



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia

España

Herrera Gómez, A.; Martínez Galiano, JM; Fernández Valero, MJ.
Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica
Enfermería Global, vol. 10, núm. 3, julio, 2011, pp. 147-156
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834769010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrica-ginecológica

Nervous anorexia in the pregnancy: care in obstetric-gynaecological nursing

***Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, JM, Fernández Valero, MJ.**

* Enfermeros especialistas en Obstetricia y Ginecología (matrona). Unidad de Partos del Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario de Jaén.

Palabras clave: Anorexia nerviosa; Embarazo; Enfermera-matrona; Plan de cuidados

Keywords: Anorexia nervosa; Pregnancy; Nurse – midwife; Care plan.

RESUMEN

La anorexia nerviosa es un desorden alimentario psicosomático, complejo, que primariamente afecta a niñas y mujeres jóvenes. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ocurrir a cualquier edad y en determinadas situaciones (en particular, de cambio), pueden precipitar la aparición de síntomas. El embarazo y la maternidad son una de estas situaciones. Es una situación rara, pero la mujer anoréxica necesita unos cuidados especiales por parte de matronas y enfermeras implicadas en el embarazo, parto y puerperio de la mujer. Estos planes de cuidados deberían ser protocolizados de una forma estándar y adaptarlos en cada caso clínico, para una asistencia de calidad, eficaz y eficiente.

Objetivos: Aumentar la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes con anorexia nerviosa durante el embarazo. Evitar recaídas durante la evolución de la enfermedad. Promover la adecuada utilización de: NANDA, NIC, NOC, para registrar el trabajo de enfermería.

Desarrollo: Tras una valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se estandarizan los siguientes diagnósticos enfermeros para el plan de cuidados: Desequilibrio nutricional por defecto, trastorno de la imagen corporal, baja autoestima crónica, ansiedad e interrupción de los procesos familiares.

Conclusiones: El tratamiento debe ser multidisciplinario, y los cuidados de enfermería son de especial relevancia, puesto que el seguimiento de estas pacientes es prácticamente de por vida. La aplicación de planes de cuidados y la utilización de los diagnósticos de enfermería tienen repercusiones sobre la profesión, la paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; la paciente es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería;

para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

ABSTRACT

The anorexia nervosa is a food psychosomatic, complex disorder, that primarily affects girls and young women. Disorders in food conduct can happen at any age and in certain situations (especially of change) can precipitate the appearance of symptoms. Pregnancy and the maternity are such situations. It is a rare situation, but the anorexic woman needs special care by matrons and nurses involved in the pregnancy, childbirth and puerperio of the woman. These care plans should be of a standard form and adapted to each clinical case, for an efficient, effective and quality assistance.

Aims: To increase the quality of nursing care in patients with anorexia nervosa during the pregnancy. To avoid relapses during the evolution of the disease. To promote the suitable utilization of NANDA, NIC, NOC to record nursing work.

Development: After a Marjory Gordon valuation functional health patterns, the following diagnostic nurses are standardized for the care plan: nutritional imbalance by default corporal appearance disorder, chronic low self-esteem, anxiety and interruption of the family processes.

Conclusions: The treatment must be multidisciplinary, and nursing cares are of special importance, since the follow-up of these patients is practically for life. The application of care plans and the use of nursing diagnoses of infirmity(nursing) has repercussions on the profession, the patient and on the nurse; professionally, the nursing process defines the field of the professional exercise and includes the quality procedure; the patient is benefited, since by means of this process the nursing care quality is guaranteed; for the professional nurse there is an increase of satisfaction and professionalism.

1. INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa es un desorden alimentario psicosomático, complejo, que primariamente afecta a niñas y mujeres jóvenes. No solo es una enfermedad psiquiátrica, sino que frecuentemente posee serias manifestaciones médicas y ginecológicas. De acuerdo con el manual de diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales (DSM IV), la define como una enfermedad con rechazo a mantener el peso normal mínimo para la edad y un intenso miedo de ganar peso, además de un trastorno en la percepción de la figura humana y amenorrea de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos en una mujer postmenárquica ⁽¹⁾.

Los trastornos de alimentación han aumentado considerablemente en las últimas décadas. Su prevalencia es variable, estimándose en 0,5-1 % de mujeres menores de 25 años en países desarrollados. Aunque no es una enfermedad exclusiva de las mujeres, la prevalencia entre los hombres es mucho menor (aproximadamente una prevalencia del 0,1%, entre los hombres de 12 a 25 años). Entre el 90-95% son mujeres, típicamente blancas de nivel socioeconómico medio o medio-alto. La edad de inicio fluctúa desde los 8-30 años con el pico máximo de incidencia entre los 14-18 años ⁽²⁾.

Las características clínicas son las siguientes ⁽³⁾:

- Rechazo a mantener el peso corporal dentro de los valores mínimos normales para la persona. Se considera significativa esta pérdida cuando se tiene un IMC igual o inferior a 17,5.
- Miedo intenso a ganar peso, a pesar de estar sumamente delgado/a.

- Distorsión de la imagen corporal.
 - Amenorrea. Ausencia de al menos 3 ciclos menstruales seguidos.
- Clásicamente se distinguen dos tipos bien definidos ⁽⁴⁾ :

- Anorexia restrictiva: Caracterizadas por dietas extremas, cuidado por la alimentación y ejercicios intensos.
- Anorexia bulímica: En las que existe un trastorno obsesivo compulsivo por la alimentación, autoinducción de vómitos , uso de laxantes, diuréticos, enemas y hormonas tiroideas, como métodos para bajar peso

El 50% de las pacientes intercala conductas entre las dos formas.

Las mujeres jóvenes constituyen el grupo más vulnerable, habitualmente se desarrolla en la adolescencia y juventud temprana, pero también puede ocurrir después de los 40 años ⁽¹⁾. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ocurrir a cualquier edad y en determinadas situaciones (en particular, de cambio) pueden precipitar la aparición de síntomas ⁽¹⁾. El embarazo y la maternidad son una de estas situaciones. También puede existir que una paciente anoréxica quede embarazada dando lugar a hechos que traen consigo situaciones lamentables para la madre y el niño. El embarazo es raro en la anorexia nerviosa, pero puede ocurrir en período de recuperación y diagnosticarse tardíamente.

En una embarazada anoréxica se pueden observar los siguientes síntomas que indican este trastorno nutricional ⁽¹⁾:

- Inadecuada ganancia de peso durante todo el embarazo.
- Bajo peso al nacer del niño y muerte prenatal.
- No hacerse cargo del recién nacido tras el parto.
- Preocupación extrema relacionada con el peso del recién nacido.

Durante el embarazo se incrementa el riesgo de ⁽²⁾:

- Diabetes gestacional.
- Preeclampsia.
- Complicaciones durante el parto.
- Depresión postparto.
- Muerte neonatal.
- Bajo peso del recién nacido.
- Ictericia.
- Valores bajos en el test de Apgar.
- Oligoamnios.
- Retraso mental y ceguera en el recién nacido.

La mujer anoréxica necesita la atención de un equipo interdisciplinario que pueda acompañarla y prepararla no sólo durante el embarazo, sino también en el puerperio y en la relación madre-hijo. Además será indispensable un mayor control obstétrico y psicológico, un seguimiento nutricional adecuado, y unos cuidados especiales por parte de matronas y enfermeras implicadas en el embarazo, parto y puerperio de la mujer. Estos planes de cuidados deberían ser protocolizados de una forma estándar y adaptarlos en cada caso clínico, para una asistencia de calidad, eficaz y eficiente, aconsejando a las pacientes a resolver el trastorno alimentario antes del embarazo, y trabajar durante todo el embarazo y puerperio para evitar recaídas.

2. OBJETIVOS:

- Aumentar la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes con anorexia nerviosa durante el embarazo.
- Evitar recaídas durante la evolución de la enfermedad.
- Promover la adecuada utilización de: NANDA, NIC, NOC, para registrar el trabajo de enfermería.

3. DESARROLLO:

3.1. Valoración por patrones funcionales de salud de MARJORY GORDON ⁽⁴⁾:

3.1.1. Percepción-control de la salud.

Las personas con anorexia nerviosa no suelen tener conciencia de enfermedad, niegan que estén enfermas, y difícilmente seguirán un tratamiento. Es útil contrastar la información con la familia y conocidos.

Tienen una idea errónea de lo que es la salud. Suelen hacer dietas muy restrictivas, y sus conocimientos de nutrición y dietas son igualmente erróneos. A menudo utilizan laxantes, diuréticos, se provocan el vómito..., y todo ello para mantener un peso.

Tienen alterada la percepción de su peso y su silueta.

3.1.2. Nutricional-metabólico.

Presentan bajo peso. IMC menor de 17,5. Manipulan la comida, la esconden en servilletas, la trocean...

Tienen una verdadera obsesión por no ganar peso, y se centran en no engordar. Sus dietas son monótonas, extravagantes, porque controlan extremadamente lo que comen y cuanto comen. Beben grandes cantidades de agua para eliminar la sensación de hambre, y como purgante, para vomitar con más facilidad.

Tienen poca sensación de hambre y saciedad precoz. Se provocan el vómito tras la ingesta y algunas veces no llegan a hacer la digestión, llegando a la desnutrición.

Debido al vómito y su autoprovocación encontramos alteraciones en la mucosa oral, coloración dental, lesiones en la faringe, labios secos y callos en el dorso de la mano.

Pueden tener alteraciones metabólicas: hipopotasemia, deshidratación, hipocalcemia, alteraciones cardíacas, hormonales...

3.1.3. Eliminación.

Pueden abusar de laxantes y diuréticos, con las consecuencias metabólicas que ello supone. También puede aparecer estreñimiento o diarreas, por la malnutrición y/o deshidratación que suele presentar.

Vómitos también suelen presentar, sobre todo autoinducidos.

3.1.4. Actividad-ejercicio.

Suelen hacer mucho ejercicio físico, como andar muchos kilómetros, abdominales, subir escaleras... y son constantes en estos hábitos. Incluso cuando están sentados, realizan movimientos para gastar energía. Pueden llegar a la astenia, cansancio.

3.1.5. Sueño-descanso.

Es frecuente la aparición de insomnio, debido a la misma ansiedad del cuadro clínico. Durante el día no hay momentos de reposo porque intentan siempre hacer una actividad que conlleve un gasto de energía.

3.1.6. Cognitivo-perceptivo.

Presentan distorsiones cognitivas, con respecto al peso y a la silueta, pensamientos polarizados ("si como, seré una gorda"), pensamientos irracionales como la negativa a admitir la gravedad de la pérdida de peso y la propia enfermedad.

Les cuesta mucho expresar emociones, son personas reservadas, que temen mucho el rechazo y con poca comunicación.

3.1.7. Autopercepción-autoconcepto.

Presentan una imagen corporal distorsionada, se pueden ver 3-4 veces más gordas de la realidad.

Carecen de sentimiento de identidad, baja autoestima, inseguridad. Ellas no se aceptan como son, están en desaprobación con su cuerpo. Suelen ser autoexigentes, con afán de perfeccionismo.

3.1.8. Rol-relaciones.

Tienen problemas familiares, con poca comunicación entre los miembros, ambiente frío. La interacción social es de aislamiento, se sienten incomprendidas. A las familias les cuesta entender el cuadro clínico.

3.1.9. Sexualidad-reproducción.

Suelen tener amenorrea, por las alteraciones hormonales. Desinterés sexual, no se sienten cómodas con su cuerpo.

Además, al aparecer la enfermedad en la adolescencia o pubertad, hay un retraso en todas sus manifestaciones o se detienen (no hay desarrollo mamario, genitales infantiles...)

3.1.10. Adaptación-tolerancia al estrés.

Alto grado de ansiedad, que repercute en su vida diaria y tienen problemas con el control de los impulsos.

3.1.11. Valores-creencias.

Se marcan metas muy exigentes con la alimentación/peso, y suelen tener sentimientos de culpa y castigo, todo ello unido a la idea de que la delgadez es un éxito y meta social.

3.2. Diagnósticos de enfermería estándar en un plan de cuidados sobre anorexia:

Los diagnósticos de enfermería estándar, por su prevalencia e incidencia en el proceso son⁽¹⁾:

- Desequilibrio nutricional por defecto (patrón nutricional-metabólico).
- Trastorno de la imagen corporal (patrón autopercepción-autoconcepto).
- Baja autoestima crónica (patrón autopercepción-autoconcepto).
- Ansiedad (patrón adaptación-tolerancia al estrés).
- Interrupción de los procesos familiares (patrón rol-relaciones).

3.2.1. Desequilibrio nutricional por defecto.

Desequilibrio nutricional por defecto, manifestado por peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal, relacionado con incapacidad para digerir los nutrientes debido a factores psicológicos⁽⁵⁾. Código: (00002).

DEFINICIÓN: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas⁽⁵⁾.

RESULTADO: Control del peso⁽⁶⁾: Acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud (1612).

INDICADORES⁽⁷⁾:

- Alcanza el peso óptimo (161221).
- Mantiene el peso óptimo(161222).

INTERVENCIÓN⁽⁸⁾:

Asesoramiento nutricional: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta (52246).

ACTIVIDADES⁽⁸⁾:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que desea cambiar.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Proporcionar información acerca de la necesidad, si es necesaria, de modificar la dieta, por razón de su salud como es la pérdida de peso.
- Ayuda al paciente a registrar lo que come normalmente en un período de 24 h.
- Determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente.
- Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.

3.2.2. Trastorno de la imagen corporal.

Trastorno de la imagen corporal, manifestado por expresión de sentimientos y percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función, relacionado con factores cognitivos, perceptuales, psicosociales y enfermedad ⁽⁵⁾. Código: (00118).

DEFINICIÓN: Confusión en la imagen mental del yo físico ⁽⁵⁾.

RESULTADO: Imagen corporal⁽⁶⁾ : Percepción positiva de la imagen y de las funciones corporales (1200).

INDICADORES ⁽⁷⁾ :

- Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal (120002).

INTERVENCIÓN ⁽⁸⁾ :

Potenciación de la imagen corporal: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo (5220).

ACTIVIDADES ⁽⁸⁾ :

- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede.
- Ayudar al determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal adulta.
- Señalar la importancia de la cultura, religión, raza, género y edad del paciente en la imagen corporal.
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.
- Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.
- Ayudar al paciente a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.

3.2.3. Baja autoestima crónica.

Baja autoestima crónica manifestada por la expresión negativa sobre sí misma, y la autoevaluación como incapaz de afrontar los acontecimientos ⁽⁵⁾. Código: (00119).

DEFINICIÓN: Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades ⁽⁵⁾.

RESULTADO: Autoestima ⁽⁶⁾ : Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo (1205).

INDICADORES ⁽⁷⁾ :

- Verbalización de la autoaceptación (120501).

INTERVENCIÓN ⁽⁸⁾ :

Potenciación de la autoestima: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía (5400).

ACTIVIDADES ⁽⁸⁾ :

- Animar al paciente a identificar sus virtudes. Reafirmarlas.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse, burlarse...
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de los objetivos.

3.2.4. Ansiedad.

Ansiedad manifestada por irritabilidad, angustia, relacionada con amenaza de autoconcepto, estrés ⁽⁵⁾. Código: (00146).

DEFINICIÓN: Vaga sensación de malestar o amenaza de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo ⁽⁵⁾.

RESULTADO:

Control de la ansiedad ⁽⁶⁾ : Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable (1402).

INDICADORES ⁽⁷⁾ :

- Refiere disminución de la duración de los episodios (140208).
- Refiere aumento de la duración del tiempo entre episodios (140209).
- Controla la respuesta de ansiedad (140217).

INTERVENCIÓN ⁽⁸⁾ :

Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado (5820).

ACTIVIDADES ⁽⁸⁾ :

- Utiliza un enfoque sereno que dé seguridad.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Administrar masajes en la espalda, cuello, si procede.
- Escucha con atención.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones, y miedos.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

3.2.5. Interrupción de los procesos familiares.

Interrupción de los procesos familiares, manifestado por la expresión de conflictos dentro de la familia, relacionado con cambios en el estado de salud de un miembro de la familia (paciente con anorexia), ⁽⁵⁾. Código: (00060).

DEFINICIÓN: Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar (5).

RESULTADO ⁽⁶⁾ :

Funcionamiento de la familia: Capacidad de la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros (durante los cambios de desarrollo). (2602)

INDICADORES ⁽⁷⁾ :

- Los miembros se apoyan y se ayudan los unos a los otros (260215).

INTERVENCIÓN ⁽⁸⁾ :

Estimulación de la integridad familiar: Favorecer la cohesión y unidad familiar (7100).

ACTIVIDADES ⁽⁸⁾ :

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Ayudar a la familia a resolver los sentimientos de culpa.
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos, problemas.
- Asesorar a los miembros de la familia acerca de las habilidades eficaces, susceptibles de ser usadas en problemas adicionales.
- Informar a los miembros de la familia de que es segura y aceptable la utilización de expresiones típicas de afecto.
- Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.
- Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.
- Programar visitas familiares.
- Remitir la familia a grupos de apoyo de otras familias o a terapia familiar, si es preciso.

4. CONCLUSIONES.

La anorexia nerviosa es una grave enfermedad, con graves consecuencias y que potencialmente puede conducir a la muerte. El pronóstico de la enfermedad depende de la duración y el grado de desnutrición ⁽³⁾. El tratamiento debe ser multidisciplinario, y los cuidados de enfermería son de especial relevancia, puesto que el seguimiento de estas pacientes es prácticamente de por vida.

Estudios de seguimiento a largo plazo deducen que ⁽¹⁾ :

- Entre un 60-70%, se alcanzó una mejoría significativa.
- Entre un 20-30%, permanecieron crónicamente con el trastorno de la conducta alimentaria.
- Se observó un 5-10% de mortalidad, cuya principal causa fue el suicidio.

La aplicación de planes de cuidados y la utilización de los diagnósticos de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, la paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; la paciente es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad ⁽⁴⁾.

Para la paciente implica las siguientes ventajas ⁽⁴⁾ :

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.
- Favorece la individualización.

Para la enfermera implica estas otras ventajas ⁽²⁾ :

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.
- Permite una buena comunicación entre la paciente/enfermera.

Además, la utilización de los planes de cuidados, nos permite ⁽²⁾ :

- Utilizar un mismo lenguaje.
- Delimitar un campo propio, partiendo del desarrollo de un modelo enfermero.
- Aplicar el método de la ciencia.
- Delimitar los problemas de salud, en base a las necesidades humanas del individuo.
- Definir sistemas de evaluación enfermera.
- Aumentar la calidad de la investigación enfermera.

5. BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Turón V. Trastornos de la Alimentación. Madrid. Grupo Aula Médica. 2005.
- (2) Mejías F. Y Serrano M.D. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Enfermería 21. Madrid. Difusión de Avances de Enfermería. 2001.
- (3) Granada J. M. Manual de Enfermería Psiquiátrica. Madrid. Janssen-Cilag. 2005.
- (4) Fornés J. Y Carballal M.C. Guía práctica de Valoración y estrategias de intervención. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid. Panamericana. 2001.
- (5) Nanda Internacional. Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y Clasificación 2005-2006. Madrid. Elsevier. 2006.
- (6) Johnson M, Maas M y Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería. Madrid. Elsevier. 2005.
- (7) Johnson M, Bulechek G.. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid. Elsevier Science. 2005.
- (8) McCloskey J.C. y Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Madrid. Elsevier Science.. 2005.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia