



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA PERSONA CON LITIASIS RENAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO
EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

MOISES DE JESUS AC OJEDA

NUMERO DE CUENTA: 407116304

**DIRECTOR ACADEMICO:
LIC ENF FEDERICO SACRISTAN RUIZ**

MERIDA, YUCATAN, MEXICO 2011



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

Contenido

Introducción.....	5
Objetivos específicos.	7
Justificación.....	8
Metodología.....	9
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	10
1.1 Definiciones de Enfermería.....	10
1.2 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Avenle Henderson	
1.3 Proceso de Enfermería	13
1.3.1 Fases del Proceso de Atención de Enfermería.....	15
1.4 Litiasis Renal.....	24
1.4.1 Definición.....	24
1.4.2 Fisiopatología.....	24
1.4.3 Síntomas y signos.....	26
1.4.4 Diagnóstico.....	27
1.4.5 Tratamiento.....	28
1.5 Intervenciones de Enfermería.....	31
Capítulo II APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	
2.1 Presentación del Caso Clínico.....	34
2.2 Perfil de la persona.....	34
2.3 Diagnósticos de Enfermería.....	41
2.4 Planeación, ejecución y evaluación.....	43

Conclusiones.....	60
Sugerencias.....	61
Referencias Bibliográficas.....	64
Anexos.....	65

AGRADECIMIENTO A:

DIOS por permitirme y prestarme vida y poder realizar el trabajo que desempeño, vivir y seguir adelante por este largo camino de la vida.

A mis padres. Raimundo Rey Ac Canche y Lourdes Salome Ojeda Martínez, que son los que me dieron la oportunidad de nacer, crecer, y enseñarme a desarrollar como persona,

Mis hermanitas, Aries y Wendy que son parte de mi familia, y que me hay apoyado en las buenas y en la malas, que me dado ánimos para seguir ejerciendo lo profesión que tengo.

Mis maestros que me dieron la oportunidad de crecer como ser humano y que confiaron en mí.

A mi asesor que me apoyo con este trabajo que hoy estoy presentando y darle las gracias por su paciencia y su dedicación.

Es por ello que no dejare de agradecer a cada una de ellos que son pieza fundamental de mí.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se aborda una enfermedad que afecta a gran número de personas, sobre todo a las personas que habitan en el estado de Mérida Yucatán, por lo que resulta ser una problemática en nuestro estado.

Es por ello que se presentaran los cuidados preventivos, curativos, paliativos para evitar algún tipo de complicación en las personas que padezcan dicha enfermedad.

De acuerdo a la presentación del **Proceso Atención de Enfermería** con el fin de identificar las necesidades fundamentales que presenta la persona con **litiasis renal** para poder proporcionar los cuidados asistenciales, indispensables y personalizados, para poder así limitar el daño, conservar la vida y reintegrarla a su ambiente bio-psico-social.

Contiene también los objetivos para delimitar el tema, para poder lograr y alcanzar los mencionados objetivos para su pronta recuperación así como la metodología para especificar los pasos que se deben seguir y se aborda una breve descripción de la persona que se retomará para desarrollar dicho proceso.

Para realizar tal trabajo se ha dividido en capítulos:

Primer capítulo:

En el primer capítulo se abordara del marco teórico, en su desarrollo describiendo las definiciones, concepto de enfermería, modelo de V. Henderson; así como las características y fases del proceso de enfermería. También se describe lo relacionado con la, así como sus intervenciones y cuidados de enfermería en ésta patología.

Segundo capítulo:

Se describe a la valoración y los diagnósticos de enfermería. Incluye la presentación del caso, el interrogatorio de los antecedentes, por aparatos y sistemas, la exploración física cefalo-caudal y se concluye con la presentación de los diagnósticos de enfermería.

Tercer capítulo: Se presenta la planeación, ejecución y evaluación respecto a las intervenciones de enfermería para la atención de las necesidades de salud de la persona.

Por último se presentan las conclusiones, sugerencias, las referencias bibliográficas y los anexos.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Ampliar el conocimiento respecto a la metodología del Proceso Atención de Enfermería y a su vez contar con un instrumento de trabajo que me permita sustentar el examen profesional.

OBJETIVOS EPECIFICOS

- ❖ Identificar las necesidades que presenta la persona y así poder realizar los cuidados pertinentes.
- ❖ A través del Proceso Atención de Enfermería realizar plan de atención para poder limitar el daño en la persona.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se realiza por la alta tasa de incidencia de la enfermedad que se presenta en el hospital y por la frecuencia con que se presenta en las personas. Se desarrolla con la finalidad de valorar la importancia de las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería con un enfoque humanístico y con la alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.

Por medio del plan de cuidados el personal de enfermería realiza un juicio clínico sobre la persona, lo que nos permitirá realizar las intervenciones y evaluaciones de enfermería, ya que éstas son las bases para establecer un cuidado óptimo e individualizado, tomando en cuenta que el saber especializado, técnico y humanizante es indispensable en las medidas asistenciales.

La auténtica importancia de aplicar el PAE radica en que de esta manera se otorga la atención de una manera individualizada y estructurada abordando a la persona como un ser holístico, respetando en el ámbito sus valores culturales, creencias y convicciones para lograr el éxito de los cuidados, la satisfacción y el bienestar de la persona en toda su integralidad.

METODOLOGÍA

- 1) Selección de la persona con la problemática.
- 2) Seleccionar y analizar diferentes referencias bibliográficas referentes a la patología.
- 3) Elaboración del Proceso Atención de Enfermería, que incluya todos los elementos necesarios para proporcionar atención oportuna de enfermería técnica y científica.
- 4) Valoración: Se llevará a cabo a través de la observación, entrevista y examen físico para seleccionar los problemas prioritarios.
- 5) Diagnósticos: Son elaborados de acuerdo a la metodología del PES.
- 6) Planeación: Se planearán todas las actividades que se realizarán en el Proceso Atención de Enfermería, los objetivos y las intervenciones de enfermería.
- 7) Ejecución: Se efectuarán todas las actividades planteadas de acuerdo a los problemas detectados.
- 8) Evaluación: Se observará la evolución de la persona, así como la calidad de atención e intervención de enfermería, para poder conseguir el logro de los objetivos.
- 9) Elaboración de conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos el cual incluye el formato de la valoración diagnóstica de enfermería.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 DEFINICIONES DE ENFERMERÍA.

Enfermería: ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo, y comunidad, referente a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.¹ Es una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina.²

Definición de Enfermera (o).

El enfermero es un profesional en busca de su identidad propia, con vinculaciones y dependencias de otras profesiones en el ámbito de las llamadas ciencias de la salud, como profesional es responsable de la atención de enfermería, que promueve, conserva o restablece la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos.

Persona que ha completado un programa de formación básica en enfermería y está calificada y autorizada para ejercer la enfermería en su país. Guiada por principios humanitarios y éticos, desarrolla su labor con la finalidad de fomentar la salud en todos los sentidos.³

Persona: Es definida como uno o más seres humanos. Representa un todo único complejo definido por la interrelación e interacción entre aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales.

Entorno: Conjunto de muchos factores, tanto físicos como psicológicos que influyen o afectan la vida y supervivencia de una persona.

¹ Diccionario de medicina “océano Mosby” p. 484

² Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería p. 3

³ Diccionario de medicina “océano Mosby” p. 483

Salud: Estado de bienestar, físico, mental y social junto con la ausencia de enfermedad u otra patología. No es un estado estático; el cambio constante y la adaptación al estrés dan lugar a la homeostasis.⁴

Cuidado: solicitud y atención para hacer bien algo. Estar a cargo de uno.

Avances para la atención de la salud.

Los avances principales que se han logrado en el país en materia de organización para conocer y participar en la detección y atención de necesidades y problemas de salud de la población, para mejorar la calidad de los servicios de salud y extender la cobertura son:

- Conformación de un sistema nacional de salud cuyas instancias y vertientes tienden a elaborar programas a partir de un diagnóstico.
- Cumplimiento de metas formuladas por la organización mundial de la salud (OMS) para lograr una vida digna y adecuada a partir del conocimiento de indicadores de salud y de nivel de vida y su interacción en el proceso salud-enfermedad.
- Distribución de las instituciones en los tres niveles de atención a la salud.
- Tendencia progresiva a percibir al individuo, familia y comunidad, como elementos que tienen derechos a un trato en el estado de salud como en el de enfermedad, que conllevan un trato humanitario, entendiendo este no como teoría, sino como reflexión.⁵

Enfermería, disciplina profesional.

En los avances antes mencionados se ha logrado el descenso o erradicación de algunas enfermedades, aumento de la esperanza de vida, detección oportuna de enfermedades y sus consecuencias, terapéuticas eficientes

⁴ Diccionario de medicina “océano Mosby” p. 1158

⁵ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 2

y sobre todo, la participación comunitaria en la satisfacción de necesidades y solución de problemas de salud. Estos han requerido de un equipo de salud, en el que el personal de enfermería es un recurso humano clave para la atención de calidad al individuo, familia y comunidad.

Al asegurar una respuesta optima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio de un saber y de competencias específicas, desde la formación del recurso humano en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentando en principio universales de los saberes, como son el saber ser, que incluye valores, actitudes, creencias, convicciones; el saber hacer, que está sustentado por habilidades relacionales y técnicas. Estos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.⁶

1.2 CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA AVENLE HENDERSON.

De acuerdo con Virginia Henderson, los receptores de los cuidados de enfermería son seres humanos que comparten necesidades fundamentales que se desprenden de su concepto de enfermería.

Para Henderson la enfermería consiste en asistir al individuo sano o enfermo la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a la muerte pacífica y que este realizara sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Para Henderson las necesidades básicas de los individuos en las que practica de enfermería tiene su base son:

- Respirar con normalidad.
- Comer y beber de manera adecuada.
- Eliminar los residuos corporales.

⁶ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 3

- Moverse y mantener una postura conveniente.
- Dormir y descansar.
- Seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales.
- Mantener el cuerpo limpio.
- Evitar peligros ambientales.
- Comunicarse con otros.
- Rendir culto de acuerdo con la propia fe.
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud.

Virginia Henderson no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le preocupaba era la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, se preguntaba qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

La única función del personal de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación o a una muerte serena.⁷

1.3 PROCESO DE ENFERMERÍA

Es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.

⁷ Balderas María de la luz. Administración de los servicios de Enfermería. p. 165

Tiene las siguientes propiedades:

- **Es resuelto** por que va dirigido a un objetivo.
- **Es sistemático** por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- **Es dinámico** porque implica un cambio continuo, centrado en las respuesta humanas.
- **Es interactivo** por centrarse en las respuestas cambiantes de la persona identificadas durante la relación enfermera-paciente.
- **Es flexible**, ya que se puede demostrar dentro de dos contextos: adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades, y uso de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez.
- **Posee una base teórica** sustentada en una amplia variedad de conocimientos incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse a cualquier de los modelos teóricos de enfermería.

Permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática a una persona sana o enferma, familia o comunidad. Su finalidad es identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar los resultados en el paciente. Por lo tanto es la aplicación del método científico en el quehacer de la enfermería.⁸

El P.A.E. exige del profesional, habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la

⁸ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 227

aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El P.A.E. requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

Importancia del proceso de atención de enfermería

La importancia del PAE es que puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Así mismo asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

1.3.1 Fases del Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad. Sus etapas son **valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación**. En las cuales debe ser flexible, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de la persona.

Valoración

Esta primera fase del proceso de enfermería tal vez es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida: se inicia con la obtención de datos de la persona, los cuales, una vez organizados y analizados, ayudan a la identificación del diagnóstico de enfermería. Generalmente, la obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista y exploración física.⁹

⁹ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 237

- a) **Observación:** es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto); con esta se llega a un diagnóstico presuntivo o certero, y se puede iniciar la planeación del proceso de enfermería. Debe realizarse desde el primer encuentro con la persona y durante su estancia hospitalaria.¹⁰
- b) **Entrevista:** al igual que la observación debe ser continua en la relación enfermera-paciente, y llevarse a cabo en un ambiente de privacidad; requiere del autoconocimiento del profesional de enfermería para poder comprender al paciente. Puede ser formal a través de un interrogatorio dirigido para desarrollar una empatía entre ambos, y obtener información necesaria para planear y proporcionar cuidados personalizados, o informal durante la realización de cuidados en la que con frecuencia el paciente expresa sentimientos y problemas mismos que deben utilizarse para complementar la entrevista formal.¹¹
- c) **Historia Clínica:** documento escrito, gráfico e imagenológico, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones de la persona correspondiente a su intervención, con arreglo a las disposiciones reglamentarias. Es un formato sistemático, que el personal de enfermería puede emplear para obtener datos importantes acerca de la persona, por medio de la entrevista permite al personal de enfermería establecer una relación con el paciente y su entorno, a fin de obtener los datos más significativos de sus padecimientos, su estado psicológico y social, para definir los problemas prioritarios.¹²
- d) **Examen físico:** es el examen sistemático de la persona para encontrar evidencia física o incapacidad funcional, ya que permite determinar en

¹⁰ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 237

¹¹ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 238

¹² Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 238

profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, y así poder obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones y confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Su objetivo es identificar las capacidades individuales, tanto fisiológicas como psicológicas. El personal de enfermería utiliza cuatro técnicas específicas: Inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección.

Es el método de la exploración física que se efectúa por medio de la vista.

Objetivos

- Detectar características físicas significativas.
- Observar y discriminar en forma precisa los hallazgos anormales en relación con los normales.¹³

Palpación.

Es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto.

Objetivos:

- Detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento.
- Corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección.¹⁴

Percusión.

Es el método de exploración física que consiste en golpear suavemente con la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo.

Objetivos:

¹³ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 169

¹⁴ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 172

- Producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición del tamaño y densidad de una estructura subyacente.
- Determinar la cantidad de aire o material solido de un órgano.¹⁵

Auscultación:

Es el método de exploración física que se efectúa por medio del oído.

Objetivos:

- Valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos (contracción cardiaca, soplos cardiacos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares, etc).
- Detectar anomalías en los ruidos o sonidos fisiológicos mencionados.¹⁶

Diagnóstico de Enfermería.

Es una conclusión o un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades de la persona, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos. Se basa en las necesidades y problemas de la persona, es individualizado y específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud o de enfermedad, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos en relación con las actividades y forma de vida de la persona. Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y/o comunidad, problemas de salud, procesos vitales, reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la fase para la selección de actuaciones de enfermería que consigna los resultados de los que es responsable la enfermera.

El diagnóstico de enfermería es esencial, porque encadena la recolección de la información con el planteamiento del cuidado.¹⁷

¹⁵ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 173

¹⁶ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 175

Tipos de Diagnóstico

La **NANDA** ha identificado tres tipos de diagnóstico de enfermería: reales, de alto riesgo y bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

Real:

Un diagnóstico Enfermería real es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante los problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

De alto riesgo:

Un diagnóstico de Enfermería de alto riesgo es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar el problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar. Estos diagnósticos incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las actuaciones de Enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.

Bienestar:

Un diagnóstico de Enfermería de bienestar, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

Planeación.

Es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar a la persona en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud, previa determinación del enfoque que le ayudara a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus problemas. Se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de

¹⁷ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 243

enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas identificados en los diagnósticos de enfermería.

El plan de atención de enfermería resultante está diseñado para ayudar a las personas y sus familiares en los siguientes aspectos:

- ❖ Mejorar el nivel de salud y funcionamiento.
- ❖ Recuperar un nivel previo de salud y funcionamiento.
- ❖ Mantener un nivel actual de salud y funcionamiento si se identifica que están en riesgo de presentar problemas.

Esta fase comprende tres pasos: establecimiento de prioridades, identificación de objetivos y planificación de las acciones de enfermería.

1. Establecer prioridades en los cuidados.

Inicia con la lista de los diagnósticos de enfermería entre el personal de enfermería y el paciente para determinar el orden en que deben resolverse los problemas de este. Durante esta etapa, siempre que es posible el personal de enfermería y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Así mismo tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.¹⁸

2. Determinación de objetivos (metas esperadas)

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o

¹⁸ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 248

disminuirle problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.¹⁹

3. Planeación de las Intervenciones de Enfermería

Las intervenciones de enfermería son destinadas a ayudar a la persona de atención para lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos: acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia del personal de enfermería y cuales son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.²⁰

Ejecución

Es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al cliente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

Esta etapa debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

Esta fase del proceso de enfermería incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de estos.

¹⁹ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 249.

²⁰ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 250

Así mismo el profesional de enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación de la persona y su relación con el entorno.²¹

1) Validación:

Todo plan de cuidados de enfermería, independientemente de la preparación y experiencia del personal que lo haya realizado, deberá intervenir personal de la misma disciplina y otros profesionales del equipo de salud, según las necesidades o problemas de la persona para asegurar mayor éxito en su realización.²²

2) Fundamentación o razonamiento científico:

El conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería. La fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados. Además el fundamento se basa en teorías, modelos, esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

El plan de cuidados es el instrumento de trabajo por excelencia de la enfermera. Esta es directamente responsable del mismo y forma parte de sus funciones autónomas.²³

3) Continuidad del cuidado:

La ejecución de un plan de enfermería contribuye a la continuidad del cuidado de la persona por el personal de enfermería de diferentes niveles académicos y turnos de trabajo, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo plazo logrados y apoya la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas de la persona para proponer enfoques de atención. A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continua la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la

²¹ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 252

²² Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 252

²³ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 253

evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.²⁴

Evaluación.

Es el proceso de valorar o revalorar los progresos de la persona hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.²⁵

La evaluación consta de tres partes:

- 1) **La evaluación de logro de objetivos.** Se inicia con la valoración de la persona, esto significa que nuevamente se le tendrá que examinar y entrevistar para reunir datos de su estado actual de salud o enfermedad.
- 2) **La revaloración del plan.** Se realiza cuando se identifican algunas variables que impidieron la ejecución del plan y que afectaron el logro de los objetivos. Así, se fijan objetivos nuevos y realistas que permitan identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento de estos.
- 3) **La satisfacción** del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.

²⁴ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 253

²⁵ Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. p. 254

1.4 LITIASIS RENAL

1.4.1 Definición.

Se refiere a la presencia de cálculos (piedras) en el tracto urinario. Dichos cálculos se forman cuando se incrementa la concentración de sustancias como oxalato de calcio, fosfato de calcio y ácido úrico en la orina. Esto se conoce como supersaturación y depende de la cantidad de sustancia, fuerza iónica y PH de la orina.²⁶

1.4.2 Fisiopatología

Los cálculos también se forman cuando hay una deficiencia de las sustancias que normalmente impiden la cristalización en la orina, por ejemplo, citrato, magnesio, nefrocalcina y uropontina. Otra situación que desempeña un papel importante en la formación de cálculos es el estado de volumen de líquidos (los cálculos tienden a presentarse con mayor frecuencia en estados de deshidratación).

Los cálculos aparecen en cualquier órgano del tracto urinario, del riñón a la vejiga, y su tamaño varía desde minúsculos depósitos granulares, llamados arenillas, hasta cálculos del tamaño de una naranja.

Algunos factores estimulan la formación de cálculos, como infección, estasis de orina y periodos de inmovilidad (en que se desacelera la expulsión de orina por los riñones y se altera el metabolismo del calcio).

La hipercalcemia (concentración elevada de calcio en la sangre), y la hipercalciurias (cantidades considerables de calcio en la orina) pueden deberse a:

- Hiperparatiroidismo.

²⁶ Bruner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. vol. II. Pag 1316

- Acidosis tubular renal.
- Neoplasias.
- Enfermedades granulomatosas (sarcoidosis, tuberculosis) que incrementan la producción de vitamina D por el tejido granulomatoso.
- Consumo excesivo de vitamina D.
- Consumo excesivo de leche y alcalis.²⁷
- Enfermedades mieloproliferativas (leucemia, y mieloma múltiple) en que hay proliferación extraordinario de células sanguíneas provenientes de la medula ósea.

Estos factores hacen que aumenten las concentraciones de calcio en sangre y orina, con lo que se precipita dicho mineral y se forman los cálculos.

En el caso de cálculos que contienen ácidos úricos, estruativa o cistina, lo indicado es un examen físico completo y análisis metabólicos por los trastornos relacionados que contribuye a la formación de cálculos. Los de ácido úrico (5 a 10% de todos los cálculos) se encuentran en sujetos con gota o trastornos mieloproliferativos. Los cálculos de estruativa se relacionan con el 15% de todos los cálculos urinarios y se forman en la orina persistentemente alcalina y rica en amoníaco debido a la presencia de bacterias productoras de ureasa, como proteus, klebsiella, pseudomonas, staphylococcus o especies de mycoplasma. Los factores de predisposición para los cálculos de estruativa 8ª menudo conocidos como cálculos de infección) incluyen vejiga neurógena, cuerpos extraños y UTI recurrentes. Los cálculos de cistina (1 a 2% de todos los cálculos) ocurren exclusivamente en personas con un raro defecto heredado en la absorción renal de cistinas (un aminoácido).

La formación de cálculos urinarios también ocurre con enfermedad intestinal inflamatoria y en personas con ileostomía o resección intestinal debido a que estas personas absorben más oxalato. Se sabe que algunos medicamentos

²⁷ Idem . p. 1317

causan cálculos en algunos clientes, tales medicamentos incluyen antiácidos, acetazolamina (diamox), vitamina D, laxantes y dosis elevadas de ácido acetilsalicílico. Sin embargo en muchas personas se desconoce la causa.

La formación de cálculos urinarios ocasiona 328,000 admisiones nosocomiales cada año. Los cálculos renales se representan principalmente entre 30 y los 50 años y afectan más a los varones que a las mujeres. Aproximadamente el 50% de las personas que tiene un solo cálculo presenta un episodio adicional al cabo de cinco años. La mayor parte de las concentraciones incluyen calcio o magnesio en combinación con fósforo u oxalatos, muchos son radiopacos y se detectan por radiografías.

1.4.3 Síntomas y signos

Dependen de la presencia de obstrucción, infección y edema. Cuando los cálculos bloquean el flujo de orina se desarrolla una obstrucción que incrementa la presión hidrostática y distiende la pelvis renal y el uréter proximal. La irritación constante del cálculo puede provocar una infección (pielonefritis y cistitis con escalofríos, fiebre, y disuria). Algunos cálculos presentan pocos síntomas o ninguno mientras destruyen lentamente las unidades funcionales del riñón (nefronas); otros provocan un dolor intenso e incomodidad.

Los cálculos en la pelvis renal se relacionan con dolor intenso y profundo en la región costovertebral. Se observa hematuria y piuria. El dolor originado en el área renal irradia hacia el frente y hacia abajo, en dirección de la vejiga en la mujer y de los testículos en el varón. Se habla de cólico renal si el dolor se agudiza en forma repentina, se intensifica en el costado y se presentan náuseas y vómito. El ataque suele acompañarse de diarrea y molestias abdominales. Los síntomas del tracto digestivo dependen de los reflejos reo intestinales y la cercanía de los riñones con el estómago, páncreas y colon.

Los cálculos que se alojan en el uréter (obstrucción ureteral) causan dolor agudo e intenso tipo cólico que irradia al muslo y genitales. Suele haber deseo frecuente de orinar, pero se expulsa muy poca orina, la cual suele contener sangre por la acción abrasiva de la concentración. Este conjunto de síntomas recibe nombre de cólico ureteral. El cólico este mediado por prostaglandina E2, una sustancia que incrementa la contractilidad ureteral y el flujo de sangre renal, además de que conduce a mayor presión intraureteral y dolor. En general, la persona pasa cálculos de 0.5 a 1 cm en forma espontánea. Los cálculos mayores a 1 cm suelen ser removidos o fragmentados de modo que puedan extraerse o ser pasados en forma espontánea.

Los cálculos alojados en la vejiga suelen producir síntomas de obstrucción y se asocian con UTI y hematuria. Si el cálculo obstruye el cuello de la vejiga ocurre retención urinaria. Si la infección se asocia con la presencia de un cálculo, la condición se torna mucho más grave y la vida de la persona se ve amenazada por sepsis.

1.4.4 Diagnóstico

Se confirma mediante radiografías, ultrasonografía, urografía intravenosa o pielografía retrograda de riñones, uréter y vejiga. Las químicas sanguíneas y las pruebas de orina en 24 horas para la medición de calcio, ácido úrico, creatinina, sodio, pH y volumen total son parte de las pruebas diagnósticas. Se obtienen antecedentes familiares de cálculos renales para identificar los factores que predisponen al individuo a la formación de cálculos. Cuando se recuperan los cálculos (estos puede orinarlos el paciente o se retiran mediante procedimientos especiales) se llevan a cabo análisis químicos para determinar su composición. Dicho análisis proporcionan una indicación clara del trastorno subyacente. Por ejemplo, los cálculos de oxalato de calcio o fosfato de calcio suelen indicar trastornos de metabolismo de calcio

u oxalato, en tanto que los cálculos de urato indican una alteración en el metabolismo del ácido úrico.

1.4.5 Tratamiento

Los objetivos básicos del tratamiento es erradicar el cálculo, determinar su tipo, prevenir la destrucción de nefronas, controlar la infección y aliviar cualquier obstrucción que puede estar presente. El objetivo inmediato del cólico renal o ureteral es aliviar el dolor hasta que pueda eliminarse su causa. Los analgésicos opioides se administran para prevenir choque y síncope derivados del dolor tan intenso. Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos pueden ser igual de efectivos que otros analgésicos para tratar el dolor por cálculos renales; proporcionan alivio específico del dolor debido a que inhiben la síntesis de prostaglandinas E2.

Los baños calientes o la aplicación de calor húmedo a las áreas del flanco también resultan de utilidad. A menos que la persona este vomitando o sufra de insuficiencia cardíaca congestiva o cualquier otra condición que requiera restricción de líquidos, se fomenta el consumo de estos. Lo cual incrementa la presión hidrostática por detrás del cálculo, para ayudar a que avance hacia abajo. El consumo elevado y continuo de líquidos reduce la concentración de los cristaloides urinarios, diluye la orina y asegura un gasto urinario elevado.

El tratamiento nutricional desempeña una función importante en la prevención de cálculos renales. El consumo de líquidos es la piedra angular de la mayor parte de los tratamientos médicos para los cálculos. A menos que este contraindicado, cualquier cliente con cálculos renales debe beber cuando menos 8 vasos (250 ml por vaso) de agua al día para mantener la orina diluida. Se recomienda un gasto urinario superior a 2 L al día.

Cálculos de ácido úrico: se prescribe una dieta baja en purina para disminuir la excreción de calcio en la orina, se prohíben los alimentos en purina, como mariscos, anchoas, espárragos, champiñones, y vísceras. Se administra alopurinol para disminuir la concentración de ácido úrico en orina y cistina.

Cálculos de oxalato: se prescribe una dieta baja en espinacas, fresas, ruibarbo, chocolate, te, cacahuete, y salvado.

Cálculos de calcio: se les recomienda restringir el calcio en la dieta, la administración de diuréticos tiazídicos resulta benéfica para reducir la pérdida de calcio en la orina.

Tratamiento quirúrgico

Si el cálculo no pasa en forma espontánea u ocurren complicaciones, las modalidades terapéuticas incluyen procedimientos quirúrgicos, endoscópicos o de otro tipo, como ureteroscopia, litotripsia con onda de choque extracorpórea o remoción enduroológica (percutánea) del cálculo.

La ureteroscopia: consiste en la visualización y acceso al uréter mediante la inserción de instrumentos a través de un ureteroscopio colocado por cistoscopia. La estancia en el hospital es muy corta y algunas personas se tratan con éxito como externos.

La litotripsia extracorpórea con onda de choque: consiste en un procedimiento incruento, que sirve para la desintegrar cálculos de los cálices renales. Después de reducir los cálculos a pequeños fragmentos o arenillas, se hacen pasar en la orina a la porción inferior del tracto urinario y se eliminan. En la litotripsia se genera una onda de choque u onda de presión con amplitud de alta energía que se obtiene por liberación abrupta de energía y se transmite por el agua y los tejidos blandos. El tratamiento promedio implica de 1000 a 3000 choques.

Métodos enduroológicos: para extraer los cálculos renales que no pueden extraerse mediante otros procedimientos. Se realiza una nefrostomía percutánea o nefrolitotomía percutánea (que son procedimientos similares), y se introduce un nefroscopio a través del tracto percutáneo dilatado hacia el parénquima renal. De acuerdo con el tamaño del cálculo, este puede extraerse con pinzas o con una canastilla para cálculos.

Eliminación quirúrgica: alguna vez fue la alternativa principal de tratamiento para los cálculos renales, si bien en la actualidad la eliminación quirúrgica se considera apropiada en un 2% de los casos. La intervención quirúrgica está indicada si los cálculos no responden a otras formas de tratamiento y para corregir anomalías anatómicas del riñón con el fin de mejorar el drenaje urinario. Si el cálculo está dentro del riñón, la operación es una nefrolitotomía (incisión de la visera con extracción de la concreción) o una nefrectomía si el órgano ha perdido su función como consecuencia de infección o hidronefrosis. Las concreciones de la pelvis renal se extraen por pielolitotomía; las ureterales por ureterolitotomía y las vesicales por cistotomía.²⁸

Epidemiología: la incidencia de litiasis con síntomas mayores durante el verano (debido al aumento de la humedad y de la temperatura, con mayor riesgo de deshidratación y orina concentrada).

Evolución y pronóstico: más del 50% de las personas eliminan el cálculo antes de 48 horas, si no se administra tratamiento médico, la litiasis recidiva en alrededor del 50% de las personas antes de 5 años.

1.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- ❖ Información a los familiares sobre las normas y reglamentos del hospital.
- ❖ Mantener informada a la persona sobre las acciones que se le realizaran.
- ❖ Vigilar el estado hídrico de la persona.
- ❖ Control de líquidos.
- ❖ Mantener acceso intravenoso permeable.
- ❖ Administrar los medicamentos prescritos por el médico, como analgésicos.
- ❖ Mantener a la persona en un ambiente cómodo y tranquilo.
- ❖ Mantenerlo en una posición cómoda.
- ❖ Administrar oxígeno por medio de puntas nasales en caso necesario.
- ❖ Aumentar la ingesta de agua y otros líquidos.
- ❖ Proporcionar una dieta baja en sodio (para reducir la excreción de calcio) disminución de la ingesta de proteínas (para reducir la excreción de ácido úrico, calcio y oxalato).
- ❖ Instruir a la persona sobre los sustitutos de sal.

- ❖ Aumentar la fibra en la dieta (puede reducir el tiempo de tránsito intestinal con aumento de la unión del calcio y la consiguiente disminución del calcio urinario).
- ❖ Proporcionar dieta baja en sodio.
- ❖ Realizar las anotaciones de Enfermería de manera clara y oportuna, detallando los cuidados específicos realizados a la persona al igual que al tratamiento médico prescrito.
- ❖ Cuantificación de signos vitales.
- ❖ Vigilar y cuantificar diuresis.
- ❖ Laboratorios de control.
- ❖ Vigilar datos de infección urinaria.
- ❖ Controlar el dolor.
- ❖ Favorecer la comunicación entre la persona y el personal de salud.
- ❖ Observar gestos de dolor especialmente en personas que no pueden comunicarse.
- ❖ Disminuir o eliminar los factores que aumente la experiencia de dolor.
- ❖ Enseñar uso de técnicas no farmacológicas como distracción, musicoterapia, aplicación de calor/frío.
- ❖ Ayudar a la persona a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.
- ❖ Determinar con la persona los objetivos de los cuidados.

- ❖ Aplicar presión en el área de dolor para disminuirlo.
- ❖ Elegir la vía intravenosa en lugar de intramuscular para evitar inyecciones frecuentes.
- ❖ Observar si existen posibles alergias, interacciones o contraindicaciones con respecto a los medicamentos.
- ❖ Ayudar a la persona a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- ❖ Preparar a la persona en caso de algún tratamiento.
- ❖ Vigilar si hay reducción de la orina y orina sanguinolenta o turbia.
- ❖ Promover la deambulaci3n.
- ❖ Si realiza alg3n deporte ingerir m3s l3quidos por la p3rdida excesiva de sudaci3n.
- ❖ Realizar cultivos de orina de cada 30 o 60 d3as.

CAPÍTULO II. VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Lidia N M M de 43 años de edad, que se encuentra hospitalizada en la habitación 110ª cursando con 3 días de estancia, acudió con su hermana por presentar dolor, cólico renal, continuo irradiando a región costovertebral, originando náuseas y vómito.

Sus constantes vitales son temperatura: 36.8°C, FC. 80X', FR. 18X', T/A. 130/80 mm Hg. Se observa palidez de tegumentos, consciente orientada, cooperadora, buen estado de hidratación sin compromiso cardiopulmonar, abdomen palpable, peristalsis presente, extremidades sin edema. Con peso de 90 kg, talla de 1.58cm.

Nota: la señora Lidia ingreso por presentar dolor tipo cólico renal.

Exámenes de laboratorio:

- Leucocitos:
- Hb:
- Plaquetas: 330
- Na: 140
- CL: 104
- Potasio: 3.8
- Colesterol: 100
- Proteínas:

2.2 PERFIL DE LA PERSONA

Datos de Identificación.

Nombre	<u>L N M M</u>
Edad	<u>43 años</u>
Lugar de origen	<u>Baca, Municipio de Mérida Yucatán</u>
Fecha de nacimiento	<u>23 mayo de 1967</u>

Domicilio: conocido
Escolaridad normal superior
Religión Católica # Expediente: 02367
Familiar responsable: _____

Ambiente físico:

Características físicas: Habitacion con buena ventilación e iluminación.
Habitación con buena ventilación e iluminación.
Propia (X) Rentada () Prestada () No. de habitantes (3)
Tipo de construcción: Caja de cemento
Domésticos: 1 perro

Servicios Sanitarios

Agua intradomiciliaria (X) Hidrante público () Otros ()
Fecalismo: baño

Eliminación de desechos

Control de basura: recolección de basura.
Drenaje: (Si) Fosa séptica: (No) Otros: ()

Vías de comunicación

Pavimentación: (Si) Colectivos: (Si) Teléfono: (Si)
Carreteras: (Si) Camiones: (No) Taxi: (Si)
Carro particular: (No)

Recursos sobre la salud

Centro de Salud: (Si) I.M.S.S.: (No) I.S.S.S.T.E.:
(No)
Consultorio particular: (No) Otros: ()

Hábitos higiénicos – dietéticos

Aseo

Baño: Baño diario (una vez al día.

De manos: después de ir al baño y antes de comer.

Bucal: 3 veces al día.

Cambio de ropa personal: Una vez al día después del baño.

Alimentación

Carne: 4 veces a la semana

Huevos: 5 veces por semana

Verduras: Todos los días

Leche: Todos los días

Frutas: 4 veces al día

Tortillas: Todos los días

Leguminosas: 3 veces al día

Pan: Todos los días

Pastas: 1 vez a la semana

Agua: Todos los días

Eliminación

Horario y características:

Intestinal: 2 veces al día, características normales, si problema.

Vesical: Aproximadamente de 2 a 3 veces al día de color amarillo turbio.

Descanso

Frecuencia: en la noche

Sueño: De las 21:30 hs a la 6:00 a.m.

Diversión y deporte: Ninguno

Trabajo: Ninguno

Otros: _____

Dinámica familiar Buenas relaciones intrafamiliares.

Dinámica social Parque público.

Comportamiento

Agresiva: No Tranquila: Si Indiferente: Alegre: Si Cooperador:

No.

Si

Antecedentes personales no patológicos

Grupo y Rh: O negativo
Tabaquismo: No
Alcoholismo: No
Fármaco – dependencia: No.

Antecedentes personales patológicos

Diabetes: No.
Epilepsia: No.
HTA: No.
Cardiopatía: No.
Neuropatía: Si.
Enf. Infecto-contagiosa: No.
Toxoplasmosis: No

Antecedentes quirúrgicos

Tipo: _____

Antecedentes transfusionales: No.

Antecedentes traumáticos: No.

Otros: _____

Antecedentes heredo familiares

Sífilis: No	Sida: No.
Malformaciones congénitas: No.	Consanguinidad: No.
Retraso mental: No.	Hipertensión: No.
Diabetes: No	Neoplasias: No.
Cardiopatía: No.	Neuropatía: No.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Cardio – Respiratorio

Palpitaciones: No	Lipotimias: No.	Disnea: No.
Acúfenos: No.	Dolor torácico: No.	Edema: No.

Disfonías: No Fosfenos: No. Tos: No.

Observaciones: _____ .

Digestivo

Apetito Normal:	Si	Vómito:	Si	Meteorismo:	No.
Diarrea:	No.	Estreñimiento:	No.	Disminución de apetito:	
Náuseas:	No.	Distensión:	No.		No.
Dolor abdominal:	No	Ruidos peristálticos	No.	Pirosis:	No.
Prurito anal:	No.	Disfagia:	No.	Melena:	No.
Regurgitaciones:	No.	Pujo y tenesmo:	No.	Constipación:	No.

Observaciones: _____

Genitourinario

Dolor:	No	Piuria:	No.	Dismenorrea:	No.
Disuria:	Si.	Poliuria:	No.	Prurito:	No.
Tenesmo:	No.	Disuria:	No.	Leucorrea	No.

Características

Hematuria:	Si	Escurrecimiento uretral:	No.
Glándulas mamarias:	Normales para su edad y sexo.		
Patología mamaria:	No.		

Nervioso:

Cefalea:	No.	Aislamiento:	No.	Inconciencia:	No.
Miosis:	No.	Temblores:	No.	Insomnio:	No.
Anisocoria:	No.	Babinski:	No.	Depresión:	No.
Falta de memoria:	No.	Midriasis:	No.	Ansiedad:	No.

Observaciones: _____

Músculo esquelético:

Deformidades óseas, articulares y musculares.

Crepitación:	No.	Aumento de peso:	No.
Hipertrichosis:	No.	Hipertiroidismo:	No.
Mialgias:	No.	Polidipsia:	No.
Sudoración:	No.	Hipertiroidismo:	No.
Artralgia:	No.	Polifagia:	No.
Diabetes:	No.	Várices:	No.
Pérdida de peso:	No.		

Otros: _____

Piel y anexos:

Órganos de los sentidos

Pigmentación :	No.	Acridas:	No.	Otorrea:	No.
Conjuntivitis:	No.	Dermatosis:	No.	Edema:	No.
Hipoacusia:	No.	Epistaxis:	No.	Acné:	No.
Turgencia:	No.	Dolor:	No.	Riñera:	No.
Alergias:	No.	Prurito:	No.	Trastorno del olfato:	No.

Observaciones:

Antecedentes Gineco – obstétricos.

Menarca: No.

Ciclos:

Duración:

Dismenorréica: No.

Incapacitante: No.

Exploración física.

Inspección.

Aspecto físico:

La Sra. Lidia se encuentra consciente, orientada, cooperadora, reactiva, con buenas respuestas a estímulos externos, con ligera palidez de tegumentos.

Palpación: Mamas normales, abdomen blando, depresible.

Percusión abdominal: Peristalsis normal, no hay presencia de aire.

Auscultación: Campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos normales de buen tono en ritmo e intensidad respiratoria.

Problema o padecimiento actual.

Dolor tipo cólico, hematuria, dificultad para orinar, refiere nauseas y vomito en varias ocasiones, incontinencia urinaria.

2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- ❖ Riesgo de infección relacionado con alteración de las defensas primarias.
- ❖ Dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por informe verbal del dolor.
- ❖ Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con proceso patológico manifestado por hematuria.
- ❖ Nauseas relacionado con dolor manifestado por contracciones involuntarias del aparato digestivo.
- ❖ Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos manifestado por vómitos.
- ❖ Incontinencia urinaria relacionado con lesión tisular, estados vesicales inflamatorios o cirugía manifestado por deseo frecuente de orinar.
- ❖ Manejo efectivo del régimen terapéutico manifestado por expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad.
- ❖ Disposición para mejorar el afrontamiento manifestado por tener energía, busca nuevas estrategias y utiliza los recursos espirituales.
- ❖ Disposición para mejorar el sueño manifestado por deseos de mejorar el sueño y tras el sueño manifiesta una sensación de estar descansada.
- ❖ Disposición para mejorar el autocuidado manifestado por expresión de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud.
- ❖ Disposición para mejorar la comunicación manifestado por deseos de mejorar la comunicación.
- ❖ Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por interés en el aprendizaje.
- ❖ Disposición para mejorar el bienestar manifestado por deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción.
- ❖ Disposición para mejorar la esperanza manifestado por deseos de mejorar la solución de problemas para alcanzar objetivos.

Jerarquización de los Diagnósticos de Enfermería

- ❖ Dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por informe verbal del dolor.
- ❖ Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con proceso patológico manifestado por hematuria.
- ❖ Riesgo de infección relacionado con alteración de las defensas primarias.
- ❖ Nauseas relacionado con dolor manifestado por contracciones involuntarias del aparato digestivo.
- ❖ Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos manifestado por vómitos.
- ❖ Incontinencia urinaria relacionado con lesión tisular, estados vesicales inflamatorios o cirugía manifestado por deseo frecuente de orinar.
- ❖ Manejo efectivo del régimen terapéutico manifestado por expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento en la enfermedad.
- ❖ Disposición para mejorar el afrontamiento manifestado por tener energía, busca nuevas estrategias y utiliza los recursos espirituales.
- ❖ Disposición para mejorar el sueño manifestado por deseos de mejorar el sueño y tras el sueño manifiesta una sensación de estar descansada.
- ❖ Disposición para mejorar el autocuidado manifestado por expresión de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud.
- ❖ Disposición para mejorar la comunicación manifestado por interés en el aprendizaje.
- ❖ Disposición para mejorar el bienestar manifestado por deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción.
- ❖ Disposición para mejorar la esperanza manifestado por deseos de mejorar la solución de problemas para alcanzar los objetivos.

2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

Diagnóstico de Enfermería 1

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (biológicos, físicos) manifestado por informe verbal.

Objetivo

Disminuir el nivel del dolor.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Cuantificar signos vitales (pulso). ❖ Aplicación de calor en el área.<ul style="list-style-type: none">❖ Identificar la zona del dolor ❖ Administración de analgésicos. ❖ Registrar en la hoja de	<ul style="list-style-type: none">❖ Los signos vitales debe basarse en mediciones confiables, objetivas y graficas, permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnostico. El pulso es un indicador de la función cardiaca. Los límites normales son de 70 a 80 latidos por minuto en el adulto. ❖ Se aplican para proporcionar calor húmedo superficial en situaciones de dolor, espasmos musculares.<ul style="list-style-type: none">❖ Nos permite observar si es dolor relacionado con la patología ❖ Medicamento que mitiga el dolor. ❖ Es una hoja legal que es

<p>enfermería cualquier eventualidad y lo que se realiza al cliente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Comprobar órdenes médicas, dosis y frecuencia. ❖ Mantener un ambiente de confort. ❖ Manejo del dolor. ❖ Informarle acerca del dolor. ❖ Apoyo emocional. ❖ Cambio de posición. ❖ Administrar oxígeno (PRN) Por Razón Necesaria 	<p>valiosa en donde se registran las acciones e intervenciones que realiza enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nos ayuda a corroborar las indicaciones médicas. ❖ Proporciona comodidad al cliente. ❖ Permite controlar el dolor. ❖ Mantiene una relación y comunicación con la persona. ❖ El tocar, el abrazar y escuchar a la persona mantiene la comunicación y da confianza. ❖ Disminuye el dolor y mantiene a la persona en una posición cómoda. ❖ Permite al individuo a reducir los esfuerzos respiratorios.
--	---

Evaluación:
La Sra Lidia refiere verbalmente que disminuyo el dolor.

Diagnóstico de Enfermería 2

Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con proceso patológico manifestado por hematuria.

Objetivo

Que la Sra. Lidia recupere la diuresis.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Vigilar diuresis. ❖ Cuantificar diuresis. ❖ Control de líquidos❖ Explicar la etiología del problema.❖ Insertar catéter si procede.❖ Peso y monitorización de líquidos diario de la persona.	<ul style="list-style-type: none">❖ Nos da datos de sangrado. ❖ Nos indica la cantidad de diuresis durante el turno. ❖ Formato en el cual se registran ingresos y egresos de líquidos durante 24 horas. ❖ Da confianza al cliente. ❖ Ayuda a la eliminación en caso de que se le dificulte orinar. ❖ Verifica si la persona retiene líquidos.

Evaluación:

Se observa normal la orina.

Diagnóstico de Enfermería 3

Riesgo de infección relacionado con alteración de las defensas primarias.

Objetivo

Vigilar datos de infección.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Cuantificar signos vitales en especial FC, y temperatura.❖ Control por medios físicos en caso de hipertermia.❖ Manejo ambiental.❖ Vigilancia de la piel.❖ Administración de antibióticos.❖ Administración de antipiréticos en caso de que presente hipertermia.	<ul style="list-style-type: none">❖ Nos ayuda a tener un diagnostico.❖ La aplicación de frío húmedo mediante compresas ayuda a controlar la temperatura. Cambiarla cada 10 o 15 minutos.❖ Mantener un ambiente fresco ayuda a mantener normotérmico al cliente.❖ El enrojecimiento de la piel es un dato alerta.❖ Relacionado con la capacidad de destruir o impedir el desarrollo de un organismo vivo.❖ Se aplica a una sustancia o procedimiento que disminuye la fiebre.

Evaluación:

No se observan datos de infección.

Diagnóstico de Enfermería 4

Nauseas relacionado con dolor manifestado por contracciones involuntarias del aparato digestivo.

Objetivo

Aminorar las nauseas.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Administración de medicamentos.❖ Administración de líquidos I.V❖ Mantener la nutrición.❖ Mantener posición de semifowler o sedente.❖ Fomentar el descanso y sueño.	<ul style="list-style-type: none">❖ Ayuda a prevenir los vómitos.❖ Mantiene hidratada a la persona en caso de que haya pérdida de líquidos.❖ Ingerir pequeñas cantidades de alimento.❖ Evita la broncoaspiracion por vomito.❖ Facilita el alivio de las nauseas.❖

Evaluación:

Se logra aminorar las nauseas.

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Control de líquidos de 24 horas. ❖ Identificar datos de deshidratación. ❖ Disponer de una dieta adecuada para el desequilibrio de electrolito de la persona (alimentos ricos en potasio, pobres en sodio). ❖ Instruir a la persona y a la familia sobre modificaciones dietéticas específicas. 	<p>cerebrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Los registros exactos de ingestión de líquidos, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en la persona. ❖ Observar si presenta datos de desequilibrio como son lengua y mucosas secas, sensación de sed, piel escamosa, seca y falta de turgencia, globos oculares hundidos, pulso débil, hipotensión, hipertermia, oliguria, densidad urinaria aumentada, gasto urinario menor de 30ml/h, si presenta continua con alucinaciones, hiperpnea. ❖ Mantener informado a las familiares y a la persona para que este enterado sobre las
---	---

<p>❖ Proporcionar alimentos en pequeñas cantidades.</p>	<p>modificaciones.</p> <p>❖ evita que la persona tenga sensación de llenado estomacal.</p>
---	--

<p>Evaluación:</p>
<p>Se logra disminuir los vómitos.</p>

Diagnóstico de Enfermería 6

Incontinencia urinaria R/C lesión tisular M/P deseo frecuente de orinar.

Objetivo

Lograr mantener la continencia urinaria.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ proporcionar intimidad para la micción.❖ Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.❖ Controlar periódicamente la eliminación urinaria.❖ Proporcionar prendas protectoras si es necesario.❖ Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.❖ Limitar los líquidos durante 2 o 3 horas antes de irse a la cama.	<ul style="list-style-type: none">❖ Mantiene al paciente adecuadamente para una colaboración máxima.❖ La explicación permitirá que el paciente lo acepte l se adapte a sus necesidades.❖ Sirve como ´protección para el paciente, como la colocación de pañales evitara que se moje el paciente.❖ Evitara infecciones dérmicas.❖ Evita que el cliente se orine durante la noche.

Evaluación

Se logra mantener la continencia urinaria.

Diagnóstico de Enfermería 7

Manejo efectivo del régimen terapéutico M/P expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad.

Objetivo

La Sra. Lidia mejorara en su tratamiento.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales.❖ Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.❖ Explicar al paciente la importancia de la automonitorización en el intento de cambiar la conducta.❖ Determinar el apoyo de la familia, semejantes o comunidad a conductas que induzcan la salud.	<ul style="list-style-type: none">❖ Levanta el ánimo y mejora sobre las creencias.❖ Fijar una meta, mejora su autoestima.❖ El apoyo de la familia es importante ya que mantiene la comunicación y el acercamiento de los semejantes.

Evaluación

Se observa tranquilidad y cambio en el estado de ánimo de la paciente.

Diagnóstico de Enfermería 8

Disposición para mejorar el afrontamiento M/P admite tener energía, busca nuevas estrategias y utiliza los recursos espirituales.

Objetivo

Mantener el estado de fortalecimiento.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Proporcionar información objetiva según sea necesario.❖ Establecer metas.❖ Favorecer la expresión de sentimientos.❖ Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.❖ Tratar al individuo con respeto y dignidad.❖ Fomentar el uso de recursos espirituales.	<ul style="list-style-type: none">❖ Da seguridad y tranquilidad al paciente.❖ Da confort al paciente.❖ Propone metas que pueda realizar.❖ Mantiene una buena comunicación entre personal de salud y paciente.❖ Ayuda a tener tranquilidad de acuerdo a sus creencias.

Evaluación.

La Sra. refiere tener más tranquilidad.

Diagnóstico de Enfermería 9

Disposición para mejorar el sueño M/P deseos de mejorar el sueño, y tras el sueño manifiesta una sensación de estar descansada.

Objetivo

Descansara sus 8 horas.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Estimular al paciente para descansar.❖ Seleccionar formas de descanso.❖ Investigar datos sobre el sueño que tiene el paciente.❖ Atención al individuo en la inducción y conservación del sueño.	<ul style="list-style-type: none">❖ El sentido de libertad, la sensación de bienestar y seguridad, mantiene la satisfacción de necesidades biológicas.❖ Un plan de descanso que considere un medio educativo y el entorno del individuo, incrementa la sensibilidad en cuanto al conocimiento, selección, modificación o creación.❖ La evaluación del paciente ayuda a intervenir en la satisfacción de necesidades.❖ La duración del sueño para reponer la energía perdida durante el día y mantener un funcionamiento físico-mental en condiciones optimas.

Evaluación

La Sra. Refiere descansar y levantarse con ánimo.

Diagnóstico de Enfermería 10

Disposición para mejorar el autocuidado M/P expresión de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud.

Objetivo

La Sra. Mejorar y mantendrá su estado de salud.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Considerar responsable al paciente en sus propias conductas.❖ Fomentar la manifestación oral de sentimientos.❖ Fomentar la independencia.❖ Animar al paciente a que asuma la responsabilidad.	<ul style="list-style-type: none">❖ Respeto en sus propias decisiones.❖ Le sirve como una forma de expresarse.❖ Mantiene que el paciente asuma su responsabilidad.❖ La motivación aumenta su autoestima.

Evaluación

Manifiesta La Sra. Sobre su independencia en el autocuidado.

Diagnóstico de Enfermería 11

Disposición para mejorar la comunicación M/P deseos de mejorar la comunicación.

Objetivo

La Sra. Reforzara la comunicación con su familia y semejantes.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Establecer una relación entre personal y paciente y los miembros de la familia.❖ Identificar la disposición de los miembros de la familia.❖ Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia.❖ Animar a los miembros de la familia.	<ul style="list-style-type: none">❖ Favorece la comunicación y la confianza entre personal y familia.❖ Observa si los miembros de la familia están dispuestos a apoyar al paciente.❖ Permite integrarse la familia con el paciente.❖ Motiva en el cuidado de la paciente.

Evaluación

La Sra. Refiere tener más confianza y comunicación con su familia.

Diagnóstico de Enfermería 12

Disposición para mejorar los conocimientos M/P interés en el aprendizaje.

Objetivo

Reforzar los conocimientos sobre el padecimiento actual.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.❖ Establecer confianza y respeto.❖ Ayudar al paciente a realizar una lista de prioridades.❖ Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.	<ul style="list-style-type: none">❖ Demuestra la confianza y favorece la comunicación.❖ Favorece la confianza.❖ Crea una meta y responsabilidades.

Evaluación

La Sra. Refiere estar informada sobre su padecimiento actual.

Diagnóstico de Enfermería 13

Disposición para mejorar el bienestar M/P deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción.

Objetivo

Aumentar la satisfacción de la Sra.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.❖ Ayudar al cliente a cambiar su visión de sí mismo como paciente.❖ Ayudar al cliente a identificar la fuente de motivación.❖ Compartir observaciones y pensamientos	<ul style="list-style-type: none">❖ Establece un criterio para la cliente.❖ Permite cambiar la visión para que sea una conducta positiva.❖ Permite ver que es lo que la impulsa para mejorar su estado de salud.❖ Se respeta los criterios y la forma de pensar de la cliente.

Evaluación

La Sra. Menciona tener una satisfacción.

Diagnóstico de Enfermería 14

Disposición para mejorar la esperanza M/P deseos de mejorar la solución de problemas para alcanzar los objetivos.

Objetivo

Reforzar la conducta de la Sra. Para lograr metas.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">❖ Disponer de un ambiente no amenazador.❖ Vigilar el estado emocional del cliente.❖ Ayudar al cliente a desarrollar confianza en su capacidad.❖ Fomentar la manifestación verbal de sentimientos.	<ul style="list-style-type: none">❖ Permite estar tranquilo al cliente.❖ Nos permite observar su estado de ánimo.❖ Favorece la confianza en sí misma.❖ Permite expresar sus sentimientos de acuerdo a su estado de ánimo.

Evaluación

La Sra. Logra sus metas planeadas.

Conclusiones

Espero haber cubierto las expectativas, que se solicitaron para la realización del P.A.E, y no haya quedado duda alguna sobre la patología antes mencionada.

De los clientes que ingresan con este tipo de padecimiento, han superado y salido adelante, han cambiado su estilo de vida, alimentación y régimen terapéutico.

Se ha concientizado a la población que no estamos exentos de presentar, y ahora en la actualidad se presenta en menor edad.

Es por esto que los cuidados son específicos para la pronta recuperación, y que los que han tenido que ser con algún tipo de procedimiento, gracias a la tecnología su estancia es corta y su recuperación es pronta, así reincorporándose a la sociedad en poco tiempo.

SUGERENCIAS

- ❖ Concientizar al personal de enfermería que labora en el hospital de Alta Especialidad de la península de Yucatán sobre el Proceso Atención de Enfermería que es un método de atención aplicable en la práctica del ámbito profesional a través del cual, se proporcionan cuidados individualizados y específicos con sentido humanitario.

- ❖ Que los profesionales prestadores de salud se capaciten continuamente, debido a los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que surgen tanto profesional, como de la comunidad a la que brindan sus cuidados.

- ❖ Como prestador de la salud, la aplicación del proceso de enfermería representa nuevos aprendizajes junto con el paciente y su familia, para reforzar creencias y prácticas en cuanto a la salud positiva.

- ❖ Considero necesario programar cursos de capacitación para la aplicación del proceso enfermero, ofreciendo por el docente una clara y práctica forma de aprenderlo, aplicarlo y enseñarlo.

GLOSARIO DE TERMINOS

- **Cistotomía:** incisión quirúrgica de la vejiga urinaria que, según las vías de abordaje, pueden ser perineal, suprapubica o vaginal.
- **Hidronefrosis:** distensión de la pelvis y los cálices renales debida a obstrucción en un uréter a causa de un tumor, calculo ureteral, inflamación prostática o edema de las vías urinarias por infección de las mismas. El enfermo siente dolor en el costado y, a veces, presenta hematuria, piuria y fiebre. Son útiles para diagnosticarla la pielografía, la cistoscopia y la pielografía retrograda. puede ser necesario tratamiento quirúrgico para reparar la vía o hacerla permeable. La hidronefrosis prolongada origina atrofia y pérdida de la función renal.
- **Hipertrichosis:** (hirsutismo), exceso de vello corporal, que adopta una distribución masculina, debido a herencia, disfunción hormonal, porfiria o medicamentos. El tratamiento de la causa suele interrumpir el crecimiento del vello, que también puede ser eliminado por dermoabsorción, electrolisis, depilación química o mecánica, afeitado o raspado con piedra pómez. El vello facial fino se disimula decolorándolo, denominado también **hipertrichosis**.
- **Nefrolitotomía:** método para extirpar los cálculos renales a través de una incisión quirúrgica en la espalda.
- **Pielolitotomía:** intervención quirúrgica en la que se extraen los cálculos renales localizados en la pelvis del uréter.

- **Ureterolitotomía:** consiste en la extracción de cálculos urinarios localizados en el uréter, mediante técnica quirúrgica abierta, cuando no se consigue este efecto mediante otros métodos menos invasivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. Ed. Océano Centrum. 9ª. Edición. España 1994. P.P. 482, 483.

NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones. Ed. Española, Madrid España 2001, P.P. 263.

Fundamentos de enfermería Rosales, Susana, Fundamentos de enfermería. Ed. Manual moderno 3era edición, 2004.

Diccionario de Medicina, OCEANO MOSBY, Ed. Española.

Consultor Clínico, Diagnostico y tratamiento en medicina interna. Fred. Ferri. 1era Edición, española, Ed. Océano.

Enfermería medico Quirúrgica, Suzanne C. Brenda. Ed. Brunner y Suddarth. 9ª. Edición Vol. 1 y 2.

Vía Internet Google.

Anexos
Valoración Diagnóstica de Enfermería

1. Datos de Identificación:

Nombre:	Domicilio
Sexo	
Nacionalidad	
Escolaridad	
Ocupación	Fecha de nacimiento
Estado civil	
Religión	Familiar responsable
Grupo sanguíneo	
Talla	Peso

1. Perfil de la persona:

Ambiente físico.

Propia	Rentada	Prestada	Habitaciones:
Tipo de construcción			

Servicios sanitarios

Agua intradomiciliaria	Hidrante público	Otros
------------------------	------------------	-------

Eliminación de deshechos

Control de basura:

Drenaje:	Fosa séptica
----------	--------------

Letrina

Otros: _____

Vías de comunicación

Pavimentación	Colectivos	Teléfono
Carreteras	Metro	Camiones
Taxi	Carro particular	

Recursos sobre la salud

Centro de Salud	IMSS	ISSSTE
Consultorio particular:		
Otros:_____		

Hábitos higiénico-dietéticos

Aseo:	Baño: (Tipo y frecuencia)
De manos: frecuencia)	Cambio de ropa personal(Total, parcial,
Bucal:	

Alimentación

Carne	Huevos
Verduras	Leche
Frutas	Tortillas
Leguminosas	Pan
Pastas	Agua_____Lts. Por día o vaso al día_____

Eliminación

Horario y características:
Intestinal

Vesical

Descanso (Tipo y frecuencia)

Sueño (Horario y características)

Diversión y/o deportes

Trabajo y/o estudio:

Otros: _____

Composición Familiar

Dinámica Familiar

Dinámica Social

Comportamiento (Conducta cotidiana)

Agresivo

Tranquilo

Indiferente

Alegre

Cooperador

2. Antecedentes personales no patológicos

Vacunación

Grupo y Rh

Tabaquismo

Toxicomanías

Alcoholismo

Fármaco-dependencia

3. Antecedentes Personales Patológicos

Diabetes

Cardiopatía

Epilepsia

Neuropatía

H.T.A.

Enf. Infecto-contagiosa

Antecedentes quirúrgicos

Taxoplasmosis

Tipo:_____

4. Antecedentes Heredo-Familiares

Sífilis	Trastornos Psiquiátricos
SIDA	Diabetes
Malformaciones congénitas	Neoplasias
Consanguinidad	Cardiopatía
Retraso Mental	Neuropatía

5. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Palpitaciones	Lipotimias	Disnea	
Acúfenos	Dolor torácico		Edema
Fosfenos	Ruidos Cardíacos	Cianosis	
Tos	Disfonías	Expectoración	

Observaciones: _____

6. Digestivo

Apetito Normal	Vomito	Meteorismo	
Diarrea			
Disminución del apetito			
Hematemesis			
Pirosis	Dolor abdominal	Cuidados Penstálticos	Melena
Prurito anal			
Disfagia	Regurgitaciones	Constipación	Pujo y tenesmo.

Observaciones: _____

7. Genitourinario

Dolor	Piuria	Dismenorrea
Patología	Mamaria	
Tipo:_____		
Disuria	Poliuria	Prurito
Tenesmo	Leucorrea (características)	

Hematuria	Escurrecimiento Uretral	Glándulas
Mamarias		
Observaciones:		

9. Nervioso

Cefalea	Aislamiento	Inconciencia
Miosis	Temblores	Insomnio
Midriasis	Ansiedad	Falta de memoria
Babinski		
Observaciones:	_____	

10. Músculo-Nervioso

Deformidades: Óseas, articulares y musculares		Crepitación
Aumento de peso		
Hipertricosis	Galactorrea	Hipertiroidismo
Mialgias	Polidipsia	Sudoración
Hipotiroidismo	Artralgias	Polifagia
Diabetes	Varices	Perdida de peso
Observaciones:	_____	

11. Piel y anexos-Órganos de los sentidos

Pigmentación	Herida	Otoírea	Conjuntivitis
Dermatosis	Edema	Hipoacusia	Epistaxis
Acné	Turgencia	Dolor	Alergia
Prurito	Trastornos del olfato		
Observaciones:	_____		

Comprensión y/o comentario de su problema o padecimiento

12. Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarca:

Cielos:

Duración:

Incapacitante: _____

Método de Control prenatal:

Tipo: _____ Fur: _____

Periodo de Utilización:

Papanicolao: _____

Fecha: _____ Resultados: _____

Gestas: _____ Para: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____

Inter-genésico:

Vigilancia prenatal:

No. De compañeros sexuales:

Óbito

Infecciones urinarias:

Infecciones generales:

13. Exploración Física

Peso antes del embarazo:

Peso actual:

Sobrepeso de _____ kg.

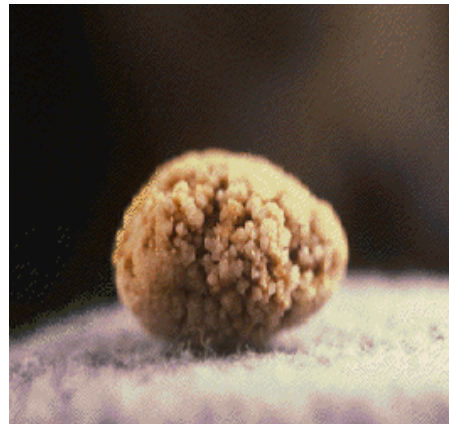
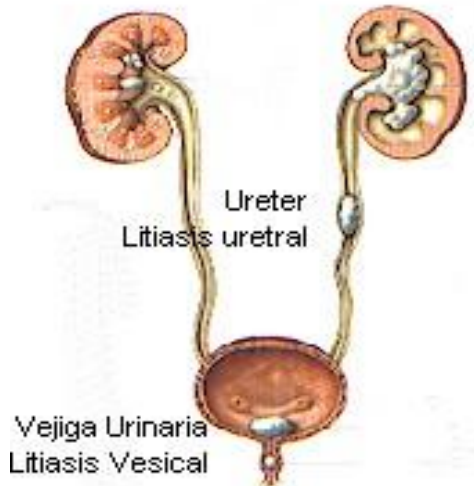
Estatura:

Pulso: _____ T.A: _____ Temperatura: _____ Respiración: _____

Inspección:

Aspecto físico:

Palpación:



[ampliar](#)

