



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**AREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA**

**T E S I S**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON LA INCORPORACIÓN DE LA  
TAXONOMÍA NANDA, NOC, NIC APLICADO A PACIENTE PEDIATRICO  
CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**ENFERMERA GENERAL**

**PRESENTA**

**MAURA OLIVIA HERNANDEZ SANDOVAL**

**ASESOR**

**LIC. ENF. GWENDOLYNE SAMPERIO PELCASTRE**

**PACHUCA DE SOTO, HGO.**

**FEBRERO 2015**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERIA



Núm. Of. 036/2015.

M. en C. JULIO CESAR LEINES MEDECIGO  
 DIRECTOR DE ADMINISTRACION ESCOLAR  
 P R E S E N T E.

Sirva este conducto para comunicar a usted que la C. P. ENF. Maura Olivia Hernández Sandoval, sustentara examen recepcional mediante **Tesis** con el Titulo "Proceso Atención de Enfermería con la Incorporación de la Taxonomía NANDA, NOC, NIC a Paciente Pediátrico con Infección de Vías Urinarias".

Asignándole el siguiente jurado:

PRESIDENTE: LIC. ENF. GWENDOLYNE SAMPERIO PELCASTRE  
 SECRETARIO: MTRA. TELMA FLORES CERÓN  
 VOCAL: MTRA. ANGELINA ÁLVAREZ CHÁVEZ  
 SUPLENTES: DRA. GLORIA SOLANO SOLANO  
 DR. JOSÉ ARIAS RICO

Sin más por el momento y con el orgullo de ser universitarios, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
 "AMOR, ORDEN Y PROGRESO"  
 San Agustín Tlaxiaca, Hgo. a 22 de enero del 2015

M.C.ESP. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL  
 DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.C.E. MA. DEL PILAR VARGAS ESCAMILLA  
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERIA

UNIVERSIDAD AUTONOMA  
 DEL ESTADO DE HIDALGO  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

TITULACIÓN

DÍA 27 MES 01 AÑO 2015

RECIBIO:

NOMBRE:

FIRMA:

EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE



Ex-hacienda La Concepción San Agustín Tlaxiaca, Hgo. Tel. 01 771 71 7-20-00 Ext. 510  
 Correo Electrónico: mapivare@yahoo.com

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente agradezco a Dios por permitirme la salud y la vida para poder continuar con esta hermosa carrera.

También agradezco a mi madre que desde niña hasta el día de hoy sigue apoyándome ya que más que una madre es una confidente y amiga.

Gracias a mi padre y mi hermano por impulsar mi carrera, por su apoyo y motivación.

Muy en especial a mi hermana por su apoyo económico y emocional.

Al padre de mis hijas por su tiempo y por existir en mi vida y a mis hijas porque son el motor de mi vida, Sara y Johana por qué ellas saben cuánto las amo y cuanto doy gracias a Dios por permitir que hayan llegado a mi vida.

## **DEDICATORIA**

Mi dedicación es primeramente a mis hijos Sara y Johana ya que les he restado tiempo y atención para poder llegar hasta este momento.

A mi hermana y que más que una hermana ha sido como una segunda madre, por que ha estado conmigo en todos los momentos de mi vida siempre apoyándome y diciéndome: ¡Vamos a poder, ya te voy a ayudar, porque ha dedicado su vida a mi cuidado y al de mis hijas que también son tuyas!

Porque este logro más que mío es de ambas, porque nunca poder pagarte todo lo que has hecho por mí y mis hijas.

**¡GRACIAS!**

INDICE:

- I. INTRODUCCIÓN
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (1 General y de 2 ó 3 Objetivos Específicos)
- IV. METODOLOGÍA
  - IV.I. Estrategia de investigación: estudio de caso.
  - IV.II. Selección del caso y fuentes de información.
- V. MARCO TEÓRICO
  - V.I. Anatomía Y FISIOLOGÍA (Máximo 3 cuartillas)
  - V.II. Fisiopatología (máximo 3 cuartillas)
  - V.III. Cuadro clínico
  - V.IV. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO CLÍNICO-MULTIDISCIPLINARIO
- VI. MARCO ETICO-LEGAL
  - VI.I. Leyes, normas y reglamentos (Relacionados con el caso clínico)
- VII. PRESENTACIÓN DEL CASO
  - VII.I. Descripción del caso

VII.II. Antecedentes generales del paciente

## VIII. APLICACIÓN DE PROCESO DE ENFERMERÍA

VIII.I. Valoración

VIII.II. Estructuración de diagnósticos de enfermería (dominio y clase)

II.I. Razonamiento Diagnóstico

II.II. Jerarquización de problemas

II.III. Problemas de Colaboración

VIII.III. Planeación de los cuidados.

III.I. Resultados Esperados

III.II. Indicadores

III.III. Puntuaciones Diana y Licker

VIII.IV. Ejecución

IV.I. Intervenciones de Enfermería (fundamentación de cada una de las intervenciones)

IV.II. Actividades de enfermería

IX. PLAN DE ALTA

X. CONCLUSIONES

XI. SUGERENCIAS

XII. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCIÓN

La infección de orina está provocada por la invasión de microorganismos en el tracto urinaria. Puede producirse por dos vías diferentes: por el extremo inferior de las vías urinarias (abertura en la punta del pene o de la uretra, según se trate de un hombre o de una mujer), que es el caso más frecuente; o bien a través del flujo sanguíneo, en cuyo caso la infección afecta directamente a los riñones. Las infecciones de las vías urinarias más habituales son las producidas por bacterias, aunque también pueden presentarse a causa de virus, hongos o parásitos. De muchas de ellas es responsable la bacteria llamada *Escherichia coli*, que normalmente vive en el intestino. Infección de orina o del tracto urinario son expresiones que engloban diferentes enfermedades infecciosas (producidas por un microorganismo germen) y que afectan a cualquier parte del sistema urinario (riñón, uréteres, vejiga urinaria o uretra).

## PERSONAS QUE LA PADECEN

Cualquier anomalía que provoque una obstrucción del flujo de orina (piedras en el riñón, estructuras anómalas...) puede inducir a una infección urinaria. Una próstata dilatada también puede frenar el flujo de orina por lo que incrementa el riesgo de infección. Las personas sometidas a exámenes mediante tubos o catéteres o que necesitan sondas pueden desarrollar más fácilmente infecciones procedentes de dichos instrumentos. Los mayores se ven afectados por este tipo de infecciones con mayor frecuencia, así como las que sufren una disminución del sistema nervioso, que les impide controlar la vejiga a voluntad. Por otra parte,

cualquier desorden que produzca una supresión en el sistema inmune incrementa el riesgo de sufrir una infección urinaria, ya que este sistema es el encargado de mantener a raya los microorganismos patógenos responsables de las infecciones. También se dan en bebés nacidos con alguna deformación del tracto urinario, que a menudo han de ser corregidos mediante cirugía.

## I. JUSTIFICACIÓN

La infección de vías urinarias se encuentra principalmente en niñas, porque la distancia que tienen que recorrer los microorganismos infecciosos para llegar a la vejiga es considerablemente más corta que en los varones, cuya uretra es mucho más larga.

Son varios factores que contribuyen a la frecuencia de las IVU en los niños, como malformaciones congénitas de las vías urinarias y trastornos que provocan estasis urinaria (ignorar la necesidad de orinar, vejiga neurogénica) En los lactantes varones afectados, la frecuencia es mayor entre los no circuncidados.

Los factores mecánicos que favorecen la IVU incluyen pañales o ropa interior estrecha, baños de burbujas y condiciones inflamatorias de la zona perineal externa, aunque estas infecciones no son raras en las niñas pequeñas, los casos frecuentes sugieren abuso sexual.

### **III: OBJETIVOS**

#### OBJETIVO GENERAL

Obtener el título mediante la presentación del proceso atención de enfermería basada en la taxonomía Nanda, nic, noc, en pacientes pediátricos con infección de vías urinarias.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar factores predisponentes en niños para la infección de vías urinarias.
2. Evitar posibles complicaciones en pacientes con infección de vías urinarias.
3. Proporcionar atención de calidad basada en conocimientos científicos para la pronta recuperación del paciente pediátrico.

## IV.METODOLOGÍA

### 1.1. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

- Diseño de estudio
- Tipo de estudio

### 1.2. SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes de información:

DIRECTA: 1. madre y paciente

2. Exploración

INDIRECTA: 1. Expediente clínico

2. Observacional

Selección del caso:

Se identificó a paciente pediátrico en edad preescolar con infección de vías urinarias recurrente.

## V. MARCO TEÓRICO

### INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

#### DEFINICIÓN

Presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario incluyendo uretra, vejiga, riñón o próstata. Se debe considerar la siguiente terminología:

- a) Bacteriuria: presencia de bacterias en la orina.
- b) Bacteriuria significativa: presencia espontánea de bacterias en la orina mayor de 100,000 unidades formadoras de colonias (ufc)/ml.
- c) Bacteriuria asintomática: bacteriuria significativa en un paciente sin síntomas urinarios.
- d) Síndrome uretral agudo: disuria, poliaquiuria y tenesmo sin bacteriuria significativa.

El tracto urinario normal es estéril excepto la uretra, generalmente colonizada por microorganismos que se encuentran también en recto y periné.

El mecanismo común inicial de la infección urinaria es la adhesión de las bacterias a moléculas específicas en la superficie celular del epitelio uretral seguida por la invasión de este. El huésped dispone de una serie de mecanismos como son el flujo de orina y moco, la actividad bacteriana vitelina, la liga secretora y antígenos del grupo sanguíneo en las secreciones, que interfieren con la adherencia bacteriana, evitando la infección.

## FUNDAMENTACIÓN

En el año 1956 Kass demuestra que la determinación del número de microorganismo presentes en la orina vesical, constituye un método que permite discernir la presencia o ausencia de multiplicación bacteriana en el tracto urinario.

El hallazgo de Kass limita la importancia que debe atribuirse al uro cultivo, a la presencia de pus en el examen microscópico de orina y a la determinación de la proteinuria. El diagnóstico de las infecciones activas del riñón y del árbol urinario debe sustentarse fundamentalmente en la presencia de “Bacteriuria verdadera”, entendiéndose por tal, la multiplicación de gérmenes patógenos en la orina vesical.

La orina vesical es normalmente estéril y la obtenida por micción nuestra, con relativa frecuencia, recuentos bacterianos inferiores a  $10^5$  por ml. De orina; estos gérmenes son microorganismos habituales de los dos tercios inferiores de la uretra, que han sido arrastrados durante la micción y constituyen lo que se conoce como “Bacteriuria de contaminación”.

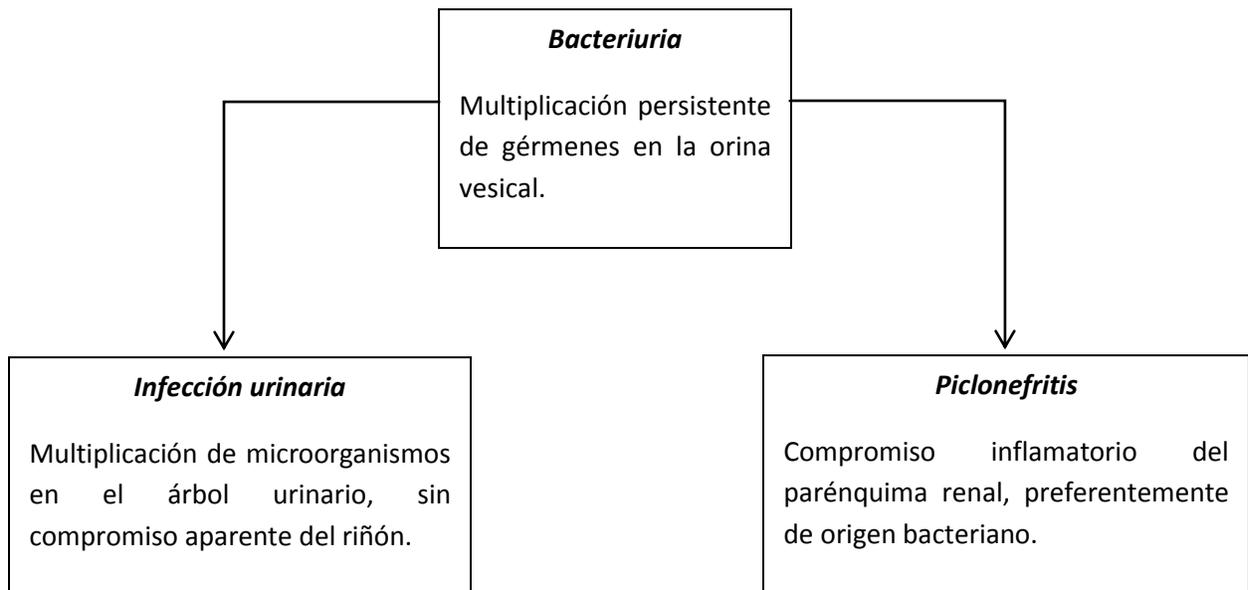
La “Bacteriuria verdadera”, por el contrario, se caracteriza por un número de microorganismo superior a 100,000 por ml. De orina e implica multiplicación bacteriana en el árbol urinario. Maiztegui ha demostrado en el adulto que los gérmenes que determinan bacteriuria verdadera poseen la mismas características serológicas que las presentes en el tubo digestivo de la misma persona.

La diferenciación entre bacteriuria verdadera y bacteriuria de contaminación se confirma, como lo ha demostrado Monzón, mediante el estudio bacteriológico de la

orina obtenida por aspiración directa desde la vejiga. En estos casos, ha sido posible constatar que el recuento bacteriano señala o ausencia de gérmenes o presencia de ellos en un número igual o superior a  $10^5$  por ml de orina.

Le definición del concepto de Bacteriuria nos lleva a visualizar el siguiente esquema, lo que nosotros entendemos por infección Urinaria y por Pielonefritis.

### **CONCEPTOS**



La infección urinaria implica multiplicación de microorganismo en el tracto urinario sin compromiso evidente del riñón. Hablamos de Pielonefritis cuando es posible constatar un proceso inflamatorio que compromete la pelvis o el parénquima renal y que reconoce preferentemente como agente casual, a determinados microorganismo patógenos.

La bacteriuria constituye el eje del dinamismo de la infección urinaria y su persistencia explica de manera racional, la lesión inflamatoria crónica del parénquima renal. Por lo tanto, los estudios epidemiológicos relacionados con

infección urinaria se basan substancialmente en la determinación de bacteriuria en grupos importantes de población.

Se ha comprobado una incidencia de bacteriuria verdadera en el 0.5% de los niños y en el 4% de las niñas en edad preescolar. Este estudio al igual que lo observado en otros grupos de población en Chile, ha evidenciado en nuestro país, porcentajes de bacteriuria significativamente superiores a los encontrados por otros autores, sin que hasta el momento podemos explicarnos esta diferencia.

Especial importancia encierran los trabajos de Kunin, quien demuestra que en el 0.03% de los niños y el 1.2% de las niñas en edad escolar en los Estados Unidos de América, presentan multiplicación de bacterias en el árbol urinario.

Este autor, introduce el concepto de "Prevalencia" de la infección, entendiéndose por tal el número de casos con bacteriuria persistente, presentes en una población determinada en un momento dado. Los nuevos casos que se presentan en el mismo grupo de población, constituyen la "Incidencia" de infección.

La prevalencia, por lo tanto, es la resultante dinámica de numerosos factores, entre los cuales podemos destacar los casos nuevos o incidencias y la desaparición de bacteriuria de manera espontánea o como respuesta terapéutica.

Es posible deducir de los trabajos de Kunin, que en número de casos muy superior al que nosotros detectamos en un momento determinado, ha padecido en el transcurso de su vida de bacteriuria verdadera; y que un grupo no despreciable de individuos, cuyo recuento bacteriano es negativo, pudo haber tenido o podrá tener dentro de un plazo variable, una infección del árbol urinario.

## NIÑOS

La frecuencia de infección urinaria en este grupo de edad es de alrededor de 40% y la E coli es el patógeno implicado en más del 90% de los casos. Es mucho más frecuente en niños durante los primeros tres meses y después de esta edad es predominante en las niñas. La no circuncisión predispone a la infección del trato urinario en niños y jóvenes.

La infección en niños preescolares se asocia a alteraciones congénitas. La infecciones rara vez son sintomáticas.

La mayoría de datos epidemiológicos y patogenia de la infección del tracto urinario en niños, procede de los estudios de Kunin en niños escolares de Virginia encontró que la bacteriemia es frecuente en niñas, es asintomática y con frecuencia recurrente en un tercio de ellas.

Se encuentra reflujo vesicoureteral en el 30-50% de niños con bacteriuria asintomática o sintomática. Las causas del reflujo pueden ser: obstrucción con aumento de la presión intravesical, alteración del desarrollo de la unión vesicoureteral, uréter intravesical corto y la inflamación de la unión vesicoureteral.

El reflujo en presencia de infección se asocia al desarrollo de cicatrices detectadas por pielografía intravenosa. También se ha detectado una mayor frecuencia de cicatrices renales en los pacientes con infecciones por E coli que no poseen

adhesinas para receptores Gal  $\alpha$  1-4 Gal  $\beta$  (5%), mientras que en aquellos que si las poseen la frecuencia es del 40%.

## **V.I ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA**

### **APARATO URINARIO**

Está formado por los órganos que elaboran la orina y que la eliminan del cuerpo: dos riñones, dos uréteres, vejiga y uretra.

La secreción de orina y la eliminación de la economía son funciones vitales, pues en conjunto constituyen uno de los mecanismos más importantes de la homeostasia.

### **RIÑONES**

Los riñones tienen forma de frijol mide aproximadamente 11.25 cm de longitud de 5 a 7.5 cm de ancho y 2.5 cm de espesor. El riñón izquierdo es un poco mayor que el derecho.

Los riñones se encuentran por detrás del peritoneo parental, situados a cada lado de la columna vertebral y se extienden desde la última vertebra torácica hasta la tercera vértebra lumbar.

El riñón derecho está un poco más abajo que el izquierdo.

### **ESTRUCTURA EXTERNA**

El borde interno del riñón presenta una concavidad llamada hilo, por la cual llegan a los riñones estructuras anatómicas. Cada riñón está rodeado de una capsula resistente de tejido fibroso blanco.

## **ESTRUCTURA INTERNA.**

Corte coronal del riñón, la corteza o parte externa y la medula o parte interna. La base o borde amplio de una pirámide mira hacia el exterior, hacia la corteza: su extremo estrecho o papila termina en una división de la pelvícula renal denominada cáliz.

## **ESTRUCTURA MICRISCOPICA**

La sustancia renal está constituida por nefronas y que suman aproximadamente 1250000 por riñón.

### **1.- Capsula de Bowman**

Boca de la nefrona a manera de taza, formado por dos capas de células epiteliales planas con un espacio entre ambas.

La capsula Bowman se encuentra invaginada una de las redículas de capilares más famosas del cuerpo, llamadas glomérulo.

## **TUBULO PROXIMAL**

Primera parte del túbulo, esto es más cerca o próxima a la capsula de Bowman, el túbulo son miles las micro vellosidades que constituyen el borde en cepillo de una célula.

## **ASA DE HENLE**

Parte del túbulo justamente más allá del túbulo proximal constituida por una rama descendente y otra rama ascendente.

- a) Rama descendente: Extensión recta del túbulo hasta la medula renal.
- b) Rama ascendente: Segmento grueso del asa de Henle.

### **TUBULO DISTAL**

Porción contornea del túbulo localizada en posición distal en relación de la capsula de Bowman.

### **TUBULO COLECTOR**

Túbulo recto a que se unen los túbulos distales de varias nefronas.

### **VASOS SANGUINEOS DE LOS RIÑONES**

Los riñones son órganos muy vascularizados cada minuto fluyen por ellos aproximadamente 1200 ml de sangre.

### **FUNCIONES**

La función de los riñones es excretar orina se trata de una actividad que preserva la vida porque la homeostasis depende de ella, los riñones son los órganos más importantes del cuerpo para conservar el equilibrio de líquidos, electrolitos y acido básico.

Algunos de los componentes de la sangre que no pueden conservar su concentración normal si hay insuficiencia de los riñones, sodio potasio, cloruro y desechos nitrogenados del metabolismo proteínico, de la índole de la urea. La insuficiencia renal significa insuficiencia de la homeostasis, y su no se alivia, muerte inevitable.

Además de excretar orina, influyen en la presión arterial.

## **MANERA EN QUE LOS RIÑONES FORMAN LA ORINA.**

Las dos partes principales de la nefronia, está en la capsula de Bowman con su glomerulo invaginado y los túbulos renales forman la orina por medio de tres procesos. Filtración, resorción y secreción.

### **FILTRACIÓN GLOMERULAR**

Es la primera etapa de la formación de la orina, la sangre fluye por los capilares glomerulares se filtran agua y solutos desde la sangre hacia las capsulas de Bowman.

Esta filtración se produce por la membrana glomérulo capsular, constituida por las siguientes capas.

Endotelio.- capa única de células y forman las paredes de los capilares glomerulares.

Membrana basal.- capa delgada de material no vivo altamente permisible que rodeo por completo el endotelio.

Epitelio.- capa única de células que forma la superficie interna de la capsula de Bowman.

El endotelio glomerular tiene mucho más poros que el endotelio tisular.

Desde el glomérulo la recibe una arteriola diferente cuyo diámetro es menor que el de la arteriola cuyo diámetro es menor que el de la arteriola diferente que lleva la sangre.

El líquido pasa de los glomérulos a la capsula de Bowman sale de los capilares hacia el líquido intersticial o que se desplazó de una zona a otra. En estado normal la presión hidrostática glomerular, la presión coloidosmótica sanguínea y la presión hidrostática capsular, esto es en la capsula de Bowman rigen el gradiente de presión (que suele llamarse presión efectiva de filtración entre el glomérulo y la capsula).

Presión hidrostática glomerular.- es la fuerza impulsora principal y la que guarda relación más íntima con la presión efectiva de filtración. Tiende a expulsar líquidos de los glomérulos. La presión hidrostática capsular y la presión coloidosmótica sanguínea actúan en dirección opuesta.

La presión hidrostática glomerular, puede disminuir después de hemorragia grave.

La nefropatía produce pérdida de proteínas sanguíneas, hacia la orina.

RESORCIÓN desde los túbulos contorneados proximales.

Es la segunda etapa de la formación de orina se produce por medio de mecanismos de transporte tanto pasivos como activos desde los túbulos renales.

Este mecanismo tiene una capacidad máxima para devolver moléculas de glucosa hacia la sangre.

En ocasiones esta capacidad se reduce y aparece glucosa en la orina.

## **RESORCIÓN DESDE EL ASA DE HENLE.**

Las asas de Henle se encuentran en la medula renal y son tubos largos estrechos en forma de U que funcionan como mecanismo a contracorriente.

Ese mecanismo es un dispositivo para producir y conservar una concentración elevada de solutos. En el líquido intersticial de la medula renal, lo hace mediante el transporte activo de cloruro de sodio hacia el líquido intersticial medular.

**RESORCIÓN DESDE LOS TUBULOS DISTAL Y COLECTOR.** Los túbulos proximales al igual que los distales resorben sodio pero en cantidades mucho menores los túbulos distales también resorben agua.

## **SECRECIÓN TUBULAR**

Significa movimiento de sustancias desde la sangre hasta el filtrado en los túbulos renales.

El volumen de orina no es regulado por cambios en la cantidad de agua que se filtra desde los glomérulos, si no por cambios en la cantidad que se resorbe en los túbulos distal y colector.

## **PRUEBAS CON QUE SE VALORA LA FUNCIÓN RENAL.**

La medición de creatinina sérica.

La elevación de la creatinina por encima 1.5 mg x 100 ml se considera una indicación confiable de disminución de función renal.

## **INFUENCIA DE LOS RIÑONES EN LA PRESIÓN ARTERIAL.**

La destrucción de gran parte del tejido renal total suele originar hipertensión.

Los riñones isquémicos elaboran una enzima proteolítica, la renina, que hidroliza una proteína sanguínea (globulina) la cual produce angiotensina que causa constricción arteriolar y aumenta la presión arterial.

## **URETEROS**

### **LOCALIZACIÓN Y ESTRUCTURA**

Los uréteres son dos túbulos que miden 25 a 30 cm de longitud, en su sitio más ancho, tienen menos de 1.25 cm de diámetro. Están situados por detrás del peritoneo parietal y se extienden desde los riñones hasta la superficie posterior de la vejiga.

### **FUNCIÓN**

Juntan la orina según se va formando y la conduce a la vejiga.

La orina es impulsada por los uréteres hacia la vejiga por virtud de ondas peristálticas, que ocurren con frecuencia de uno a cinco por minuto.

## V.II FISIOPATOLOGÍA

### VÍAS DE ASCENDENTES

Es la ruta más común. Se han realizado estudios utilizando la punción supra púbrica como vía de acceso para conseguir orina que no hubiera pasado por la uretra, que frecuentemente se halla colonizada, y se ha encontrado la presencia de microorganismos en la orina de personas sin criterios clínicos de infección.

El hecho de que la infección urinaria sea mucho más frecuente en mujeres que en hombres apoya la importancia de esta vía de infección. La uretra femenina es más corta y está en proximidad de las áreas vulvar y peri rectal, con lo que se facilita su contaminación por gérmenes procedentes de estos territorios. Así se ha comprobado que los microorganismos que causan infección urinaria en la mujer se encuentran colonizando previamente las zonas citadas.

La presencia de reflujo vésicoureteral facilita el ascenso de los gérmenes hacia la pelvis renal y pueden causar pielonefritis.

Estudios en modelos de experimentación animal han confirmado igualmente la importancia de la ruta ascendente en la infección urinaria. En éstos, se comprueba cómo, si se provoca una bacteriuria tras ligar uno de los uréteres, sólo el riñón no ligado desarrolla secundariamente una pielonefritis.

### VIA HEMATÓGENA

En pacientes con bacteriemia por estafilococo pueden producirse con relativa frecuencia abscesos renales. Es posible inducir pielonefritis experimental por la

inyección intravenosa de bacterias o incluso de *Candida*. Sin embargo, la producción de infección del tracto urinario tras la inyección intravenosa de los principales patógenos urinarios (bacilos gram negativos) es excepcional.

#### VIA LINFÁTICA

Aunque no existe evidencia de un papel significativo de esta vía en la patogénesis de la pielonefritis, en animales, se ha demostrado la existencia de conexiones linfáticas entre los uréteres y los riñones. También el hecho de que el aumento de la presión vesical pueda causar reflujo linfático hacia los riñones hace pensar que éste pueda jugar algún papel.

La incidencia de infecciones por *Enterococo* ha aumentado en los últimos años, y se considera en la actualidad el segundo patógeno nosocomial más frecuente. *Enterococcus Faecalis*, la especie más comúnmente aislada, se ha implicado como causa importante de infección del tracto urinario, bacteriemia, endocarditis e infección intraabdominal.

Por otro lado la instrumentación urológica y los ciclos repetidos de antibióticos favorecen la aparición de organismo multirresistentes y en algunos casos, hongos, especialmente *Candida*. También se han descrito *Staphylococcus coagulasa* negativos como una causa común de infección del tracto urinario.

Las infecciones cruzadas son también importantes en pacientes hospitalizados, especialmente en pacientes portadores de sonda vesical. Recientemente se ha reconocido el *Corynebacterium* grupo D2 como un importante patógeno nosocomial.

Otros microorganismos implicados son *Staphylococcus saprofiticus* en mujeres jóvenes sexualmente activas, *Staphylococcus coagulans* positivos, que pueden producir abscesos renales o perirrenales por vía hematológica, adenovirus que causan cistitis hemorrágica en niños *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma Urealyticum* y *Mycoplasma Hominis* (estos dos últimos posibles patógenos no demostrados). Los microorganismos anaerobios rara vez son patógenos del tracto urinario.

## PATOGENIA

Se ha postulado una teoría sobre la patogénesis de la infección del tracto urinario, que se desarrollaría en dos fases. En una primera, se produciría una colonización del tracto urinario bajo y vejiga gracias a las adhesinas “manosa-sensibles” que presentan la mayoría de las enterobacterias; en un segundo momento las fimbrias P “manosa resistentes” y las adhesinas X jugarían un papel fundamental para alcanzar la pelvis y el parénquima renal.

En un estudio de cistitis en niñas con infección del tracto urinario comparadas con un grupo de niñas sanas, tanto las bacterias que colonizaban el periné como las que causaban infección urinaria tenían clones que eran resistentes al suero, y expresaban hemolisina, aerobactin y fimbrias tipo 1. Sin embargo las *E coli* que colonizaban el periné no expresaban fimbrias P, mientras que la mayoría de las que producían infección sí que lo hacían. Estos hallazgos sugieren que aunque las fimbrias tipo 1 son importantes en la colonización de la vagina y el periné, las fimbrias P son más importantes, al menos en niños, en la etiología de la cistitis.

Otros autores observan que la expresión de fimbrias P es significativamente mayor en pacientes con pielonefritis (73% que en pacientes con cistitis (31%) mientras que la expresión de fimbrias tipo 1 es similar en ambos. El fenotipo de fimbrias tipo 1 es más frecuente en aislamientos fecales, que en aquellos de pielonefritis o cistitis.

Existe evidencia de que los microorganismos patógenos pueden alterar la expresión en su superficie de adhesinas para asegurar su supervivencia. Las fimbrias tipo 1 aumentan la susceptibilidad de la E coli a la fagocitosis por neutrófilos, por lo que deja de expresar estas adhesinas cuando alcanza el parénquima renal. Este fenómeno se llama “variación fásica”. La adherencia de las bacterias a catéteres también depende de las fimbrias tipo 1. Estas adhesinas MS también interaccionan con la manosa presente en los anticuerpos SIgA de la orina.

Estudios de otras especies de bacterias han demostrado también la importancia de la adherencia en la patogénesis de la infección urinaria: fimbrias del *Proteus mirabilis* y *Klebsiella* spp; *Staphylococcus saprophyticus* se adhiere mejor a las células uroepiteliales que *S. aureus* o *S. epidermidis* y es causa más frecuente de infecciones del tracto urinario bajo.

Otra característica de las bacterias pueden ser importantes en producción de infecciones del tracto urinario superior, como, por ejemplo, la motilidad que favorece el ascenso por el uréter de los gérmenes en contra del flujo de orina, as endotoxinas de los bacilos gram negativos que pueden disminuir la perístasis ureteral y la producción de ureasa por las especies de *Proteos*. La presencia de

antígenos K protege a las bacterias de la fagocitosis por leucocitos. La mayoría de las bacterias uro patógenas producen hemolisina, que facilita la invasión de los tejidos y causa lesión de las células del parénquima y del epitelio tubular renal. También se identifica con frecuencia en estos patógenos aerobactín, una proteína que capta hierro o siderófila.

Por otra parte hay estudios que demuestran que cuanto mayor es el número de microorganismos que alcanzan el parénquima renal, mayor es la posibilidad de infección. Además el riñón no es uniformemente susceptible a la infección, mientras que pocos organismos son necesarios para infectar la médula, más de 10,000 son precisos para infectar la corteza.

### **V.III CUADRO CLÍNICO**

El niño no come bien, se muestra irritable además se observa demora en su crecimiento orina fétida e incontinencia (en niños con control de esfínteres). La fiebre inexplicable lactantes suele ser resultado de una IVU, lo cual debe considerarse cuando no se encuentra alguna otra causa. Muchos adolescentes muestran los signos clásicos de dichas infecciones (frecuencia, urgencia o dolor al orinar, sangre en orina) después de su primera relación sexual. La fiebre alta, escalofríos, dolor en el flanco y abdomen pueden indicar infección de las vías urinarias superiores (pielonefritis).

## V.III MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO: Se basa en la visión microscópica del sedimento urinario por urocultivo de una muestra obtenida por micción espontánea, limpia 1) Urocultivo: el diagnóstico se establece por el número de bacterias necesarias para llenar los criterios bacteriuria significativa. Una concentración  $>1000,000$  bacterias (ufe)/ml de un solo tipo en un cultivo tiene una eficiencia predictiva del 80% en mujeres asintomáticas y de un 95% en hombres sin síntomas. Los valores menores de esta cifra casi siempre son debidos a contaminación. El aislamiento de más de 1,000 bacterias /ml en una muestra obtenida por aspiración supra púbica es significativa. La muestra en pacientes con sonda vesical debe obtenerse por punción directa del catéter con aguja estéril; de este modo una concentración  $>100,000$  es 95% predictiva de infección vesical real.

Examen general de Orina: la presencia de más de 20 leucocitos por campo de alto poder se correlaciona con una cuenta de colonias bacterianas de más de 100,00/ml en la mayoría de los casos. La presencia de bacterias y tinción de Gram en orina no centrifugada también se correlaciona con bacteriuria significativa. 3) biometría hemática: brinda poca ocasionalmente muestra leucocitosis, información, 4) RX; la urografía intravenosa es útil en la evaluación de infecciones que complican reflujo vesicoureteral crónico, cálculos y pielonefritis crónica. La presencia de gas en una PSA puede hacer sospechar absceso renal y el diagnóstico debe complementarse con pielografía IV o retrógrada y USG: a veces requerirá TAC.

TRATAMIENTO: Antibióticos: generalmente se seleccionan en base al uroanálisis y el conocimiento de la epidemiología y bacteriología de la infección. Lo apropiado de este tratamiento debe confirmarse por cultivo y sensibilidad en casos refractarios, recurrentes o atípicos. Infección no complicada del tracto inferior: amoxicilina, quinolonas (norfloxacina, ciprofloxacina u ofloxacina) por 7 días, nitrofurantoína o TMP/SMX. Infección urinaria recurrente y pielonefritis: deben ser tratadas durante 14 días. Los pacientes clínicamente estables pueden tratarse en forma ambulatoria con quinolonas, TMP/SMX o una cefalosporina de 3ª generación.

## **VI. MARCO ÉTICO – LEGAL**

### **VI.I LEYES, NORMAS Y REGLAMENTOS**

**GUERRERO**

**SECRETARIA DE SALUD**

**SUBSECRETARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES**

**DIRECCION DE EPIDEMIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA**

**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA**

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**

**Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica.**

**OBJETIVO:**

**OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN**

Esta Norma Oficial Mexicana establece los lineamientos y procedimientos de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, así como los criterios para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en padecimientos, eventos y situaciones de emergencia que afectan o ponen en riesgo la salud humana.

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional y su ejecución involucra a los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud

**UNIVERSO:**

El universo de trabajo de este programa es la población abierta del Estado de Guerrero, sin considerar ningún derecho habiencia. 3, 511,268 Habitantes. Considerando las localidades con mayor riesgos de eventos epidemiológicos.

**TIEMPO:**

Este programa se aplica en forma permanente desde el 01 de enero al 31 de diciembre de cada año operativo. (365 días del año, sin considerar días festivos ni fines de semanas)

**INFRAESTRUCTURA FÍSICA:**

Se cuenta con todas las unidades de Salud del Sector Salud que realizan la notificación de eventos epidemiológicos, pero que también cuentan a nivel Jurisdiccional equipo de cómputo para el procesamiento de la información, así también cuentan con un vehículo para acudir con oportunidad en la atención de brotes.

**Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de las infecciones  
nosocomiales**

**C.P.C. Elías Quezada**

**Diciembre - 2009.**

La infección nosocomial se define como la multiplicación de un patógeno en el paciente o en el trabajador de la salud que puede o no dar sintomatología, y que fue adquirido dentro del hospital o unidad médica.

El problema es de gran magnitud y trascendencia clínica y epidemiológica, por el incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura, o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico. Por ello, es indispensable establecer y operar sistemas integrales de vigilancia epidemiológica que permitan prevenir y controlar las infecciones de este tipo.

La Secretaría de Salud se preocupó por combatir este tipo de infecciones, por lo tanto el pasado 20 de noviembre, se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, que establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológico de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos prestados por los hospitales.

La Norma es de observancia obligatoria en todas las instituciones de atención que prestan servicios médicos y comprende a los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. No obstante, ésta no sustituye la notificación semanal de casos nuevos que se realiza en el formato autorizado por la propia Secretaría.

El sistema de información epidemiológica de las infecciones nosocomiales establecido por la Norma, y que deberán observar las instituciones de salud, comprende:

1. Notificación inmediata de brotes por IN.
2. Notificación inmediata de defunciones con IN en las áreas de atención neonatal.
3. Notificación mensual de casos y defunciones por IN.
4. Estudios epidemiológicos de brote.
5. Estudios epidemiológicos de padecimientos y situaciones especiales.

La vigilancia del cumplimiento de esta Norma Oficial Mexicana corresponde a la Secretaría de Salud, así como a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

La Norma entró en vigor el día 23 de noviembre de 2009.

**NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia  
epidemiológica, prevención y control de  
las enfermedades transmitidas por vector.**

**Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos  
Mexicanos.- Secretaría de  
Salud.**

MAURICIO HERNANDEZ AVILA, Subsecretario de Prevención y Promoción de la  
Salud y Presidente

del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de  
Enfermedades, con

fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública  
Federal; 4 de la Ley

Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XVII, 13, apartado A)  
fracción I, 133 fracción I, 134,

135 y 139 fracción VI de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III y  
XI, 41, 47 fracción IV y

51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 33 del Reglamento de  
la Ley Federal sobre

Metrología y Normalización; 8 fracción V, 10 fracciones VII, XII y XVI, y 45 fracción  
VII, del Reglamento

Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación,

de la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y

control de enfermedades transmitidas por vector.

### **CONSIDERANDO**

Que el 21 de julio de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial

Mexicana NOM-032-SSA2-2002, Para la vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmitidas

por vector.

Que existe nueva información basada en evidencia científica que hace necesario modificar y actualizar

la mayoría de los conceptos, métodos y estrategias en relación a las enfermedades transmitidas por

vector.

Que con fecha 24 de marzo de 2009, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 46 fracción I de la

Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el entonces Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica

y Control de Enfermedades, presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y

Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma.

Que con fecha 23 de junio de 2009, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 44 de la Ley

Federal Sobre Metrología y Normalización se aprobó el Proyecto de Modificación a la Norma Oficial

Mexicana NOM-032-SSA2-2002, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las

enfermedades transmitidas por vector; para quedar como Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-032-

SSA2-2009, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por

vector.

Que con fecha 4 de noviembre de 2009, en cumplimiento del acuerdo del Comité y lo previsto en

el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial

de la Federación el Proyecto de Norma, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales

posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo

Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Que con fecha previa, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a

los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley

Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité

Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente:

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-032-SSA2-2010, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,**

**PREVENCION Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR**

**PREFACIO**

En la elaboración de esta Norma participaron las unidades administrativas e instituciones siguientes:

SECRETARIA DE SALUD

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

SECRETARIA DE MARINA

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

SECRETARIA DE ECONOMIA

SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA, DESARROLLO RURAL,  
PESCA Y ALIMENTACION

SECRETARIA DE EDUCACION PÚBLICA

SECRETARIA DE TURISMO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

PETROLEOS MEXICANOS

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE TAMAULIPAS

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVO LEON

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE YUCATAN

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

## VII. PRESENTACIÓN DEL CASO

### VII.I DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 4 años de edad, con el diagnóstico de IVU por E. coli.

Inicia su padecimiento el día 32 de julio del 2014 con fiebre de 39-40°C, estratado con paracetamol y naproxeno.

Presenta:

Plaquiuria de 12 horas de evolución

Tenesmo vesical de 22 horas de Evolución

Nauseas sin llegar al vomito

FC 107 por minuto

FR 24 respiraciones por minuto

Temp. 38.3

T/A 64/4<sup>a</sup>

Se encuentra conciente activa, reactiva, cavidad oral hidratada, faringe sin hiperemica, torax con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, a la auscultación con adecuada entrada y salida de aire, los ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad, el abdomen se encuentra blando y depresible con peristaltis presente, extremidades integras.

Se aisla E. coli

Ego; color amarillo, ph 6, proteínas y glucosa negativos, esferas leucositarias 0-1 por campo

EGO – normal

## VII.II ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

Hernández Calderón Aiko Yanay

EXP. 275 935

Fecha de nacimiento: 30-12-2009

Preescolar

Edad 4 años 7 meses

Domicilio C. Orquídea No. 353, Mineral de la Reforma

Fuente de información: Erika Ivonne Calderón Sanchez (madre)

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuela materna Viva de 53 años, sana

Abuelo materno Vivo de 54 años, con HTA

Abuela paterna Viva de 45 años, sana

Abuelo paterno Vivo de 50 años, sano

Madre de 27 años sana- Ama de casa- Estudios de Licenciatura

Padre de 26 años sano- Empleado- Carrera técnica

Hermana de 1 año, sana

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Septiembre del 2013 presenta dos infecciones de vías urinarias (IVU), la primera vez se maneja con TMP/SMX y la segunda con ampicilina (clínica particular).

En octubre del 2013 nuevamente presenta IVU se maneja con macrodantina y cefuroxime.

En noviembre del 2013 nuevamente presenta IVU se maneja con macrodantina.

En diciembre del 2013 reincide, se administra amoxicilina/ácido clavulánico por 10 días V.O sin mejoría.

#### PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Lugar de nacimiento: Pachuca, Hgo.

Lugar de residencia: Mineral de la Reforma.

Habita en casa de concreto contando con los servicios de urbanización, refiere contar con agua potable y drenaje.

La madre refiere que está integrada a la dieta familiar y hábitos higiénicos adecuados.

Refiere esquema de vacunación completo, excepto por la vacuna de la influenza.

## VIII APLICACIÓN DE PROCESO DE ENFERMERÍA

### VIII.I VALORACIÓN

#### VIII.I.I VALORACIÓN GENERALIZADA

##### ANTECEDENTES NEONATALES

Producto de la primera gesta madre de 22 años, refiere embarazo normo evolutivo a excepción por IVU a los 5 meses de gestación, con manejo de ovulos. USG normales, adecuado control prenatal, refiere que nació producto único vivo, atendido en hospital y que peso al nacer 2,700 g. con una talla de 48 cm, apgar de 9 sin antecedentes de asfixia perinatal.

##### INTERROGARIO DE APARATOS Y SISTEMAS.

###### *DIGESTIVO.*

Niega diarrea o estreñimiento

Tolera adecuadamente La V.O.

###### *RESPIRATORIO.*

Niega rrinorrea

Niega tos

Niega dificultad para respirar

###### *CARDIOVASCULAR.*

Niega síncope

Niega palpitaciones

Niega dolor precordial

*URINARIA GENITAL.*

Polaquiuria de 12 horas de evolución

Niega pujo

Tenesmo vesical de 12 horas de evolución

Niega retención urinaria

*NERVIOSO.*

Niega eventos convulsivos

Niega cefalea

Niega movimientos anormales

Niega marcha atáxica

*MUSCULO ESQUELÉTICO Y ARTICULACIONES.*

Niega artralgias

Niega rigidez articular

*PIEL.*

Adecuada coloración tegumentaria

Niega prurito, sin dermatosis presente

*GANGLIONAR Y HEMATOPOYÉTICO.*

Sin epistaxis

Sin sangrado a ningún nivel

Sin viseromegalias, sin adenomegalias

*ENDOCRINO.*

Hipertemia

Niega hiper o hipoglicemia

## VIII.I.II VALORACIÓN FOCALIZADA

### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

#### GUIA DE VALORACIÓN PARA EL PACIENTE PEDIÁTRICO POR DOMINIOS Y CLASES

##### IDENTIFICACIÓN PERSONAL

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre HDZ. CALDERÓN AIKO Sexo hombre  mujer

Edad 4.7

Lugar de procedencia MINERAL DE LA REFORMA, HIDALGO

Etapa de vida lactante  preescolar  escolar  adolescente

Fecha de ingreso 24/07/14 Servicio URGENCIAS

Cama 36

Madre ERIKA IVONNE CALDERÓN SANCHEZ

Religión CATÓLICA Domicilio C.ORQUIDEA No. 353

Grupo y Rh del niño 0+ madre 0+ padre DESCONOCE

Servicio de salud donde lo atienden CENTRO DE SALUD

Antecedentes Perinatales

Control prenatal de la madre si  no

No. De Gesta 2 Parto 2 Cesárea 0 Edad Gestacional 9 M semanas SI lloro y respiro al nacer si no

Adaptación neonatal: inmediata SI Apgar al nacimiento 8-9-Silverman  
DESCONOCE

Nivel socioeconómico MEDIO

##### Enfermedad actual

Diagnostico de ingreso DOLOR ABDOMINAY Y FIEBRE

Razones para el ingreso INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

Tratamiento antes del ingreso PARACETAMOL Y NAPROXENO

Inicio de la enfermedad 23/07/14

Ha estado hospitalizado anteriormente por el mismo padecimiento SI

Diagnostico actual INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

Tratamiento actual NINGUNO

**DOMINIO 1 Promoción De La Salud**

● **Clases: Toma de conciencia y manejo de la salud**

Conocimiento sobre actividades para mantener su salud NO

Mantenimiento de los síntomas de enfermedad dentro de los límites esperados \_\_\_\_\_

Actividades que realiza para mantener su salud \_\_\_\_\_

Consume:

Alcohol  Cigarrillos  Drogas

Desde cuando \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia \_\_\_\_\_

Conocimiento del daño que ocasiona \_\_\_\_\_ baño **DIARIO** cambio de ropa **DIARIO** Hábitos higiénicos personales **BUENO** Uñas cortas si **X** no uñas limpias si **X** no

Inmunizaciones: BCG  Sabin  pentavalente  triple viral  DPT

Hep. B  Td  Rotavirus  Neumococica Conjugada  Influenza

SR  Otras \_\_\_\_\_

Prueba de tamiz **SI** Desparasitación **NUNCA**

Presencia de Pediculosis si  no . Presencia de parásitos si  no

Vivienda: Vive En Casa Propia  Rentada  prestada

Como es el entorno donde se encuentra **LIMPIO**

Convive con algún animal **SI, PERRO**

Alergias: Alimentos **NO** medicamentos **NO** otros **NO**

Actividad recreativa **NO** Actividad deportiva **NINGUNA**

**DOMINIO 2 Nutrición**

● **Clases: Ingestión, digestión, absorción, metabolismo e hidratación**

Alimentación al seno materno si  no

Formula láctea con técnica forzada si  no

Tipo de formula láctea **NO APLICA**

Horario de las tomas de formula láctea \_\_\_\_\_

Ayuno si  no

Destete inicio **6 MESES** ablactación inicio **6 MESES**

Hábitos alimenticios **BUENOS**

Dieta líquida  blanda  normal  papilla  picada

Dieta especial gastrostomía  yeyunostomía  NP

Apetito disminuido  aumentado

Peso actual \_\_\_\_\_ talla \_\_\_\_\_ Perímetro abdominal \_\_\_\_\_

Perímetro torácico \_\_\_\_\_ segmento inferior \_\_\_\_\_ segmento superior \_\_\_\_\_ segmento bicromial \_\_\_\_\_

Segmento bicrestal \_\_\_\_\_ índice de masa corporal (IMC) \_\_\_\_\_

Temperatura corporal **38.3**

**Clase 4 Metabolismo**

Macrosómico si  no

Valor de glicemia capilar **112 mg/dl** Presencia ictericia Neonatal si  no

Presencia de rubicundez si  no

Valoración de bililabstix **PH 6 RESTONES**

Número de comidas al día 2.

Estado de mucosa oral hidratadas si  no

Estado dental caries si  no

Problemas en encías si  no  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Problemas en lengua si  no  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Labios normales si  no  labio paladar fisura do si  no

Anorexia

Vómitos

Nauseas

Polifagia

Disfagia

Polidipsia

Reflujo  Distención abdominal

Drenes  cantidad \_\_\_\_\_

Bulimia  Intolerancia a disacáridos

Incapacidad para succionar  especificar NO APLICA

Incapacidad para deglución  especificar NAUSEA

Anomalía que limita la alimentación congénita eurológica mecánica

Dolor gastrointestinal

Problemas cutáneos

Eritema  Rozadura

Edema localizado  Heridas infectada  limpia  Drenes

cantidad \_\_\_\_\_ Muñón umbilical momificado  infectado

desprendido

### CLASE 5 HIDRATACIÓN

Mucosas orales hidratadas  presencia de lágrimas  piel turgente  piel reseca  palidez  signo e lienzo húmedo  Fontanela anterior hipotensa hipertensa

Vías intravenosas

Cantidad de líquidos orales que toma al día 1/2 L. Electrolitos orales \_\_\_\_\_

Cantidad de líquidos parenterales NINGUNO NPT Fecl  de instalación \_\_\_\_\_ velocidad de infusión \_\_\_\_\_

Plasma  Cantidad a transfundir \_\_\_\_\_ paquete globular

Cantidad transfundir \_\_\_\_\_ críos precipitado \_\_\_\_\_ Cantidad a transfundir \_\_\_\_\_

Perdidas insensibles \_\_\_\_\_ control de líquidos \_\_\_\_\_

### **DOMINIO 3 Eliminación**

#### ●Clase 1 Sistema Urinario

Características de la orina: Color AMARILLO OSCURO Olor AMONIACO

Cantidad 1250 en 24 hrs. Hábitos de eliminación urinaria 6 VECES POR DÍA labstix en

orina PH 6 RESTO NEGATIVO

Medidas para facilitar la micción NINGUNO

Uso de diurético  cual \_\_\_\_\_

Presencia de:

Presencia de cálculos  Polaquiuria  Disuria  Hematuria

**X**

Incontinencia urinaria  Globo vesical  Obstrucción  Glucosuria   
 Turbia  sedimentada  Eneuresis  Infección de V.Urin   
 Coluria  Insuficiencia renal aguda  insuficiencia renal crónica

● **Clase 2 Sistema Gastrointestinal**

Características de las evacuaciones. Olor FÉTIDO Color MARRÓN  
 consistencia ESPESA

Hábitos de eliminación intestinal en 24 horas 2 VECES POR DÍA

Medidas para facilitar la defecación laxantes  enemas  supositorios

**Presencia de**

Peristaltismo	<input checked="" type="checkbox"/>	Distensión abdominal	<input checked="" type="checkbox"/>	Incontinencia	<input type="checkbox"/>
Flatulencia	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor al evacuar	<input type="checkbox"/>	Fisuras	<input type="checkbox"/>
Hemorroides	<input type="checkbox"/>	Halitosis	<input type="checkbox"/>	Ostomias	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	Drenes	<input type="checkbox"/>	Peristaltismo	<input type="checkbox"/>
Pujo	<input checked="" type="checkbox"/>	tenesmo	<input type="checkbox"/>		

Actividad física insuficiente \_\_\_\_\_  
 Debilidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ los \_\_\_\_\_ músculos  
 abdominales \_\_\_\_\_  
 Malos \_\_\_\_\_ hábitos  
 alimenticios \_\_\_\_\_

● **Clase 4 Sistema Pulmonar**

**Presencia de:**

Espujo  Rinorrea  ↑ Función respiratoria  Secreción pulmonar

**DOMINIO 4 Actividad Y Reposo**

● **Clase 1 Reposo y sueño**

Horas que duerme durante las 24 hrs 10 HR. Tiempo que tarda en conciliar el  
 sueño 1 HR. Duración de siestas durante el día NINGUNO Numero de veces  
 que despierta por la noche NINGUNO presencia de insomni

Factores que interrumpe el sueño \_\_\_\_\_ a que lo  
 atribuye \_\_\_\_\_

¿Amanece descansado? si  no

Acostumbra algún método para conciliar el sueño  
DOLOR

**Presencia de:**

Insomnio	<input type="checkbox"/>	Bostezos	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipersomnio	<input type="checkbox"/>	Pesadillas	<input checked="" type="checkbox"/>
Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	Ojeras	<input type="checkbox"/>	Sonambulismo	<input type="checkbox"/>	Ronquidos	<input type="checkbox"/>
Terrores nocturnos	<input checked="" type="checkbox"/>	Enuresis	<input type="checkbox"/>	pesadillas	<input type="checkbox"/>		

Malestar físico psicológico

Factores interrumpan su descanso y sueño DOLOR

● **Clase 2 Actividad / ejercicio**

Edad en que sostuvo la cabeza por si sólo NO

**RECUERDA**

Edad inicio para sentarse 6 MESES

Edad en que empezó a ponerse de pie 9 M edad en que empezó a caminar 1

**AÑO 1 M.** edad en que empezó a subir escaleras 1 A 6M

Edad en que sujeto la cuchara 1 A 6M

Hábitos de actividad y ejercicio \_\_\_\_\_

Realiza algún deporte/ ejercicio NINGUNO

Horas que dedica al deporte NINGUNA

Actividades recreativas si  cuales \_\_\_\_\_ no  Por  
qué? ES MUY PEQUEÑA

Alteración de desarrollo psicomotor si  no

A presentado retraso en el desarrollo psicomotor especifique \_\_\_\_\_

Limitaciones para el movimiento si  no

Requiere ayuda para comer  vestirse  bañarse  ir al baño

Presencia de reflejos

¿Cuales? \_\_\_\_\_

● **Clase 3 Equilibrio de la energía**

Presencia de:

Fatiga

Cansancio  Hiperactividad  como se

manifiesta CON SUEÑO Y ADINAMIA Hipo  actividad ¿por  
qué? ENFERMEDAD ACTUAL

● **Clase 4 Respuestas Cardiovasculares / respiratorias**

Cifras

Características

Frecuencia cardiaca 107 Frecuencia Respiratoria 24

Pulso 107

Llenado capilar 2 SEG. Tensión arterial 64/49 MG/DEL

Disnea  Arritmias  Cianosis  taquicardia

Espasmos  soplos  palpitaciones  agitación

**Enfermedades Respiratorias**

Estertores  na  influenza

Dificultad para respirar

**CLASE 5 AUTOCUIDADO**

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Alimentarse  vestirse  asearse  arreglarse

Defecar/orinar  movilización en cama  de ambulación

## **DOMINIO 5 Percepción/ Cognición**

### ● Clase 1 Atención

Alteración de las capacidades perceptuales si  no

Responde a estímulos verbales y táctiles si  no

Sigue instrucciones si  no

Presencia de:

Hemiplejía  Ceguera unilateral

Enf. Neurológica  Traumatismos

### ● Clase 2 Orientación

Interpretación del entorno ACORDE A EDAD

Falta de orientación respecto A ENFERMEDAD

Tiempo  Espacio  Persona

Irritable  cambio de conducta

Desorientación en ambientes conocidos \_\_\_\_\_ Desconocidos X

Presencia de:

Cefalea  Vértigos  Alteraciones en el lenguaje

Parecias  Dolor

Alteración en el movimiento

### ● Clase 3 Sensación / percepción

Presencia de problemas:

Bucales  gustativos

Ojos/ Visuales \_\_\_\_\_ Ayuda \_\_\_\_\_

Oídos/Auditivos \_\_\_\_\_

Ayuda \_\_\_\_\_

Requiere dispositivos de ayuda Lentes  externo  internos

Aparatos auditivos

Nariz/ Olfatorios \_\_\_\_\_ Ayuda si  no

Lengua/ Gustativos \_\_\_\_\_ Ayuda si  no

Piel/ Tacto \_\_\_\_\_ Ayuda si  no

Observar si presenta:

Falta de concentración \_\_\_\_\_ Agitación \_\_\_\_\_

Cambios en el patrón de conductas OCACIONALMENTE Irritabilidad

Alteración de los patrones de comunicación \_\_\_\_\_

### ● Clase 4 Cognición

Observar si existen:

Actitud psicomotora Escala de Glasgow \_\_\_\_\_

Memoria inmediata si  no

Memoria reciente (días) si  no

Memoria a largo plazo (meses) si  no   
Capacidad de atención si  no   
Capacidad de cálculo si  no   
Coordinación de ideas si  no   
Ordenación de ideas si  no   
Problemas para el aprendizaje si  no

● **Clase 5 Comunicación**

Edad para inicio de balbuceo 8M decir palabras 1 AÑO  
Estructura frases cortas 1 A6 MESES  
Utiliza lenguaje de acuerdo a su edad SI  
Presencia de tartamudeo  dislalia  disartria  Incapacidad para habla   
emite mensajes claros concisos   
Atención a mensajes verbales si  no   
Percepción correcta de mensajes verbales si  no   
Incapacidad para hablar si  no  Negativa voluntaria para hablar NO  
Expresión de mensajes: Claros  Concisos  Comprensivos

**DOMINIO 6 Auto percepción**

Auto descripción DELGADA, CHAPARRA  
Opinión de si mismo TRAVIESA  
Factores que afecten su autoestima LOS REGAÑOS  
Alteraciones sensorperceptivas NINGUNA  
Estado de ánimo BUENO  
Como se siente en el ambiente hospitalario CON MIEDO  
Conocimientos de sus necesidades de auto cuidado NO  
Comportamiento para llamar la atención LLORAR  
Habilidad emocional: Llanto  Tristeza  Emoción  Estrés

**DOMINIO 7 Rol/ Relaciones**

Clase 1 Relación familiares, desempeño del rol  
Personas que conforman su familia PAPA, MAMA Y UNA HERMANA  
Lugar que ocupa con sus hermanos PRIMERO  
Ocupación de la madre HOGAR ocupación del padre EMPLEADO  
Rol del niño HERMANA MAYOR cuidador del niño ERIKA I. CALDERON SANCEZ (MADRE)  
Personas con las que convive diariamente PADRES, HERMANA Y ABUELITA  
Descripción del ambiente familiar BUENO  
Lugar que ocupa en la familia PRIMERO Número de hermanos 1  
Características de la relación del niño con sus familiares OBEDIENTE Y CARIÑOSA

**Coherencia entre actitud cronológica:**

Edad Si  No  Escolaridad Si  No

Sexo Si  No  Comportamiento Si  No   
 Peso Si  No  Talla Si  No   
 Crecimiento y desarrollo Si  No

**DOMINIO 8 Sexualidad**

Mujer ♀  
 Menarquía N.A. Días por ciclo N.A.  
 FUM N.A.  
 Telar quía N.A. Pubarquia N.A.  
 Vida sexual activa N.A. IVSA N.A.  
 Embarazo si  no   
 Practica algún método de Planificación familiar N.A. Cual? \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última toma de Papanicolaou N.A.  
 Autoexploración de mamas N.A.  
 No. de Embarazos N.A. Partos N.A. Cesáreas N.A.  
 No. de hijos N.A.  
 Presencia de dismenorrea N.N.

Hombre ♂  
 Desarrollo de los genitales externos \_\_\_\_\_  
 Pubarquia \_\_\_\_\_ Cambios en el timbre de voz NO  
 Prácticas sexuales \_\_\_\_\_ Vida sexual activa \_\_\_\_\_

**DOMINIO 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés**

● **Clase 1 Respuesta postraumática**

Reacciones tras un trauma físico o psicológico

Falta de atención	<input type="checkbox"/>	Agresión	<input type="checkbox"/>	Alteración del estado de humor	<input checked="" type="checkbox"/>
Hipervigilancia	<input type="checkbox"/>	Vergüenza	<input checked="" type="checkbox"/>	Desesperanza	<input type="checkbox"/>
Culpa	<input type="checkbox"/>	Temor	<input type="checkbox"/>	Negatividad	<input type="checkbox"/>
Aislamiento	<input checked="" type="checkbox"/>	Miedo ala obscuridad	<input checked="" type="checkbox"/>		

Identifica la presencia de algunas respuestas físicas por trauma físico y/o psicológico si  no

### Respuesta Física:

Deterioro funcional  Dermatitis  Trastorno del sueño   
Deterioro funcional  Cansancio  caída de cabello   
Come uñas  problemas gastrointestinales

### ● Clase 2 Respuestas de afrontamiento

Afrontamiento:

Inefectivo  Defensivo  Inadaptación  Duelo   
Negación  Ansiedad

### Familiar:

Aceptación familiar  Integración familiar

### ● Clase 3 Estrés neurocomportamental

Presencia de:

Irritabilidad  Temblores  Movimientos exagerados   
Contracciones  Movimientos descoordinados   
Bradicardia  Taquicardia  Arritmias   
Bradipnea  Taquipnea  Apnea   
Color pálido  Cianótico  Moteado  Enrojecido   
Cefalea  Escalofríos  Sabor metálico en la boca

## **DOMINIO 10 Principios vitales**

### Clase 1: valores 2, creencias 3, y congruencia de las acciones

Sus prácticas religiosas o ideas culturales interfieren con su enfermedad

Si  no

---

Sus prácticas religiosas o ideas culturales interfieren con su tratamiento

Si  no

## **DOMINIO 11 Seguridad/ Protección**

### Clases 1: Infección, 2 lesión física

Presencia de riesgos de sufrir alguna lesión o daño en:

Mucosa oral \_\_\_\_\_ Integridad cutánea POR RIESGO DE CAIDA  
Dentición \_\_\_\_\_ Integridad tisular POR RIESGO DE CAIDA

**Identificar alguno de los siguientes factores de riesgo de infección:**

Inmunosupresión \_\_\_\_\_ hipertermia SI desnutrición \_\_\_\_\_  
Heridas \_\_\_\_\_ procesos virales/o bacterianas SI

**Procedimientos invasivos:**

Cateterismo umbilical \_\_\_\_\_ Intubación endotraqueal \_\_\_\_\_  
Catéter central \_\_\_\_\_.

**Identificar riesgo de caídas:**

Traumatismo de que tipo N.A. convulsiones N.A. alteración del estado de conciencia si  presencia de cuerpo extraño si    
Quemadura de que tipo primer grado  segundo grado  tercer grado

**Presencia de riesgos de sufrir:**

Asfixia N.A. Limpieza de vías aéreas N.A.  
Intoxicación N.A.

**Factores de riesgo de úlceras por presión:**

Desnutrición \_\_\_\_\_ movilidad limitada SI actividad inadecuada SI

**Protección:**

Efectiva SI Inefectiva \_\_\_\_\_

**DOMINIO 12 Confort**

**Clase 1 Confort físico**

Dolor: Agudo  Crónico

Localización ABDOMEN zona GENERALIZADA  
características AGUDO CON URGENCIA URINARIA

**Presencia de:**

Diaforesis  Agitación  Llantos  Taquicardia   
Palidez  Aumento de la salivación  Dilatación pupilar   
Posición antilógica para evitar el dolor  gesticulación del dolor

● **Clase 2 Confort ambiental**

**Características:**

Ventilación como es diga \_\_\_\_\_

Iluminación como es diga \_\_\_\_\_ protección de barandales

si  no

Privacidad LIMITADA

● **Clase 3 Confort social**

Personas significativas de soporte (Familiares, grupos, amigos) Sí  no

**FAMILIARES**

Intereses inadecuado o inmaduro para la edad o etapa del desarrollo si  no

**DOMINIO 13 Crecimiento/ Desarrollo**

● **Clase 1 Crecimiento**

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Congruencia entre edad, peso y talla Si  No  Desnutrición Si  no

Aumento/ pérdida de peso Si  No  Anemia Si  no

Trastornos congénitos o genéticos Si  No  Obesidad Si  No

Enfermedades crónicas Si  No  Anorexia Si  No

Prematuridad Si  No

● **Clase 2 Desarrollo**

Edad del niño 4 A 7 M.

Edad en que sostuvo la cabeza por si sólo NO RECUERDA LA MADRE

Edad en que empieza a gatear 6 M edad en que se puso de pie 9 M edad en que empezó a caminar

1 A 1 M Sube y baja escaleras a que edad 1 A 6 M

Sujeta cosas con las manos si  no

Alteración del crecimiento físico Si  No

Retraso o dificultad para realizar las actividades:

Motoras  Sociales  Expresivas

Incapacidad para realizar las actividades de auto cuidado: Si  No

Incapacidad para realizar actividades de autocontrol propias de su edad:

Si  No

Edo. Nutricional:

Normal  \_\_\_\_\_% Leve  \_\_\_\_\_% Moderado  \_\_\_\_\_% Severo  \_\_\_\_\_%

**Presencia de:**

Violencia familiar si  no  Malos tratos si  no  Enfermedad mental si  no

mencione cual \_\_\_\_\_

Pobreza  se adapta al medio social si  no

**PLANIFICACION DE ALTA:**

**Destino post-alta:** Hogar  Indeterminado  Otros: \_\_\_\_\_

Utilización de recursos de la comunidad:

Atención a domicilio/Hospicio	<input type="checkbox"/>	Comida a domicilio	<input type="checkbox"/>
Atención de día	<input type="checkbox"/>	Grupos de apoyo comunitario	<input type="checkbox"/>
Grupos parroquiales	<input type="checkbox"/>	Otros:	_____
Atención sanitaria a domicilio	<input type="checkbox"/>		

**Medio de transporte post alta:**

Coche propio/amigos	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Ayuda económica post alta previa?	Si	<input type="checkbox"/>
Ambulancia	<input type="checkbox"/>		No	<input checked="" type="checkbox"/>
Taxi	<input type="checkbox"/>	¿Problemas post alta respecto al cuidado previo?	Si	<input checked="" type="checkbox"/>
Colectivo	<input type="checkbox"/>		No	<input type="checkbox"/>
Sin determinar	<input type="checkbox"/>	¿Necesita aparatos auxiliares después del alta?	Si	<input type="checkbox"/>
			No	<input checked="" type="checkbox"/>

**Consultas:**

Centro de salud	<input type="checkbox"/>	Atención sanitaria a domicilio	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	Servicios particulares	<input type="checkbox"/>

Otros comentarios: ES DADO DE ALTA UN DÍA DESPUÉS SATISFACTORIAMENTE

**Elaborado por: Licenciada en Enfermería María de los Ángeles García Núñez**

---

## VIII.II. ESTRUCTURACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

### TABLA DE RAZONES DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS	DATOS SIGNIFICATIVO	IDENTIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA Y/O PROBLEMA	FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	ANÁLISIS DEDUCTIVO
DISURIA		DOLOR AGUDO	AGENTE FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CONDUCTA EXPRESIVA</li> <li>• EXPRESIÓN FACIAL</li> <li>• EXPRESA DOLOR</li> </ul>	DOMINIO 12 CONFORT 1 CLASE 1 CONFORT FÍSICO
POLAQUIURIA		INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA	INFECCIÓN VESICAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EXPRESA URGENCIA URINARIA</li> <li>• OBSERVACIÓN DE LA INCAPACIDAD PARA LLEGAR AL INODORO A TIEMPO PARA EVITAR LA PERDIDA DE ORINA</li> </ul>	DOMINIO 3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO CLASE 1: FUNCIÓN URINARIA
NAUSEA		NAUSEAS	DOLOR INFECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AVERSIÓN A LOS ALIMENTOS</li> <li>• SENSACIÓN NAUSEOSA</li> <li>• EXPRESA TENER NAUSEAS</li> </ul>	DOMINIO 12 CONFORT CLASE 1:CONFORT FÍSICO
HIPERTERMIA		TERMORREGULACIÓN	ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RUBOR</li> <li>• TAQUICARDIA</li> <li>• AUMENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL POR ENCIMA DEL LÍMITE NORMAL</li> </ul>	DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CLASE 6: TERMORREGULACIÓN
	PREOCUPACIÓN	ANSIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LA SITUACIÓN ECONÓMICA</li> <li>• ESTRÉS</li> <li>• NECESIDADES NO SATISFECHAS</li> </ul>	AFECTIVA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• NERVIOSISMO</li> <li>• INSERTIDUMBRE</li> </ul> FASIOLOGICA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• TENSIÓN FACIAL</li> <li>• AUMENTO DE PULSO</li> </ul> PARASIMPATICAS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DOLOR ABDOMINAL</li> <li>• TRANSTORNO DE SUEÑO</li> </ul>	DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS CLASE 2: RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO
	INQUIETUD	DISCONFOR 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SINTOMAS RELACIONADOS CON LA EDAD</li> <li>• FALTA DE CONTROL DE LA SITUACIÓN</li> <li>• FALTA DE PRIVACIDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DETERIORO DEL SUEÑO</li> <li>• EXPRESA SENTIRSE INCOMODA</li> </ul>	DOMINIO 12 CONCORT CLASE 1: FÍSICO CLASE 2: CONFORT DEL ENTORNO CLASE 3: CONFORT SOCIAL
	TENESMO VESICAL	DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MULTICAUSALIDAD</li> <li>• INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INDESICIÓN</li> <li>• INCONTINENCIA</li> <li>• FRECUENCIA</li> </ul>	DOMINIO 3 CLASE 1

### VIII.III. PLANEACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	ETIQUETA DE RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOLOR AGUDO	CONTROL DEL DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>RECONOCE AL COMIENZO DEL DOLOR</li> <li>REFIERE DOLOR CONTROLADO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SIEMPRE DEMOSTRADO</li> <li>SIEMPRE DEMOSTRADO</li> </ul>	5-10 5-10
	CONOCIMIENTO: CONTROL DE LA INFECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>SIGNOS Y SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD</li> <li>IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CONOCIMIENTO MODERADO</li> <li>CONOCIMIENTO MODERADO</li> </ul>	5-10 5-10
	CONOCIMIENTO: MANEJO DE DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>SIGNOS Y SINTOMAS DEL DOLOR</li> <li>REGIMEN DE MEDICACIÓN PREESCRITA</li> <li>EFFECTOS TERAPEUTICOS DE LA MEDICACIÓN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CONOCIMIENTO MODERADO</li> <li>CONOCIMIENTO ESCASO</li> <li>CONOCIMIENTO ESCASO</li> </ul>	5-10 7-15 7-15
INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA	CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD.</li> <li>SIGNOS Y SÍNTOMAS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CONOCIMIENTO ESCASO</li> <li>CONOCIMIENTO ESCASO</li> </ul>	7-15 7-15
	AUTOCUIDADOS: HIGIENE	<ul style="list-style-type: none"> <li>PRECAUCIONES PARA PREVENIR LAS COMPLICACIONES DE LA ENF.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NINGÚN CONOCIMIENTO</li> </ul>	7-15
DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	ELIMINACIÓN URINARIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>RECONOCE LA URGENCIA.</li> <li>QUEMAZÓN AL ORINAR.</li> <li>MICCIÓN FRECUENTE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GRAVEMENTE COMPROMETIDO.</li> <li>MODERADO</li> <li>GRAVE</li> </ul>	10-15 5-10 5-10
	CONTROL DE RIESGO PROCESO INFECCIOSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>PRACTICA HIGIENE DE MANOS.</li> <li>IDENTIFICA SIGNOS Y SINTOMAS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A VECES DEMOSTRADO</li> <li>A VECES DEMOSTRADO</li> </ul>	5-10 5-10
	SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>DOLOR.</li> <li>MALESTAR GENERAL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MODERADO</li> <li>MODERARO</li> </ul>	5-10 5-10
NAUSEAS	ESTADO DE DEGLUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>ATRAGATAMIENTO O NAUSEAS</li> <li>INCOMODIAD CON LA DEGLUCIÓN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GRAVE</li> <li>GRAVE</li> </ul>	7-15 7-15
	CONTROL DE LA NAUSEA	<ul style="list-style-type: none"> <li>RECONOCE INICIO DE NAUSEAS</li> <li>INFORMA DE NAUSEAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO</li> <li>FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO</li> </ul>	5-10 5-10

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	ETIQUETA DE RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
TERMORREGULACIÓN	CONTROL DE RIESGO, HIPERTERMIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>IDENTIFICA SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA HIPERTERMIA.</li> <li>REALIZA ACCIONES AUTOPROTECTORAS PARA CONTROLAR LA TEMPERATURA CORPORAL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RECUEENTEMENTE DEMOSTRADO</li> <li>A VECES DEMOSTRADO</li> </ul>	<p>5-10</p> <p>5-7</p>
	TERMORREGULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>HIPERTERMIA</li> <li>IRRITABILIDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MODERADO</li> <li>SUSTANCIAL</li> </ul>	<p>5-7</p> <p>5-7</p>
ANSIEDAD	NIVEL DE ANSIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMPACIENCIA</li> <li>INQUIETUD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GRAVE</li> <li>GRAVE</li> </ul>	<p>5-10</p> <p>5-10</p>
	NIVEL DE ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXPLOSIONES DE IRA</li> <li>TRASTORNOS DEL SUEÑO</li> <li>IRRITABILIDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SUSTANCIAL</li> <li>MODERADO</li> <li>SUSTANCIAL</li> </ul>	<p>5-10</p> <p>5-10</p> <p>5-10</p>
	NIVEL DE MIEDO INFANTIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>LLOROS</li> <li>MASTICAR CABELLO</li> <li>PREGUNTAS CONSTANTES</li> <li>PAVOR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MODERADO</li> <li>SUSTANCIAL</li> <li>SUSTANCIAL</li> <li>MODERADO</li> </ul>	<p>5-7</p> <p>5-7</p> <p>5-7</p> <p>5-7</p>
DISCONFORT	ESTADO DE COMODIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>ENTORNO FÍSICO</li> <li>APOYO SOCIAL DE LA FAMILIA</li> <li>VIDA ESPIRITUAL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SUSTANCIALMENTE COMPOMETIDO</li> <li>MODERADAMENTE COMPROMETIDO</li> <li>GRAVEMENTE COMPROMETIDO</li> </ul>	<p>5-7</p> <p>5-7</p> <p>5-10</p>
	ESTADO DE COMODIDAD; ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> <li>SUMINISTROS Y EQUIPO NECESARIO AL ALCANCE</li> <li>ENTORNO FAVORABLE PARA EL SUEÑO</li> <li>PRIVACIDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GRAVEMENTE COMPROMETIDO</li> <li>SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO</li> <li>GRAVEMENTE COMPROMETIDO</li> </ul>	<p>5-10</p> <p>5-7</p> <p>5-7</p>
	ESTADO DE COMODIDAD; FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>CONTROL DE SÍNTOMAS</li> <li>POSICIÓN COMODA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GRAVEMENTE COMPROMETIDO</li> <li>MODERAAMENTE COMPROMETIDO</li> </ul>	<p>5-10</p> <p>5-7</p>

## VIII.IV. EJECUCIÓN

ETIQUETA DIAGNOSTICA	CAMPO Y CLASE	TAXONOMIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA
<b>Dolor y agudo</b>	Campo 1	Manejo del Dolor	*Realizar una valoración exhaustiva que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes.	La valoración psicológica fisiológica y cultural. Contribuye en la elaboración de un diagnóstico y planeación de intervenciones de enfermería a un paciente con dolor.
	Clase E			
	Fomento de la comodidad física			
			*Observa claves no verbales de molestias en aquellas que no puedan comunicarse.	La detección oportuna y correcta de necesidades y manifestaciones clínicas permite la remisión de pacientes hacia aquellos profesionales de la salud indicados.
			*Seleccionar y desarrollar aquellas medidas. (Farmacológica, no farmacológica o interpersonal que faciliten el alivio del dolor.)	Los analgésicos no narcóticos intervienen en la biosíntesis de las prostaglandinas, responsables de procesos inflamatorios.
<b>Incontinencia urinaria de urgencias</b>	Campo 1	Ayuda con los cuidados: baño / higiene	*Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.	Un lugar libre de estímulos incrementa un ambiente terapéutico.
	Clase F			
	Facilitación de los autocuidados			
			*Controlar la integridad cutánea del paciente.	La piel y mucosas sanas e integra son líneas de defensa contra agentes infecciosos.
			*Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir autocuidados.	Las prácticas higiénicas se aprenden principalmente durante la infancia.

ETIQUETA DIAGNOSTICA	CAMPO Y CLASE	TAXONOMIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA
<b>Deterioro de la eliminación urinaria (tenesmourinario)</b>	Campo 1	Manejo de la eliminación urinaria.	*Explicar al paciente signos y síntomas de la eliminación urinaria.	La información relativa a la del padecimiento permite al paciente detectar cualquier alteración.
	Clase B		*Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar.	El deseo de orinar es producto por la presión que ejerce la orina acumulada, por la composición química de esta y la estimulación refleja dentro de la vejiga
<b>Nauseas</b>	Control de la eliminación	Manejo de nauseas	*Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.	Son pruebas de funcionamiento renal la densidad urinaria, la frecuencia de micciones y el volumen urinario.
	Campo 1		*Controlar factores ambientales que puedan desencadenar nauseas.	El temor a lo desconocido, a la muerte e incapacidad y un pronóstico fatal, alteran el equilibrio psicológico. La higiene bucal promueve la sensación de limpieza y bienestar físico. La administración de fármacos en forma segura y eficiente con respecto a tipo, presentación conservación, dosis, vida media, vía de administración, efectos, interacciones farmacológicas y otros, evitan o disminuyen reacciones adversas del paciente.
	Clase E		*Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumenten las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga, etc.)	
	Fomento de la comodidad física		*Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad.	
		*Asegurarse de que se ha administrado antieméticas eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.		
<b>Termorregulación (hipertermia)</b>	Campo 2	Regulación de la temperatura	*Comprobar la temperatura al menos c/ 2 hrs.	La medición constante de la temperatura corporal permite la valoración del estado de salud o enfermedad lo cual permite establecer un diagnóstico de salud.

	Clase M (Termorregulación)		<ul style="list-style-type: none"> <li>*Administrar medicamento antipirético si está indicado.</li> <li>*Utilizar baños tibios para ajustar la temperatura corporal alterada.</li> </ul>	<p>Los fármacos antipiréticos son capaces de reducir la fiebre sin disminuir la temperatura corporal normal.</p> <p>El baño con agua tibia contribuye a limitar el ascenso de la temperatura o aumentar la eficacia del tratamiento farmacológico.</p>
<b>Ansiedad</b>	Campo 3 Clase T Fomento de la comodidad psicológica	Disminución de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de explicar durante el procedimiento.</li> <li>*Crear un ambiente que facilite confianza.</li> <li>*Escuchar con atención.</li> <li>*Aminorar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>*Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</li> </ul>	<p>El proceso de comunicación y la relación interpersonal influyen en la participación afectiva del individuo y familia.</p> <p>La comprensión del procedimiento disminuye o clama la ansiedad.</p> <p>El temor a lo desconocido altera el equilibrio psicofisiológico</p>
<b>Disconfort</b>	Campo 1 Clase E Fomento de la comodidad física	Manejo ambiental confort	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</li> <li>*Proporcionar un ambiente limpio y seguro.</li> <li>*Determinar fuentes de incomodidad.</li> <li>*Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona. Un ambiente agradable y limpio favorece la adaptación del individuo a un medio ambiente extraño.</li> </ul>	<p>Un ambiente agradable favorece la adaptación del individuo a un medio ambiente extraño.</p> <p>La limpieza y el orden favorecen el bienestar y reposo del paciente.</p> <p>La limpieza es un factor que incrementa la seguridad del paciente.</p>

## **IX. PLAN DE ALTA**

- Acudir a la institución de salud en caso de signos de alarma como: dolor abdominal, fiebre, orina con sangre, dolor al orinar, incapacidad para orinar.
- Acudir a revisión dentro de un mes.
- Completar tratamiento de antibiótico como está prescrito.
- Dieta normal con abundantes líquidos.
- Baño diario y cambio de ropa interior diario.
- Evitar baños públicos.
- Evitar usar ropa ajustada.

## **X. CONCLUSIONES**

De acuerdo al anterior trabajo se puede concluir que no solo las mujeres adultas o con una vida sexual activa pueden sufrir de infección de vías urinarias, un gran porcentaje de niñas en edad escolar sufre este padecimiento por diferentes circunstancias, siendo la principal bacteria la Escherichia col, (hasta en un 80%) la causante de este padecimiento.

Como padres de familia debemos poner especial cuidado en la higiene personal de nuestros hijos sean hombres o mujeres.

Debemos instruirlos en cuanto la importancia que tienen desde un lavado de manos hasta evitar el uso de baños públicos (en cuando las circunstancias lo permitan).

Debemos estar conscientes que una infección de vías urinarias sin un adecuado tratamiento puede traernos complicaciones más severas, las cuales se pueden evitar con un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

## **XI. SUGERENCIAS**

- Llevar una adecuada alimentación.
- Baño diario con cambio de ropa.
- Evitar uso de baños públicos.
- Realizarse estudios generales por lo menos una vez al año.
- Acudir al médico antes cualquier signo de alarma.
- Desarrollar hábitos saludables (actividad físico).
- Mantener una adecuada comunicación con nuestros hijos.
- Hacer hincapié en la higiene personal.
- Instruir la forma correcta de limpiar los genitales (principalmente en niñas) al momento de ir al baño.
- Mantenerse informado sobre los riesgos de salud.

## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Fundamentos de fisiopatología.

1. Kathry J. Gas

Kim A. Noble

Edit. Worters Klumer

2. Vademecum: Rodolfo

Rodriguez Carranza

Mc. Graw Hill

3. Nutrición y riñón.

Ed. Panamericana

Miguel C. Riella

Cristina Martis

4. Enfermedades Renales

Ed. Manual Moderno

Judit A. Witworh

J. R. Lawrence

5. Enfermería básica y clínica

Editorial Manualmodero

Sandra F. Smith

Donna J. Puell

6. Técnicas en enfermería clínica

Mc. Graw Hill

Barbara Kozier

Glenora Erb

Katheleen Blais

Joyce Young Johnson

Jean Smith Temple

7. Fundamentos de la práctica en enfermería

Mc Graw Hill

Richard Hogston

Barbara A. Marjoram

8. Diagnostico y tratamiento

Mc Graw Hill

Stephen J. Mc Phee

Maxine A. Papadakis

9. Anatomía y Fisiología

Mc Graw Hill

Catherine Parker Anthony

Gary A. Thibodeau