



**Mi Universidad**

## **MAPA CONCEPTUAL**

**NOMBRE DEL ALUMNO: Karina Muñoz Ross**

**TEMA: VIRGINIA HENDERSON Y EL PAE**

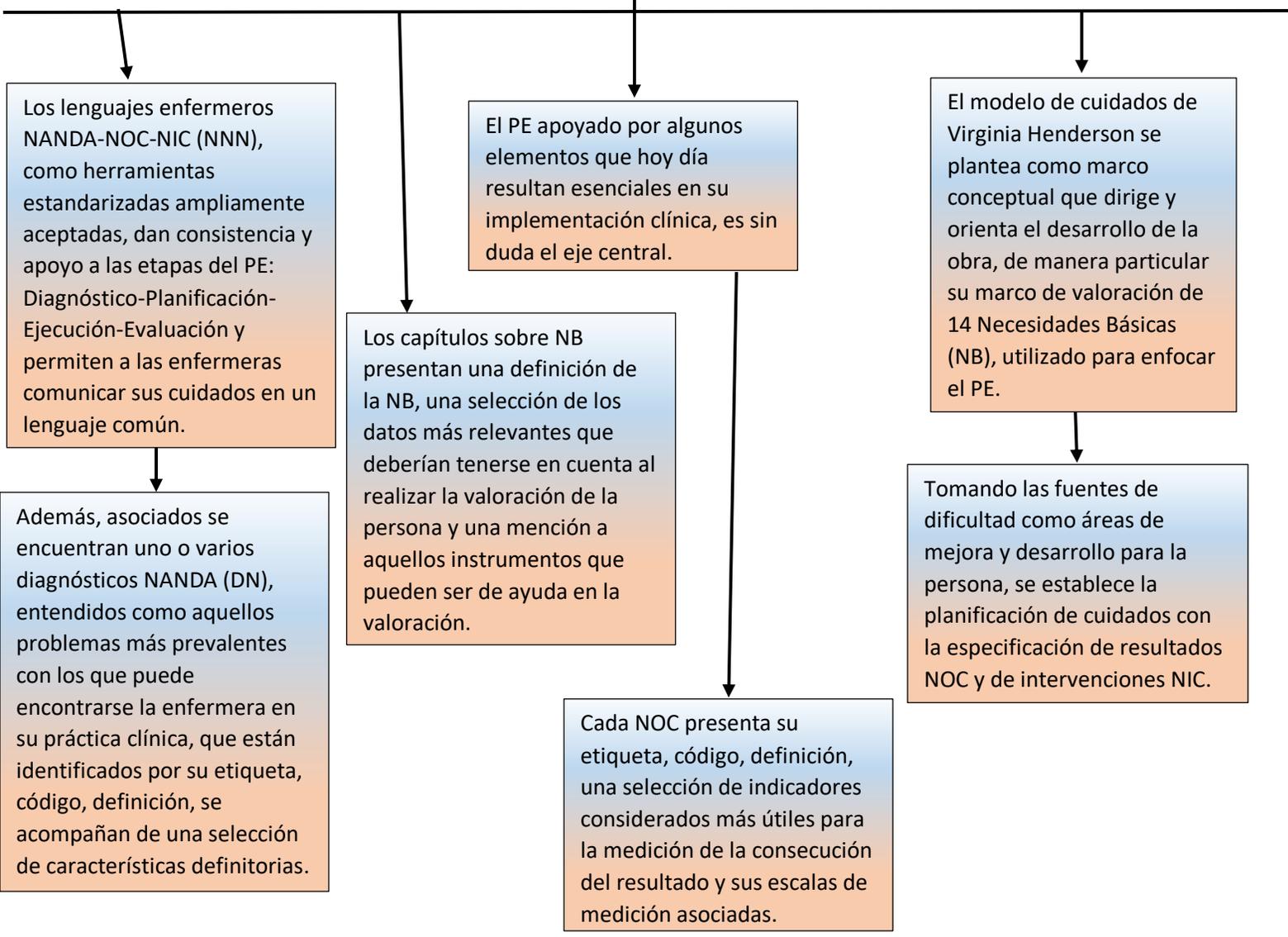
**PARCIAL: Primer Parcial**

**MATERIA: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Ervin Silvestre Castillo**

**LICENCIATURA: Enfermería**

---



Grupo de trabajo

El primer paso fue configurar un grupo de trabajo formado por enfermeras, que pudiera dotar al manual de la calidad metodológica y aplicabilidad clínica que se buscaba, para ello todos sus componentes son asistenciales, cuentan con experiencia y formación como para que sus aportaciones sean sustanciales.

En la composición del grupo estén representados los niveles asistenciales de Atención Primaria, Especializada, Urgencias y Emergencias.

El grupo de trabajo quedó configurado con 12 enfermeras que pertenecen a los siguientes entornos asistenciales: Medicina Interna, Gestores de Casos en Atención Primaria y Especializada, Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencias 061, Atención Primaria, Bloque Quirúrgico y Urgencias hospitalarias.

LINEAS GENERALES

En su primera reunión el grupo estableció y consensó las líneas generales: El PE como eje metodológico, el modelo de cuidados de Virginia Henderson como modelo conceptual, los marcos de valoración (NB y PF) y los lenguajes enfermeros NNN.

Selección de Diagnósticos

Establecidas las líneas generales se vio la necesidad de centrar los esfuerzos en aquellos problemas que a las enfermeras les pudieran ser de mayor utilidad, por su presencia en todos los niveles asistenciales, por su interés para ciertos grupos de pacientes o por su utilidad en la práctica clínica.

Para identificar los diagnósticos NANDA que había que desarrollar, se planteó un documento de trabajo que contenía todos diagnósticos de la última edición de la NANDA

Se realizaron cinco rondas de consenso, tras las cuales quedaron seleccionados 48 diagnósticos. En las tres primeras rondas la selección/eliminación de diagnósticos estuvo guiada por criterios cuantitativos, se eliminaban aquellos diagnósticos que presentaban porcentajes de consenso elevados en las puntuaciones 1 y 2 de la escala de Likert, es decir el grupo los consideraba innecesarios.

Interrelación NNN

En cada uno de los capítulos relacionados con las NB, los autores se plantean que la planificación de cuidados tenga en cuenta la fuente de dificultad identificada para cada DN.

En este sentido los Resultados NOC y sus indicadores (cuarta edición) que se eligen van en la dirección de plantear resultados que ayuden a la persona a mejorar su situación de salud, superar sus limitaciones, obtener mayor conocimiento, disponer de mejores y más eficaces recursos, potenciar sus capacidades, etc.

Se establecen criterios de uniformidad estableciendo un máximo de tres NOC y no más de nueve indicadores para cada diagnóstico y para las intervenciones un máximo de cinco NIC y no más de quince actividades asociadas a cada DN.

METODOLOGIA

REVISION

Todos los capítulos han seguido un proceso de revisión por pares. Cada capítulo ha sido revisado y evaluado por dos miembros del grupo de trabajo que no habían participado en su elaboración.

La evaluación de los revisores ha presentado en todos los capítulos consideraciones, ajustes y sugerencias a los autores. Una vez consideradas, éstos presentaron un segundo documento con la incorporación de los cambios sugeridos o la justificación de porqué se mantenía el planteamiento inicial.

Los revisores en su segunda ronda analizaron los cambios y justificaciones y plantearon sus conclusiones finales. Cuando el documento se consideró que cumplía con todos los requisitos de uniformidad y contenido recibió el visto bueno. Cuando apareció alguna discrepancia y/o existían aspectos de uniformidad que debían ser revisados, se les trasladó de nuevo esta información a los autores. Se convocó una reunión para afinar y ajustar los aspectos que no habían podido ser consensuados mediante el proceso de revisión.

LIMITACIONES

El desarrollo de cada uno de los capítulos, sí bien se corresponde con la estrategia y planteamiento general del manual, refleja la visión de sus autores, el enfoque realizado en cada capítulo tiene mucho del propio conocimiento, realidad y experiencia clínica de los autores que han participado en su elaboración

Se realiza un esfuerzo por concentrarse en aquellos diagnósticos, resultados e intervenciones considerados más adecuados o relevantes, esto sin duda genera que algunas áreas del cuidado enfermero, como por ejemplo la materno- infantil, hayan podido quedar menos representadas.

Cada una de las interrelaciones planteadas debe entenderse como una de las posibles vías clínicas que la enfermera tiene a su disposición, pero no por ello la única. Por tanto en aquellos casos o situaciones en los que la enfermera considere que el planteamiento presentado no cubre todas sus expectativas, o no refleja fielmente la situación de sus pacientes, deben considerarse otros desarrollos y consultar otros manuales, para ello existen un listado de referencias bibliográficas que pueden ayudar en la búsqueda.

El manual se centra en aquellas situaciones en las que la enfermera puede trabajar desde una perspectiva independiente. No se consideran en este manual ni los problemas de colaboración con otros miembros del equipo multidisciplinar, ni los problemas de autonomía en los que la persona pueda necesitar una suplencia total.

MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación.

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología

En su libro *The Nature of Nursing* publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona.

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

Uno 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

Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial.

Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas de nuestro sistema sanitario.

ASUNCIONES FILOSOFICAS

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.

Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia. La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle.

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.

MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

PROPOSICIONES

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.

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.

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.

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.

-Papel de la enfermería. Suplir la autonomía de la persona o ayudarle a lograr la independencia, desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos. -Enfermera como sustituta. Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

-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. -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.

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. El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad.

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, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

METODOLOGIA

Necesidades básicas

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas.

Las 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.
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.

Cuidados basicos

Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma.

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, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

autonomia

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, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

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.

Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados.

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.

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

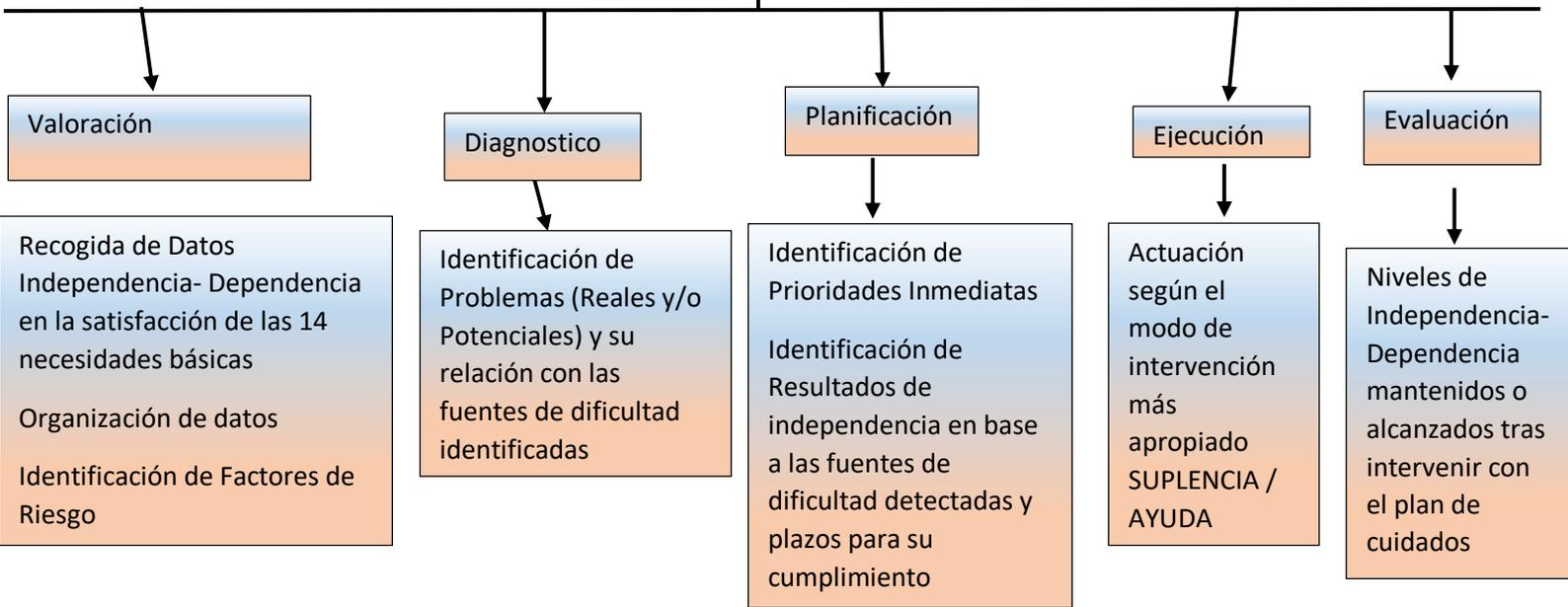
Disponemos de herramientas que vertebran la aplicación del PE, así como el los conocimientos y lenguaje común de la profesión, tanto para la formulación diagnóstica como para el establecimiento de Resultados e identificación de las Intervenciones adecuadas para alcanzarlos

Clasificación de Diagnósticos Enfermeros-NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).  
-Clasificación de Resultados Enfermeros-NOC (Nursing Outcomes Classification).  
Clasificación de Intervenciones Enfermeras -NIC (Nursing Interventions Classification) .

-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.

- 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, 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 interdisciplinaria.
- 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.

Proceso Enfermero



Etapa valoración

Recogida de datos

Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas

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.

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.

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

Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial.

Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas de nuestro sistema sanitario.

ASUNCIONES FILOSOFICAS

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.

Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia. La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle.

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.

METODOLOGIA

Nombre o etiqueta

Elemento esencial y fundamental, raíz de la formulación diagnóstica. Puede incluir modificadores. Junto a ella ( ) año en el que se aprobó el diagnóstico, ( ) año en el que se revisó.

Definición: Descripción clara y precisa del problema. Matiza su significado y pone de manifiesto las diferencias entre diagnósticos.

Factores Relacionados/de Riesgo: Factores y circunstancias que causan el problema o contribuyen a que se desarrolle. Deben ser resueltas mediante acciones puramente enfermeras, encaminadas a corregir los posibles déficits de fuerza, conocimiento o voluntad.

Características Definitivas: Grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona. Evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican el presencia de esta etiqueta diagnóstica, en forma de signos, síntomas y/o verbalizaciones por parte del individuo/familia.

Pasos para un diagnóstico

D Prorizar Pedir al individuo/familia que identifique su principal preocupación  
 D Verificar que la valoración ha sido realizada de forma sistemática y global,  
 D Realizar una LISTA DE PROBLEMAS REALES Y POTENCIALES  
 D Buscar las EVIDENCIAS (claves) para asegurar la corrección del diagnóstico  
 D Nombrar los problemas con las ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS  
 D Determinar las CAUSAS DEL PROBLEMA (R/C) .  
 D INVOLUCRAR AL INDIVIDUO/FAMILIA.  
 D Evaluar los RECURSOS con los que cuenta el individuo/familia.  
 D Considerar y evaluar el estilo de vida y los patrones de afrontamiento de la persona (forma en que se enfrenta habitualmente a los problemas).

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.

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, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

Etapa ejecución

Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos; preparación, realización y registro

Etapa 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.