



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL MODELO DE  
VIRGINIA HENDERSON A UN PACIENTE CON ALTERACIÓN EN LAS  
NECESIDAD DE:

OXIGENACIÓN, ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN Y  
COMUNICACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A:

ANA KAREN ESTRADA PÉREZ

4 1 1 0 5 0 6 6 7

ASESORA: DRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

Ciudad de México, Noviembre 2017.



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.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
OBJETIVO GENERAL .....	7
OBJETIVO ESPECIFICO .....	7
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>8</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>9</b>
DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	9
DESARROLLO HISTÓRICO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	9
ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	12
<b>Valoración.....</b>	<b>12</b>
<i>Diagnósticos de Enfermería.....</i>	<i>16</i>
<i>La taxonomía diagnóstica de la NANDA y el modelo de V. Henderson.....</i>	<i>17</i>
<i>Características y clases de diagnósticos .....</i>	<i>18</i>
<i>Componentes de los diagnósticos .....</i>	<i>19</i>
<i>Formulación de diagnósticos.....</i>	<i>20</i>
<b>Planificación.....</b>	<b>21</b>
<b>Ejecución.....</b>	<b>23</b>
<b>Evaluación.....</b>	<b>24</b>
BASE TEÓRICA DE REFERENCIA .....	26
<i>Virginia Henderson .....</i>	<i>26</i>
<i>Principales conceptos .....</i>	<i>27</i>
<b>PATOLOGÍA.....</b>	<b>29</b>
ENFERMEDAD DE GAUCHER .....	29
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....	30
SIGNOS Y SÍNTOMAS .....	32
TRATAMIENTO .....	33
<b>EPIDEMIOLOGÍA .....</b>	<b>34</b>
<b>VALORACIÓN .....</b>	<b>35</b>
DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	35
VALORACIÓN POR NECESIDADES.....	35
1.- <i>Oxigenación.....</i>	<i>35</i>
2.- <i>Alimentación e Hidratación.....</i>	<i>37</i>
3.- <i>Eliminación.....</i>	<i>38</i>
4.- <i>Termorregulación.....</i>	<i>38</i>
5.- <i>Moverse y Mantener Buena Postura.....</i>	<i>39</i>
6.- <i>Descanso y Sueño.....</i>	<i>39</i>
7.- <i>Usar Prendas de Vestir Adecuadas.....</i>	<i>39</i>
8.- <i>Higiene y Protección de la Piel .....</i>	<i>40</i>
9.- <i>Evitar Peligros.....</i>	<i>40</i>
10.- <i>Comunicarse.....</i>	<i>41</i>
11.- <i>Vivir Según sus Creencias y Valores.....</i>	<i>41</i>

<i>12.- Trabajar y Realizarse .....</i>	<i>42</i>
<i>13.- Jugar y Participar en Actividades Recreativas.....</i>	<i>42</i>
<i>14.- Aprendizaje.....</i>	<i>42</i>
SÍNTESIS DE DIAGNÓSTICOS DE NECESIDADES CON DEPENDENCIA .....	43
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>45</b>
<b>PLAN DE ALTA.....</b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>55</b>
<b>GLOSARIO .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>65</b>

## INTRODUCCIÓN

Para aquellos que dedican su vida a la ciencia, nada puede dar mayor satisfacción que aumentar el número de descubrimientos, pero la plenitud de su alegría llega cuando los resultados de sus estudios encuentran aplicaciones prácticas de forma inmediata.

Louis Pasteur

El proceso de atención de enfermería es una forma sistematizada de organizar la información recabada del paciente mismo, que será utilizada para realizar diagnósticos enfermeros los cuales son parte fundamental del plan de cuidados de enfermería, este plan le permite a los profesionales de enfermería brindar un cuidado personalizado para cada individuo ya sea sano o enfermo.

En este caso que se abordara se utilizó el modelo de Virginia Henderson, modelo humanista que refiere catorce necesidades básicas de la persona, estas necesidades deben ser cubiertas para que la persona sea independiente según Henderson.

El proceso de atención de enfermería se ha desarrollado a lo largo del tiempo, enriqueciéndose con las habilidades obtenidas y conocimientos del profesional de enfermería, con la finalidad de que el paciente reciba un cuidado individual e integral con una práctica enfermera eficiente en donde todas las intervenciones sean de calidad y que puedan evaluarse los objetivos planteados por el profesional de enfermería.

Este proceso de atención de enfermería contiene, objetivos generales y específicos, metodología utilizada, marco teórico en donde:

- Se define el proceso de atención de enfermería.
- Su desarrollo histórico y las etapas que este contiene.
- La base teórica que se tomó de referencia, así como también sus principales conceptos.

- Tipos de diagnósticos de enfermería considerando componentes formulación y características de cada uno de estos.
- Patología que en este caso será enfermedad de Gaucher con sus respectivos signos y síntomas además de su tratamiento actual.
- Epidemiología.

Valoración del paciente por necesidades haciendo diferenciación con las necesidades dependientes e independientes, así como su jerarquización, plan de atención, plan de alta, glosario, anexos y bibliografía.

El presente proceso de atención de enfermería, es realizado a una paciente femenina de 39 años, con diagnóstico médico de Enfermedad de Gaucher, que a pesar de tener baja incidencia en nuestro País es una enfermedad complicada que requiere una serie de cuidados específicos además de no ser curable.

## JUSTIFICACIÓN

La enfermedad de Gaucher pronunciado como go-she, tiene poca incidencia en México, sin embargo es necesario como profesional conocer la amplia gama de patologías existentes ya que cada una de ellas presenta diferentes alteraciones en las necesidades de la persona, cuando una patología es de nuestro conocimiento podemos brindar cuidados específicos.

El presente Proceso de Atención de enfermería es con la intención de realizar un diagnóstico de enfermería más certero para la praxis de la profesión, Que permita obtener como resultado en la aplicación del proceso de atención de enfermería una mayor eficiencia, es decir, que los cuidados que se realicen sean la mejor opción, entendiendo que cada cuidado debe tener una fundamentación para que sea una buena atención, esto es necesario ya que es primordial este proceso en el desempeño de la profesión. Al realizar este trabajo fortalezcó el conocimiento de esta herramienta tan importante que es utilizada por el profesional de enfermería y con ello poder obtener el título de Licenciada en Enfermería.

Finalmente cabe mencionar que en la actualidad el profesional de enfermería debe estar capacitado ampliamente en la praxis de esta gran profesión, ya que no solo cuidamos a pacientes enfermos sino somos educadores, promotores de salud, cuidadores y desde luego amigos de las personas que necesitan de nosotros, así que actuar con cariño, vocación y conocimiento debe de ser nuestro estandarte.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo General

Utilizar el proceso de atención de enfermería para brindar cuidados eficaces al paciente con necesidades alteradas.

### Objetivo Especifico

Realizar una valoración correcta que me permita elaborar diagnósticos útiles para proponer los cuidados adecuados que requiere el paciente.

Formular diagnósticos certeros que permitan planificar actividades de enfermería fundamentadas teórica y prácticamente para satisfacer las necesidades de salud del paciente.

Jerarquizar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la necesidad alterada, priorizando el daño que pueda causar al paciente.

Ejecutar actividades de enfermería previamente fundamentadas para atender las necesidades alteradas que fueron consideradas como prioritarias.

Evaluar si las actividades de enfermería propuestas generaron los resultados esperados y cuál fue su grado de funcionabilidad.

## METODOLOGÍA

A) Se aplicó el proceso de atención de enfermería a una paciente de 39 años, con alteración en las necesidades de Oxigenación, Alimentación e Hidratación y Comunicación en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, tomando en cuenta el tiempo de estancia intrahospitalaria, utilizando el modelo de Virginia Henderson.

B) Se eligió a la paciente debido a que presentaba una enfermedad poco frecuente en el país, por lo que fue considerado como un tema de interés.

C) Se solicitó la autorización del paciente y familiares para la realización de este proceso de atención de enfermería, la cual fue aceptada.

D) Se utilizó la metodología del proceso de atención de enfermería utilizando las cinco fases:

- ✓ Valoración: En esta fase se obtuvo información del interrogatorio inicial que le realizaron a la paciente en el primer contacto, además de confirmar lo con una nueva entrevista cuando el paciente se encontraba en medicina interna complementándola con una valoración física cefalo caudal. Se llevó registro de cualquier signo o síntoma que presentara el paciente.
- ✓ Diagnóstico: Se analizaron los datos de la valoración, para la formulación de los diagnósticos de enfermería, utilizando la NANDA.
- ✓ Planificación: Se jerarquizaron los diagnósticos, se establecieron objetivos y actividades de enfermería plasmándolos en el plan de cuidados.
- ✓ Ejecución: Fueron realizadas las actividades propuestas en el plan de cuidados.
- ✓ Evaluación: Se analizaron los resultados obtenidos para determinar si se cumplieron los objetivos propuestos en la planificación.

## MARCO TEÓRICO

### DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve cuidados humanísticos centrados en objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo.<sup>1</sup>

También se define el proceso de atención de enfermería como; “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimiento y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”.<sup>2</sup>

### DESARROLLO HISTÓRICO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería se ha desarrollado con el paso de los años, por primera vez en 1955 Lydia Hall pronuncio en una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia, ella afirma “La asistencia sanitaria es un proceso”. En este sentido, definió como preposiciones fundamentales: “la asistencia sanitaria **a** el paciente, **para** el paciente y **con** el paciente.” Dichos enunciados debían guiar el objetivo del Proceso de Enfermería, podían utilizarse para evaluar el grado de calidad del mismo.

---

<sup>1</sup>Alfaro L. R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevierdoyma, S.L; 2003. p. 4

<sup>2</sup>Reina G. N C, El Proceso de Enfermería: instrumento para el Cuidado. Umbral Científico 2010 18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>. Fecha de consulta: 26 de agosto de 2016.

Década de los sesenta I. J. Orlando con su obra titulada “La relación dinámica enfermera – paciente”, lo que constituye la relación interpersonal, al proponer la realización de acciones deliberadas, establece distinciones entre éstas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería.

Hasta los primeros años de la década de los setenta no aparecía un denominado interés por el proceso, como se mencionó anteriormente Hall definía el objetivo de la asistencia sanitaria, Orlando diferenciaba las fases de dicho proceso en términos de relaciones interpersonales, y otras teóricas se dedicaban a explorar y analizar su filosofía y sus valores.

Así, en 1967 Lois Knowles presentó una descripción de un modelo que contenía las actividades que constituyen el cometido de los profesionales de enfermería. Esta autora sugiere que el éxito lo determina la maestría\* para desarrollar las siguientes actividades:

- Descubrir: el profesional de enfermería adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente; tal información debe contribuir a la prestación de un mejor servicio al paciente.
- Investigar: el profesional de la enfermería utiliza la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos del paciente.
- Decidir: el profesional de enfermería planea el procedimiento a seguir en la asistencia al paciente, decide cuál es la mejor forma de abordar la situación.
- Actuar: desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.

\*Maestría: según el contexto de la literatura revisada se refiere a la capacidad o habilidad.

- Discriminar: establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente.<sup>3</sup>

Wiedenbach, Introdujo el modelo de tres pasos en el proceso de enfermería: identificar la ayuda necesaria, prestar esa ayuda y verificar que la ayuda fue proporcionada.

Heidgerken, Describió las fases del cuidado profesional enfermero como: evaluación de los comportamientos y las situaciones; reconocimiento de los sistemas físicos; diagnósticos; planificación, identificación de las necesidades y coordinación del régimen del cliente a través de todas las fases del cuidado.

McCain, Fue la primera en emplear el término valoración en un artículo publicado en 1965. Utilizo las capacidades funcionales del cliente como marco para la valoración. Recogió y registró los datos objetivos y subjetivos de la valoración.

Knowles, Introdujo un modelo de proceso llamado de las “cinco D”: descubrir, profundizar (en inglés, delve), decidir, hacer (en inglés, do) y discriminar. Señaló que las enfermeras recogían datos sobre la salud del cliente en las dos primeras fases.

Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE) 1967, Enumeró los pasos del proceso de enfermería como: percepción y comunicación; interpretación; intervención; y discriminación.

Catholic University of EE. UU., Propuso cuatro componentes del proceso de enfermería: valoración, planificación, intervención y evaluación.

ANA Standards of Nursing Practice en 1973, Refirió las cinco etapas del proceso: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Hernández C. J., Albert E., Fundamentos de la enfermería Teoría y método, edit. Mc Graw Hill Interamericana, 1999.

<sup>4</sup> Kozier B., Erb G., Olivieri R., Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y práctica, vol. 1, edit. Mc Graw Hill Interamericana, 1998, p. 94.

## ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso enfermero finalmente queda dividido en cinco etapas, las cuales actualmente son utilizadas y son las siguientes:

### **Valoración.**

Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente, por lo que es de suma importancia la participación del paciente, familiares y profesionales que puedan intervenir en la actividad enfermera.<sup>5</sup>

Esta etapa incluye las siguientes actividades:

- ***Obtención:*** recopilar información sobre el paciente o cliente.

La recogida de datos comienza con el primer contacto entre el paciente/ cliente y el sistema de cuidados de salud, ya que se realiza una valoración completa de enfermería en donde se anota toda la información pertinente además la información sigue reuniéndose durante toda la estancia del paciente, esta fase cuenta con recursos y métodos que deben emplearse para reunir información sobre el estado de salud de un individuo.

Estos datos se deben reunir a través de la observación, la entrevista y examen físico se debe considerar la edad para realizar cada uno de estos. Existen dos tipos de valoración de enfermería:

1. valoración de datos fundamentales de enfermería, es exhaustiva; reúne datos sobre todos los aspectos de la salud del cliente, generalmente realizada durante el primer contacto con el cliente.

---

<sup>5</sup>Op. Cit. Fundamentos de la enfermería Teoría y método, 1999. p.132

2. Valoración focalizada de enfermería, orientada a reunir datos sobre un problema específico que ya ha sido identificado, puede realizarse durante el primer contacto, pero generalmente forma parte de la valoración diaria.
- **Validación:** Significa asegurar que la información que ha reunido es verdadera (basada en hechos reales), las siguientes normas pueden ayudar al personal de enfermería a confirmar la información.
    - ✓ Pueden aceptarse como verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medición precisa.
    - ✓ Datos observados por otra persona como resultado de señales no verbales y verbales pueden ser verdaderos o no, así que la enfermera debería verificar la información mediante la observación y la entrevista directamente con el paciente.

La validación de los datos puede realizarse de la siguiente manera:

- I. Revisar los propios datos.
  - II. Comprobar que no existan factores transitorios capaces de alterar la precisión de los datos.
  - III. Revisar siempre los datos que son extremadamente anormales.
  - IV. Solicitar a un experto que obtenga el mismo dato.
- **Organización de los datos:** Una vez reunidos y validados los datos de valoración, la información está en condiciones de organizar, dichos datos estos ayudaran a identificar los problemas de salud, reales o potenciales, sin perder de vista el objetivo de enfermería.

- **Identificación de los modelos:** Se elige un modelo que en este caso es el de Virginia Henderson modelo de las catorce necesidades y se obtienen datos adicionales para cubrir las lagunas existentes.<sup>6</sup>

### Diagnóstico

Se considera a este segundo paso como la fase final de valoración, ya que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado. Por lo tanto, el **diagnóstico** es un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera.<sup>7</sup>

Gordon en 1976 describe el diagnóstico de enfermería como “un problema de salud real o potencial que las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar. Shoemaker considera el diagnóstico de enfermería como “un juicio clínico acerca de un individuo, familia o grupo que deriva de un proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos”.

Las fases son:

- **Análisis de los datos:** Los datos que se adquirieron en la primera fase del proceso de atención son analizados para identificar cuáles serán los diagnósticos enfermeros, de acuerdo con las necesidades que están alteradas.

---

<sup>6</sup>Alfaro L. R., Aplicación del proceso de enfermería, guía práctica, edit. Doyma, S.A., 1988, p. 19

<sup>7</sup>Op.cit., Fundamentos de la enfermería Teoría y método, 1999. p. 133

- **Identificación de los diagnósticos de enfermería:** En el proceso de identificación de los diagnósticos de enfermería, se conoce de forma clara y correcta los diagnósticos y para establecer estos diagnósticos es importante conocer cómo se identifican los problemas de salud en general, algunas enfermeras utilizan un enfoque en donde interrogan sistemáticamente para determinar la presencia de diversos problemas posibles, mientras que otras los identifican rápidamente con un mínimo de preguntas. La rapidez y exactitud del proceso de identificación de problemas dependen de los conocimientos y destreza de cada enfermera.
- **Identificación de los problemas interdependientes:** Es importante definir que es un problema interdependiente así que Carpenito define un problema interdependiente como “un problema real o potencial que puede aparecer como resultado de complicaciones de la enfermedad primaria, estudios, diagnósticos o tratamientos y que puede prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes, o de colaboración, de enfermería”.

Diagrama que muestra ejemplos de posibles complicaciones potenciales (problemas interdependientes) como resultado de enfermedad, tratamiento médico o quirúrgico o pruebas diagnósticas.<sup>8</sup>

Enfermedad / diagnóstico médico	Tratamiento médico/ quirúrgico	Estudio diagnóstico
↓	↓	↓
Diabetes	Quimioterapia	Cateterismo cardíaco
↓	↓	↓
Hiper / hipoglucemia	Flebitis / Infiltración	Oclusión arterial

<sup>8</sup> O.p. cit., Aplicación del proceso de enfermería, guía práctica, p. 61

## Diagnósticos de Enfermería

Un diagnóstico constituye esencialmente una declaración que identifica la existencia de un estado anómalo.

La enfermera en virtud de sus actuaciones en el ejercicio de su profesión, tiene bajo su responsabilidad el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud. El diagnóstico de enfermería tiene como tarea principal examinar aquellas áreas en donde se detecten funciones de enfermería de carácter independiente, es decir, aquellas que se pueden desarrollar sin la colaboración del médico o de otros profesionales de la salud.

Estas funciones son:

- a) Planteamientos preventivos tales como la educación, cambio de actitudes y análisis de problemas.
- b) Planteamientos correctores, como pueden ser obligar que se cumplan los tratamientos o forzar la toma de líquidos.

Este enfoque sobre las funciones independientes de enfermería no sólo evita duplicaciones e intrusismo, sino que además confirma la definición y validez de lo que constituye el ejercicio de la enfermería.

Se han hecho distintas definiciones del diagnóstico de enfermería. A continuación, se mencionan algunas de ellas.

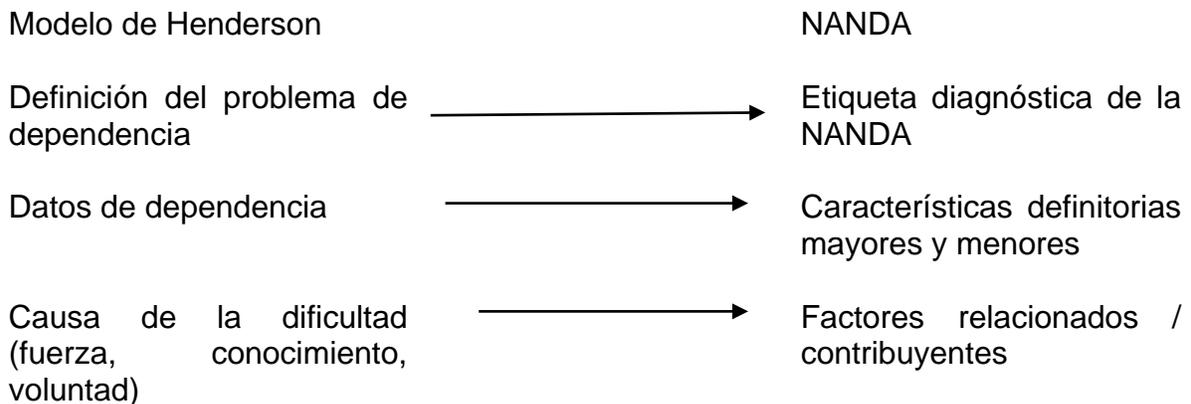
- ❖ El diagnóstico de enfermería es la expresión del problema de un paciente, a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser corregido por la propia enfermera (Mundinger y Jauron, 1975).
- ❖ Los diagnósticos de enfermería o clínicos hechos por enfermeras profesionales describen los problemas de salud, reales o potenciales, que

las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, son capaces de tratar y están autorizadas para ello (Gordon, 1976).<sup>9</sup>

### La taxonomía diagnóstica de la NANDA y el modelo de V. Henderson

De acuerdo con el modelo de Henderson, la identificación de los problemas de salud de la persona en los que la enfermera tendrá una intervención autónoma, se obtendría interrelacionando los diferentes datos de dependencia que se hayan obtenido en la fase de valoración de las 14 Necesidades Básicas.

La nomenclatura se utiliza al determinar los problemas identificados al finalizar la fase de valoración, es de la Taxonomía Diagnostica correspondiente a la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, IX conferencia, 1990), ya que su escritura permite realizar una analogía en su configuración, de acuerdo con el modelo de Henderson, Así:



<sup>9</sup>Lyer P., Taptich B., Bernocchi L. D., Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, edit. McGraw – Hill interamericana, 1988.

## Características y clases de diagnósticos

Los diagnósticos de la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente. Como en toda taxonomía, estos diagnósticos están agrupados sistemáticamente según determinadas características, normas, reglas y criterios previamente establecidos.

De acuerdo a la fuente de información utilizada contiene el número de diagnósticos establecidos hasta la IX Conferencia de 1990 y era de 99, los cuales están agrupados en nueve patrones de respuesta humana:

1. Intercambio.
2. Comunicación.
3. Relaciones.
4. Valores.
5. Elección.
6. Movimiento.
7. Percepción.
8. Conocimientos.
9. Sentimientos

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

Los diagnósticos se clasifican en REALES, POTENCIALES Y POSIBLES. Se considera un diagnóstico REAL al que – a partir de la valoración de enfermería – reúne todos los datos confirmatorios de su existencia. El diagnóstico POTENCIAL se define cuando no está presente en el momento de realizar la valoración, aunque existen indicios/ riesgos suficientes que pueden llevar a su aparición posterior. Finalmente, un diagnóstico es POSIBLE cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la probabilidad de su presencia, aunque faltan datos para confirmarlo o negarlo.

## Componentes de los diagnósticos

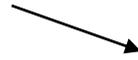
Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

- 1) ETIQUETA DIAGNÓSTICA O NOMBRE. Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.
- 2) DEFINICIÓN. Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.
- 3) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS. Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos puede indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características se recogen de la valoración, y a través de la observación y entrevista en forma de datos objetivos y subjetivos. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia. Estas características están clasificadas en características mayores y características menores, de acuerdo a la NANDA las características definitorias mayores son indicadores críticos que determinan la existencia de la categoría diagnóstica, encontrándose presentes entre un 80 y 100 % de los casos investigados, mientras las menores tienen entre el 50 y 70%.
- 4) FACTORES RELACIONADOS. Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales factores pueden ser descritos como:
  - a) Antecedente de
  - b) Asociado con
  - c) Relacionado con
  - d) Contribuyente a
  - e) Provocando

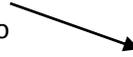
## Formulación de diagnósticos

### DIAGNOSTICO REAL.

**Nombre o etiqueta  
diagnostica**



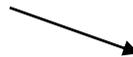
**Relacionado con** la etiología o  
factor contribuyente



**Manifestado por,** las  
características definitorias

### DIAGNOSTICO POTENCIAL

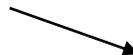
**Nombre o etiqueta diagnostica,**  
Procedido de la palabra potencial



**Relacionado con** la etiología o factor  
contribuyente

### DIAGNOSTICO BIENESTAR

**Nombre o etiqueta diagnostica,**  
Procedido de la palabra disposición



**Acción** o el comportamiento de  
búsqueda de salud, que se verá  
reforzada<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Fernández F. C., Novel M. G., El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos, edit. Masson, 1993.

## Planificación

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Se entiende la fase como un proceso de toma de decisiones para la elaboración del plan de cuidados, esto quiere decir para la realización de un plan de acción antes de su puesta en práctica.

Las fases son:

- ***Fijación de prioridades:*** Al brindar cuidados de enfermería a individuos, familias o grupos, se observara que los problemas, situaciones y prioridades pueden cambiar de día en día, e incluso de hora en hora, se debe ser flexible y fijar prioridades en función del estado actual de las situaciones y problemas presentes. Muchos autores sugieren que el primer paso para establecer prioridades es confeccionar una lista de los problemas que se identificaron durante la valoración.
- ***Establecimiento de los objetivos:*** Establecer objetivos es una parte importante para la planificación del procesos de atención de enfermería, pues es importante asegurar que todos saben lo que se pretende conseguir y cuándo.

Existen objetivos a corto y largo plazo. Los objetivos a corto plazo (OCP) son aquellos que pueden cumplirse con relativa rapidez, a menudo en menos de una semana, sin embargo los de largo plazo (OLP), se alcanzaran en un periodo más prolongado, generalmente semanas o meses. Con frecuencia, la enfermera puede establecer varios objetivos a corto plazo con el fin de alcanzar uno a largo plazo.

Durante la planificación de objetivos es responsabilidad de enfermería establecer tanto los objetivos a alcanzar por el paciente (resultados) como los propios objetivos (objetivos de enfermería). El objetivo del paciente expresa lo que la enfermera espera que el enfermo sea capaz de alcanzar. El objetivo de enfermería indica lo que la enfermera debe realizar a fin de ayudar al paciente a cumplir su objetivo.

- **Determinación de las actividades de enfermería:** En términos generales, la finalidad de las actividades de enfermería deberían ser:
  - a) Promover la salud.
  - b) Mantener la salud.
  - c) Restablecer la salud.
  - d) Prevenir las complicaciones.
  - e) Procurar un bienestar físico, psicológico y espiritual óptimo.

Para proporcionar bienestar, prevenir complicaciones y promover, mantener o restablecer la salud las enfermeras deben realizar diversas actividades. Las acciones de enfermería que se pueden identificarse al planificar cuidados integrales.

- I. Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas y determinar la situación de los existentes.
- II. Realizar la educación sanitaria del paciente para ayudarlo a adquirir nuevos conocimientos sobre su salud.
- III. Aconsejar a los enfermos acerca de las decisiones de sus propios cuidados de salud.
- IV. Consultar otros profesionales de la salud para obtener la dirección apropiada y remitirles los casos que sean de su responsabilidad.
- V. Realizar las acciones terapéuticas específicas a fin de eliminar, reducir o resolver los problemas de salud.
- VI. Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.

- ***Anotación del plan de cuidados:*** Es el último paso del proceso de planificación, Anotar el plan de cuidados tiene tres finalidades:
  1. Confirmar que se ha formulado un plan de cuidados completo para cada paciente.
  2. Servir como registro que puede ser estudiado posteriormente para evaluar el cuidado del enfermo.
  3. Comunicar a los demás enfermeros los problemas, objetivos y actividades específicos que se han identificado en el paciente.

## **Ejecución**

Fase del proceso que está orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados elaborado previamente.

Las fases son:

- ***Continuación de la recogida de datos:*** Es importante recordar que debe seguir recopilando datos pertinentes y valorando los comportamientos del paciente mientras le brinda los cuidados de enfermería. Durante algún procedimiento puede obtener información acerca de la condición física del enfermo haciendo observaciones tales, como el estado de su piel o su capacidad de movimiento; además, si aplica técnicas de comunicación terapéutica para estimularle a expresar sus sentimientos o preocupaciones, se podría profundizar en su estado mental.
- ***Realización de las actividades de enfermería:*** Son aquellas acciones que efectúa la enfermera y el paciente para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y promover, mantener o establecer la salud. Realizar las actividades de enfermería supone:

- Efectuar directamente una actividad para un paciente.
  - Ayudar al paciente a efectuar una actividad por sí mismo.
  - Supervisar al paciente (o a la familia) mientras realiza una actividad por sí solo.
  - Enseñar al paciente (o a la familia) a cuidar su salud.
  - Aconsejar al paciente (o a la familia) sobre la toma de decisiones para buscar y utilizar los recursos adecuados en el cuidado de su salud.
  - Controlar (valorar) al paciente por si desarrolla complicaciones potenciales de su enfermedad.<sup>11</sup>
- ***Anotación (registro) de los cuidados de enfermería:*** El registrar los cuidados de enfermería es un requisito legal, que forma parte de la historia legal permanente del paciente, historia que posteriormente puede ser utilizada como prueba en un tribunal. Estas notas constituyen la comunicación escrita más actual de lo que le ha sucedido a un enfermo en el curso del día determinado.
  - ***Comunicación de los informes verbales de enfermería:*** Los informes verbales que da sobre el paciente puede tener una gran influencia en los cuidados de salud que éste recibe.<sup>12</sup>
  - ***Mantenimiento de un plan actualizado de cuidados***

## **Evaluación**

Se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a la acción planificada, En esta fase el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizarán como marco para la evaluación, así pues, la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso,

---

<sup>11</sup> O.p. cit., Aplicación del proceso de enfermería, guía práctica, p. 135

<sup>12</sup> O.p. cit., Aplicación del proceso de enfermería, guía práctica, p. 144

ya que indica el grado en el que el diagnóstico y la intervención correspondientes han sido correctos.<sup>13</sup>

La evaluación implica las siguientes actividades:

- ***Establecimiento de los criterios para la evaluación:*** Con el fin de evaluar la consecución de los objetivos, se compararan las acciones o comportamientos del paciente con los objetivos anteriormente marcados en la fase de planificación.
- ***Evaluación de la consecución de los objetivos:*** En medida en que se ha determinado si se han alcanzado los objetivos, es importante reunir información para averiguar qué variables están influyendo en el éxito o en el fracaso.
- ***Valoración de las variables que afectan la consecución de objetivos.***
- ***Modificación del plan de cuidados/ conclusión de los cuidados de enfermería.***

---

<sup>13</sup>Op. Cit., Fundamentos de la enfermería Teoría y método, 1999. p. 139

## BASE TEÓRICA DE REFERENCIA

### Virginia Henderson

Nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington, D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C., se graduó en 1921, después aceptó un empleo de enfermera en Nueva York, un año después inició como profesora de enfermería, con una gran carrera profesional.

Algunos de sus obras como autora o coautora son:

- Basic Principles of Nursing Care, publicado en 1960 y traducido en más de 20 idiomas.
- The Nature of Nursing, publicado en 1966 en él describía el concepto de la función única y primaria de la enfermería.

Por toda su trayectoria y aportaciones a la Enfermería recibió en 1983 de Sigma Theta Tau International el Premio Mary Tolle Wright Founders a la dirección, uno de los mayores galardones de esta sociedad honorífica.

## Principales conceptos

Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales:

- La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a la muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud: Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia. En la sexta edición del Text book Principles and Practice of Nursing, cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes, incluida la de la Organización Mundial de la salud. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es “la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida”.

Entorno: Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno. Remite al Webster’s New Collegiate Dictionary, 1961, que define el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

Persona (Paciente): Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables, Considera al paciente y su familia como una unidad.

Necesidades: No se encuentra una definición específica de necesidad, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir – vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup>Marriner T. A., 9 Virginia Henderson En: Modelos y teorías en enfermería, edit. Mosby / Doyma, 1994.

# PATOLOGÍA

## Enfermedad de Gaucher

Esta patología fue descubierta y mencionada por primera vez en su tesis de Doctorado donde describió una hepatomegalia y una esplenomegalia de una enferma de 32 años el cual fue atribuido a un tumor del bazo con infiltración del parénquima por una célula con núcleo grande el autor Philippe Charles Ernest Gaucher (1854-1918) quien fue miembro de la Société Anatomique, de la Société de médecine tropicale, y de la Association française pour l'étude du cancer. Fue distinguido con el título de Officier de la Legión d'honneur (1917), por sus prestaciones durante la Primera guerra mundial, Officer d'académie (1900) y Officer de l'Instruction publique (1905). Fue también miembro de la Academia de Medicina, sección de patología médica, desde 1910. Murió en París el 25 de enero de 1918, a la edad de 73 años.<sup>15</sup>

La enfermedad de Gaucher es el trastorno genético de almacenamiento lisosomal más frecuente. Se trata de una alteración rara, hereditaria, autosómica recesiva, caracterizada por la deficiencia de la enzima  $\beta$ - glucocerebrosidasa ( $\beta$ -GA). La actividad reducida de esta enzima causa acumulación de grandes cantidades del sustrato glucocerebrósido en los lisosomas de los macrófagos. Estas células, denominadas células de Gaucher, se infiltran en la médula ósea, pulmones, hígado, bazo, corazón y cerebro, aumentan el nivel de inflamación de moléculas provenientes de los macrófagos como citocinas, interleucina 6, 10 y factor alfa de necrosis tumoral, contribuyendo a la patogénesis de la enfermedad y al aumento de la actividad osteoclástica en los huesos, originando osteopenia, osteoporosis y

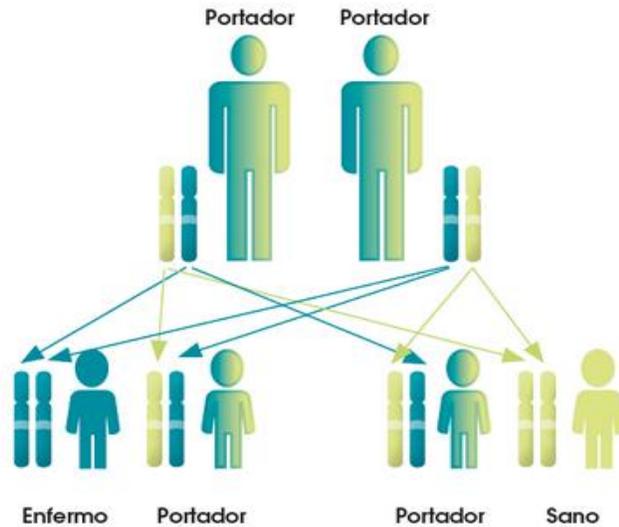
---

<sup>15</sup> Revista electrónica Epónimos Médicos, Enfermedad de Gaucher, consultado en: <http://www.historiadelamedicina.org/gaucher.htm> 10/marzo/16 16:30 hrs.

fracturas. Asimismo, la concentración de macrófagos en los órganos afectados incrementa la severidad de la enfermedad.<sup>16</sup>

## Herencia

La enfermedad de Gaucher presenta una herencia autosómica recesiva.



## Características clínicas

La enfermedad de Gaucher se ha clasificado en tres tipos de acuerdo con la evolución clínica y a la presencia o ausencia de cuadro neurológico en la evolución. La mayoría de los pacientes cursa con el tipo 1 y las manifestaciones clínicas varían en un amplio rango. En aproximadamente 50 % de pacientes el diagnóstico se realiza en la infancia.

El tipo 1 no suele comprometer el sistema nervioso central. Los signos clínicos más frecuentes son anemia, hepatoesplenomegalia, esplenomegalia y trombocitopenia. En el sistema óseo se puede registrar osteopenia, dolor óseo, fracturas patológicas, osteonecrosis y discapacidad a largo plazo. A nivel pulmonar se

<sup>16</sup> Franco S. O., González M. V., Et al., Enfermedad de Gaucher, Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012, (internet) consultado 20 de Marzo del 2016, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im121t.pdf>

puede registrar enfermedad intersticial e hipertensión pulmonar, especialmente en mujeres esplenectomizadas y sin tratamiento o con un mal abordaje terapéutico.

La enfermedad de Gaucher tipo 2, infantil o neuronopática aguda, es sin duda la forma más severa. La visceromegalia y los problemas de tipo neurológico se manifiestan desde el nacimiento (retroflexión de la cabeza, trismusfacial, estrabismo). Característicamente existe compromiso de los centros motores bulbares acompañado de trastornos en la deglución y oculomotores. Las convulsiones son frecuentes y el paciente puede cursar con desnutrición y cuadriplejía espástica. La tasa de mortalidad es alta: la mayoría de los pacientes fallece hacia el segundo año de vida por complicaciones como bronconeumonía recurrente. Se ha descrito una forma particularmente fatal en la que la evolución es muy rápida y desde el parto, con ictiosis cutánea e hydrops fetalis.

La enfermedad de Gaucher de tipo 3, neuronopática subaguda o tipo juvenil, se presenta como una variante intermedia entre los tipos 1 y 2. La hepatomegalia y síntomas neurológicos inician entre las primeras dos décadas de la vida, con síntomas neurológicos como retardo mental progresivo, oftalmoplejía, convulsiones y espasticidad. La esplenomegalia es severa. Los síntomas esqueléticos pueden comprender fracturas patológicas y compresión vertebral. El promedio de vida es de 10 a 15 años después de iniciados los síntomas.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Ornelas F., R, Consenso Mexicano de Enfermedad de Gaucher. Rev. MedInstMex Seguro Soc 2010; 48 (2): 167-186 (internet), 2010, consultado 24 Marzo del 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im102j.pdf#page=2&zoom=auto,-79,394>

## Signos y síntomas

De acuerdo a cada tipo se pueden presentar ciertos síntomas, que se agudizan o refieren a un tipo en especial, en la siguiente tabla encontraremos algunos aspectos clínicos que pueden presentarse según la clasificación de la enfermedad de Gaucher.

Clasificación de la enfermedad de Gaucher			
Aspectos clínicos	Tipo 1 no neuronopático	Tipo 2 neuronopático agudo	Tipo 3 neuronopático subagudo
Inicio	Infancia/adultez	Primera infancia	Infancia
Hepatoesplenomegalia	+ a +++	+	+ a +++
Hiperesplenismo	+ a +++	+	+++
Crisis óseas/fracturas	- a +++	-	++ a +++
Compromiso neurológico	-	+++	++
Supervivencia (años)	6-80	< 2	20-40
Etnia	Panétnica (judíos Ashkenazi)	Panétnica	Panétnica (polacos, suecos, árabes)
Frecuencia	1/40 000 a 1/60 000	< 1/100 000	< 1/100 000

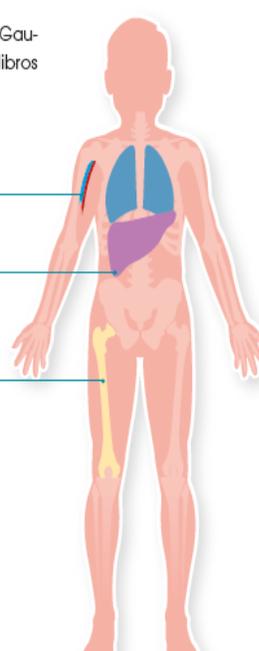
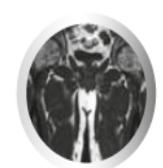
Adaptada de: Grabowski GA et al. Eur J Pediatr 2004;163(2):58-66. Beutler E, Grabowski G. Gaucher disease. En: Scriver CR, Baudet AL, Sly WS, Valle D, editores. The metabolic & molecular bases of inherited disease. 8th edition Vol III. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 3635

La siguiente tabla contiene algunos signos y síntomas más frecuentes de forma general de esta patología.<sup>18</sup>

**Signos y síntomas**

El cuadro clínico tan heterogéneo de la enfermedad de Gaucher no siempre se adapta a las descripciones de los libros de texto<sup>(6)</sup>.

- Cansancio**
  - Anemia: 37%
- Tendencia hemorrágica**
  - Trombocitopenia: 60%
- Aumento del volumen y dolor abdominal**
  - Esplenomegalia: 86%
  - Hepatomegalia: 65%
- Problemas óseos (83%)**
  - Infiltración medular (81%)
  - Dolor (34%)
  - Osteonecrosis, a veces acompañada por crisis óseas con dolor intenso
  - Osteopenia (49%), osteoporosis
  - Fracturas patológicas, colapso y destrucción articular

Resonancia magnética



Osteopenia



Osteonecrosis

<sup>18</sup> Fundación Genzyme, enfermedades Lisosomales – Enfermedad de Gaucher, (internet), consultado marzo 2016, disponible en: <http://www.fundaciongenzyme.es/Enfermedades/EnfermedadesLisosomales/EnfermedaddeGaucher.aspx>

## Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad de Gaucher cambió radicalmente desde la introducción de la terapia de reemplazo enzimático. Hasta entonces, la mayoría de los pacientes solo recibía tratamientos paliativos para aliviar las manifestaciones multisistémicas de la enfermedad: transfusiones de componentes de la sangre destinados a corregir la anemia o los sangrados; la esplenectomía total o parcial para aliviar el efecto de masa y el hiperesplenismo; radioterapia para el manejo del dolor óseo, entre otros.

El resultado de estas terapias, lejos de aliviar a los pacientes, trajo aparejada la aparición de nuevas complicaciones o el agravamiento de las ya existentes. El tratamiento ortopédico sigue ocupando un lugar importante.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup>Op. Cit. Consenso Mexicano de Enfermedad de Gaucher. Rev. MedInstMex Seguro Soc 2010

## EPIDEMIOLOGÍA

La aplicación de la epidemiología como disciplina observacional ayuda a definir el perfil de las enfermedades en las poblaciones, el caso de Enfermedad de Gaucher como enfermedad hereditaria los estudios epidemiológicos tienen unas características diferenciadas.<sup>20</sup>

La enfermedad de Gaucher es más frecuente en judíos asquenazíes, con una prevalencia de portadores de 1:400 a 1:800 nacidos vivos. En la población general la frecuencia se calcula entre 1:40 000 a 1:60 000 nacimientos.<sup>21</sup>

La enfermedad de Gaucher neuronopática crónica (tipo 3) tiene una incidencia estimada de 1:200 000 habitantes, se caracteriza por iniciar en la infancia, en la niñez o en el adulto joven.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Giraldo P., Giralt M., Pocovi M., Enfermedad de Gaucher, 2ª edición , revisado junio 2016, disponible en: <http://www.aefegaucher.es/images/guias/2007.pdf>

<sup>21</sup> Op. Cit., Enfermedad de Gaucher, Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012.

<sup>22</sup> Op. Cit., RevMedInstMex Seguro Soc 2010.

# VALORACIÓN

## Descripción del caso

Paciente Femenino, Sandra Z., edad: 39 años, ubicado en Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el servicio de Medicina interna 103 A, que ingresa a urgencias, por un dolor intenso en hipocondrio derecho, Fue canalizada a medicina interna. La siguiente valoración fue realizada el día 25 de enero del 2016.

## Valoración por necesidades

### 1.- Oxigenación

<b>Datos objetivos</b>	<b>Datos subjetivos</b>				
<p>RESPIRATORIO</p> <p>Frecuencia respiratoria: respiraciones por minuto. (rpm)</p> <table border="1" data-bbox="240 1283 690 1453"><tr><td>16 hrs</td><td>20 hrs</td></tr><tr><td>18 (rpm)</td><td>20 (rpm)</td></tr></table>	16 hrs	20 hrs	18 (rpm)	20 (rpm)	<p>Vías aéreas permeables, respiración espontanea, patrón respiratorio con fatiga de bajo esfuerzo en músculos accesorios principalmente intercostales, aleteo nasal, bradipnea, respiración superficial, tiene problemas al hablar por que pierde al aliento. Colocación de puntas nasales con 3 Lt. Por minuto, campos pulmonares ventilados sin ruidos agregados, sin alteración anatómica del sistema respiratorio.</p> <p>Afirma el paciente no haber sido fumador, sin embargo, ser pasiva ya que su esposo fuma una cajetilla diaria y afirma no tener antecedentes familiares con enfermedades respiratorias.</p>
16 hrs	20 hrs				
18 (rpm)	20 (rpm)				

CARDIOLOGIA Y CIRCULATORIO

TENSION ARTERIAL (mm de Hg)

16 hrs	20 hrs
100/60	105/60

FRECUENCIA CARDIACA, pulsaciones por minuto.

16 hrs	20 hrs
84	80

Laboratorios alterados

Fibrogeno, 108 mg/dl (150 – 370)

Fosforo, 5.1 mg/dl (normal 2.4 - 4.7)

Gammaglutamiltransferensa, 124 u/l (7-50)

Llenado capilar de las cuatro extremidades de 3 segundos.

Acceso endovenoso en miembro superior derecho, se observa limpio, funcional, sin presencia de infección con una solución salina 0.9% 1000 cc p/ 24 hrs.

Medicamentos IV

Omeprazol 40 mg IV c/24 hrs

Ketorolaco 30 mg IV PRN

Metoclopramida

Sol. Salina al 0.9% de 100 cc +200 mg tramadol + 2 gr lidocaína simple para 24 hrs.

Antecedentes familiares cardiovasculares en tío paterno.

<p>NEUROLOGICA</p> <p>Glasgow de 15, dando en resultado que no tiene alguna alteración.</p>	<p>Paciente consiente, alerta, ubicado en tiempo espacio y persona.</p> <p>Pupilas foto reactivas con Miosis pupilar como respuesta a la luz, ojo derecho con cataratas vista a la exploración.</p> <p>Sin antecedentes neurológicos familiares.</p>
---	--

## 2.- Alimentación e Hidratación

Datos objetivos	Datos subjetivos																				
<p>Peso: 40 kg</p> <p>Talla: 1.54 m</p> <p>IMC: 16.87 Kg/m<sup>2</sup> Clasificación OMS</p> <table border="1" data-bbox="240 1037 841 1213"> <thead> <tr> <th>CLASIFICACION</th> <th>IMC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BAJO PESO</td> <td>MENOR A 18.5</td> </tr> <tr> <td>RANGO NORMAL</td> <td>18.5 - 24.9</td> </tr> <tr> <td>PRE OBESO</td> <td>25 - 29.9</td> </tr> <tr> <td>OBESO GRADO 1</td> <td>30 - 34.9</td> </tr> <tr> <td>OBESO GRADO 2</td> <td>35 - 39.9</td> </tr> <tr> <td>OBESO GRADO 3</td> <td>IGUAL O MAYOR A 40</td> </tr> </tbody> </table> <p>Sin Esquema de insulina</p> <p>Ingresos de líquidos durante el turno</p> <table border="1" data-bbox="240 1339 802 1738"> <thead> <tr> <th>Sol. IV para 24 hrs.</th> <th>Sol. Para 6 hrs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sol. Salina al 0.9% de 1000 ml.</td> <td>❖ 250 ml.</td> </tr> <tr> <td>Sol. Salina al 0.9% de 100 ml +200 mg tramadol + 2 gr lidocaína. simple</td> <td>❖ 25 ml.</td> </tr> </tbody> </table> <p>❖ Vía oral durante el turno 300 ml.</p> <p>Total de ingresos: 575 ml</p>	CLASIFICACION	IMC	BAJO PESO	MENOR A 18.5	RANGO NORMAL	18.5 - 24.9	PRE OBESO	25 - 29.9	OBESO GRADO 1	30 - 34.9	OBESO GRADO 2	35 - 39.9	OBESO GRADO 3	IGUAL O MAYOR A 40	Sol. IV para 24 hrs.	Sol. Para 6 hrs	Sol. Salina al 0.9% de 1000 ml.	❖ 250 ml.	Sol. Salina al 0.9% de 100 ml +200 mg tramadol + 2 gr lidocaína. simple	❖ 25 ml.	<p>Paciente con dieta normal, Líquidos a tolerancia, durante el seguimiento se observó que no termina la cena y su IMC indica bajo peso. Manifiesta tener nauseas, medicamento que se le refiere Ondasetrón PRN. Membranas mucosas semi-hidratadas, cabello bien implantado limpio, quebradizo, uñas limpias sin onicomycosis, cavidad oral limpia dentadura incompleta faltan 2 incisivos, comidas al momento de la valoración 3 al día, preferencia a alimentos suaves y de preferencia que sea fruta, apetito deficiente, el peso siempre ha sido bajo según manifiesta.</p>
CLASIFICACION	IMC																				
BAJO PESO	MENOR A 18.5																				
RANGO NORMAL	18.5 - 24.9																				
PRE OBESO	25 - 29.9																				
OBESO GRADO 1	30 - 34.9																				
OBESO GRADO 2	35 - 39.9																				
OBESO GRADO 3	IGUAL O MAYOR A 40																				
Sol. IV para 24 hrs.	Sol. Para 6 hrs																				
Sol. Salina al 0.9% de 1000 ml.	❖ 250 ml.																				
Sol. Salina al 0.9% de 100 ml +200 mg tramadol + 2 gr lidocaína. simple	❖ 25 ml.																				

### 3.- Eliminación

<b>Datos objetivos</b>	<b>Datos subjetivos</b>
<p>Diuresis por turno 2 veces sin cuantificación</p> <p>Laboratorios Ph 7 (5.5 – 6.5)</p> <p>Evacuaciones 1 evacuación durante el turno, características; ligeramente dura, color café claro.</p>	<p>A la palpación se encuentra vejiga sin aumento de tamaño ni dolor, la orina que se observa durante la valoración es amarillo claro, Sin urgencia de miccionar.</p> <p>Menstruación irregular, Paciente Sin gestas sin historia de hemorragias o enfermedad renal.</p>

### 4.- Termorregulación

<b>Datos objetivos</b>	<b>Datos subjetivos</b>				
<p>Temperatura corporal °C</p> <table border="1" data-bbox="321 1472 769 1583"> <thead> <tr> <th data-bbox="321 1472 545 1514">16 hrs</th> <th data-bbox="545 1472 769 1514">20 hrs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="321 1514 545 1583">36.4 °C</td> <td data-bbox="545 1514 769 1583">36.5 °C</td> </tr> </tbody> </table>	16 hrs	20 hrs	36.4 °C	36.5 °C	<p>Las características de la piel sin transpiración, la unidad del paciente es ligeramente calurosa, la temperatura ambiental le es agradable</p>
16 hrs	20 hrs				
36.4 °C	36.5 °C				

## 5.- Moverse y Mantener Buena Postura

<b>Datos objetivos</b>	<b>Datos subjetivos</b>
<p>Escala de fuerza muscular modificada me arroja como resultado 3 + regular.</p> <p>Escala de Daniel's; 3 = contracción capaz de ejecutar el movimiento completo y contra la acción de la gravedad.</p> <p>Escala de Eva 8, persistente</p>	<p>No utiliza aparatos de apoyo, para cambios de postura se presenta muy débil y necesita que sea cambiada, con frecuencia manifiesta que debido a la enfermedad sufre de agotamiento y letargia.</p> <p>Agrego escala de Eva en esta necesidad ya que este dolor le afecta para mantener la postura y la movilidad.</p>

## 6.- Descanso y Sueño

<b>Datos subjetivos</b>
<p>Manifiesta que duerme por periodos, sueño efectivo es de cuatro horas ya que el dolor que sufre es intenso, todo el tiempo se siente agotada.</p>

## 7.- Usar Prendas de Vestir Adecuadas

<b>Datos subjetivos</b>
<p>Viste de acuerdo a las normas hospitalarias, no necesita apoyo para elegir ropa, para ponérsela tarda mucho ya que se cansa rápido por este motivo es asistida.</p>

## 8.- Higiene y Protección de la Piel

<b>Datos objetivos</b>	<b>Datos subjetivos</b>
<p>Escala de Braden de riesgo de úlceras por presión arroja como resultado una puntuación de 13, que nos indica que es de moderado riesgo.</p>	<p>La paciente se encontró limpia sin olores, cabello limpio, sin lesiones dérmicas, el tipo de baño que se le realizaba era de regadera, bañándose cuatro días a la semana y lo hace por las tardes, dentadura lavada 1 vez al día, pocas veces se lava las manos ya que presenta debilidad y dolor intenso al movimiento.</p>

## 9.- Evitar Peligros

<b>Datos objetivos</b>	<b>Datos subjetivos</b>
<p>Escala de riesgo de caídas: la que utilice fue la de Downton, y su riesgo es moderado por motivo de la debilidad, deficiencias visuales y medicamentos que ingiere.</p>	<p>Presenta una malformación en espalda (joroba), la cama cuenta con barandales los cuales son funcionales y se mantienen elevados, es necesario que un familiar este con la paciente para apoyarla al trasladarse, vestirse, etc. ya que la debilidad y deficiencia visual podrían provocar una caída, tiene consultas médicas constantes debido a su patología además conoce los signos y síntomas de alerta que podría presentar.</p>

10.- Comunicarse

<b>Datos objetivos</b>	<b>Datos subjetivos</b>
<p>Escala de ansiedad y depresión de Goldberg; subescala de ansiedad 7, subescala de depresión 7.</p>	<p>Conjuntivas pálidas, membrana ocular seca, tiene catarata en ojo derecho, dificultad para hablar tartamudeo, Manifiesta sentirse sola.</p> <p>Se encuentra ansiosa por el tiempo que lleva con la enfermedad además de la estancia hospitalaria ya la ha fatigado, Todo el tiempo que estuvo en medicina interna no tuvo visitas de su esposo, siempre preguntaba por él, ella no tiene hijos, por esta razón me comunico que se sentía muy sola y triste además de sentir culpa ya que piensa que por eso su esposo se cansó de estar con ella, porque es difícil vivir con su enfermedad.</p>

11.- Vivir Según sus Creencias y Valores

<b>Datos subjetivos</b>
<p>Religión católica, Solo se considera creyente, por lo tanto, no causa ningún conflicto que afecte la atención en su salud.</p>

## 12.- Trabajar y Realizarse

<b>Datos subjetivos</b>
Se muestra ansiosa por su estado de salud, se dedica al hogar sin embargo es una actividad que le gusta, no realiza alguna terapia ocupacional.

## 13.- Jugar y Participar en Actividades Recreativas

<b>Datos objetivos</b>	<b>Datos subjetivos</b>
	Estado de ánimo apático, no realiza actividades recreativas además de rechazarlas, en sus tiempos libres prefiere ver televisión.

## 14.- Aprendizaje

<b>Datos subjetivos</b>
La paciente comprende las indicaciones y las lleva acabo.

## Síntesis de Diagnósticos de Necesidades con Dependencia

Necesidades	Dep.	Indep.	Diagnóstico
Oxigenación	<u>x</u>		Patrón respiratorio ineficaz r/c Disminución de energía o fatiga m/p Uso de músculos accesorios para respirar principalmente intercostales, aleteo nasal, bradipnea, respiración superficial.
Alimentación e Hidratación	<u>x</u>		<p>Náuseas r/c dolor m/p informe de sensación de nauseas, aversión a los alimentos, sabor agrio en la boca.</p> <p>Desequilibrio nutricional por defecto r/c incapacidad para ingerir alimentos m/p peso bajo de acuerdo a los criterios establecidos de la OMS, incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.</p>
Eliminación		<u>x</u>	
Moverse y mantener una buena postura	<u>x</u>		Deterioro de la movilidad física r/c malestar (dolor) m/p dificultad para girarse en cama, enlentecimiento del movimiento, limitación de la amplitud de movimiento, dificultad para la deambulación.
Descanso y sueño	<u>x</u>		Deprivación del sueño r/c malestar prolongado m/p ansiedad, irritabilidad y malestar.
Usar prendas de vestir adecuadas		<u>x</u>	

Termorregulación		<u>x</u>	
Higiene y protección de la piel		<u>x</u>	
Evitar los peligros	<u>x</u>		Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física  Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos (venoclisis), aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos como es la estancia hospitalaria.
Comunicarse	<u>x</u>		Riesgo de soledad r/c Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.  Ansiedad r/c amenaza para el estado de salud m/p autoevaluación negativa, verbalización de culpa, expresión de preocupaciones, insomnio.
Vivir según sus creencias y valores		<u>x</u>	
Trabajar y realizarse	<u>x</u>		Riesgo de autoestima situacional baja r/c enfermedad.
Jugar/participar en actividades recreativas	<u>x</u>		Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p aburrimiento y deseo en solo pensar en sus problemas.
Aprendizaje		<u>x</u>	

## PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: Sandra Z.      Edad: 39 años      Sexo: Femenino Escolaridad:  
Primaria      Religión: católica      Servicio: Medicina Interna 103 No. de cama: 4  
Dx. Medico: Enfermedad de Gaucher

Objetivos de Enfermería: Brindar cuidados enfermeros que sean asertivos para la recuperación o mantenimiento de la salud del paciente.

<b>OXIGENACIÓN</b>	
<b>Dx de Enf:</b> Patrón respiratorio ineficaz r/c Disminución de energía o fatiga m/p Uso de músculos accesorios para respirar principalmente intercostales, aleteo nasal, bradipnea, respiración superficial.	
<b>Definición:</b> La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada. (NANDA 2007- 2008) <sup>23</sup>	
<b>Objetivo:</b> Mejorar la calidad de oxigenación por medio de apoyo ventilatorio no invasivo. Favorecer la respuesta respiratoria aumentando la fuerza y resistencia de los músculos accesorios.	
<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Justificación</b>
Monitorización de signos vitales, a través de toma de frecuencia respiratoria, tensión arterial, pulso.	Es importante vigilar estas constantes vitales ya que sus variaciones nos dan referencia a un cambio en la oxigenación.

<sup>23</sup>Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación, NANDA International 2007-2008.

<p>Oxigenoterapia (puntas nasales). 3 litros por minuto</p>	<p>Le daremos un apoyo adicional al paciente para que tenga una cantidad de oxígeno mayor a la que autónoma mente el paciente tiene.</p>
<p>Monitorización con oxímetro</p>	<p>La oximetría de pulso (SpO<sub>2</sub>) es la estimación de la saturación arterial de oxígeno (SaO<sub>2</sub>) en forma no invasiva, usando dos emisores de luz y un receptor colocados a través de un lecho capilar pulsátil para conocer la relación % entre la concentración de hemoglobina oxigenada (HbO<sub>2</sub>) y la hemoglobina reducida (HbR). Éste parámetro denota la cantidad de O<sub>2</sub> que pasa desde los alveolos a la sangre y se disuelve es los tejidos y líquidos corporales.<sup>24</sup> Con la finalidad observar y poder modificar actividades de enfermería en caso de disminuir los niveles normales de oxígeno.</p>
<p>Apoyo a la ventilación espontanea a través de posición semi- fowler</p>	<p>Esta posición favorece la inspiración y es recomendada para la fisioterapia respiratoria, ya que el paciente tiene dificultad respiratoria favorecemos la oxigenación.</p>

<sup>24</sup>Palacios M S., Álvarez G C., Schönffeldt G P., Céspedes G J., Gutiérrez C M., Oyarzún G M. Guía para realizar oximetría de pulso en la práctica clínica. Rev. chil. enferm. respir. [Internet]. 2010 Mar [citado Ago. 2016]; 26( 1 ): 49-51. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482010000100010&lng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482010000100010&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482010000100010>.

Fisioterapia respiratoria

Como:

**Ejercicio diafragmático**

Se inicia con una espiración lenta, prolongada, con labios ligeramente fruncidos hasta que se retraiga el abdomen. A continuación, se realiza una inspiración profunda con la boca cerrada, dirigiendo el aire al abdomen.

Según la zona del diafragma que queramos que se movilice más, colocamos al paciente en decúbito dorsal (porc. posterior), decúbito lateral derecho (hemidiafragma dcho) o decúbito lateral izquierdo (hemidiafragma izqdo).

**Ejercicio de expansión pulmonar.**

Técnica utilizada para que una zona del pulmón aumente su ventilación (ventilación dirigida).

La posición del paciente debe

Apoyar a los músculos accesorios con ejercicios para mejorar su fuerza de esta forma disminuirla dificultad respiratoria.

ser la adecuada para favorecer la movilización de la zona a tratar y bloquear el resto del tórax (decúbito contrario).

El terapeuta coloca su mano sobre la zona a tratar y el paciente inspira lento por la nariz dirigiendo el aire a esta zona. En la espiración, la mano sigue la depresión torácica ejerciendo presión al final.

**Ejecución:** Se realizaron las intervenciones de enfermería al paciente de acuerdo a lo planeado.

**Evaluación:**

Después de 10 minutos con las puntas la paciente disminuyo las características de dificultad respiratoria.

La paciente refiere que después del cambio postural tiene menos dificultad respiratoria.

Se realizaron los ejercicios para favorecer la fuerza de músculos accesorios, sin embargo, no se puede evaluar al momento ya que requiere más tiempo.

## ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

**Dx de Enf:** Náuseas r/c dolor m/p informe de sensación de nauseas, aversión a los alimentos, sabor agrio en la boca.

**Definición:** Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

### Objetivo:

La paciente disminuirá o eliminará por completo sus nauseas.

Intervención de Enfermería	Justificación
Administrar tratamiento farmacológico en este caso ondansetrón, este está indicado por razón necesaria.	El ondansetrón pertenece a una clase de medicamentos llamados antagonistas receptores de serotonina 5-HT3. Funciona al bloquear la acción de la serotonina, una sustancia natural que puede causar náuseas y vómitos. <sup>25</sup>
Brindar tratamiento farmacológico para disminuir el dolor.	Al inhibir el dolor disminuye la náusea presentada por la paciente

<sup>25</sup> Vademécum citado Sep. 16, disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/o005.htm>



<p>Evitar dar cualquier alimento a agua hasta que disminuya la sensación.</p>	<p>que incluyen; la tónica, infiltración, bloqueo nervioso o de campo, regional intravenosa, espinal o epidural, o como lo dicten las circunstancias clínicas.<sup>27</sup></p> <p>Puede tener una pérdida mayor de líquidos o alimentos de los que consumió, por este motivo es recomendable administrar tratamiento para la náusea antes de ofrecer alimentos.</p>
<p><b>Ejecución:</b> Se administró el tratamiento medicamentoso, excepto ondansetrón.</p>	
<p><b>Evaluación:</b> Se administró ketorolaco ya que manifestó dolor, después de que el medicamento hizo efecto la paciente manifiesta una disminución de la sensación de náusea.</p>	

<sup>27</sup> Hernández B E., Lidocaína intravenosa como anestésico de base en neurocirugía, Anestesia en Neurocirugía Vol. 34. Rev. Mexicana de Anestesiología. (Internet) 2011. Consultado Oct. 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cmas111ai.pdf>

**COMUNICACIÓN**

**Dx de Enf:** Riesgo de soledad r/c Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.

**Definición:** Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás.

**Objetivo:**

Apoyar a la paciente para que tenga mayor interacción con las personas de su entorno.

Alentar a la paciente a tener sociabilidad con las personas.

<b>Intervención de Enfermería</b>	<b>Justificación</b>
Mantener una comunicación constante con el paciente, alentando a la paciente a expresar lo que piensa, cuando se realice algún cuidado aprovechar el tiempo para hablar con la paciente.	Dentro de las actividades de enfermería es vigilar el estado del paciente, de acuerdo a las necesidades y a lo establecido por la teórica Virginia Henderson, la persona es bio-psico-social, es entonces el deseo de platicar con alguien es fundamental.
Facilitar las visitas y motivar a los familiares a estar con él.	Ponce y Cols., 2007, entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, y b) la familia como recurso; conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da

	lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional. <sup>28</sup>
<p>Apoyo emocional como:</p> <p>a) Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</p> <p>b) Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</p>	Al no tener contacto con otra persona, el paciente puede decaer más en su estado de salud por este motivo y como parte del cuidado humanístico, el personal de enfermería debe brindar un cuidado que abarque todas sus esferas ya que la persona es bio-psico-social.
Referir al área de psicología.	Nos debemos apoyar en profesionales de otra área, para situaciones que no corresponden a la enfermería para brindar un buen cuidado al paciente, con apoyo de todo el equipo multidisciplinario
<p>Escucha activa:</p> <p>Manifestar interés por la paciente.</p>	Sentir que alguien está atento en la situación ayuda en el estado de ánimo.
<p><b>Ejecución:</b> Al principio la paciente se mostró a la defensiva, sin embargo todas las actividades excepto platicar con el esposo.</p>	
<p><b>Evaluación:</b> Al momento de tener conversaciones con el paciente, note que reía y después de preguntarle cómo estaba deseaba seguir platicando, pero bien note una disminución de ansiedad y una socialización aumentada hasta con los compañeros de sala, la familia nunca apareció en el servicio, así que no pude llevar a cabo mi intervención con los familiares.</p>	

<sup>28</sup> Facultad de medicina, Página de internet, revido Oct. 2016, disponible [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Ketorolaco.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Ketorolaco.htm)

## PLAN DE ALTA

Nombre: Sandra Z. Edad: 39 años Sexo: Femenino Escolaridad: Primaria

Religión: católica Servicio: Medicina Interna 103 No. de cama: 4

Dx. Medico: Enfermedad de Gaucher tipo 3

Objetivos de Enfermería: No solo brindar atención en el área hospitalaria, si además crear un plan preventivo desde el hogar.

### **1.SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA:**

Aumento de tamaño de Bazo, Hígado, los cuales sean perceptibles desde la parte externa, aumento del tamaño del abdomen, dirigirse inmediatamente al hospital.

### **2.RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS MEDICAMENTOSAS:**

Explicar al paciente la importancia de que sea constante en el tratamiento medicamentoso así como los efectos adversos que se pueden presentar de los medicamentos indicados en el momento de alta.

### **3.RECOMENDACIONES HIGIENICAS:**

Baño continuo, cepillado de dientes, lavado de manos antes y después de los alimentos.

### **4.RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:**

Terapéuticas, enfocadas a la alimentación, que tenga mejor balance de nutrimentos, que la dieta este echa de acuerdo a sus necesidades. Explicarle a la paciente de acuerdo a la dieta indicada en el alta que alimentos debe consumir y cuáles no.

### **5.CUIDADOS ESPECÍFICOS EN EL HOGAR:**

Cuidado en cuanto a la protección de riesgo de caídas, tener en cuenta que el piso debe de estar libre de objetos que pudieran estorbar a la paciente.

### **6.EJERCICIO Y REPOSO:**

Ejercicios como movimientos ligeros de las extremidades, realizar ejercicios para músculos accesorios a la respiración, ejercicios de expansión pulmonar y ejercicios diafragmáticos.

## CONCLUSIONES

La profesionalización de enfermería lleva consigo una gran responsabilidad, la cual debe de ser responsable, tanto en actos como en conocimiento, a través del proceso de atención de enfermería la enfermería tiene una metodología que le permite aplicar intervenciones de enfermería eficaces y certeras.

Brindar un cuidado de enfermería es responsabilidad del profesional así que puedo decir que a través de este Proceso de atención de enfermería se utilizando conocimientos y razonamiento de la utilización de información tanto del paciente como de la patología medica diagnosticada, puedo rescatar información de la enfermedad de Gaucher que es una patología que desconocía ya que son muy pocos los casos que se presentan, ahora puedo brindar cuidados a pacientes que tengan esta patología.

## GLOSARIO

Comorbilidad: Se refiere a dos conceptos:

- La *presencia* de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.
- El *efecto* de estos trastornos o enfermedades adicionales.

Opistótonos: Es una afección en la cual la persona sostiene su cuerpo en una posición anormal. La persona por lo general está rígida y arquea la espalda, con la cabeza tirada hacia atrás. Si una persona con opistótonos se recuesta boca arriba, sólo la parte posterior de la cabeza y los talones tocan la superficie sobre la que están.

Glucocerebrósido: se deriva principalmente del recambio celular hematopoyético.

Glucocerebrosidasa: Es una enzimalisosomal que degrada lípidos (grasas) complejos, **glucoesfingolípidos**, como la **glucosilceramida**.

Glucoesfingolípidos: Están formados por la unión de una **ceramida** (esfingosina + ácido graso) con **azúcares**. El **glucocerebrósido** está constituido por una ceramida unida a una glucosa.

Ictiosis: Del griego ichtys, que significa pez, y hace referencia a la semejanza al aspecto de la piel de estas enfermedades a las escamas de un pez. Se trata de un grupo muy heterogéneo de enfermedades que tienen en común la presencia de una piel escamosa

Hydrops Fetalis: Provoca un edema grave, es decir hinchazón en el feto o en el recién nacido, por una cantidad excesiva de líquido que sale del torrente sanguíneo e ingresa a diversos tejidos corporales.

## ANEXOS

### Escala Glasgow

Escala de Coma Glasgow						
Puntuación	1	2	3	4	5	6
Respuesta ocular	No hay respuesta	Frente a estímulos dolorosos	Frente a órdenes	Espontánea	X	X
Respuesta verbal	No hay respuesta	Ruidos incomprensibles	Respuesta inapropiada	Respuesta confusa	Orientado	X
Respuesta motora	No hay respuesta	Respuesta extensora	Respuesta flexora anómala	Retira al dolor	Localiza el dolor	Obedece órdenes

Interpretación		
15 puntos: situación basal normal	9-6 puntos: bajo nivel de consciencia	3 puntos: daño cerebral grave

### Escala de Daniel's, Medición de la Fuerza Muscular

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR	
<b>Grado 5</b> 100%	Es normal, gama total de movimientos contra la gravedad y total resistencia.
<b>Grado 4</b> 75%	Gama total de movimientos contra la gravedad y cierta resistencia, pero débil.
<b>Grado 3</b> 50%	Gama total de movimientos contra la gravedad pero no contra resistencia.
<b>Grado 2</b> 25%	Gama total de movimientos, pero no contra gravedad (movimientos pasivos).
<b>Grado 1</b>	Vestigios de movimiento
<b>Grado 0</b>	Ausencia de contractilidad

### **Escala de ansiedad/depresión de Goldberg**

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 items cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa.

#### **SUBESCALA DE ANSIEDAD**

1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?

3.- ¿Se ha sentido muy irritable?

4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?

7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)

8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?

9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

#### **SUBESCALA DE DEPRESIÓN**

1.- ¿Se ha sentido con poca energía?

2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?

3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)

5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)

7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?

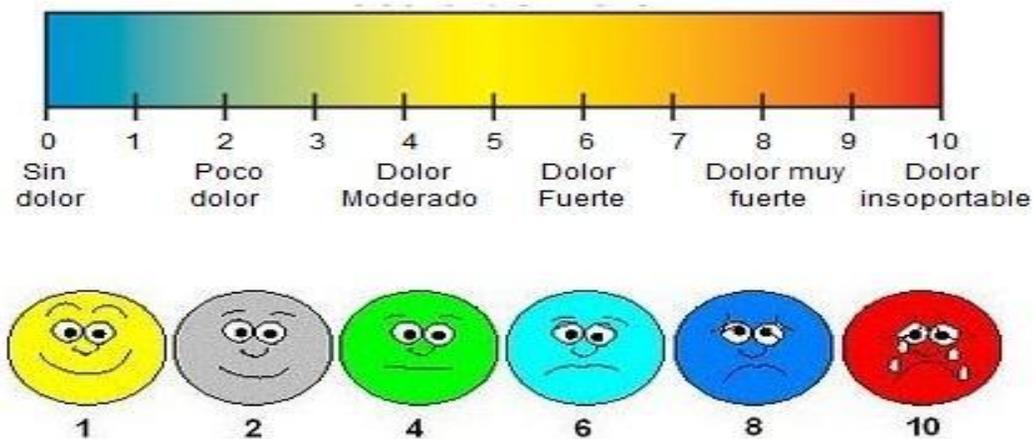
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL ANSIEDAD:

TOTAL DEPRESIÓN:

### Escala visual analógica (EVA)

## Escalas de dolor



## Escala de Braden

ESCALA BRADEN					
ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12		
	RIESGO MODERADO	≤14			
	RIESGO BAJO	≤16			

## Escala de Downton

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
Déficits sensoriales	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Clasificación:

Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos / Riesgo medio: 3 a 4 puntos / Riesgo Alto: 5 a 9 puntos



VALORACIÓN DE ENFERMERIA  
(ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON)

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS**

<p><b>1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.</b></p>	<p><b>RESPIRATORIO</b>  <b>DATOS OBJETIVOS:</b>          Frecuencia Respiratoria          Oxigenoterapia invasiva (Parámetros ventilatorios)          Saturación de Oxígeno den Sangre (Sao2).          Exámenes de laboratorio (ej. Gasometría Arterial )</p> <p><b>CARDIOLOGIA Y CIRCULATORIO</b>  <b>DATOS OBJETIVOS:</b>          T/A no invasiva          Fx. Cardiaca          PVC          Monitoreo ECG (ritmo cardiaco)          Exámenes de laboratorio (ej. Química Sanguínea)</p> <p><b>NEUROLOGIA</b>  <b>DATOS OBJETIVOS:</b>          Escala de valoración (ej Glasgow; Ramsay)          Exámenes de laboratorio (ej. LCR)</p>	<p><b>RESPIRATORIO</b>  <b>DATOS SUBJETIVOS:</b>          Permeabilidad de las vías aéreas          Oxigenoterapia no invasiva          Patrón Respiratorio:          Disnea/reposo/pequeños esfuerzos/medianos esfuerzos          Hiperventilación ;Hipoventilación          Ortopnea; Polipnea;Bradipnea.          Ruidos respiratorios: estertores/ sibilancias/crépitos.          Tos productiva/seca          ¿Alteraciones en la anatomía del sistema respiratorio?          Dolor asociado con la respiración.          Fumador; Desde cuando fuma/cuantos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional.          Antecedentes Respiratorios (Personales, Familiares)          Estudios Diagnósticos (Imagenología):  <b>CARDIOLOGIA Y CIRCULATORIO:</b>  <b>DATOS SUBJETIVOS:</b>          Llenado capilar:          Presencia de accesos y/o líneas vasculares (características; soluciones parenterales; medicamentos IV etc.)          Antecedentes Cardiovasculares (Personales, Familiares)          Estudios Diagnósticos:  <b>NEUROLOGIA:</b>  <b>DATOS SUBJETIVOS:</b>          Estado de conciencia (Alerta; somnolencia, estupor, coma, otro).          Presencia de paresias; plejías.          Respuesta pupilar (Puntiformes; Emotropia, Miosis, Midriasis, Anisocoria; Amaurosis, Anopsia; Isocoricas, etc.)          Antecedentes Neurológicos (Personales, Familiares)          Estudios Diagnósticos</p>
--	---	---

<p><b>2. NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN Y BEBER.</b></p>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b>  Peso:  Talla:  IMC:  Valoración de glicemia preprandial.  Esquema de insulina.  Ingestión de líquidos (cantidad)</p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b>  Tipo de dieta  Tolerancia a la dieta hospitalaria  Requiere apoyo para comer:  Requiere apoyo para la preparación de alimentos.  Turgencia de la piel: Membranas mucosas hidratadas/secas.  Características de uñas/cabello:  Funcionamiento neuromuscular y esquelético  Aspecto de los dientes y encías  Problemas cutáneos/de cicatrización/sequedad/sudoración excesiva  Conocimiento de los grupos de alimentos  Número de comidas diarias  Preferencia de alimentos  Intolerancia a alimentos/alergias  Lugar donde come:  Apetito bueno/regular/deficiente:  Trastornos digestivos.  Problemas de masticación y/o deglución.  Fluctuaciones de peso en los últimos 6 meses</p>
<p><b>3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.</b></p>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b>  Cuantificación de Diuresis (x turno)  Exámenes de laboratorio (ej. Creatinina Sérica; BUN)  Recolección de orina   Cuantificación de las evacuaciones (x turno)</p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b>  Palpación de la vejiga  Presencia de sonda uretral a permanencia  Características macroscópicas de la orina  Hábitos urinarios/frecuencia/disuria/nicturia/urgencia miccional/hematuria/retención.  Abdomen características  Presencia de ruidos peristálticos  Hábitos intestinales/número de defecaciones al día/fecha de última defecación/características  Ultima menstruación/características/frecuencia.  Antecedentes gineco-obstetricos.  Menarca.  Dismenorrea.  Ciclos menstruales.  Duración.  Método de control prenatal.  Papanicolaou.  Gestas  Partos  Abortos  Vigilancia prenatal  Historia de hemorragias/enfermedad renales.  Uso de laxantes.  Hemorroides  Dolor al defecar/menstruar/orinar:  Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación</p>

<p><b>4. NECESIDADES DE TERMO RREGULACIÓN.</b></p>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b> Temperatura Corporal</p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b> Características de la piel (Transpiración) Condiciones del entorno físico Adaptabilidad de los cambios de temperatura/bebidas/clima. Ejercicio/tipo y frecuencia. Temperatura ambiental que le es agradable o no</p>
<p><b>5. NECESIDADES DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.</b></p>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b> Escala de fuerza muscular modificada (Medical Research Council)</p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b> Postura Uso de aparatos de apoyo Alteraciones de la movilidad (Tracción, debilidad, calambres)</p>
<p><b>6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.</b></p>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b></p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b> Horas de descanso. Horas de sueño (efectivo) Siesta Ayudas para conciliar el sueño. Trastornos de sueño/despertar temprano/insomnio/pesadillas. Se siente descansado después de dormir</p>
<p><b>7. NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.</b></p>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b></p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b> Viste con base a las normas hospitalarias Necesita apoyo para la selección de su vestuario Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir. Su autoestima es determinante en su modo de vestir. Sus creencias le impiden vestirse como le gustaría. Sucio Se desviste sin causa justificable</p>
<p><b>8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.</b></p>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b> Escala de Norton; Braden, etc.) Escala de valoración de úlceras por presión (grado; localización)</p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b> Aspecto general; Olor corporal; Halitosis; Estado del cuero cabelludo Lesiones dérmicas (tipo; localización) Tipo de baño Frecuencia del baño Momento preferido del baño Cuántas veces se lava los dientes al día Aseo de manos antes y después de comer; Después de eliminar Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos</p>
<p><b>9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGRO.</b></p>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b> Aplicación de escalas de riesgos de caídas J.H. Downton</p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b> Deformidades congénitas. La cama cuenta con barandales de protección. Requiere sujeción (Motivo) Requiere la presencia de familiar Requiere de algún dispositivo muletas/bastón/andadera/silla de ruedas/. Cómo reacciona ante situación de urgencia.</p>

		<p>Conoce las medidas de prevención de accidentes (dentro del hospital)  Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona.  Como canaliza las situaciones de tensión en su vida</p>
<b>10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.</b>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b>  Aplicación de escala de Indicadores de Tensión y Ansiedad de Cautela y Upper  Aplicación de la escala de comunicación de Holden</p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b>  OJOS:  Presencia de : conjuntivas pálidas; membrana ocular seca; vascularidad aumentada, exoftalmos, visión borrosa, ceguera parcial o total, utiliza lentes, etc:  OTORRINOLARINGEO:  Utiliza sistema auditivo; sordera parcial o total, abscesos, traqueotomía disfagia etc.</p>
<b>11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.</b>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b></p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b>  Religión.  Su creencia religiosa le genera conflictos personales  Su creencia religiosa afecta la atención en su salud  ¿De qué forma?  Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso)  Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias</p>
<b>12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.</b>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b></p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b>  Estado emocional  calmado/ansioso/enfadado/temeroso/irritable/inquieto/eufórico  Existe alguna situación orgánica y/o psicológica para que el paciente realice alguna terapia ocupacional.</p>
<b>13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.</b>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b>  Integridad del sistema neuromuscular (pares craneales).</p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b>  Estado de ánimo  Apático/aburrido/participativo  Rechazo de las actividades recreativas  Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre.  Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad.  Recursos disponibles para la realización de terapia ocupacional/recreativa.  Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa</p>
<b>14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.</b>	<p><b>DATOS OBJETIVOS:</b></p>	<p><b>DATOS SUBJETIVOS:</b>  Al recibir alguna indicación por parte del personal de salud el paciente comprende lo que se le dice y realiza lo que se le pide.  Problemas de aprendizaje.  Limitaciones cognitivas.  Tipo</p>

## BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Alfaro L. R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevierdoyma, S.L; 2003. p. 4
- ❖ Alfaro L. R., Aplicación del proceso de enfermería, guía práctica, edit. Doyma, S.A., 1988, p. 19
- ❖ Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación, NANDA International 2007-2008.
- ❖ Facultad de medicina, Página de internet, revido Oct. 2016, disponible [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Ketorolaco.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Ketorolaco.htm)
- ❖ Fernández F. C., Novel M. G., El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos, edit. Masson, 1993.
- ❖ Franco S. O., González M. V., Et al., Enfermedad de Gaucher, Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012, (internet) consultado 20 de Marzo del 2016, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im121t.pdf>
- ❖ Fundación Genzyme, enfermedades Lisosomales – Enfermedad de Gaucher, (internet), consultado marzo 2016, disponible en: <http://www.fundaciongenzyme.es/Enfermedades/EnfermedadesLisosomales/EnfermedaddeGaucher.aspx>
- ❖ Giraldo P., Giralt M., Pocovi M., Enfermedad de Gaucher, 2ª edición, revisado junio 2016, disponible en: <http://www.aefegaucher.es/images/guias/2007.pdf>

- ❖ Hernández B E., Lidocaína intravenosa como anestésico de base en neurocirugía, Anestesia en Neurocirugía Vol. 34. Rev. Mexicana de Anestesiología. (Internet) 2011. Consultado Oct. 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cmas111ai.pdf>
- ❖ Hernández C. J., Albert E., Fundamentos de la enfermería Teoría y método, edit. Mc Graw Hill Interamericana, 1999.
- ❖ Kozier B., Erb G., Olivieri R., Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y práctica, vol. 1, edit. Mc Graw Hill Interamericana, 1998, p. 94.
- ❖ Lyer P., Taptich B., Bernocchi L. D., Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, edit. McGraw – Hill interamericana, 1988.
- ❖ Marriner T. A., 9 Virginia Henderson En: Modelos y teorías en enfermería, edit. Mosby / Doyma, 1994.
- ❖ McCloskey D J., Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 4° edición, edit. El sevier, Madrid, 2005.
- ❖ Ornelas F., R, Consenso Mexicano de Enfermedad de Gaucher. Rev. MedInstMex Seguro Soc 2010; 48 (2): 167-186 (internet), 2010, consultado 24 Marzo del 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im2010/im102j.pdf#page=2&zoom=auto,-79,394>

- ❖ Palacios M S., Álvarez G C., Schönffeldt G P., Céspedes G J., Gutiérrez C M., Oyarzún G M. Guía para realizar oximetría de pulso en la práctica clínica. Rev. chil. enferm. respir. [Internet]. 2010 Mar [citado Ago. 2016]; 26(1): 49-51. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071773482010000100010&lng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071773482010000100010&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482010000100010>.
  
- ❖ Ponce p., Familia, género y sexualidades, en: Colección Pedagógica Universitaria, (internet) 2003, revisado Sep. 2016, disponible en: [http://www.uv.mx/cpue/colped/N\\_40/E%20Ponce%20Familias%20y%20genero.pdf](http://www.uv.mx/cpue/colped/N_40/E%20Ponce%20Familias%20y%20genero.pdf)
  
- ❖ Reina G. N C, El Proceso de Enfermería: instrumento para el Cuidado. Umbral Científico 2010 18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>. Fecha de consulta: 26 de agosto de 2016.
  
- ❖ Revista electrónica Epónimos Médicos, Enfermedad de Gaucher, consultado en: <http://www.historiadelamedicina.org/gaucher.htm> 10/marzo/16 16:30 hrs.
  
- ❖ Vademécum citado Sep. 16, disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/o005.htm>