



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA PACIENTE PRIMIGESTA CON EMBARAZO A TERMINO EN
TRABAJO DE PARTO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

EDITH ARELLANO SOTO

No. DE CUENTA.
405115600

DIRECTORA DEL TRABAJO

LE. MARGARITA GONZÁLEZ VAZQUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I INDICE

INTRODUCCIÒN.....	3
OBJETIVOS.....	5
METODOLOGÌA.....	6
1. MARCO TEORICO.....	7
1.1. Antecedentes de Enfermería.....	7
1.1.1. Concepto de Enfermería.....	8
1.2.1 proceso atención de enfermería.....	11
1.3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	13
1.3.1. Valoración.....	13
1.3.2. Diagnóstico de Enfermería.....	14
1.3.3. Planificación.....	14
1.3.4. Ejecución.....	15
1.3.5. Evaluación.....	16
1.4. Modelo de Atención de Virginia Henderson.....	16
1.4.1. Persona.....	21
1.4.2. Salud.....	21
1.4.3. Entorno.....	23
1.4.4. Enfermería.....	23
2. Aplicación del proceso.....	25
2.1 Presentación del caso.....	25
2.2. Desarrollo de las Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	27
3. CONCLUSIONES.....	37
4. SUGERENCIAS.....	38
5. GLOSARIO.....	39
6. BIBLIOGRAFIA.....	40
7. ANEXOS.....	41
7.1 Ficha de Identificación.....	41
7.2 .Marco Conceptual.....	42

INTRODUCCIÒN

En la actualidad el Proceso Atención de Enfermería es un método útil, practica y teórica y de vital importancia para la atención del individuo enfermo ya que esta inmersa en la aplicación del método científico, permitiendo a las enfermeras proporcionar en forma holística no solo para satisfacer las necesidades del individuo enfermo si no también orientada al individuo sano, así como su familia y la comunidad manteniendo el mas alto grado de bienestar físico, mental y social englobando su entorno.

Esta atención incluye diversas labores entre las que destacan aquellas encaminadas a la detección de problemas potenciales de salud, de tal modo que se contribuyan líneas de intervención oportuna que intenten corregir las alteraciones antes de que tengan secuelas o pongan en peligro la vida del paciente.

Convencidos de que la enfermera desempeña una importante labor en los cuidados del paciente, por tal motivo este proceso se desarrollo para satisfacer las necesidades de una mujer en trabajo de parto basado en el modelo de Virginia Henderson la cual conceptualiza a la persona como un ser único y complejo que para mantener su salud debe satisfacer 14 necesidades básicas, con el fin de adquirir su independencia y superar las causas que no permitan satisfacer las mismas(falta de fuerza, voluntad y conocimiento) .

Este proceso se desarrolla para satisfacer las necesidades básicas de una persona adulta y esta basado en el modelo de Virginia Henderson la cual conceptualiza a la persona como un ser humano único y complejo que para mantener su salud debe satisfacer 14 necesidades básicas, con el fin de adquirir su independencia y superar las causas que no permitan satisfacer las mismas (falta de fuerza, voluntad o conocimiento)

En la metodología se describe la forma de cómo se llevo a cabo la elaboración de este trabajo.

En el marco teórico se describe la evolución que ha tenido la Enfermería, así como su conceptualización, se define el proceso atención de enfermería describiendo cada una de las etapas que lo integran, exponiendo el modelo de atención de Virginia Henderson, las 14 necesidades básicas y los conceptos del metaparadigma de Enfermería según Virginia Henderson.

En la aplicación del Proceso Atención de Enfermería se presenta la ficha de identificación, presentación del caso y la valoración de las necesidades básicas, donde se establecen los Diagnósticos de Enfermería en base a los editados por la NANDA.

En la segunda etapa de este proceso se desarrolla la planeación de las acciones. Por último se describen las conclusiones, las sugerencias, haciendo mención de los objetivos alcanzados y resultados obtenidos en la realización de este proceso así mismo la experiencia obtenida en la realización del mismo.

En la bibliografía se menciona la literatura consultada en la realización de este trabajo.

En los anexos se integra la ficha de identificación, y el marco conceptual de las etapas del trabajo de parto.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería bajo el modelo conceptual de Virginia Henderson a una mujer embarazada en trabajo de parto.
- Realizar el Proceso Atención de Enfermería en una situación real, identificando necesidades para así poder ser abordadas en un enfoque holístico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Integrar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante la formación académica en la aplicación del Proceso Atención de enfermería.
- Proporcionar atención personalizada al paciente, con calidad y calidez.

METODOLOGIA.

El presente Proceso Atención de Enfermería se eligió como opción de titulación, para lo cual surgió la necesidad inicialmente de realizar una revisión bibliográfica del modelo teórico de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería.

Posteriormente se solicitó asesoría de una docente de la Escuela Nacional enfermería y Obstetricia la cual acepto fungir como asesora del trabajo, programando las asesorías pertinentes en la misma escuela y llevando a cabo revisiones vía correo electrónico en donde realizo revisiones y correcciones al trabajo.

Se obtuvo información en diferentes referencias bibliográficas de apoyo para sustentar las bases teóricas de la elaboración de este proceso para así llegar a su desarrollo y aplicación y así mismo desarrollar un marco teórico debidamente fundamentado.

Posteriormente se realizó la elección de la persona con la cual se realizará el proceso, aplicando la primera etapa del proceso que es la valoración en la cual se valorarán las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson a través de entrevista directa con la persona en su hogar, utilizando un instrumento para la recolección de datos (anexo 1) se tendrán planeadas 5 sesiones de una hora por las tardes, ya que es el horario más accesible para la paciente.

Con base en los datos obtenidos se realizaron los Diagnósticos de Enfermería como recurso se utiliza la bibliografía de North American Nursing Diagnosis Association así mismo se desarrollará la tercera etapa del proceso, llevando a cabo la planeación de las acciones de enfermería en base a la identificación de las necesidades prioritarias de la persona, elaborando objetivos a seguir, posteriormente se llevo a cabo la ejecución de las acciones planeadas, evaluando los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada etapa y observando los resultados y beneficios para la persona y realizando un informe verbal a la paciente.

1. MARCO TEORICO

1.1. Antecedentes de Enfermería.

Desde los primeros tiempos se reconoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y a los recién nacidos, antes de la era cristiana(año 1500 d.c.) eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar, la enfermería ha venido practicándose desde los albores de la especie humana, desde entonces ha cambiado constantemente y continuara cambiando a medida que el conocimiento y los avances tecnológicos se incrementen, la enfermería empieza a ser reconocida como Ciencia Legítima a partir de la década de los 70s en la que se logro la integración de la investigación de Enfermería en todos los programas colegiados de formación.

A mediados del siglo XIX la Enfermería dio un gran giro con la aparición de las teóricas la reforma llego de la mano de Florencia Nightingale (1820-1910) quien introdujo las ciencias de la salud en los hospitales militares, luchó por la limpieza , la comodidad de los mismos, para contar con un entorno favorable y de esta manera influir en la recuperación de los clientes, así mismo se tuvo una formación educativa elevando esta al estatus de profesión, para que el pueblo aplicara medidas sanitarias para la prevención de posibles enfermedades, disminuyendo la tasa de mortalidad. Esta precursora demostró que la salud de los enfermos, y los heridos podía restablecerse mediante la instrucción o la formación clínica de las enfermeras.

Se debe a Florencia Nightingale el cambio en la dirección de la Enfermería y por ende la concepción moderna, ella pensaba que esta disciplina debía responder a una vocación, no solamente la intuición y a la dedicación. Florencia Nightingale dijo su recomendación a estudiantes de enfermería (1873).” *El honor radica en el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla.*”¹

¹<http://www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html>. 15 -9-08

Se debe precisamente a los cuidados basados en el uso de procedimientos físicos en el área de medicina sanitaria, higiene y nutrición brindados por Florencia Nightingale la disminución de las tasas de mortalidad.

En la primera mitad del siglo XX hubo factores que impulsaron el progreso de la enfermería, las guerras mundiales, la autoorganización de las enfermeras, la legislación general de la enfermera, los problemas de bienestar social, el apoyo de las disciplinas de salud por parte de fundaciones, las complejidades de la medicina.

En la segunda mitad del siglo XX, ha habido movimientos que han afectado los cuidados de salud y la enfermería como: El consumismo, le creciente concientización y exigencias del paciente de recibir cuidados de salud de calidad, cambiar los modelos de trabajo-ocio, la lucha de los derechos civiles, el progreso de la salud pública, la lucha por la igualdad de los derechos de la mujer.

La función que distingue a la enfermería es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyan a mantener la salud o a recuperarla o en todo caso a un buen morir ya que son actividades que la persona puede llevar a cabo si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios².

Por tal motivo es función de la enfermera el desempeñar su labor de tal manera que ayuden a la persona a recuperar su independencia lo más pronto posible.

1.1.1. Definición de Enfermería según Virginia Henderson.

El objeto de estudio de la enfermería es el cuidado, el cual se concibe como todas las acciones que realiza la enfermera con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe o compense las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud. Enfermería es pues cuidar de la vida integral,

²Carmen Fernández Ferrin. Novel Gloria. El Modelo de Henderson y El Proceso Atención de Enfermería, p. 4

respetando los derechos, sentimientos de la persona que cuida³. Siendo integral porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo, considerando todas sus necesidades.

Enfermería se describe como el arte del cuidado de la salud de la persona sana o enferma en una dimensión integral con el propósito de esta utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, teniendo como campo de acción todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud ya sea intra o extra hospitalario.⁴

La Enfermería es el conjunto de actividades profesionales con conocimientos científicos, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover, mantener o restaurar un estado de salud óptimo que permita satisfacer las necesidades básicas del individuo, su familia y la sociedad.⁵

Enfermería: Arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar con una concepción holística del hombre, basados en fundamentos teóricos y metodológicos.⁶

Por tanto la práctica de enfermería debe llevarse a cabo más allá de una simple realización de técnicas y procedimientos, ya que requiere de brindar cuidados fundamentados e intelectuales, debiendo reflexionar y responder a las necesidades particulares de cada persona ya que es esta su objeto de estudio.

Enfermería se basa en cuatro conceptos básicos que son: La persona, la salud, el cuidado y el entorno.

³ Margarita Cárdenas Jiménez, Conceptualización de la Enfermería febrero 2000, p.37.

⁴ (curso-taller) El Proceso atención de Enfermería. ENEO, p. 42.

⁵ *Ibidem*, p. 43.

⁶ *Ibidem*, p. 44.

- La persona: Se define como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral e indisoluble, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo mismas y con el universo, las cuales están en relación mutua con el entorno, la persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, los cuales reflejan sus valores, las creencias y las practicas en torno a su salud las que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular lo cual determina necesidades propias, así como sus capacidades y potencialidades, las cuales deben tomarse en cuenta como punto de referencia para el cuidado de enfermería, abarcando al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.
- La Salud: Es un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, sus creencias, forma de actuar y las cuales son utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo.
- El Cuidado: Las propias acciones de enfermería individualizados, en colaboración con la persona, la familia, el grupo y la comunidad⁷, teniendo diferentes connotaciones , cuidar de si mismo, cuidar de otros y con otros, los cuidados están orientados hacia la vida y vinculados hacia la necesidad de garantizar y mejorar la continuidad y calidad de vida.
- El Entorno: Mediante los procesos interactivos, la enfermera orienta los intercambios entre la persona y su entorno hacia la promoción de la salud, acompaña a la persona en el camino de la curación y ayuda a la persona a reconocer las faltas de conexión internas, sus reacciones frente a los agentes de estrés, exteriores e interiores y volverse mas atenta respecto a su cuerpo, se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: Físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir con cualquier factor que tenga influencia

⁷ Margarita Cárdenas Jiménez .El Proceso de Enfermería Seminario-Taller, p.42

sobre su estilo de vida, la interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud- enfermedad.⁸

1.2. 1 Proceso Atención de Enfermería:

El proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados, de forma eficiente centrados y orientados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos.

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961), y Windenbach (1963), los cuales consideraron un modelo de 3 etapas: Valoración, planeación y ejecución, Yura y Wals (1967), establecieron 4 etapas: Valoración, planeación, realización y evaluación a mediados de los años 70, Blach (1974), Roy, Mundinger y Jauron (1975), Espinal (1976) establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, teniendo carácter metodológico, consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Características del Proceso Enfermero:

– **Es un método:**

Por que es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

– **Sistemático:**

Por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

⁸ *Ibidem.* p. 43.

- **Humanista:**

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.

- **Intencionado:**

Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, valorando los recursos, capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

- **Dinámico:**

Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

- **Flexible:**

Puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.

- **Interactivo:**

Por requerir de la interrelación Humano- Humano con el (los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos comunes⁹.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermero, es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería el cual permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, realizando acciones, que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica ya que el Proceso Enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana¹⁰, dichas acciones para lograr objetivos son:

⁹ Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero, p. 29.

¹⁰ Ibidem, p. 31.

- Promover, mantener o recuperar la salud o a lograr una muerte tranquila.
- Identificar necesidades reales o potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Pensar en la enfermería y en cambiar la practica no es fácil , la habilidad normal de una persona para cuidar de si misma (autocuidado) puede verse disminuida por la enfermedad, su tratamiento o por la edad , estando también implicado el funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual, cubrir las necesidades puede implicar el uso de conocimientos científicos complejos, aplicaciones tecnológicas y habilidad en las relaciones humanas , ninguna situación de enfermería es sencilla como parece y no siempre es fácil una toma de desiciones inteligente y una ejecución planificada, de tal forma que el Proceso Atención de Enfermería nos proporciona ventajas:

Ventajas para la enfermera:

- Produce satisfacción en el trabajo
- Promueve el crecimiento profesional
- Mejora su calidad de atención
- Sirve como instrumento de unión entre la teoría y la practica
- Puede servir de guía en la práctica, la docencia y la investigación¹¹.

Ventajas para el paciente:

- Mejora en la calidad de atención
- Garantiza la calidad de cuidados de enfermería
- Participación en su autocuidado
- Continuidad en su atención

1.3. Etapas del Proceso atención de Enfermería.

¹¹ Margarita cárdenas Jiménez. El Proceso de Enfermería, p. 68

1.3.1.- Valoración:

Es la primera fase del Proceso atención de Enfermería, consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como los recursos (capacidades) con los que se cuenta¹², son la base para la toma de decisiones y actuaciones posteriores, parte de la identificación del problema para crear una imagen clara del estado de salud de la persona, en esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.¹³

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las 14 necesidades incluyendo las siguientes actividades:

- Recolección de los datos: Reunir información sobre la persona
- Validación de los datos: Asegurarse de contar con hechos reales y confiables
- Organización de datos: Organizarlos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad
- Anotación de los datos: completar la recolección de los datos e identificar los datos significativos para poder brindar cuidados y ayudar en el tratamiento.

1.3.2. Diagnostico de Enfermería:

Es la segunda fase del Proceso atención de Enfermería, en donde después de haber recopilado, examinado los datos y se han detectado problemas de salud o enfermedad llevando a cabo un razonamiento diagnostico llevándonos a realizar

¹²Bertha Alicia Rodríguez Sánchez. Proceso Enfermero, p. 32.

¹³Carmen Fernández Ferrín. Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería, p. 9

un juicio o conclusión acerca de los problemas identificados que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

1.3.3. Planificación:

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, la planificación es el momento en el cual se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas y se determinan los cuidados de enfermería en una forma organizada, individualizada y orientada al cumplimiento de los objetivos planteados, tomando en cuenta que una vez priorizados los problemas a tratar debemos definir los objetivos encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud, van a servir para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y así mismo medir la eficacia de las actuaciones, implica las siguientes actividades:

- Continuar con la recolección de los datos.
- Planteamiento de los objetivos.
- Establecer actividades de enfermería y dar prioridades en los cuidados.
- Documentación y registro del plan de cuidados.

1.3.4. Ejecución:

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es el momento en que se pone en práctica el plan de acciones que conduzcan al logro de los objetivos planeados.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan de cuidados, siendo sus intervenciones específicas y van dirigidas a ayudar al paciente al logro de objetivos y dirigidas a la resolución de problemas y necesidades de la persona así mismo debe involucrar a la persona, familia, así como a otros miembros del equipo en dichos cuidados, realizando las siguientes actividades:¹⁴

- Continuar con la recolección y valoración de los datos

¹⁴ (seminario-taller) El Proceso atención de Enfermería. ENEO, p. 91.

- Confirmación diagnóstica
- Realizar las actividades de Enfermería Planteadas
- Realizar anotaciones pertinentes de los cuidados de enfermería
- Mantener informado al paciente en forma verbal
- Mantener el plan de cuidados debidamente actualizado.

1.3.5. Evaluación:

Es un proceso que se requiere para realizar una comparación de las respuestas de la persona, para determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las 4 etapas anteriores, lo que posibilita realizar modificaciones necesarias.

Según Henderson nos ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su máxima independencia en la satisfacción de las necesidades lo más rápido posible¹⁵.

Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios de los cuales los más importantes son la eficacia y la efectividad de las actuaciones y consta de 2 partes:

- Recolección de datos sobre el estado de salud, problema diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados.

¹⁵Carmen Fernández Ferrin, Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería, p. 10

1.4.- Modelo de Atención de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, graduándose en 1921 especializándose como enfermera docente, iniciándose como tal en 1922. Incorporando los principios fisiológicos y fisiopatológicos a su concepto de enfermería.

Su influencia y sus logros conseguidos en la profesión de enfermería le reportaron al menos 9 investiduras como Doctor- Honoris Causa. Recibió mención honorífica especial por contribuciones que realizó durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.

Tras años de labor docente, asistencial y de investigadora, Virginia Henderson en 1956 define la función propia de la enfermera en el libro "The Nature of Nursing" en términos funcionales: " La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila" que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y a realizarlo de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

El valor teórico, la creatividad innovadora y su propia trayectoria vital hicieron de Henderson un modelo para las enfermeras, especialmente para las docentes e investigadoras.

Postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson.

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.

- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero y por lo tanto no es independiente.

Valores que fundamentan el Modelo de Virginia Henderson:

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa las funciones del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial, que ningún otro trabajador le puede prestar.

Elementos más importantes de su teoría:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte tranquila.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros y las esferas en que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las primeras 7 necesidades están relacionadas con la fisiología, la 8ª y la 9ª están relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y de 12ª a la 14ª relacionadas con la autorrealización.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales,

que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe mantener su integridad: Física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento¹⁶.

Necesidades Humanas según Virginia Henderson:

- 1.- Necesidad de respirar con normalidad.
- 2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente.
- 3.- Necesidad de eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Necesidad de movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Necesidad de descansar y dormir.
- 6.- Necesidad de seleccionar una vestimenta adecuada.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal.
- 8.- Necesidad de mantener la higiene corporal.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros del entorno.
- 10.- Necesidad de comunicarse con otros, expresar sus emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11.- Necesidad de ejercer culto a dios, acorde con su religión.
- 12.- Necesidad de trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Necesidad de participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Necesidad de estudiar, descubrir o satisfacer su curiosidad que le conduzca a un desarrollo normal de la salud.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos y cada persona en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas, si tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad de un modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. Pero cuando algo de esto falta en la persona , una o mas necesidades no se satisfacen, surgiendo los problemas de salud, las diferencias personales en la satisfacción de estas 14 necesidades básicas son determinadas por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, así como la estrecha relación entre las diferentes necesidades, al mismo tiempo cuando no es

¹⁶ Carmen Fernández Ferrín , Gloria Novel El Proceso Atención de Enfermería, p. 4

posible satisfacer las 14 necesidades aparece una dependencia que se debe según Virginia Henderson a 3 causas y se identifican como: “Falta de fuerza”, “Falta de conocimiento” o “Falta de voluntad”. La presencia de estas tres causas o una de ellas puede dar lugar a una: Dependencia total o parcial así como temporal o permanente.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. Esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.¹⁷

Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería a las actividades que las enfermeras realizan para suplir o cubrir estas necesidades y se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en la persona.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la actuación enfermero y a nivel mas practico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de las situaciones en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores.

- Factores permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.

¹⁷ Ibidem, p. 5.

- Factores variables: Estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción, estados de inconciencia, exposición al calor o al frío, que produzcan en el cuerpo temperaturas marcadamente anormales, estados febriles agudos , una lesión local, herida o infección o bien ambas cosas, una enfermedad transmisible, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes que no admitan tratamiento

1.4.1. Persona:

Individuo objeto de los cuidados, que requiere asistencia para alcanzar su salud e independencia o una muerte en paz, cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

La persona y su familia son consideradas como una unidad. La persona es un ser holístico.

Tanto el individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia, con una serie de necesidades básicas para su supervivencia, cada persona en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida, mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

1.4.2. Salud:

Virginia henderson, considera la salud en terminas de habilidad de la persona para realizar sin ayuda y en forma continua, los catorce componentes básicos de los cuidados de enfermería. Equipara salud con la independencia, dependencia y causas de la dificultad ó problema.

- Independencia:

Capacidad de la persona para alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades básicas, por medio de acciones adecuadas para satisfacer las necesidades, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación

- Dependencia:

Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por si mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus catorce necesidades básicas. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las mismas. La independencia se instala en el momento en que la persona debe recurrir a otro para que la asista, le enseñe lo que debe hacer o le supla en lo que no puede hacer por si mismo.

Causas de dificultad o problema:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona responder de forma autónoma y son los factores responsables del problema de salud¹⁸.

- Falta de Fuerza: Fuerza no es solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá

¹⁸ Ibidem, p. 7.

determinado por el estado emocional , estado de la funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

- Falta de Conocimiento: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos posibles.
- Falta de Voluntad: Esta entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades básicas.

La presencia de estas 3 causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente. Así mismo estos aspectos deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones de Enfermería correspondientes, el tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado

1.4.3. Entorno:

Virginia henderson no incluye de manera específica el concepto de entorno dentro de su modelo, sin embargo menciona algunas veces de manera implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico(familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

1.4.4. Enfermería:

Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud, son conceptualizados según Virginia Henderson como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente ya que cada persona interpreta a su manera estas necesidades¹⁹. Así la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona, de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Relación Enfermera – Equipo de Salud.

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto de otros profesionales de salud, asegura el desarrollo de sus competencias y da muestras de habilidad e ingeniosidad para encontrar la destreza innovadora en la práctica de la enfermería y la organización de los cuidados en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, para completar el programa de cuidado a la persona pero no debe realizar tareas ajenas.

Virginia Henderson define que la enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos y puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Virginia Henderson también analiza la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella, en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de su muerte.

¹⁹ Ibidem, p. 8.

El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano según Virginia Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo mas rápidamente posible, por si mismo de acuerdo a sus propias capacidades y recursos.²⁰

²⁰ *Ibídem.* Pág.8

2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 PRESENTACION DEL CASO:

Se trata de Elizabeth de 19 años la cual ingresa a sala de labor en trabajo de parto ,es ama de casa, procedente de zona rural ,primigesta ,casada vive con su esposo su vivienda cuenta con todos, los servicios públicos alimenta de verduras ,frutas y carné refiere que ingiere agua en regular cantidad ,y que acude a miccionar continuamente sin presentar molestia alguna, no realiza ejercicio, es de religión católica primigesta en trabajo de parto de 40 sdg su fecha de última menstruación fue 7-01-07 fecha probable de parto es el 14 de Octubre 2007.con un peso de 59 Kg. y talla de 148 cms, sus signos vitales son, pulso de 76[^], respiración de 28[^], temperatura 36. Tensión arterial de 100/70, a la exploración física se en cuenta con palidez facial y de tegumentos, mucosas orales hidratadas con abdomen globoso a expensas de útero gestante, con un fondo uterino de 32 cms, con una dilatación de 4 cms, y borramiento del 40 %. se en cuenta en segundo plano Hodges, en posición cefálica en el estrecho superior de la pelvis, con una frecuencia cardiaca fetal de 140[`], membranas amnióticas integras, se observa,inquieta,diaforética,le cuesta trabajo respirar adecuadamente,refiere dolor intenso en abdomen, somnolienta quejumbrosa, mucosas orales hidratada refiere sentirse muy angustiada, estresada , cansada y con mucho dolor abdominal ya que inicio su trabajo de parto hace 8hrs con dificultad para trasladarse ,además de que se encuentra preocupada, y teme por los cuidados que debe proporcionarle al bebe cuando lo tenga con ella.

AP: Elizabeth, de 19 años de edad, casada, vive con su esposo en la casa de su suegra es la segunda hija, es ama de casa, con secundaria terminada; es de religión católica su orina es normal no refiere molestias.

ALIMENTACION: aparentemente se alimenta sanamente, refiere ingerir frutas, verduras, carne, leguminosas, leche, huevo, tortillas, agua, natural, y en algunas ocasiones refrescos de sabor.

APP: acude al hospital general de Jojutla al servicio de módulo mater, para recibir atención, ya que inicia con dolor tipo cólico hace 8 hrs. aprox, se observa angustiada, con miedo ya que desconoce todo el proceso del trabajo de parto, por ser su primer embarazo.

AHF: la madre es aparentemente sana es ama de casa, su padre es hipertenso des controlado, hace 3 meses, su hermano es sano, abuelos paternos, finados y abuelos maternos vivos.

AGO: menarca a los 14 años, con ciclos de 4x30, con sangrados normales, sin dolor, refiere que inicia su vida sexual activa a los 18 años y sufrió retraso de la menstruación su fum 7-01-08 su fpp es el 14-10-08 por lo cual acude a su centro de salud, donde se realiza prueba inmunológica de embarazo la cual fue positiva. Posteriormente acude a 6 consultas durante el embarazo, la primera consulta fue a las 12 sdg, la segunda consulta fue a las 20 SDG, la tercera consulta fue a las 24 SDG la cuarta consulta fue a la 28 SDG la quinta consulta fue a las 34 SDG y la sexta fue a las 38 SDG. actualmente cursa con un embarazo de 40 semanas de gestación en trabajo de parto con 4cms de dilatación, en fase activa, con un fondo uterino de 34cms, percibiendo movimientos fetales.

2.2 DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

1,-NECESIDAD DE RESPIRAR ADECUADAMENTE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado por la hiperventilación manifestado por palidez.

OBJETIVO. La Sra. Elizabeth aprenderá técnicas de respiración adecuadas

INTERVENCIONES

- Enseñar técnicas de relajación y respiración.
- Proporcionar apoyo emocional
- Escuchar con atención a la paciente
- Dar masaje dorsal
- Cambios de posición
- Explicar a la paciente que no hiperventile
- Animarla para que cambie las técnicas de respiración

EVALUACIÓN:

La Sra. Elizabeth logro controlar su ritmo respiratorio adecuado.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno, el aire entra y sale del aparato respiratorio debido a la producción periódica intermitente de cambios de la presión en la cavidad intrapulmonar, por lo tanto la falta de oxígeno deprime los centros vitales del cerebro y la frecuencia respiratoria puede aumentar hasta 5 respiraciones por minuto.¹

¹ Nordak/Rohweder.Bases Científicas Enfermería 2ª.Ed. 86, 90,93.

DIAGNÒSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad.-relacionado con el trabajo de parto, manifestado por sudoración excesiva, y aumento de la respiración.

OBJETIVO:

Lograr que Elizabeth controle su ansiedad durante el trabajo de parto

INTERVENCIONES:

- Proporcionar confianza y empatía
- Permanecer con la paciente
- Explicar el porque presenta la ansiedad
- Escuchar y mantener contacto físico
- Mantener un entorno favorable
- Enseñar técnicas de relajación,para interrumpir la ansiedad

EVALUACIÓN:

La Sra. Elizabeth logro` disminuir su ansiedad y controlar su respiración.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

La emoción es una experiencia psicológica básica y común del hombre; y tiene una gran variedad de defectos, tanto constructivos como no constructivos, el equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación con otros para que su expresión, mientras más confianza inspira una persona más probable será que acepten su comunicación como valida sin alteraciones.²

² Nordak/Rohweder.Bases Científicas Enfermería 2ª.Ed. 595, 385, 646.

2.- NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE

No se ve alterada

3. NECESIDAD DE ELIMINAR LOS DESECHOS DEL ORGANISMO

DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÌA:

Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado por la presión del descenso fetal, manifestado por el aumento del numero de micciones.

OBJETIVO:

Lograr que la sr. Elizabeth mejore su eliminación urinaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÌA:

- explicar a la señora Elizabeth sobre el por que déla polaquiuria y síntomas de alarma.
- Investigar la causa
- Examinar la orina en cada micción y realizar bililastix
- Realizar examen general de orina,y de biometría hematica, grupo y Rh, qs. tpt, tp.
- Orientar al sra. Elizabeth que debe miccionar cada vez que ella lo desee
- Palpar con regularidad la vejiga para valorar si presenta sobre distinción

EVALUACIÒN:

LA Sra. Elizabeth logro comprender el por que del aumento del número de las micciones.

FUNDAMENTACIÒN CIENTÌFICA

La orina que es producida continuamente por los riñones es transportada por la vejiga por dos uréteres .la gravedad y las contracciones de los uréteres ayudan a que la orina llegue hasta la vejiga, cuando la vejiga acumula de 300 a 500cc.de orina surge el deseo de orinar, este deseo puede aumentar notablemente si se ejerce presión externa sobre la vejiga o si se irritan esta o la uretra.³

³ Nordak/Rohweder.Bases Científicas Enfermería 2ª.Ed. 24

4.- MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÌA:

Trastorno de la movilidad física, relacionada por posición antalgica manifestada por
Cansancio.

OBJETIVO:

Lograr que Elizabeth se sienta cómoda y segura durante el proceso de trabajo de parto.

INTERVENCIONES:

- proporcionar apoyo emocional
- Fomentar la cooperación
- Enseñar técnicas respiratorias
- Proporcionar masaje dorsal mediante fricción y palmo percusión
- Aplicación de calor frío
- Realizar cambios de posición frecuente y de ambulación

EVALUACIÓN:

La sra. Elizabeth logro sentirse cómoda y relajada.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

El cambio de posición de cualquier parte del cuerpo depende de una serie de impulsos nerviosos mediados por los nervios eferentes que producen contracciones lisas coordinadas de los músculos agonistas y relajación de los músculos antagonistas implicados, la mayor parte de los patrones de los movimientos musculares necesarios para la postura y la locomoción pueden efectuarse a nivel de la medula espinal.⁴

⁴ Nordak/Rohweder. Bases Científicas Enfermería 2ª. Ed. 317, 176, 178. , 249.

5. NECESIDAD DESCANSAR Y DORMIR

DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÌA:

Deficiencia de los cuidados personales manifestado por imposibilidad de movilizarse relacionado por cansancio del proceso del trabajo de parto

OBJETIVOS

Vigilar el estado emocional de la paciente durante el trabajo de parto

INTERVENCIONES

- Proporcionar apoyo emocional y empatía
- Mantener un entorno favorable y tranquilo
- Enseñar técnicas de relajación.
- Explicar a la paciente todos los procedimientos que se van a realizar
- Evitar mantener la misma posición durante periodos prolongados
- Dar masaje en ambas extremidades
- Instruir sobre signos y síntomas que debe comunicar

EVALUACIÓN

La señora Elizabeth comprendió sobre el proceso del trabajo de parto y logró mantenerse tranquila hasta el nacimiento de su bebé.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Existen varios grados del estado de alerta y del sueño los cuales son posibles gracias al gran número de trayectorias nerviosas que hay entre la corteza cerebral y el sistema activador reticular, después de un trabajo agotador se presenta la fatiga normal, y un periodo de descanso o de sueño normalmente restablece la capacidad del individuo y le produce una sensación de bienestar.⁵

⁵ Nordak/Rohweder. Bases Científicas Enfermería 2ª. Ed. p304, 305, 306.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR UNA VESTIMENTA ADECUADA

Esta necesidad no se ve afectada

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Esta necesidad no se va alterada

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL

Esta necesidad no se encuentra alterada

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGOS EN EL ENTORNO

DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración del bienestar relacionado con la dilatación cervical

Manifestado por fases de dolor, puños apretados y expresión verbal

OBJETIVO

Disminuir los factores predisponentes del dolor

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Explicar las causas del dolor
- Proporcionar preparación psicológica
- Enseñar alivio del dolor mediante la relajación
- Fomentar la seguridad mediante la información de trabajo de parto
- Informar cuanto dura el dolor dar oportunidad ala paciente que exprese sus temores
- Dar masaje en las manos y aplicación de calor
- Proporcionar apoyo emocional

EVALUACIÓN

La señora Elizabeth logra disminuir y controlar el dolor

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

El dolor visceral o profundo grave puede causar insuficiencia de los mecanismos de defensa y , consecuentemente , hipotensión debilidad, bradicardia ,nauseas y vomito a aunque el umbral del dolor no tiene variaciones importantes entre los individuos ,las reacciones personales hacia el dolor si varían de manera importante.los individuos pueden responder hacia el dolor mediante expresiones vocales como gritos, sollozos o emitiendo sonidos entrecortados, cambios de expresión facial, y cierto tipo de movimientos corporales el dolor afecta totalmente a la persona.⁶

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS, EXPRESAR SUS EMOCIONES, NECESIDADES, MIEDOS U OPINIONES.

Esta necesidad no se ve afectada

11. NECESIDAD DE EJERCER CULTO A DIOS.

Esta necesidad no se ve afectada.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR DE FORMA QUE PERMITA SENTIRSE REALIZADO.

Esta necesidad no se encuentra alterada.

⁶ Nordak/Rohweder.Bases Científicas Enfermería 2ª.Ed.p 421, 422.

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR ENTODAS LAS FORMAS DE RECREACION Y OCIO.

Esta necesidad no se encuentra alterada.

14. NECESIDAD DE ESTUDIAR, DESCUBBRIR O SATISFACER SU CURIOSIDAD QUE LE CONDUSCA A UN DEASARROLLO NORMAL DE LA SALUD

DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de conocimiento relacionado con el trabajo de parto

Manifestado por expresión verbal.

OBJETIVO

Lograr que Elizabeth comprenda el proceso del trabajo de parto

INTERVENCIÓN

- Explicar el proceso de trabajo de parto
- Informar sobre todos los procedimientos que se le van a realizar
- Enseñar técnicas de respiración
- Transmitir a la señora Elizabeth confianza
- Proporcionar apoyo emocional y espiritual
- Valorar el grado de conocimiento de la paciente
- Informar sobre las etapas del trabajo de parto
- Enseñar ejercicios de relajación y ejercicios respiratorios
- Proporcionar confianza y calidez.
- Mantener un entorno tranquilo y favorable
- Asesorar en el manejo del estrés
- Mantener una posición cómoda

EVALUACIÓN

La señora Elizabeth obtuvo conocimiento sobre el trabajo de parto y comprendió todo el proceso que vivió durante el mismo.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

El equilibrio psicológico está influido por y relacionado de manera compleja con la función cognoscitiva, incluyendo las opiniones, las creencias y las actitudes, el equilibrio psicológico está influido por la función cognoscitiva, en general y mejora si el individuo es capaz de pensar clara y racionalmente; para un individuo que está confundido necesita reorientación frecuente para disminuir el comportamiento confuso y prevenir o disminuir el miedo que produce el estado de confusión.⁷

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Afrontamiento inefectivo relacionado con el estrés manifestado en forma verbal y sudoración excesiva.

OBJETIVO.

La sr. Elizabeth logrará disminuir su estrés

INTERVENCIONES

- valorar el estado emocional de la sra, Elizabeth
- permitir que exprese sus sentimientos
- enseñar técnicas de relajación
- dar apoyo de enfermería y cooperación enseñándole técnicas de respiración
- proporcionar masaje dorsal.
- mantener un ambiente favorable

⁷ Nordak/Rohweder. Bases Científicas Enfermería 2ª. Ed. 563, 564.

EVALUACIÓN:

La Sra. Elizabeth logra mantenerse tranquila y controla su estrés

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

El individuo organiza e integra su mundo para prevenir la destrucción o la desorganización de su función, desarrollando temas elaborados de comportamiento para preservar la integridad del ego y su capacidad para enfrentar problemas con éxito.

El equilibrio psicológico requiere del desarrollo y la capacidad para utilizar los mecanismos psicológicos para evitar la ansiedad y para adaptarse adecuadamente a las situaciones de la vida. un individuo que se encuentra en un estado de desequilibrio es más probable que experimente una respuesta emocional exagerada a trastornos menores.⁸

⁸ Nordak/Rohweder. Bases Científicas Enfermería 2ª. Ed. 638, 639.

3. CONCLUSIONES.

La enfermera profesional requiere del Proceso Atención de Enfermería como método de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales y brindar atención individualizada para una atención de forma holística y de calidad al paciente familia y comunidad.

La aplicación de este Proceso Atención de Enfermería ayuda de forma personal a desarrollar habilidades para la valoración de necesidades e identificación de factores de riesgo, incrementando la capacidad de observación de las respuestas humanas de la persona y en la planificación y realización de las acciones pertinentes, dejándome una satisfacción ya que logré mejorar mis conocimientos respecto al Proceso Atención de Enfermería.

Este proceso fue al mismo tiempo de utilidad para la persona a quien se aplicó ya que obtuvo el suficiente cuidado através del conocimiento de lo que implica el trabajo de parto, y los cuidados que debe proporcionar al recién nacido , además de fomentar la lactancia materna y el vínculo materno.

El presente trabajo se elaboró bajo el modelo de Virginia Henderson quien define al ser humano con 14 necesidades básicas que deben ser satisfechas y la función de la enfermera es la de lograr la independencia mediante intervenciones desarrolladas para satisfacer dichas necesidades.

Al realizar este Proceso Atención de Enfermería se plantearon objetivos, los cuales se cumplieron en su mayoría, logrando resultados satisfactorios para la paciente y familia ya que la persona mejoró su estado de salud.

Así mismo considero que la realización del Proceso Atención de Enfermería es importante ya que nos permite una atención personalizada, favorece la profundización en el conocimiento de la Enfermería y propicia un pensamiento crítico y reflexivo.

4.- sugerencias

Considero que es de suma importancia continuar adquiriendo conocimientos de vanguardia sobre gineco obstetricia, y del proceso atención de enfermería para llevarlo acabo en la vida laboral ya que cada día que pasa la enfermería, implica nuevos retos en benefició del bienestar de nuestros pacientes.

5.- GLOSARIO

1.- **ANSIEDAD:** Estado de aprensión, tensión o inquietud que arranca de una anticipación de peligro, la fuente del cual es desconocida en buena medida.

2.- **AFRONTAMIENTO:** Colocar algún objeto o cosa en frente de otra , hacer frente a los problemas.

3.- **CONTRACCION UTERINA:** Fuerza que actúa para llevar a cabo la expulsión del feto, contractilidad de la fibra uterina durante el parto

4.- **DILATACION DEL CUELLO:** Abertura del cerviz progresiva, durante el parto, previa al alumbramiento del mismo

5.-**FOCO FETAL:** Sitio de la pared abdominal que transmite el latido audible del corazón del feto.

6.- **MEMBRANAS:** Cubiertas capas protectoras del huevo, a saber: caduca, corion y amnios.

7.- **MOVIMIENTOS FETALES:** Es cada una de las sacudidas del feto dentro del claustro uterino.

8.- **PARTO:** Expulsión o salida del claustro materno del feto viable y sus anexos, puede ser espontáneo o provocado.

9.- **LIQUIDO AMNIOTICO:** Es el contenido dentro del amnios, claro, amarillento, que rodea al embrión o feto

10.-**POLAQUIURIA:** Emisión anormalmente frecuente de orina.

6- BIBLIOGRAFIA.

BROWN,L,P TOWNE .Americam,Academi of Pediatrics and Americam of Osbtetricians and Gynecologists 1996. p.81,82,83,84

CARDENAS JIMENEZ Margarita. Conceptualización de la Enfermería, Febrero 2000, UNAM-ENEO, México, p.37.

Enciclopedia de la Enfermería .Fundamentos y Técnicas Volumen 1 Ed. Océano

FERNANDEZ FERRIN Carmen. El modelo de Henderson y el Proceso Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995, p. 4, 5, 7, 8, 9, 10.

<http://www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html> 20 de Septiembre del 2008.

Carpenito Manuel Lynda. Manual de Diagnósticos de Enfermería 9ª edición, Ed. McGraw-Hill. Interamericana.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2005-2006. Ed. Elzevir, España.

NORDMARK / ROHWEDER. Bases Científicas de la Enfermería. Segunda Ed. Manual Moderno.

UNAM- ENEO. Proceso de Enfermería. Antología Curso-Taller Febrero- marzo 2007.

UNAM- ENEO. Proceso Atención de Enfermería. Seminario-Taller. 2000.

WOLF LEWIS, Luverne. Fundamentos de Enfermería. Traduce. Arturo Aparicio Vázquez, 4ª edición, Ed. Harla, México, 1992.

7. ANEXOS

ANEXO 1.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE ADMISIÓN: 7 de Enero DE 2007

HORA: 11:30 hrs.

NOMBRE: Elizabet

EDAD: 19 años

FECHA DE NACIMIENTO: 18 de enero de 1989

SEXO: Femenino

PESO: 58 Kg.

TALLA: 160 cm.

DOMICILIO: Prolongación. E. Zapata s/n Xoxocotla .Morelos

ESTADO CIVIL: Casada

RELIGION: Católica

OCUPACIÓN: Ama de casa.

ESCOLARIDAD: Secundaria.

TELEFONO: No cuenta actualmente.

PROCEDENCIA: Xoxocotla Morelos.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Por interrogatorio directo con la paciente.

FIABILIDAD: (1-4) 4

7.1- ANEXOS 2

TRABAJO DE PARTO.

El proceso del parto y nacimiento es un momento emocionante y que provoca ansiedad, pero muy gratificante, para la mujer y su familia ya que es uno de los eventos más significativos y agobiantes de su vida el parto principia con contracciones uterinas regulares, continua durante varias horas con un trabajo arduo y termina mientras inicia el proceso de vinculación entre la madre la familia y con el recién nacido, La mayoría de las mujeres esperan con ansiedad el parto y el nacimiento.

DEFINICION: Es el inicio de las contracciones con regularidad y la dilatación uterina, durante varias horas con un trabajo arduo el cual termina al nacimiento del recién nacido y al alumbramiento de la placenta¹⁰.

ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO

- PRIMERA ETAPA
- SEGUNDA ETAPA
- TERCERA ETAPA
- CUARTA ETAPA

PRIMERA ETAPA: Se inicia al empezar las contracciones uterinas regulares y termina con la dilatación completa del cuello uterino.

SEGUNDA ETAPA: Comienza con la dilatación completa del cuello y termina al nacer el feto.

TERCERA ETAPA: empieza con el nacimiento del feto y termina al expulsar la placenta

CUARTA ETAPA. Se inicia con la expulsión de la placenta y dura por lo menos una hora, hasta que se normaliza el estado de la madre.

PRINCIPALES MOVIMIENTOS O MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

¹⁰ American, Academia of pediatrics and American of obstetricia and ginecolokgists-1996. P. 81, 82.

Los principales mecanismos del trabajo de parto, son una serie de ajustes pasivos de la posición del feto conforme este desciende por la pelvis durante el parto los movimientos se producen con suavidad y a menudo se sobreponen conforme evoluciona el trabajo de parto. Los principales movimientos son:

- **Descenso.** desplazamiento sostenido del feto hacia abajo, producido por la presión de las contracciones uterinas. Durante la segunda etapa del trabajo de parto los esfuerzos maternos de expulsión facilitan el descenso.
- **Flexión** actitud natural que se ajusta a la forma de la actividad uterina y a la resistencia del suelo pélvico durante el trabajo de parto es importante la flexión de la cabeza fetal, por que hace que su diámetro más pequeño se presente hacia la pelvis materna.
- **Rotación interna** :es cuando la cabeza fetal llega a la parte media de la pelvis, debe girar hacia la posición occipital anterior para adaptarse al diámetro transverso,el mas estrecho
- **EXTENSION.**La presión sostenida de las contracciones uterinas hacia abajo, y la resistencia del suelo pélvico, producen extensión. la cabeza fetal se mantiene extendida durante el acoronamiento.de modo que se presenta el diámetro más pequeño y distiende el perineo.
- **RESTITUCION.**Este movimiento ocurre automáticamente cuando sale la cabeza por el perineo,y consiste en un ajuste del cuello del feto hasta que la cabeza guarda la relación normal con los hombros.
- **ROTACION EXTERNA Y EXPULSION:**Esta etapa puede ocurrir junto con la restitucion.consiste en la rotación de los hombros del feto y la salida del hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis ,ala vez que el hombro posterior se desliza sobre el perineo.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Contracciones de Braxton hick con regularidad

Cambios cervicales (ablandamiento, boramiento, y dilatación)

Incremento del flujo vaginal

Dorsalgia (en algunos casos)

Pérdida ponderal

Conducta de anidamiento

Dolor en región sacra

Ansiedad

SIGNOS DEL TRABAJO DE PARTO VERDADERO SON:

Contracciones uterinas

Ruptura espontánea de membranas

Flujo vaginal sanguinolento.

EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS

Se valorará su ingreso a la unidad

Realizando historia clínica completa, que incluya antecedentes del embarazo actual, antecedentes obstétricos, antecedentes médicos y familiares.

Estado actual del trabajo de parto

ESTADO PSICOSOCIAL Y EMOCIONAL:

- Edad, escolaridad y nivel socio económico.
- Reacción al embarazo.
- Exploración obstétrica
- Antecedentes culturales
- Apoyo familiar y nivel socio económico del compañero
- Naturaleza del contacto con los profesionales de la salud
- Grado y tipo de preparación para el parto y la maternidad

EXPLORACION FÍSICA GENERAL

- Exploración abdominal para valorar tamaño, posición ruidos cardiacos y movimientos del feto.

Exploración pélvica para valorar borramiento y dilatación cervicales estación fetal presentación posición, estado de las membranas y del peritoneo, y presencia de amoldamiento o caput.

- PRUEBAS DE LABORATORIO
- BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA
- EGO
- GRUPO SANGUINEO
- QUIMICA SANGUINEA
- PUEBAS CRUZADAS

VIGILANCIA DE LOS SIGNOS VITALES:

- Presión arterial
- Pulso
- Respiración
- temperatura

VIGILANCIA DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

- Monitoreo continuo de fcf cada 3^o a 60 minutos durante la fase latente
- Cada 15 min., durante la fase activa.
- inmediatamente después de romperse las membranas
- Después de cualquier cambio del as contracciones
- Después década contracción durante la segunda etapa
- A la solicitud de la madre¹¹

¹¹ Ibídem. P.83, 84.