



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE 3295-12**

---

---



**MÉTODO ENFERMERO:  
SINDROME URÉMICO (PAE)**

Para obtener el Título de:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta:  
**JAQUELINE CEBALLOS MIRELES**

ASESORA:  
**LIC.TOMASA JUÁREZ CAPORAL**



**MÉXICO, D. F. 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESÚS  
Lic. Guadalupe Sarmiento Cristóbal  
Directora técnica

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted el trabajo recepcional:

**METODO ENFERMERO DE SINDROME UREMICO ( PAE)**

Elaborado por:

**JAQUELINE CEBALLOS MIRELES**

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la legislación universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que sustenta para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

**ATENTAMENTE**

---

**LIC.TOMASA JUÁREZ CAPORAL**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Gracias por dejar que existiera en esta vida  
por darme la sabiduría e inteligencia, y paciencia  
para poderme realizar profesionalmente  
mil gracias por estar conmigo cuando yo te he necesitado.

### **A MI ASESORA**

Gracias por brindarme su confianza  
Paciencia y dedicación para la  
preparación de este trabajo y por sus  
sabios consejos para mi formación  
profesional.

## **A MIS PADRES**

A quienes me han heredado el tesoro mas valioso, que pueden darle a una hija: AMOR

A quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme.

A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho.

A quienes nunca podre pagar sus desvelos ni aun con las riquezas mas grandes del mundo.

Por esto y mas...GRACIAS

## **A MIS HERMANOS**

Gracias por su apoyo incondicional por estar cerca de mi y apoyarme en las buenas y en las malas.

## **A MI ABUELITA**

Gracias por contar con tu apoyo y por ayudarme a crecer y por estar en este momento tan importante de mi vida profesional.

## **A MI BEBITA ZAMARA**

Gracias por existir en mi vida  
princesita hermosa eres una niña  
maravillosa e inteligente recuerda  
que te AMO mucho BEBITA.

## **A MI NOVIO NESTOR DANIEL**

Gracias por tu amor, comprensión  
y cariño, por estar a mi lado cuando mas  
te he necesitado TE AMO.

# CONTENIDO

INTRODUCCION.....	10
CAPITULO I	
OBJETIVOS.....	12
➤ GENERAL	
➤ ESPECIFICOS	
CAPITULO II	
ANATOMIA Y FISILOGIA	
APARATO URINARIO.....	13
RIÑON.....	14
PARTES DEL RIÑON.....	17
CORTEZA.....	18
SUMINISTRO DE SANGRE	
MEDULA RENAL.....	19
FUNCIÓN DEL RIÑON.....	20



**CAPITULO III**

**SINDROME UREMICO.....33**

**FISIOPATOLOGIA.....36**

**ETIOLOGIA.....37**

**CUADRO CLINICO.....38**

**DIAGNOSTICO.....39**

**TRATAMIENTO.....41**

**PRONOSTICO.....43**

**CAPITULOIV**

**HOJA DE VALORACION DE RESPUESTA HUMANA.....44**

**CAPITULO V**

**PLAN DE INTERVENCIONES.....59**

- **DIAGNOSTICO**
- **RESULTADO ESPERADO**

<b>➤ EVALUACION</b>	
<b>1) Retención urinaria relacionado con la obstrucción manifestado por misiones frecuentes de poca cantidad.....</b>	<b>59</b>
<b>2) Déficit de volumen de líquidos relacionado con fallo de los mecanismos reguladores (riñones) manifestado por sequedad de la piel y mucosas.....</b>	<b>64</b>
<b>3) Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con obstrucción anatómica manifestado por retención urinaria.....</b>	<b>69</b>
<b>4) Dolor Agudo relacionado con agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos) manifestado por informe verbal.....</b>	<b>74</b>
<b>5) Diarrea relacionado con presencia de parásitos manifestado por dolor abdominal.....</b>	<b>78</b>
<b>PLAN DE ALTA.....</b>	<b>83</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>85</b>
<b>GLOSARIO.....</b>	<b>86</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>89</b>

## INTRODUCCIÓN

La secretaria de salud registra que en México hay entre 15 y 27% de casos de síndrome urémico.

El padecimiento del síndrome uremico es una infección crónica que afecta con frecuencia a los riñones y a la vez a los diferentes órganos, y puede provocar insuficiencia renal. Se desarrolla como resultado de la destrucción de pequeñas estructuras funcionales y vasos que se encuentran en el interior del riñón. Este síndrome es una enfermedad grave y potencialmente mortal.

El síndrome uremico se desarrolla con frecuencia en los meses de verano y suele presentarse en brotes epidémicos. El síndrome uremico es frecuente en niños pequeños de entre 6 meses y 4 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad.

Este síndrome, esta dado por una variedad de factores, como bacterias, en alimentos contaminados.

El síndrome urémico también puede desarrollarse como resultado de la ingesta de ciertos medicamentos, o puede originarse por un cáncer presente en el cuerpo, aunque estos factores son menos frecuentes. Algunos casos poco común de síndrome uremico son antecedentes familiares, lo que sugiere una predisposición genética.

El Método Enfermero es un instrumento que permite llevar acabo el seguimiento de toda la enfermedad por medio de la Anatomía y Fisiopatología, y con la ayuda de la Hoja de Valoración de Respuesta Humana así como la utilización de los Diagnósticos de Enfermería, los Resultados Esperados.

Este padecimiento es un gran reto para el Licenciado en Enfermería y el equipo de salud ya que debe de actuar eficazmente para limitar el daño.

La enfermera con sus conocimientos adquiridos durante su formación profesional esta preparada para desempeñarse e intervenir adecuadamente en el padecimiento para limitar daños físicos, psíquicos, sociales.

## **CAPITULO I**

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Reafirmar conocimientos acerca del padecimiento del síndrome uremico a través del Método Enfermero. Para proporcionar una atención de calidad al cliente y prevenir una insuficiencia renal.

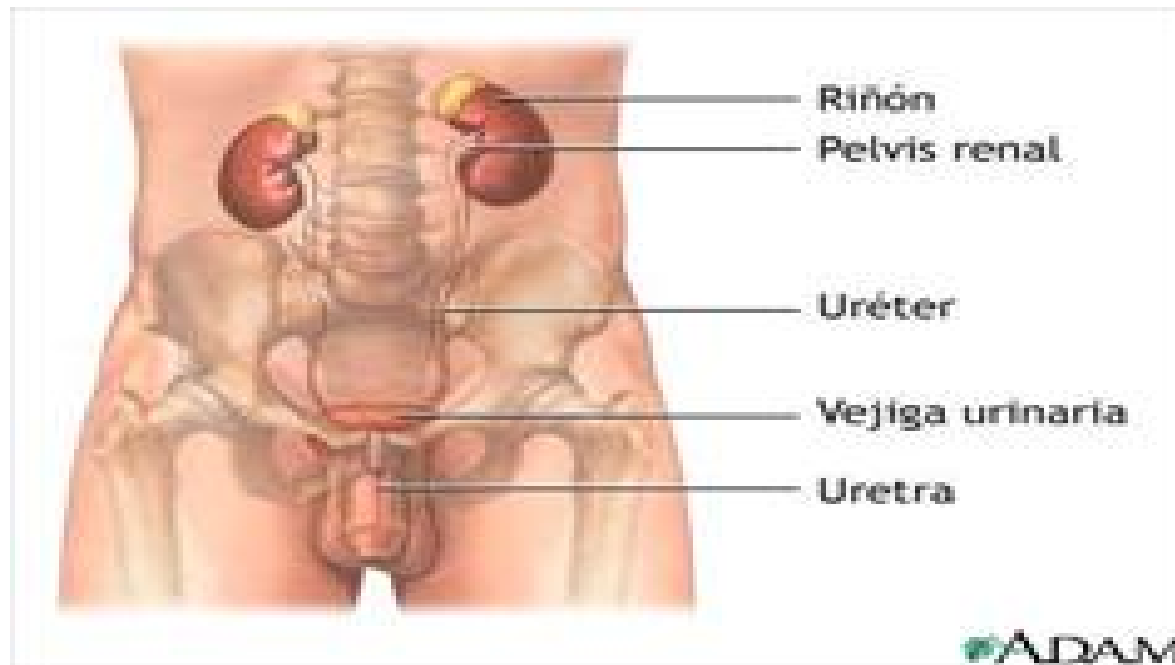
#### **OBJETIVO ESPECIFICOS:**

- Desarrollar el método enfermero y sus etapas (Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación). para reafirmar y aplicar los conocimientos adquiridos. Mediante los Diagnósticos de Enfermería y las intervenciones de Enfermería.
- Reunir los conocimientos teórico-prácticos para el desarrollo de nuevas habilidades para proporcionar una atención adecuada.
- Clasificar e identificar diagnósticos reales y potenciales para la prevención de nuevas complicaciones.

## CAPITULO II

### ANATOMIA Y FISIOLOGIA

### APARATO URINARIO



El aparato urinario normal está compuesto por dos riñones, dos uréteres, una vejiga y una Uretra. El tracto urinario es esencialmente igual en el hombre que en la mujer, excepto por lo que se refiere a la uretra. La función del aparato urinario es la de mantener el balance de fluidos y electrolitos, mediante la excreción de agua y varios productos de desecho.

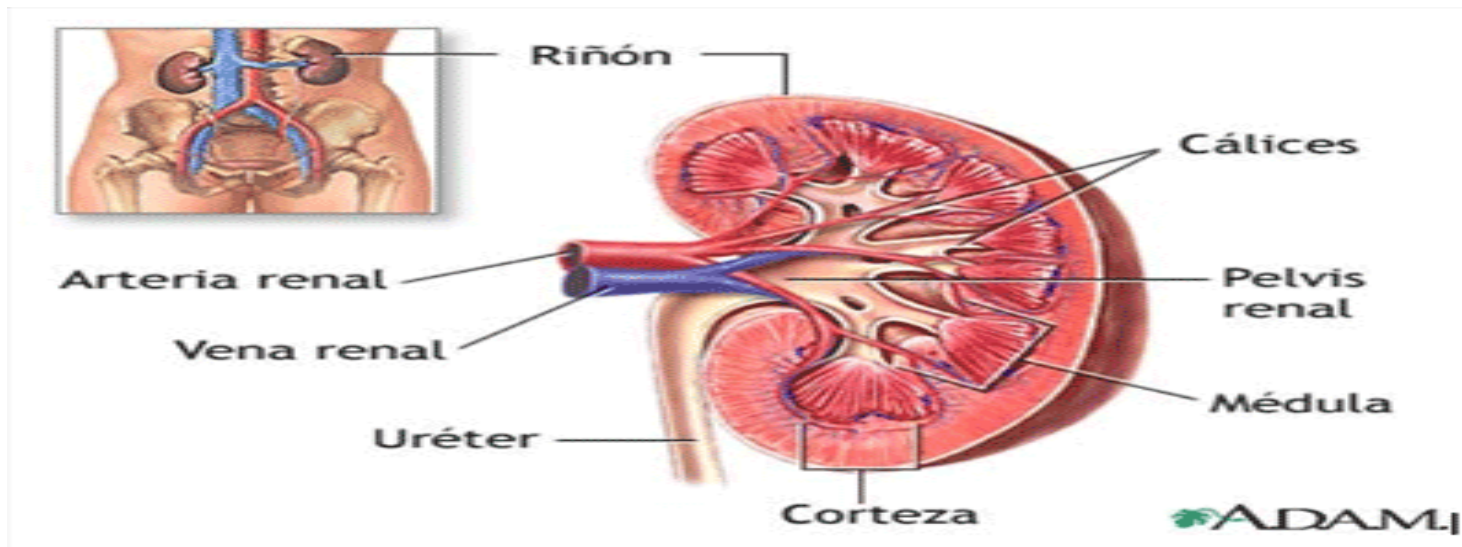
**RIÑONES:** El riñón es un órgano par, cada uno mide de 12 a 13 cm mayor y unos 6 cm. de anchura, 4 de grosor, siendo su peso entre 130 y 170 gr ; apreciándose dos áreas bien diferenciadas : una más externa, pálida, de 1 cm de grosor denominada cortical que se proyecta hacia el hilio renal formando unas columnas, denominadas de Bertin, que delimitan unas estructuras cónicas en número de 12 a 18 con la base apoyada en la corteza y el vértice dirigido al seno renal, denominadas pirámides de Malpighi, y que constituyen la médula renal, en situación retroperitoneal, al nivel de la última vértebra torácica y primera vértebra lumbar. El riñón derecho está normalmente algo más bajo que el izquierdo. El polo superior toca el diafragma y su porción inferior se extiende sobre el músculo.

La cara posterior es protegida en su zona superior por las últimas costillas. El tejido renal está cubierto por la cápsula renal y por la fascia de Gerota, que es de tal consistencia que es capaz de contener las extravasaciones sanguíneas y de orina, así como los procesos supurativos. Los vasos sanguíneos, los linfáticos y los nervios penetran en cada riñón a nivel de su zona medida, por el hilio. Detrás de los vasos sanguíneos, la pelvis renal, con el uréter, abandonan el riñón. La sangre es suministrada por medio de la arteria renal, que normalmente es única, y que se ramifica en pequeños vasos que irrigan los diferentes

lóbulos del riñón. Los riñones reciben por minuto aproximadamente una cuarta parte del flujo cardiaco. Cuando la arteria ha penetrado en el riñón, se ramifica a nivel del límite entre corteza y médula del riñón, donde se distribuye a modo de radios en el parénquima. No existen comunicaciones entre los capilares ni entre los grandes vasos del riñón. Las arterias arciformes irrigan la corteza y dan lugar a numerosas pequeñas arteriolas, que forman múltiples pelotones sanguíneos, los glomérulos. A partir de cada glomérulo, la arteriola eferente da lugar a una fina red que irriga al correspondiente túbulo que surge de la zona del glomérulo. Estas arterias, dispuestas peritubularmente, drenan hacia pequeñas vénulas en venas colectoras anchas y, finalmente, hacia la vena renal y hacia la vena cava. La vena renal izquierda es más larga que la derecha, ya que tiene que cruzar la aorta para alcanzar la vena cava, y recibe además la vena gonadal izquierda. La vena gonadal derecha (ovárica o espermática) desemboca independientemente, por debajo de la vena renal, en la vena cava inferior. El riñón posee numerosos linfáticos, que drenan en ganglios hiliares, los cuales comunican con los ganglios periaórticos, craneal y caudalmente a la zona del hilio. Se ha demostrado la existencia de comunicaciones linfáticas cruzadas con el lado contralateral.



El asa de Henle tiene como función, por sus características específicas, el crear un intersticio medular con una osmolaridad creciente a medida que nos acercamos a la papila renal; en este segmento se reabsorbe un 25% del cloruro sódico y un 15% del agua filtrados, de tal forma que el contenido tubular a la salida de este segmento es hipoosmótico respecto al plasma. Finalmente, en el túbulo distal, además de secretarse potasio e hidrogeniones contribuyen a la acidificación de la orina, se reabsorben fracciones variables del 10% de sodio y 15% de agua restantes del filtrado glomerular.



## **PARTES DEL RIÑÓN**

**PELVIS RENAL:** Es la parte dilatada proximal del uréter en el riñón. Tiene una forma parecida a la de un embudo, es el punto de convergencia de dos o tres cálices mayores. Cada papila renal es rodeada por un rama de la pelvis renal llamada cáliz.

La función principal de la pelvis renal es actuar como embudo para la orina que fluye al uréter.

### **TÚBULO RENAL**

Del glomérulo, por el polo opuesto a la entrada y salida de las arteriolas, sale el túbulo Contorneado proximal que discurre un trayecto tortuoso por la cortical. Posteriormente el túbulo adopta un trayecto rectilíneo en dirección al seno renal y se introduce en la médula hasta una profundidad variable según el tipo de nefrona (superficial o yuxtamedular); finalmente, se incurva sobre sí mismo y asciende de nuevo a la corteza. A este segmento se le denomina asa de Henle. En una zona próxima al glomérulo sigue nuevamente un trayecto tortuoso, denominado túbulo contorneado distal, antes de desembocar en el túbulo colector que va recogiendo la orina formada por otras nefronas, y que desemboca finalmente en el cáliz a través de la papila.

**CORTEZA:** Parte externa del riñón de coloración rojo pardusca y fácilmente distinguible al corte de la parte interna o medular. Forma un arco de tejido situado inmediatamente bajo la cápsula renal. De ella surgen proyecciones que se sitúan entre las unidades individuales de la médula y se denominan columnas de Bertin.

Contiene todos los glomérulos, los túbulos proximales y distales, recibe el 90% del flujo sanguíneo renal y su principal función es la filtración, la reabsorción activa y la secreción

**SUMINISTRO DE SANGRE:** Cada riñón recibe su flujo de sangre de la arteria renal, dos de ellas se ramifican de la aorta abdominal. Al entrar en el hilio del riñón, la arteria renal se divide en arterias interlobulares más pequeñas situadas entre las papilas renales. En la médula externa, las arterias interlobulares se ramifican en las arterias arqueadas, que van a lo largo de la frontera entre la médula y la corteza renales, todavía emitiendo ramas más pequeñas, las arterias corticales radiales a veces llamadas las arterias interlobulares.

Las ramificaciones de estas arterias corticales son las arteriolas aferentes que proveen los tubos capilares glomerulares, que drenan en las arteriolas eferentes.

Las arteriolas eferentes se dividen en los tubos capilares peritubulares que proporcionan una fuente extensa de sangre a la corteza.

La sangre de estos tubos capilares se recoge en vénulas renales y sale del riñón vía la vena renal. Las arteriolas eferentes de los glomérulos más cercanas a la médula las que pertenecen a los nefronas yuxtamedulares envían ramas dentro de la médula, formando la base recta. El suministro de sangre está íntimamente ligado a la presión arterial.

**MEDULA RENAL:** Es la parte del riñón en la cual se produce la orina. Contiene millones de nefronas, que se componen de:

1. *Corpúsculo renal.* Está compuesto por:

**Glomérulo renal:** Cuando las arterias renales entran a los riñones, se subdividen cada vez más para formar arteriolas, que entran en los nefrones denominándose arteriolas aferentes. Estas arteriolas se doblan muchas veces sobre sí mismas, formando un ovillo cada una; la arteria sale de allí denominándose arteria eferente, todo eso es llamado glomérulo renal.

**Cápsula de Bowmann:** Es una cubierta que se encuentra rodeando al glomérulo renal, y que consta de una doble capa de células.

2. *Túbulo Renal:* Parte de la cápsula de bowmann, y se divide en:

1. **Túbulo contorneado proximal:** es el más cercano al glomérulo.

2. **Asa de Henle:** Es una saliente del túbulo proximal.

3. **Túbulo contorneado distal:** es el más lejano al glomérulo, conecta con los conductos colectores.

3. Túbulo colector: Es el que termina la nefrona. La médula es la porción interna del riñón.

## FUNCIÓN DEL RIÑÓN

Las tareas principales de los riñones son el retiro de los residuos metabólicos desintoxicación y de la regulación del agua del cuerpo, electrólito y equilibrio base/ácido.

### EXCRECIÓN:

- Remueve los desechos.
- Remueve el exceso de fluido concentración y dilución de la orina.

- Regula el balance ácido excreción de H<sup>+</sup>, conservación de HCO<sub>3</sub>.
- Regula el nivel de electrolitos.

### **SECRECIÓN:**

- Regula la presión sanguínea.
- Regula la producción de las células rojas de la sangre.
- Regula la toma de calcio.

**NEFRONA:** Es unidad funcional del riñón tiene tres funciones básicas: Filtración, Secreción y Reabsorción. En la filtración se permite el paso de ciertas sustancias desde la sangre a las nefronas, mientras que se impide el paso de otra. Posteriormente; a medida que el líquido filtrado discurre a través de las nefronas adquiere otras sustancias, este fenómeno recibe el nombre de secreción.

Otras sustancias vuelven a la sangre, proceso denominado reabsorción. Como resultado de estas acciones de las nefronas forma la orina.

## **PARTES DE LA NEFRONAS**

Consta de un glomérulo renal y sus túbulos que desembocan en el conducto colector. Sus partes son la cápsula glomerular o cápsula de Bowman, el túbulo contorneado proximal, la porción recta del túbulo proximal, las ramas descendente y ascendente del asa del nefrón o asa de Henle, el túbulo contorneado distal y el conducto colector.

Debido a que existen redes capilares, los glomérulos también forman parte del aparato cardiovascular. La sangre entra en el glomérulo a través de una arteriola aferente y sale a través de una arteriola eferente.

La pared externa, o capa parietal, de la cápsula de Bowman esta separada de la pared interna, conocida como capa visceral, por el espacio capsular o de Bowman.

Como la sangre fluye a través de los capilares glomerulares, el agua y muchos solutos se filtran desde el plasma sanguíneo al espacio capsular. Las proteínas plasmáticas de alto peso molecular y los elementos de la sangre normalmente no se filtran.

## **GLOMERULO**

El primer componente funcional de la nefrona con que se encuentra la microcirculación es el glomérulo, localización en la que se produce la filtración inicial de la sangre procedente de las arteriolas aferentes.

La arteriola aferente entra en la estructura glomerular por el polo vascular y se divide en aproximadamente cinco ramas cortas principales. Cada rama se subdivide a continuación en su propia red capilar, de forma que la rama principal y sus capilares tienen su propio tallo mesangial.

La división de la red capilar glomerular en aproximadamente cinco segmentos independientes confiere al glomérulo una lobularidad implícita, que rara vez se observa en la microscopía óptica ordinaria en un individuo sano, pero que se hace evidente en algunas formas de enfermedad glomerular primaria, en especial cuando el componente mesangial de cada segmento aumenta. La independencia de cada segmento glomerular se pone de manifiesto también en el hecho de que una enfermedad pueda afectar un único segmento.

Los capilares glomerulares convergen para formar una única arteriola eferente, que sale del glomérulo por el mismo polo vascular por el que entra la arteriola aferente.



De forma simplificada, la mejor forma de imaginarse la estructura del glomérulo es como una red capilar globular introducida en una esfera hueca de células epiteliales, denominada cápsula de Bow-man, que corresponde al extremo cerrado, bulboso y distendido de un largo sistema tubular hueco. Esto significa que el sistema capilar glomerular, que está revestido internamente por células endoteliales, tiene una capa externa de células epiteliales que está en continuidad, al nivel del polo vascular, con las células de revestimiento de la cápsula de Bowman.

Las células epiteliales de la cápsula de Bowman son planas simples, excepto en la zona próxima a la abertura del sistema tubular, donde adquieren una forma más cúbica y presentan algunas de organelas citoplásmicas de las células epiteliales del túbulo contorneado proximal.

En cambio, las células epiteliales que recubren el ovillo capilar; glomerular son de mayor tamaño y tienen una estructura singular y altamente especializada, que ha hecho que se las denomine podocitos.

Al espacio rodeado de epitelio que existe entre la red capilar glomerular y la cubierta parietal de la cápsula de Bowman se lo denomina espacio urinario, y está en continuidad con la luz del sistema tubular largo de la nefrona.

Además del revestimiento epitelial externo podocitos, la red capilar glomerular tiene otras características destacables, entre ellas, la posesión de una membrana basal inusualmente gruesa la membrana basal glomerular y la presencia de un tallo de sostén análogo al mesenterio del intestino delgado, al que se denomina mesangio.

La sangre entra en la red capilar glomerular procedente de la arteriola aferente. Se produce entonces una ultrafiltración de la sangre en la red capilar glomerular, y el filtrado pasa al espacio urinario antes de descender por el sistema tubular. La sangre parcialmente filtrada sale del glomérulo a través de la arteriola eferente y sigue avanzando para proporcionar una irrigación sanguínea oxigenada a los sistemas tubulares.

## HISTOLOGIA DE LA NEFRONA

Cada segmento de la nefrona y del sistema de tubulos colectores presenta características histológicas diferentes que reflejan sus funciones características.

➤ HISTOLOGIA DEL FILTRO: La capa visceral de la cápsula de Bowman y el endotelio de los capilares glomerulares forman una membrana endotelio capsular que actúa como filtro. Permite el paso de algunas sustancias desde la sangre y limita el paso de otras. Las sustancias filtradas atraviesan las tres capas de esta membrana en el siguiente orden.

1. ENDOTELIO DEL GLOMERULO: Esta capa simple de células endoteliales tiene fenestraciones poros de 50 a 100 nm de diámetro. Limita el paso de las células sanguíneas.
2. MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO: Esta capa de sustancias extracelular esta situada entre el endotelio y la capa visceral de la cápsula de Bowman. Esta formada por fibrillas en una matriz glicoproteína y limita el paso de proteínas de alto peso molecular.
3. HENDIDURA DE FILTRACIÓN EN LOS PODOCITOS: Las células epiteliales especializadas que forman la capa visceral de la cápsula de Bowman se denominan podocitos, cada podocito emite miles de estructuras en forma de pie

que recibe el nombre de pedicelos: Los pedicelos recubren la membrana basal, excepto los espacios existentes entre ellos denominados hendidura de filtración por los poros de hendidura. Una fina membrana, la membrana o diafragma de hendidura, se extiende a través de las hendiduras de filtración y limita el paso de las proteínas de tamaño medio.

- HISTOLOGIA DEL TUBULO RENAL: Una capa de células epiteliales, que se apoya sobre la membrana basal, forma la pared de todo el túbulo renal. En el túbulo contorneado proximal, las células son cuboides y presentan un prominente borde en cepillo de microvelosidades en su superficie apical frente a la luz. Estas microvelosidades, como las del intestino delgado, aumentan el área de superficie para la reabsorción y la secreción. Cerca del 65% del agua y hasta el 100% de algunos solutos atraviesan la membrana endotelio-capsular de nuevo hacia la sangre desde el TCP.

- **HISTOLOGIA DEL APARATO YUXTAGLOMERULAR (AYG):** En cada nefrona, la porción final de la rama ascendente del asa del Henle contacta con la arteriola aferente que llega a su propio corpúsculo renal. Las células del tubulo renal en esta región son altas y están amontonadas.

**URÉTERES:** Son un par de conductos que transportan la orina desde la pelvis renal hasta la vejiga urinaria. La orina circula por dentro de los uréteres gracias a movimientos peristálticos. La longitud de los uréteres en el hombre adulto es de 25 a 35 centímetros y su diámetro de unos 3 milímetros.

Formada la orina por las nefronas y transportada a los tubulos colectores, drena a través de los conductos papilares en los cálices rodean las papilas renales. Los cálices menores se unen formando los cálices mayores, que se unen para formar la pelvis renal. Desde la pelvis, la orina drena en los uréteres, la orina es eliminada del cuerpo a través de la uretra.

**VEJIGA URINARIA:** Es un órgano hueco músculo-membranoso que forma parte del tracto urinario y que recibe la orina de los uréteres y la expulsa a través de la uretra al exterior del cuerpo durante la micción.

La vejiga urinaria está situada en la excavación de la pelvis. Por delante está fijada al pubis, por detrás limita con el recto, con la parte superior de la próstata y las vesículas seminales en el hombre, y con la vagina en la mujer. Por arriba está recubierta por el peritoneo parietal que lo separa de la cavidad abdominal, y por abajo limita con la próstata en el hombre y con la musculatura perineal en la mujer.

Adquiere una forma esférica cuando se distiende ligeramente. A medida que aumenta el volumen de orina adquiere forma de pera y asciende en la cavidad peritoneal, cuando está vacía se asemeja a un tetraedro con:

- Vértice anterosuperior en el que se fija el uraco.
- Vértice anteroinferior que corresponde al orificio uretral.
- Vértices superoexternos en los que desembocan los uréteres.
- 

La capacidad fisiológica de la vejiga urinaria o hasta que aparece el deseo de orinar oscila entre los 300 y 350 centímetros cúbicos. Y puede aumentar de 2 a 3 litros en caso de retención aguda de orina. Esta capacidad se reduce en casos de cistitis hasta los 50 centímetros cúbicos.

La pared de la vejiga está formada por tres capas:

**Capa serosa:** El peritoneo parietal recubre la vejiga en su cara superior y parte posterior y laterales cuando está llena.

**Capa muscular:** Está formada por músculo liso con tres capas:

1. **Externa o superficial:** Formada por fibras musculares longitudinales.
2. **Media:** Formada por fibras musculares circulares.
3. **Interna o profunda:** Formada también por fibras longitudinales

**Capa mucosa:** Esta formada por epitelio de transición urinario que es un epitelio estratificado de hasta ocho capas de células, impermeable, en contacto con la orina, y por la lámina propia que es de tejido conjuntivo.

Las tres capas forman el músculo detrusor que cuando se contrae expulsa la orina y tiene como antagonistas los esfínteres de la uretra.

**URETRA:** Es un conducto por el que discurre la orina desde la vejiga urinaria hasta el exterior del cuerpo durante la micción.

La función de la uretra es excretora en ambos sexos y también cumple una función reproductiva en el hombre al permitir el paso del semen desde las vesículas seminales que abocan a la próstata hasta el exterior.

La uretra es más corta en la mujer que en el hombre.

- En la mujer la uretra tiene una longitud entre 2,5 y 4 centímetros y desemboca en la vulva entre el clítoris y el introito vaginal. Esta corta longitud de la uretra femenina explica la mayor susceptibilidad de infecciones urinarias en las mujeres.
- En el hombre la uretra tiene una longitud de unos 20 centímetros y se abre al exterior en el meato uretral del glande. Debido a esta longitud el sondaje urinario masculino es más difícil que el femenino. En este largo recorrido, la uretra masculina tiene distintas porciones que son:
  1. **Uretra prostática:** Discurre a través de la glándula prostática, donde abocan los conductos deferentes.
  2. **Uretra membranosa:** Es una corta porción de uno o dos centímetros a través de la musculatura del suelo de la pelvis que contiene el esfínter uretral externo, un músculo esquelético que controla voluntariamente la micción. La uretra membranosa es la porción más estrecha de la uretra.



3. **Uretra esponjosa:** Se llama así porque se encuentra en el interior del cuerpo esponjoso del pene, una vaina eréctil que recorre toda la cara ventral del pene. Tiene una longitud de unos 15-17 centímetros.

## CAPITULO III

### SÍNDROME UREMICO

El Síndrome Urémico se define al deterioro de las funciones bioquímicas o fisiológicas en conjunto con la progresión de la enfermedad renal, resultando una sintomatología compleja y variable. Los signos y síntomas se deben en parte a la acumulación de retención urémica y toxinas urémicas.

La piel tiende a hiperpigmentarse y se presenta seca y con finas escamas "escarcha urémica". En las extremidades se puede encontrar asterixis y en casos avanzados se encuentran mioclonías.

El aliento tiene un aroma especial fétor urémico. La respiración es de tipo acidótica. Existe tendencia a las equimosis. En los exámenes de laboratorio destaca la elevación del nitrógeno ureico y de la creatinina, acidosis metabólica, hiperpotasemia y anemia.

El síndrome urémico es causado por los cambios bioquímicos producidos como consecuencia de una pérdida significativa de la funcionalidad de los riñones.

Se llega a esta enfermedad como consecuencia de cualquier patología desencadenante de una severa lesión renal; la resultante de esta situación es el síndrome urémico agudo o crónico.

Puede ser causado por: bacterias, virus, metabólicas, congénitas, traumáticas, etc. Además la orina tiene un color claro, porque los riñones son los "filtros" del cuerpo que liberan por orina toxinas, que al dejar de funcionar el riñón, esas sustancias, quedan en la sangre intoxicando el organismo hasta llevarlo a la muerte.

El cuadro de síndrome urémico es de pronóstico grave a reservado porque cuando se llega a esta instancia ya existe un 75 % de los riñones que no funcionan.

Se realiza un análisis de orina para determinar en forma relativa en que grado está afectada la funcionalidad renal y uno de sangre para determinar un valor que nos va indicar la toxicidad que existe en el organismo, una vez que se tienen los resultados dependerá de la gravedad de éstos, la sobrevivencia del paciente, el problema radica que en la lesión renal generalmente no se recupera lo que ya se destruyó.

El paciente debe ser siempre internado para corrección de los trastornos hidroelectrolíticos y del estado ácido-base, será sometido a una dieta adecuada al padecimiento,

Se realizan diálisis y la solución definitiva es el trasplante de riñón..Cada caso tiene sus características y diferencias en particular y también dependerá de la idiosincrasia del paciente.

## FISIOPATOLOGÍA

El síndrome urémico es causado por una eschericha coli 0157:H7 y es caracterizado por instauración súbita de trombocitopenia y de hemólisis con hematíes filamentadas e insuficiencia renal anurica aguda.

Se observa una lesión renal focal típica cuya principal característica es la existencia de trombos de fibrina en las arteriolas y en los capilares glomerulares. Esto puede conducir a la necrosis fibrinoide de las arteriolas glomerulares aferentes y a zonas con necrosis cortical franca, pero es rara la presencia de trombos de fibrina en vasos pequeños de órganos diferentes a los riñones.

## **ETIOLOGIA:**

Se reconocen múltiples agentes etiológicos del síndrome urémico, aunque se considera a la infección por *Escherichia coli* como la principal etiología.

Existen varias clases para su estudio pero la de Neil se considera la más compleja, porque presenta una división etiológica en la enfermedad en relación con las diferentes formas en que se presenta:

- *Escherichia coli* 0157H7: Es asociada a diarreas.
- *Shigella dysenteriae* tipo 1.
- *Streptococcus Pneumoniae*.

## **CUADRO CLÍNICO:**

Principalmente es precedido por un cuadro de dolor abdominal y diarrea con un promedio de seis días de evolución previos al diagnóstico y posteriormente el paciente se vuelve irritable. El síndrome urémico ocurre sin oliguria con una eliminación normal o incrementada de agua y electrolitos y presenta las siguientes manifestaciones clínicas:

- Debilidad
- Congestión pulmonar
- Fatiga.
- Apatía.
- Náuseas.
- Vómito.
- Dolor Abdominal.
- Fiebre
- Prurito
- Somnolencia.
- Palidez
- Petequias
- Edema

## DIAGNOSTICO:

### Se realiza los siguientes laboratorios

- Q.S, B,H,
- EGO para detectar la presencia de sangre y proteínas
- CROPOPARASITOSCOPIO para detectar la presencia de sangre
- Rx de Abdomen

Se le realizo el estudio del laboratorio una Q.S al paciente dando como resultados los siguientes:

Q,S	RESULTADOS	REFERENCIA
Urea	509	7-20 mg/dl
Creatinina	30.9	1.1- 1.5 mg
Glucosa	13	80-110mm/dl
Proteínas totales	5.7	6-8 gr
Albumina	3.3	3.5-5.5 gr
Cl	101.5	101-111 mmol/l
Co2	8.6	20-29 mmol/l



## **TRATAMIENTO:**

Las personas con esta afección reciben transfusiones de concentrado de eritrocitos y plaquetas según se necesite. Diálisis peritoneal y manejo con corticosteroides.

A algunas personas se les puede hacer un tratamiento a la porción líquida de la sangre, y con plasmaféresis o intercambio plasmático. El plasma se reemplaza con plasma fresco donado o filtrado para extraer anticuerpos de la sangre.

Es importante la corrección de los trastornos hidroeléctricos y del estado acido-base

Manejo de hipertensión corrigiendo la sobrecarga hídrica y en algunos casos mediante la utilización de agentes antihipertensivos como enalapril, propanolol, nifedipina, etc.

No se conoce ningún tratamiento que pueda detener el avance del síndrome una vez que este ha comenzado el tratamiento de apoyo, lo que significa que no hay cura para esa enfermedad específica y por lo tanto es necesario tratar las complicaciones que presentan

signos de deshidratación e irregularidades en los niveles de electrolitos, estos trastornos serán tratados en primera instancia.

**MEDIDAS FARMACOLOGICAS:**

<p>➤ <b>Ranitidina 50mg. i.v c/12 hrs.</b></p> <p><b>INDICACIONES</b></p> <p>Esta indicado en el tratamiento de ulcera péptica, gastritis y duodenal</p> <p><b>CONTRAINDICACIÓN</b></p> <p>Hipersensibilidad a la sal</p> <p><b>VIA DE ADMINISTRACION</b></p> <p>Tabletas</p> <p>Solucion inyetable</p> <p>Jarabe</p>	<p>➤ <b>Metroclopramida 10mg. i.v.</b></p> <p><b>INDICACIONES</b></p> <p><i>Reflujo gastroesofágico, Prevención de la náusea y vómito post-operatorio.</i></p> <p><b>CONTRAINDICACIONES</b></p> <p><i>Pacientes epilepticos</i></p> <p><b>VIA DE ADMINISTRACION</b></p> <p><i>Tabletas de 10 mg</i></p> <p><i>Solucion inyetable de 10 mg</i></p>
<p>➤ <b>Prazocin    tableta 2mg. Una</b></p>	<p>➤ <b>Calcitriol una tableta c/24 hrs.</b></p>

<p><b>tableta c/8 hrs.</b></p> <p><b>INDICACIONES</b></p> <p>Para el tratamiento de la hipertensión arterial</p> <p><b>CONTRAINDICACIONES</b></p> <p>Hipersensibilidad al medicamento</p>	<p><b>INDICACIONES</b></p> <p>Esta indicado para tratar la hipocalcemia y pacientes con enfermedades del riñón y con diálisis</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **PRONOSTICO:**

El pronóstico de la recuperación en adultos es incierto. Después del parto, las mujeres no recuperan a menudo la función renal. La mayoría de los pacientes con síndrome urémico producido por mitomicina fallecen a causa de complicaciones en pocos meses.

Los pacientes con este padecimiento pueden llevar su recuperación con tratamiento conservador, incluyendo la diálisis peritoneal puesto algunos aspectos del síndrome uremico, Se ha probado en estos pacientes la plasmaferisis y el recambio plasmático, aunque sin evidencia claras de su eficacia.



## CAPITULO IV

# HOJA VALORACIÓN DE ENFERMERIA

## RESPUESTA HUMANA

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Unidad:** Hospital General la Villa

**Usuaría:** R.L.J                      Edad: 22 años

**Servicio:** Medicina Interna

**Fecha de Elaboración:** 18 de Junio-2007

**Expediente:** 355603

**Sexo:** Masculino

**Diagnostico Médico:** Síndrome Urémico

### Diagnósticos de Enfermería:

- Retención urinaria relacionado con la obstrucción manifestado por misiones frecuentes de poca cantidad o ausencia de diuresis.
- Déficit de volumen de líquidos relacionado con fallo de los mecanismos reguladores riñones manifestado por sequedad de la piel y mucosas.
- Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con obstrucción anatómica manifestado por retención urinaria
- Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos, químicos, físicos, psicológicos, manifestado por informe verbal
- Diarrea relacionado con presencia de parásitos manifestado por dolor abdominal

I. INTERCAMBIO

-CEREBRAL

Nivel de conciencia

Persona

Lugar

Tiempo

Apertura de ojos

Normal

con problema

Reflejo pupilar Si

-CARDIACO

Ritmo cardiaco normal 85/minuto

Arritmia

Taquicardia

Bradicardia

Tensión arterial

Brazo: derecho

Izquierdo

-PERIFÉRICO

PULSO	Ausente	Débil	Normal	Fuerte
Carotideo				<input checked="" type="checkbox"/>
Apical				<input checked="" type="checkbox"/>
Braquial				<input checked="" type="checkbox"/>
Radial				<input checked="" type="checkbox"/>

Temperatura

Región

°C

Hipertermia

Hipotermia

Piel

Normal

Color

Normal

Pálida

Cianótica

Ictérica

Otros

No presenta signos de hipertensión arterial

-OXIGENACIÓN

Frecuencia respiratoria

21<sup>x</sup>

Respiración regular

Irregular

Presencia de:  
Disnea

Ortopnea

Taquipnea

Bradipnea

Tos

Espujo

Color

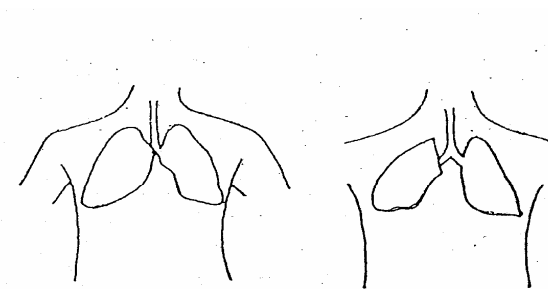
Cantidad

Ruidos respiratorios

Burbujeo

Estertor

Localización:



Tubos respiratorios

Si

No

-Integridad de la piel

Piel

Integra

Quemaduras

Petequias

Eritema

Úlcera

Herida

Abrasiones

Contusiones

Incisión quirúrgica ●

Resequedad de la piel

Edema

+

++

+++

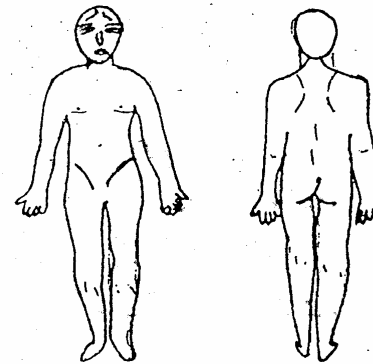
Otros

Se le recomendó elevación de los miembros pélvicos inferiores para disminuir el edema

Características

---

Localización: en región frontal y occipital



-NUTRICIÓN

Dieta indicada por el médico: Hiposódica de 1800 Kcal. Con 250 ml de líquidos.

Comidas

1

2

3

más



Alimentos que le gusten:  
Carne, frijoles, salsa, chilaquiles.

Alimentos que le hacen daño:  
Ninguno.

Cambio actual en el apetito

Si

No

Observaciones: Por no tener ni sal , ni dulce los alimentos no le gustan y a veces no come.

Ingesta de cafeína

Sí

No

Frecuencia

Talla

Peso

Somatometría

Estado de boca y encías

Color: Rosado.

Húmeda: Deshidratada .

Lesiones: Ninguna.

DENTADURA	Completa	Parcial	Incompleta
Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utilización de prótesis

Si

No

Otros

Presenta caries en las muelas de la parte inferior de la dentadura nadamas se lava la boca 1 vez al día

ELIMINACIÓN

Ritmo Intestinal habitual con presencia de peristaltismo

Evacuaciones cada tercer día

Alteración actual

Estreñimiento

Diarrea

Incontinencia

Remedio para la alteración

Alimentos

Enema

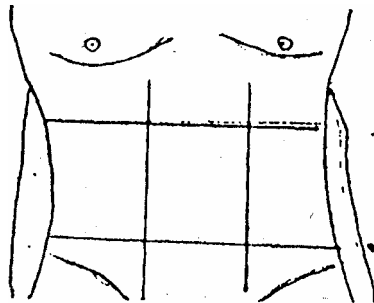
Fármacos

Ruidos intestinales

Si

No

Características \_\_\_\_\_



Localización: Presenta dolor en epigastrio y mesogastrio

### CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES (Datos Históricos)

Color: Café

Olor: Fétido

Consistencia: Dura

(Datos actuales)

Color: Amarilla

Olor: Fétido

Consistencia: Aguada

Frecuencia: Cada ratito por la diarrea

### CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA (Datos Históricos)

Color: amarillo

Olor: normal

Ph: 5.0

(Datos actuales)

Color: Ámbar

Olor: uremico

Ph: 5.5

Sonda Foley

Si

No

Cantidad en :

50 ml

12 horas

400 ml

24 horas

900 ml

Presencia de:

Anuria

Polaquiuria

Disuria

Hematuria

Otros:

---

-SENTIMIENTO

Dolor Malestar

Desde el inicio de su enfermedad ha empezado a tener dolor

Si

No

Intensidad del dolor.

+

++

+++

En que parte del cuerpo le da dolor

En el estomago y en la parte del riñon

---

Se agrava el dolor con alguna cosa

Con el movimiento y cuando me aguanto del baño

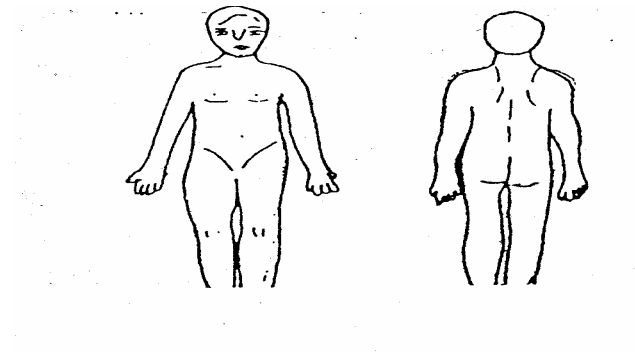
---

Con qué mitiga el dolor

Con medicamento (Metamizol sodico)

---

Localización:



-COMUNICACIÓN

Función de lectura:

Normal

Dificultad

Incapaz

Función de escritura

Normal

Dificultad

Incapaz

Función del habla

Normal

Dificultad

Incapaz

Tiene algunas dificultad para relacionarse con la gente

---

-MOVIMIENTO

Percepción Sensorial

Alteración

Vista

Si

No

Oído

Si

No

Olfato

Si

No

Gusto

Si

No

Tacto

Si

No

Reflejo

Si

No

Observaciones: No tiene ninguna alteración sensorial

-AUTOCUIDADO

Actividad independencia total

Practica ejercicio

Si

No

Actividad ayuda con aparatos

No

Actividad ayuda con personas

No

Actividad ayuda con aparatos y personas

No

Dependencia total

No

-ACTIVIDAD

Fatiga

Si

No

Debilidad

Si

No

-REPOSO

¿Cuántas horas duerme regularmente por la noche?  
6 horas.

---

¿Siente descanso al despertar?

No me despierto con mucha flojera y quisiera seguir durmiendo

Auxiliares del sueño

No

-CONSERVACIÓN DEL ENTORNO

Distribución de cuartos que tiene la casa

cocina

Baño (s)

Escalera

Cuenta con:

Agua

Drenaje

Luz eléctrica

Tiene animales

Si

No

Se encuentran

Dentro de la casa

Fuera de la casa

La casa es:

Propia

Rentada

Otros

#### -CONSERVACIÓN DE LA SALUD

¿A qué servicio de salud tiene usted acceso?

Ninguno

¿A qué servicio de salud acudió antes de llegar a esta unidad?

Centro de salud.

¿En qué servicio lo han atendido en esta unidad?

Consulta externa en el servicio de medicina interna.

#### -RELACIONES

Estado civil soltero.

Vive con:

Familia

Solo

Otros

Tiene hijos

Si

No

Edades

\_\_\_\_\_.

Sexos

\_\_\_\_\_.

Trabaja actualmente

Si

No

Ocupación

Comerciante

Agrado por la ocupación

Si

\_\_\_\_\_

Preocupaciones laborales

No

\_\_\_\_\_

Gasto energético:

Físico

Mental

Estudia

Si

No

-RELACIONES SEXUALES

Mujer:

Menarca

Menopausia

Frecuencia con que tiene relaciones sexuales.

\_\_\_\_\_.

Posibilidades de embarazarse

Si

No

Historia de embarazos.

\_\_\_\_\_

Gestaciones

Abortos

Parto (s)

Normal

Cesárea

---

Problemas con el embarazo

---

---

Hombre:

Posibilidad de embarazar

Si

No

---

-CONOCIMIENTO

Antecedentes de salud

¿Qué problemas de salud ha tenido anteriormente?

Ninguno

¿Cuál es su enfermedad actual? Síndrome urémico.

¿Cuál fue la causa que le ocasiono la enfermedad?

Lo desconosco

---

¿Qué malestares le ocasiono la enfermedad?

Dolor abdominal, ansiedad, debilidad

---

---

-FACTORES DE RIESGO

¿Tiene antecedentes familiares de hipertensión o diabetes?

No

Fuma

Si

No

---

¿Cuántas cajetillas al día?. 3 cigarrillos

---

¿Consume alcohol?

Si

No

¿Con qué frecuencia?

---

Frecuentemente se encuentra estresado

Si

No



---

¿Qué hace para mitigar el estrés?

Escuchar musica

---

-PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD

¿Está enterado el paciente de su problema actual de salud?

si

No

---

¿Qué cuidados le han proporcionado por parte del personal de enfermería en esta unidad ?

Signos vitales por turno, Cuidados generales de enfermería, cuidados de mi venoclisis, control de líquidos estricto, administración de medicamentos.

---

Sabe para que le sirven esos cuidados?

Si para llevar un control de mi enfermedad

---

¿Le son de utilidad?

**Si por que me ayudan a saber si voy mejorando**

---

-MEDICACIÓN ACTUAL

¿Qué medicamentos toma actualmente?

Furosemide 20mg IV, mg IV, metronidazo,  
metamizol sódico 500mg IV

¿Con qué frecuencia?

El metamizol lo tomo cada 8 hrs y el furosemide también

---

¿En qué dosis?

no lo se

¿Sabe para que le sirven?

Si para el dolor y para que pueda orinar

---

-DISPONIBILIDAD

Disponibilidad del paciente por aprender

Si

No

---

Solicita información

Si

No

Memoria intacta:

Intacta

Solo reciente

Solo remota

-ELECCIÓN

Participación

Aceptación de la enfermedad

Si

No

Cumplimiento con el tratamiento terapéutico

Si

No

Aceptación del paciente por modificar actitudes personales y de su entorno para prevenir enfermedades.

Si

No

---

-JUICIO

Aceptación del problema

Si

No

Toma usted las decisiones usted en caso de presentarse algún problema

Si

No

¿Quién?

-AFRONTAMIENTO

¿Cómo resuelve usted habitualmente sus problemas?  
Con la ayuda de su familia.

-SENTIMIENTO

Emocional, integridad, estado.

Recientemente le han ocurrido cosas que le estresan? No

¿siente ansiedad?

Si

No

¿se siente afligido? No.

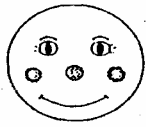
¿Qué hace para relajarse?

Observaciones:

El paciente se encuentra en un estado de animo cambiante y es muy apático

---

Alegre ●



Enojado



Preocupado ●



Triste ●



Serio



Temeroso



## OTROS

### -PERCEPCIÓN

Concepto de uno mismo

¿Como es su manera de ser habitualmente? Tranquila.

¿Cree que su personalidad ha cambiado por la enfermedad?

No.

### -RELACIÓN

Socialización.

Facilidad para relacionarse con otras personas. Si

Personas que le pueden ayudar. Familiares y el equipo

<sup>1</sup>multidisciplinario de salud del hospital.

<sup>1</sup> Hoja de valoración elaborada por la escuela de Enfermería del Centro Medico Nacional Siglo XI.

## CAPITULO V

### PLAN DE INTERVENCIONES

**USUARIO:** R.L.J      **EDAD:** 22 AÑOS      **GENERO:** MASCULINO

**SERVICIO:** MEDICINA INTERNA      **FECHA DE ELABORACION:** 18-Junio-2008

**Dx. DE ENFERMERÍA:** Retención urinaria relacionado con la obstrucción manifestado por misiones frecuentes de poca cantidad o ausencia de diuresis.

**RESULTADOS:** Mejorar la eliminación urinaria

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<b>INTERDEPENDIENTE</b> <b>Furosemide 40 mg 1.V c/8 Hrs</b>	<b>DESCRIPCION</b> La furosemide es un diurético de asa de la familia de las sulfonamidas utilizado en el tratamiento del edema asociado a la insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis y enfermedad renal, incluyendo el síndrome

nefrótico. También se utiliza en el tratamiento de la hipertensión ligera o moderada y como ayudante en las crisis hipertensivas y edema pulmonar agudo.

La furosemida es empleada, asimismo, para el tratamiento de la hipercalcemia. Pertenece al grupo de los diuréticos de alto techo.

### **Indicaciones**

- Adultos: inicialmente 20 a 40 mg i.v. o i.m aumentando la dosis en 20 mg cada 2 horas hasta obtener la respuesta deseada. La administración de la furosemida i.v. se debe realizar lentamente, recomendándose una velocidad de infusión inferior a 4 mg/min, en particular cuando las dosis son superiores a los 120 mg o en pacientes con insuficiencia cardíaca o renal.

- Ancianos: en principio, se utilizan las mismas dosis que los adultos, pero teniendo en cuenta que esta población es más sensible a los efectos diuréticos del fármaco
- g/kg i.v. o i.m. cada 12-24 horas

### **Contraindicaciones**

- Desequilibrio electrolítico
- Hiponatremia
- Hipocalcemia

### **Precaución**

- Enfermedades Hepáticas
- Coma Hepatico

## INDEPENDIENTE

### **Control de líquidos**

Es necesario un estricto control de líquidos que permita mantener un estado de normovolemia. Ya que por medio del control estricto de líquidos podemos observar si los ingresos son iguales a los egresos y así poder controlar los líquidos

El control de líquidos se realiza según las necesidades del paciente se resta la cantidad de líquidos administrados.

El balance normal debe ser "0". El balance es positivo cuando la cantidad de líquidos administrado por vía intravenosa es mayor que la cantidad de líquidos eliminado por el organismo y es negativo cuando la cantidad de líquidos eliminados por el organismo es mayor la cantidad de líquidos administrados por vía intravenosa.

	<p>El volumen de líquidos debe ser el correspondiente a las pérdidas insensibles (600 ml/m<sup>2</sup>sc/día) menos el agua de oxidación de los alimentos (200 ml/m<sup>2</sup>sc/día) es decir, 400 ml/m<sup>2</sup>sc/día, al cual se le agrega el de las pérdidas sensibles., si el balance es adecuado el paciente debe perder 1% de su peso diariamente. Se debe reponer el 90% de la orina y los electrolitos manteniendo un balance ligeramente negativo para no perpetuar la poliuria</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EVALUACION:** Con la ministración del fármaco hubo una mejor eliminación, y se pudo llevar un buen control de líquidos. Mejorando el estado hídrico.



**Diagnostico de Enfermeria:** Déficit de volumen de líquidos relacionado con fallo de los mecanismos reguladores riñones manifestado por sequedad de la piel y mucosas.

**Resultado Esperado:** Hidratación

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p><b>Cuidados de la piel</b></p>	<p>La <b>piel</b> es el <b>órgano</b> de mayor tamaño de nuestro cuerpo. En dicho <b>órgano</b> se llevan a cabo: funciones indispensables para el mantenimiento de la vida, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Respiración cutánea</li><li>• Control de la temperatura</li><li>• Eliminación de toxinas</li><li>• Barrera física del sistema inmune</li></ul>

Es fundamental el cuidado de la piel para mantenerla saludable e hidratada, con el transcurso de los años la piel pierde suavidad, elasticidad esto se puede deber a una mala higiene, abuso del alcohol o por exponerse al sol.

Para mantener una piel saludable, es necesario conocer ciertas particularidades de la piel para lograr una adecuada higiene y cuidados básicos necesarios para conservar la salud de la misma.

Las pieles secas: Tienen un aspecto opaco y rugoso. Estas pieles suelen irritarse con facilidad y se descaman con frecuencia.

Esto indicaría ausencia de líquidos y deshidratación. Para corregir este tipo de sintomatología es necesario junto con una correcta limpieza, la aplicación de cremas hidratantes y nutritivas, consumo de agua.

INDEPENDIENTE

**Crema hidratante**

La crema hidratante es absolutamente esencial para la piel mantenerla sana, suave, flexible, lisa y firme.

La parte más importante de la rutina del cuidado de la piel es evitar lesiones. Sin embargo, las causas como el agotamiento hacen que la piel se deshidrate con la carencia de la humedad, las células de la capa externa llegan a ser secas y marchitan. Esto hace la textura de la piel áspera. La piel llega a ser frágil dejando la capa interna expuesta a la pérdida adicional de humedad.

Se Hidrato la piel del paciente tanto con crema como con aceite lo cual le ayudo a tener una piel sin escamaciones.

## INTERDEPENDIENTE

**Solución salina 0.9% 250 p/24 hrs**

## CLASIFICACION DE LAS SOLUCIONES

- Soluciones Isotónica: Que tienen la misma concentración de solutos que el plasma sanguíneo.
  - Solución salina al 0.9%
  - Solución de lactato ringer
- Soluciones Hipotónicas: Tiene una concentración de solutos menor que el plasma sanguíneo.
  - Solución salina al 0.45%
  - Dextrosa al 5%
- Soluciones Hipertónicas: Tienen una concentración de solutos mayor que el plasma
  - Solución salina al 7.5%

Esta solución fue indicada para mantener vena permeable

La solución salina al 0.9 % también denominada Suero Fisiológico, es la sustancia cristalóide estándar, es levemente hipertónica respecto al líquido extracelular y tiene un pH ácido.

La relación de concentración de sodio ( $\text{Na}^+$ ) y de cloro ( $\text{Cl}^-$ ) que es 1/1 en el suero fisiológico, es favorable para el sodio respecto al cloro ( $3/2$ ) en el líquido extracelular ( $\text{Na}^+ > \text{Cl}^-$ ). Contiene 9 gramos de  $\text{ClNa}$  o 154 mEq de  $\text{Cl}^-$  y 154 mEq de  $\text{Na}^+$  en 1 litro de  $\text{H}_2\text{O}$ , con una osmolaridad de 308 mOsm/L.

**Evaluación:** Dado a la retención de líquidos fue posible solo mantener la vena permeable con la solución y con la aplicación de crema para favorecer el cuidado de la piel y así evitar una deshidratación.

**Diagnostico de Enfermería:** Deterioro de la Eliminación Urinaria relacionado con Obstrucción anatómica manifestado por retención urinaria.

**Resultado Esperado:** Vaciado completo de la vejiga.

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>INTERDEPENDIENTE</b> <b>Sondeo vesical</b>	<p>Es importante identificar los problemas urinarios.</p> <p>La sonda es de suma importancia ya que por medio de esta técnica podemos tener un control adecuado de la diuresis así mismo tener el vaciamiento total de la vejiga</p> <p>Consiste en la inserción de la sonda estéril a la vejiga para drenar continuamente la orina.</p> <p>Tiene como objetivo vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.</p> <p>Material</p>

- Equipo para asepsia
- Sonda foley o nelaton calibre 16 o 18 fr
- Guantes
- Jeringa (con solución inyectable) 5 ml
- Bolsa recolectora
- Fijación para la sonda
- Lubricante

#### PROCEDIMIENTO

1. Explicarle al paciente el procedimiento
2. Lavado De manos
3. Preparación del material
4. Colocación de los guantes (2 pares)
5. Probar la permeabilidad de la sonda
6. Tomar con una mano el pené y colocarlo en posición erecta
7. Realizar asepsia genital
8. Tomar la sonda y lubricarla
9. Retroceder el prepucio para poder observar el meato urinario
10. Insertar la sonda de 5 a 7 cm hasta que empiece a fluir la orina

11. Introducir la solución para que se infle el globo, fija.
12. Fijar la sonda en la pierna para evitar la contaminación con el suelo
13. Colocar fecha de instalación y número de sonda.

La sonda actúa como canal para vaciar la vejiga, la altura de la bolsa colectora debe estar por abajo del nivel de la vejiga, para evitar el reflujo de orina y por ende la presencia de infecciones.

Es importante cerciorarnos que la sonda esta colocada adecuadamente porque se puede ocasionar alguna infección o la perforación de algún órgano.



## INDEPENDIENTE

### **Peso diario**

El peso juega un papel importante dentro de este padecimiento por que por medio del peso podemos observar la perdida o el aumento de masa corporal.

Es así que encontramos un aumento en el peso corporal esto se debe a que el paciente estaba reteniendo líquidos se presentaba edema en los miembros pélvicos inferiores y un poco en la cara por lo tanto estaba aumentando de peso.

Es de suma importancia pesar diario al paciente había veces que se pesaba después de ingerir alimentos para observar si estaba reteniendo líquidos y aumentar de peso.

	<p>De igual manera se le recomendó elevación de miembros inferiores para mejorar la circulación y disminución del edema.</p> <p><b>EQUIPO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bascula</li><li>• Hoja de registro</li><li>• Toallas desechables</li></ul>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Evaluación:** Se logro el vaciado de la vejiga por medio de la instalación de la sonda y se logro controlar el peso debido al edema.

**Diagnostico de Enfermería:** Dolor agudo relacionado con Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos) manifestado por informe verbal.

**Resultado Esperado:** Disminución del Dolor

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p>INTERDEPENDIENTE <b>Metamizol sodico 500mg iv c/8 Hrs o por razón necesaria</b></p>	<p><b>DESCRIPCIÓN:</b> El metamizol es un fármaco perteneciente a la familia de las pirozolonas, cuyo prototipo es el piramidón.</p> <p>El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandina.</p> <p><b>FARMACOCINÉTICA:</b> Después de su administración, el metamizol es rápidamente metabolizado por acción a metilaminoantipirina.</p>

**INDICACIONES:**

- Dolor agudo post-operatorio o post-traumático
- Dolor de tipo cólico
- Dolor de origen tumoral
- Hipertermia que no responde a otros antitérmicos.

**VIA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS:**

Intra-venosa Adulto

De 500 –1000 mg cada 6 u 8 Hrs. No se debe administrar por periodos prolongados.

**EFECTOS ADVERSOS:**

- Reacciones de hipersensibilidad
- Anemia hemolítica
- Trombocitopenia
- Leucopenia

	<p><b>CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:</b>  En pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a pirozolonas y con insuficiencia renal o hepática, úlceras duodenales.</p>
<p><b>INDEPENDIENTE</b>  <b>Disminución de la Ansiedad</b></p>	<p>La ansiedad o la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo es por eso que a veces dificultan la eficacia de los medicamentos</p> <p>La ansiedad es un síntoma del dolor ya que por el grado en el que se encuentra el paciente no logra controlarse por eso no se puede controlar el dolor y la ansiedad</p>

	<p>Se le recomendó al paciente hacer ejercicios de concentración o poner la mente en blanco pero al mismo tiempo movimientos de los brazos, manos, cabeza y así lograr una relajación.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Evaluación:** Se logro la disminución del dolor gracias al metamizol sodico y a los ejercicios lo cual favoreció para controlar la ansiedad y lograr la irritabilidad y el sueño.

**Diagnostico de Enfermeria:** Diarrea relacionado con presencia de parásitos manifestado por Dolor abdominal.

**Resultado Esperado:** Control del síntoma

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p>INTERDEPENDIENTE <b>Metronidazol 500mg iv c/8Hrs</b></p>	<p>Es un antibiótico y antiparasitario del grupo de los nitroimidazoles. Inhibe la síntesis del ácido nucleíco y es utilizado para el tratamiento de las infecciones provocadas por protozoarios y bacterias anaeróbicas.</p> <p>El metronidazol es también indicado como preparación gel para el tratamiento de condiciones dermatológicas como el acné rosácea.</p> <p><b>INDICACIONES:</b></p> <p>En padecimientos parasitarios debido a bacterias.</p>

	<p><b>CONTRAINDICACIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad al fármaco</li> </ul>
<p><b>INTERDEPENDIENTE</b> <b>Manejo higiénico/dietético</b></p>	<p>Es importante llevar acabo una adecuada higiene en los alimentos ya que por lo consiguiente podemos saber la causa de la diarrea puede ser por la etiología que es preciso por la bacteria llamada escherichia coli 0157H7 la cual es asociada a la diarrea o por la higiene de los alimentos.</p> <p>Otra causa puede ser la falta de higiene antes y después de ir al sanitario</p> <p>La dieta indicada debe ser adecuada para el paciente la cual es una dieta hipo sódica que consiste en:</p>



- **Cereales:** pan blanco (trigo, centeno), pan integral, harina de trigo integral, biscotes, arroz, arroz integral.
- **Verduras y hortalizas:** pepino, cebolla, pimiento, rábano, tomate, lombarda, berenjena, boniato, aguacate, calabacín, calabaza, endibia, escarola, lechuga, champiñones, setas, espárragos, patata, puerro, judías verdes, alcachofas, coles de Bruselas
- Si la dieta es estricta en sal, se deben restringir: zanahorias, nabos, espinacas, col rizada, remolacha y acelgas

**INTERDEPENDIENTE**

**Solución Hartmann 500 ML P/24 Hrs**

Esta solución se maneja para mantener la vena permeable y para corregir la diarrea.

SOLUCION INYECTABLE. Cada 100 ml contienen Cloruro de sodio 0.600 g. Cloruro de potasio 0.030 g. Cloruro de calcio dihidratado 0.020 g. Lactato de sodio 0.310 g.

Envase con 500 ml.

Mili equivalentes por litro:

Sodio	130
Potasio	4
Calcio	3
Cloruro	109
Lactato	28.

**INDICACIONES:**

Deshidratación isotónica

Acidosis moderada por vómito, diarrea, fístulas, exudados, traumatismos, quemaduras, estado de choque, cirugía.  
Mantenimiento del balance electrolítico.

	<p><b>GENERALIDADES:</b> Líquido estéril, también conocido como solución de ringer con lactato. Su pH es de 6 a 7.5 y contiene electrolitos esenciales para el organismo.</p> <p><b>EFFECTOS ADVERSOS:</b> Su exceso produce edema pulmonar en pacientes con enfermedades cardiovasculares y renales.</p> <p><b>CONTRAINDICACIONES:</b> Alcalosis grave e hipercalcemia</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Evaluación:** se controló la diarrea ya que con la ayuda de la ministración del medicamento y con la orientación sobre la dieta del paciente y la higiene de las manos.

## PLAN DE ALTA

Al egreso del paciente se le proporciono información para su mejoría y recuperación satisfactoria en su domicilio.

- Furosemide 10 mg v.o c/8 hrs, Metamizol sódico 500mg v.o c/8 hrs y Metronidazol 500 mg v.o c/24 hrs . Dieta hipo sódica es decir baja en sales, el desayuno, una rebanada de pan blanco, una taza de te 250 ml y una manzana o gelatina y en la comida sopa de pasta pero sin sal, unos pepinos y una pechuga azada y un vaso de agua 250 ml y en la cena una taza de te 250 ml y una rebanada de pan blanco que sea de trigo
- Debe tomar solamente 250 ml de agua 3 veces al dia
- Higiene a la hora de preparar los alimentos lavar frutas y verduras desinfectarlas y sobretodo lavarse las manos ya que es una medida higiénica para evitar infecciones.

- El baño le va ayudar a relajarse e hidratar la piel por que a veces no es suficiente con la crema y también es necesario que se bañe con jabón neutro o utilizar jabón liquido.

**NOTA:**

Fue un ejemplo de un paciente que se va de alta dándole las recomendaciones de su tratamiento medico pero en el caso del paciente mencionado su alta fue por defunción en la cual se realizaron cuidados post mortem .

## **CONCLUSIONES**

Hoy puedo decir que el Método Enfermero es indispensable para el profesional de enfermería ya que con la realización de intervenciones de calidad y llevando los conocimientos adquiridos podemos brindar una atención de calidad y sobretodo no olvidar el lado humano.

La hoja de valoración de respuesta humana que se le realizo al cliente contiene puntos específicos que ayudaron a identificar diagnósticos reales y potenciales y así lograr realizar las intervenciones de enfermería relacionadas a su enfermedad.

El Método Enfermero es un instrumento importante para lograr el crecimiento profesional por lo cual he logrado mis metas y objetivos, permite que las intervenciones de enfermería tengan fundamentación científica.

## GLOSARIO

**SINDROME:** Grupo de síntomas, signos o ambos que ocurren juntos y producen un complejo sintomático típico de una enfermedad en particular.

**UREMIA:** Síndrome clínico por insuficiencia renal debido a una afección de los riñones, o por un trastorno o una afección en alguna o otra parte del organismo que causa disfunción renal.

**ARTERIA RENAL:** Vaso sanguíneo principal que lleva sangre al riñón y su glándula suprarrenal y uréter cercanos. Hay una arteria renal para cada riñón.

**METABOLICA:** Cantidad de energía liberada o consumida por unidad de tiempo.

**HIPERPOTASEMIA:** Aumento de los niveles de potasio en la sangre

**TROMBOCITOPENIA:** Situación hematológica anormal en que el número de plaquetas está disminuido debido a destrucción de tejido eritrocito.

**HEMOLISIS:** Degradación de los hematíes con liberación de hemoglobina.

**OLIGURIA:** Disminución de la capacidad de formar y eliminación de orina.

**PLASMAFERESIS:** Eliminación del plasma de la sangre extraída mediante centrifugación, con reconstitución del resto de elementos celulares en una solución isotónica y reinfusión de esta en el donante.

**CORTICOSTEROIDES:** Hormona producida por la corteza suprarrenal.

**HIPERCALEMIA:** Elevación de las cifras de calcio sanguíneo por encima de lo normal.

**EQUILIBRIO ACIDO-BASE:** Situación de equilibrio establecido en el balance entre sustancias de carácter ácido y básico de la sangre como consecuencia de la interacción entre los sistemas respiratorios y metabólicos.

**LINFA:** Es un líquido corporal que recorre los vasos.

**FILTRADO GLOMERULAR:** Es el líquido que están filtrando continuamente los glomérulos.



**REABSORCIÓN TUBULAR:** Es la capacidad que tienen los túbulos (proximal, asa de henle y distal) de volver a reabsorber y reintroducir en el torrente circulatorio.

**PETEQUIAS:** Pequeñas manchas de color rojo que aparecen en la piel.

**ASTERIXIS:** Describir una alteración neuromuscular que consiste en la aparición involuntaria de interrupciones rítmicas de una contracción muscular voluntaria.

## BIBLIOGRAFIA

ANAGNOSTAKOS. p Nicholas: Principios de Anatomía y fisiología. Ed. Harla. Sexta edición. México 2001. 350 pp.

BARRERA Rosales Susana Fundamentos De Enfermería Ed. El Manual Moderno Sexta edición. Santa Fe De Bogota.286 pp

BERKOW M D Robert Manual Merck de información medica para el hogar Ed. Oceanía. Primera edición. 571 pp

Diccionario de Medicina Océano MOSBY Ed. Oceanía. Cuarta edición Barcelona España. 1799 pp.

GERARD.J Tortora Principios de Anatomía y Fisiología Ed. Mosby/Doyma libros. Séptima edición. 1800pp.

JONHSON.Marion y cols. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones, internacionales NANDA, NOC,NIC.Ed Mosby. México D,F, 2004 PP

NANDA, Diagnostico Enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2002. Ed Elsevier Eciense. Quinta edición 2003-2004. 299 pp

NORDMRK T MadelyNn BASES Cientifica De La Enfermeria Ed. La prensa medica mexicana. Tercera edición. México 1999. 291pp

PRICE. L. Alice Tratado De Enfermeria Ed. Interamericana. Tercera edición. 5210pp

## **PAGINAS ELECTRONICAS**

[http://www salud hoy. Com/htm/tere/artículos/dolcron](http://www.salud hoy. Com/htm/tere/artículos/dolcron) 30 de mayo del 2008 11:00

<http://www.esmas.com/salud/enfermedades/htm> 02 de junio del 2008 12:30

<http://www.anatomia.tripod.com> 24 de junio del 2008 16:40