAS) (E)	<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación • Actividad vigora • Uso de ropa inadecuada
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) (S)	<ul style="list-style-type: none"> • Piel caliente al tacto • Rubor • Taquicardia • estupor

Hipertermia **R/C** Deshidratación, actividad vigorosa, uso de ropa inadecuada **M/P** piel caliente al tacto, rubor, taquicardia, estupor.

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares PAGINA: 258.	
ETIQUETA DIAGNOSTICA (P)	DETERIORO DE LA VENTILACION ESPONTANEA
DEFINICION	Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida.
FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGIA O CAUSAS) (E)	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga de los músculos de la respiración
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) (S)	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Aumento de la presión parcial de dióxido de carbono(PCO₂) • Disminución de la saturación de oxígeno (SaO₂) • Disminución de la presión parcial de oxígeno(PO₂)

Deterioro de la ventilación espontanea **R/C** Fatiga de los músculos de la respiración **M/P** Disnea, Aumento de la presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂), disminución de la saturación de oxígeno (SaO₂), disminución de la presión parcial de oxígeno (PO₂)

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

DOMINIO: I I Seguridad/protección CLASE: 2 Lección física PAGINA: 435.	
ETIQUETA DIAGNOSTICA (P)	RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO
DEFINICION	Susceptible al desarrollo de coagulo sanguíneo en una vena profunda, comúnmente en el muslo, la pantorrilla o en la extremidad superior, que puede desprenderse y alojarse en otro vaso y comprometer la salud.
FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGIA O CAUSAS) (E)	<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación • Obesidad • Familiares en primer grado con antecedentes de tromboembolismo venoso • Tabaquismo actual
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) (S)	

Riesgo de tromboembolismo venoso **R/C** Deshidratación, obesidad, familiares en primer grado con antecedentes de tromboembolismo venoso, tabaquismo actual.

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 2 Lesión física PAGINA: 429.	
ETIQUETA DIAGNOSTICA (P)	RIESGO DE RESEQUEDAD DE MUSOCA ORAL
DEFINICION	Susceptible a la incomodidad o daño a la mucosa oral debido a la cantidad reducida o a la calidad de la saliva para humedecer la mucosa, lo que puede comprometer la salud.
FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGIA O CAUSAS) (E)	<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación • Tabaquismo • Depresión
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) (S)	

Riesgo de resequead de mucosa oral **R/C** Deshidratación, Tabaquismo, Depresión,

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

DOMINIO: I Promoción de Salud CLASE: 2 Gestión de la Salud PAGINA: 157.	
ETIQUETA DIAGNOSTICA (P)	DISPOCISION PARA MEJORAR LA GESTION 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 manejo de los factores de riesgo • Expresa deseos de mejorar el estado de inmunización • Expresa deseos de mejorar el manejo del régimen prescrito

Disposición para mejorar la gestión de la salud M/P Expresa deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo, expresa deseos de mejorar el estado de inmunización, expresa deseos de mejorar el manejo del régimen prescrito

REDACCION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON COVID-19

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 5 Autocuidado PAGINA: 263	
ETIQUETA DIAGNOSTICA (P)	DISPOSICION 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 de su bienestar.

Disposición para mejorar el autocuidado **M/P** Expresa deseos de aumentar el autocuidado, expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado, expresa deseos de aumentar la independencia de su bienestar.