



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

Dimensión práctica del examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de licenciado(a) en enfermería

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO MAYOR CON
PIELONEFRITIS AGUDA.**

AUTORA

JENNIFER ELOISA GOMEZ CAMPAÑA

TUTOR

LCDA. ALICIA CALDERÓN

BABAHOYO-LOS RÍOS- ECUADOR

2022

Índice

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION.....	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1. JUSTIFICACION	7
1.2. OBJETIVOS	8
1.2.1 Objetivo General	8
1.2.2 Objetivos Especifico.....	8
1.3. DATOS GENERALES	9
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1. Análisis del motivo de consulta	10
2.1.1 Historial Clínico	10
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.	11
2.3. Examen Físico	11
2.4. Información de exámenes complementarios realizados	14

2.5.	Formulación Diagnostica.....	18
2.6.	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar.....	18
2.7.	Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	21
2.8.	Seguimiento.	25
	Conclusiones	28
	BIBLIOGRAFÍA.....	29
	ANEXOS.....	31

DEDICATORIA

Dedico este caso clínico como fuente de éxito en mi vida, a mi familia y seres queridos por el apoyo que me han brindado a lo largo de mi vida estudiantil ya que con su ayuda y consejos han sabido guiarme para ser una persona de bien tanto el aspecto humano como profesional.

Jennifer Eloísa Gomez Campaña

AGRADECIMIENTO

Agradezco, primeramente, a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, a mi familia y esposo por su apoyo incondicional durante mi preparación profesional, a la UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO por brindarme la oportunidad de haber podido estudiar y culminar mi carrera en su institución, a los docentes que forman parte de la universidad gracias a ellos que nos brindan sus conocimientos para que nos formemos como profesionales competitivos, amigos y personas que me quieren y me aportaron con su apoyo.

Jennifer Eloísa Gomez Campaña

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ENFERMERIA EN ADULTO MAYOR CON PIELONEFRITIS
AGUDA.**

RESUMEN

La pielonefritis es una infección urinaria, en la cual se halla aspectos de gérmenes en la orina como bacterias, hongos, o virus. Después de comprobar una bacteriuria demostrativa es necesario asemejar la localización anatómica de la infección, utilizando los síntomas clínicos, y si es necesario exámenes complementarios.

Decimos cistitis a una infección urinaria que perturba a la vejiga, que se especifica por un cuadro clínico malestar al miccionar, polaquiuria, tenesmo y a veces hematuria, este cuadro cursa sin temperatura. Si se presenta hipertermia muestra que además otra parte está afectando, si el órgano afectado es el riñón el cuadro se denomina pielonefritis aguda y se caracteriza por hipertermia, escalofríos, dolor lumbar, malestar seguido de bacteriuria.

La pielonefritis aguda, bien tratada habitualmente no quedara secuelas, pero en algunas ocasiones, principalmente cuando existe reflujo vesicorenal u obstrucción, la enfermedad sigue trayectoria y produce lesiones inflamatorias y cicatriciales que atrofian el riñón, el cuadro se nombra pielonefritis crónica.

El presente estudio de caso clínico es el proceso de atención en una paciente de 68 años de edad que cursaba un cuadro clínico de pielonefritis aguda más hipertensión arterial, a través de la teoría de Virginia Henderson se empleó la intervención de enfermería del NANDA, NIC Y NOC, las cuales fueron fundamentales en el proceso de recuperación de la paciente.

Palabras claves: Pielonefritis, bacteria, polaquiuria, infección, paciente, proceso de enfermería, hematuria, riñón.

ABSTRACT

Pyelonephritis is a urinary infection, in which the presence of germs such as bacteria, fungi, or viruses is found in the urine. After showing significant bacteriuria, it is necessary to identify the anatomical location of the infection, using the clinical symptoms, and if necessary, complementary examinations.

We call cystitis a urinary infection that affects the bladder, which is defined by a clinical picture of pain when urinating, frequency, tenesmus and sometimes haematuria, this picture occurs without fever. If there is fever, it indicates that another organ is also affected. If the affected organ is the kidney, the condition is called acute pyelonephritis and is characterized by fever, chills, lumbar pain, malaise accompanied by bacteriuria.

Acute pyelonephritis, if well treated, generally cures sequelae, but on certain occasions, especially when there is vesicorenal reflux or obstruction, the disease continues and produces inflammatory and scarring lesions that atrophy the kidney, the condition is called chronic pyelonephritis.

The present clinical case study is the process of care in a 68-year-old patient who had a clinical picture of acute pyelonephritis plus arterial hypertension, through Virginia Henderson's theory, the nursing intervention of NANDA, NIC Y NOC, which were fundamental in the patient's recovery process.

Keywords: Pyelonephritis, bacteria, urinary, frequency, infection, patient, nursing process, hematuria, kidney.

INTRODUCCION

Las infecciones de vías urinarias es la respuesta inflamatoria de urotelio a la invasión bacteriana, decimos urotelio al epitelio transicional que recubre las superficies de cálices, pelvis y uréter hasta su puerta de ingreso a la vejiga, que prácticamente se acompaña de bacteriuria y piuria, es de gran jerarquía determinar los orígenes y los componentes de esta patología.

Los elementos de riesgos agrupados son; la autoinfección, la edad, la frecuencia de coito y el desconocimiento de enfermedades urinarias.

Esta tarea de investigación motiva a realizar el siguiente caso de una paciente de sexo femenino de 68 años de edad con diagnóstico pielonefritis aguda, que acude por emergencia al hospital básico san miguel, acompañada de su hijo presentado alza térmica, dolor en el hipogastrio tipo cólico, dolor lumbar, náuseas y vómitos en varias ocasiones, malestar general, al realizar la historia clínica la paciente refiere que presentaba antecedentes de infecciones urinarias seguidas, y que solo se auto medicaba, a la anamnesis la paciente presentaba signos de deshidratación, más hipertensión arterial esencial.

Por lo tanto, como estudiante de la carrera de enfermería el objetivo principal de este caso clínico es conocer la fisiopatología y las complicaciones del tracto urinario con el propósito de realizar las intervenciones necesarios y cuidados que correspondan.

I. MARCO TEORICO

Pielonefritis aguda

La pielonefritis aguda se define como la causa infecciosa que perturba a la pelvis y el parénquima renal y que se demuestra por tres puntos trascendentes especializada por dolor lumbar, fiebre y bacteriuria.

La Pielonefritis aguda ocasiona por lo general por la llegada de entero bacterias a los riñones por vía urinaria. La hematógena es poco frecuente y debe plantearse frente algunos patógenos como staphylococcus Aureus o cándida.

La pielonefritis puede establecerse como complicada o no, según algunas manifestaciones clínicas, lo cual es inútil para el encare y manejo clínico de estos pacientes:

Pielonefritis no complicada; se muestra en pacientes sin anomalías estructurales ni funcionales, de la vía urinaria, sin historia de instrumentalización o infección en las semanas previas, se trata en general de pielonefritis en mujeres jóvenes, sana y no embarazadas, es la forma más común de manifestación.

Pielonefritis complicada: está relacionada a cualquiera situación que tenga mayor peligro de complicación o fracaso terapéutico.

Si no mejora su situación clínica, con hipertermia perseverante más allá de los tres primeros días se debe tener la incertidumbre de la presencia de complicaciones locales, como absceso renal, nefritis, focal aguda u obstrucción con pio nefrosis.

Las infecciones producidas por microbio o bacterias resistentes pueden ser otro factor de mala evolución. En pacientes diabéticos debe tomarse en cuenta la necrosis papilar, que pueda cursar con hematuria, obstrucción uretral con dolor semejante al cólico nefrítico e insuficiencia renal. (Ferreira & Facal, 2019)

Epidemiología

la ITU es una de las infecciones más comunes. En Ecuador hay prevalencia muy alta de infecciones urinarias que conllevan a la pielonefritis causada por microorganismos resistentes. Sin embargo, al tener tratamientos incompletos uno de los factores de riesgo es la aparición de estas infecciones multirresistentes. La incidencia anual de reportes de urocultivo es de 65.1% casos positivos 54% y casos negativos por infecciones no sintomática un 16%. (Donoso Mera, 2017)

Patogénesis

Las infecciones urinarias son procesos de invasión de patógenos urinarios, intestino que colonizan la mucosa periuretral, que hacen a través de la uretra hacia la vejiga, y en el caso de la pielonefritis asciende hacia los riñones. *E. coli* es el factor de infecciones urinarias no complicada.

Los mecanismos que favorecen esta colonización son factores de virulencia de la bacteria, incluyendo la presencia de fimbrias, flagelos, diversas adhesinas, sideroforos, toxinas recubrimiento de polisacáridos y otras propiedades que adhieren a la mucosa, contra las defensas del hospedero. (Donoso Mera, 2017)

Las vías de la infección pueden ser hematológica o linfática. La mayor parte de las bacterias ingresan en el tracto urinario a partir del reservorio digestivo a través de la uretral hacia la vejiga. La adherencia de patógenos a la

mucosa urotelial corre un papel transcendental, hay elementos que inducen a la contaminación del periné por heces.

La infección del riñón por acceso hematológica, es rara en usuarios normales, sin embargo, el riñón es regularmente infectado de forma secundaria en paciente con bacteriemia por microorganismo estafilococos Aureus ocasionadas en la cavidad oral o por fungemia por cándida. Ramificación inmediata de bacterias de los órganos adyacentes a través de los linfáticos, pueden ocurrir en condiciones inusuales, como una infección intestinal grave o purulencias retroperitoneales. (Guzman & Garcia Perdomo, 2019)

Criterios clínicos de ingreso

Para el ingreso de los pacientes que no logren efectuar el tratamiento se toma en cuenta que presenten signos y síntomas como, temperatura, dolor en la fosa renal y lumbar, síndrome miccional como (dolor intenso, hematuria franca, masa renal sepsis grave, complicación local), también patologías o enfermedades catastróficas como insuficiencia renal agudas, diabetes, cirrosis, insuficiencia renal crónica e insuficiencia cardiaca, también pacientes neoplásicos y trasplantados. (Gil Bermejo, Cabello, Campoy Martinez, & Barrera Chacon, 2018)

Etiología

La infección de pielonefritis ocurre de algunas maneras, la primera es cuando las bacterias de la vejiga obtienen los uréteres y pueden llegar hasta los riñones. Esto ocurre, frecuentemente, en la cistitis no curada apropiadamente se muestra especialmente en periodos en la que el sistema inmune del organismo está bajado. La siguiente manera de infección es a través de la sangre, cuando una bacteria que está ocasionando una infección en alguna

pieza del cuerpo anda a través del torrente sanguíneo y se hospeda en el riñón, este trayecto es mucho menos normal que la vía ascendente (TUBAY PILAY, 2018)

Síntomas

Algunos de los síntomas que suelen presentar los pacientes con pielonefritis son los siguientes:

- Malestar general
- Escalofríos, espasmos o temblores
- Fiebre mayor o igual a 39°C
- Dolor a la palpación en la región lumbar, más concretamente en el Angulo costo vertebral
- Náuseas que conllevan al vomito
- Con bastante frecuencia se acompaña de síntomas del tracto urinario inferior TUI como, disuria, tenesmo vesical, polaquiuria. (Guillen Valera , 2022)

Diagnostico

Para establecer los diagnósticos habituales se recomienda elaborar la anamnesis de la patología, una exploración física, y un examen de orina ya sea un uro cultivo o un análisis de orina con tirillas reactivas para detectar si hay presencia de leucocitos, glóbulos rojos y nitritos.

En la mayoría de las ITU aparecen leucocitos en orina como respuesta inflamatoria tisular por bacterias. La presencia de leucocitos en orina se considera un indicador confiable de ITU y su determinación ayuda a establecer el diagnostico. En cambio, la presencia de bacterias en orina no puede considerarse por sí sola un criterio diagnóstico de ITU, ya que puede tener su

origen en contaminación microbiana de la muestra. (Rodriguez Samper & Monteangulo Martinez, 2017)

Tratamiento

Según (BOVILLE) una vez que se ha revisado la historia clínica, se ha realizado la exploración física, y se han determinado los datos analíticos, microbiológicos, al paciente ingresado a medicina interna por pielonefritis aguda, se establece el debido tratamiento de la situación clínica, dependiendo de la edad, localización, tipo de infección recurrencia etc. la enfermedad en base, si existe obstrucción o no, si hay factores de riesgos multirresistentes, se debe tener los datos de resistencias locales, el tratamiento profiláctico consiste en administrar antibiótico o antiséptico a bajas dosis. (2022)

Tratamiento de pielonefritis no complicada

El tratamiento de quinolinas deberá ser rechazada si tiene un ajuste de resistencia de 10%, además, las fluroquinolonas o las cefalosporinas son los agentes antimicrobianos que se encomienda para administración oral, ciprofloxacina de 500 a 750 mg cada 12 horas por 7 días, levofloxacina 750mg 1 vez al día.

Los usuarios con pielonefritis no complicada que requieren hospitalización deben ser frecuentadas con un régimen antimicrobiano intravenoso, como cefotaxime 2gr cada 8 horas, ceftriaxona 1-2 gramos cada día, piperacilina-tazobactam 2.5 gr tres veces al día. (García-Perdomo, 2022)

Tratamiento de la pielonefritis complicada

El manejo apropiado de la anormalidad urológica o la complicación subyacente es obligatorio Se inicia el tratamiento empírico con:

Monoterapia: imipenem 500mg – 1g/6-8h o piperacilina-tazobactam 2-4g/6-8h.

Combinación: ceftazidima 1-2g/8h o cefepina 1-2g/12h mas ampicilina 1g 4-6/h (si en tinción del Gram hay presencia de cocos positivos). Como alternativa podrá valorarse aztreonam 1-2g/8h o amikacina 15mg/kg/día mas vancomicina 1g/12h.

Con la defervescencia y/o llegada del antibiograma se debe continuar con el tratamiento oral de manera secuencial, (tercer a quinto día) con levofloxacino, cefixima o amoxicilina-ácido clavulánico. Se realizará un urocultivo de control al tercer día y la duración del tratamiento será de 14-21 días.

Complicaciones

La pielonefritis aguda relacionada con uno de los siguientes factores de riesgos es más susceptible de ser más grave en los siguiente: anomalía anatómica o funcional del árbol urinario, mujeres embarazadas, persona anciana inmunosupresión grave e insuficiencia renal crónica. El estudio biológico y radiológico es más complejos con el fin de anticipar la aparición de complicaciones, la pielonefritis aguda grave se relaciona con la sepsis grave, shock séptico u obstrucción de las vías excretoras, que requiere de un drenaje quirúrgico o intervención de urgencia. Enfisematosa es una forma de grave de la pielonefritis, también la xantogranulomatosa y la pielonefritis crónica son de evolución lenta y atípica y va evolucionando hasta la destrucción del riñón. (Doublet, 2017)

1.1. JUSTIFICACION

Las infecciones de las vías urinarias disponen entre los padecimientos más habituales en las citas médicas, hospitales e instituciones de cuidados ampliados, en la experiencia de medicina general el 80% de quienes padecen esta infección son mujeres. A lo largo de su vida, 50% de las mujeres que experimentan un episodio de infección en las vías urinarias 3 y 5% de ellas podrán tener múltiples recurrencias.

Según la revista cuba de medicina interna, son respuestas inflamatorias del urotelio a la invasión bacteriana, generalmente asociada con bacteriuria, piuria y síntomas como urgencia, incontinencia y disuria. A pesar de los avances en la patogenia y la epidemiología de las infecciones urinarias, estas permaneces como causa significativa de morbilidad, ocasionan un gran número de consultas médicas al año y con ello gastos considerables, particularmente en mujeres adultas sanas con infecciones urinarias recurrentes. Se calcula que 1 de cada 5 mujeres padecerá de infecciones urinarias en el transcurso de su vida y con mayor probabilidad entre los 20 y 60 años.

El presente trabajo de investigación se realiza con el objetivo de identificar los factores que influyen en la incidencia de la pielonefritis aguda con el fin de que nos permita analizar y presentar la situación de la paciente con antecedentes de infecciones recurrentes, para así poder valorarla por medio de métodos y técnicas de recolección de datos para la formulación de intervención de enfermería, para prevenir complicaciones de un órgano o que pueda llegar a una sepsis o una insuficiencia renal crónica.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería a una paciente adulta mayor con diagnóstico de pielonefritis aguda.

1.2.2 Objetivos Especifico

- Elaborar un plan de cuidados de enfermería de una paciente con diagnóstico pielonefritis aguda, siguiendo la taxonomía NANDA, NIC Y NOC, que contribuyan a solucionar o a disminuir los problemas de salud detectados.
- Valorar al usuario por medio de la aplicación de métodos, y técnicas de recolección de datos, identificación de problemas y/o necesidades del usuario, para la formulación de diagnóstico de enfermería.
- Educar a la paciente sobre la enfermedad y los factores que predisponen al problema de salud de salud que está manifestando.
- Fomentar el desarrollo de la práctica en nuestro entorno siguiendo esta metodología enfermera.

1.3. DATOS GENERALES

TABLA 1

Nombre y Apellido: NN	Numero de historial clínica: xxx
N° de identificación: 0200xxxxxx	Grupo sanguíneo: RHO+
Edad: 68 años	Estado civil: divorciada
Lugar y Fecha de nacimiento: San Miguel de Bolívar 20-06-1952	Ocupación: quehacer domestico
Lugar de procedencia: Chimbo, la magdalena	Instrucción: primaria Nacionalidad: ecuatoriana
Sexo: femenino	Raza: mestizo

Jennifer Gomez

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 68 años de edad, refiere malestar general hace algunos días de evolución, dolor en la región abdominal localizado en hipogastrio, acompañado con micciones frecuentes el mismo que se asocia al tenesmo vesical, disuria y polaquiuria, por lo que decide auto medicarse. Al día siguiente presenta escalofríos, y el dolor lumbar y pélvico con aumento más fuerte, más náuseas y vómitos un numero de 4 ocasiones, cefalea intensa y alza térmica de 39°C más hipertensión arterial de 170/65 mmHg, por lo que es traída por su hijo al hospital área de emergencia.

2.1.1 Historial Clínico

Tabla 2

HOSPITAL BÁSICO SAN MIGUEL DE BOLIVAR	
Fecha de ingreso: 28/05/2021	N° de historia clínica: 0200378057
Medidas antropométricas	Peso: 53.5kg Talla: 154cm

Jennifer Gomez

Antecedentes patológicos personales:

Paciente refiere tener antecedentes de infecciones de las vías urinarias muy seguidas, también es hipertensa, niega fumar o consumir alcohol o alguna

droga, aparición de menarquia a los 14 años de edad, ausencia de menarquia a los 48 años. No presenta ninguna clase de alergia a medicamentos.

Antecedentes patológicos familiares

Antecedentes paternos: Padre hipertenso

Antecedentes maternos: ninguno

hermanos hipertensos y diabéticos.

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Paciente de sexo femenino de 68 años de edad, ingresa al área de emergencia orientado en tiempo espacio y persona, al momento de la valoración de los signos vitales, presenta alza térmica de 39°C conjuntivas rosas, facies pálidas expresivas al dolor, náuseas y vomito en número de 4 ocasiones, presión arterial de 170/65 mmHg, frecuencia respiratoria 21 respiraciones por minuto, 102 de frecuencia cardiaca, campos pulmonares ventilados, cuadro clínico aproximadamente 3 días de evolución antes de ser ingresado y teniendo antecedentes de infecciones de vía urinaria frecuente, en la palpación presenta dolor a nivel pélvico y lumbar, signo gordiano + puño presión + extremidades de tono deshidratada.

Se realiza hidratación y exámenes de hematología y uro cultivo, cuyos datos observados se presencia pielonefritis aguda, por lo que personal de salud decide su ingreso.

2.3. Examen Físico

Valoración cefalocaudal

✚ **Cabeza:** normo cefálico, no se palpan prominencias, presenta cefalea en la parte frontal de la cabeza.

✚ **Ojos:** simétricos, pupilas isocoras foto reactivas, pupilas de color café oscuro.

✚ **Nariz:** Bien implantada, ausencia de malformaciones.

✚ **Boca:** bien implantada, lengua blanquecina por deshidratación, ausencia de úlceras, mucosa semi húmeda.

✚ **Cuello:** Simétrico, Sin adenopatías, movimientos presentes limpio en buen estado.

✚ **Tórax:** Simétrico y expansibles sin presencia de puntos dolorosos, campos pulmonares ventilados, movimiento respiratorio de ritmo normal, sin presencia de murmullo, mamas simétricas sin nódulos presentes, ritmos cardíacos normales.

✚ **Abdomen:** De consistencia blanda, suave y depresible, doloroso a la palpación a nivel pélvico y zona lumbar, ruidos aéreos presentes, presencia de signos de Giordano (+) y signo de puño percusión de Murphy (+).

✚ **Miembros Superiores e inferiores:** Simétricas, bien implantados ausencia de malformaciones, movimientos articulares doloroso, debido a que presenta osteoporosis.

✚ **Genitales:** con alteración fisiológica del tracto urinario por presentar tenesmos, disuria y polaquiuria.

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

✚ **Patrón 1: PROMOCION DE LA SALUD**

Percibe su estado de salud enfermo, pero considera que el tratamiento lo ayudara

✚ **Patrón 2: NUTRICION**

Paciente refiere que en los últimos días ha perdido el apetito debido a las náuseas y vomito.

 **Patrón 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO**

Con alteración fisiológica para vaciar completamente la vejiga, presenta tenesmo, disuria y polaquiuria.

 **Patrón 4: ACTIVIDAD/REPOSO**

Paciente refiere no poder dormir bien durante la noche por las micciones frecuentes.

 **Patrón 5: PERCEPCION/COGNICION**

La paciente no presenta alteración.

 **Patrón 6: AUTOPERCEPCION**

No existe problemas conductuales ni expresiones malos sobre el estado de su recuperación, es positiva y confía en dios que se recuperara pronto.

 **Patrón 7: ROL/RELACIONES**

Buena relación con sus hijos y amigos

 **Patrón 8 SEXUALIDAD**

No presenta problemas de trastornos sexuales.

 **Patrón 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Capaz de afrontar sus problemas de forma efectiva, sin recurrir al alcohol o drogas.

 **Patrón 10: PRINCIPIOS VITALES**

La paciente no presenta alteración

 **Patrón 11: SEGURIDAD/PROTECCION**

La paciente se siente protegida y querida por sus hijos.

 **Patrón 12: CONFORT**

 **Patrón 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO**

La paciente no presenta alteración

Patrones funcionales alterados

1. Nutrición
2. Eliminación e intercambio
3. Actividad y reposo

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Se le realizo exámenes complementarios

- **Biometría**

Nombre de la prueba	Resultado	Valor de referencia (h)	Valor de referencia (m)

Leucocitos	13. 300 MM	5000-10000	5000-10000
Hematocrito	35,2%	41-52	38-46
Hemoglobina	12.7 g/dl	13.30-16.80	12,00-15,00
Hematíes	4130000 mm3	4600000-5800000	4200000-5200000
Plaquetas	157.000 mm3	150,000-450,000	150,000-450,000
MCV	85.3 fl	80.0-100.00	80.0-100.00
MCH	30.7 pg	27.0-34.00	27.0-34.0
MCHC	36.0 g/dl	32.0-36.0	32.0-36.0

- **URO ANÁLISIS**

Físico.

Aspecto: lig. Turbio

Color: amarillo

Densidad. 1005

Ph: 7

Químico

PARAMETRO	INTERVALO DE LECTURA
LEUCOCITOS	+++
C. CETONICOS	NEGATIVO
PROTEINA	+
GLUCOSA	NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO
BILIRRUBINA	NEGATIVO
SANGRE	+++
HEMOGLOBINA	NEGATIVO
NITRITO	NEGATIVO

Microscópico

CELULAS EPITELIALES	1-3	XC
---------------------	-----	----

CELULAS ALTAS	0	XC
PIOSITOS	CAMPO LLENO	XC
HEMATIES	16-18	XC
BACTERIAS	++	XC
FILAMENTOS DE MOCO	+	XC
GRAM DE GOTA FRESCA	BACILO GRAN NEGATIVO ++	XC

- **Química sanguínea**

PRUEBAS	RESULTADOS	VALOR REFERENCIAL
GLUCOSA(ayunas)	102,44 mg/dl	70-110 mg/dl
CREATININA	1,08 mg/dl	M: 0,5-0,9 mg/dl
UREA	41,10 mg/dl	14-45 mg/dl
ACIDO URICO	3,43 mg/dl	M: 2,4-5,7 mg/dl

- **Ecografía**

Informe

Riñones de forma, tamaño y eco estructura habitual. Relación cortico medular respetada. No signos de macro litiasis. Presencia de discreta dilatación uréter pielica en ambos de origen no determinado por ecografía.

Riñón derecho mide: 9.9x 40.1x 3,2 cm, cortical de 1,2 cm

Riñón izquierdo mide: 9,4x4.5x2,5cm cortical de 1.2 cm

No liquido libre ni colecciones peri renales.

Vascularidad conservada.

2.5. Formulación Diagnostica

- **Diagnostico presuntivo:** pielonefritis acompañado con insuficiencia renal.
- **Diagnóstico diferencial:** nefritis aguda
- **Diagnóstico definitivo:** pielonefritis aguda más hipertensión arterial.
- **Diagnostico enfermero:** Riesgo de la perfusión renal ineficaz, hipertermia, deterioro de la eliminación urinaria.

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar.

Al determinar este caso clínico, comprobamos que esta patología es una de las infecciones urinarias más habituales en mujeres debido a la fisiología del aparato reproductor femenino, y cuando no es curada a tiempo puede presentarse una pielonefritis, la cual es una dificultad peligrosa, ya que si se deja progresar puede subir a los riñones causando consecuencias en los riñones y alcanzando a una insuficiencia renal crónica, o aparición de sepsis que es un origen potencial de mortalidad.

Procedimiento a realizar

Tratamiento

Tiene como objetivo combatir la infección bacteriana, deshacer los síntomas, impedir complicaciones y sistematizar el estado de salud de la paciente.

Primera Medidas

- Valoración inicial
- Control de signos vitales
- Medios físicos
- Canalización de vía periférica
- Iniciar hidratación y reposición de líquidos
- Iniciar tratamiento farmacológico
- Dieta blanda hipo sódica.

Segunda Medida

- Realizar notas de enfermería
- Control de ingesta y excreta
- Vigilancia habitual de la diuresis, incluyendo frecuencia, consistencia olor y color de la orina.

- Educar a la paciente sobre signos y síntomas de la infección y medidas de higiene.

Tratamiento farmacológico

Tabla3

FÁRMACOS
Cloruro de sodio al 0,9 % 1000 cc, pasar bolo de 500 mg, luego 5ml/h
Ampicilina mas IBL 3gramos IV cada 12 horas.
Paracetamol 1g IV STAT
Omeprazol 40 mg
Magaldrato mas Simeticona 10ml
Losartan 50 mg cada 12h
Metoclopramida 10mg
Flavoxato 200 mg

Fuente. Autoría propia

2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Cuando se diagnostica una pielonefritis mediante exámenes complementarios, se realiza el inicio del tratamiento farmacológico con antibiótico, principalmente se estabiliza Hemodinámicamente al paciente durante su estadía en el hospital, mediante la toma de signos vitales, y seguimiento de la enfermedad para evitar sensibilidad del fármaco o resistencia del mismo.

Al momento del ingreso se hace la toma de signos vitales, e inmediatamente se realizó medios físicos y canalización de vía periférica para la aplicación de medicación para bajar la hipertermia y para la hidratación de la paciente, también medicamentos para la hipertensión control de diuresis y NPO para la toma de exámenes.

Se educó e informo a la paciente sobre su estado de salud brindándole un ambiente saludable y seguro.

De la misma manera, en el siguiente trabajo se aplicó el modelo de cuidados en de Dorothea Orem, con su teoría del déficit del autocuidado. Esta teoría está justificada por la intención enfermera de fomentar la independencia, tratando de que se restablezcan o adquieran las destrezas, habilidades y conocimientos para realizar los Autocuidados. Los individuos tienen capacidad para realizar las actividades necesarias para vivir (autocuidados). Los autocuidados son “las actividades que los individuos realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida y el bienestar.

Están condicionados por diferentes factores: edad, maduración, cultura, capacidad física, motivación, conocimientos, valores, etc. Cuando una persona no los puede realizar por sí mismo, tiene un déficit de autocuidado y requiere ayuda”. Dorothea Orem define el objetivo de la enfermería como: “Ayudar al

individuo a llevar a cabo y conservar por sí mismo operaciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad” (Naranjo-Hernández, 2019). Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando de déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Dorothea Orem presenta tres teorías generales que son:

Teoría del autocuidado: concibe al ser humano como organismo biológico racional y pasante, como integral que tiene la capacidad de conocer, utilizar las ideas, las palabras para dialogar, tiene capacidad de recapacitar sobre su propio con el fin de llevar su autocuidado dependientemente.

Teoría de déficit de cuidado: la salud tiene diferentes componentes que son, salud integral física, estructural y funcional; ausencia del defecto que implique deterioro de la persona. Por lo tanto, se considera como la persecución del bienestar de la persona.

Teoría de sistema de enfermera: servicio humano, que se presta cuando una persona no puede cuidarse por sí sola, para mantener su salud bienestar y vida, debido a la incapacidad de las situaciones del mismo. (Naranjo HY, 2017)

PAE

NANDA: Dominio:
ACTIVIDAD/REPOSO

RIESGO DE LA PERFUSIÓN RENAL INEFICAZ

R/C: PIELONEFRITIS AGUDA

Dominio: SALUD FISIOLÓGICA

Clase: ELIMINACION

Campo I: Fisiológico Básico

Clase 2B: Fomento de la

Etiqueta: Manejo del dolor

E/P: dolor en la región del epigastrio renal
acompañado con náuseas, vómito e hipertensión arterial
esencial.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL				X	
BALANCE DE INGESTA				X	
TURGENCIA CUTANEA				X	
ALZA TERMICA				X	

Evaluación exhaustiva del dolor (localización, características, inicio, duración, frecuencia, intensidad o gravedad, factores precipitantes).

Administración de antibióticos prescritos y analgésicos valorando su eficacia. Estimular al paciente a solicitar la medicación antes de que el dolor resulte intenso.

Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color según corresponda

Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios de dolor al ir al baño y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales. (control de egresos)

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Deterioro de la eliminación urinaria

R/C: infección del tracto

Dominio II: ELIMINACION

Clase: ELIMINACION

Etiqueta: ELIMINACION

Campo I: Fisiológico Básico

Clase 2B: Control de la

Etiqueta: 0590 Manejo de la

E/P: disuria, polaquiuria,
tenesmo vesical.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
050301 PATRON DE ELIMINACION		X			
050302 OLOR DE LA ORINA			x		
050303 CANTIDAD DE LA ORINA			X		
050309 DOLOR AL ORINAR			X		
050331 MICCION FRECEUNTE		X			

Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia olor, volumen, y color, según corresponda.

Explicar a la paciente sobre los signos y síntomas de infección del tracto urinario

Enseñar a la paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, según corresponda

Ayudar a la paciente con la rutina de ir al baño asearse.

Enseñar a la paciente a beber 250 ml de líquido con las comidas, y al anochecer.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

2.8. Seguimiento.

Durante su estadío hospitalarias continua el debido control de:

- Control de signos vitales
- Balance hídrico
- Educación sobre medidas de higiene y confort

Reportes diarios de enfermería

29/05/21

Paciente femenino de 68 años de edad, consiente orientada en tiempo espacio y persona durante el día permaneció en condiciones estables y en la noche presento cefalea más alza térmica de 39.2°C dolor a nivel lumbar acompañado de nauseas que llegaron al vomito 1 por una ocasión refiere malestar general más disuria, se le administra el antipirético y sede un poco al momento con una temperatura de 37.4°C, refiere que ha disminuido dolor y presente eliminación premiable.

30/05/21

Paciente femenino de 68 años de edad, consiente orientada en tiempo espacio y persona, durante el día refiere cefalea de poca densidad, signos vitales normales, vía permeable normal, abdomen no doloroso a la palpación, y durante la noche ya no presenta tanto dolor al momento de miccionar, se administra medicación prescrita, pendiente eco renal y se brinda cuidados de enfermería.

31/05/21

Paciente de sexo femenino de 6 años de edad, durante la noche descansa tranquila, consiente orientada en tiempo, espacio y persona, signos vitales dentro de los valores normales, paciente refiere cefalea, intolerancia a la luz facies ligeramente pálidas, abdomen suave no doloroso, eliminación fisiológica presente,

se administra medicación prescrita por el médico, vía periférica permeable, se brinda cuidados de enfermería.

01/06/21

Paciente femenino de 68 años de edad, consiente orientada en tiempo, espacio y persona, signos vitales dentro de los valores normales, afebril, hidratada con Glasgow de 15/15, refiere cefalea de intensidad moderada, intolerancia a la luz facies ligeramente pálidas, abdomen suave depresible no doloroso, eliminación fisiológica presente, se administra medicación prescrita por el médico, vía periférica permeable, se brinda cuidados de enfermería.

02/06/21

Paciente adulto mayor de 68 años de edad es dado de alto por encontrarse en mejores condiciones al momento no refiere ningún dolor, ni cefalea se encuentra afebril, hidratada con signos vitales dentro de los valores normales, eliminación fisiológica presente, se retira vía periférica se da consejería a la paciente sobre las medidas de higiene y signos de alarma de la pielonefritis aguda, también se explica sobre la medicación que tiene que tomar en su hogar.

2.9 Observaciones

Mediante la investigación manifestada de la paciente, se pudo conseguir datos principales de la historia clínica, así se pudo detectar los factores de riesgos que intervino en su evolución de este caso clínico.

Se educó a la paciente y a sus hijos sobre los signos de alarma de la pielonefritis, también se les informo sobre las posibles complicaciones, si puede llegar a repetirse este cuadro clínico, también sobre las medidas de higiene que tiene que tomar en su vida cotidiana.

El tratamiento médico junto al método de cuidados de enfermería trabajado en la paciente, se observó la recuperación de la paciente.

Plan de alta en enfermería.

- Se educó a la paciente sobre la importancia de limpiar adecuadamente sus partes íntimas al momento de ir al baño, no aguantarse las ganas de ir a miccionar ya que con eso evitamos inflamación de la vejiga.
- Beber suficiente agua en el día.
- Evitar baños en tinas y evitar hacer vaporaciones genitales.
- Evitar usar ropa ajustada. Preferible ropa cómoda de algodón.

Conclusiones

Mediante el caso clínico presentado de una paciente con cuadro clínico de una pielonefritis aguda, concluí que las infecciones urinarias son muy frecuentes en las mujeres, debido a su anatomía, y que si no se trata a tiempo puede llegar a un pielonefritis aguda, crónica o a una insuficiencia renal, como parte del equipo de salud debemos actuar desde el primer contacto con la paciente, mediante la recogida de datos para formar la historia clínica una buena exploración física y exámenes complementarios, para confirmar el verdadero diagnóstico de la paciente, y actuar con antibióticos y los cuidados de enfermería.

A través del proceso de enfermería, se puede identificar las necesidad y problemas que interfieran en su salud, y realizar un plan de cuidados en la realización de las actividades que contribuyan a su salud y rápida recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

- BOVILLE, G. A. (2022). *Clinica Universal de Navarra*. Obtenido de Clinica Universal de Navarra: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pielonefritis>
- Donoso Mera, J. A. (2017). *prevalencia de pielonefritis aguda causada por bacterias resistentes en el servicio de medicina interna del Hospital Luis Gabriel Davila(Tulcan) en el periodo comprendido entre Abril 2014 a Marzo 2017*. Quito.
- Doublet, J. (2017). Pielonefritis no complicadas y complicadas del adulto: diagnóstico y tratamiento. *sciencedirect*, 1-14.
- Ferreira, J., & Facal, J. (2019). Pielonefritis aguda: abordaje diagnostico y terapeutico. *ResearchGate*, 21-26.
- García-Perdomo, N. G. (17 de Enero de 2022). Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario en adultos. *Revista mexicana de urología*, 14. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-40852020000100301&script=sci_arttext
- Gil Bermejo, J. M., Cabello, V., Campoy Martinez, P., & Barrera Chacon, J. (10 de Enero de 2018). *guia prioam*. Obtenido de guia prioam: <https://www.guiapriom.com/indice/pielonefritis-aguda/>
- Guillen Valera , J. (14 de Junio de 2022). *Cuidate*. Obtenido de Cuidate: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/urologicas/pielonefritis.html>
- Guzman, N., & Garcia Perdomo, H. A. (2019). novedades de diagnostico y tratamiento de la infeccion de tracto urinario en adultos. *revista Mexicana de Urologia*, 1-14.

Naranjo HY, C. P. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem.

Gaceta Médica Espirituana. 19. Obtenido de Scielo:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>

Naranjo-Hernández, D. Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth

Orem. *Rev. Arch Med Camagüey Vol23(6)*, 12. Obtenido de Modelos

metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc196m.pdf>

OREN . (2019). *MODELOS DE ENFERMERIA*.

PREVALENCIA DE PIELONEFRITIS AGUDA CAUSADA POR BACTERIAS

RESISTENTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL

LUIS GABRIEL DÁVILA (TULCÁN) EN EL PERIODO COMPRENDIDO

ENTRE ABRIL 2014 A MARZO 2017 (Abril de 2017).

Rodriguez Samper, M., & Monteangulo Martinez, N. (14 de JULIO de 2017). *sanidad*.

Obtenido de sanidad:

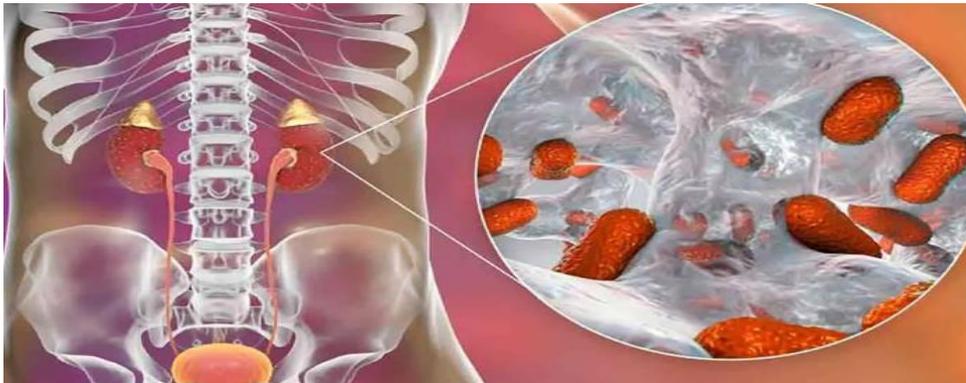
https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/bft_infecciones_urinarias.pdf

TUBAY PILAY, J. J. (27 de abril de 2018). *dspace*. Obtenido de dspace:

[http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4435/E-UTB-FCS-ENF-](http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4435/E-UTB-FCS-ENF-000043.pdf;jsessionid=32A6229FCC7B29285D6A7329992A6153?sequence=1)

[000043.pdf;jsessionid=32A6229FCC7B29285D6A7329992A6153?sequence=1](http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4435/E-UTB-FCS-ENF-000043.pdf;jsessionid=32A6229FCC7B29285D6A7329992A6153?sequence=1)

ANEXOS



Formulario de historia clínica y examen físico. Incluye datos de identificación, antecedentes, y un examen físico detallado con diagramas de la cabeza, tórax, abdomen y extremidades. Se observan signos de hipertensión arterial y edema de miembros inferiores.

LABORATORIO CLÍNICO MICROBIOLÓGICO "ARCANGEL SAN MIGUEL".
 Dra. Jhina Abril Arbolada
 Especialista en MICROBIOLOGÍA
 TELEFONOS: 03-237-928 - 091640378

PACIENTE: **INA MELVA PEREZ**
 MEDICO: **HORREYANTE EN FORMA DE SIMA DE MELETER ALBARRAN**
 ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
 FECHA DE RECEPCION: 08-08-2013
 FECHA DE ENTREGA: 08-08-2013

TIPO DE EXAMEN: BIOMETRIA HEMATICA

LEUCOCITOS	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA HOMBRE	VALOR DE REFERENCIA MUJERES
LEUCOCITOS	13.300/mm ³	5000 - 10000	5.000 - 10.000
HEMATOCRITO	35,2 %	41 - 52	38 - 46
HEMOGLOBINA	12,7 g/dl	13,30 - 16,80	12,00 - 15,00
HEMOGLOBINOPENIA	4.130.000/mm ³	4.600.000 - 5.800.000	4.200.000 - 5.200.000
HEMOGLOBINURIA	157.000/mm ³	150.000 - 450.000	150.000 - 450.000
HEMATOCRITO	85,3 fl	80,0 - 100,00	80,0 - 100,00
HEMATOCRITO	30,7 PE	27,0 - 34,00	27,0 - 34,00
HEMATOCRITO	36,0 g/dL	32,0 - 36,0	32,0 - 36,0

FORMULA LEUCOCITARIA:

NOMBRE DE LA PRUEBA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
SEGMENTADOS	91 %	55 - 70 %
EOSINOFILOS	2 %	1 - 4%
LINFOCITOS	5 %	20 - 40%
MONOCITOS	2 %	2 - 8%
PLAQUETAS	0	0,3 - 1%

Calidad de la muestra: Califica para análisis
 Validado por: Dra. B.F. Jhina Abril Arbolada.
 Técnica: Automatizada y manual

RESPONSABLE: *[Firma]*

Ministerio de Salud Pública
HOJA DE CONTROL DE INGESTA Y ELIMINACION
 NOMBRE: **Sra. Ina Melva Perez**
 CAMA: **10**
 SALA: **Urología - 2do**
 FECHA: **08/08/2013**

HORA	INGESTA		ELIMINACION	
	CANT.	TIPO	ORINA	VOMITO
08:00	150	Jugo	140	0
09:00	250	Sopa	150	0
SUBTOT.	400		290	0
13:00	150	Sopa	150	0
14:00	150	Agua	150	0
SUBTOT.	300		300	0
19:00	500	Agua	450	0
SUBTOT.	500		450	0
TOTAL	1200		1040	0

TOTAL EN LAS 24 HORAS

Document Information

Analyzed document	MARCO TEORICO URKUM.docx (D142218708)
Submitted	7/19/2022 11:07:00 PM
Submitted by	
Submitter email	jgomez982@fcs.utb.edu.ec
Similarity	5%
Analysis address	acalderon.utb@analysis.orkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19805/4/PIELONEFRITIS.pdf Fetched: 10/7/2019 12:53:23 AM		1
W	URL: https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/urologicas/pielonefritis.html Fetched: 3/18/2021 5:59:28 PM		2
W	URL: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pielonefritis Fetched: 1/14/2020 1:52:49 AM		1

2/4	SUBMITTED TEXT	13 WORDS	100% MATCHING TEXT	13 WORDS
	Dolor a la palpación en la región lumbar, más concretamente en el		dolor a la palpación en la región lumbar, más concretamente en el	
W	https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/urologicas/pielonefritis.html			
3/4	SUBMITTED TEXT	15 WORDS	100% MATCHING TEXT	15 WORDS
	Con bastante frecuencia se acompaña de síntomas del tracto urinario inferior TUI como, disuria,		Con bastante frecuencia se acompaña de síntomas del Tracto Urinario Inferior (TUI), como disuria (
W	https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/urologicas/pielonefritis.html			
4/4	SUBMITTED TEXT	12 WORDS	95% MATCHING TEXT	12 WORDS
	el tratamiento profiláctico consiste en administrar antibiótico o antiséptico a bajas dosis.		El tratamiento profiláctico consiste en administrar un antibiótico o antiséptico a bajas dosis,	
W	https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pielonefritis			

