

210



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:

BEATRIZ TELLEZ RODRIGUEZ.

DAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
INTOLERANCIA A LOS ALIMENTOS RELACIONADO
CON FACTORES BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS
EN PACIENTE OBSTETRICA.

DIRECTOR ACADEMICO: LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

Handwritten signature/initials



MEXICO, D.F. JULIO DEL 2000.

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
San Salvador de
San Salvador, El Salvador



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.

INDICE

OBJETIVOS	3
JUSTIFICACION	4
CARACTERISTICAS GENERALES	5
INTRODUCCION	6
ETAPAS DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA	7
ASPECTOS DE SALUD	17
FACTORES SOCIOCULTURALES Y PSICOLOGICOS DE LA MUJER	21
MODALIDADES DE LA ATENCION MEDICA Y DE ENFERMERIA EN INTOLERANCIA A LOS ALIMENTOS.	24
HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA (EVALUACION DE ENFERMERIA)	26
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA, NECESIDADES NUTRICIONALES Y DE LIQUIDOS	33
NECESIDADES DE REPOSO Y SUEÑO	37
NECESIDADES DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCION	41
NECESIDADES DE PROTECCION Y SEGURIDAD	42
CONCLUSIONES	44
SUGERENCIAS	45
BIBLIOGRAFIA	47

Con todo mi amor:

A mis hijos y esposo por haberles robado su tiempo, por evadir sus llamados, por cansarlos con mis prisas, pero sobre todo gracias por demostrar su comprensión, paciencia y amor, ayudándome a cumplir mis metas, por hacerme sentir una madre y una mujer muy querida, los amo, son el motor de mi vida.

Agradecimientos.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, ESCUELA NACIONAL DE OBSTETRICIA Y SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA.

Con gratitud, respeto y admiración para todos los docentes que participaron en el desarrollo de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, a la C. Enf. Rosa García del Prado por su intervención para la realización del curso en Acapulco, Gro., al L.E.O. Federico Sacristán Ruíz por su apoyo incondicional en sugerencias, trámites, asesoría personal y a distancia, por demostrar respeto, dedicación en el mejoramiento de este trabajo.

OBJETIVOS

1.- Utilizar el Proceso de Atención de enfermería para valorar, diagnosticar, planear, realizar y evaluar el manejo de la paciente obstétrica con intolerancia a los alimentos.

2.- Obtener un documento de manejo y tratamiento de enfermería que sea una guía para la enfermera- paciente- familiar.

3.- Contar con un instrumento para sustentar el examen profesional y obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

JUSTIFICACION

El presente trabajo se realiza con el fin de obtener un producto final de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería desarrollado en el manejo y tratamiento de intolerancia a los alimentos, como opción de titulación, para sustentar el examen profesional y obtener el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

Por otra parte este trabajo proporcionará al personal de Enfermería una guía para mejor calidad de atención, coordinando los esfuerzos en su aplicación con el personal de los recursos utilizados (responsabilidad financiera), evitar duplicaciones y omisiones que dan por resultado el uso innecesario de recursos y dar continuidad en la atención de enfermería.

Además llama la atención que este tipo de paciente es internada hasta en tres ocasiones con el mismo diagnóstico en el mismo mes, posiblemente por manejo inadecuado, ocasionando se tripliquen gastos de hospitalización y situaciones particulares en el hogar de la paciente, y por si fuera poco, gastos innecesarios de transportes, cuando son procedentes de otras áreas lejanas a la localidad de Acapulco, Guerrero.

Por lo anterior, se hace necesario llevar a cabo el Proceso Atención de Enfermería, aplicarlo, evaluarlo y obtener resultados para conocer su efectividad y seguimiento a las pacientes.

CARACTERISTICAS GENERALES

UNIVERSO DE TARABAJO

El proceso atención de enfermería se llevó a cabo en hospitalización de Gineco obstetricia Módulo II del H.G.R. "Vicente Guerrero" Hospital Amigo del Niño y de la Madre, Segundo Nivel de Atención en Acapulco, Gro.. En una paciente con intolerancia a los alimentos relacionado con factores biológicos y psicológicos, embarazo de 9 semanas, ama de casa, en la tercera década de la vida, dos hijos hombres, casada, vive con su esposo, casa propia con todos los servicios, dedicada 100% al hogar.

Dirigido : Personal de enfermería.

Duración: indefinido

Recursos: Con los que cuenta la unidad.

INTRODUCCION

El presente trabajo aborda el desarrollo integral del Proceso Atención de Enfermería, en una paciente con intolerancia a los alimentos, internada en el H.G.R. "Vicente Guerrero" del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Acapulco Guerrero, 5° piso, modulo II.

En un segundo momento se arrojan datos estadísticos de incidencia, porcentajes y casos de rehospitalización (número), relacionado con la intolerancia a los alimentos, al mismo tiempo se enfocan los factores socioculturales, de salud y psicológicos de la mujer, identificando características propias con una visión general para acercarnos al caso particular de la paciente.

Enseguida se mencionan algunas modalidades de la atención medica y de enfermería en este tipo de alteraciones.

Llama la atención el caso de intolerancia a los alimentos por el reingreso frecuente de pacientes al hospital por el mismo problema.

En la primera parte se definen y explican los pasos del Proceso atención de Enfermería que se llevarán a cabo y como se realizarán, iniciando con:

1.-VALORACION, donde se investiga la causa principal que llevó a la paciente al hospital, tomando como instrumento de valoración la **Historia clínica de enfermería**, que contiene los aspectos generales y particulares de la información que pretendo obtener de la paciente con intolerancia a los alimentos, sustentada esencialmente en las Necesidades de Maslow.

2.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA, que se desprenderá de toda la problemática detectada, relacionando la causa con algunos factores ya mencionados anteriormente.

3.-PLANEACION, en la cual se explica la jerarquización de problemas, planteamiento de objetivos, a mediano y largo plazo, elaborando las intervenciones de enfermería, diseñando un plan de cuidados de calidad.

4.-EVALUACION, aquí se menciona la forma para evaluar el cambio de comportamiento de la paciente como resultado de la atención.

I.- MARCO TEORICO

1.1. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

El Proceso Atención de Enfermería es un instrumento necesario para la atención precisa y planeada de la Enfermera. Se lleva a cabo mediante normas de atención para la práctica de la Enfermería y son las siguientes:

- 1.- VALORACION.
- 2.-DIAGNOSTICO.
- 3.-PLANEACION.
- 4.-REALIZACION.
- 5.-EVALUACION.

VALORACION

Observación - exámen físico.

En este primer momento se identificarán las causas que llevaron a la paciente al hospital, se dará libertad a la paciente de que describa lo que siente (si ella esta en condiciones de hacerlo) al mismo tiempo se llevará a cabo la observación directa.

Enseguida se explorará a la paciente, realizando una inspección general.

La valoración a través de la observación inicia desde al momento que ingresa el paciente hasta su egreso del hospital.

Interrogatorio.

Se debe precisar la información apoyándonos en el interrogatorio a través de la entrevista directa o indirecta para aclarar dudas y conocer la percepción del paciente respecto a sus problemas de salud, así mismo se hace una investigación identificando la jerarquía de Maslow de las necesidades humanas:

1.-Necesidades fisiológicas: las que deben ser satisfechas, cuando menos parcialmente, para la supervivencia.

2.-Necesidades de protección y seguridad: lo que hace a la persona sentirse segura y cómoda.

3.- Necesidades de amor y pertenencia: las de dar y recibir amor y afecto.

4.- Necesidades de autoestima: lo que hace a la persona sentirse bien consigo misma; orgullo por habilidades y logros.

5.- Necesidades de autorealización: las de continuar creciendo y cambiando, trabajando hacia metas futuras. ¹

Instrumento de recolección de datos

Tomando como guía la Historia Clínica de Enfermería previamente elaborada, la enfermera reúne datos de salud del paciente como son:

- 1.-Estado actual.
- 2.-Datos de Identificación.
- 3.-Somatometría y Signos Vitales.
- 4.-Exploración física.
- 5.-Necesidades fisiológicas.
- 6.-Necesidades de amor y pertenencia.
- 7.-Necesidades de autoestima.
- 8.-Necesidades de autorealización.
- 9.-Factores estresantes.
- 10.-Conocimiento y manejo de la salud.
- 11.-Observación (enfermera, paciente y familiar).
- 12.-Nivel socioeconómico.

Análisis de datos.

Posteriormente se realiza el análisis de datos para identificar problemas, seleccionando, ordenando e identificando datos relevantes y formular el Diagnóstico de enfermería, considerando problemas reales y potenciales.

(1) Murray Mary Ellen, Atkinson Leslie D. Proceso atención de enfermería. pp 9-13.

Diagnóstico.

Identificación de problemas y necesidades relacionando la causa.

Una vez precisados los datos, identificando problemas, causas y factores que se relacionan en la alteración de la intolerancia a los alimentos relacionado con factores biológicos, y psicológicos se transcribe el diagnóstico tal y como se ejemplifica.

La enfermera analiza los datos de la valoración para determinar el diagnóstico. Coordinarse con el equipo de salud y familiares.

Planeación

Establecimiento de prioridades

La determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.

Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros.

Se establecerá un plan de cuidados acorde a los problemas identificados y/o encontrados.

Se organizarán de tal forma que se solucionen de acuerdo a la jerarquía de Maslow de las necesidades humanas como se describieron anteriormente.

Nota: Se hará una lista para organizar prioridades de problemas.

Explicar al paciente los problemas detectados que emitió a la hora de la entrevista.

Plan de cuidados

El plan se desarrolla con el objeto de individualizar la atención de enfermería para el paciente y a fin de hacerlo realista dados en el hospital o el entorno de atención en casa.

Se diseña con el fin de ayudar a los pacientes y familiares en los siguientes aspectos:

- Mantener su nivel actual de salud y funcionamiento si se identifica que están en riesgo de presentar problemas.
- Evitar problemas lesiones o enfermedad.
- Recuperar un nivel previo de salud y funcionamiento.
- Ajustarse a un nivel de salud y funcionamiento reducido cuando no es posible la mejora.
- Ajustarse a un nivel progresivamente decreciente de funcionamiento en caso de enfermedad terminal.²

La American Nurses Association identifica las siguientes áreas de atención de enfermería en sus Standards of clinical nursing practice de 1991:

- Prevención de enfermedad o lesión.
- Promoción de la salud.
- Restablecimiento de la salud.
- Mantenimiento de la salud.

Se establecerá un plan de cuidados acorde a los problemas identificados y/o encontrados:

Se organizará de tal forma que se solucionen primeramente las:

- 1.- Necesidades fisiológicas.
- 2.- " de seguridad y protección.
- 3.- " de amor y pertenencia.
- 4.- " de autoestima.
- 5.- " de autorealización.

NOTA: Se hará una lista para organizar prioridades de problemas y/o necesidades.

⁽²⁾ Murray Mary Ellen, Atkinson Leslie Op cit ; pp 59-60

EMFERMERA – PACIENTE – FAMILIAR coordinarán la planeación para modifica acuerdos y desacuerdos en la atención, previendo lo más oportuno para la paciente.

Determinación de objetivos

En concordancia con la paciente y el familiar sobre los problemas enunciados, se establecerá lo que queremos lograr con el paciente y en que tiempo.

Es posible que de acuerdo a las necesidades prioritarias, se establezcan los:

Objetivos Intermedios.

Estos serán los que puedan lograrse o alcanzarse de Inmediato y lo más urgente para el paciente.

Objetivos a Largo Plazo.

Aquí se pretende identificar el máximo nivel de funcionamiento posible para un paciente a largo plazo.

Se pronosticarán los problemas del sujeto, los recursos disponibles, los puntos fuertes y débiles del paciente y su familia, las habilidades de atención y manejo de enfermería.

Intervenciones de enfermería

Actividades específicas que la enfermera planea y realiza a fin de ayudar al paciente a lograr un objetivo.³

Garantía de calidad

El concepto de garantía de calidad se refiere a la responsabilidad de los profesionales de la salud ante la sociedad respecto a la calidad, cantidad y costos de los servicios proporcionados.

Para obtener calidad en la atención, la implementación de la intervención deberá tener difusión, selección de material y equipo.

⁽³⁾ Murray – Atkinson. Op cit., pp 59-79.

Para obtener calidad en la atención, la implementación de la intervención deberá tener difusión, selección de material y equipo.

Los programas para garantía de calidad en enfermería se consideran sistemas de valoración compuestos de tres dimensiones: Estructura, proceso y resultado.

La dimensión estructural se refiere a la organización en la cual se proporciona el cuidado de enfermería.

La dimensión proceso se enfoca en la ejecución real de las tareas, funciones y actividades de la asistencia sanitaria.

La dimensión resultado se concentra en el bienestar del paciente, esto es, en el resultado final de la atención prestada.

La valoración de la estructura, proceso y resultado es sin duda muy importante, se halla interrelacionada e influye la una sobre la otra. Sin embargo, los efectos obtenidos brindan evidencia clínica de los resultados del tratamiento y confirman finalmente la validez del servicio proporcionado.⁴

La intervención de enfermería es la actividad que emprende la enfermera al identificar problemas específicos.⁵

Tipos de intervenciones de enfermería.

En este apartado esencial del proceso de atención de enfermería, se tomarán acciones de varios grupos para un plan más eficaz:

Manejo del entorno.

Se intentará por todos los medios un ambiente terapéutico seguro:

- Libre de ruidos.
- Higiénico.
- Ordenado.
- Control de iluminación.
- Artículos personales al alcance del paciente, etc.

⁽⁴⁾ Sholtis Bruner Lillian, Smith Sudarth Doris. Manual de Enfermería Medicoquirúrgica .pp 28-29.

⁽⁵⁾ Dugas Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica .pp 520.

Intervenciones iniciadas y ordenadas por el médico.

Se respetará el tratamiento médico, si es necesario se coordinará el manejo y tratamiento enfermera-médico-paciente, de acuerdo a lo convenido por ambos, previa explicación, se harán modificaciones.

Intervenciones iniciadas por la Enfermera y ordenadas por el Médico.

La Enfermera resolverá problemas si es necesario en el momento que reconozca su solución, y al mismo tiempo solicitará intervención del médico para complementar acciones y tenerlas por escrito.

Comunicación. Las indicaciones claras y precisas de lo que se hará y la coordinación con los demás miembros del equipo de salud, previenen las complicaciones durante la ejecución.⁶

Intervenciones iniciadas y ordenadas por la Enfermera.

Se pretende realizar acciones que correspondan al campo de enfermería:

- Enseñanza en materia de salud.
- Asesoría para tomar elecciones informadas.
- Cuidados específicos de enfermería según requiera el tratamiento.
- Apoyo, comodidad y estímulo (coordinación, comunicación con el paciente).
- Valoración y revaloración para identificar respuestas al tratamiento y verificar que se lleve a cabo.
- Planeación del alta y seguimiento del tratamiento en su domicilio.⁷

Fundamento teórico de la acción de enfermería.

En la práctica diaria el fundamento teórico no se sustenta por escrito, en este trabajo se tomará como base algunos principios científicos generales y específicos para cada intervención.

Las acciones de enfermería se basan en principios que se utilizan en la práctica de la enfermería, pueden provenir de cualquiera de los campos científicos.⁸

⁽⁶⁾ Balderas Pedrero Ma. de la Luz. Administración de los Servicios de Enfermería. pp 190-192.

⁽⁷⁾ Murray-Atkinson. Op cit. pp 79-82.

⁽⁸⁾ Dugas Beverly Witter. Op cit. pp 145.

Realización.

Se ejecutará o se llevará a cabo al estar validado por el asesor y presentado por escrito.

La responsabilidad de la ejecución recae en la enfermera, pero incluye al paciente y su familia y a otros miembros de los equipos de enfermería y sanitario que se consideren indispensables. Las actividades de todas las personas implicadas en la ejecución son coordinadas por la enfermera.

Evaluación

Después de su aplicación se evaluará sobre la base de lo esperado en los objetivos, para saber si se cumplen en forma parcial o total.

Lo único que se evalúa es la capacidad del paciente de presentar el comportamiento esperado o descrito en el objetivo.

Se valorará el resultado de la atención de enfermería, en la forma de cambio en el comportamiento o la condición del paciente, es el centro de interés de la evaluación basada en el objetivo.

La evaluación es la última fase del proceso de atención de enfermería y al mismo tiempo es el inicio de un nuevo proceso.

Todas las actividades de Enfermería son enfocadas en el paciente y dirigidas al objetivo; se basan en principios científicos y son ejecutadas con piedad, conocimiento de causa y la mejor voluntad.⁹

De aquí la importancia de su buen desarrollo, para obtener la información adecuada y aplicarlo oportunamente.

La American Nurses Association (ANA) desarrolló una definición básica sobre enfermería, que menciona: "La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales". (ANA, Nursing-A Social policy statement"), 1980.¹⁰

(9) Sholtis Brunner Lillian, Smith Suddarth Doris. Op cit., pp 25-26.

(10) Murray-Atkinson. Op cit., pp 1.

método de solución de problemas que se lleva a cabo con una relación de colaboración entre enfermera y paciente, lo que incluye comunicación interpersonal entre ellos, con la familia y con los miembros del equipo de salud.

Enfermería tiene un rol colaborativo y un rol de ejercicio independiente que implica responsabilidad legal, moral y compromiso de formular sus métodos y sus teorías para atender, ayudar, confortar y guiar con la racionalidad científica que debe tener un profesionista que aplica sus conocimientos y su experiencia en beneficio de la sociedad.¹¹

La administración aplicada a la atención de enfermería exige prever y organizar las acciones, plasmándolas en un proyecto escrito.¹²

De acuerdo con las grandes Teorías de Enfermería retomaré algunos conceptos relacionados con la enfermería:

Acción de enfermería "Propiedad o atributo complejo de las personas formadas y entrenadas como enfermeras que capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer su demanda de autocuidado terapéutico, para ayudar a los demás a identificar su demanda de autocuidado terapéutico, y para ayudar a los demás a controlar el ejercicio o el desarrollo de su acción de autocuidado o de cuidado dependiente".¹³

Es labor de la enfermera formular un cuerpo de principios científicos en el que las decisiones dependan de situaciones precisas que la enfermera comparta con el paciente. La observación con sensibilidad y la selección de datos relevantes constituyen la base de la valoración de las necesidades de enfermería del paciente. La meta de Enfermería es promover la totalidad.¹⁴

La enfermería es una ciencia del ser humano unitario y por lo tanto es única, ya que es la única ciencia que trata de la totalidad de la persona.

(11) Rubio Dominguez Severino. "Teorías y Modelos para la atención de enfermería". En: Antología de textos. ENEO-UNAM. pp 1-3.

(12) Balderas Pedrero Ma. de la Luz. Op cit.,182-184.

(13) Donohue Eben, Jeanne. et. al. "Teoría del déficit de autocuidado. Dorothea E. Orem". En: Antología de Textos. ENEO- UNAM. pp 182-190.

(14) Artigue, Gloria S. et. al. "Los cuatro principios de conservación. Myran Estrin Levin". En: Antología de textos ENEO-UNAM. pp 198-199.

El ejercicio profesional de la enfermería es creativo e imaginativo y su fin es servir a la gente.¹⁵

La enfermería tal y como la entiende Johnson, es una fuerza externa que actúa para preservar la organización conductual del paciente mientras este se encuentra sometido a estrés, forzando sus mecanismos reguladores o bien proporcionándole recursos para ello. Es un arte y una ciencia, que proporciona apoyo externo antes y durante el tiempo que dura la alteración del equilibrio y requiere para ello un buen conocimiento del orden, de sus alteraciones y del control de sí mismas.

Las actividades de Enfermería no dependen de la autoridad médica, si no que son complementarias a la medicina¹⁶

Neuman considera que la enfermería debe aplicarse a la persona en su totalidad. Ve la enfermería como la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan a la respuesta del individuo al estrés.¹⁷

La enfermería es una conducta observable que se encuentra en los sistemas de cuidados sanitarios de la sociedad. El objetivo de la enfermería es ayudar a los individuos a mantener su salud de forma que puedan ejercer su rol. La enfermería se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción.¹⁸

(15) Sebastian Daily, Joann, et.al. "Seres humanos unitarios. MARTHA E. ROGERS". En: Antología de textos ENEO-UNAM pp 209.

(16) Comer, Sharon S. et. al "Modelo del Sistema Conductual. Dorothy E. Jhonson". En: Antología de textos. ENEO-UNAM pp 221.

(17) Beckman, Sarah J. et. al. "Modelo de los Sistemas. Betty Neuman". En: Antología de textos. ENEO-UNAM. pp 236.

(18) Lec Ackermann, Mary. Et. al "Teoría de la consecución de objetivos. Imogene King" En: Antología de textos. ENEO-UNAM. pp 263.

1.2 Aspectos de salud

Por lo anterior, en este momento quiero enfocar un diagnóstico de enfermería sobre "Intolerancia a los alimentos" en una mujer de la tercera década de la vida, con embarazo de 8 semanas de gestación.

Datos estadísticos de incidencia, porcentajes y número de rehospitalización, por intolerancia a los alimentos.

La intolerancia a los alimentos se lleva a cabo aproximadamente en un 50% de los embarazos, y es más notable entre la segunda y duodécima semana de gestación¹⁹.

Su incidencia es de 3-5 embarazos por 1000 embarazos (Zago, 1980)²⁰.

Se cree que esta intolerancia a los alimentos tiene relación con desequilibrio psíquico en la forma de alteraciones en el medio familiar o social en que se desenvuelve la mujer.

Según Date (1989), el 15 al 20% de las mujeres embarazadas presentará algún problema de salud mental que debe tenerse en cuenta en el seguimiento y control de la gestación²¹.

Particularmente en Acapulco, Guerrero, en el H.G.R. "Vicente Guerrero" en el servicio de Gineco-obstetricia, se ha observado el ingreso de 1 - 3 mujeres con intolerancia a los alimentos mensualmente; de las cuales la mayoría reingresa hasta en 3 ocasiones por el mismo diagnóstico, en menos de 2 meses²².

Por lo anterior, se deduce que el tratamiento médico y de enfermería han sido limitados para solucionar el problema. Para que, un tratamiento alcance su objetivo, es indispensable coordinar las acciones con todo el personal involucrado en la atención asistencial; identificando en el paciente los problemas de fondo que lo llevaron a su actual problema real.

(19) Benson Ralph C. "Embarazo normal y cuidados prenatales" en Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico. 5ª edición, edit. El Manual Moderno, México 1989, pp 163-180.

(20) Gonzales Merlo J. Obstetricia, 4ª edición, Masson-Salvat-Medicina, pp 435-436.

(21) Trastornos Neurológicos y Psiquiátricos

(22) Libreta de Egresos y hojas de entrega de turno del servicio de Gineco-obstetricia del H.G.R. Vicente Guerrero, 5º piso, Módulo I,II,III y IV.

Aún cuando el tratamiento incluye la administración de medicamentos para tolerar alimentos; se realizan dietas racionadas con alimentos secos; soluciones intravenosas de líquidos y electrolitos; apoyo emocional y aislamiento de la paciente, se le resta importancia al seguimiento y manejo al egreso del hospital.

En cuanto a la relación de los factores biológicos de intolerancia a los alimentos, se cree que la corteza cerebral pierde capacidad de control sobre los centros subcorticales de la intolerancia a los alimentos más sensible durante el embarazo.

Esta intolerancia suele ser más intensa por la mañana; pero puede ocurrir en cualquier momento y quizá lo precipiten el aroma de algunos alimentos y los olores acres.

De tal forma que puede haber rechazo a los platillos apetitosos fuera del embarazo. También se ha relacionado con la secreción hormonal de gonadotropina corionica y aumento de la producción de estrógenos.

La mujer embarazada con intolerancia a los alimentos tiene cambios significativos en todo el organismo para desarrollo y crecimiento de un nuevo ser; por lo que estos cambios son absolutamente normales y la mujer debe estar preparada para adaptarse a los cambios físicos y biológicos que se presenten, durante su embarazo.

La paciente ama de casa que presentó en este caso, tiene 33 años de edad, dos hijos varones, casada, vive con su esposo, en casa propia con todos los servicios (excepto agua potable), se dedica 100% al hogar, sin diversiones, no realiza ejercicios.

En este sentido se encuentra presionada por el trabajo de la casa, probablemente con estrés en fase de agotamiento por saber que se encuentra embarazada, no descansa lo suficiente y tiene que acarrear agua subiendo y bajando más de 60 escalones.

Como ya es sabido, las mujeres que realizan el trabajo doméstico o de atención a sus hijos en su propio hogar se les puede considerar como desocupadas, además no se analizan los problemas de salud desde la perspectiva de la mujer, ya que existen:

- Enfermedades o procesos que la afectan de modo distinto que al hombre.

- Enfermedades o procesos específicos de la mujer o de algunos grupos de mujeres.
- Enfermedades o procesos que son más prevalentes en la mujer.
- Enfermedades o procesos que son más graves en la mujer o en algunos grupos de mujeres.
- Enfermedades o procesos con distintos factores de riesgo para la mujer o para algunos grupos de mujeres.
- Enfermedades o procesos que requieren distintas intervenciones en la mujer o en algunos grupos de mujeres.

Las labores del hogar pueden exigir a las mujeres desnutridas que trabajan durante largas horas transportando cargas pesadas, preparando comidas en cocinas recalentadas con combustibles generadores de humo y en espacios poco ventilados; la mujer suele estar mucho más expuesta que el hombre, a los combustibles y a los productos químicos. Las lesiones provocadas por los accidentes en el hogar, incluidas las quemaduras y escaldaduras, son a menudo tan frecuentes, como las que se producen en las industrias. Las lesiones esqueléticas producidas por la acción de cargar grandes pesos, tales como el acarreo de agua, en ciertas partes del mundo es más común entre las mujeres que entre los hombres.

La salud en la reproducción implica que las personas tienen la capacidad de reproducirse, de regular su fertilidad, practicar y disfrutar de las relaciones sexuales. Implica además que la reproducción se completa de modo satisfactorio a través de la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo sano del lactante y del niño. Por último implica que la mujer pueda vivir con seguridad el embarazo y el parto, que puede conseguir la regulación de su fertilidad sin riesgo para la salud, y que las personas pueden tener relaciones sexuales seguras.

Los datos demuestran también peligro para la salud que implican los embarazos demasiado precoces, demasiado tardíos, demasiado frecuentes y a intervalos demasiado cortos a lo largo de la vida fértil de la mujer. Los abortos mal realizados pueden poner en peligro la vida, la salud y la fecundidad futura.²³

(23) Cook Rebeca "La salud de la mujer y los derechos humanos", En: Antología de textos. ENEO-UNAM. pp 1-58..

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), y sus complicaciones, no están distribuidas uniformemente entre la población, pues sólo algunos grupos específicos son los que se encuentran en riesgo de adquirirlas o transmitirlos; a ellos se les debe reconocer con el fin de incluirlos en los programas de vigilancia y control. Hay también algunos subgrupos de individuos que sufren particularmente las complicaciones; por ejemplo, las mujeres que inician su actividad sexual a edad temprana y que tienen varias parejas en lapsos cortos.

La mujer embarazada es parte de un grupo específico prioritario para el control de las ETS, ya que estas infecciones pueden alterar el curso normal del embarazo, el parto, puerperio y la lactancia, situación que compromete al binomio madre hijo.

Las ETS pueden constituirse en un evento intercurrente adverso en el curso del embarazo. Los patógenos transmitidos sexualmente juegan un papel importante en la etiología del embarazo ectópico, el aborto espontáneo, los mortinatos, la prematuridad, de las infecciones congénitas, perinatales y neonatales en el producto in utero y en el recién nacido, así como de las infecciones puerperales maternas.

La mujer embarazada con antecedentes de ETS se debe considerar como de alto riesgo desde el inicio de su embarazo; debe ser sometida a escrutinio de actividad y es necesario ofrecerle el diagnóstico oportuno con base en las pruebas de laboratorio disponibles.

En los últimos años se ha demostrado la importancia del virus del papiloma humano (VPH), que se adquiere por contacto sexual, así como el riesgo potencial que tiene de funcionar como un cofactor en el cáncer cervicouterino.

En la mujer se sitúa entre los labios mayores y menores, en el periné, la vagina y el cervix.

No existe tratamiento específico contra el VPH.²⁴

La mujer puede estar en desventaja en el momento de protegerse frente a una infección del VIH, no solo por su carencia de información, si no también por su falta de poder social para negar el coito a su pareja, para insistir en la utilización de preservativos femeninos.

(24) Calderon Jaimes. Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. pp 334-342.

Se ha estimado que por cada mujer que muere por complicaciones obstétricas, de 10 a 15 sobreviven con daños graves perdurables. La incontinencia, el prolapso uterino, la esterilidad y las fístulas acarrear consecuencias, a menudo devastadoras, para la calidad de vida de las sobrevivientes.

El aborto es la primera causa de mortalidad materna en la Región de las Américas.

Las Toxemias contribuyen con el más del 25 % de las defunciones maternas en México.

El abuso de la cesárea constituye un riesgo adicional para la salud materna.²⁵

Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la osteoporosis, la incontinencia urinaria, la artritis, son algunas de las enfermedades que puede sufrir la mujer en México.

Cada tres minutos a una mujer en E.U.A. se le identifica un cáncer de mama. Este cáncer es el más común entre las mujeres, junto con los de piel y es el segundo después del cáncer de pulmón en relación a las mujeres con una predisposición genética. El riesgo para desarrollar cáncer de mama aumenta con la edad.²⁶

1.3.-Factores socioculturales y psicológicos de la mujer.

Entre los Romanos a la mujer se le confió el cuidado de los hijos y se le hizo responsable de la santidad del hogar. No era sujeto de derecho, ni podía ejercer ninguna función jurídica o política. Se dedicaba al cuidado del hogar, a hilar en la rueca, a esperar el matrimonio destinado por el padre y posteriormente, a cumplir los designios del esposo. En esta época existía un gran respeto por la madre y socialmente se reconocía en la medida en que cumplían su función.

Tradicionalmente a la mujer se le asignó la responsabilidad de velar por la honra de la familia.²⁷

(25) Vega Genaro. Salud de la mujer. pp 16-20.

(26) Lewis Carol. Cáncer de Mama. pp 30-31.

(27) Rodríguez Maciel Ma. Cristiana. La mujer moderna. pp 2-3.

Las presiones sociales y religiosas pueden hacer que la mujer adopte una actitud ambivalente respecto de su instinto sexual, al contrario de lo que ocurre en el hombre, cuya virilidad agresiva con frecuencia se presenta y se percibe como un atributo positivo.²⁸

Las lesiones corporales y psicológicas causadas por la violencia que se ejerce sobre las mujeres incluida la agresión física de sus esposos, han sido identificadas, reconocidas y tratadas en forma insuficiente, en parte por la estima asociado con las causas de dichas lesiones.

La mujer sufre dentro y fuera de su hogar agresiones a su integridad y a su cuerpo que atenta contra el concepto de bienestar, seguridad y estima, que forman parte de la salud.²⁹

Además se obtienen datos de maltrato físico que arrojan que de cada 10 mujeres, 4 de ellas son agredidas a golpe. Es importante resaltar que también son sujetas a la agresión moral y verbal por parte de su pareja.

En el siglo XX ha cambiado, lentamente al principio, la posición de la mujer en la sociedad, sin embargo, todavía se ven casos, como el que presento en este trabajo donde la mujer sufre trastornos psicológicos muy severos.

Por otra parte la depresión mayor es una de las enfermedades psiquiátricas debilitantes más frecuente en mujeres. Produce alteraciones personales, familiares y emocionales significativas; la pérdida de la vida y costos de miles de millones de dólares.

Existen factores de estrés que ubican a las mujeres en un riesgo particular e incluyen pobreza, apoyo sociales inadecuados, instrucción menor a la preparatoria, hijos pequeños en casa, dificultades de relación, maritales, o ambas.

Los sucesos estresantes de la vida como son la muerte de un ser amado, o la pérdida de un empleo, pueden a menudo preceder a un ataque de depresión mayor. Sin embargo, la manera en que cada individuo reacciona a los factores de estrés en su vida depende de la genética individual y del carácter.³⁰

(28) Cook Rebeca . La salud de la mujer y los derechos humanos. p.p. 1-58

(29) Ibidem.

(30) Risa Fishman. Depresión en mujeres. p.p. 541-551.

Las disfunciones sexuales son más frecuentes en mujeres, sin embargo, rara vez las reconoce su ginecólogo, en parte debido a que la paciente, el proveedor de atención a la salud, o ambos, tienen resistencia a tratar este tópico.

Las mujeres informan de disfunciones sexuales durante toda su vida.

El 38% de las mujeres manifiestan ansiedad o inhibición durante el acto sexual, el 18 % dolor frecuente y el 58% dificultades orgásmicas significativas.

Las mujeres pueden tolerar un cierto nivel de disfunción sexual antes de considerarlo un problema o referir insatisfacción marital.

La relación sexual esta determinada por una interacción de factores físicos, psicosociales y de relación. Los cambios en un área a menudo se superponen con cambios de influencia en las otras.

Conforme avanza el embarazo declina la actividad sexual. Hay poca comprobación de deseo y reacciones sexuales al término del embarazo.

Exceptuando contraindicaciones médicas, hoy se cree que el coito y el orgasmo son inocuos para el feto.

El impacto de la lactancia sobre reacción sexual y la actividad ha sido más bien pasado por alto.

Los síntomas depresivos posparto también participan en la disminución del deseo. Además, es frecuente que las mujeres reinicien su actividad sexual en beneficio de su compañero a pesar del dolor vaginal. Esta experiencia podría contribuir a su menor interés sexual.

En un porcentaje significativo de mujeres menopáusicas hay decremento de la actividad sexual.³¹

(31) Heiman Julia R. Valoración de la disfunción sexual en mujeres. pp 577-589.

1.4.- Modalidades de la atención médica y de enfermería en intolerancia a los alimentos.

“El tratamiento consiste en hospitalización de la paciente, restringir visitas, incluso las del esposo, durante 24 hrs. para eliminar cualquier influencia ambiental desfavorable; omitir alimentos y líquidos por vía bucal durante 24 horas para dar reposo al aparato gastrointestinal; administración endovenosa de líquidos y electrolitos para prevenir deshidratación y mantener el equilibrio electrolítico; se dan sedantes y psicoterapia para combatir neurosis”.

La enfermera que asiste a la paciente con hiperemesis debe mantener una actitud alegre y optimista y tener paciencia. Tacto y ser comprensiva, Nunca debe dejar que la paciente piense que ella cree que “todo es pura sugestión”. La enfermera debe llevar un registro preciso de la ingesta de líquidos y cantidad de vómito y excreción de orina. Al servir alimentos a la paciente, debe asegurarse que las comidas calientes están en realidad calientes y las comidas frías están frías. Es probable que las comidas ligeras, atractivamente presentadas, sean bien aceptadas por la paciente. Debe evitarse el comentario de comidas, porque ello puede producirle náusea a la paciente. Por la misma razón, suele ser mejor mantener fuera de su vista la vasija para el vómito.³²

“No siempre se tiene éxito con el tratamiento de las náuseas y el vómito, pero se pueden reducir los síntomas. La enfermera debe de valorar el momento en que ocurren las náuseas, los vómitos o ambas cosas para sugerir los métodos útiles para el alivio. En algunas mujeres las náuseas se alivian simplemente si se evitan los olores de ciertos alimentos u otras situaciones que precipitan el problema. Si ocurren náuseas más a menudo al principio de la mañana, puede animarse a la mujer para que trate con diversos remedios simples como comer galletas o tostadas antes de levantarse con lentitud”.

El médico puede ordenar medicamentos a las mujeres que sufren náuseas y vómitos extremos durante el primer trimestre sin embargo, deben evitarse estos fármacos hasta donde se pueda, durante la época señalada a causa de sus posibles efectos teratógenos para el desarrollo del embrión.³³

A pesar de las intervenciones medicas y de enfermería en el Hospital “Vicente Guerrero” el tratamiento y manejo de la intolerancia a los alimentos, las pacientes persisten con las molestias reingresando al hospital y llevando a cabo

³² Bethea C. Doris. Enfermería Materno Infantil. pp 128-129.

³³ Olds S. B., London M.L., Ladewic. Enfermería Materno Infantil. pp 284-286

el mismo tratamiento; que consiste en la aplicación de antieméticos, dieta fraccionada en quintos, soluciones intravenosas, aislamiento estricto y restricción de visita familiar.

A pesar de todos estos factores que intervienen significativamente en el comportamiento de la mujer y sus padecimientos. Hoy la mujer ha de encontrarse a sí misma y rescatarse como persona única e irrepetible, capaz de asumir los retos del futuro y junto con su compañero el hombre, construir una sociedad sin desigualdades de ningún tipo, en la que reúna la paz y la armonía con la naturaleza y cuyas bases sólidas sean de principios universales que se pueden resumir en el amor y el respeto.³⁴

³⁴ Rodríguez Maciel Ma. Cristina. La mujer Moderna, pp 3 .

II.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA (EVALUACION DE ENFERMERIA)

2.1.-Estado Actual

Motivo de ingreso al hospital: Por presentar náuseas y vómitos incoercibles de 20 días de evolución a tal grado que no tolera ningún alimento sólido, ni líquido.

Manejo en el Hogar: con limón y sal, hielo, agua de limón.

Informante: Paciente:

Otro : no la acompaña ningún familiar.

2.2.- Identificación

Nombre: M.C.T.R.

No. de Afiliación: 72 88 62 25 54 2F 66 or Sexo: femenino Edad: 33 años

No. Cama: 546 Lugar de Nacimiento: Acapulco, Gro.

Lugar de Procedencia: cda. Díaz Ordaz # 210 col. 20 de Noviembre.

Tel. 4 87-92-86 Ocupación: Ama de casa.

Nivel socioeconómico observado: bajo

2.3.- Somatometría y signos vitales

Peso actual: 51 kg.

Peso Habitual: 48 kg.

Talla: 1.54 mts.

Presión arterial: 90/70

Temperatura: 37° c

Pulso: 70 x'

Respiración : 20 x'

Frecuencia cardiaca Fetal: No audible con pinard.

Fondo Uterino: 7 cms.

2.4.- Exploración física.

Aspecto General: palidez de tegumentos

Cabeza: normal.

Ojos: con sueño.

Oídos: normales

Nariz: normal

Cara: con facies de angustia.

Boca y garganta (dientes, mucosa, labios):

Molares con caries y dolor intenso ocasionalmente.

Cuello: normal

Tórax: mamas pequeñas con pezón normal.

Pulmones: frecuencia respiratoria por minuto = 20 x'

Corazón: Frecuencia cardiaca por minuto = 70x'
 Riñones (eliminación urinaria): Orina de aspecto normal.

Aparato Genital Femenino tacto vaginal: Utero gestante, cervix cerrado, corto con descarga transvaginal blanquecina. Recto (Tacto Rectal): no se realiza.

Extremidades superiores: normales Miembros Inferiores: con calambres y entumecimiento en miembro pélvico derecho al grado de no poder apoyar la pierna al caminar.

2.5.- Necesidades fisiológicas.

Excreción, No. de evacuaciones en 24 hrs.: una vez de consistencia normal.
 Ultima evacuación: dos horas antes de su ingreso. Patrón normal: sin problema.
 Estreñimiento: nunca lo ha tenido. Otra dificultad: ninguna
 Utilización de laxantes, alimentos para facilitar la excreción: no utiliza nada.
 No. de micciones: 6 en 24 hrs. Características de orina: amarillo ámbar.
 Molestias al miccionar: no refiere ninguna.

Nutrición.

No. de comidas al día: 3 al día.

Preparación general de los alimentos: Lava y desinfecta frutas y verduras, hierve el agua para tomar, lava utensilios de cocina, así como sus manos antes de preparar alimentos.

Alimentos que consume en 24 hrs.

Desayuno: chocomilk, jugo de naranja de bote no natural, café con leche.

Almuerzo: Huevos, chilaquiles.

Comida. Bisteces de res, pollo y/o pescado.

Merienda: Cereales y leche.

Cena: Bisteces, pollo o sobrantes de la comida.

Bocados informales: tacos, picadas, golosinas, tamales.

Alimentos que producen algún malestar: En este momento no apetece nada.

Alimentos que más le agradan: Bisteces empanizados, caldo de pollo rojo, cecina frita, chiles rellenos.

Ayuno: En este momento en ayuno por el momento por el vómito (intolerancia a los alimentos).

Hidratación: moderada.

Reposo y sueño.

Ultimo sueño: fue de 7 hrs. Habituales de sueño.

Problemas para dormir: No descansa profundamente por el pendiente de sus hijos que se levantan dormidos durante el transcurso de la noche y abren la puerta para salirse.

Alteraciones durante el sueño: pesadillas algunas veces.

Sueño superficial: casi todos los días. Sueño profundo: algunas veces

Medicamentos para dormir: no

Observaciones

Ultimamente las noches en el hospital no puede dormir por el ruido de las enfermeras y el teclado de las máquinas de escribir; la luz permanente en el hospital le molesta, ya que su cuarto no tiene cortinas y las ventanas son de cristal y entra la luz.

Sexualidad – Reproducción:

Telarca: 13 años Menarca: 13 años Ritmo Menstrual: 30 por 3 días.

Inicio de vida sexual: a los 18 años.

Ultima menstruación: 5 de Febrero de 1998.

Métodos de planificación familiar: Inicio con inyecciones y las utilizó un año, posteriormente DIU 2 años y los últimos años no utilizó ningún método anticonceptivo.

Decisión del embarazo: su esposo, ella no quería embarazarse.

No. de embarazos: 4 Partos: 2 Abortos: 1 Cesáreas: 0 Obitos: 0

Hijos macrosómicos: 0 Malformaciones congénitas: 0 No. de hijos vivos: 2

Sexo de cada uno de sus hijos: hombres los dos.

Edad de sus hijos: 9 y 13 años respectivamente.

Fecha del último parto: Hace 8 años, marzo de 1990.

Tipo de atención de los partos: En el Hospital General SSA y en el IMSS, los dos fueron eutróficos.

No. de parejas sexuales: una pareja.

Disfunción sexual (referir clara y con precisión las situaciones): No acepta tener relaciones sexuales con su esposo, le da miedo, corre y lo rechaza, además no tiene privacidad en su casa por sus niños, no hay cuartos separados duermen todos en la misma habitación.

Actividades cotidianas

Actividades habituales diarias: atender a su esposo, llevar los niños a la escuela, aseo general de la casa (lavar, planchar, barrer, trapear, preparar los alimentos, etc.), en ocasiones acarrear agua.

Actividades higiénicas: Aseo personal diario, lava sus dientes una vez al día, no acude periódicamente al dentista, cambio de ropa diario.

Actividad y ejercicio

Ejercicio: ocasionalmente aeróbics.	Deporte que le gusta: Fut-bol.
Deporte que practica: ninguno.	Utilidad del tiempo libre: ver telenovelas.
Dificultad para hacer ejercicio: no	Fatiga: sí al hacer cualquier esfuerzo.
Sedentarismo: no	Ejerce profesión: no tiene.

2.6 Necesidades de amor y pertenencia.

Casada: si

Convivencia familiar (con esposo, hijo, padre, vecinos, amigos, etc.): Conviven muy poco toda la familia, su esposo trabaja todo el día, no visita a sus amistades, visita ocasionalmente a sus vecinos por compromiso de alguna invitación; visita a su madre esporádicamente.

Quejas (paternales, maritales, abusos, problemas conyugales): Se queja de su esposo, dice que él la embarazo sin su consentimiento, la engaño asegurándole que no habría embarazo.

Refiere molestarse por cualquier cosa, regaña mucho a sus hijos y les grita, agrega que ella no era así, pero está desesperada por saberse embarazada, además su esposo no le deja dinero cuando se va a trabajar, ya no le permite ir al mercado porque dice que no le rinde el dinero, "si necesito algo tengo que pedir prestado.

Hospitalizaciones previas y causas: en dos ocasiones para atender sus partos previos

Últimamente ha sido internada 3 veces por presentar: náuseas y vómitos durante el primer trimestre de embarazo.

Exámenes periódicos.

Exploración de mamas: normales.

Papanicolaou: cada año, según sea citada, acude oportunamente.

Presión arterial: 90/70

Diabetes: Negativo.

Obesidad: negativo

Vacunas: esquema completo.

Control Prenatal: cada mes con su médico familiar.

Tratamiento previo: para evitar náuseas y vómitos, se autoreceta limón, hielo y sal.

Tratamiento Actual: en hospitalización tiene indicado metoclopramida, 1 ampula intravenoso c/8 hs.

Otros: reposo absoluto, ayuno, solución glucosada al 5% 1000 ml., para 8 hs., alternadas con solución mixta 1000 ml., para 8 hs.

Asistencia a sesiones de grupos (especificar).

Planificación familiar, control de embarazo y del niño sano, diabetes, embarazos no deseados, vacunas.

2.11 Observaciones de enfermería, paciente y familiar.

Comenta que se siente aburrida y enfadada en el hospital, no puede ver sus novelas, no quiere estar en reposo.

Se observa decaída, triste, con deseos de llorar, angustiada, facies sin una sonrisa, pálida.

La madre de la paciente dice: que su hija no puede permanecer en el hospital, porque sus hijos, no hay quien los cuide, se quedan solo jugando, no hacer tareas, no comen bien, porque no hay quién les prepare la comida, no lavan su ropa y se van sucios a la escuela.

La casa se encuentra desordenada, ya que el esposo se va a trabajar todo el día, agrega que es un caos todo, una desorganización.

2.12 Nivel socioeconómico.

Actualmente el esposo trabaja en COMETRA, pero refiere que probablemente pierda su trabajo, ya que en esa empresa continuamente hacen recorte de personal, le da miedo que su esposo vaya a perder su trabajo.

Sueldo mensual: \$ 1,150.00

Alimentos: de \$150.00 a 250.00 semanal .

Vestido: \$700.00

Transporte: 250.00 quincenal

Escuela:\$500.00 anuales.

Servicios en el hogar: \$600.00 mensuales.

Diversiones: \$50.00 al mes.

2.13 PROBLEMAS DETECTADOS

La paciente manifiesta no aceptar ningún alimento; aversión a comer la ingesta diaria recomendada, relacionada con incapacidad de ingerir o digerir el alimento o de absorber nutrientes debido a factores biológicos y psicológicos, en consecuencia se ha confirmado una pérdida de peso.

Se ha observado sequedad de piel y mucosas; debilidad relacionada con pérdida de volumen hídrico activo; falla de mecanismos reguladores.

Expresa irritabilidad, tristeza y falta de autoridad, ansiedad relacionado con el embarazo.

Informa su dificultad para dormir; interrupción del sueño; relacionado con alteraciones sensoriales; internas embarazo) externas por ruido de máquinas de escribir y la luz que entra por su ventana sin cortinas.

Así como también notifica no querer actividad sexual, relacionado con faltas de intimidad o ambiente privado; no desea tener relaciones sexuales: temor a embarazarse o adquirir alguna enfermedad que se trasmite por contacto sexual.

Por otra parte refiere temor relacionado con el cuidado de sus hijos en casa y de que su esposo pierda su trabajo, la empresa esta haciendo corte de personal.

Así mismo siente una falta de respeto de autoridad por parte de su esposo para la educación de sus hijos la madre de la paciente demuestra falta de apoyo moral relacionado con situaciones particulares de la propia familia.

El exceso de trabajo en casa, la falta de diversión y los problemas económicos relacionados con la futura pérdida del trabajo de su esposo.

III.- PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Objetivos

- 1.- La paciente verbalizará la desaparición del vómito, en menos de 6 hrs.
- 2.- Que la paciente ingiera los nutrientes necesarios diarios en calorías.
- 3.- La paciente verbalizará la desaparición de náuseas y tendrá la capacidad de decidirla ingesta de alimentos de su agrado.
- 4.- La paciente conocerá la importancia de la alimentación durante el embarazo y el crecimiento y desarrollo del feto.
- 5.- Ofrecer por escrito una guía de alimentos para su ingesta diaria .

Necesidades nutricionales y de líquidos.

3.1 Informa no aceptar ningún alimento; aversión a comer la ingesta diaria recomendada, relacionada con incapacidad de ingerir o digerir el alimento o de absorber nutrientes debido a factores biológicos y psicológicos.

Intervenciones de enfermería.

- 1.- Vigilar náuseas y características de los vómitos.
- 2.- Ofrecer dieta a complacencia.
- 3.- Valorar su alimentación habitual y diario.
- 4.- Medición del peso diario.
- 5.- Toma de destrostix y albustix.
- 6.- Medición de signos vitales.
- 7.-Explicar e informar la importancia de la alimentación durante el embarazo, para el crecimiento y desarrollo del feto.
- 8.- Vigilancia estrecha las 24 hrs.

Fundamento teorico.

1.- La inapetencia, la náusea y el vómito pueden a menudo, prevenirse eliminando estímulos indeseables del medio ambiente.³³

2.-Se requiere energía adicional durante el embarazo por aumento en la cantidad de tejidos maternos (principalmente útero, mamas y el crecimiento y desarrollo del feto y la placenta).

La nutrición de la madre desde el momento de la concepción es un factor importante para el desarrollo de las vías metabólicas del lactante y de su futuro bienestar.³⁴

3.- Se requiere 300kcal/día adicionales durante el embarazo.

4.- El aumento de peso en la gestación normal se cifra en 9-10 Kg.³⁵

5.- Según la OMS, no puede considerarse bien controlada una gestación si dicho control no empieza antes de las 20 semanas.³⁶

Proteinuria.- Se consideran como tal cifras de 300 mg. o más de proteínas por litro. La proteinuria depende de la gravedad de la enfermedad (preclampsia, eclampsia y la hipertensión gestacional).

Al principio puede no haberla o pueden encontrarse solo indicios. Cuando la preclampsia es grave, se encuentran 5 g o más en orina de 24 hrs.³⁷

6.- Los signos vitales son muy importantes para cualquier paciente y sobre todo en mujer embarazada, la presión arterial es de vital cuidado ya que:

El embarazo puede inducir una hipertensión en mujeres previamente normotensas o bien puede agravarla en mujeres ya de por sí hipertensas.³⁸

(33) Dugas. Tratado de enfermería práctica, p.p. 408

(34) Benson Ralph C. Embarazo y cuidados prenatales, p.p. 178-179.

(35) González Merlo J.. Obstetricia. 199-204.

(36) Ibidem. p.p.199

(37) Ibidem p.p. 357.

(38) Ibidem. p.p.351.

7.- Las situaciones desconocidas pueden provocar miedo.

Las explicaciones sobre el embarazo, el trabajo de parto y el alumbramiento ayuda para aliviar algunos temores y las preocupaciones de la madre.

La explicación e información ayudan a culminar un proceso de embarazo y parto maravillosos.

8.-La vigilancia estrecha permite la atención oportuna y un tratamiento precoz.

Evaluación

La paciente expresa no tener náuseas, ni vómitos 8 hrs. después de su ingreso.

Al iniciar la ingesta de alimentos se observa comer adecuadamente, en cantidad y calidad, sin ningún problema.

La señora M. Identifica y reconoce la importancia de la alimentación para su futuro hijo, y promete mantener una adecuada alimentación en el transcurso de su hospitalización y en su hogar, esta convencida de consumir una ración de cada grupo de alimentos, no embutidos, ni enlatados y aumentar la cantidad de líquidos en el tercer trimestre.

Emite que le será de mucha utilidad la guía de alimentos para su combinación.

Objetivos

1.- Mantener un equilibrio homeostático tanto como sea posible y restablecer un equilibrio que ha sido alterado.

2.- Que la paciente identifique la cantidad de líquidos requeridos en 24 hrs..

Necesidades nutricionales y de líquidos

3.2- Sequedad de piel y mucosas: debilidad relacionada con la pérdida de volumen hídrico activo; falta de mecanismos reguladores.

Intervenciones de Enfermería

1. Medición de signos vitales, datos de hipotensión.

2. Canalizar vena y mantener permeable.
3. Valorar la administración de soluciones coloides.
4. Control estricto de líquidos.
5. Toma de muestras de sangre y orina para envío al laboratorio.
6. Informar sobre su tratamiento y efectos más importantes.
7. Explicar a la paciente la necesidad de líquidos para el organismo.
8. Valorar y notificar al médico datos de alarma.
9. Hacer a la paciente participar en la planeación de su atención; explicarle como puede optimizar el tratamiento médico y de enfermería para promover la recuperación.

Fundamento teórico.

1. Los signos vitales de complicación grave son aumento en la frecuencia del pulso, aumento en la temperatura, hipotensión, anuria.
- 2.- El tratamiento con líquidos y electrolitos intravenoso contribuirá a la restauración del equilibrio hemodinámico.

Los líquidos representan alrededor del 60% del aumento del peso corporal normal durante el embarazo, y esto se refleja en el 30-50% que aumenta la volemia de la madre.

3.- Los datos de valoración constituyen valores de referencia para comparar las mediciones posteriores, que pueden indicar cambios en las condiciones y la necesidad de ajustar el plan de tratamiento de enfermería y médico.³⁹

La deshidratación llega a reducir el volumen sanguíneo, circulante, dando por resultado disminución del riesgo periférico.

(39) Murray-Atkinson. Proceso de atención de enfermería. p.p.151.

4.- La ingestión de líquidos equilibra, normalmente, la pérdida de líquidos.

Cuando se pierden o retienen líquidos en cantidades excesivas, hay una pérdida o ganancia relativa de electrolitos.⁴⁰

5.- La disposición a aprender cambios en el modo de vida comienza en la fase de recuperación de la enfermedad; la cooperación y el apoyo de todos los implicados da por resultado un plan más realista y una mayor participación en el.⁴¹

Evaluación

Signos vitales en cifras normales, mucosas hidratadas, BH 10.4, participa en su tratamiento, se mantiene tranquila en reposo, con periodos de sueño.

Objetivos

- 1.- Corregir las emociones y ayudar a enfrentarlos.
- 2.- Mantener la estabilidad emocional durante el embarazo.
- 3.- Prevenir alteraciones emocionales de mayor grado.
- 4.- Que la paciente se adapte a su situación actual.

Necesidades de reposo y sueño.

3.3 Expresión verbal de irritabilidad, tristeza, falta de autoridad, ansiedad relacionada con el embarazo.

Intervenciones de enfermería.

- 1.- Valorar y explicar los factores que contribuyen a sus cambios emocionales durante el embarazo.
- 2.- Proporcionar ambiente tranquilo y cómodo en la habitación del paciente.

(40) Dugas. Tratado de enfermería práctica, p.p. 458.

(41) Murray-Atkinson. Proceso de atención de enfermería, p.p. 145.

- 3.- Valorar ansiedad y depresión (escala de Zung 1991).
- 4.- Proporcionar terapia afectiva.
- 5.- Propiciar la práctica de una actividad manual.
- 6.- Enseñar a la paciente algunos ejercicios de yoga.
- 7.- Valorar y notificar al médico algún cambio, si es necesario sugerir la valoración de un psicoterapeuta.

Fundamento teórico.

1.- La percepción de miedo y sentirse amenazada, acompañada de una sensación de vulnerabilidad y de preparativos para reaccionar, es un aspecto que caracteriza a los estados mentales temerosos o ansiosos.⁴²

2.-La soledad agrava la ansiedad.⁴²

El logro de buen humor y sabiduría, el empleo de perspectivas filosóficas o religiosas durante las situaciones productoras de tensión y la creación de identidades y capacidades nuevas son métodos creativos para afrontar los problemas y lograr crecimiento personal ante la crisis.⁴³

3.- La valoración de ansiedad y depresión identifica el grado de ansiedad y depresión que se encuentra el paciente:

- Dentro de lo normal, sin psicopatología.
- Presencia de depresión mínima o ligera.
- Presencia de depresión moderada o marcada.
- Presencia de depresión severa o extrema.⁴⁴

(42) Mardi J. Harowitz. Tensión (estrés) y mecanismos de defensa. p.p. 43-52

(42) Dugas. Enfermería práctica. p.p. 173.

(43) Mardi J. Harowitz. Tensión (estrés) y mecanismos de defensa. p.p. 43-52.

(44) Zung 1991.

4.- Los trastornos afectivos acompañados de inferioridad e indiferencia son datos de depresión.

5.-La ansiedad puede aliviarse con frecuencia mediante actividades recreativas.⁴⁵

6.-La actividad física ayuda a aliviar la tensión muscular.

7.- La psicoterapia es un término amplio utilizado para describir procesos terapéuticos en los que se usan las destrezas del terapeuta y la relación entre éste y la paciente para tratar de aliviar alteraciones psicopatológicas.

Evaluación

La paciente acepta la ayuda emocional y psicoterapeuta, intentando comprender y aceptar las medidas que sean pertinentes, así como va a invitar a su esposo y a su familia para platicar juntos y encontrar una solución , ya que siente que es necesaria.

Esta realizando ejercicios físicos y mentales (yoga), además en el tiempo libre borda una servilleta y platica con sus familiares, menciona sentirse contenta y espera superar sus trastornos emocionales para que su futuro hijo llegue a un ambiente bonito, refiere que quiere que su bebe sea niña.

Objetivos.

1.-Promover la comodidad del paciente.

2.- Prevenir y corregir el malestar.

3.-Asegurar el reposo, sueño y descanso mínimo de 6-8 hrs. diarias.

Necesidades de reposo y sueño.

3.4 Expresión verbal de dificultad para dormir; interrupción del sueño; relacionado con alteraciones sensoriales; internas (embarazo y estrés psicologico): externas; por ruido de máquinas de escribir y la luz entra por su ventana sin cortinas.

(45) Dugas. Tratado de Enfermería práctica. p.p. 173.

Intervenciones de enfermería

- 1.- Valorar y explicar los factores que contribuyen a sus cambios emocionales durante el embarazo.
- 2.- Proporcionar ambiente tranquilo y cómodo en la habitación del paciente.
- 3.- Realizar técnicas de relajación (fricción dorsal).
- 4.- Vigilar patrón del sueño.
- 5.- Ayudar a mejorar la aptitud física.

Fundamento teórico.

- 1.- La fatiga y el cansancio son frecuentes al inicio del embarazo.
- 2.- Los períodos de sueño son un componente esencial del ritmo circadiano del humano.
- 3.- Es necesario dormir suficiente para un funcionamiento físico y psicosocial óptico.
- 4.- Pueden ocurrir trastornos de las características normales del sueño causadas por cambios en la forma de vida ordinaria, problemas sociales, emocionales y físicos, y a consecuencia de irritaciones o malestar de poca importancia, además del dolor.⁴⁶

El ejercicio físico es el conjunto de fenómenos mecánicos musculares que determinan la actividad armónica útil del organismo; tiene muchos beneficios:

- Aumenta el desarrollo de los músculos.
- Conserva el tono muscular y mejora la postura.
- Disminuye la tensión emocional, sobre todo si la actividad es agradable y requiere concentración mental.

(46) Dugas. Tratado de enfermería práctica. p.p. 260.

- Favorece el funcionamiento del corazón y mejora la capacidad respiratoria.
- Evita pérdida de calcio en los huesos.
- Control de peso.
- Ayuda a dormir mejor, Etc.

Fatiga psicológica se caracteriza porque la persona despierta cansada, durante el día se va sintiendo bien y al llegar la noche está descansada o porque aparece cuando hay alguna obligación que no nos atrae y desaparece cuando se elimina dicha obligación.⁴⁷

Evaluación

La paciente refiere sentir bienestar físico y mental, tranquila cómoda.

Esta en reposo relativo y descansa dormida 8 hrs. diarias durante la estancia hospitalaria.

Se encuentra en sesiones psicológicas con especialista, para prevenir complicaciones.

Objetivos

- 1.- Mantener relación sexual normal.
- 2.- Evitar una separación de pareja o divorcio.
- 3.- Prevenir conflictos familiares.
- 4.- Planificar su familia.

Necesidades de sexualidad y reproducción

3.5 Informe verbal de no querer actividad sexual, relacionado con falta de intimidad o ambiente privado; no desea tener relaciones sexuales; temor a embarazarse o adquirir alguna enfermedad que se transmite por contacto sexual.

(47) Higashida. Ciencias de la salud. p.p. 327-33.

Intervención de Enfermería

- 1.- Valorar factores que contribuyen a la disfunción sexual.
- 2.- Orientación sobre educación sexual.
- 3.- Explicar de la necesidad de una terapia de pareja.
- 4.- Solicitar envío a psicología y/o sexología.
- 5.-Orientación sobre planificación familiar y obtener consentimiento informado.
- 6.-Terapia afectiva.

Evaluación

La paciente acepta el plan que se tiene con ella , intenta ponerlo en práctica y continuará con su tratamiento en el hogar y agradece el apoyo del personal de salud, además le da gusto que su esposo también haya aceptado.

Acepta firmar consentimiento informado con la opción de Obstrucción Tubarica Bilateral en comunicación con su esposo.

Objetivos

- 1.- Propiciar la organización y planeación de las actividades en el hogar.
- 2.- Facilitar el trabajo en casa con su familia.
- 3.- Evitar inquietudes que alteren su estado emocional.
4. Asegurar la armonía familiar, durante y después del embarazo.
- 5.- Ofrecer opciones de trabajo en el hogar para ayudar con los gastos de la familia.

Necesidades de protección y seguridad

La paciente refiere exceso de trabajo en casa relacionado con falta de ayuda por los integrantes de la familia, y menciona crisis financiera relacionado con

organización o planeación familiar insuficientes; dificultad financiera (salario insuficiente y posible pérdida del trabajo de su esposo).

Intervenciones de enfermería

- 1.- Explicar e informar a la paciente de asignar responsabilidades a sus hijos y esposo.
- 2.- Informar a la familia de las decisiones tomadas por la paciente.
- 3.-Orientar sobre posibles formas de trabajo en el hogar.

Evaluación

La familia acepta participar en las actividades de la casa.

Esposo inicia la búsqueda de un nuevo trabajo por la amenaza de perder el actual.

La paciente refiere hacer manualidades en su hogar.

Conclusiones

Del análisis del proceso atención de enfermería se concluye la verdadera importancia de su utilización como instrumento de trabajo, ya que de él se desprenden poco a poco la problemática real y potencial por la que atraviesa un paciente, desde este enfoque integral podemos descubrir que la causa principal del problema del paciente desde la llegada al hospital, no es por la que llega, si no más bién trae consigo arrastrando problemas que de alguna manera busca resolverlos en el hospital o por lo menos que se le guíe para su resolución.

Desprende de tal forma los sentimientos ocultos de las personas y/o pacientes que el personal de enfermería deberá tener el tacto y la capacidad de valorar e identificar los problemas para su solución.

Como enfermera de hospital me llevó, a reflexionar en la atención que ofrecemos a los pacientes, y que no tan solo podemos observar superficialmente, si no, la valoración y observación va más allá de lo que a simple vista se deja ver, es necesario brindar confianza, seguridad y apoyo, así como la garantía y seguridad de que su problema se va a resolver o por lo menos se hará hasta lo imposible por ayudarlo.

Recordemos que la forma más adecuada para llevar a cabo nuestras acciones como enfermeras es utilizando como herramienta el proceso atención de enfermería y sobre todo el conocimiento, como instrumento para introducir cambios en nosotros mismos y en consecuencia cooperar con los demás.

De lo anterior podemos deducir la **misión de la enfermera** es aplicar los fundamentos teórico metodológicos del proceso atención de enfermería para ayudar al paciente a incorporarse a sus actividades normales, con sentido ético y humanista, elevando la calidad de la atención, en un marco de valores humanos, actuando con orgullo a la labor realizada.

Por otra parte lleva consigo su **visión como enfermera** que será la de estar comprometida y ser reconocida por el gremio al ofrecer una atención integral de calidad, con valores morales, con un sentido holístico, que satisfaga las necesidades del derechohabiente, estando a al vanguardia de los cambios tecnológicos, con capacidad de innovación, adaptación y aprendizaje continuo.

Sugerencias

- Se propone hacer un análisis estratégico desarrollando las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que tenemos como personal de enfermería para sugerir las estrategias oportunas en cada uno de los puntos del proceso atención de enfermería.
- Desarrollar un programa educativo por competencia sobre el proceso atención de enfermería en cada una de las especialidades o por grupos de padecimientos más frecuentes en el hospital.
- Exhortar al personal de enfermería a la realización de talleres para habilitarnos en el proceso atención de enfermería adecuado, oportuno, con sentido calidad y sobre todo con sentido humano.
- Contar con el proceso atención de enfermería por escrito de acuerdo a la especialidad o al tipo de paciente de que se trate en los servicios correspondientes.
- Proponer a las compañeras de LEO tituladas por la opción del proceso atención de enfermería de este hospital, obsequien una copia al centro de documentación, para que sirva de guía para próximas generaciones.
- Aplicar durante toda la jornada de trabajo el proceso atención de enfermería en coordinación con las compañeras de todos los turnos, el médico, la dietista, trabajo social, asistente médica, y sobre todo con la familia del paciente.
- Evitar duplicación del trabajo.
- Fomentar la comunicación en el manejo integral de la paciente con todo el personal multidisciplinario, trabajando en armonía con espíritu de cambio, de innovación, adaptación y aprendizaje continuo.
- Plasmar todas las actividades realizadas en el paciente-familia, en la hoja de registros clínicos y de enfermería correspondiente, escribir, escribir, escribir, sin omitir ningún dato relacionado con el tratamiento y cuidado del nuestro paciente.

- Realizar el proceso atención de enfermería en lesiones tempranas del cervix uterino en coordinación con la norma oficial para diagnóstico y tratamiento de lesiones tempranas del cervix uterino.
- Elaborar el proceso atención de enfermería en Preclampsia Eclampsia de acuerdo con la norma oficial del IMSS.
- Formar un manual del proceso atención de enfermería en relación a los principales programas prioritarios de salud, para estandarizar su aplicación adaptando el diseño de acuerdo al paciente, para individualizar a la persona respetando sus diferencias en relación con otras, sin perder de vista la responsabilidad que tenemos como enfermeras.
- Desarrollar un curso educativo por competencias sobre el proceso atención de enfermería en Gineco-obstetricia.
- Programar sesiones clínicas del proceso atención de enfermería por especialidades de los servicios, enfocadas al plan de atención de enfermería.

Bibliografía

- 1.-ANTIGUE, Gloria S. et. al. “Los cuatro principios de conservación. Mira Strin Levin”, p.p. 198-199. SUA-ENEO.
- 2.- BALDERAS Pedrero Ma. de la luz. Administración de los Servicios de Enfermería. 2ª. Edición, edit. Interamericana- Mc. Graw- Hill. p.p. 190-192.
- 3.-BECKMAN, Sarah J. Et. al. “Modelo de los Sistemas Betty Neuman”. p.p. 236.
- 4.- BENSON Ralph C. “Embarazo normal y cuidados prenatales” en Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico. 5ª edición, edit. El manual moderno, México 1989, p.p 163-180.
- 5.- BETHEA C. Doris. “Enfermería Materno Infantil”. 3ª Ed., Interamericana 1985. pp 128-129.
- 6.- BRUNNER - Smith “ Manual de Enfermería medicoquirúrgica. 4ª edición. Edit. Interamericana- MacGraw- Hill. México 1984,p.p. 25-26.
- 7.- CALDERONJaimes. Tratamiento y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Rev. Salud Pública de México, vol. 41, No. 4, julio- agosto de 1999.p.p. 334-342.
- 8.-CARDONA Pérez A.. Norma Técnica para la Vigilancia Materno Infantil. p.p. 9-16.
- 9.- COOK Rebeca. “La salud de la mujer y los derechos humanos”, publicación científica No. 553. OPS,1996 p.p. 1-58 . ENEO- UNAM.
- 10.-CORNER, Sharon S. et al “Modelo del Sistema Conductual DOROTHY E. JHONSON”.p.p. 221. ENEO- UNAM.
- 11.-DONOHUE Eben, Jeanne. Et al. “Teoría del déficit de autocuidado. Dorothea E. Orem”. p.p.182-190.
- 12.-DUGAS . Tratado de Enfermería Práctica, 3ª. Edición, Interamericana, p.p. 541-551.

13.- GONZALEZ Merlo J. Obstetricia, 4ª edición, Masson- Salvat-Medicina, p.p. 435-436.

14.-HAROWITZ Mardi J. Tensión (estrés) y mecanismos de defensa. Clínicas de Norteamérica. Interamericana. p.p. 43-52.

15.-HEIMAN R. Julia. Valoración de la disfunción sexual en mujeres. Clínicas de Norteamérica. Interamericana. p.p. 577-589.

16.-HIGASHIDA. Ciencias de la salud. Interamericana. p.p. 327-333.

17.-KRAUSE, Nutrición y Dietología, 8ª. Edición, Interamericana-McGraw-Hill, p.p. 243-260.

18.-LEE Ackerman, Mary. Et al “Teoría de la consecución de objetivos, IMOGENE KING” p.p. 263.

19.-LEWIS Carol. Cáncer de Mama. Rev. Directorio Médico, julio-agosto 1999. p.p. 30-31.

20.- Libreta de egresos y hojas de entrega de turno del servicio de Gineco-obstetricia del H.G.R. “Vicente Guerrero”, 5º piso.

21.- MURRAY- Atkinson. Proceso Atención de Enfermería, 5ª edición, Mc. Graw HILL- Interamericana 1996. p.p. 1-82.

22.-OLDS S.B. y col. “ Enfermería Materno Infantil” 2ª Edición., Interamericana. pp 284-286.

23.-RISA Fishman. Depresión en Mujeres, Clínicas de Norteamérica, Interamericana, p.p. 541-551.

24.- RODRIGUEZMaciel Ma. Cristina. La mujer moderna. Directivo Médico, Marzo-abril 1999. 2-3.

25.- RUBIO . “Teorías y Modelos para la atención de enfermería”

26.-SEBASTIAN Daily, Joann, et al. Seres Humanos Unitarios, Martha Rogers. p.p 209. SUA-ENEO.

- 27.-VELAZCO Orellana Rubén. El patrón de incremento ponderal durante el embarazo normal, Ginecología y Obstetricia de México, p.p. 98-102.SUA-ENE0.
- 28.- VEGA Genaro. Condiciones de salud en las Américas. “ Condiciones de salud en las americas, salud de la mujer”, Rev. Directivo Médico. Noviembre-Diciembre 1996.
- 29.-WILLIAMS y col. “Salud Materno Infantil”. Editorial Manual Moderno. pp 82-85.
- 30.- ZUNG. Escala de Zung, para valorar ansiedad y depresión . 1991.

ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA