



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA MUJER ADULTA CON LA NECESIDAD ALTERADA
DE TERMORREGULACIÓN, SECUNDARIO A INFECCIÓN DEL
TRACTO URINARIO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
ROSA GERONIMO DEGAONA**

**ASESOR:
MTRO. GERMAN VEGA JUAREZ**



CIUDAD DE MEXICO, ABRIL DE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús
Incorporada a la UNAM, Clave 3295-12
Licenciatura en Enfermería y Obstetricia



AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
UNAM
PRESENTE

Me permito informar a usted que **el trabajo escrito, PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

APLICADO A UNA MUJER ADULTA CON LA NECESIDAD ALTERADA DE
TERMORREGULACIÓN, SECUNDARIO A INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO.

Elaborada por:

1. Geronimo Degaona Rosa 418517392
2. _____
3. Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Núm. de cuenta

Alumnos de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Reúne los requisitos académicos para su impresión.

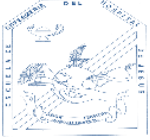
Ciudad de México, a 28 de agosto de 2023

Mtro. German Vega Juárez
Nombre y firma del
Asesor del trabajo escrito

Dra. Tomasa Juárez Caporal
Nombre y firma del
Director Técnico de la carrera



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL DE JESÚS
CLAVE 3295-12 UNAM
Sello de la
Institución



DEDICATORIA

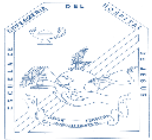
Mi trabajo lo dedico con mucho cariño y amor a Dios que me diste la oportunidad de darme la vida , acompañarme a lo largo de mi carrera por darme sabiduría, fortaleza para alcanzar mis objetivos y por regalarme a una familia maravillosa gracias a su apoyo pude concluir mi carrera , a mis padres y hermanos por su apoyo y confianza en todo lo necesario para cumplir mis sueños y metas, A mi padre por brindarme los recursos necesarios y estar conmigo apoyándome y aconsejándome siempre, a mi madre por hacer una mejor persona a través de sus consejos llenos de sabiduría, enseñanza y amor.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y apoyándome en mis decisiones y aconsejándome. Gracias a toda mi familia por apoyarme a cumplir mis sueños.



Índice

1.Introducción.....	1
2. Justificación	2
3. Objetivos	3
3.1 Objetivo General	3
3.2 Objetivos Específicos.	3
4. Marco teórico.....	4
4.1 Enfermería como profesión disciplinar	4
4.2 El cuidado como objeto de estudio de enfermería	5
4.3 Modelo conceptual de Virginia Henderson	6
4.4 Proceso Atención de Enfermería (P.A.E)	7
4.5 La persona	8
4.6 Descripción del padecimiento.....	8
5.Aplicación del proceso de atención de enfermería.....	10
5.1 Presentación del caso clínico.	10
5.2 Valoración de enfermería según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.....	12
5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería.....	18
5.4 plan de cuidados de enfermería	27
5.7 Plan de alta	39
Conclusión.....	41
Glosario de términos	42
Referencia Bibliográfica	44
Anexos	47



1. Introducción

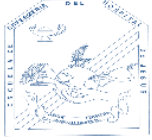
El presente trabajo es un proceso de atención de enfermería se le realizó a una paciente con infección del tracto urinario.

El objetivo de este trabajo es diseñar un proceso de atención de enfermería para una paciente con infección del trato urinario, identificando y priorizando las necesidades alteradas, brindando los cuidados enfermeros.

Se utilizó el modelo de Virginia Henderson el cual se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital.

Este trabajo abarca 5 apartados en la primera es la introducción aquí se aborda la estructura del trabajo, las herramientas que se usaron para llevarlo a cabo, segundo es la justificación se exponen las razones por la que se eligió este tema, el por qué y el para qué, el tercer apartado es el objetivo permite evaluar el éxito o el fracaso del proyecto, cuarto marco teórico aquí se habla de enfermería como profesión disciplinar, el cuidado como objetivo de estudio, modelo conceptual de Virginia Henderson, proceso de atención de enfermería y la descripción de padecimiento. Se trabajó con tres diagnósticos enfocado en las 14 necesidades de Virginia Henderson priorizando las necesidades del paciente que son: En primer lugar la termorregulación, seguido del dolor agudo y por último es deterioro de la eliminación.

Para obtener los diagnósticos y las intervenciones, nuestras herramientas fueron la guía NANDA, NIC Y NOC edición 2021-2023.



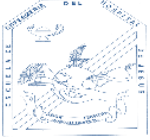
2. Justificación

La infección del tracto urinario (ITU) es un proceso inflamatorio determinado por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo, desde la uretra hasta el riñón, representa un problema de salud frecuente no siempre bien tratado. La ITU es una de las infecciones más frecuentes. La incidencia anual en mujeres adultas es de hasta un 15% y la mitad de las mujeres ha tenido por lo menos un episodio antes de los 32 años.¹

Las infecciones urinarias suponen una de las situaciones más molestas y recurrentes que afectan a gran parte de la población. Por eso, es importante tener en cuenta que un mal manejo o la costumbre de recurrir a la automedicación pueden llevar a que este problema se perpetúe, haciendo de ello una enfermedad crónica.¹

El siguiente proceso de atención de enfermería aplicado a una mujer adulta con la necesidad alterada de termorregulación, secundario a infección del tracto urinario constituye una herramienta para organizar el trabajo de enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o Etapas, permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, proporciona un método para la información de cuidados, desarrollar una autonomía y fomentar la consideración como profesional, posibilita una atención integral a los pacientes, no solo atendiendo las necesidades físicas sino también las emocionales, espirituales y sociales.

La prevención y el diagnóstico a tiempo pueden evitar el desarrollo de enfermedades graves que incluso pueden causar la muerte. Por eso es esencial conocer acerca de los avances de las diferentes enfermedades cuales son los signos y síntomas, cómo se puede estar expuesto a ciertas enfermedades y prevenirlas.



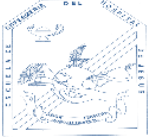
3. Objetivos

3.1 Objetivo General

- ✧ Diseñar un proceso de atención de enfermería para una paciente con infección del trato urinario, identificando y priorizando las necesidades alteradas, brindando los cuidados enfermeros.

3.2 Objetivos Específicos.

- ✧ Realizar valoración subjetiva y objetiva de acuerdo con las 14 necesidades de Virginia Henderson para identificar las necesidades reales y potencias del paciente.
- ✧ Priorizar los tres principales diagnósticos enfermeros.
- ✧ Planear las intervenciones con base en los diagnósticos identificados para la atención y prevención de nuevas IVU.
- ✧ Ejecutar y evaluar las intervenciones con la finalidad de brindar cuidados enfermeros.



4. Marco teórico

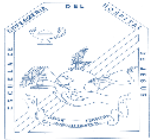
4.1 Enfermería como profesión disciplinar

En la conceptualización de enfermería es importante establecer las bases por las cuales se reconoce ésta como una disciplina profesional; por Ana Luisa Velandia (1) quien cita a Taylor, para la profesión se refiere a “todas aquellas ocupaciones que poseen una combinación particular de características tales como: la competencia, la autonomía, el compromiso y la responsabilidad”; y a Styles, quien plantea que la profesión implica “la generación de un conjunto de conocimientos avanzados y destrezas, un sistema de valores elaborado, que es transmitido mediante una formación académica y una socialización profesional amplia”.¹

En el caso de enfermería, se han planteado los elementos meta paradigmáticos o conceptos esenciales: enfermería, cuidado, salud, persona y entorno, como los ejes que permiten establecer lineamientos para comprender el ser, el saber y el que hacer y se acepta que la profesión solo puede avanzar si se asume como una disciplina que analiza, profundiza y crea conocimientos aplicables a un quehacer en forma permanente, reflexiva y crítica.¹

El saber de enfermería

Existen diferentes teóricas que hablan acerca del cuidado, por ejemplo Nightingale manifestó en sus escritos “Notes on nursing: What it is and what it is not” lo singular y trascendental de la preparación de las futuras cuidadoras; identificó que enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona; describió lo que enfermería tenía que hacer para poner al paciente en las mejores condiciones y permitir que la naturaleza actuara sobre él.¹ A diferencia de Leininger manifiesta que el cuidados es proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes, que dejan al paciente convencido de que ha recibido unos buenos cuidados.² Por otro lado Orem define la actividad enfermera como una capacidad de las personas formadas como enfermeras que les de poder para ser representadas como enfermeras, y dentro de un marco de



una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticamente de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.² La teoría de Virginia Henderson consideró que “la enfermería es una profesión independiente con funciones independientes.”²

El metaparadigma de Henderson define la persona como el receptor de atención de enfermería y puede incluir individuos, pacientes, grupos, familias y comunidades.³ Esta misma autora define salud como el grado de bienestar que experimenta el paciente.³ El Entorno Incluye todas las condiciones positivas o negativas, el entorno físico, como familias, amigos y personas significativas, es el lugar donde van para su atención médica.³

Se define cuidado como el conjunto de intervenciones surgidas de la interrelación con el sujeto de cuidado, basadas en el conocimiento científico, técnico y disciplinar, dirigidas a mantener o recuperar la salud, prevenir la enfermedad y sus complicaciones.⁴ Esta misma autora define enfermería como las acciones y las características de las enfermeras que proporciona atención individual o en conjunto con el paciente, es decir, demuestra un interés particular por reconocer la individualidad del sujeto de cuidado.⁴

4.2 El cuidado como objeto de estudio de enfermería

Se asocia la enfermería en atención y vigilancia del estado de un enfermo, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que debe dedicar a su paciente, las características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.⁵

Naturaleza de los cuidados de enfermería

La esencia del cuidado es la protección de una vida humana que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del que hacer en enfermería.⁵

El decálogo del código de ética es un conjunto de normas o reglas que deben seguir las personas en una institución para que el funcionamiento de esta sea correcto. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas. Proteger la integridad



de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.⁷

La relación de ayuda y los valores éticos en el cuidado de enfermería

Según Nightingale (1859), el personal de enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud del paciente y así la naturaleza pueda actuar sobre ella. Es por ello que el código de ética va de la mano con el personal de enfermería y el paciente.⁸

Uno de los valores éticos importantes en enfermería es la comunicación y el respeto como elementos que permiten el desempeño de la profesión.⁸

4.3 Modelo conceptual de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson se ubica en las necesidades humanas, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. Henderson establece 14 necesidades básicas son: Respirar normalmente, Comer y beber adecuadamente, Eliminar por todas las vías corporales, Moverse y mantener posturas adecuadas, Dormir y descansar, Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse, Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente, Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones, Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores, Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal, Participar en actividades recreativas, Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles que todo ser humano tiene, normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello, Cada una de ellas constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.



4.4 Proceso Atención de Enfermería (P.A.E)

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades. Permite a la persona participar en su propio cuidado, garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales, ofrece atención individualizada continua y de calidad, ayudando a identificar problemas únicos para cada persona.¹⁰ Este tiene una validez universal y utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales. Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional, Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara, Consta de cinco etapas cíclicas las cuales son:

En primer lugar la valoración, la cual es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, las fuentes de información primarias son: paciente, entrevista, observación, exploración física de enfermería (auscultación, inspección, palpación, percusión) En esta etapa determinamos el Grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, propuestas por V. Henderson.¹⁰

Como segunda etapa encontramos el diagnóstico es para determinar qué necesidad está afectada y formular un diagnóstico de enfermería. Estos pueden ser: reales, potenciales, de riesgo y de salud, para ello se utilizan las guías de NANDA , NIC Y NOC de enfermería.¹¹

En la tercera etapa encontramos la planeación: Sirve para la formulación de objetivos de independencia con base en las causas de dificultad detectadas. Posteriormente se eligen las intervenciones a aplicar de acuerdo con las necesidades identificadas, así mismo se determinan las actividades que implique a la persona en su propio cuidado.

Como cuarta etapa encontramos la ejecución de las intervenciones, aquí se pone en práctica el Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) para lograr los resultados específicos el cual consta de tres fases, preparación, ejecución y documentación.¹¹



La última etapa es la evaluación, en ella se determina sistemáticamente si las intervenciones permitieron obtener los resultados esperados.¹¹

4.5 La persona

El Metaparadigma su función es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos. Los componentes del metaparadigma son: persona, incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados, el entorno identifica las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona, la salud estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal, cuidado, es decir, las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras.¹²

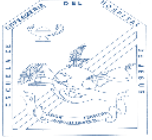
4.6 Descripción del padecimiento.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen una de las patologías infecciosas más frecuentes tanto en la comunidad como en el ámbito hospitalario. En una encuesta epidemiológica efectuada en el año 2018 a 6.545 mujeres españolas, el 37% había presentado al menos un episodio de infección urinaria (IU) baja y de ellas, el 32% había presentado más de dos episodios de IU. En los últimos años se han producido avances significativos en la patogenia de estas, cambios sustanciales en los patrones de sensibilidad de los principales patógenos urinarios.¹³

El pico de incidencia de ITU no complicada en mujeres se da en las edades de máxima actividad sexual, de los 18 a los 39 años. En un estudio en universitarias con su primer episodio de ITU, el 27% tuvo al menos una recurrencia confirmada por cultivo en los seis meses siguientes, y el 2,7% una segunda recurrencia en el mismo periodo.¹³ La causa de este tipo de infección de las vías urinarias normalmente es la *Escherichia coli* (*E. coli*).

Clasificación

Las infecciones del tracto urinario se clasifican en base a diferentes criterios: Según su localización anatómica, pueden afectar a la vía urinaria superior o inferior:



Vías urinarias altas o superiores que afectan a la pelvis y al parénquima renal (pielonefritis, inflamación del riñón y la pelvis renal), con o sin complicaciones locales (absceso renal, perirrenal) o generales (shock séptico). Incluyen la pielonefritis aguda, nefritis bacteriana aguda focal ó difusa, absceso intrarrenal, absceso perinéfrico. ¹⁴□

Vías urinarias bajas o inferiores que afectan a la uretra o la vejiga urinaria e incluyen la cistitis (inflamación de la vejiga urinaria), uretritis (inflamación de la uretra) y prostatitis (inflamación de la glándula de la próstata).¹⁵

Su epidemiología se divide en adquiridas en la comunidad o asociadas al cuidado de la salud (nosocomiales), se identifica su aparición pasadas las 48 horas de la hospitalización, en un paciente que no presentaba evidencia de la infección al momento del ingreso, generalmente asociado a sonda vesical.¹⁶

Según sus factores asociados y su gravedad se dividen en complicadas o no complicadas Infección del tracto urinario no complicada: Es aquella que se presenta en pacientes que tienen el tracto urinario anatómica y fisiológicamente sin alteraciones. Son las infecciones urinarias (IU) del tracto inferior que engloba la cistitis (en pacientes sin factores de riesgo y la vía urinaria funcionalmente normal (mujeres jóvenes) y la uretritis. Afecta a mujeres jóvenes en edad fértil, sanas, premenopáusicas, no embarazadas y que refieren clínica de cistitis de menos de una semana de evolución, sin comorbilidad, no defectos estructurales del tracto urinario o neurológico ni trastorno de la función renal. A su vez, se diferencian en IU bajas (cistitis) y IU altas (pielonefritis). ¹⁷

Infección del tracto urinario complicado: se presentan en tractos urinarios con alteraciones anatómicas o funcionales, personas con anomalías metabólicas, participación de patógenos inusuales o resistentes, inmunodepresión. Incluye todas las ITU superiores y además comprende la pielonefritis y muchas cistitis en los pacientes institucionalizados, así como en el varón. ¹⁸



5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 1 Ficha de identificación

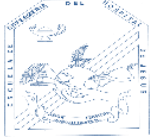
Ficha de identificación		
Nombre: IGC	Sexo: Mujer	Edad: 38 años
Nacionalidad: mexicana	Religión: católica	Estado civil: casada
Fecha de ingreso: 10 de agosto del 2022	Hora de ingreso: 16:30 hrs.	Diagnóstico: Infección del tracto urinario
Alergias: Ninguna	Domicilio: Estado de Puebla	

Nota: Se muestran los datos de identificación de la paciente IGC. Fuente: Elaboración propia

5.1 Presentación del caso clínico.

Paciente de nombre IGC de 38 años que acude a urgencias por presentar fiebre de 38°C desde hace 5 días y disuria desde hace 7 días aproximadamente. Refiere dolor abdominal de forma difusa. Conserva micción, No dolor lumbar, No hematuria, No tos ni disnea. No dolor torácico de característica isquémica ni otra sintomatología.

Ha tomado por su cuenta Ciprofloxacino 750 mg (desde hace 7 días), recetado anteriormente por Nefrólogo. Refiere náuseas y varios episodios de vómitos, sin saber precisar cuántos, tras la toma de antibiótico. Habitualmente refiere que toma Ciprofloxacino 750 mg por la mañana, 1/2 tableta por la noche todos los días, se le realizó un trasplante renal en 2014. Niega la posibilidad de embarazo. Refiere antecedentes con ingresos previos, por esta misma sintomatología. En seguimiento por Consulta Externa de Nefrología que le dieron indicaciones verbales y por escrito explicándole los signos y síntomas de alarma más frecuentes que serían motivo de volver a consultar en Urgencias.



Antecedentes personales.

Hipertensión arterial. Trasplante renal de donante cadáver en 2014 por hipoplasia riñón derecho, Ovario poliquístico. Sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha.

Antecedentes Familiares Patológicos (APP)

Madre finada a los 78 años por muerte natural

Padre finado a los 75 años por complicaciones de EPOC

Cuenta con 2 hermanos con HTA

Cuenta con dos hijos varones sin enfermedades conocidas

Medio

Originario y Residente del estado de Puebla, se dedica a labores domésticos.

Actualmente depende económicamente de sus hijos y esposo.

Realizo estudios básicos hasta la primaria la cual concluyo, por su economía no sigue con sus estudios.

Habita con sus hijos y esposo, en casa propia construida de tabique y cemento cuenta con loza y piso de cemento, cuenta con dos dormitorios, sala, cocina, comedor, 1 baños. cuenta con todos los servicios (agua, luz, drenaje, teléfono, Internet, servicio de recolección de basura)

Cuenta con 1perros y un gato los cuales habitan fuera de la casa.

Hábitos

Realiza 3 comidas al día en las que incluye alimentos de los 4 grupos (carne, cereales, frutas y verduras), los cuales son cocinados por ella misma, los cuales considera que son suficientes en cantidad como en calidad, pero en, estos últimos días ha disminuido la ingesta de alimento por las náuseas y vómitos.

Se baña cada tercer día, realizando cambio de ropa diario o cada tercer día, se lava los dientes una o dos veces por día y realiza lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

Refiere eliminación vesical 3-4 veces al día hasta hace 7 días actualmente con dificultad para la eliminación, eliminación intestinal una vez al día de características normales.



Exploración física

Paciente consciente y orientada. Bien hidratada y con buena perfusión. Ruido cardíaco normal, no se auscultan soplos ni estertores, Normo-ventilados en todos los campos pulmonares, Sin ruidos sobre añadidos, Abdomen blando y depresible, Doloroso a la palpación de forma difusa, y con más intensidad en Fosa iliaca izquierdo, sin apreciarse masas ni visceromegalias. Peristaltismo normal, No se auscultan soplos abdominales, Pulsos femorales bilaterales presentes y simétricos.

Peso: 67 Kg.

Talla: 165 cm.

IMC: 24.63 normal

Constantes vitales:

Tensión Arterial: 100/60 mmHg.

Frecuencia Cardíaca: 96 p.m.

Frecuencia Respiratoria: 24 r.p.m.

Temperatura: 38.5 °C.

Saturación de O2: 89%.

5.2 Valoración de enfermería según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

Tabla 2 valoración con el modelo de virginia Henderson

VALORACION CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON			
NOMBRE: IGC	FECHA 10 DE AGOSTO DEL 2022	HORA 16: 30	
Diagnostico medico: Infección del tracto urinario	Tipo de valoración: Marque con (X)	General	Focalizada



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



Necesidades	Datos objetivos	Datos subjetivos	GRADO DE AFECTACIÓN.			CAUSA.			Antecedentes
			D	I	PD	F	V	C	
OXIGENACIÓN	Tensión Arterial: 100/60 mmHg. Frecuencia Cardíaca: 96 p.m. Frecuencia Respiratoria: 24 r.p.m. Saturación de O2: 89%.	Dificultad para respirar Cianótica Le cuesta hablar Se escucha agitada	D	I	PD	F	V	C	
NUTRICIÓN HIDRATACIÓN	El Peso: 67 Kg. Talla: 165 cm. IMC: 24.63 normal Realiza 3 comidas al día en las que incluye alimentos de los 4 grupos (carne, cereales, frutas y verduras).	Solo toma dos vasos de agua al día, los alimentos no los consume en las cantidades adecuadas Refiere que en los últimos días ha disminuido la ingesta de alimento por las náuseas y vómitos.	D	I	PD	F	V	C	
ELIMINACIÓN	Eliminación vesical 3 veces	N/A	D	I	PD	F	V	C	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



	<p>al día amarillo intenso.</p> <p>Eliminación intestinal 2 veces al día.</p> <p>Temperatura: 38.5 °C.</p>								
<p>MOVERSE</p> <p>MANTENER UNA POSTURA</p>	<p>Independiente y autónoma tanto para la movilización como para el mantenimiento de la postura.</p>	<p>No necesita ayuda para caminar, ni para moverse. Sin ayuda ella realiza sus actividades sola.</p>	D	I	PD	F	V	C	
DESCANSO Y SUEÑO	<p>Dificultad para conciliar el sueño estos días por malestar general y dolor, solo duerme 4 horas. Pero se despierta y ya no puede conciliar el sueño. No hay medicación para dormir.</p>	N/A	D	I	PD	F	V	C	
VESTIRSE	<p>Ropa sucia. Se observa que no se cambia todos los días la</p>	N/A	D	I	PD	F	V	C	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



	ropa , uñas largas y sucias.								
TERMORREGULACIÓN	Temperatura de 38.5° Experimenta sensación de frio. Facia de dolor en 9 Sudoracion	N/A	D	I	PD	F	V	C	
HIGIENE PROTECCIÓN DE LA PIEL.	Y Se observa que utiliza ropa apretada, uñas sucias Esta deshidratada, piel seca. No se lava constantemente las manos.	N/A	D	I	PD	F	V	C	
EVITAR PELIGROS	No cuenta con cartilla de vacunaciones , ni chequeo medico y con ninguna exploración .	N/A	D	I	PD	F	V	C	
COMUNICACIÓN	Lenguaje estropeado por el dolor.no se le entiende claro en lo que dice	N/A	D	I	PD	F	V	C	
VALORES CREENCIAS	Y Es católica Cree en dios	N/A	D	I	PD	F	V	C	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



TRABAJAR REALIZARSE	Y Es ama de casa	N/A	D	I	PD	F	V	C	
PARTICIPA ACTIVIDADES RECREATIVAS	EN No realiza ejercicio Solo camina los fines de semana cuando visita a sus familiares.	N/A	D	I	PD	F	V	C	
APRENDIZAJE	Memoria de corto plazo. Escala de glasgow 11 puntos Se observa que cuando se le proporciona información se le olvida rápido las cosas	N/A	D	I	PD	F	V	C	

Nota: Se muestran los datos de valoración de la paciente IGC. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3 esquema razonamiento diagnostico

ESQUEMA RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO				
Datos relevantes	Agrupación de datos	Deducción	Diagnostico enfermería	Problema interdependiente
Termorregulación	Temperatura de 38.5°C		Termorregulación	M/p deshidratación , ropa inadecuada, estado de salud deteriorado. R/c piel enrojecida, aumento de la temperatura
Dolor agudo	Facia de dolor de 9		Dolor agudo	m/p uso inadecuado de agentes químicos. R/c Comportamiento expresivo, desesperanza, expresion facial de dolor.
Deterioro de la eliminación	Eliminación 3 veces al día amarillo intenso		Deterioro de la eliminación	M/p infección del tracto urinario R/c disuria y polaquiuria.



Nota: Se muestran los 3 diagnósticos principales. Fuente: Elaboración propia

PRIORIZACION DE NECESIDADES						
NECESIDAD	PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION:				
		Se consideró la jerarquía de Maslow que clasifica las necesidades en 5 categorías	fisiológicas	Seguridad	Sociales	Estima
Termorregulación	Hipertermia	X				
Dolor agudo		X				
Deterioro de la eliminación	Orina muy poco	X				

Tabla 4 priorización de necesidades

Nota: Se muestran las necesidades y problemas. Fuente: Elaboración propia



5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería

Tabla 5 diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería

Dominio 11 seguridad/ protección Clase 6 termorregulación Código de diagnóstico 00007				Puntuación Diana					
	Resultado NOC	Indicadores	Escala Likert	9 de agosto	10 agosto	11 agosto	12 agosto	15 agosto	16 agosto
Etiqueta. <ul style="list-style-type: none"> • Hipertermia. Definición: Temperatura corporal central por encima del rango diurno normal debido a fallas en la termorregulación. Factores relacionados Deshidratación, ropa inadecuada, estado de salud deteriorado. ¹⁹	➤ Termorregulación	➤ Frecuencia respiratoria ➤ Frecuencia cardíaca. ➤ Deshidratación. ➤ Dolor muscular. ➤ Cefalea. ➤ Presencia de piel de gallina	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5.No comprometido 1. Grave	Mantener <u>4</u> Llevar <u>5</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



<p>Características definatorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Piel enrojecida ➤ Aumento de la temperatura por encima del límite normal ➤ Calor al tacto. 		<p>cuando hace frio.</p>	<p>2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>		<p><u>2</u></p>	<p><u>2</u></p>	<p><u>3</u></p>	<p><u>4</u></p>	<p><u>4</u></p>
<p>Nota: Se muestra como primer diagnóstico termorregulación. Fuente: Elaboración propia.</p>									



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



Tabla 6 intervenciones de enfermería

Intervenciones (NIC): Tratamiento de la fiebre	Intervenciones (NIC): Aplicación de calor y frío
<p>Actividades</p> <p>Monitorizar la temperatura corporal y color de piel.</p> <p>Monitorizar todos los signos vitales tan frecuente como sea posible.</p> <p>Comprobar los valores de recuento de leucocitos.</p> <p>Administración de medicamentos antipiréticos y para la causa de la fiebre.</p> <p>Realizar baño tibio de esponja, sí procede.</p> <p>Favorecer la ingesta de líquidos y sí procede intravenosos.</p> <p>Aplicar bolsa de hielo en ingle y axilas, sí procede, tomando las medidas preventivas de protección a la bolsa.</p> <p>Vigilar la presencia de signos y síntomas de convulsiones.</p> <p>Monitorizar la presencia de arritmias cardíacas.</p> <p>Control de ingresos y egresos de líquidos o pérdida de estos.</p> <p>Vigilar signos y/o síntomas de descenso o pérdida de la conciencia.¹⁹</p>	<p>Actividades</p> <p>Revisar prescripción médica.</p> <p>Explicar al paciente el procedimiento de aplicación de calor o frío como parte del tratamiento para disminuir la fiebre.</p> <p>Elegir el método más conveniente entre: bolsas de plástico herméticas con hielo derretido, paquetes de gel congelado, sobres de hielo químico, inmersión en hielo, paños o toallas frías, etc.</p> <p>Determinar el tiempo de aplicación en función de la respuesta humana del paciente.</p> <p>Explorar la respuesta humana en forma verbal, conductual o biológica. Evaluar constantemente el estado general, la seguridad del paciente y la comodidad de este durante el tratamiento.</p> <p>Comunicar al paciente que durante la aplicación del frío puede haber entumecimiento por algunos segundos.¹⁹</p>

Nota: Se muestran las actividades de enfermería. Fuente: Elaboración propia



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



Tabla 7 segundo diagnóstico de enfermería

Dominio 12: comodidad Clase 1: comodidad física Código de diagnóstico 00132	Resultado NOC	Indicador	Escala Liker	Puntuación Diana					
				9 de agosto	10 agosto	11 agosto	12 agosto	15 agosto	16 agosto
Etiqueta. Dolor agudo Definición experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, descrita en términos de dicho daño. ²⁰	Control del dolor	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconoce el comienzo del dolor. ❖ Utiliza los analgésicos de forma apropiada. ❖ Reconoce síntomas asociados al dolor. 	1. Nunca demostrado	Mantener <u>3</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
			2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Llevar <u>4</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
				Mantener	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>3</u>



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



Factores relacionados Uso inadecuado de agentes químicos Características definitorias: ✓ Comportamiento expresivo ✓ Desesperanza ✓ Expresión facial de dolor			1. Gravemente comprometido	<u>3</u>					
			2. Sustancialmente comprometido	Llevar <u>4</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
			3. Moderadamente comprometido						
			4. Levemente comprometido	Mantener <u>4</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>4</u>
			5. No comprometido	Llevar <u>5</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nota: Se muestra el diagnostico de dolor agudo. Fuente: Elaboración propia									



Tabla 8 manejo de dolor

Intervenciones (NIC): Manejo del dolor 1400	Intervenciones (NIC): Administración de analgésicos 2210
<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes• Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente• Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes• Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor• Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor - Considerar las influencias culturales sobre la respuesta	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente◆ Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito◆ Comprobar el historial de alergias a medicamentos◆ Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente.◆ Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno◆ Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroideos) según el tipo y la severidad del dolor◆ Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo



<p>al dolor</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles)• Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.²¹	<ul style="list-style-type: none">◆ Elegir la vía i.v., en vez de i.m., para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible◆ Descartar narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución◆ Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, a la primera dosis o si se observan signos inusuales◆ Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.²²
<p>Nota: Se muestran las actividades de enfermería. Fuente: Elaboración propia</p>	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



Tabla 9 eliminación e intercambio

Dominio 3 Eliminación e intercambio Clase 1 función urinaria 00016				Puntuación Diana					
	Resultado NOC	Indicador	Escala Liker	9 de agosto	10 agosto	11 agosto	12 agosto	15 agosto	16 agosto
Etiqueta. Deterioro de la eliminación urinaria Definición Disfunción de la eliminación urinaria. Factores relacionados Infección del tracto urinario Características definitorias: ❖ Disuria	Eliminación urinaria.	✓ Cantidad de la orina ✓ Olor de la orina ✓ Color de la orina ✓ Dolor al orinar ✓ Patrón de eliminación	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Mantener <u>4</u> Llevar <u>5</u>	1	1	2	3	4



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



❖ Polaquiuria									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nota: Se muestran deterioro de la eliminación urinaria. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10 manejo de la eliminación urinaria

Intervenciones (NIC): Manejo de la eliminación urinaria	Intervenciones (NIC): cuidado de la retención urinaria
<p>Actividades</p> <p>Control periódico de la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede.</p> <p>Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.</p> <p>Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de las micciones al primer signo y síntoma de infección.</p> <p>Enseñar a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, si procede.²³</p>	<p>Actividades</p> <p>Controlar periódicamente el uso de agentes no prescritos.</p> <p>Proporcionar intimidad para la eliminación.</p> <p>Realizar una evaluación urinaria exhaustiva centrándose en la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación urinaria y problemas urinarios anteriores).²³</p>
<p>Nota: Se muestran las actividades de eliminación urinaria. Fuente: Elaboración propia</p>	



5.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tabla 11 plan de cuidados de enfermería

DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO		
DOMINIO	11 Seguridad/ protección	RESULTADO	Termorregulación	ESCALA DE MEDICION
CLASE:	6 Termorregulación	:		
CÓDIGO:	00007	DOMINIO:	11 Salud fisiológica	1. Gravemente comprometido
		CLASE:	Regulación metabólica	2. Sustancialmente comprometido
		CODIGO:	0800	3. Moderadamente comprometido
				4. Levemente comprometido
				5. No comprometido
Etiqueta.				PUNTUACIÓN. DIANA
• Hipertermia.		CODIGO	INDICADOR	MANT. AUT.
Definición: Temperatura corporal central por encima del rango diurno normal debido a fallas en la termorregulación.		080013	Frecuencia respiratoria	4 5
		080017	Frecuencia cardíaca.	4 5
		080014	Deshidratación.	4 5
		080004	Dolor muscular.	4 5
		080003	Cefalea.	4 5
		080009	Presencia de piel de gallina cuando hace frio	4 5



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
INTERVENCIÓN: <u>Tratamiento de la fiebre</u> CODIGO; <u>3740</u> DOMINIO: <u>11</u> CLASE: <u>6</u>	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACION
1.-Monitorizar la temperatura corporal y color de piel.	Las diferentes formas de tratar la
2.-Monitorizar todos los signos vitales tan frecuente como sea posible.	fiebre son el uso administrativo de
3.-Administración de medicamentos antipiréticos y para la causa de la fiebre.	drogas analgésicas, antipiréticas y
4.-Realizar baño tibio de esponja, sí procede.	antiinflamatorias no esteroideas
5.-Favorecer la ingesta de líquidos y sí procede intravenosos.	(AINE), que inhiben la formación de
6.-Aplicar bolsa de hielo en ingle y axilas, sí procede, tomando las medidas preventivas de protección a la bolsa.	prostaglandinas y modulan la
7.-Vigilar la presencia de signos y síntomas de convulsiones.	respuesta inflamatoria descendiendo
8.-Control de ingresos y egresos de líquidos o pérdida de los mismos	la temperatura corporal. ²⁵

Nota: Se muestran las intervenciones de enfermería. Fuente: Elaboración propia



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



Tabla 12 intervenciones de enfermería

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA			
INTERVENCIÓN:	Aplicación de calor y frío	CODIGO 3900	DOMINIO: 11 CLASE: 6
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACION	
1.-Revisar prescripción médica.		Es importante saber que la aplicación de termoterapia	
2.-Explicar al paciente el procedimiento de aplicación de calor o frío como parte del tratamiento para disminuir la fiebre.		(calor) o crioterapia (frío) no constituyen por sí solos un	
3.-Determinar el tiempo de aplicación en función de la respuesta humana del paciente.		tratamiento, pero si son de gran ayuda como complemento terapéutico en algunas lesiones	
4.-Explorar la respuesta humana en forma verbal, conductual o biológica.		del aparato locomotor. Su gran aceptación reside principalmente en el hecho	
5.-Evaluar constantemente el estado general, la seguridad del paciente y la comodidad del mismo durante el tratamiento.		aplicar ellos mismos en casa, sin	
6.-Comunicar al paciente que durante la aplicación del frío puede haber entumecimiento por algunos segundos.		necesidad de acudir a un centro especializado. ²⁶	



EVALUACIÓN

En el primer diagnóstico de enfermería fue Termorregulación las intervenciones que se realizaron a la paciente son: Monitorizar a temperatura corporal y color de piel, Monitorizar todos los signos vitales, Comprobar los valores de recuento de leucocitos, Administración de medicamentos antipiréticos y para la causa de la fiebre, Realizar baño tibio de esponja, Revisar prescripción médica, Explicar al paciente el procedimiento de aplicación de calor o frío como parte del tratamiento para disminuir la fiebre, Vigilar la integridad de la piel e identificar cualquier alteración, la puntuación diana es mantenerlo a 4 levemente demostrado y llevarlo a 5 no comprometido, la paciente demostró una gran mejoría con los medicamentos que se le administraron y la hidratación que se le dio con el suelo que se le estuvo administrando.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO																															
DOMINIO 12: comodidad : CLASE: 1: comodidad física CÓDIGO: 00132 <hr/> <p>Etiqueta. Dolor agudo</p> <p>Definición experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.</p>	RESULTADO Control de dolor : DOMINIO: 12 comodidad CLASE: 1 comodidad física CODIGO: 1605 <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">CODIGO</th> <th style="width: 55%;">INDICADOR</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">PUNTUACIÓN. DIANA</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">MANT.</th> <th style="text-align: center;">AUT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">16051</td> <td>Reconoce el comienzo del dolor .</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16052</td> <td>Utiliza los analgésicos de forma apropiada.</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16053</td> <td>Reconoce síntomas asociados al dolor.</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA				MANT.	AUT.	16051	Reconoce el comienzo del dolor .	3	4	16052	Utiliza los analgésicos de forma apropiada.	3	4	16053	Reconoce síntomas asociados al dolor.	4	5									ESCALA DE MEDICION 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado		
CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA																														
		MANT.	AUT.																													
16051	Reconoce el comienzo del dolor .	3	4																													
16052	Utiliza los analgésicos de forma apropiada.	3	4																													
16053	Reconoce síntomas asociados al dolor.	4	5																													



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA							
INTERVENCIÓN:	Manejo del dolor	CODIGO;	1400	DOMINIO:	12	CLASE:	1
ACTIVIDADES:				FUNDAMENTACION:			
1.-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes				El control del dolor es el uso cuidadoso			
2.-Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente				de tratamientos para reducir el			
3.- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes				sufrimiento. Toda persona tiene derecho			
4.-Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor				a que se le alivie el dolor. El objetivo principal del control del			
5.-Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles)				dolor en los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida. ²⁷			
6.-Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor							



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA			
INTERVENCIÓN:	Administración de analgésicos	CODIGO 2210	DOMINIO: 12 CLASE: 1
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACION:	
1.-Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente		La Organización Mundial de la Salud	
2.- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito		(OMS) determinó que el alivio del dolor	
3.-Comprobar el historial de alergias a medicamentos		es un derecho fundamental y que incurre	
4.-Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente.		en una falta de ética grave aquel	
5.-Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno		profesional de la salud que impida a un	
6.-Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroideos) según el tipo y la severidad del dolor		ser humano el acceso a la posibilidad de alivio del mismo. ²⁷	



EVALUACIÓN

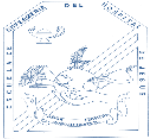
En el segundo diagnóstico es dolor agudo las actividades que se realizaron fueron:

Se realizó una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito

Comprobar el historial de alergias a medicamentos

Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, la puntuación diana que manejamos fue mantener en 3 a veces demostrado y llevarlo a 4 frecuentemente demostrado, observamos una mejoría en la paciente después de tres días de su tratamiento que se le indicó.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO																															
DOMINIO 3 Eliminación e intercambio : CLASE: 1 función urinaria CÓDIGO: 00016 <hr/> Etiqueta. Deterioro de la eliminación urinaria Definición Disfunción de la eliminación urinaria. <hr/>	RESULTADO Eliminación urinaria. : DOMINIO: 3 CLASE: 1 CODIGO: 0503 <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">CODIGO</th> <th style="width: 40%;">INDICADOR</th> <th colspan="2" style="width: 40%;">PUNTUACIÓN. DIANA</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th style="width: 20%;">MANT.</th> <th style="width: 20%;">AUT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>050303</td> <td>Cantidad de la orina</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>050302</td> <td>Olor de la orina</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>050301</td> <td>Patrón de eliminación</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>050304</td> <td>Color de la orina</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>050305</td> <td>Dolor al orinar</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA				MANT.	AUT.	050303	Cantidad de la orina	4	5	050302	Olor de la orina	4	5	050301	Patrón de eliminación	4	5	050304	Color de la orina	4	5	050305	Dolor al orinar	3	5	ESCALA DE MEDICION 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido <hr/>		
CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA																														
		MANT.	AUT.																													
050303	Cantidad de la orina	4	5																													
050302	Olor de la orina	4	5																													
050301	Patrón de eliminación	4	5																													
050304	Color de la orina	4	5																													
050305	Dolor al orinar	3	5																													



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
INTERVENCIÓN: Manejo de la eliminación urinaria CODIGO; 0590 DOMINIO: 3 CLASE: 1	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACION:
1.-Control periódico de la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede. 2.-Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. 3.-Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de las micciones al primer signo y síntoma de infección. 4.-Enseñar a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, si procede 5.-Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario.	La continencia urinaria es el resultado de la perfecta función y coordinación de la vejiga y la uretra durante la fase de llenado vesical, depende de la integridad de estas dos estructuras y de los centros nerviosos responsables de su actividad La micción y la continencia son el resultado de la magnitud la intravesical y la presión intrauretral. ²⁸
_____	_____
_____	_____



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA			
INTERVENCIÓN:	Cuidado de la retención urinaria	CODIGO 0620	DOMINIO 3 CLASE: 1
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACION:	
1.-Controlar periódicamente el uso de agentes no prescritos.		Tiene una gran importancia para la vida ya	
2.-Proporcionar intimidad para la eliminación.		que con ella mantenemos el equilibrio de	
3.-Realizar una evaluación urinaria exhaustiva centrándose en la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación urinaria y problemas urinarios anteriores).		líquidos y sustancias del medio interno, y al	
		eliminar las sustancias de deshecho	
		mantenemos un funcionamiento adecuado de	
		los diferentes órganos. ²⁸	



EVALUACIÓN

En el diagnóstico de deterioro de la eliminación urinaria las intervenciones de enfermería que se llevaron a cabo son: Control periódico de la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario, Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de las micciones al primer signo y síntoma de infección, la puntuación diana que manejamos fue mantener en 4 levemente comprometido y llevarlo a 5 no comprometido, observamos una mejoría en la paciente después de administrar medicamentos.



5.7 Plan de alta

COMUNICACIÓN
Tener una comunicación efectiva con el personal de enfermería para aclarar todas sus dudas.
URGENTE
Si presenta alguna alteración como fiebre, vomito, dolor lumbar, dolor pélvico, orinar con aspecto turbio y olor fuerte o reacción con los medicamentos debes de acudir al hospital más cercano.
INFORMACIÓN
Que debe seguir las recomendaciones del médico. Orinar con frecuencia, vaciando la vejiga por completo. Limpiarse de adelante hacia detrás después de ir al baño. Mantener una higiene íntima adecuada. Evitar la humedad en los genitales. Utilizar ropa interior de algodón y no llevar pantalones muy ajustados.
DIETA
Consumir alimentos que incluye el plato del bien comer y mencionar la importancia de ingerir 2 litros de agua al día, recordarle a la paciente que debe tener una alimentación balanceada, realizando cinco comidas al día, pero no debe comer en exceso.
AMBIENTE
Estar en un ambiente adecuado sin exponerse a ningún químico que pueda afectar su salud, cuidando la higiene porque esto puede afectar la herida de la paciente produciéndole infecciones.
RECREACIÓN Y USO DE TIEMPO LIBRE
Participar en actividades recreativas como en juegos, deportes, juegos de mesa para que este en convivencia e interactúe con las demás personas.



MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

Es muy importante que tome los medicamentos todos los días y a la misma hora.

Nunca debe modificar las dosis sin consultar con el médico tratante.

Use herramientas para ayudarse a organizar sus medicamentos etiquetas con días de la semana y horas.

Mantener sus medicamentos en un lugar fresco y seco, protegido de la luz del sol y del calor extremo.

ESPIRITUALIDAD

Participar en las actividades en los centros de salud informándose para que tenga conocimiento acerca de enfermedades y saber cómo enfrentarlo en un futuro.



Conclusión

Las infecciones del tracto urinario siguen siendo una de las formas más comunes de infección tanto en la comunidad como, en particular, en el ámbito de la atención médica. En este trabajo se logró alcanzar los objetivos con la paciente usamos las 5 etapas de valoración de enfermería desde que ella ingreso con nosotros, hasta cuando se le proporciono el plan de alta, también diseñamos un proceso de atención de enfermería acerca de su diagnóstico, utilizamos las 14 necesidades de Virginia Henderson, priorizamos sus principales diagnósticos, planeamos intervenciones y brindamos cuidados de enfermería. Es fundamental que todas las mujeres estén informadas de cuáles son los signos y síntomas que se presentan ante una infección urinaria con la finalidad de que reduzca la incidencia ante esta patología, haciendo hincapié en que se caracteriza por la urgencia de orinar, la incontinencia diurna, las maniobras de retención y un aumento o disminución de la frecuencia de la micción, que pueden presentar para que acudan a su unidad más cercana y tengan un tratamiento oportuno y así prevenir resistencias, este tratamiento debe tener un abordaje multidisciplinario es por ello, que el papel del personal de enfermería es necesario para la educación que se le debe proporcionar al paciente y así se puedan cubrir las necesidades que estableció Virginia Henderson y además, plantear y ejecutar el plan de cuidado durante la historia natural de la enfermedad.



Glosario de términos

Abdomen: Parte del cuerpo que contiene los órganos internos entre la pelvis y la cavidad torácica.²⁹

Análisis de orina: Análisis de una muestra de orina que puede revelar muchos problemas del sistema urinario y de otros sistemas del cuerpo. La muestra puede observarse para evaluar el color, la opacidad y las concentraciones; los signos de consumo de drogas; la composición química, que incluye el azúcar; y la presencia de proteínas, células sanguíneas, gérmenes u otros signos de enfermedad.²⁹

Uretritis: infección de la uretra, el tubo hueco que drena la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo.²⁹

Cistitis: una infección bacteriana en la vejiga que a menudo se ha movido hacia arriba desde la uretra.²⁹

Pielonefritis: infección de los riñones que suele ser el resultado de una infección que se ha extendido por el tracto urinario o de una obstrucción en el tracto urinario. Una obstrucción en el tracto urinario hace que la orina regrese a los uréteres y riñones.³⁰

Hematuria: Afección en la que hay presencia de sangre en la orina. La sangre visible en la orina se denomina hematuria macroscópica. La sangre que no puede verse a simple vista y solamente puede verse cuando se la examina con microscopio se denomina hematuria microscópica.³⁰

Infección: Invasión del cuerpo por parte de organismos que provocan enfermedades y la reacción de los tejidos del cuerpo ante su presencia.

Infección de las vías urinarias: Una enfermedad causada por bacterias nocivas que crecen en las vías urinarias.³¹

Inflamación: Calor, enrojecimiento, hinchazón y dolor que puede estar presente en partes del cuerpo o en todo el cuerpo; por lo general, la inflamación es un resultado de la infección o la irritación.³¹

Náuseas: Sensación que una persona experimenta cuando tiene malestar estomacal.³²



Nefropatía: Cualquier enfermedad del riñón.³²

Nefrólogo: Médico que se especializa en los trastornos del riñón.³²

Orina: Producto de desecho líquido que es filtrado de la sangre por los riñones, almacenado en la vejiga y expulsado del cuerpo a través de la uretra mediante el acto de vaciamiento o micción.³²

Orinar: Liberar orina de la vejiga hacia el exterior del cuerpo.³³

Presión arterial: Presión que ejerce la sangre en las paredes de los vasos sanguíneos. Esta se expresa en 2 números, por ejemplo, 120/80. El número sistólica (superior) es la presión cuando el corazón se contrae, y el número diastólica (inferior) es la presión cuando el corazón está en reposo.³³

Presión sistólica: El número primero y más alto en la medición de presión arterial de dos partes. Esta mide la presión más alta en las arterias cuando el corazón late (el músculo cardíaco se contrae).³³

Trasplante: Reemplazo de un órgano enfermo por uno sano. Un trasplante de riñón puede provenir de un donante vivo o de una persona que acaba de morir.³⁴

Trasplante de riñón: Cuando un riñón sano de una persona es colocado en otra persona cuyos riñones han dejado de funcionar. Un trasplante de riñón puede provenir de un donante vivo o de una persona que acaba de morir.³⁴

Vaciar: Orinar y vaciar la vejiga.²⁴

Vías urinarias: Sistema que toma los productos de desecho de la sangre y los saca del cuerpo en forma de orina. Las vías urinarias incluyen los riñones, la pelvis renal, los uréteres, la vejiga y la uretra.³⁴



Referencia Bibliográfica

1. Kuersten P, Do Prado M, et ál. El cuidado y la enfermería. Av. Enferm. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 2009; 27 (1): 102-109 [en línea]. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_11.pdf>.
2. Murrain Knudson E. Trascender en el cuidado, una oportunidad desde la aplicación de una teoría de cuidado cultural: algunas reflexiones. [en línea]. Disponible en: <http://www.mundoenfermero.com/producciones/trascender_en_el_cuidado_de_enfermeria.pdf>.
3. Pinto AN. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Av. Enferm. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 2002; 20 (1): 43-51 [en línea]. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx1_5.pdf>.
4. Castrillón MC. La dimensión social de la práctica de enfermería. Medellín: Universidad de Antioquía; 1997.
5. Noguera N. Proceso de atención de Enfermería, una herramienta para la garantía del cuidado. Actualizaciones en Enfermería. 2008 dic; 11 (4): 31-35.
6. Laín E. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat Editores S.A; 1986.p. 179-202.
7. Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C. Anteproyecto del Código de Ética de la Enfermería Profesional. México, D.F. 2017
8. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Antología. Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería. México: ENEO; 2015
9. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
10. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 2017.
11. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Springer; 2018.



12. José León, W., Mendoza, M. J. Aplicación del Modelo Teórico de Dorothea Orem en un caso de Insuficiencia Renal Crónica. Paraninfo Digital. 2011. Disponible en: <<<http://www.index-f.com/para/n11-12/188d.php>>>
13. Asensio CR, Vaqué J, Rosselló, Arribas JL. Grupo de trabajo EPINE. Etiología de las infecciones hospitalarias en España (EPINE 1990-1999), Med Clin. 2002;18:725-30.
14. American College of Nurse-Midwives. Infecciones de las vías urinarias. J Midwifery Womens Health. 2015: 231-232.
15. Sidahi M, Mañas MD, Bellido D, Sáenz A, Clemente I, Castro J. Infección del tracto urinario: una mirada al panorama nacional. Apuntes de Ciencia - Boletín Científico HGUCR. 201
16. Castelo L, Bou Arévalo G, Llinares P. Recomendaciones prácticas para el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria en el adulto (I). Galicia Clin. 2013; 115-125.
17. Calderón-Jaimes E, Casanova-Román G, Galindo-Fraga A, Gutiérrez-Escoto P, LandaJuárez S, Moreno-Espinosa S, et al. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones en vías urinarias: un enfoque multidisciplinario para casos no complicados. Bol Med Hosp Infant Mex. 2013 –
18. Torres JC, Marín A, Peña AI, Martínez E, Luque MI. Procedimientos y protocolos de enfermería en residencias geriátricas. Almería: Excma. Diputación Provincial de Almería; 2010.
19. Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier, pp.
20. Moorthead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier.
21. Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier, pp. 462-464
22. Moorthead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier.



- 23.Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier, pp. 531-532
- 24.Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier
- 25.Carabaño I, Llorente L. Fiebre y niños: puesta al día. Acta Pediátrica Española 2008;66(2):57-66.
- 26.Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia. Dispensación informada e indicación farmacéutica. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia; 2007.
- 27.R. Body, E. Kaide, S. Kendal, et al. Not all suffering is pain: sources of patients' suffering in the emergency department call for improvements in communication from practitioners. Emerg Med J., 32 (2015), pp. 15-20
- 28.Castelo L, Bou Arévalo G, Llinares P. Recomendaciones prácticas para el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria en el adulto (I). Galicia Clin. 2013; 115-125.
- 29.American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC, Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. An international consensus on science. Resuscitation 2000;46;1-447.
30. American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR).Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care – An international consensus on science. Circulation 2000;102(SuplI);1-384.
- 31.Andreoli TE. Cecil Medicina Interna. 5ª edición. Saunders. Elsevier España. 2003.
- 32.Barriales, V, Velasco L, et al. Incidencia real de fibrinólisis en el IAM en una UCI Comarcal. Rev. Clínica Española. 1990;186;98 - 98.
33. Bartlett RN. Manual Michigan de Medicina Intensiva. Masson SA. 1999:6-7.



34. Brunner LS, Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. Ed. McGrawHill-Interamericana. 2002.

Anexos

Anexo (1)



Anexo (2)

Síntomas

Pinchazos o dolor.

Presión en la parte baja de la panza.

Orina turbia o con mal olor.

Puede aparecer sangre en la orina, fiebre, náuseas, vómitos y escalofríos, indicando infección severa.

Mayor necesidad de orinar de noche.

Sensación o necesidad urgente de orinar.

Prevención Infecciones Urinarias

FUENTE: Min. de Salud de la Nación

Anexo (3)

Infecciones de tracto urinario

EL TRACTO URINARIO CONSISTE DE...

RIÑONES
URÉTERES
VEJIGA
URETRA

Estas infecciones suelen afectar...

VEJIGA	RIÑONES
<p>Son más comunes. Ocurren cuando las bacterias ingresan a la uretra y viajan arriba hacia la vejiga</p>	<p>Las infecciones de riñón ocurren cuando las bacterias viajan aún más alto a los riñones.</p>

PUEDE CAUSAR SINTOMAS COMO...

<p>Dolor al orinar</p>	<p>Sangre en la orina</p>	<p>Fiebre</p>	<p>Nausea</p>
<p>Urgencia para orinar</p>	<p>Dolor de espalda</p>		

¿CÓMO SE TRATAN?
Si sospecha de padecer esta enfermedad debe de consultarlo con su médico. La mayoría de las infecciones del tracto urinario se tratan con antibióticos. Estas píldoras actúan eliminando los gérmenes que causan la infección.

Anexo(4)

Anexo (5)

LA INCONTINENCIA URINARIA

Es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que es objetivamente demostrable y cuya cantidad o frecuencia constituye un problema higiénico, social y de salud. Puede variar desde una fuga ocasional hasta la incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina.



CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- **Incontinencia urinaria de urgencia:** contracciones involuntarias del detrusor durante la fase de llenado, y que pudiese ser espontánea o provocada, es acompañada o inmediatamente precedida por urgencia que es el deseo súbito e inminente de expulsar orina y difícil de dominar.

- **Incontinencia urinaria de esfuerzo:** se refiere a la pérdida involuntaria de orina seguido al aumento de la presión intraabdominal en ausencia de contracción del detrusor.



- **Incontinencia urinaria por rebosamiento:** se presenta un volumen residual excesivo resultante de la retención urinaria secundaria a causas neurogénicas u anatómicas.
- **Incontinencia "funcional":** se produce en pacientes cuyo aparato urinario no tiene problema alguno, pero que debido a trastornos físicos (movilidad reducida), cognitivos (demencia), arquitecturales (barreras arquitectónicas en pacientes con movilidad reducida) o al uso de determinados medicamentos no son capaces de llegar al baño.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Incapacidad para orinar.
- Dolor relacionado con el llenado de la vejiga o con la micción.
- Debilidad progresiva del chorro urinario con o sin sensación de completo vaciado de la vejiga.



- Aumento de la frecuencia al orinar sin que haya infección de la vejiga.
- Necesidad de alcanzar el baño rápidamente o derrame de orina si no alcanza el baño a tiempo.
- Cambio o anomalía al orinar relacionadas con el sistema nervioso.
- Infecciones frecuentes de la vejiga.
- Salida de orina (es el más importante).

LA ORINA

La orina es un líquido que está formado principalmente de agua y sales, su color amarillo es producido por una sustancia llamada bilirrubina, y cambia un poco de color, según lo que se tome, por ejemplo:

- Es más clara cuando la persona toma mucha agua.
- En la mañana es más oscura porque durante la noche.

COMPOSICIÓN DE LA ORINA

En las seres humanas, la orina normal suele ser un líquido transparente o amarillento. Se eliminan aproximadamente 1.4 litros de orina al día. La orina normal contiene un 95% de agua, un 2% de sales minerales y 3% de urea y ácido úrico, y aproximadamente 20 g de urea por litro. Cerca de la mitad de las sólidos son urea, el principal producto de degradación del metabolismo de las proteínas. El resto incluye nitrógeno, cloruro, esteroles, fósforo, amino, creatinina y ácido úrico.

Composición de la orina en mg/100 ml de fluido:	
• urea	: 20
• ácido úrico	: 005
• sales inorgánicas	: 1.50

El análisis de orina y el uso cultivo pueden ayudar al diagnóstico de varias enfermedades.

VALORES NORMALES

La orina normal puede variar de color, desde casi incolora hasta amarilla oscura (algunos alimentos, como la remolacha y la mora, pueden darle a la orina el color rojo). El pH de la orina también está influenciado por muchos factores (pH normal fluctúa entre 4.6 y 8.0, con un promedio de 6.0). Usualmente no hay glucosa, cetonas, ni proteína urinaria detectable. Generalmente no hay glóbulos rojos en la orina. La hemoglobina usualmente no se encuentra en la orina. La bilirrubina normalmente no se detecta en la orina y puede haber un rastro de urobilínógeno. Los nitratos y glóbulos blancos (leucocitos) normalmente no están presentes en la orina.

QUE ES LA UREA

La urea es elaborada en el hígado con los productos procedentes de las metabolismes proteicas y llevadas allí por la sangre.

QUE SON LAS DIALISIS

La función que realizan los riñones filtrando la sangre es fundamental para mantener la composición y el volumen de sangre y para eliminar las sustancias nocivas del organismo.

ENFERMEDADES

En ciertas afecciones la orina puede contener otras sustancias, por ejemplo en el caso de la diabetes que trae excesiva proporción de glucosa. Infecciones renales.

La infección de los riñones es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Cuando ésta sucede, los riñones se inflaman. Esta enfermedad hace que la orina sea poca o no haya orina.

INFECCIONES URINARIAS

Son las enfermedades más frecuentes. Son causadas por la presencia de bacterias en la vejiga y/o en la uretra. Se presentan sobre todo en las mujeres; generalmente los microbios que las provocan provienen de las heces o excremento. Éstos pueden llegar al sistema urinario cuando las mujeres, después de defecar, se limpian de atrás hacia adelante.

INSUFICIENCIA RENAL

Es la disminución en la capacidad de filtración que tienen los riñones. Esto obstaculiza la salida de las sustancias de desecho a través de la orina, lo que origina alteraciones importantes en todas las funciones del cuerpo.

CÁLCULO O PIEDRAS EN LOS RIÑONES

Algunos componentes minerales de la orina pueden acumularse y formar unas piedras llamadas cálculas renales. Algunas de ellas, aunque no sean grandes, pueden impedir o dificultar el paso de la orina y provocar dolores a las personas. A veces el cuerpo las expulsa gracias a la presión de la orina, pero si son muy grandes, hay que extraerlos mediante una operación.

PROSTATITIS

Es una enfermedad que sólo la padecen los hombres; es más común a partir de los 40 años. Es causada por el

Anexo (6)

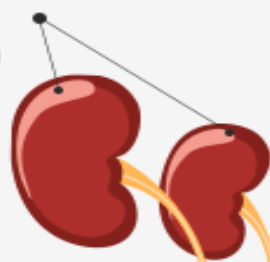
INFECCIONES Y SÍNTOMAS en el Sistema Urinario

Las molestias mencionadas previamente,
pueden identificar qué parte del tracto urinario
se encuentra infectado:

Parte del tracto urinario infectado

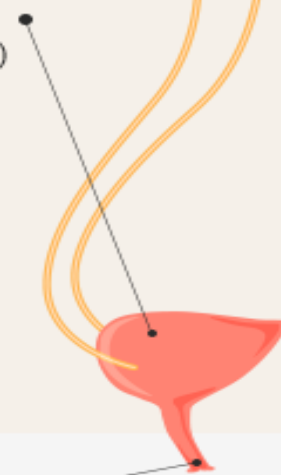
Molestias (Signos y síntomas)

Riñones (pielonefritis)



- Dolor en la espalda baja y localizada en un lado
- Fiebre
- Temblores y escalofríos
- Náuseas
- Vómitos

Vejiga (cistitis aguda)



- Necesidad de orinar más frecuentemente y en pequeñas cantidades
- Sensación de ardor al orinar
- Malestar en la zona abdominal baja
- Dolor frecuente al orinar
- Cambio de color o sangre en la orina

Uretra (uretritis)



- Ardor al orinar
- Secreción purulenta (pus) por la uretra



Anexo (7)



SÍNTOMAS DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Los síntomas que acompañan a una infección de orina son los que componen el síndrome miccional, como:

- Disuria
- Polaquiuria
- Aumento de la frecuencia
- Urgencia urinaria
- Incontinencia
- Orina turbia
- Dolor suprapúbico no relacionado con la micción



Las infecciones de orina también pueden ser asintomáticas





ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295-12

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE RESPIRAR:	Tras la exploración física, las constantes vitales son las siguientes: TA: 100/60 mmHg. Saturación de Oxígeno: 89%. FC: 96 lpm. FR: 24 rpm. Temp: 38,5°C.
NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN HIDRATACIÓN:	Realiza 3 comidas al día en las que incluye alimentos de los 4 grupos (carne, cereales, frutas y verduras), los cuales son cocinados por ella misma, los cuales considera que son suficientes en cantidad como en calidad, pero en, estos últimos días ha disminuido la ingesta de alimento por las náuseas y vómitos. Peso: 67 Kg, talla: 165 cm. Normo-hidratada. IMC: 24.63 normal.
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:	Eliminación vesical 3-4 veces al día hasta hace 7 días actualmente con dificultad para la eliminación, eliminación intestinal una vez al día de características normales.
NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSICIÓN ADECUADA:	Independiente y autónoma tanto para la movilización como para el mantenimiento de la postura.
NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO:	Dificultad para conciliar el sueño estos días por malestar general y dolor que aumenta por la noche. Reposo nocturno de 6-7 horas diarias. No hay medicación para dormir.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295-12

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE:	Utiliza ropa cómoda acorde a las actividades que realiza.
NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL:	Paciente febril (38.5°C) de varias horas de evolución.
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:	Independencia para la higiene. Buen aspecto e higiene corporal.
EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO:	Está preocupada por la no mejoría de su estado de salud.
NECESIDAD DE COMUNICARSE:	Consciente y orientada. No déficits en la audición y visión. Funciones sensitivas y cognitivas conservadas. Independiente para comunicarse con los demás. Expresa angustia ante su situación actual.
NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:	Es católica y cree en Dios.
NECESIDAD DE TRABAJAR Y SENTIRSE REALIZADO:	Es ama de casa y se dedica a su familia.
NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:	No suele realizar deporte. En ocasiones los fines de semana sale a caminar con su esposo y a visitar a sus hermanos.
NECESIDAD DE APRENDER:	Independiente. Muestra interés de lo que están viviendo.