



CRUZ ROJA
MEXICANA E 8715/12

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA
MEXICANA DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM



PROCESO CUIDADO ENFERMO

“RETENCIÓN URINARIA”.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA PRESENTA

JESICA GUADALUPE ZAPATA VIERA

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



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.



CRUZ ROJA
MEXICANA

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA
MEXICANA DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA ALA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMO

“RETENCION URINARIA”.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA PRESENTA

JESICA GUADALUPE ZAPATA VIERA

ASESOR L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA
MEXICANA DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
8715/12**



**CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO
ENFERMERO PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

JESICA GUADALUPE ZAPATA VIERA

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el
trabajo:

Proceso Cuidado Enfermero de "Retención Urinaria"

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho
trabajo sea sustentado en examen de grado de Licenciatura en
Enfermería y Obstetricia

L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández

Tutor

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja

PRESIDENTA

L.E.O. Agripina García Gutiérrez

SECRETARIO

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas

VOCAL

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

I. INDICE

AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	7
II. INTRODUCCIÓN	8
III. JUSTIFICACIÓN	10
IV. OBJETIVOS	12
4.1 Objetivo general	12
4.2 Objetivos específicos	12
V. MARCO TEÓRICO	13
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria	13
5.2 El cuidado como objetivo de estudio	15
5.3 Proceso de atención a enfermería	17
5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE	20
5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado	22
5.5 Etapas del proceso cuidado enfermero	24
5.5.1 Valoración	24
5.5.2 Diagnostico	25
5.5.3 Planeación	25
5.5.4 Implementación	26
5.5.5 Evaluación	26
5.5.6 Problemáticas de la salud de la persona (patología, concepto, epidemiología, aspectos fisiopatológicos, manifestaciones)	28
5.5.7 Diagnóstico y tratamiento	32
VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO	34
6.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado (patrones funcionales de M. Gordon)	34
6.2 Diagnostico enfermero	41
6.3 Planificación (indicadores de resultado)	
6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención)	
6.5 Evaluación	
VII. PLAN DE ALTA	55
VIII. CONCLUSIONES	57
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO APA)	58

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS	
XI. ANEXOS	

60

67

AGRADECIMIENTO:

Quiero agradecer a la Centro Universitario Cruz Roja Mexicana, por permitirme el espacio para presentar mi proyecto de titulación, a mis padres que siempre me acompañaron en el gran camino de mi carrera, con dedicación y esfuerzo siempre me animaban a dar lo mejor de mi día con día, a mis docentes que mantuvieron paciencia para la enseñanza y el aprendizaje de las materias sobre todo en el momento de la práctica hospitalaria. A mis amigos y familiares cercanos que siempre me otorgaron una palabra de aliento para seguir, cuando yo sentía que me rendiría en todo el proceso de la carrera.

A todos ellos muchas gracias.

RESUMEN.

Introducción: La retención urinaria puede definirse como la imposibilidad de vaciamiento voluntario del contenido vesical por vía uretral, que aparece de forma aguda.

No siempre se puede prevenir la retención urinaria, pero si el paciente mantiene sus hábitos corporales y del baño, toma los medicamentos según lo prescrito, fortalece los músculos del piso pélvico y hace buenas elecciones dietéticas, puede ayudar a controlar la enfermedad.

Objetivo: La elaboración de un Proceso Cuidado Enfermero (PCE) sobre retención urinaria para mejorar la calidad de vida de la paciente, así mismo la información recolectada permitirá diseñar estrategias de intervención más convenientes.

Metodología: se realizó un PCE mediante las taxonomías NANDA, NOC y NIC, para la valoración se realizó a partir de los 11 patrones funcionales de M. Gordon, identificando los Patrones afectados, para identificar los diagnósticos. El PCE se basó en la Teoría del autocuidado de D. Orem, desarrollando al final un plan de alta.

Conclusión: En este trabajo los resultados esperados se lograrán a corto plazo, sustentados en la disciplina de Enfermería donde en todo momento se señala el cuidado integro, oportuno, sanitario y empático que se brindó a la paciente. El propósito de la educación, es ayudar a que la paciente tenga los cuidados, la información, beneficios y todo lo necesario para que, en casa, aplicando el autocuidado tenga una recuperación más efectiva y eficaz de acuerdo a los objetivos planeados, desde un principio en el desarrollo del trabajo.

PALABRAS CLAVE: Retención urinaria, Proceso Cuidado Enfermero, Autocuidado, Dorothea Orem, Patrones funcionales.

II. INTRODUCCION

La enfermería es la profesión que se dedica al cuidado profesional de las personas en interacción continua con su entorno, viven experiencias de salud-enfermedad en cualquier etapa de la vida de todo ser humano, A través de la intervención de enfermería se pueden brindar los cuidados que requiera el paciente de manera holística, integral y específica, como es el caso de los pacientes que presentan retención urinaria. (Benavent M.A, 2000)

El Proceso Cuidado Enfermero (PCE) se realiza mediante intervenciones que priorizan las Enfermedades de la paciente y con ello crear Diagnósticos enfermeros, donde el principal objetivo sea mantener la salud de la paciente en óptimas condiciones, esto pasara a ser parte de un PCE individualizado, también favoreció la satisfacción de las necesidades de la paciente y minimizo los efectos adversos a los que puedo estar expuesta. (Cabal E, 2011)

La elaboración de un PCE Individualizado es de gran trascendencia para pacientes que presentan esta patología ya que ofrecerá la pauta en la atención de enfermería a estudiantes y personal de enfermería para mejorar las condiciones de salud de estos pacientes. (Alfaro R., 1998)

La investigación que se ha realizado trata de explicar los efectos de la retención urinaria en la salud. He seleccionado a la paciente con 58 años de edad con dichas afecciones y algunas más se encontraron al investigar e indagar en la valoración por patrones funcionales que expone Marjory Gordon en ellos se encontraron las alteraciones con distinta gravedad que se describen a lo largo del trabajo y que algunas de ellas pueden mantenerse a corto, mediano o largo plazo de la vida.

A lo largo de 3 meses ha ido reduciendo la medicación que tomaba debido a que tiene una Negación de los Diagnósticos que medicamente se le otorgaron, esto comprueba que al dejar de lado su medicación influirá en que sus Enfermedades resalten o tengan una afección más grave.

La retención urinaria es la incapacidad repentina de orinar la cual provoca incomodidad y dolor a la persona quien la padece. Es importante detectar y tratar oportunamente la retención urinaria debido al posible daño del músculo detrusor, que puede llevar a la disfunción contráctil en pacientes que la padecen. (Verdejo C., Rexach L., 1996)

Por esta razón, se requiere determinar la efectividad de los cuidados que se brindan a estos pacientes, con el fin de favorecer la micción, pero al mismo tiempo que esta no traiga consigo más afecciones de salud.

De acuerdo a las proyecciones de la población en México este problema de salud en las mujeres es infrecuente, se estima 3 de cada 100.000 casos de retención urinaria, y una incidencia de 0,07 por 1000 mujeres, pero cada década aumenta alrededor del 70 % la población en mujeres mayores de 50 años, lo que pone a la paciente en una población de riesgo al padecer dicha afección. (Verdejo C., Rexach L., 1996)

A pesar de que en este momento existen diversos documentos que hablan sobre la retención urinaria, el propósito del presente documento es abarcar intervenciones realizadas durante la transición de la enfermedad en etapa temprana, desde sus primeros indicios con sintomatología, hasta etapas más tardías, con alguna complicación que se pudiera llegar a presentar.

Los cuidados van enfocados a cada paciente dependiendo de sus patologías, edad y sexo en el que se encuentren, debido a esto se trabajó con el Modelo que propone Dorothea Orem, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Es por eso que al final del trabajo se muestran los resultados favorables obtenidos, gracias a la valoración y desarrollo del Proceso Cuidado Enfermero, donde se evalúan las necesidades de la paciente en casa, con ello se observó que cuidado otorgado tuvo buenos resultados

III. JUSTIFICACION

La elaboración de este trabajo sobre el Proceso Cuidado Enfermero (PCE), se realizó debido a la concurrencia de las afecciones que se tiene en las mujeres provocadas por la Retención Urinaria.

La Retención Urinaria alcanza una epidemiología con estimación, 3 de cada 100.000 casos de retención urinaria, y una incidencia de 0,07 por 1000 mujeres, pero cada década aumenta alrededor del 70 % la población en mujeres mayores de 50 años, lo que pone a la paciente en una población de riesgo al padecer dicha afección, ofreciendo al personal de enfermería una importante oportunidad para enfocar sus intervenciones en beneficio de estos pacientes. (Cabal E, 2011)

Es de considerar que la gran mayoría de los casos se presenta de forma brusca, y muchas

veces no se consulta hasta que se llega a esta situación, si bien es posible recoger en la

historia clínica la existencia previa de dificultad para vaciar la vejiga. Otras veces, la clínica

de dificultad miccional es muy poco manifiesta, y la retención urinaria se presenta con

datos de insuficiencia renal, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de la intervención del personal de enfermería para tratar de detener el avance de esta afección

a partir de los cuidados implementados.

La profesión de la enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano en forma organizada, constituye una disciplina o ciencia en sí misma, su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y comunidades a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren por lo que a través de los cuidados de enfermería sepretende conservar, mantener, mejorar y restaurar la salud. (Bellas J., 2005)

Se ha observado que en los últimos años, los sistemas sanitarios han sufrido grandes e importantes modificaciones y desarrollo, que exigen un cambio a los profesionales de salud ya que en el ejercicio diario la atención que el paciente requiere, calidad, seguridad y conocimiento con bases fundamentadas en la aplicación del cuidado y es por ellos que se debe estar inmersos en ofrecer servicios y cuidados asistenciales efectivos con sentido humanitario y empático dirigidos al cuidado de la salud de la persona.

Es por eso fundamental la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, este método permite a los profesionales prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática. Este proceso tiene sus orígenes en 1955 por Hall y Jhonson, que consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planificación, realización y evaluación) y algunos autores más establecieron las cinco etapas actuales al añadir la etapa de diagnóstico. (Vílchez V., Sanhuesa O., 2011)

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

El proceso siempre está orientado hacia un objetivo, esto implica se implica a partir de planeamiento

para alcanzarlo, responde a un cambio continuo y dinámico, basado en las relaciones reciprocas entra enfermera, paciente y familia, este se adapta a cualquier ejercicio de enfermería, sus bases pueden utilizarse sucesivas o conjuntamente

Este trabajo se desarrolló basado en la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem la cual presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. (García C., 2001)

Para aplicar el modelo de Orem se tuvo en cuenta el proceso de enfermería donde fue necesario también definir los conceptos de la paciente hacia sí misma, su entorno, los factores físicos, químicos y sociales, las experiencias que ayudaron a tener un enfoque más claro su Salud-Enfermedad. (García C., 2001)

Se logró la demostración que la vinculación de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC, permiten crear un lenguaje dentro de la práctica y la necesidad de utilizar un lenguaje común con terminología en relación con los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados. (Lunney M., 2011)

La aplicación de las intervenciones en la paciente tuvo un resultado positivo, se logró que todos los objetivos se cumplieran y se obtuvo un cuidado íntegro hacia la paciente.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Elaborar un proceso cuidado Enfermero Individualizado basado en la teoría de D. Orem, mediante los conocimientos y habilidades adquiridos, a partir de la utilización de la NANDA, las taxonomías NOC, NIC y GPC, para un paciente con Diagnostico de Retención Urinaria

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Indagar sobre los procesos fisiopatológicos que afectan a la paciente derivadas de la retención urinaria.
- Realizar una valoración por patrones funcionales de M Gordon y detectar lo que se encuentran alterados
- Desarrollar los Diagnósticos enfermeros detectados a partir de la valoración
- Elaborar un plan de alta basado en el autocuidado

V. MARCO TEÓRICO

5.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA

La Enfermería es mucho más que un oficio, es una ciencia en la que se conjugan el conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo. Su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería.

Actualmente, existe un nivel de desarrollo profesional y disciplinar, que está dando lugar a una corriente de opinión que se materializa en diferentes trabajos propuestas y acciones. Cuando más se profundice en el desarrollo profesional, este repercutirá en la mejora de los cuidados enfermeros y en la aportación a las mejoras de salud de las personas y grupos.

Tanto la construcción del conocimiento enfermero como la adquisición, han estado condicionados por la concepción de salud y enfermedad y el tipo de atención que se ofrezca a la persona y por los aspectos que han influido en el proceso de evolución de la Enfermería.

El inicio de la ciencia enfermera se puede situar en la década de los años cincuenta, es cuando se empieza a desarrollar la investigación en el campo de la enfermería. Los resultados de ellas se plasman en teorías enfermeras, modelos de cuidados, que ofrecen las explicaciones teóricas de las situaciones enfermeras y el método con el que deben ser aplicadas en la práctica, y con los resultados de la aplicación se validan los conocimientos expresados en las construcciones teóricas. Otro aspecto que se debe destacar y que contribuye a la ciencia de la enfermería es la creación de la Licenciatura en Enfermería por ser esta la que permite al enfermero iniciarse en la investigación y acrecentar el desarrollo disciplinar. (Eugenia, 2009)

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que lo fundamenta.

En la actualidad, la enfermería se ocupa del estudio en su dimensión humanística, tratando de superar la racionalidad técnica que la práctica asistencial le ha impuesto en el concierto de las profesiones de la salud. (Benavent M.A, 2000)

La construcción disciplinar de la enfermería implica definir su objeto de estudio, y es el cuidado a la salud y el bienestar de la persona en el proceso de vida, el más aceptado por la comunidad científica.

En ese mismo sentido, se denomina persona al sujeto de los cuidados de enfermería. La comprensión del significado persona, como sujeto de estudio de la enfermería, implica entender la naturaleza humana en los procesos de vida-muerte, salud-enfermedad, crecimiento-desarrollo, que, en interacción con la enfermera, se involucran en una relación de cuidado. Es necesario ese reconocimiento de lo humano en dicha relación, para que se exprese la ética del cuidado en el ejercicio profesional. Así mismo, esta profunda reflexión de dichos fenómenos, que lleva a cabo la propia comunidad científica, conduce a una auténtica identidad y autonomía profesional y disciplinar.

Se entiende por profesión al ejercicio retribuido de una actividad para la que se requieren estudios previos. La enfermería, como actividad necesaria es una actividad universalmente intrínseca a cualquier forma de sociedad en el tiempo y en el espacio. Cuidar a los enfermos, heridos incapacitados, etc.,

ha representado en todas las sociedades un papel importante y presente. Por lo tanto, el origen de la enfermería como contribución necesaria para el grupo, no es otro que el origen de la misma humanidad, al igual que ocurre con otras profesiones. (Jean, 2016)

Existen diferentes aspectos que son fundamentales en la profesión de enfermería, entre los que se encuentran los siguientes:

- La disciplina de la enfermería es lo que mantiene los valores temporales de la enfermería, su herencia y tradiciones, y el desarrollo del conocimiento para mantener el cuidado, la humanidad y la salud para todos.
- La disciplina mantiene y honra la ontología de la persona integralmente: la unidad de la mente y el espíritu y una visión del mundo unitaria.
- Se adhiere a la orientación filosófica de la enfermería hacia la humanidad y el compromiso ético global de la enfermería con la humanidad para sustentar el cuidado humano, la curación y la salud para todos.
- Mantiene las teorías, la orientación hacia el desarrollo del conocimiento, y lo que cuenta como conocimiento: la expansión de la ciencia occidental convencional y las epistemologías clínicas.

- Aborda metodologías y métodos expandidos, diversos, creativos e innovadores consistentes con cuidado-cura-salud humana, además de fenómenos y experiencias de enfermedad
- Contiene teorías de gran alcance, rango medio y situaciones específicas para proporcionar una visión del mundo unitaria, evolucionada y compartida, en la que la salud se relaciona con la justicia social, moral y los procesos/resultados del sistema de persona completa.
- Todas las teorías de enfermería toman una posición sobre el conocimiento disciplinario y esta construcción colectiva conduce a la identidad profesional y a la visibilidad del conocimiento de enfermería. Sin identidad, claridad disciplinaria y compromiso para apoyar y promover el desarrollo sustantivo del conocimiento de enfermería, la enfermería no existirá. (Cabal E, 2011)

5.2 CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el que hacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios,

considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.

Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han podido perfeccionar técnicas, ha habido avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano.

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad. Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida.

La revisión acerca del cuidado de enfermería nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios.

Fue hasta la aparición de Florence Nightingale quién surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado ya que la práctica médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica. Sin embargo, en los años noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indagó los conceptos propios de este campo y se propuso precisar cuál es su objetivo o razón social, identificando el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería.

Por lo anterior se considera, que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente.

El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera(o) y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana. Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

Otro aspecto que es necesario resaltar en el contexto de cuidado, es el referente a las características personales de la enfermera(o), ya que uno de los problemas serios es que en ocasiones se trata a los pacientes como patologías y no como personas, por esto es importante considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a un instrumento en beneficio de otros. El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia y, por tanto, se debe respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos.

Es necesario resaltar que la importancia del cuidado de enfermería recae en el mejor modo de servir a los intereses de las instituciones donde se prestan los servicios profesionales de enfermería y de las personas que la integran mediante la adopción de un enfoque global y ético para superar las expectativas y la normatividad en su conjunto. Sin olvidar que calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente; siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia. (García C., 2001)

5.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro

(Valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica esta a su vez realizada por la utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC que facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones. (Andrade M.G, 2002)

El Proceso de atención, es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (Andrade M.G, 2002)

El objetivo principal del proceso de atención de enfermería, es constituir una estructura que pueda cubrir individualizando las, las necesidades reales, y potenciales del paciente, familia y comunidad, estableciendo planes de cuidados que permitan cubrir y resolver los problemas y prevenir o curar la enfermedad.

Para desarrollar el PAE, hace falta contar con una serie de capacidades por parte del personal de enfermería independientemente de la interacción enfermera paciente, entre las que se encuentran:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

El PCE al ser una herramienta de planeación de los cuidados hacia el paciente, familia y comunidad, y se caracteriza porque:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

El PAE es una herramienta de gran utilidad para el personal de Enfermería, ya que es adaptable para cada uno de los pacientes. Es de considerarse que se tiene ya un gran camino avanzado en donde se cuenta cada vez con más procesos de atención de enfermería que ayudan a aprender y mejorar su elaboración, además de que aumenta la validez de la profesión, al dar un sustento legal en el cual se justifican y evalúan las intervenciones realizadas en los pacientes, a la vez que facilita la creación de GPC, siendo un documento palpable que puede cuantificarse para valorar el éxito de esta importante actividad realizada por el personal. (J., 2005)

5.4 MODELOS TEÓRICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL PCE

LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos.

Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser

seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Autores como Benavent, Ferrer plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado" es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado. (Tomas, 1993)

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones confamiliares y amigos.

5.4.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

Dorotea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos en su teoría:

- **PERSONA:**

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

- **SALUD:**

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

- **ENFERMERÍA:**

Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

- **ENTORNO:**

Es el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

El modelo de Dorothea Elizabeth Orem proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos meta paradigmáticos, definiciones, objetivos, para resaltar lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería (Andrade M.G, 2002)

5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

El Proceso del Cuidado Enfermero, cuenta con cinco etapas a saber, que le permiten cumplir con el objetivo de la atención a los pacientes, familia o comunidad a quien se le aplica:

5.5.1 VALORACIÓN:

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

Partiendo de esta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.

El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Marjory Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno” , y son once (11): cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y auto concepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos. (R., 1998)

5.5.2 DIAGNÓSTICO:

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.

5.5.3 PLANEACIÓN

1. Establecer prioridades en los cuidados.

Durante esta etapa se elaboran planes de cuidados que integran: El problema de salud (diagnóstico de enfermería o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería independiente e interdependiente y evolución. “Es requisito, durante la etapa de planeación, definir la prioridad para decidir qué problemas de salud se deben atender primero por poner en peligro la vida del usuario, y posteriormente establecer objetivos centrados en su familia y comunidad para dar solución al problema, así como acciones de enfermería que traten la etiología del problema de salud”

2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.

Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

5.5.4 IMPLEMENTACIÓN

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

5.5.5 EVALUACION

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

El proceso de enfermería es el método para brindar los cuidados necesarios, seguirlo permite un verdadero ejercicio profesional. Debe aplicarse en forma mental y en todos los ámbitos de enfermería. (Andrade M.G, 2002)

5.5.6 PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA

RETENCIÓN URINARIA

Concepto:

La retención puede definirse como la imposibilidad de vaciamiento voluntario del contenido vesical por vía uretral, que aparece de forma aguda. Su incidencia es mayor en el varón que en la mujer, lo que viene dado por el menor número de causas predisponentes en esta última. La uretra femenina es de menor longitud y posee distintas estructuras glandulares respecto a la masculina. (Rodríguez C, 1995)

Epidemiología:

En mujeres es infrecuente, se estima 3 de cada 100.000 casos de retención urinaria, y una incidencia de 0,07 por 1000 mujeres.

Es una entidad poco frecuente en mujeres. Puede relacionarse con distintos trastornos. En mujeres, con frecuencia, aparece en el contexto de una enfermedad ginecológica o neurológica.

Es también frecuente la yatrogenia farmacológica o quirúrgica. En un porcentaje no despreciable de casos no se logra filiar la causa, y dado que las exploraciones complementarias resultan normales se sospecha un componente psicógeno

En algunas mujeres se detectan trastornos neurológicos o uroginecológicos que precisan un estudio más detallado, un seguimiento estrecho o la instauración de un tratamiento.

Causas:

Etiología neurógena: La retención de orina de origen neurógeno puede tener su origen en diferentes procesos sistémicos, tales como:

- Lesiones corticales o subcorticales: enfermedad cerebrovascular, demencia, hidrocefalia, patología tumoral.
- Síndrome de compresión medular: aplastamientos vertebrales, hernia discal, metástasis óseas, mieloma múltiple, tumor medular.
- Neuropatía autonómica: diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, enolismo crónico, malnutrición.
- Neuropatía periférica: déficit de B12.

Etiología farmacológica: Los fármacos más frecuentemente implicados son los psicofármacos (antidepresivos tricíclicos, neurolepticos, benzodiazepinas), anticolinérgicos, calcio antagonistas, relajantes musculares, antiparkinsonianos, antihistamínicos, beta-bloqueantes y simpaticomiméticos.

Fisiopatología:

"una contracción continua del detrusor, iniciada voluntariamente, que conduce a vaciado completo de la vejiga en un periodo de tiempo normal y en ausencia de obstrucción". La micción normal en mujeres neurológicamente sanas implica, en primer término, liberación de la actividad inhibitoria del córtex cerebral sobre el centro pontino de la micción (control voluntario). A partir de ahí se produce una cascada de impulsos eferentes que conducen a la relajación del esfínter uretral estriado y músculos del suelo pélvico (inervación somática vía nervio pudendo) y del esfínter uretral interno (inervación simpática vía plexos hipogástricos). La disminución de la resistencia uretral es seguida de una contracción continua del detrusor (inervación parasimpática vía plexo pélvico) y apertura del cuello vesical para permitir el paso de la orina. La relajación esfinteriana precede por algunos segundos a la contracción continua del detrusor que conduce al vaciado vesical completo en un tiempo normal y en ausencia de obstrucción distal.

Aunque los principios básicos miccionales son similares en el hombre y en la mujer, las diferencias, tanto anatómicas como funcionales de la uretra femenina, implican una dinámica miccional diferente. La mujer orina con menores presiones en el detrusor (incluso con solo relajación del suelo pélvico y sin contracción del detrusor) y genera flujos miccionales mayores que el hombre. Esto explica que no todas las disfunciones de vaciado ocasionan residuo elevado.

La vejiga urinaria es un órgano muscular hueco que sirve como reservorio urinario. En la mujer, su pared posterior y cúpula están invaginados por el útero. La capacidad vesical normal es de 350-450 ml. La mucosa vesical está compuesta por un epitelio transicional. La submucosa dispone de una bien desarrollada capa de tejido conectivo y elástico. La capa muscular de la pared vesical está constituida por músculo liso (detrusor). El vaciado vesical se consigue mediante contracción de esta musculatura que se acompaña de apertura del cuello vesical (esfínter interno) y relajación del esfínter estriado o externo. La continencia resulta primariamente de cierre del esfínter interno; el esfínter externo actúa como mecanismo activo continente auxiliar para períodos cortos de tiempo (tos, urgencia). (Shenot, 2000)

La uretra femenina es de unos 4 cm de longitud y 6 mm de diámetro. Consta de una túnica mucosa interna y una capa muscular externa, en la que se diferencia una capa externa de músculo estriado y una capa interna de músculo liso. El músculo estriado se aprecia especialmente en el tercio medio uretral como una banda más gruesa. Las fibras de músculo liso se extienden por toda la longitud uretral, siendo de innervación colinérgica.

La innervación de la unidad véscicouretral comprende las tres divisiones del sistema nervioso periférico.

El detrusor estará inervado por el sistema nervioso vegetativo parasimpático a través de los nervios pélvicos, que nacen de los segmentos sacros S2-S4. Los fascículos simpáticos que surgen de D10-D12 inervan la musculatura lisa uretral. Los nervios pudendos inervan el esfínter estriado o externo. La organización central del reflejo miccional está jerarquizada respecto a centros superiores cerebrales, hipotálamo posterior, formación reticular pontina y médula espinal sacra. La coordinación del detrusor y esfínteres es la función principal regida por el centro pontino; los centros suprapontinos (principalmente el cerebelo) actúan para inhibir los centros inferiores. Así las lesiones cerebrales resultan en contracciones detrusorianas no inhibidas coordinadas con la actividad esfinteriana.

Las lesiones medulares separan la unidad vesicouretral del centro pontino y resultan en una micción completamente descoordinada, denominada disinergia vesicoesfinteriana.

En el tracto urinario inferior (TUI) existen neuro receptores encargados de recibir estímulos nerviosos a través de fibras que liberan neurotransmisores, que regularán las distintas fases de la micción. Los receptores colinérgicos utilizan la acetilcolina como transmisor. Se dividen en muscarínicos, bloqueados por la atropina, que comprenden los M1 en SNC, ganglios y M2 en órganos efectores periféricos. Los nicotínicos predominan en el sistema nervioso autónomo y placa motora del músculo estriado.

Efectos hacia los estímulos para la micción:

- Desequilibrio simpático-parasimpático en la función básico-uretral
- Sustancias que inhiben el reflejo miccional
- Llenado vesical rápido con sobre distensión

- Lesión de fibras nerviosas del tracto urinario inferior
- Obstrucción mecánica
- Posturas y situaciones que dificultan la micción. (Monillor J, 1992)

Complicaciones: Las personas que tienen retención urinaria pueden presentar complicaciones, como:

- **Infección de las vías urinarias:** Cuando las vías urinarias se vacían completamente, las bacterias que normalmente entran en las vías urinarias se eliminan al orinar. Con la retención urinaria, la orina no sale del todo, lo que permite que las bacterias normalmente inofensivas se multipliquen e infecten las vías urinarias. Si la infección se propaga a los riñones, pueden presentarse problemas graves.
- **Lesión de la vejiga.** Si la retención urinaria se deja sin tratar, la vejiga puede estirarse demasiado o por periodos prolongados. Cuando se estira demasiado o durante periodos prolongados, los músculos de la vejiga pueden lesionarse y dejar de funcionar correctamente.
- **Lesión renal.** Las vías urinarias están diseñadas para que la orina fluya de los riñones y pase por los uréteres, luego a la vejiga y salga por la uretra. Cuando una persona tiene retención urinaria, no puede vaciar la orina de la vejiga y la orina puede devolverse a los riñones. Los riñones pueden llenarse tanto de orina que se hinchan y presionan los órganos cercanos. Esta presión puede lesionar los riñones y, en algunos casos, causar enfermedad renal crónica e insuficiencia renal.
- **Incontinencia urinaria.** Cuando la vejiga no se vacía completamente, puede causar una fuga de orina, conocida como incontinencia por rebosamiento.

Diagnóstico:

Exploración física abdominal tras el interrogatorio del paciente. La causa de este proceso tiene importancia en relación con la técnica de evacuación vesical elegida, es decir, la sonda uretral o el catéter suprapúbico.

Prevención: - El paciente debe ir al baño siempre que tenga ganas. Con frecuencia, las personas retienen la orina porque no es un buen momento para ir al baño. Sin embargo, al retener la orina regularmente se pueden desgastar los músculos de la vejiga y es más probable que se presente una infección de las vías urinarias. Las infecciones urinarias pueden causar retención urinaria.

- Los ejercicios del piso pélvico, conocidos también como ejercicios de Kegel, pueden fortalecer los músculos del piso pélvico y mejorar la función de la vejiga y los intestinos.
- El paciente puede ayudar a prevenir la retención urinaria causada por estreñimiento haciendo cambios en la dieta y el estilo de vida. Para ayudar a prevenir el estreñimiento, se debe consumir suficiente fibra en la dieta, tomar mucha agua y otros líquidos, y hacer actividad física con regularidad

Tratamiento.

Técnicas de Comportamiento: Algunas personas pueden reducir los síntomas de retención urinaria con cambios en su estilo de vida, líquidos y modificación de la dieta, reentrenamiento vesical, ejercicios de Kegel (Anexo 1) y otros tipos de fisioterapia

Medicamentos: Existen medicamentos para ayudar a controlar los síntomas de la retención urinaria. Algunos de estos medicamentos ayudan al músculo de la vejiga a contraerse mejor y pueden mejorar tu capacidad de orinar. (Rodríguez, C. 1995)

VII. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

6.1 VALORACIÓN CLÍNICA DEL SUJETO DEL CUIDADO (PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON)

Identificación del Paciente.

Nombre: A.V.S. **Edad:** 58 años **Sexo:** Femenino **Estado Civil:** Casada

Procedencia: **Diagnóstico médico:** Depresión

Tratamiento:

Escolaridad: 3ro primaria **Alergias:** Ninguna **Esquema de vacunación:** Completo

Signos vitales: T/A: 120/70mmhg FC: 72x' FR:18X'
T°: 36.4

Somatometría: **Peso:** 75kg **Talla:** 1.59mts **IMC:** 29.7

Antecedentes personales: no cuenta con ninguna intervención quirúrgica, tratamiento médico utilizado es para la depresión, hace 5 años le diagnosticaron fiebre tifoidea la cual le dejó secuelas como el dolor estomacal frecuentemente,

Antecedentes heredofamiliares su mamá murió de cáncer en el páncreas, su hermana mayor murió de cáncer de estómago,

No consume ninguna sustancia, no tiene intentos de suicidio. En la infancia enfermó de Varicela, no tiene antecedente de ningún accidente de gravedad solo en la edad adulta presentó una fractura de dedo anular mano derecha y esto dejó como secuela pérdida de movilidad, tiene un trastorno del sueño y de depresión, no consume alcohol u algún tipo de droga no fuma.

Higiene adecuada, actitud cooperadora, somnolienta, complejión endomórfica bien conformada, sin ninguna lesión aparente.

A la palpación, auscultación y percusión (Anexo 2) se encuentra distensión Abdominal, así como a la exploración el edema en miembros inferiores.

Apariencia: Piel color moreno, hidratada, sin edema, sin marcas o alteración.

1.- PATRÓN PERCEPCIÓN- MANEJO DE SALUD:

La paciente considera su estado de salud regular, tiene una negación para con su enfermedad, no realiza ninguna actividad para cuidar su salud, no tiene actividades para no recaer en su enfermedad, la actitud hacia su medicación es negativa y casi no toma su medicamento, conoce poco de su enfermedad. Comenta no mantenerla en buen estado debido a olvidarse de las cosas que tiene que hacer para mantenerla y por necesidades económicas, también tiene deseos de tener más información sobre su salud,

Higiene bucodental es 2 veces al día, higiene personal diario, su cambio de ropa es en cada baño, se realiza lavado de manos antes de realizar la comida y después de usar el sanitario no consume bebidas alcohólicas, no fuma, no es alérgica a ningún medicamento, ni comida, no asiste a revisión médica hasta que presenta alguna molestia, la revisión dental es cada 2 meses debido a un tratamiento que está llevando,

Utiliza remedios caseros toma Té casero porque le dijeron que son eficaces para sus molestias, procura seguir con las instrucciones y tratamientos médicos que le indican (pero en el caso de la Depresión no lo toma porque niega tener dicha enfermedad). Antecedentes patológicos le diagnosticaron fiebre tifoidea hace 5 años, una hernia umbilical hace 1 año.

Las condiciones de su vivienda son óptimas está construida de block y cemento, con 5 habitaciones, se ventila de manera natural, utiliza iluminación artificial, su mobiliario está acorde a las necesidades, en el sanitario cuenta con drenaje se ubica dentro de la vivienda, el aseo de la vivienda es diario, por las tardes suele tener moscas, y no cuenta con ninguna mascota.

2.- PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO:

Su apetito ha aumentado en el último mes, no es intolerante a ningún alimento ni alérgica a ningún medicamento, su número de comidas al día son 3, no utiliza algún suplemento alimenticio, la ingesta de líquidos es de 3 litros por día de agua natural y ½ litro de agua de frutas, sus antecedentes padecen de gastritis no tiene desórdenes alimenticios, Mucosas orales hidratadas con ligera palidez de tegumentos, piel fría, edema en miembros inferiores, cabello con implantación normal, fragilidad y caída, buena integridad de ojos, nariz y oídos.

Cavidad oral: tiene dificultad para tragar, tiene problemas para masticar debido a que faltan algunas piezas dentarias, suele sentir sucia su boca aun cuando ya realizo el cepillado, sus encías tienden a inflamarse frecuentemente, presenta caries, mucosa oral hidratada, amígdalas normales.

Ejemplo de lo que come en un día:

Desayuno: huevo revuelto con frijoles, agua y 6 tortillas.

Comida: arroz, milanesa de pollo empanizada, agua de frutas y 3 tortillas.

Cena: fruta picada, un cereal o si tiene hambre puede hacerse un huevo con 2 tortillas. Después de la comida suele presentar distensión abdominal postprandial.

3.- PATRÓN ELIMINACIÓN:

Sus defecaciones son 1 diaria, formada, pastosa, color café, no precisa de ayuda o esfuerzo para defecar, con escala de Bristol tipo 4. (Anexo 3)

Las micciones con presencia de disuria, constan de 3 veces por día y 2 por la noche, color amarilla sin olor, presenta dolor y ardor al miccionar, no necesita ayuda ni amerita esfuerzo, pero no atiende a la micción cuando se presenta hasta que la paciente tiene tiempo de ir al baño, ella comenta tener dolor frecuente en la parte inferior del abdomen con una EVA de 7 y presenta tenesmo, siente la necesidad de orinar después de terminar de orinar, se observa inflamación en la parte inferior del abdomen, se observa inflamación en miembros inferiores, con una retención de líquidos signo de godette ++ (Anexo 4).

Piel con sudoración normal, Edema en miembros inferiores, no presenta drenajes, abdomen globoso, peristaltismo presente 3 por min., con presencia de dolor a la palpación, Giordano negativo, no presenta hemorroides, no se encuentra ningún hallazgo genital.

Exámenes de laboratorio.

Examen General de orina:

Datos.	Valores de referencia.
Color _____	Amarrillo
Densidad _____	1.080
pH -----	9,0

Química Sanguínea

Glucosa _____	ausente
Proteínas _____	ausente
Hematíes _____	ausente

Leucocitos _____ Presente
Urobilinógeno y bilirrubina-----Presente
Nitrito _____ Negativo

MICROSCOPIA DE SEDIMENTO (sedimentoscopia)

Células epiteliales _____ algunas
Leucocitos _____ 9 por campo
Hematíes _____ 3 por campo
Muco _____ ausente
Bacterias _____ +++
Cristales _____ ausentes
Cilindros _____ ausentes

4.- PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO:

No cuenta con energía suficiente para realizar sus actividades cotidianas, no precisa de ayuda para realizar sus actividades personales, Es un apersona sedentaria, no practica ningún deporte, deambula con facilidad, no tiene dificultad para moverse, caminar, sentarse o pararse, solo comenta que cuando tiende a inclinarse o realizara esfuerzo, cuando camina mucho o esta mucho tiempo de pie siente calambres y dolor en los miembros inferiores, requiere ayuda para realizar algunas actividades domésticas.

Su marcha es eubasica, tono y fuerza de extremidades normal, respiración frecuencia respiratoria normal en reposo es de 18x', simetría y no se ausculta ningún fenómeno agregado.

Función cardiaca 72x', ritmo normal, pulso ritmo regular. No realiza algún tipo de ejercicios, emplea su tiempo libre en rezar o descansar.

5.- PATRÓN SUEÑO-DESCANSO:

Duerme pocas horas en ocasiones no logra conciliar el sueño y solo duerme 4 o 5 horas, presenta insomnio inicial, tiene pesadillas, sueño no reparador, no utiliza ningún método que la ayude a dormir, se levanta demasiado cansada y somnolienta todo el día, presenta cambios de humor e irritabilidad, bostezos durante el día, muestra rasgos de ojeras, no utiliza fármacos para dormir, solo Tés que le recomendaron y los toma cada 2 veces por semana.

6.- PATRÓN COGNITIVO:

Estado de conciencia consciente, orientada en tiempo, lugar y persona, memoria tardía (retrograda), lenguaje normal, coherente, alteraciones sensoperceptuales son alucinaciones o ilusiones. Su visión se encuentra deteriorada utiliza lentes con graduación de 2.0 en ambos ojos con teste de Snellen 20/20 (Anexo 6), presenta problemas para escuchar no utiliza ninguna aparato auditivo, no presenta vértigo, sabe leer y escribir, solo termino a primaria, suelen olvidársele las cosas, (donde guardo tal objeto o que tenía alguna reunión importante), su sentido del olfato se encuentra en óptimas condiciones tiene recurrente cefalea con una EVA de 9 (Anexo 5) ,un Dolor abdominal con Eva de 8, no presenta dificultad para expresarse o comunicarse con las personas, sensibilidad térmica normal, su manera de aprender es escuchando, y con dibujos, se le dificulta tomar decisiones importantes.

7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO:

Lo que piensa de sí misma es que no es importante para nadie, Tiene sensación de malestar frecuentemente y preocupación por su estado de salud, expresa sentimiento de tristeza, desagrado con su imagen corporal, cambios bruscos de humor, no se siente útil en su casa, tiene ideas de desesperanza, toma medicamentos antidepresivos, ya

que su médico familiar le comentó padecía Depresión debido a que hace tiempo falleció su hermana mayor y ella no pudo vivir el duelo de esa pérdida, lo cual ella olvida tomarlo o incluso no se los toma porque ella niega tener depresión, en este momento solo le ayuda a sentirse mejor que su familia sea más unida.

8.- PATRÓN ROL-RELACIONES:

Su ocupación es ser ama de casa desempeña el rol de cuidador, Vive con su familia (5 integrantes), manifiesta no sentirse querida por ellos, dice: “nadie me quiere, yo solo les estorbo, y me siento sola a pesar de tener 7 hijos, mi esposo no me ayuda en nada”, se observan expresiones faciales acordes con lo que está comunicando, su interacción social es mal, casi no habla con nadie.

9.- PATRÓN SEXUALIDAD -REPRODUCCIÓN:

Edad menarquia: 13 Edad menopausia: 45 IVSA: 17años

Embarazos: 7 abortos:

0 cesares: 0 partos: 8.

No utiliza ningún método anticonceptivo debido a que ya no tiene menstruación, y ya no tiene vida sexual activa, se siente satisfecha con su número de hijos, su examen mamario no lo realiza, el último papanicolaou se lo realizo hace 3 años con resultado Normal (negativo).

10.-PATRON ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS:

En los últimos 2 años ha sufrido estrés y crisis en su vida, Su expresión habitual es de ira, llanto e irritabilidad, su situación actual altera su relación familiar debido a que nadie la entiende, se siente sola, hace 2 años falleció su hermana y aun no lo supera, ella cree que necesita ayuda, no se siente bien sus medicamentos son:

1.- Escitalopram 10 mg

Tomar 1 diaria por la tarde

2.- Sertralina 50 mg

Tomar una por las noches

11.- PATRÓN VALORES-CREENCIAS:

Cree en un Dios, su religión es católica e influye mucho en su vida y en su pensamiento, comenta; “necesito estar bien con Dios para que me valla bien y es la única ayuda que necesito, por eso me siento mal, mucho de lo que me pasa es porque ya no me acerco a la iglesia.” Los valores morales más importantes son respeto y honestidad, las cosas importantes son estar bien de salud, no se siente satisfecha con su vida, la actitud ante el duelo es desesperación y no sabe cómo actuar, sus planes a futuro son estar bien de salud y tener unida a su familia.

6.2 Diagnóstico enfermero

6.3 Planificación (Indicadores de resultado)

6.4 Ejecución (NIC, GPC, Fundamentación de cada intervención)

6.5 Evaluación



CRUZ ROJA
MEXICANA

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 3.- Eliminación.</p> <p>Datos objetivos: - Edema demiembrros inferiores ++</p> <p>Datos Subjetivos: - Dolor Eva de 7</p>	<p>Dominio: 4 actividad y reposo</p> <p>Clase: 4- Concepto: perfusióntisular</p> <p>Etiqueta diagnóstica: -Perfusión tisular periférica Ineficaz-000204: Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: - Estilo de vida sedentaria. - Conocimientos insuficientes sobre el proceso de la enfermedad.</p> <p>Características definitorias: -Dolor de las extremidades. -Edema. -palidez de la piel a la elevación de las extremidades.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: II- Salud Fisiológica.	Clase: E- Cardiopulmonar.		
		Criterio de resultado: Perfusión tisular: periférica 0407			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		-040716 llenado capilar de los dedos de los pies _[JR1] .	2	Se aumentará a: 4	
-040710 temperatura de extremidades caliente	3	Se aumentará a: 5			
-040712 edema periférico	2	Se aumentará a: 4			
-040713 dolor localizado en extremidades	2	Se aumentará a: 4			
-040745 calambres musculares	1	Se aumentará a: 4			
	Desviación grave del rango normal -1	Se aumentará a: 3			
	Desviación sustancial del rango normal -2				

			Desviación moderada del rango normal -3 Desviación leve del rango normal -4 Sin desviación de rango normal-5 Grave -1 Sustancial-2 Moderado-3 Leve-4 Ninguno-5	
INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
		Criterio de resultado: Perfusión tisular: periférica 0407		
	1, Informar a los pacientes	Indicador (es)	Puntuación final	

<p>Campo: 2- Fisiológico: Complejo Clase: N- Control de la perfusión Tisular INTERVENCION: Precauciones circulatorias 4070 ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad, así como índice tobillo- brazo, si está indicado). 2. No aplicar presión ni poner torniquetes en la Extremidad afectada. <p>Campo: 2- Fisiológico: Complejo Clase: I-Control Neurológico. INTERVENCION: Manejo de la</p>	<p>y a los cuidadores de que si observan un cambio de color en los dedos de los pies (blancos, morados, etc.), pérdida de movimiento y/o aumento del dolor en las piernas, deben retirar la terapia compresiva y consultar con la enfermera/enfermero o con el equipo de atención primaria (EAP) 2. Las medias/calzetines de alta compresión parecen ser más eficaces para la reducción de la recurrencia de úlcera de etiología venosa que ninguna compresión. Hay algunas evidencias de que las medias de alta compresión son más efectivas que las de compresión moderada para la prevención de las recurrencias a corto plazo, pero no queda tan clara su eficacia cuando es a largo plazo. Hay pacientes que toleran mal las medias/calzetines de compresión fuerte, por lo que se recomienda la utilización de la compresión más alta que la persona tolere. (GPC Enfermedad Arterial Periférica)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el estado de las extremidades, si existe entumecimiento, hormigueo, 	<p>040716 llenado capilar de los dedos de los pies. -040710 temperatura de extremidades caliente 040712 edem a periférico 040713 dolor localizado en extremidades. 040745 calambres musculares</p>	<p>Se Aumento a: 4 Se Aumento a:4 Se Aumento a: 5 Se Aumento a: 4 Se Aumento a: 5</p>
---	---	--	--

<p>sensibilidad periférica alterada 2660</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar si hay parestesias: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia e hipoestesia, así como el nivel de dolor 2. Enseñar al paciente o a la familia a examinar la piel a diario para determinar si hay alteraciones en su integridad. 3. Vigilar el ajuste de los dispositivos de sujeción, prótesis, zapatos y vestimenta. <p>Campo: 2- Fisiológico: Complejo</p> <p>Clase: L – Control de la Piel/Heridas.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Vigilancia de la piel 3590</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar el color, calor, tumefacción, 	<p>aumento disminución de la sensibilidad dolorosa, todo esto ayudará a identificar algún otro síntoma extra.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. La aparición de resequead o descamación en la piel es un signo de la evolución del edema y el exceso de líquido en el espacio extracelular. 3. Se recomienda la revisión por turno del pie para identificar los factores de riesgo de ulceración, mediante inspección del pie y del calzado, perfusión arterial y valoración de neuropatía. En función del grado de riesgo detectado, se recomienda un control detallado de la paciente. <p>(GPC Enfermedad Arterial Periférica)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es importante identificar en la paciente la 		
--	--	--	--

<p>pulsos, texturas y si hay edemay ulceraciones en la extremidades .</p> <p>2. Observar si hay zonas de presión y fricción.</p> <p>3. Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p.ej., escala de Braden).</p>	<p>existencia de cambio de color en la extremidad, la intensidad de los pulsos, y si las extremidades ya que si se realiza una exploración para verificar que no presente otra afección.</p> <p>2. Las zonas de presión y de fricción favorecen la aparición de isquemia por la falta de irrigación y oxigenación en la piel con la consiguiente aparición de úlceras varicosas debido a la muerte del tejido.</p> <p>3. Se utilizará la escala de Braden para identificar algún otro hallazgo como percepción sensorial, humedad, deambulación, cambios posturales, nutrición, y roce, eso que ayudará a valorar si existe el riesgo</p>		
--	---	--	--

	de tener una ulcera por presión. (GPC Enfermedad Arterial Periférica)		
--	---	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	
Patrón (es): 3.- Eliminación	Dominio: 3- eliminación intercambio	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	
Datos objetivos: --Pocas micciones.	Clase: 1- concepto: eliminación.	Dominio: II- Salud Fisiológica.	Clase: F- eliminación.
Datos Subjetivos:	Etiqueta diagnóstica: - Retención urinaria 00023 _{JR5} : Incapacidad	Criterio de resultado: 0503- Eliminación Urinaria.	

<p>- Dolor y ardor al miccionar [JR3]. -Dolor frecuente en el vientre. - sensación frecuente de miccionar [JR4].</p>	<p>para vaciar la vejiga, Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: Características definitorias: -Orina residual. - Distensión abdominal. - micciones de poca cantidad.</p>	<p>Indicador (es) -050203- Responde de forma adecuada a la urgencia. 050209 vaciar la vejiga completamente . -050219- Identifica medicaciones que interfieran en el control urinario.</p>	<p>Puntuación inicial * 1 2 3 Nunca demostrado-1 Raramente demostrado-2 A veces demostrado-3 Frecuentemente demostrado-4 Siempre demostrado.5</p>	<p>Puntuación Diana* Se aumentará a: 4 Se aumentará a: 5 Se aumentará a: 4</p>
<p>INTERVENCIONES (NIC) /GPC**</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES</p>	<p>EVALUACIÓN</p>		
		<p>Criterio de resultado: 0503- Eliminación Urinaria.</p>		
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación final</p>	

<p>Campo:</p> <p>1 fisiológico básico.</p> <p>Clase: B-Control de la eliminación.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Entrenamiento del hábito urinario – 0600</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1. Establecer un intervalo inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria y de la rutina habitual (comer, levantarse y acostarse).</p> <p>2. Ayudar al paciente a ir al baño y estimular la micción a los intervalos prescritos</p> <p>3. Mantener el programa de ir al baño para ayudar a establecer y mantener el hábito miccional.</p>	<p>1. El cuadro clínico de la Retención urinaria es la expresión de la acumulación exagerada y patológica de orina en la vejiga. Este acúmulo, cuando es agudo, resulta intolerable. El paciente, después de intentos repetidos, no consigue miccionar, refiere dolor y deseos imperiosos de orinar tanto más agudos cuando más rápida haya sido la instauración del proceso.</p> <p>2. El papel de la investigación para clínica en el paciente con Retención Urinaria, es identificar la etiología subyacente, así como evaluar el riesgo de complicaciones secundarias a la retención urinaria.</p> <p>3. Se recomienda considerar el diagnóstico de Retención urinaria ante la siguiente sintomatología a fin de establecer un programa para ir al baño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para orinar (o solo pequeñas cantidades) de inicio repentino • Ansiedad intensa 	<p>050203- Responde de forma adecuada a la urgencia.</p> <p>050209- Vaciar la vejiga completamente [JR6].</p> <p>050219- Identifica medicaciones que interfieran en el control urinario.</p>	<p>Se Aumento a: 4</p> <p>Se Aumento a: 4</p> <p>Se Aumento a: 5</p>
---	---	--	--

<p>Campo:</p> <p>1 fisiológico básico.</p> <p>Clase: B-Control de la eliminación.</p> <p>INTERVENCION: Micción estimulada 0640</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la capacidad para reconocer la urgencia de orinar. 2. Mantener un registro específico de Retención Durante 3 días para establecer un patrón miccional. 	<p>o agitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incomodidad • Diaforesis • Dolor abdominal agudo • Aumento de volumen abdominal con dolor que se intensifica a la palpación • Ocasionalmente hematuria. <p>(GPC: Abordaje y manejo en paciente adulto con Retención de orina, IMSS 2012)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En los pacientes con RU la vejiga debe vaciarse inmediatamente, de lo contrario se puede propiciar falla renal aguda o ruptura vesical, por ende, esta entidad debe abordarse como una urgencia médica. 2. En estudios realizados en pacientes con Retención Urinaria en donde el tiempo promedio de retención fue de 31 horas, se detectó albuminuria en el 100% de los casos, elevación de creatinina en el 28% y elevación de urea en 36%. Se concluyó que la RAO tiene un 		
--	--	--	--

<p>Campo:</p> <p>1 fisiológico básico.</p> <p>Clase: B-Control de la eliminación.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>Manejo de la eliminación urinaria 0590</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizarla eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda 2. Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda 	<p>efecto negativo en la función tubular y glomerular del riñón. Posterior a la resolución del cuadro de retención se incrementó la permeabilidad glomerular y el daño tubular persistió en la mayoría de los pacientes, sin embargo, los estudios séricos de función renal no pueden predecir la posible disfunción renal. (GPC: Abordaje y manejo en paciente adulto con Retención de orina, IMSS 2012)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La uretritis por infección del tracto urinario o infecciones de transmisión sexual, pueden ocasionar RAO debido a inflamación local y 		
--	---	--	--

	<p>afección del nervio sacro. En las mujeres, las lesiones vulvovaginales dolorosas y la vulvovaginitis, producen edema y micción dolorosa lo cual puede desencadenar RU.</p> <p>2. Los agentes farmacológicos pueden contribuir a la RAO. El grupo más comúnmente involucrado es el de los anticolinérgicos, estos medicamentos bloquean los impulsos postganglionares hacia el musculo detrusor e inhiben la contracción vesical. Los fármacos de uso psiquiátrico como fenotiazinas, antipsicóticos e inhibidores de la monoamino oxidasa pueden tener efectos anticolinérgicos.</p> <p>En la RU neurogénica, ocurre interrupción de la inervación sensorial o motora a la vejiga, lo que resulta en disminución de la contracción del músculo detrusor, impedimento de la relajación del esfínter urinario o ambos. (GPC: Abordaje y manejo en</p>		
--	---	--	--

	paciente adulto con Retención de orina, IMSS 2012)		
--	---	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 5- Patrón sueño- Descanso.</p> <p>Datos objetivos: -no logra conciliar el sueño - Solo duerme 4 o 5 horas</p> <p>Datos Subjetivos: -no utiliza ningún método para dormir. - somnolienta todo el día. - no logra conciliar el sueño rápido -se levanta demasiado cansada. -Duerme pocas horas.</p>	<p>Dominio: 4-Actividad y reposo</p> <p>Clase:</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Patrón de Sueño alterado- 00198_{JR7}: Despertares de tiempo limitado debido a factores externos.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: -Patrón de sueño no reparador</p> <p>Características definitorias: - Despertar sin haberse propuesto. -Dificultad para iniciar el sueño. - Insatisfacción del sueño -Dificultad para permanecer dormida. -Sensación de no haber descansado.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio: 1-Salud Funcional.</p>	<p>Clase: A-Mantenimiento de la energía.</p>	
		Criterio de resultado: Descanso- 0003		
		<p>Indicador (es)</p> <p>000301 tiempo del descanso.</p> <p>000302 Patrón del descanso.</p> <p>000303 calidad del descanso</p> <p>000304 descansado físicamente</p> <p>00309 energía recuperada después del descanso</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>-2</p> <p>-3</p> <p>-4</p> <p>-5</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>Se aumentará a: 5</p> <p>Se aumentará a: 4</p> <p>Se aumentará a: 4</p> <p>Se aumentará a: 5</p> <p>Se aumentará a: 5</p>
INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		

<p>Campo: 1-Fisiologico: Básico</p> <p>Clase: F-Facilitación del autocuidado.</p> <p>INTERVENCION: Mejorar el sueño- 1850</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar el patrón de sueño/vigilia de la paciente. Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. 	<ol style="list-style-type: none"> Se sugiere explorar de manera sistemática respecto a la calidad de sueño que el paciente tenga principalmente a las personas con los factores de riesgo antes mencionados. De existir alguna alteración se sugiere realizar la anamnesis adecuada para su diagnóstico y especificar conducta a seguir. Se sugieren los siguientes pasos en el procedimiento diagnóstico: <ol style="list-style-type: none"> Diario del sueño (registro) con valoración basal del problema y de la efectividad del tratamiento empleado. Registro de las consecuencias del trastorno en la calidad de vida del paciente. Considerar a la depresión u otros trastornos psiquiátricos como factores 	Criterio de resultado: Descanso- 0003	
		Indicador (es)	Puntuación final
		000301 tiempo del descanso.	Se Aumentó a: 5
		000302 Patrón del descanso	Se Aumentó a: 5
		000303 calidad del descanso	Se Aumento a: 4
000304 descansado físicamente	Se Aumento a: 4		
000309 energía recuperada después del descanso	Se Aumento a: 4		

	<p>etiológicos.</p> <p>4. Considerar la realización de un registro polisomnográfico o en pacientes con tratamiento no exitoso, alteraciones de conducta durante el sueño, diagnóstico inicial incierto o con trastornos relacionados con la respiración o movimientos periódicos de las piernas.</p> <p>3. Las técnicas que han demostrado utilidad son:</p> <p>1.- Medidas inespecíficas para inducir el sueño (higiene del sueño). 2.- Los tratamientos cognitivos y conductuales (TCC). 3.- Restricción del tiempo dedicado a dormir. 4.- Técnicas de relajación. 5.- Intención paradójica (psicología inversa). 6.- Control de estímulos externos.</p> <p>4. Búsqueda intencionada de factores estresantes,</p>		
--	---	--	--

<p>Campo: 1-Fisiologico: Básico</p> <p>Clase: E-Fomento de la comodidad física.</p> <p>INTERVENCION: Manejo ambiental: confort 6482</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima. 2. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. 3. Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos. 	<p>personales, sociales y ambientales, que puedan estar coadyuvando los episodios. Aunque no existe un tratamiento farmacológico específico, las benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos o del tipo ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) pueden ser útiles. El insomnio suele acompañar a trastornos psiquiátricos como la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, esquizofrenia, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.</p> <p>(GPC Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño IMSS 2010)</p>		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar y tratar a los 		

	<p>pacientes con trastornos del sueño que tienen afección de su calidad de vida por afección de los ámbitos social, laboral y posibles peligros de integridad y de terceros secundarios a este padecimiento.</p> <p>2. Los trastornos del sueño producen disfuncionalidad en diferentes intensidades que alteran significativamente el desempeño social, laboral y personal, para ello el paciente debe de estar sometido a tratamiento farmacológico o no farmacológico con vigilancia y tener un apoyo familia y médico.</p> <p>3. Como tratamiento no farmacológico, el uso de exposición a luz brillante (2500 lux) han demostrado utilidad para avanzar o retrasar el ciclo sueño-vigilia ya sea utilizándolo muy temprano</p>		
--	---	--	--

	<p>en el día o por la noche según de intención terapéutica.</p> <p>Otra técnica en los trastornos de desfase ciclo sueño vigilia consiste en avanzar una o dos horas el inicio al sueño hasta que finalmente el sujeto puede conciliarlo a horas tempranas de la noche, (GPC Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño IMSS 2010)</p>		
--	---	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): Patrón adaptación - tolerancia al estrés.</p> <p>Datos objetivos: - Fallecimiento de ser humano significativo.</p> <p>Datos Subjetivos: -Ira -Llanto e irritabilidad. -Se siente triste la mayor parte del tiempo. -La relación con su familia no está bien. -Tiene pensamientos negativos hacia su aspecto físico.</p>	<p>Dominio: 9- Afrontamiento /Tolerancia alestrés</p> <p>Clase: 2-Concepto: Duelo.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Duelo- 00136: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporen en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: -Muerte de una persona significativa</p> <p>Características definitorias: -Alteración en el patrón de sueño. -desesperación. -Ira. -Mantenimiento del vínculo con la persona fallecida.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: II-Salud psicosocial.	Clase: M-Bienestar psicológico.	
		Criterio de resultado: 1205-autoestima		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
120501 verbalizaciones de autoaceptación	2	Se aumentará a: 5		
120505 descripción del yo	1	Se aumentará a: 4		
120519 sentimientos sobre su propia persona	2	Se aumentará a: 4		
Nunca positivo-1 Raramente positivo-2 A veces positivo -3 Frecuentemente positivo -4 Siempre positivo-5				

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
Campo: 3. Conductual Clase: R-Ayuda para el afrontamiento	1. La depresión del adulto con frecuencia se	Criterio de resultado: 1205-autoestima		
		Indicador (es)	Puntuación final	

<p>INTERVENCION: - 5270 Apoyo emocional</p> <p>ACTIVIDADES: 1.-Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. 2.-Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. 3.- ayuda en la toma de decisiones.</p> <p>Campo: 3. Conductual Clase: R-Ayuda para el afrontamiento</p> <p>INTERVENCION: - Control del estado de ánimo 5330</p> <p>ACTIVIDADES: 1.-Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria,</p>	<p>relaciona a enfermedades musculoesqueléticas, cardiovasculares, endocrinas, enterales, oftalmológicas, urogenitales, neurológicas, entre otras.</p> <p>2. La terapia interpersonal, que consiste en un enfoque en las relaciones interpersonales y la solución de estas, es un tratamiento efectivo para la depresión en ancianos, solo o en tratamiento conjunto con medicamentos.</p> <p>3. Como herramienta general, se recomienda enviar al paciente deprimido a grupos de atención social a la salud para que se les otorgue alguna de las terapias antes comentadas. (GPC Depresión en el adulto primer nivel de atención 2011)</p> <p>1. Los pacientes</p>	<p>120501 verbalizaciones de autoaceptación</p> <p>120505 descripción de l yo</p> <p>120519 sentimientos sobre su propia persona</p>	<p>Se Aumentó a: 5</p> <p>Se Aumentó a: 5</p> <p>Se Aumento a: 4</p>
--	---	--	---

<p>capacidad de procesar información y toma de decisiones).</p> <p>2.-Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación por parte del paciente.</p> <p>3.- Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar.</p> <p>Campo: 3. Conductual Clase: R-Ayuda para el afrontamiento INTERVENCION: - Facilitar el duelo 5290</p> <p>ACTIVIDADES: 1.- Ayudar al paciente a</p>	<p>deberán ser advertidos rutinariamente que los hipnóticos causan somnolencia y que puede afectar la capacidad para realizar actividades que requieren un nivel de alerta o coordinación física y que causan tolerancia.</p> <p>2. La evaluación cognitiva en el adulto con síntomas depresivos, debe posponerse hasta 2 semanas después de iniciado el tratamiento y remisión de síntomas depresivos por la posibilidad de la existencia de Pseudodemencia depresiva. El médico debe prescribir pocos medicamentos para eliminar los efectos adversos de los mismos y así reducir los síntomas depresivos.</p> <p>4. El médico familiar deberá identificar los diferentes factores de riesgo para depresión (ambiente social, familiar,</p>		
--	---	--	--

<p>identificar la naturaleza de apego al objeto o persona que se ha perdido.</p> <p>2.- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.</p> <p>3.- Fomentar</p> <p>4.-Ayudar al paciente a identificar estrategias Personales de afrontamiento.</p> <p>Campo: 3. Conductual Clase: R-Ayuda para el</p>	<p>presencia de enfermedades discapacitantes, abandono familiar, situación económica familiar, etc.) (GPC Depresión en el adulto primer nivel de atención 2011)</p> <p>1. Los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo femenino. • Enfermedades médicas asociadas. • Enfermedad medica incapacitante reciente. • Nivel socioeconómico bajo. • Dolor crónico. • Trastornos del sueño (Insomnio). • Duelo económico o familiar. • Deterioro cognoscitivo. <p>2. En el adulto la depresión se presenta con irritabilidad, enojo, apatía, anhedonia o aislamiento, es por eso que se recomienda que expresen sus</p>		
--	---	--	--

<p>afrontamiento</p> <p>INTERVENCION: - Fomentar la resiliencia 8340</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1.- Fomentar el apoyo familiar.</p> <p>2.- Facilitar la comunicación familiar.</p> <p>3.- Fomentar que la familia coma junta de forma regular.</p> <p>4.- Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.</p>	<p>sentimientos y lo que piensan a través de las situaciones familiares.</p> <p>3. Los adultos cuyas condiciones de vida sean adversas, tengan aislamiento social, adicciones o comorbilidad importante, presentan mayor riesgo de depresión es por ello que se fomenta la identificación de los miedos y la identificación de lo que teme la paciente.</p> <p>4. Se recomienda obtener información referente a síntomas de depresión, proporcionados por el cuidador primario con el fin de identificar factores de riesgo para depresión.</p> <p>(GPC Depresión en el adulto primer nivel de atención 2011)</p> <p>1. La familia, como sistema y red de apoyo social informal cumple</p>		
---	---	--	--

	<p>con dos funciones básicas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido.2. Proporcionar los vínculos afectivos, no solo en la enfermedad, sino también en su rehabilitación. <p>2. Se recomienda mantener una comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, y los grupos comunitarios ya que es fundamental para la salud en todas las edades, en especial en pacientes deprimidos donde es más probable que las personas mayores tengan duelos o pérdidas y sean susceptibles a la soledad y al aislamiento social.</p> <p>3. Se recomienda alentar a los pacientes con riesgo de depresión para que aumenten y mantengan la actividad física compartida con</p>		
--	--	--	--

	<p>familiares o amigos, ya que tiene beneficios inmediatos y efectos poco riesgosos sobre el cuadro depresivo.</p> <p>4. Es recomendable que el paciente adulto mantenga un régimen de vida variado, que incluya paseos, caminatas y diversiones, alternando actividades físicas con recreativas y reposo, eligiéndolas según sus gustos y actitudes, (GPC Depresión en el adulto primer nivel de atención 2011)</p>		
--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>Patrón (es):</p> <p>-2-Patrón Nutrición.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>-Inflamación de las encías. -Faltan piezas dentarias</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas para masticar. - Dificultad para tragar. 	<p>Dominio: 2- Nutrición.</p> <p>Clase: 1- Conceptos: Deglución.</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Deterioro de la deglución [JR8] –00103: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado a déficit de estructura o función oral, faríngea o esofágica.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conducta Autolesiva <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masticación insuficiente. - Mordida Ineficaz. 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio: II-Salud psicosocial.	Clase: K-Digestión y nutrición			
		Criterio de resultado: Estado de deglución: fase oral -1012				
		Indicador (es) 101205- capacidad de masticación	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*		
101210- Número de degluciones apropiadas para el tamaño /textura del bolo	2	Se aumentar á a: 4				
101211- Eficacia de la mordedura	3	Se aumentar á a: 5				
	3	Se aumentar á a: 5				
	Gravemente comprometido-1					
	Sustancialmente comprometido-2					
	Moderadamente comprometido-3					
	Levemente comprometido-4					
	No comprometido-5					

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1- Fisiológico: Básico.</p> <p>Clase: D- Apoyo Nutricional.</p> <p>INTERVENCION: -Terapia de deglución- 1860</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1. Enseñar al paciente a no hablar mientras come, según corresponda.</p> <p>2. Controlar el peso corporal.</p> <p>3. Vigilar la hidratación corporal (entradas, salidas, turgencia de la piel y mucosas).</p>	<p>1. Si la paciente habla o platica mientras come genera un distractor en ella, lo que ocasiona que no mastique bien la comida y los bolos los degluta sin estar bien molidos, cuando degluta tendrá dificultad.</p> <p>2. Las manifestaciones locales producen dificultad para alimentarse, las cuales son responsables, sobre todo en personas de edad avanzada, de desnutrición, deshidratación y alteración del estado general.</p> <p>3. Una mala salud bucal se considera un factor de riesgo para desnutrición, alteraciones del gusto, dificultad para la masticación y el paso de los alimentos, debido a que la dieta rica en carbohidratos requiere de menor esfuerzo en la masticación. Cuando un paciente o su cuidador primario reporte una dieta con consumo excesivo de carbohidratos fermentables hasta el punto de desplazar alimentos importantes (proteínas, cereales, etcétera) se recomienda otorgar consejo médico/nutricional/odontológico para mejorar prácticas de alimentación, alcanzar el peso corporal ideal, incrementar la salud bucal y mejorar el consumo de una</p>	<p>Criterio de resultado: Estado de deglución: fase oral -1012</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>101205- Capacidad de masticación</p> <p>101210- Número de degluciones apropiadas para el tamaño /textura del bolo</p> <p>101211- Eficacia de la mordedura</p>	<p>Se Aumentó a: 4</p> <p>Se Aumentó a: 5</p> <p>Se Aumento a: 4</p>

<p>Campo: 1- Fisiológico: Básico.</p> <p>Clase: F- Facilitación del autocuidado.</p> <p>INTERVENCION : Fomentar la salud bucal- 1720</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>1. Monitorizar el estado de la boca del paciente (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes, encías, así como aparatos dentales y su ajuste).</p> <p>2. Ayudar a los pacientes en el cepillado de los dientes, las encías y la lengua, los</p>	<p>dieta nutritiva.</p> <p>(GPC Manejo de problemas bucales en el adulto)</p> <p>.</p> <p>1. En la evaluación se debe de realizar una revisión integral de la cavidad bucal de manera sistematizada que incluya los distintos componentes de la cavidad bucal iniciando por los labios y comisura labial, mejillas, carrillos, encías, dientes, área retromolar, piso de boca, superficies ventral y dorsal de la lengua, paladar y la orofaringe, esto asegurará que se identifiquen las lesiones de una manera temprana y dar una atención oportuna. En la exploración externa, cualquier inflamación o restricción de la apertura bucal deberá ser registrada, también se examinarán los músculos maseteros, pterigoideos y temporales en busca de espasmo, crepitación ó dolor a la palpación. El cuello deberá ser palpado en busca de nódulos linfáticos aumentados de tamaño.</p> <p>2. La presencia de caries se</p>		
---	---	--	--

<p>colutorios y la limpieza con hilo dental, según sea necesario.</p> <p>3. Derivar al paciente, según sea necesario</p>	<p>relaciona con la incapacidad de conseguir una buena higiene bucal y no sólo se debe a una deficiente técnica de cepillado, ésta, también se ve limitada por la presencia de enfermedades sistémicas.</p> <p>3. Cuando el personal de salud encuentre una alteración en la cavidad bucal que no remita en dos semanas, debe referir de inmediato al estomatólogo, quien llevará el control pues es quien tiene conocimiento más amplio de la cavidad bucal.</p> <p>(GPC Manejo de problemas bucales en el adulto)</p>		
--	--	--	--

--	--	--	--

VII. PLAN DE ALTA^[JR9]

VIII. PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL PACENTE: A.V. S
DX MEDICO: Hernia Umbilical y Retención Urinaria
EDAD: 58 años PESO: 75kg TALLA: 1.59mts IMC: 29.7
FECHA DE EGRESO O UTIMA VISITA AL MEDICO: 1/08/2021
S.V. AL EGRESO: T/A: 129/70mmhg FC: 82x' FR: 18x' T°: 36.2°c

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	PLJR 4445629173 Star Medica
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	<ul style="list-style-type: none">✓ Intensidad del dolor.✓ Revisión diaria del edema.✓ Verificar la retención urinaria.
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control ^[JR10])	-Explicar a la paciente que es la Retención urinaria, sus posibles causas y sus complicaciones, así como el tratamiento y los cuidados de la misma. -Explicar y priorizar la importancia de la toma del medicamento para sus enfermedades, las posibles contraindicaciones al dejarlo de tomar. -Fomentar la prevención a futuras enfermedades, explicar en los factores de riesgo, así como enseñar a la paciente a tener una buena salud bucal.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Dieta Baja en grasa: DESAYUNO: Chilaquiles (1 tortilla deshidrata), 1/3 de queso y 1 clara de huevo. (cocina con aceite de aguacate) Fruta picada Un vaso de jugo verde. COMIDA: Arroz, filete de pescado y verduras. 1 taza de arroz, 150 gr de filete de pescado a la plancha, 2 tazas de verduras cocidas, 2 tortillas. Agua de frutas. CENA: Aguacate relleno. 1 aguacate, ½ tomate, ½ pimiento morrón, 2 rodajas de cebolla, 1 zanahoria rallada, 1 huevo cocido. 1 tortilla. Té de tila.
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora)	Se recomienda mejorar la comunicación con su familia, eliminar factores estresantes o que causen ansiedad.

del entorno familiar, laboral y social)	
RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Trabajos del hogar). No está permitido realizar esfuerzos o inclinaciones con esfuerzo. Caminata libre 30 min
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	NO 1.- Escitalopram 10mg Tomar 1 diaria por la tarde 2.- Sertralina 50 mg Tomar una por las noches 2.- Lansoprazol 30mg. Tomar 1 diaria por la mañana. 3.- Indarzona (indometacina, dexametazona) Tomar 1 tableta
ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)	Acercarse a la iglesia, acudir a misa los domingos, reforzar los lazos familiares

IX. CONCLUSIONES.

El Proceso Cuidado Enfermero muestra un panorama más centrado en la paciente, donde se aplicaron intervenciones para Retención Urinaria, realizando la valoración inicial por patrones de Maryorie Gordon se pudo evaluar cuáles de ellos estaban alterados y en los cuales necesitaba mayor cuidado. Este trabajo se desarrolló en el modelo de Dorothea Orem que presenta el autocuidado como estrategia de Enfermería para llevar a cabo la mejora de la paciente, aplicando también con el metaparadigma persona, salud, enfermería y entorno, con ello se obtuvieron resultados positivos en los objetivos planeados.

Con las intervenciones realizadas y sustentadas en el PCE, la paciente mejoró su estado de salud a partir de que atendió los cuidados relacionados con su patología

Con éxito, pero sobre todo con empatía se realizó cada intervención con la finalidad de que todo lo aplicado trajera consigo beneficios y satisfacciones para la paciente. Así mismo se creó un plan de alta implicando a la familia como rol de cuidador para que la paciente siga con su Autocuidado en casa.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benavent, M.A. Ferrer, E. Contreras, F. (2000) Fundamentos de enfermería. Intervenciones de Enfermería. Madrid: DAE Grupo Paradigmas.
2. Cabal, E. & Guarnizo, T. (2011). Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería Sitio. 15 julio <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/download/1436/1042>.
3. Colliere, M. F. (2009). Promover la vida. Duelo y Depresion. México: Mcgraw-Hill Interamericana Editores.
4. Fernández del Busto, E. & Martínez de Iturbide, A. J. (2000) Manual de enfermería urológica. Secretariado de Publicaciones e Intercambio. Madrid. Editorial. Universidad de Valladolid.
5. Granese, J. Valaulikar, G. Khan, M. (2002) Hardy H 3rd. Ruptured umbilical hernia. tratamiento de Hernia Umbilical. México: Porrúa.
6. García M. Caro C. (2001) Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt.
7. Gordon, M., Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10 edición. Elsevier Mosby. Citado 24 julio 2021. Sitio Web: <http://books.google.com.co/books>
8. Houhala, A. (2001). Efecto de la retención urinaria sobre la función renal. citado 25 julio 2021. Sitio web: <http://granum.uta.fi>.
9. IMSS. (2008). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Reparación de la Hernia Umbilical, México; Instituto Mexicano del Seguro Social. Citado 30 julio 2021. <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
10. IMSS. (2009). Guía de Práctica Clínica Detección, Diagnóstico

y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer, México; Instituto Mexicano del Seguro Social. Citado: 20 julio 2021.

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

11. IMSS. (2009) Guía de Práctica Clínica Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer, México; Instituto Mexicano del Seguro Social. Citado: 20 julio 2021.

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

12. Lewis, I. (2016). Hernioplastias Umbilicales. Revisita Hispanoamericana de Hernias. Madrid. Editorial Baillière.

13. Lyer, P., Taptich, B., (1997). Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Argentina. Editorial: Mc Graw -Hill.

14. Monillor, J. M. (1992). Conceptos actuales en anatomía y fisiología del tracto urinario. Madrid. Editorial: Universidad de Valladolid.

15. Marriner, T. A. Alligood M. R. (2002). Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Harcourt.

16. Nyman, M. Schwenk, N. Silverstein, D. (1997) Management of urinary retention: rapid versus gradual decompression and risk of complications. México. Editorial: Caligrama.

17. Naranjo, L. C. Ydalsy P. Rodríguez J. A. Larreynagall. M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. 14 julio 2021, de Universidad de Ciencias Médicas. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

18. Reina, G., Castañón, N., (2010) El proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. Bogotá, Colombia. Universidad Manuela Beltrán.

19. Parrilla, F. Aguilar, I. Cárdenas, D. Cárdenas, A. (2013).

Manejo urgente de la retención aguda de orina en Mujeres. Aten Primaria. Citado: 24 julio 2021. Sitio Web: en: <http://sCielo.org/10.1016/j.aprim.2013.03.001>

20. Prado, L. A, González M. Gómez N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Méd. Electrón. 18 julio 2021. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18364548018345728983562.
21. Polonia, A. & Esguerra, G. (2002). Hernia Umbilical en Adultos. Argentina. EditorialArtigo.
22. Rodríguez, C. (1995). Retención Urinaria no obstructiva en la mujer. Madrid: segundaEdición. Simón y Schuster
23. Railed, A. Marriner T. A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. 6ª edición. Madrid: Elsevier Science.
24. Rouvière, H. (2000) Anatomía Humana del Aparato Reproductor. tomo II. Madrid. Editorial Baillière.
25. Salcedo, R.A, González B.C, Jiménez A. Nava V. Cortés D.A, Retana M.B. (2012). Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Enferm. Univ. Citado 14 Jul 2021. <https://www.scielo.br/jk/tce/a/gJtrHGjGtJfjHDHdygRkSvV/?lang=es&format=pdf>.
26. Shenot, P. (2000). Retención Urinaria. Madrid. Editorial Baillière.
27. Tomas, A. (1993). Modelo de Orem. Barcelona: Universidad de Valladolid.
28. Vidal, T. A. (1996). Planes de cuidados de enfermería, modelos de referencia, métodos e instrumentos. México. Editorial Olalla.
29. Vargas, L. Callen, A. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. 2021, de revistacubana de enfermería

Sitio. 21 julio 2021

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007

30. Watson, J. (2016). Clarificando la disciplina de la enfermería como fundamental para el desarrollo de la enfermería profesional. 15 julio 2021, de scielo Sitio web: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gsdWKvGVzYJVjVYkPjv8Lkq/?lang=es&format=pdf>.
31. Verdejo C, Rexach L. Retención urinaria. En: Salinas J, Verdejo C, editores. Patología funcional del tracto urinario inferior en el anciano. Madrid: Santher SL.; 1996. p. 65-70
32. Lunney M. Diagnósticos enfermeros e investigación. 2009, editor. NANDA International Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación Barcelona: Elsevier.
33. Vílchez V, Sanhuesa O. Enfermería. Una disciplina social. Enfermería en Costa Rica. 2011, Costa Rica. Editorial: Universidad metropolitana.

XI.GLOSARIO.

1. **Acetilcolina:** Sustancia química elaborada por algunos tipos de neuronas. Sirve para enviar mensajes a otras células, incluso otras células nerviosas, células musculares y células glandulares. La acetilcolina ayuda a controlar la memoria y la acción de ciertos músculos. Es un tipo de neurotransmisor.
2. **Atropina:** La atropina es un medicamento que actúa reduciendo los espasmos producidos en distintas partes del cuerpo. Un espasmo es una contracción violenta, mantenida y dolorosa.
3. **Bilirrubina:** La bilirrubina es una sustancia amarillenta que se forma durante el proceso normal de descomposición de los glóbulos rojos por el cuerpo.
4. **Bacterias:** son microorganismos procariotas que presentan un tamaño de unos pocos micrómetros (por lo general entre 0,5 y 5 μm de longitud) y diversas formas, incluyendo esferas (cocos), barras (bacilos), filamentos curvados (vibrios) y helicoidales (espirilos y espiroquetas).
5. **Catéter:** Tubo, generalmente largo, delgado y flexible, de diferentes materiales (goma, plástico, metal, etc.), que se usa en medicina y cirugía con finalidad terapéutica o diagnóstica; se introduce en un conducto, vaso sanguíneo, órgano o cavidad para explorarlo, ensancharlo, desobstruirlo, evacuarlo o inyectarle un líquido.
6. **Colinérgico:** Hace referencia a las neuronas que son activadas por la acetilcolina o segregan acetilcolina y a los neurotransmisores o drogas que estimulan la acción de los nervios parasimpáticos postganglionares.
7. **Detrusor:** es la capa de músculo liso que forma parte de la pared de la vejiga urinaria. Su contracción provoca la micción,

es decir la expulsión de la orina al exteriora través de la uretra.

8. **Ecografía:** Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.
9. **Extraembrionario:** Que está o se produce fuera del embrión.
10. **Esfínter:** Músculo en forma de anillo que cierra y abre la abertura de determinados conductos naturales del cuerpo; especialmente, el de la uretra.

61

11. **Escala de EVA:** La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores.
12. **Edema:** es la hinchazón causada por la acumulación anormal de líquidos en el cuerpo. El líquido se acumula bajo la piel, dentro de los tejidos que están fuera del sistema circulatorio.
13. **Ejercicios De Kegel:** Fortalecen los músculos del piso pélvico, que sostienen el útero, la vejiga, el intestino delgado y el recto.
14. **Fisioterapia:** es la ciencia que se dedica a prevenir, recuperar y rehabilitar pacientes de todas las edades por medio de tratamientos terapéuticos dirigidos a reestablecer la función en la mecánica corporal.
15. **Ganglios:** también conocidos con el nombre de glándulas linfáticas, son glándulas pequeñas que se encuentran en todo el cuerpo y que forman parte del sistema linfático.
16. **Glándula:** Órgano que produce una o más sustancias, como las hormonas, los jugos digestivos, el sudor, las lágrimas, la saliva o la leche. Las glándulas endocrinas liberan las sustancias directamente en la corriente sanguínea. Las glándulas exocrinas liberan las sustancias en un conducto o

abertura al interior o el exterior del cuerpo.

17. **Hipotálamo:** Área del cerebro que controla la temperatura del cuerpo, el hambre y la sed.
18. **Hernioplastia:** Es la cirugía para reparar una hernia en la pared abdominal de la ingle, una de las afecciones más frecuentes sufridas por las personas y que puede llegar a ocasionar un dolor severo y otras complicaciones.
19. **Herniorrafía:** también conocida como reparación de hernia inguinal, es una cirugía para reparar una hernia en la pared abdominal de la ingle. Una hernia es un tejido que protruye por un punto débil en la pared abdominal.
20. **Intestino:** Porción tubular del aparato digestivo que se extiende desde el estómago hasta el ano y en la cual se completa la digestión de los alimentos y se verifica la absorción de los productos útiles resultantes; en los animales superiores se halla plegado en varias vueltas, dentro de la cavidad abdominal.

21. **Leucocitos:** Tipo de glóbulo sanguíneo (célula de la sangre) que se produce en la médula ósea y se encuentra en la sangre y el tejido linfático. Los leucocitos son parte del sistema inmunitario del cuerpo y ayudan a combatir infecciones y otras enfermedades.
22. **Músculo Estriado:** es un tipo de músculo compuesto por fibras largas rodeadas por una membrana celular: el sarcolema. Dichas fibras musculares son células alargadas, que contienen múltiples núcleos celulares, y en las que se observa, al verlas a través de un microscopio, estrías longitudinales y transversales, que mantienen el mismo grosor en toda su extensión, y más largas que las del músculo liso.
23. **Nervios Pélvicos:** se originan en las raíces nerviosas de la médula espinal a lo largo de las vértebras lumbares y sacras. Dan inervación a los órganos pélvicos: útero, ovarios y trompas de Falopio, vejiga urinaria, recto, vagina y vulva.
24. **Neuro receptores:** es una proteína receptora de membrana que es activada por un neurotransmisor . sustancias químicas en el exterior de la célula, como un neurotransmisor, pueden chocar contra la membrana celular, en la que hay receptores.
25. **Proteínas:** prótidos son macromoléculas formadas por cadenas lineales de aminoácidos. Las proteínas están formadas por aminoácidos y esta secuencia está determinada por la secuencia de nucleótidos de su gen correspondiente (llamados *genes estructurales*). La información genética determina qué proteínas tiene una célula, un tejido y un organismo.
26. **Suprapúbico:** significa que el catéter se inserta justo por encima del hueso pubiano. Podría necesitar un catéter porque tiene problemas para orinar debido a una afección médica o cirugía.

27. **Sutura:** Unión quirúrgica que se realiza con hilos, grapas u otros materiales para cerrar una herida o para unir tejidos u órganos.
28. **Saco Peritoneal:** es la membrana serosa que reviste el interior de la cavidad abdominal. Se estructura en dos capas: la capa exterior, llamada peritoneo parietal, está adherida a la pared de la cavidad abdominal, y la capa interna o peritoneo visceral envuelve el intestino delgado y otros órganos del abdomen.
29. **Sistema Nervioso:** Tiene múltiples funciones, entre ellas recibir y procesar toda la información que proviene tanto del interior del cuerpo como del entorno, con el fin de regular el funcionamiento de los demás órganos y sistemas.
30. **Uretra:** Conducto por el que se expulsa al exterior la orina contenida en la vejiga.

XI ANEXOS_[JR11].



Ejercicios de Kegel. (Anexo 1) PAG. 33

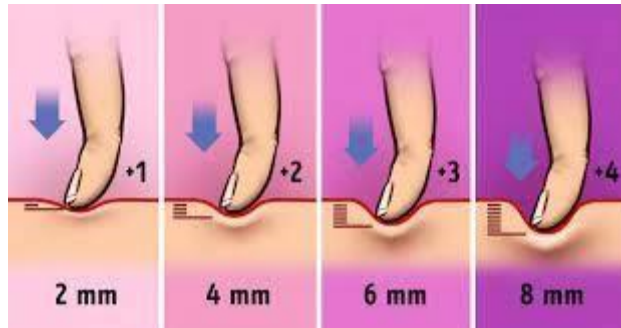


Método de valoración. (Anexo 2) PAG. 34

Escala de Bristol

Tipo 1		Pedazos duros separados. Como nueces (difícil excreción)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa (compuesta de fragmentos)
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Con forma de salchicha (o serpiente) pero lisa y suave
Tipo 5		Trozos pastosos con bordes bien definidos
Tipo 6		Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares
Tipo 7		Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

(Anexo 3) Escala de Bristol PAG.36



Escala de Retención de Líquidos. (Anexo 4)
PAG. 36



Escala de EVA. (Anexo 5) PAG. 38

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
FELOPED	7	20/25
DEFPOTEC	8	20/20
LEFODPCT	9	
PEPLTCEO	10	
PEEELPTPO	11	

Test de Snellen (Anexo 6) PAG. 38

