



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO EN
UNA PACIENTE EMBARAZADA CON GLOMERULO
NEFRITIS MEMBRANOSA.**

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

P R E S E N T A :

PATRICIA LÓPEZ VARELA

No. CUENTA: 404115597

DIRECTORA DEL TRABAJO:
L.E.O. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ



MÉXICO, D.F., NOVIEMBRE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

En agradecimiento a la Universidad Autónoma de México y en especial a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por la oportunidad otorgada para mi formación profesional.

A todos a aquellos maestros que facilitaron mi realización con ayuda teórica y práctica, en las aulas de la escuela y en las diferentes áreas de hospitalización donde realice mis prácticas.

Dedico con cariño esta tesis a mis padres he hijos quienes motivaron a que en cada línea que plasmaba lograron cada vez mas mis objetivos y a quienes inyectaron en mi el coraje para derrumbar cuanto obstáculo existiera para alcanzar mi meta, sin importar que tan difícil fuera, ni que tan lejos estuviera.

A mis hermanos por haber tenido la confianza suficiente en mí para el logro de mi objetivo planteado.

A mis amigas (os) por haberme brindado su apoyo en los momentos en que mas los necesitaba, por dejar compartir con ellas(os) mis tristezas y mis alegrías, por todo eso y mas por ser mis amigos.

De manera especial, dedico la presente a alguien, que sin duda alguna forma parte de mi vida y que me motiva con su amor a seguir adelante “Mi novio”

Especialmente a “Dios” por darme la gracia de venir al mundo y la fuerza necesaria para seguir adelante, pero sobre todo por permitirme trabajar para el, a través de mis hermanos los mas desvalidos

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVO

- 1.1 General
- 1.2 Específicos

2. JUSTIFICACIÓN

3. METODOLOGÍA

4. MARCO TEORICO

4.1.1 Antecedentes de Enfermería

4.1.2 Enfermería y Sociedad

4.2 PROCESO DE ENFERMERIA.

4.2.1 Concepto de Proceso de Atención de Enfermería.

4.2.2 Características del Proceso de Atención de Enfermería.

4.2.3. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

4.2.3.1. Valoración.

4.2.3.2. La Observación.

4.2.3.3. Entrevista.

4.2.4. Historia Clínica de Enfermería.

4.2.5. Diagnóstico de Enfermería.

4.2.6. Definición del Diagnóstico de Enfermería.

4.2.7. Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.

4.2.8. Normas para describir los Diagnósticos de Enfermería.

4.2.9. Diagnósticos de Enfermería aprobados por la NANDA.

4.2.10. Lista de Diagnósticos de Enfermería.

4.2.11. Planeación.

4.2.12. Ejecución.

4.2.13. Evaluación.

4.3. CONCEPTUALIZACION DE UN MODELO.

4.3.1. Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.

4.3.1.1. Aplicación del Modelo de Virginia Henderson.

4.4. ANATOMÍA DEL APARATO RENAL

4.4.1. fisiopatología.

4.5. GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA

4.5.1. Definición.

4.5.2. Cuadro clínico.

4.5.3. Diagnóstico.

4.5.4. Tratamiento.

4.5.5.

4.5.6. Cuidados de Enfermería

5. HISTORIA CLÍNICA

5.1 HISTORIA CLINICA

5.1.1 Ficha de Identificación.

5.1.2 Antecedentes en General.

5.1.3 Exploración Física.

5.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON.

6. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

6.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

6.2 PLAN DE CUIDADOS.

7. PLAN DE ALTA

8. CONCLUSIONES

9. GLOSARIO

10. ANEXOS

Introducción

Es de gran importancia para el Profesional de enfermería contar con un instrumento en la practica que pueda asegurar la calidad de los cuidados al paciente, familia y comunidad, que asegure la atención individualizada y ofrezca ventajas para el profesional que presta la atención, para quien la recibe y permita evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanentemente como sujeto de atención.

En este proceso se observa al paciente de manera holística, para detectar las necesidades que están comprometiendo su salud, a través de la valoración, en donde se obtendrán los datos objetivos y subjetivos, para organizar información del paciente y su entorno, para establecer diagnósticos de enfermería que permitan el desarrollo de estrategias, para prevenir, minimizar o corregir los problemas relacionados a su padecimiento.

Se pondrán en práctica los cuidados planeados y se evaluará las respuestas del paciente para determinar si se han conseguido los objetivos

La patología renal aguda o crónica se puede asociar con edema generalizado y proteinuria, aumento de la presión arterial y disminución de la diuresis. Estos síntomas en raras ocasiones empeoran durante el embarazo a no ser que se añada una hipertensión a una función renal previamente afectada, ocasionando efectos fetales o neonatales debido a la pérdida o retención de volumen plasmático, la circulación uterina puede estar disminuida o aumentada. Como consecuencia el feto puede sufrir déficit de nutricional. El crecimiento intrauterino retardado es frecuente en el feto de la mujer con neuropatías.

La prevención de las enfermedades renales se basa en gran medida en las recomendaciones de enfermería a las embarazadas a las cuales se les debe enseñar a practicar una higiene peri anal correcta y a comunicar si aparece alguna indicación de infección vaginal así mismo fomentar el control prenatal durante el embarazo, animar a la paciente embarazada a que ingiera por lo menos tres litros diarios de líquidos al día son factores importantes en los cuales debemos hacer hincapié como personal de salud y así poder evitar posibles complicaciones

El proceso se desarrollo para satisfacer las necesidades básicas de una mujer embarazada con 26 semanas de la cual ingresa al hospital con amenaza de aborto, la cual a la entrevista refiere haber tenido cuadros frecuentes de infecciones repetidas de vías urinarias durante su adolescencia y antes del embarazo ,misma que se va con un plan de alta y regresa a las 35.1 semana de gestación, por fecha ultima de menstruación (FUM) ,con un diagnostico de glomerulonefritis membranosa;y esta basado en un modelo conceptual de Virginia Henderson la cual conceptualiza a la persona como un ser humano unció y complejo que para mantener su salud debe satisfacer necesidades básicas.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Proporcionar atención integral con base en conocimientos teóricos, científicos y humanísticos que sistematicen los cuidados de enfermería en el embarazo, al mismo tiempo aplicar el proceso de atención de enfermería a una paciente con glomerulonefritis membranosa en estado de gravidez en el servicio de alojamiento conjunto en Hospital Manuel Gea González.

1.2 Objetivos específicos

Dar a conocer el proceso de atención de enfermería de la glomerulonefritis membranosa en el embarazo.

Conocer la fisiopatología de la glomerulonefritis membranosa y sus diferentes manifestaciones clínicas así como los cambios fisiológicos en el embarazo.

Identificar y detectar oportunamente alteraciones que presente la mujer durante el ciclo de embarazo.

Planificar y Establecer en forma global los cuidados de enfermería para coadyuvar en la recuperación de la paciente embarazada con alteraciones.

Valorar si existe riesgo de sobrecarga de volumen, en presencia de insuficiencia renal en la mujer embarazada la importancia de una nutrición adecuada.

2. Justificación

El enfoque del cuidado de la salud es complejo, requiere la intervención de profesionales que trabajen en un equipo multidisciplinario

No importe si el trabajo se realiza en equipo de forma individual, la eficacia del resultado de las intervenciones de enfermería responde a la capacidad de identificar los problemas, emitir un juicio sobre ellos, y a la posibilidad de prescribir y ejecutar las actividades adecuadas.

El proceso de atención de enfermería posibilita relacionar la teoría con la práctica analizar el resultado de las acciones profesionales en los individuos o grupos y comprobar la calidad de los cuidados proporcionados.

El presente trabajo se realiza con la finalidad de integrar conocimientos, teorías, y prácticas de enfermería en el cuidado materno infantil, así como el identificar, formular e integrar cuidados específicos en paciente con probables complicaciones en el embarazo como lo es la glomérulo nefritis membranosa cuyo trastorno se presenta aproximadamente en 2 de cada 10.000 personas y puede darse a cualquier edad, pero es más común después de los 40 años y desencadenarse con el embarazo¹.

Espero que pueda aportar los datos necesarios respecto a la enfermedad así mismo conocer las respuestas únicas del individuo y alteraciones de salud reales o potenciales por lo tanto sistematizar los cuidados de promoción, mantenimiento y recuperación con independencia del entorno. para poder brindar una atención de alta calidad.

3. Metodología

El presente Proceso Atención de Enfermería se eligió como opción de titulación, para lo cual surgió la necesidad inicialmente de realizar una revisión bibliográfica del modelo teórico de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería.

Posteriormente se solicitó asesoría de una docente de la ENEO la cual acepto fungir como asesora del trabajo, programando las asesorías pertinentes en la misma escuela y llevando a cabo revisiones periódicamente de manera personal para las correcciones al trabajo.

Se obtuvo información en diferentes referencias bibliográficas de apoyo para sustentar las bases teóricas de la elaboración de este proceso para así llegar a su desarrollo y aplicación y así mismo desarrollar un marco teórico debidamente fundamentado.

Posteriormente se realizó la elección de la persona con la cual se realizará el proceso, aplicando la primera etapa del proceso que es la valoración en la cual se valorarán las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson a través de entrevista directa con la persona en el hospital Manuel Gea González, utilizando un instrumento la entrevista por las tardes, ya que es el horario de prácticas hospitalarias.

Con base en los datos obtenidos se realizaron los Diagnósticos de Enfermería como recurso se utiliza la bibliografía de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) así mismo se desarrollará la tercera etapa del proceso, llevando a cabo la planeación de las acciones de enfermería en base a la identificación de las necesidades prioritarias de la persona, elaborando objetivos a seguir, posteriormente se llevo a cabo la ejecución de las acciones planeadas, evaluando los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada etapa, observando los resultados y beneficios

Considerando los conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson a la: :

- Enfermería / Respuesta Humana
- Persona / Independencia
- Salud / Dependencia, causas de dificultad del problema
- Rol profesional : cuidados de enfermería y relación con el equipo de salud.

- Entorno: Factores ambientales y socioculturales.

Enfermería. Es la ciencia que recurre al método científico para describir, entender, predecir y finalmente obtener cierto grado de control sobre su objeto de estudio: la respuesta humana a los problemas de salud reales y/o potenciales.

Respuesta humana es un término construido a partir de planteamientos humanistas. A través de las respuestas humanas, Enfermería busca unidades de análisis factibles de valorar, diagnosticar y tratar. Cada diagnóstico de Enfermería es una respuesta humana.

Persona. La persona humana es única e irrepetible. Está conformada integralmente por elementos inseparables psicosociales, culturales, espirituales, anatomofisiológicos. Sus características biológicas son comunes a toda especie viva y las psicológicas y sociales a algunas de ellas, no así las espirituales que corresponden exclusivamente a la persona humana.

Salud. Es el nivel funcional óptimo de los patrones de respuesta humana, el cual se considera como el producto del cuidado de enfermería dentro de un sistema de salud inmerso en un medio cultural determinado y un sistema socioeconómico que lo condiciona. Se cree que la manera en que las personas interactúan con su medio, es un proceso continuo de adaptación, sus capacidades de funcionamiento no son algo absoluto, pues pocas personas están libres de incapacidades.

Entorno. Factores internos y externos próximos al paciente que influyen positiva o negativamente en situación de salud / enfermedad son elementos importantes del entorno el sistema de salud, la familia y la comunidad

Así cada persona figura como ser humano único y complejo con componentes biológicos , psicológicos, sociales, culturales y espirituales que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener su integridad física y promover al desarrollo y su crecimiento.

Necesidades básicas:

1. Oxigenación
2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación
4. Movimiento y mantener buena postura
5. Descanso y sueño
6. Usar prendas de vestir adecuadas

7. Termorregulación
8. Higiene y protección de la piel
9. Evitar peligros
10. Comunicación
11. Vivir según sus creencias y valores
12. Trabajar y realizarse
13. Jugar y trabajar en actividades recreativas
14. Aprendizaje

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, para crecer y desarrollarse a lo largo de la vida.

4.MARCO TEORICO ENFERMERÍA

4.1Antecedentes de Enfermería en México

La carrera de enfermería en sus inicios no tenía una preparación formal, su enseñanza se denominaba las artes de enfermería y consistía en el cuidado de enfermos, atención que realizaban religiosas de distintas órdenes, a quienes ayudaban mujeres sin ninguna preparación y además realizaban labores de tipo doméstico.

En 1903, se inicia la enseñanza formal de la enfermería en México, el doctor Eduardo Liceaga, Director de la Escuela de Medicina, organizó el curso de clases preparatorias para adiestramiento de enfermeras. Al inaugurarse, en 1905 el Hospital General, "la enseñanza y la educación fueron elementales" las egresadas de este primer grupo se hicieron cargo de los servicios de Enfermería. Tal acontecimiento incremento la demanda de servicios y la creación de otros y consecuentemente la preparación de enfermeras. En 1907, se funda formalmente en México la primera escuela de Enfermería.¹

Al triunfo de la revolución se establece en el país una política nacional de salud dentro del contexto de la política general de desarrollo nacional, lo que favoreció el auge de las ciencias médicas y de la enfermería.

Después de la reapertura de la Universidad Nacional, en 1911, la enseñanza de la Enfermería se incorpora a la Escuela de Medicina, teniendo como centro de enseñanza el Hospital General. Se impartían dos carreras: Enfermería y Obstetricia.

En 1945, se logra la autonomía de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina, y a partir de ese momento se denomina Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, siendo el primer director el doctor Everardo Landa, desde entonces se han logrado avances en el ámbito asistencial, académico y administrativo.

De 1957 a 1961 se introdujo en el plan de estudios un enfoque preventivo, y por primera vez se incluyó la materia de Introducción a la Salud Pública, realizando las prácticas en centros de salud, así mismo se intenta establecer bachillerato como requisito previo de ingreso a la escuela.

¹ Ibid. P. 21

Nuevamente se reestructura el plan de estudios de la carrera de enfermería, en 1966-1974, estableciéndose la licenciatura en enfermería y obstetricia con duración de cuatro años e implementándose el sistema por semestres y créditos. También se suprime la carrera obstetricia y se planea el sistema de universidad abierta.

En 1977, se implementa el programa de actualización con los cursos de: El método científico en el proceso de atención a la salud, sistematización de la enseñanza y Orientación en educación sexual, además se implementa el programa de enseñanza continúa. En 1978 se inicia la creación de la división de estudios superiores con la programación de la maestría en Administración y Formación de Recursos de Enfermería en los Servicio; de Salud y en este mismo año se crea el Departamento de Programación.

En el período 1979-1982. Se enfatiza sobre los avances obtenidos, creándose la coordinación de Investigación y-el departamento de Audiovisual

4.2 Proceso De Enfermería.

Marco de Referencia Teórico

La teoría de enfermería sobre interacción terapéutica, conceptualiza dos ámbitos de acción que constituyen el marco teórico de referencia para el ejercicio disciplinar. El ámbito socioemocional se basa en la teoría de enfermería sobre percepción humana de la salud-enfermedad y en ciencias de naturaleza psicosocial que la apoyan. El ámbito técnico directivo o instrumental se basa en conocimientos de ciencias biológicas. ²

Ambos ámbitos se integran durante el proceso de cuidado, que además requiere conocimientos de naturaleza instrumental, tales como estadística, investigación, epidemiología, administración y didáctica, para el diagnóstico y tratamiento de 167 respuestas humanas, así como para la prevención de problemas interdependientes.

Problema interdependiente, interdisciplinario o de colaboración “Es la complicación real o potencial de una enfermedad primaria, traumatismo o tratamientos médicos o

² . Titt Dorothy Elizabeth, Victoria Morán Aguilar y Alba Lily Mendoza Robles.

quirúrgicos que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdisciplinarias de enfermería”³ Implica conocimientos biomédicos.

Marco de Referencia Metodológico

Es una forma de proceder que es propia, llamada proceso atención de enfermería (PAE). El PAE es el medio para el logro del nivel funcional óptimo de las respuestas humanas a la salud/ enfermedad. Está estructurado en cinco etapas: 1. Valoración.- 2. Diagnóstico.- 3. Planificación.- 4. Ejecución y 5. Evaluación.

En el ámbito socioemocional, la valoración se realiza a través de la entrevista no estructurada con base en las inferencias científicas sobre percepción y la aplicación de los siete principios de la entrevista de enfermería. Para las otras etapas del proceso, se utilizan técnicas propias del modelo de interacción terapéutica: clasificación, categorización, generalización e hipótesis. En el ámbito técnico directivo o instrumental, la valoración se hace a través de la entrevista y la observación estructuradas, la palpación, auscultación y percusión.

4.2.1 Concepto de Proceso de Atención de Enfermería.

El proceso es un método sistematizado y organizado para administrar los cuidados de enfermería, centrándose en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona con alteraciones de salud reales o potenciales. El proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería. Este proceso se utiliza para identificar , planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de Enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

La definición dada por la Organización Mundial de la Salud resume las características del proceso de Enfermería, resaltando que muchas de las características mencionadas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución de problemas y la toma de decisiones. Todo ello contribuye a la valoración, planificación, implementación y evaluación de los cuidados de un modo sistemático. La definición dada por la OMS (1977) declara:

"El proceso de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o

³ . Alfaro LeFevre Rosalinda. Proceso Enfermero. 4ª. Ed. Ed. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1999. Pag. 267.

ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/cliente/familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de Enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La/el Enfermera/o, en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Entonces, él/ella proporciona unos servicios de enfermería directa o indirectamente. Con posterioridad, él/ella evalúa los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de Enfermería. De este modo, la Enfermería se convierte en un proceso dinámico, que se presta a adaptación y mejoría."

4.2.2 Características del Proceso de Atención de Enfermería.

Método de trabajo basado en el razonamiento y la metodología científica. Secuencia lógica para la prestación de servicios de Enfermería. Consta de cinco fases: 1. Valoración.- 2. Diagnóstico.- 3. Planificación.- 4. Ejecución y 5. Evaluación.

4.2.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

4.2.3.1. Valoración.

Es la observación sistematizada e informe sobre la situación del paciente en las cinco esferas de la experiencia humana: biológica/fisiológica, ambiental de seguridad, sociocultural/interpersonal, psicológica ,de autoestima y espiritual de autorrealización. Antes que la Enfermera pueda planear los cuidados que brindará al paciente debe identificar y definir los problemas de dicho paciente. En consecuencia, esta fase incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de Enfermería, el cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente.

4.2.3.2 Observación.

Método básico en la recolección de datos dentro de la fase de valoración. Implica la utilización de todos los sentidos para la obtención sistemática y completa de la información, requiere de una base sólida de conocimientos y adiestramiento en la utilización de los sentidos para que sea eficaz.

4.2.3.3. Entrevista.

Método de recolección de datos que permite obtener información para plantear el diagnóstico y la planificación del cuidado; facilita la relación interpersonal con el usuario y permite su información y educación.

Existen dos tipos de entrevista: formal e informal,

La informal es más breve que la formal .La enfermera orienta sus preguntas hacia la situación inmediata. Como parte de la valoración este tipo de entrevista determina los sentimientos y las necesidades.

La entrevista formal estructura según sus objetivos y los datos que hay que obtener generalmente. Pueden ser de dos tipos: dirigida o no dirigida. La primera esta muy estructurada y produce información muy específica, el entrevistador controla la situación hacia las respuestas que quiere obtener. En la segunda el entrevistado es quien enfoca la entrevista.

4.2.3.4 Planificación.

Es el paso del proceso de enfermería en el cual se decide la mejor forma para proporcionar la asistencia organizada, dirigida hacia una meta individualizada. Es el punto en que desembocan las etapas precedentes del proceso. Después de haber elaborado su diagnóstico de cuidados, la Enfermera elabora de alguna manera, una prescripción que puede tener efectos positivos sobre el estado físico y mental del paciente y que puede reducir los efectos del problema de dependencia.

Planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar. En realidad, se trata de organizar las intervenciones de acuerdo con una estrategia definida de antemano.

4.2.3.5. Ejecución.

La fase de ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. En esta fase, los actores son múltiples. En primer lugar, se encuentra el paciente que llevará a cabo las acciones planificadas para él. Por ejemplo, hace ejercicios, se dosifica sus medicamentos, elige alimentos o responde a estímulos diferentes. Está también la Enfermera que supervisa estas acciones. Anima, informa, enseña, manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados destinados al cliente. Sin embargo, ella no actúa sola, sino que forma parte de un equipo de cuidados de Enfermería, que desarrolla un trabajo importante, asegurando la complementariedad y la eficacia de las actividades profesionales. También se pueden encontrar miembros de la familia del cliente, que, en algunas circunstancias, colaboran en los cuidados.⁴

4.2.3.6. Evaluación.

La última etapa del proceso la constituye la evaluación de los cuidados prodigados al paciente. Se trata de una etapa difícil, porque en ella hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos. Consiste en emitir *un juicio* sobre el trabajo de la Enfermera en relación con los resultados obtenidos. La evaluación es una condición *absoluta* de la calidad de los cuidados

⁴ ROSALES, Barrera, Susana. Op. Cit p215

4.3 Historia Clínica de Enfermería.

La historia clínica de Enfermería es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista. La historia clínica de Enfermería debe incluir áreas de valoración como el definir los objetivos inmediatos, intermedios y a largo plazo: por las que debe esforzarse. La Enfermera y el paciente de metas aceptables para ambos. El paciente y su familia deben participar activamente en la planeación de los cuidados.⁵

4.5 Definición del Diagnóstico de Enfermería.

Juicio clínico sobre la respuesta -física, psicológica, social o espiritual- de un individuo (familia o comunidad), a un problema de salud o a una situación vital, para cuya prevención o resolución la Enfermera es legalmente responsable de prescribir y realizar una intervención o tratamiento.

4.6 Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.

Reales: Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud.

Potenciales: Describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo familia o comunidad.

4.7 Normas para describir los Diagnósticos de Enfermería.

Planteamiento Diagnóstico de Enfermería

FORMATO PES (GORDON 1976 – CARPENITO 1987)

P = El problema (respuesta del cliente: etiqueta de categoría de Dx.)

E = La etiología (factores que contribuyen a probables respuestas)

S = Los signos y síntomas (Definición de las características manifestadas por el cliente.)

Regla.

Cuando formule un diagnóstico hágalo de tal forma que la segunda parte dirijan las intervenciones de enfermería. Sí esto no es posible, asegúrese de que el problema dirige las intervenciones.

⁵ Id. 29

4.8 Lista de Diagnósticos de Enfermería ordenados según las catorce necesidades fundamentales según Virginia Henderson.

Respirar normalmente.

- Deterioro en el intercambio gaseoso.
- incapacidad para mantener la respiración espontánea.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Potencial de asfixia.
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

02. Comer y beber de forma adecuada.

- Alteración de la nutrición: por defecto.
- Alteración de la nutrición: por exceso.
- Alteración potencial de la nutrición: por exceso. - Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit del volumen de líquidos.
- Déficit potencial del volumen de líquidos.
- Deterioro de la deglución.
- Exceso del volumen de líquidos.
- Interrupción de la lactancia materna.
- Lactancia materna ineficaz.
- Patrón de la alimentación ineficaz del lactante. - Potencial de aspiración.

03. Evacuar los desechos corporales.

- Alteración de la eliminación urinaria
- Déficit de autocuidado: uso del Wc.
- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Estreñimiento crónico.
- Estreñimiento subjetivo.
- Incontinencia fecal.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Incontinencia urinaria refleja.

- Incontinencia urinaria total.
- Retención urinaria.

04. Moverse y mantener una postura adecuada.

- Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférico).
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Deterioro de la movilidad física.
- Disminución del gasto cardíaco.

05. Dormir y descansar.

- Alteración del patrón de sueño.
- Fatiga.
- Intolerancia a la actividad.
- Potencial intolerancia a la actividad.

06. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).

- Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

07. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

- Alteración potencial de la temperatura corporal.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Termorregulación ineficaz.

08. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física y proteger sus tegumentos

- Alteración de la membrana mucosa oral.
- Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad hística.
- Deterioro potencial de la integridad cutánea.

09. Evitar peligros y no dañar a los demás.

- Afrontamiento defensivo.
- Afrontamiento individual inefectivo.
- Alto riesgo de automutilación.
- Ansiedad.
- Baja autoestima crónica.
- Baja auto estima situacional.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la adaptación.
- Disreflexia.
- Dolor.
- Dolor crónico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Negación ineficaz.
- No seguimiento del tratamiento (especificar).
- Potencial de infección.
- Potencial de intoxicación.
- Potencial de lesión.
- Potencial de traumatismo.
- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros.
- Respuesta postraumática.
- Síndrome traumático de la violación.
- Temor.
- Trastorno del auto estima.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.

10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.

- Alteración de los procesos familiares.
- Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.
- Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.
- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.

- Aislamiento social.
- Alteraciones sensorceptivas (especificar: visuales, auditivas, cenestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias).
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la interacción social.
- Síndrome de estrés del traslado.

11. Profesar su fe.

- Desesperanza.
- Impotencia.
- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano).

12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.

- Alteración del crecimiento, desarrollo.
- Alteración de los patrones de la sexualidad.
- Alteración en el desempeño del rol.
- Alteración parenteral.
- Alto riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Conductas generadoras de salud (especificar).
- Conflicto de decisiones (especificar).
- Conflicto del rol parenteral.
- Dificultad en el mantenimiento de la salud.
- Dificultad para el mantenimiento del hogar.
- Disfunción sexual.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual).
- Potencial de alteración parenteral.

13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.

- Déficit de actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

- Alteración de los procesos del pensamiento.

- Déficit de conocimientos (especificar).

4.9 CONCEPTUALIZACION DE UN MODELO.

4.3.1 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson

Virginia nació en 1897 en Kansas (Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de Enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la Enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"⁶

FUENTES TEORICAS

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de Enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

TENDENCIA Y MODELO

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la Enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por

⁶ www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm

parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de Enfermería humanística como arte y ciencia.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de Enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la Enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de Enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la Enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

4.10 Aplicación del proceso de atención de enfermería

Ficha de identificación.

Fecha de admisión: 04 noviembre del 2008

Hora: 10:00

Nombre: Anayeli P. L.

Edad: 19 años

Sexo: Femenino

Domicilio: Golondrina Ártica No 35

Nacionalidad: mexicana

Fecha de nacimiento: 18 de febrero de 1987

Ocupación: hogar

Religión: católica

Lugar de origen: México. D.F

Estado Civil: unión libre

Escolaridad: secundaria

Fuente de información: entrevista directa

Presentación del caso clínico

Antecedentes

Anayeli P L. refiere ser tratada actualmente en el centro de salud desde hace 3 meses, tiene 19 años, vive en unión libre, secundaria terminada, religión católica, talla 1.59, peso 60 Kg., gesta uno, actualmente embarazo de 26 semanas por FUM de 07-05-06, FPP 14-02-07, a la exploración física se encuentra consciente, tranquila, ligera palidez de tegumentos, hidratada, mamas turgentes, con secreción láctea, pezón formado, blando y depresible, se palpa globo de seguridad de pinar a nivel supra umbilical sin sangrado transvaginal, sin perdidas transvaginales, sin actividad uterina, se hospitaliza por presentar edema ++ en miembros pélvicos inferiores, con llenado capilar de 2 seg., ligero edema vulvar, para descartar síndrome nefrótico secundario a proteinuria. La cual fue dada de alta una semana después posterior a su valoración.

Valoración actual

La paciente reingresa el día 10 de enero con un embarazo de 35.1 semanas de gestación por FUM / 35.5 semanas de gestación por ultrasonido con un diagnostico de glomérulo nefritis membranosa más podromos de parto sin actividad uterina durante la tarde no se corrobora clínicamente actividad, he inicia trabajo de parto el día 14 de enero a las 14:00 con inducción de occitoina 10u/500 de solución glucosada al 5% para 4 hrs. posteriormente actividad uterina a las 19:00 la cual de corrobora con 2 contracciones en 10 minutos de intensidad ++ con una duración de 20 minutos con una frecuencia cardiaca fetal de 150x´ a la exploración presenta edema vulvar mínimo y al tacto vaginal . Se observa vagina elástica eutermica con cervix posterior cerrado sin perdida transvaginal con condiciones obstétricas adecuadas y pronostico favorable para parto eutocico. Como resultado presenta producto de parto normal espontáneo, ruptura de membranas integras a las 9:00 producto único con peso de 2.280 Kg., sexo femenino, con una presión arterial de 110/70, frecuencia cardiaca de 64x´, frecuencia respiratoria de 22x´ y una temperatura de 36.5C

AP: Anayeli, de 19 años de edad, casada, vive con su esposo en la casa de su mama es la segunda hija, es ama de casa, con secundaria terminada.

APNPA: Anayeli vive en casa de sus suegros, aparentemente se alimenta sanamente, refiere ingerir frutas, verduras, carne, leguminosas, leche, huevo, tortillas, agua, natural, y en algunas ocasiones refrescos de sabores, de religión católica acude debes en cuando a la iglesia.

APP: acude al hospital general al servicio de ginecología, para recibir atención, ya que inicia con dolor y ardor al orinar mas edema en miembros pélvicos ++ hace 3 dias.

aproximadamente, se observa angustiada, con miedo a la pérdida de su bebé, por ser su primer embarazo.

AHF: la madre es aparentemente sana es ama de casa, su padre es hipertenso des controlado, des hace 3 meses, se hermano es sano, abuelos paternos, finados y abuelos maternos vivos.

APNP

Habita en casa propia construida con materiales perdurables, cuenta con todos los servicios intra. Y extradomiciliarios de urbanización, zoonosis (+) a un perro Combe (-), niega viajes al extranjero y zonas endémicas. Niega alcoholismo, tabaquismo y otras toxicomanías

AGO: menarca a los 14 años, con ciclos de 5x30, con sangrados normales, sin dolor, refiere que inicia su vida sexual activa a los 18 años y sufrió retraso de la menstruación el día 7-07-07 por lo cual acude a su centro de salud, donde se realiza prueba inmunológica de embarazo la cual fue positiva. Posteriormente acude a 3 consultas en este durante el embarazo, actualmente cursa con un embarazo de 26 semanas de gestación, mas edema bulbar.

DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

1.-NECESIDAD DE RESPIRAR ADECUADAMENTE:

Esta necesidad no se ve afectada

2.-NUTRICION Y E HIDRATAACION: Presenta alteración de la nutrición posterior al inicio del embarazo, presenta falta de apetito he interés por algunos alimentos, como los lácteos,

Datos subjetivos: Consume alimentos con una alimentación inadecuada, como alimentos chatarra de poco contenido alimenticio

Datos objetivos: Se observa sobrepeso

3.-ELIMINACION:

Datos subjetivos: Menciona que habitualmente presenta evacuaciones consistentes 2 X día, fétidas y orina de 2 a 3 veces durante día

Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado por la relación de azoados excretados, manifestado por edema bulbar y de miembros pélvicos inferiores disminución del número de micciones.

OBJETIVO:

Lograr que la Sra. Nayeli mejore su eliminación urinaria.

Intervenciones de enfermería:

- explicar a la señora Nayeli sobre el por que de la disuria y síntomas de alarma.
- Investigar la causa
- Examinar la orina en cada micción y realizar bililabstic
- Realizar examen general de orina, urocultivo ,orina de 24 horas y de biometría hematic

4.- MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Trastorno de la movilidad física, relacionada por posición trendelemburg manifestada por cansancio.

OBJETIVO:

Lograr que Anayeli se sienta cómoda y segura durante su estancia hospitalaria .

INTERVENCIONES:

- proporcionar apoyo emocional
- Fomentar la cooperación
- Enseñar técnicos respiratorias

- Proporcionar masaje dorsal mediante fricción y palmo percusión
- Aplicación de calor frío
- Realizar cambios de posición frecuente y de ambulación

EVALUACION:

La Sra. Anayeli logro sentirse cómoda y relajada.

5. NECESIDAD DESCANSAR Y DORMIR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Deficiencia de los cuidados personales manifestado por imposibilidad de movilizarse relacionado por cansancio postural y edema.

OBJETIVOS

Vigilar el estado emocional de la paciente durante su estancia hospitalaria

INTERVENCIONES

- Proporcionar apoyo emocional y empatía
- Mantener un entorno favorable y tranquilo
- Enseñar técnicas de relajación.
- Explicar a la paciente todos los procedimientos que se van a realizar
- Evitar mantener la misma posición durante periodos prolongados
- Dar masaje en ambas con extremidades, elevación de miembros pélvicos más colocación de vendaje en estos
- Instruir sobre signos y síntomas que debe comunicar.

EVALUACIÓN

La señora Anayeli comprendió sobre el proceso embarazo y logro mantenerse tranquila hasta el nacimiento de su bebe.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR UNA VESTIMENTA ADECUADA

Esta necesidad no se ve afectada

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Esta necesidad no se va alterada

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL

Esta necesidad no se encuentra alterada

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGOS EN EL ENTORNO

DX DE ENFERMERÍA:

Alteración del bienestar relacionado con el temor de pérdida de su bebe
Manifestado por facies de inseguridad, llanto y expresión verbal

OBJETIVO

Disminuir los factores predisponentes que produzcan inseguridad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Proporcionar preparación psicológica
- Enseñar alivio del dolor mediante la relajación
- Fomentar la seguridad mediante la información del embarazo y trabajo de parto
- Dar oportunidad al paciente que exprese sus temores
- Dar masaje en las manos y aplicación de calor
- Proporcionar apoyo emocional

Evaluación

La señora Anayeli logra disminuir y controlar su ansiedad.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS, EXPRESAR SUS EMOCIONES, NECESIDADES, MIEDOS U OPINIONES.

Esta necesidad no se ve afectada

11. NECESIDAD DE EJERCER CULTO A DIOS.

Esta necesidad no se ve afectada.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR DE FORMA QUE PERMITA SENTIRSE REALIZADO.

Esta necesidad no se encuentra alterada.

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR ENTODAS LAS FORMAS DE RECREACION Y OCIO.

Esta necesidad no se encuentra alterada.

14. NECESIDAD DE ESTUDIAR, DESCUBBRIR O SATISFACER SU CURIOSIDAD QUE LE CONDUSCA A UN DEASARROLLO NORMAL DE LA SALUD

Esta necesidad no se ve afectada

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- 1.- Potencial alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con el embarazo de alto riesgo, manifestado por la presión alta y edema vaginal y de miembros pélvicos inferiores.

- 2.- posible alteración de la eliminación urinaria relacionado con el daño renal propio de la glomerulonefritis manifestado por la presencia de proteinuria y edema de miembros pélvicos.

- 3.-Potencial alteración de la nutrición por exceso relacionado con la demanda metabólica, durante el embarazo relacionado con los malos hábitos alimentarios y mínima actividad física.

- 4.- El moverse y mantener una buena postura durante el embarazo provoca la limitación del margen de movimiento relacionado con intolerancia a la actividad.

- 5.- Necesidad de higiene y protección de la piel relacionado con modificación de elasticidad de la piel, manifestado por alteración de continuidad en la superficie cutánea.

- 6.-El uso de prendas de vestir adecuadas, relacionado con intolerancia a las prendas ajustadas, debido al aumento de volumen de los senos y abdomen, manifestado por el roce de la piel.

- 7.-Alteración de la comunicación verbal relacionado con ansiedad manifestado portemos a la perdida de su futuro bebe.

- 8.-Déficit de conocimiento en cuanto a su padecimiento relacionado con el desconocimiento de los recursos para obtener la información, manifestado por comportamiento inadecuado.

PLANEACIÓN

Jerarquización de las necesidades

- 1.- Necesidad de oxigenación.
- 2.- Necesidad de eliminación.
- 3.- Necesidad de nutrición he hidratación
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.- Necesidad de comunicarse.
- 8.-Necesidad de aprendizaje

Definición de las necesidades

- 1.- Saturación con oxígeno, combinación o mezcla de un cuerpo con oxígeno
- 2.- Expulsión de sustancias de desecho.
- 3.- Propiedad esencial y general de los seres vivos, que consiste en el doble proceso de asimilación y desasimilación, conjunto de cambios efectuados entre el organismo y el medio que lo rodea incluyendo la hidratación, como combinación de un cuerpo con el agua como el que pasa al estado de hidrato.
- 4.- Estado en el que existe una limitación de la capacidad para la movilización física independiente.
- 5.- Estado en el que la piel del individuo amerite que no este alterada la piel.
- 6.- Es el estado en el que el individuo presenta la necesidad de usar prendas adecuadas a su talla o compleción y se encuentre incapacitado para usar, ciertas prendas de vestir
- 7.- Estado en el que el individuo experimenta una disminución o ausencia de la capacidad para usar o comprender el lenguaje en la interacción humana.

8.- Acción de aprender como adquirir conocimiento de algo por medio de la experiencia, del estudio o de la información verbal

Alteración del balance hídrico relacionado con el exceso de volumen, disfunción en la excreción filtración y reabsorción renal, manifestado por edema y aumento de peso de 7kg durante las primeras 28 semanas de gestación

Datos de apoyo a la valoración	Objetivos y resultados esperados	Acciones y actitudes de enfermería	Bese racional	Criterios para la evaluación
Gestación de más de veinticinco semanas. Proteinuria Hipertensión Edema generalizado Nivel socioeconómico	La paciente se adaptara al Centro de cuidados de salud y de su estado fisiológico, recuperara el nivel de adaptación más seguro La familia proporcionara apoyo y comprenderá los riesgos inherentes adaptándose a esta situación de alto riesgo	Se valorara el bienestar de la futura madre y del recién nacido de la siguiente forma: 1. Frecuencia fetal cada cuatro horas o según sus necesidades. 2. Toma de signos vitales para la madre cada cuatro horas 3. toma de la presión arterial cada hora 4. control estricto de líquidos horarios 5. Control de peso 6. Valoración de edema 7. procurar un entorno tranquilo para la paciente 8. Mantener una vía aérea 9. Utilizar vendajes compresivos en miembros pélvicos 10. proporcionar una dieta hiperproteica 11. Vigilar datos de alarma 12. Llevar un registro adecuado de signos vitales y frecuencia cardiaca fetal	Se considera hipertensión moderada a grave con una elevación de la presión sistólica de 140 y una presión diastolita superior de 90. El edema sería de tres cruces. Las proteínas serian de tres a cuatro cruces o más. El exceso de volumen viene ocasionado por el mal funcionamiento renal. La hipertensión, edema y proteinuria persistirán hasta que el sistema circulatorio y renal recuperen su estado anterior al embarazo.	El estado fisiológico de la paciente se te compensara mediante el reposo en cama, medicación y cuidados de apoyo hasta alcanzar una presión arterial normal y un adecuado balance hídrico. Disminuirá la proteinuria y albúmina en orina y el edema generalizado disminuirá gradualmente. Tras el parto la paciente regresara al estado previo al embarazo.

Déficit de conocimientos sobre su enfermedad renal relacionada con el mantenimiento de su salud durante el embarazo de alto riesgo

Datos de apoyo a la valoración	Objetivos y resultados esperados	Acciones y actitudes de enfermería	Bese racional	Criterios para la evaluación
<p>Antecedentes de problemas obstétricos. Patología médica Nutrición inadecuada Nivel socio económico bajo</p>	<p>La embarazada adquirirá conocimientos sobre el auto cuidado para un embarazo de alto riesgo La familia participara en el cuidado de la paciente de riesgo durante todo el periodo prenatal. La paciente solicitara ayuda para compensar las variaciones en su estado de salud y se mantendrá el autocuidado según las indicaciones del médico o la enfermera</p>	<p>La enfermera deberá analizar los factores de riesgo. Discutirá con la familia los resultados del análisis de los factores de riesgo y las posibles consecuencias para la familia. Examinara los sentimientos de la paciente. Ayudara a la familia en la aflicción anticipada Determinara los conocimientos de la paciente sobre el autocuidado de un embarazo de alto riesgo Proporcionara educación sanitaria, según sus necesidades. Identificara los sistemas de apoyo Explicara a la paciente los recursos comunitarios adecuados. Completara las áreas apropiadas de valoración y educación sanitaria según la planificación de cuidados de enfermería de bajo riesgo.</p>	<p>Embarazo de alto riesgo es el término utilizado para describir a una mujer embarazada con grandes posibilidades e dar a luz un feto enfermo o fuera de término. Son muchos los factores psicosociales que inciden en el embarazo de alto riesgo. Aparece la aflicción cuando cambia la expectativa de un suceso. Debido a la aflicción anticipada, la familia, y especialmente la madre, puede no cumplir correctamente las tareas de desarrollo del embarazo. El temor puede hacer que la mujer no acepte el feto ni el embarazo. Cuanto más bajo es el estado socioeconómico, peores son los resultados medios del embarazo El riesgo tiene diferentes significados para las diferentes mujeres y algunas quizás no sean concientes del peligro</p>	<p>La paciente verbalizara correctamente toda la información proporcionada sobre el mantenimiento de la salud durante el embarazo de alto riesgo. En cada visita se realizaran las valoraciones necesarias para detectar cualquier indicación de factor de riesgo. Se determinara la capacidad de la paciente y de su familia para enfrentar la situación. Se procurara el bienestar prenatal de la madre y del feto. Se concertaran visitas con el obstetra y el perinatólogo. La embarazada y el feto presentaran las mínimas secuelas del embarazo de alto riesgo.</p>

Alteración del equilibrio hídrico relacionada con edema de Miembros
pélvicos que aparece en el segundo trimestre del embarazo.

Datos de apoyo a la valoración	Objetivos y resultados esperados	Acciones y actitudes de enfermería	Bese racional	Criterios para la evaluación
<p>Queja de edema en miembros pélvicos inferiores</p> <p>El examen físico edema++</p>	<p>La paciente pasara el tercer trimestre de embarazo manteniendo el equilibrio hídrico y con una disminución de de edema en miembros pélvicos</p> <p>Aprenderá métodos para el alivio de edemas en miembros pélvicos y molestias asociadas al mismo</p> <p>Se servirá de métodos para aliviar durante el segundo trimestre del embarazo</p>	<p>La enfermera explica a la paciente que el edema Miembros pélvicos es una molestia común debido al aumento de peso del feto y de los líquidos corporales</p> <p>Valorara la presencia de edema e identificara cualquier correlación con este, las actividades y la presión controlara el pese, la presión arterial y la diuresis.</p> <p>Enseñara ala paciente métodos para el alivio de malestar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-evitar ambientes demasiado caluroso 2.- siempre que sea posible elevar las piernas 3.- trazar círculos con los tobillos para aumentar la contracción muscular 4.-evitar ropas contractivas 5.- evitar sal en la dieta 	<p>La mayoría de las mujeres sufren edema en miembros pélvicos Inferiores en los últimos meses del embarazo, debido a la creciente dificultad de retorno venoso o desde las extremidades inferiores.</p> <p>Debe valorarse el edema puesto que puede se indicativo de preeclamsia.</p> <p>La frecuente flexión de miembros pélvicos facilita la contracción muscular, imposibilitando por lo tanto la circulación de la sangre.</p> <p>En tiempos calurosos aumenta la vaso dilatación y con ella el edema.</p> <p>Elevar las extremidades alivia la Presión y en consecuencia el edema.</p>	<p>L a paciente será capas de verbalizar correctamente la causa fisiológica del edema en miembros pélvicos y los seis métodos e aliviarlo, así como las molestias asociadas al mismo.</p> <p>En cada visita los controles de presión arterial y orina se mantendrán dentro de los limites normales durante el embarazo.</p> <p>Se valorara el aumento o disminución del edema de miembros pélvicos de una visita a otra.</p> <p>La paciente informara cualquier cambio de edema.</p>

Déficit de conocimiento del embarazo, manifestado por trastornos gástricos y relacionado con náusea y vómito.

Datos de apoyo de la valoración	Objetivos/resultados esperados	Acciones y actividades de enfermería	Base racional	Criterios para la evaluación
<p>Quejas de náuseas y vómitos Los vómitos se manifiestan a horas específicas, primera hora de la mañana y por la noche</p>	<p>La paciente pondrá en práctica medidas de auto cuidado para reducir las náuseas y vómitos. Informara que los vómitos que aparezcan en el transcurso del día no sean en las primeras horas de la mañana o que impidan la ingesta</p>	<p>La enfermera explicara las causas de las náuseas con o sin vomito durante el embarazo</p> <p>Valorara las molestias provocadas por las náuseas y la importancia de los vómitos en el equilibrio hídrico enseñara a la paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a ingerir galletas antes de cada alimento 2. hacer ingesta de poca cantidad 3. ingerir alimentos blandos pobres en grasa 4. evitar olores desagradables 5. evitar alimentos que no tolere 	<p>Durante la primera parte del embarazo la náusea la provoca los cambios hormonales El metabolismo de hidratos de carbono causa el descenso en los niveles de glucosa en la sangre lo que provoca sensación de hambre Comer alimentos secos antes de levantarse aumenta en la sangre los niveles de glucosa en la sangre la glucosa ayuda a absorber los jugos gástricos contenidos en el estomago Los alimentos blandos irritan menos el tracto gástrico intestinal Dar ingestos pequeños cantidad de comida ayudan a mantener elevado el nivel de glucosa</p>	<p>Al final de esta asesoría la paciente será capaz de repetir las cinco medidas que ayudan a fortalecer y reducir la incidencia de náuseas En la siguiente entrevista la enfermera preguntara acerca de las actividades de las actividades de auto cuidado que a utilizado para ayudarla a hacerle frente a las náuseas</p>

Atención de la alteración intestinal: estreñimiento racional con los cambios durante el embarazo.

Datos de apoyo a la valoración	Objetivo y resultados esperados	Acciones y actividades de la enfermera	Base racional	Criterios para la valoración
<p>Quejas de heces duras o eliminación poco frecuente Uso de medicamentos como los preparados con hierro Disminución de aporte de líquidos</p>	<p>La paciente aprenderá las medidas de auto ayuda para prevenir el estreñimiento</p>	<p>La enfermera valorara los hábitos intestinales habituales y las medidas habitadas para resolver el problema de estreñimiento. Le enseñara las medidas de auto ayuda para prevenir el estreñimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aumentar los residuos en la dieta 2. ejercicio diario especialmente deambulacion 3. intentar establecer un horario regular para la eliminación intestinal. 	<p>Los cambios del embarazo que afectan el intestino son el deseo de la motilidad a consecuencia de cambios hormonales y aumento de la presión y desplazamiento intestinal resultante del agrandamiento del útero Las medidas de auto ayuda van a encaminar a aumentar el aporte de líquidos, residuos y motilidad del tracto gastrointestinal Cualquier medicación durante el embarazo deberá estar preescrita por el medico</p>	<p>Recuperación del habito intestinal normal que se evidenciara por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aumento en el numero de frecuencias de evacuaciones intestinales 2. disminución de quejas de estreñimiento y/o heces duras 3. aumento en la actividad y aumento de líquidos <p>La paciente será capaz de explicar las cuatro medidas para evitar el estreñimiento Si la paciente a solucionado el estreñimiento después de haber en practicas de auto ayuda, determinar que otras medidas pueden interesar</p>

PLAN DE ALTA

Consiste en organizar de manera sistemática las intervenciones de enfermería dirigidas al cuidado de la paciente y su recién nacido antes de que esta egrese de la unidad hospitalaria y favorecer el bienestar del binomio madre-hijo en su domicilio

CONCLUSIONES.

El arte del cuidado de Enfermería ha evolucionado de tal manera que las enfermeras (os) hemos ido asumiendo funciones comprometidas con la responsabilidad de ofrecer atención con calidad al individuo y a la comunidad.

La reciente Profesionalización en los Servicios de Enfermería, nos marcan cambios y obligan a la enfermera a una formación continua y responsable, para mantener al día sus conocimientos y ser capaces de adaptarse a la vida moderna logrando así el reconocimiento como profesionales de la salud.

La enfermera profesional requiere del Proceso Atención de Enfermería como método de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales y brindar atención individualizada para una atención de forma holística y de calidad al paciente familia y comunidad.

La aplicación de este Proceso Atención de Enfermería me ayudo en forma personal a desarrollar habilidades para la valoración de necesidades e identificación de factores de riesgo, incrementando la capacidad de observación de las respuestas humanas de la persona y en la planificación y realización de las acciones pertinentes, dejándome una satisfacción ya que logre mejorar mis conocimientos respecto al Proceso Atención de Enfermería.

Este proceso fue al mismo tiempo de utilidad para la persona a quien se aplicó ya que obtuvo suficiente conocimiento de lo que implica el embarazo y una de las complicaciones que se presenta en este como lo es la glomerulonefritis, los cuidados que debe proporcionar.

El presente trabajo se elaboro bajo el modelo de Virginia Henderson quien define al ser humano con 14 necesidades básicas que deben ser satisfechas y la función de la enfermera es la de lograr la independencia mediante intervenciones desarrolladas para satisfacer dichas necesidades.

Al realizar este Proceso Atención de Enfermería se plantearon objetivos, los cuales se cumplieron en su mayoría, logrando resultados satisfactorios para la paciente y familia ya que la persona mejoró su estado de salud.

Así mismo considero que la realización del Proceso Atención de Enfermería es importante ya que nos permite una atención personalizada, favorece la profundización en el conocimiento de la Enfermería y propicia un pensamiento crítico y reflexivo.

GLOSARIO

- 1.- **ANSIEDAD:** Estado de aprensión, tensión o inquietud que arranca de una anticipación de peligro, la fuente del cual es desconocida en buena medida.
- 2.- **AFRONTAMIENTO:** Colocar algún objeto o cosa en frente de otra , hacer frente a los problemas.
- 3.- **CONTRACCION UTERINA:** Fuerza que actúa para llevar a cabo la expulsión del feto, contractilidad de la fibra uterina durante el parto
- 4.- **DILATACION DEL CUELLO:** Abertura del cerviz progresiva, durante el parto, previa al alumbramiento del mismo
- 5.-**FOCO FETAL:** Sitio de la pared abdominal que transmite el latido audible del corazón del feto.
- 6.- **MEMBRANAS:** Cubiertas capas protectoras del huevo, a saber: caduca, corion y amnios.
- 7.- **MOVIMIENTOS FETALES:** Es cada una de las sacudidas del feto dentro del claustro uterino.
- 8.- **PARTO:** Expulsión o salida del claustro materno del feto viable y sus anexos, puede ser espontáneo o provocado.
- 9.- **LIQUIDO AMNIOTICO:** Es el contenido dentro del amnios, claro, amarillento, que rodea al embrión o feto
- 10.- **MEMBRANOSA** se refiere a la membrana basal glomerular del riñón, de modo que una glomerulonefritis es un engrosamiento de esa membrana, causando trastornos en la capacidad del riñón de filtrar los líquidos corporales por el glomérulo.
- 11.-**INMUNOSUPRESORES:** con medicamentos y medidas no específicas para reducir la proteinuria. Los inmunosupresivos más frecuentes incluyen los corticosteroides, clorambucil, ciclosporina, tacrolimus, ciclofosfamida, entre otros.

ANEXOS

ANATOMÍA DEL SISTEMA URINARIO

El riñón y las vías urinarias constituyen el aparato urinario, uno de los órganos esenciales de la excreción.

RIÑONES

Los riñones son dos órganos situados en la región lumbar, uno a cada lado de la columna vertebral. Tienen forma de habichuela con la escotadura dirigida hacia dentro, lugar éste donde coinciden los vasos sanguíneos propios del riñón, arteria renal y vena renal, así como el inicio de la vía urinaria. Cada riñón mide unos 12 cm de longitud y tiene un grosor de unos 3-4 cm.

Estructura

El riñón está recubierto por una capa conjuntiva que, aunque delgada, es muy resistente. Visto en un corte longitudinal se observan dos zonas claramente diferenciadas: una zona externa, denominada corteza, y una zona interna, denominada médula. Existe una tercera zona: media entre las dos anteriores, donde se encuentra la pelvis renal, cavidad colectora de orina, la cual se prolonga hacia abajo y une el riñón con las vías urinarias.¹ Cada riñón posee aproximadamente un millón de unidades de filtración independientes, denominadas nefronas.

Cada nefrona está constituida por una membrana externa denominada cápsula de Bowman, la cual encierra un nudo de capilares conocido como glomérulo, por el que circula la sangre procedente de la arteria renal. Desde la corteza a la médula y serpenteando de dentro afuera se extienden los llamados túbulos, de 2,5 a 5 cm de longitud, los cuales se unen para formar otros tubos de mayor calibre, denominados tubos colectores, los cuales vierten su contenido a la pelvis renal y de aquí a las vías urinarias. La porción en forma de U del túbulo es denominada asa de Henle y desempeña un papel muy importante en la selección de las sustancias que han de ser eliminadas o que han de captarse de nuevo hacia la sangre.²

URÉTER

¹ ATLAS DE ANATOMIA. El cuerpo y la salud. Ed. Cultural, S. A. , Madrid. 1997, pp. 58

² WLIITWORTH, Judith A, Op cit pp 6

El uréter es el conducto que transporta la orina desde la pelvis renal hasta la vejiga. Tiene unos 30 cm de longitud y existe uno para cada riñón.³

VEJIGA

Es un órgano de tipo muscular que por sus especiales características es capaz de almacenar la orina que en ella vierten ambos uréteres. Está situada en la parte inferior del abdomen, detrás del pubis. Tiene tres orificios: dos superiores, situadas oblicuamente, por donde se abren a la vejiga los uréteres y uno inferior de donde parte la uretra.⁴

URETRA

La uretra es un conducto membranoso que pone en comunicación la vejiga urinaria con el exterior. En el hombre es mucho más larga que en la mujer, razón por la cual las infecciones urinarias bajas son mucho más frecuentes en esta última. El orificio externo de la uretra se denomina meato urinario y está rodeado por el esfínter externo, un músculo de fibra estriada, encargado de su cierre y apertura.⁵

4.5 FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA URINARIO

FUNCIONAMIENTO DEL RIÑÓN

La respiración, el sudor y las heces son tres de las cuatro vías de excreción de aquellas sustancias resultantes de los procesos celulares, cuyo acumulo supondría el envenenamiento de nuestro organismo. La cuarta y más importante es la proporcionada por el riñón.⁶

El riñón actúa como una depuradora cuyo funcionamiento puede resumirse del modo siguiente: la sangre que entra al riñón a través de la arteria renal, rama de la aorta, está cargada de sustancias de desecho que ha ido recogiendo a su paso por los diversos órganos y tejidos. Después de atravesar el riñón, esta sangre sale purificada a través de las venas renales que desembocan en la vena cava inferior. Como resultado de esta depuración se forma un producto que conocemos con el nombre de orina.⁷

³ ATLAS DE ANATOMIA. El cuerpo y la salud Op cit PP. 58

⁴ Id. PP 58

⁵ Id. Pp 59

⁶ WLIITWORTH, Judith A, Op cit.,pp 22

⁷ WLIITWORTH, Judith A, J.R, Lawrence. Enfermedades renales. pp 23

FORMACIÓN DE ORINA

La orina es una solución de urea, sales y otras sustancias de desecho, solubles en agua, producida en el riñón a partir de la sangre que transporta la arteria renal. La sangre pasa por cada uno de los glomérulos, quedando retenidas en el mismo las sustancias de mayor volumen como las células de la sangre y las moléculas proteicas, mientras que las sustancias como el agua, las sales, la urea y otras pequeñas moléculas pasan desde las paredes de los capilares a la cápsula de Bowman. Por tanto, el glomérulo realiza la función de filtrado mientras que la cápsula y los túbulos recogerán la orina formada y la transportarán a las vías urinarias para su eliminación al exterior.⁸

ELIMINACIÓN DE LA ORINA

Una vez formada la orina en los glomérulos, ésta discurre por los túbulos hasta llegar a la pelvis renal, desde donde pasa al uréter y llega a la vejiga donde se almacena. Cuando el volumen de orina almacenada supera los 250-500 cm³, sentimos la necesidad de orinar debido a las contracciones y relajaciones del esfínter, que despierta el reflejo de la micción.⁹

La necesidad de orinar puede reprimirse voluntariamente durante cierto tiempo, por ello se dice que la micción es un acto a la vez voluntario y reflejo. La frecuencia de las micciones varía de un individuo a otro debido a que en ella intervienen factores personales como son el hábito, el estado psíquico de alegría o tensión, y el consumo en mayor o menor medida de bebidas alcohólicas. La cantidad de orina emitida en 24 horas en el hombre es de aproximadamente 1,500 cc. la orina aporta datos considerables acerca del estado de salud general.¹⁰

Volumen

El volumen de orina excretada diariamente por un adulto sano varía de uno a dos litros, y está sujeto a influencia de diversos factores: presión sanguínea, concentración de la sangre, dieta, temperatura, diuréticos, estado mental y estado de salud general.¹¹

Presión sanguínea. Las células del aparato yuxtaglomerular son en especial sensibles a los cambios de la presión sanguínea. Cuando ésta disminuye en los riñones por abajo de

⁸ TORTORA, Gerard J. Nicholas P. Anagnostakos, Principios de anatomía y fisiología Ed. Harla, Mexico D.F. 1999 pp.873

⁹ WLIITWORTH, Judith A, Op cit. pp 37

¹⁰ Id . PP 38

¹¹ TORTORA, Gerard J. Op cit. pp.873

lo normal, dicho aparato secreta renina y activa el sistema de renina-angiotensina. En consecuencia, aumentan la reabsorción facultativa de agua y el volumen sanguíneo, al tiempo que disminuye el gasto urinario. Al incrementar la presión sanguínea, el aparato yuxtglomerular hace que las células renales reciban oxígeno suficiente y que la presión hidrostática glomerular sea lo bastante alta para conservar la presión de filtración efectiva normal. Además, dicho aparato regula la presión sanguínea en todo el cuerpo.¹²

Concentración de la sangre

La concentración de agua y solutos en la sangre también afecta el volumen urinario. Cuando no ingerimos agua durante todo un día y se reduce la concentración de ésta en la sangre, los receptores osmóticos (osmorreceptores) hipotalámicos estimulan la liberación de hormona antidiurética por parte del lóbulo posterior de la hipófisis. Esta hormona hace que las células de los túbulos contorneados distales y conductos colectores permitan la reabsorción facultativa de agua del filtrado, con lo que se reduce el gasto urinario y se conserva agua.

Después de beber un alto volumen de líquidos, el volumen urinario suele aumentar en virtud de dos mecanismos. En primer término, el volumen de agua presente en la sangre es mayor que el normal, lo que implica que los osmorreceptores hipotalámicos no estimulen la liberación de hormona antidiurética y se interrumpa la absorción facultativa de agua. En segundo lugar, el exceso de esta última aumenta la presión sanguínea, como respuesta a lo cual se dilatan los vasos sanguíneos renales, llega más sangre a los glomérulos y se incrementa el índice de filtración glomerular.

La concentración de iones sodio en la sangre también influye en el gasto urinario. Lo hace gracias a su efecto en la secreción de aldosterona, que a su vez modifica la reabsorción de sodio y la reabsorción obligatoria de agua.¹³

Temperatura

Cuando la temperatura corporal o ambiental es mayor que lo normal aumenta la sudoración, tiene lugar vaso dilatación cutánea y se acelera el flujo sanguíneo en los capilares cutáneos. Al reducirse el volumen de agua, se secreta hormona antidiurética y aumenta la reabsorción facultativa de dicho líquido. Además, el incremento en la temperatura estimula la vasoconstricción en el área abdominal, de modo que se reducen

¹² Id. Pp.873

¹³ TORTORA, Gerard J. Op cit. pp.880

el flujo sanguíneo glomerular y la filtración. Estos dos mecanismos disminuyen el gasto urinario.¹⁴

Cuando la temperatura ambiental es baja, tienen lugar vasoconstricción cutánea y vaso dilatación abdominal. Aumenta el flujo de sangre a los glomérulos y, con éste, la presión hidrostática sanguínea glomerular y el gasto urinario.

Diuréticos

Ciertas sustancias químicas aumentan el gasto urinario al inhibir la reabsorción facultativa de agua. Se trata de los diuréticos, el aumento anormal en el flujo de orina es la diuresis. Algunos diuréticos actúan directamente en el epitelio tubular a su paso por los riñones, mientras que otros lo hacen en forma indirecta, por inhibición de la secreción de hormona antidiurética al circular por el encéfalo. Son diuréticos el café, té y bebidas alcohólicas.¹⁵

Emociones

Algunos estados emocionales afectan el volumen de orina. Por ejemplo, la nerviosidad puede causar excreción abundante de este líquido como resultado de impulsos provenientes del encéfalo que causan aumento en la presión sanguínea y, en consecuencia, del índice de filtración glomerular.¹⁶

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Color

La orina normal usualmente es un líquido transparente de color amarillo o ámbar y olor característico. Tal color depende del urocromo, pigmento derivado del metabolismo de la bilis y que varía considerablemente según la proporción de solutos sobre agua en la orina, es decir, ésta es más oscura conforme se reduce el volumen de agua que contiene. La fiebre disminuye el gasto urinario en forma idéntica a la temperatura ambiental alta, de modo que hace que la orina esté muy concentrada. Es muy común que las personas febriles excreten orina de color amarillo oscuro o pardo. El color de esta excreción también resulta afectado por la alimentación (por ejemplo, adquiere color rojizo con la remolacha), así como con la presencia de ciertos componentes anormales, como algunos

¹⁴ Id pp 880

¹⁵ Id pp 880

¹⁶ Id pp 881

fármacos. El color rojo o parduzco a negro de la orina suele indicar la presencia de eritrocitos o hemoglobina, como resultado de hemorragia en el aparato urinario.¹⁷

Turbidez

La orina recién excretada usualmente es transparente. El hecho de que esté turbia no indica necesariamente una enfermedad, dado que esto puede ser resultado de la presencia de mucina secretada por el epitelio del aparato urinario. No obstante, cuando la mucina rebasa una concentración crítica suele indicar alguna anormalidad.¹⁸

Olor

El olor de la orina también es variable. Por ejemplo, hay quienes heredan la capacidad para sintetizar una sustancia, el mercaptano de metilo, a raíz de la digestión de los espárragos, y dicho compuesto confiere a la orina un olor característico. Éste es "afrutado" en diabéticos, a causa de la presencia de acetona. La orina que se deja estancada después de su excreción adquiere el olor del amoníaco por formación de carbonato de amonio Como consecuencia de la descomposición de la urea.¹⁹

pH

La orina normal es levemente ácida, aunque su pH varía entre 4.6 y 8.0, en forma relacionada estrechamente con la alimentación y que se debe a diferencias en los productos terminales del metabolismo. Las dietas con alto contenido de proteínas aumentan su acidez, mientras que las consistentes ante todo en verduras incrementan su alcalinidad. El hecho de estar en sitios de gran altitud, el ayuno y el ejercicio físico también causa variaciones en el pH urinario. El carbonato de amonio se forma en la orina estancada y, dado que puede disociarse en iones amonio y formar una base fuerte, la presencia de carbonato de amonio tiende a hacer que la orina sea más alcalina.²⁰

Peso específico

El término de peso específico se refiere a la proporción del peso de un volumen de una sustancia dada con el de igual volumen de agua destilada. Esta última tiene peso específico de 1.000. El de la orina depende de la concentración de solutos y varía de

¹⁷ Id pp 881

¹⁸ Id pp 881

¹⁹ Id pp 880

²⁰ Id pp 881

1.001 a 1.035 en la orina normal. El peso específico de la orina aumenta en proporción a la concentración de solutos, y el hecho de que sea mayor que el normal suele indicar la presencia de elementos formes de la sangre, cilindros o bacterias en ella (aspecto que se describe más adelante).²¹

Composición química

El agua equivale a un 95070 del volumen total de orina, mientras que el 5070 restante consiste en solutos derivados del metabolismo celular y otras fuentes, como los fármacos. el plasma del que desaparece una sustancia dada en un periodo especificado. Este tipo de pruebas se emplea para evaluar el índice de filtración glomerular y el flujo sanguíneo renal Se han ideado pruebas de este tipo en que se emplean sustancias inyectadas, como la insulina, así como otras en que se utilizan sustancias naturales del organismo, como creatinina y urea.²²

Cuando los procesos químicos del cuerpo no operan de manera eficaz, es factible que estén presentes en la orina cantidades microscópicas de sustancias que normalmente no aparecen en ella, o que aumente la concentración de sus componentes normales. El análisis de las propiedades físicas, químicas y microscópicas de la orina con frecuencia aporta información que facilita el diagnóstico de diversas enfermedades, y recibe el nombre de análisis de orina.

Albumina

La albúmina es un componente normal del plasma que usualmente aparece en la orina sólo en cantidades diminutas, ya que se trata de moléculas demasiado grandes para/atravesar los poros de las paredes de los capilares renales. La presencia de albúmina excesiva en la orina, o albuminuria, indica aumento en la permeabilidad de la membrana glomerular. Los trastornos que la originan incluyen lesiones de dicha membrana como resultado de diversas enfermedades, así como aumento en la presión sanguínea e irritación de las células renales por sustancias tales como toxinas bacterianas, éter o metales pesados. Otras proteínas, como las globulinas y el fibrinógeno, también aparecen en la orina, en ciertos trastornos.²³

²¹ Id pp 880

²² Id pp 882

²³ Id pp 882

Glucosa

La presencia de azúcar en la orina es la glucosuria. En condiciones normales, la cantidad de glucosa en la orina es tan baja que se considera que no está presente en ella, para fines clínicos. La causa más común de glucosuria es la hiperglucemia. Cabe recordar que la glucosa se filtra en la cápsula glomerular [cápsula de Bowman], y después se transporta activamente de nuevo a la sangre, en las células de los túbulos contorneados proximales.

Sin embargo, el número de moléculas) las portadoras de glucosa es limitado y, si se ingieren más carbohidratos de los que pueden emplearse o almacenarse en la forma de glucógeno o grasas, la cantidad de glucosa que se filtra en la cápsula glomerular es mayor que la que pueden reabsorber dichas moléculas portadoras. Dicho estado recibe el nombre de glucosuria transitoria o alimentaria y no se considera patológica.

Otra causa no patológica es el estrés emocional, que puede causar la secreción excesiva de adrenalina, que estimula la degradación de glucógeno y la liberación de glucosa hepática. Una causa de glucosuria patológica es la diabetes mellitus ("sacarina"). En ésta, la glucosa se excreta de manera frecuente o continua porque el páncreas no produce insulina suficiente. Cuando la glucosuria no se acompaña de glucemia anormal, el problema reside en la insuficiencia de los túbulos renales para reabsorber la glucosa.²⁴

Eritrocitos

La presencia de eritrocitos en la sangre es la hematuria, que generalmente indica alguna enfermedad. Una de sus causas es la inflamación aguda de los órganos urinarios como resultado de enfermedades o de irritación por cálculos renales (nefrolitiasis). Otras serían tumores, traumatismos y nefropatías. La presencia de sangre en la orina hace que se realicen pruebas adicionales para identificar la parte de las vías urinarias en que hay hemorragia. En mujeres, también es preciso cerciorarse de que la muestra no se haya contaminado con sangre menstrual proveniente de la vagina. En algunos corredores de fondo, también surge "orina roja" como resultado de la lesión de vasos sanguíneos de las plantas de los pies, lo que origina la presencia de sangre en la orina.²⁵

²⁴ Id pp 882

²⁵ Id pp 884

Leucocitos

La presencia de leucocitos y otros componentes de pus en la orina, o piuria, es indicativa de infección en los riñones o los órganos urinarios. En este caso, también debe identificarse el origen de la pus y cerciorarse de que la orina no esté contaminada.

Cuerpos cetónicos

Estos cuerpos están presentes en la orina normal en pequeñas cantidades, y el aumento en su concentración, o cetosis (acetonuria), suele indicar anormalidades. Puede depender de diabetes mellitus ('sacarina') inanición o ingestión deficiente de carbohidratos. Sin importar cuál sea su causa, el hígado oxida volúmenes excesivos de ácidos grasos, y los cuerpos cetónicos se filtran del plasma hacia la cápsula glomerular.²⁶

Bilirrubina.

La bilirrubina es un producto de la lisis de los eritrocitos y de la degradación de la hemoglobina por parte de las células reticulo endoteliales estrelladas [células de Kupffer]. Este pigmento es la causa principal del color de la bilis. La bilirrubina se transporta a las células del hígado gracias a una albúmina y recibe el nombre de bilirrubina libre o no conjugada. Cuando llega al hígado, la albúmina se separa y la bilirrubina se combina con ciertas sustancias de los hepatocitos (ácido glucurónico o sulfato), punto en que se denomina bilirrubina conjugada. En esta forma, el hígado la secreta en los conductos biliares, de los cuales pasa al intestino delgado.

Las bacterias del intestino grueso convierten la bilirrubina conjugada en urobilinógeno que confiere a las heces su color característico. La concentración urinaria supra normal de bilirrubina es la bilirrubinuria. En los análisis de orina usuales, se mide el total de bilirrubina, sin diferenciar sus formas conjugada y no'

Conjugada. Los valores normales de bilirrubina total permiten descartar disfunción hepática significativa o eritrólisis excesiva. Sin embargo, el aumento en dicha concentración hace necesario practicar pruebas que diferencien la bilirrubina conjugada de la no conjugada. Un aumento en la segunda suele guardar relación con eritrólisis excesiva, mientras que el incremento de la primera tiende a ser resultado de disfunción hepática u obstrucción de los conductos biliares.²⁷

²⁶ Id pp 884

²⁷ Id pp 885

Urobilinógeno

Una parte del Urobilinógeno que se forma en el intestino grueso se excreta con las heces, mientras que el resto se absorbe y regresa al hígado, donde se metaboliza y excreta nuevamente en la bilis. Sin embargo, un pequeño porcentaje del Urobilinógeno absorbido sale del hígado y pasa a la circulación general. Los riñones procesan esta sustancia como si fuera extraña, es decir, las células de los túbulos no reabsorben activamente el Urobilinógeno filtrado, con lo que surge urobilinogenuria. De tal suerte, es normal que haya cantidades microscópicas de Urobilinógeno en la orina, pero el aumento por arriba de lo normal es indicativo de su similar en la producción de bilirrubina e incapacidad del hígado para captar el Urobilinógeno absorbido, que está presente en la sangre. Entre los trastornos que contribuyen al aumento en la concentración de Urobilinógeno en la sangre, se incluyen las anemias hemolítica y perniciosa, hepatitis infecciosa, obstrucción biliar, ictericia, cirrosis, insuficiencia cardíaca congestiva y mononucleosis infecciosa.

Cilindros

El examen microscópico de la orina suele revelar la presencia de cilindros, pequeñas masas de material endurecido que asume la forma de la luz de los túbulos renales y fluye por éstos como resultado de la presión del filtrado. Los cilindros reciben calificativos según las sustancias que los forman o su aspecto. Así, hay cilindros de leucocitos, eritrocitos, epiteliales (que contienen células de las paredes de los túbulos renales), granulares (que contienen células descompuestas que forman gránulos) y grasas (con células que se han vuelto grasas). Cálculos renales (nefrolitiasis) En ocasiones, los cristales de sales presentes en la orina se solidifican y forman masas insolubles, los cálculos renales o nefrolitiasis. Estas masas pueden formarse en cualquier porción de las vías urinarias desde los túbulos renales hasta el orificio externo de la uretra. Entre los estados que originan la formación de cálculos, se incluyen la ingestión excesiva de sales minerales, disminución en la ingestión de agua, alcalinidad o acidez [paratiroides] anormales de la orina y reactividad excesiva de las glándulas paratiroides. Los componentes usuales de los cálculos renales son los cristales de oxalato o fosfato de calcio, siendo más comunes los primeros. Una gluco proteína que se ha aislado de la orina, el inhibidor de la formación de cristales, inhibe el surgimiento de cálculos de oxalato de calcio, que aparecen en las personas cuyo organismo no la

sintetiza. Los cálculos renales suelen formarse en la pelvis homónima, donde causan dolor, hematuria y piuria.²⁸

En caso de que los cálculos renales originen dolor u obstrucción, es común su extirpación quirúrgica. Sin embargo, en la actualidad se dispone de dos métodos de tratamiento opcionales. Uno de ellos, la litotripsia de ondas de choque extracorporal, conlleva el uso de ondas ultrasónicas generadas con el instrumento denominado litotriptor. En dicho procedimiento, se sumerge al paciente en agua y se le aplican ondas ultrasónicas. Una vez fragmentados los cálculos, sus restos se eliminan con la orina. La otra técnica es la litotripsia ultrasónica percutánea, en que se introduce en el riñón un tubo semejante a un cistoscopio, por medio de una pequeña incisión de la espalda. Acto seguido, el cirujano extrae cálculos pequeños directamente o fragmenta los de gran tamaño con ondas ultrasónicas y extrae sus residuos por aspiración.

Microbios En una muestra de orina recolectada y procesada apropiadamente, la presencia de bacterias suele revestir importancia considerable. Su presencia en muestras centrifugadas indica un recuento bacteriano menor de 10000 / ml mientras que en las muestras no centrifugadas apunta a una cuenta bacteriana mayor de 100 000 / ml. Las especies de bacterias presentes en la orina se identifican con diversas pruebas microbiológicas, y su número y tipo varía con las diversas infecciones de las vías urinarias. El hongo más común en la orina es *Candida albicans*

¿Qué es?

El término glomerulonefritis significa etimológicamente inflamación del glomérulo. El glomérulo es la unidad anatómica renal donde radica la función de aclaramiento o filtración de la sangre. Está formado por una envoltura externa en forma de copa (cápsula de Bowman) constituida por epitelio cúbico en cuyo seno existe un ovillo vascular originado a partir de una arteriola que llega al glomérulo (arteriola aferente) y que se divide en diversos capilares para reunirse de nuevo en otra arteriola que abandona el glomérulo (arteriola eferente). Esta formación vascular está sustentada por un andamiaje de células (células mesangiales, fibroblastos) y matriz extracelular denominada mesangio. Al contacto entre la parte interna de la copa y los capilares a los cuales abraza, surge una membrana basal que junto al epitelio de la cápsula de Bowman

²⁸ Id pp 885

(el cual en vez de tener una morfología cúbica típica, presenta otra en forma de célula con tentáculos -denominados podocitos-) y el endotelio vascular forman la membrana de filtración a través de la cual pasan el agua y las sustancias plasmáticas filtradas desde el espacio vascular al de la cápsula de Bowman. La labor de filtración realizada por las estructuras antes mencionadas supone no solo eliminación de agua sino también, de forma selectiva, de sustancias presentes en la sangre. Dicha selección en la filtración depende fundamentalmente del tamaño (peso molecular) y de la carga eléctrica que posean. Cualquier alteración que surja en esta estructura anatómica y fisiológica, dará lugar a anomalías en la labor de filtración realizada. Dicho comportamiento anómalo puede ser en forma de una disminución en el volumen de sangre filtrada (deterioro de la función renal) o bien en forma de una pérdida de la propiedad de filtración selectiva. La pérdida de filtración selectiva dará lugar sobretodo a la eliminación por la orina de diferentes elementos formes de la sangre (como hematíes) y de sustancias que habitualmente no se pierden o lo hacen en cantidades mínimas (como las proteínas sanguíneas albúmina, gamma globulinas, etc...).

¿Cómo se clasifican?

Histológicamente en las glomerulonefritis se pueden producir diversos fenómenos que son la base para su clasificación y denominación. Puede aparecer una proliferación de diferentes células denominándose a estas glomerulonefritis proliferativas. Dicha proliferación puede ocasionar como consecuencia una alteración de la arquitectura glomerular con la aparición de acúmulos celulares en forma de semilunas (glomerulonefritis proliferativa extracapilar), de una membrana basal invadida por elementos celulares provenientes del propio mesangio y que se extienden por debajo del epitelio (glomerulonefritis mesangiocapilar) e incluso por la oclusión de las asas capilares por células procedentes del propio endotelio (glomerulonefritis proliferativa endocapilar). El resto de glomerulonefritis se denominan no proliferativas, caracterizándose por predominar el depósito de proteínas sobre la proliferación celular o bien por presentar lesiones difíciles de caracterizar. En las que predomina el depósito de proteínas, éste depósito puede ocurrir en la propia membrana basal con un engrosamiento de dicha membrana hacia el lado epitelial llegando a englobar las extensiones de las células epiteliales (glomerulonefritis membranosa), o bien producirse también depósitos en el mesangio con un aumento del mismo (glomerulonefritis mesangial). Por último, dentro de las glomerulonefritis no proliferativas se puede incluir una glomerulonefritis en las que las anomalías de la membrana de filtración son en

forma de alteraciones muy microscópicas (sólo visibles con un microscopio electrónico) a nivel del epitelio (glomerulonefritis de cambios mínimos). Finalmente como consecuencia de todas estas alteraciones se pueden producir fenómenos de fibrosis que pueden llegar a ocluir todo el glomérulo destruyéndolo de forma definitiva. Estos diferentes tipos de glomerulonefritis pueden sufrir cambios a lo largo de su evolución y así glomerulonefritis no proliferativas pueden evolucionar a otras proliferativas (sobre todo extracapilares). Además de los cambios histológicos descritos, las glomerulonefritis pueden identificarse por el tipo de inmunoglobulinas o fracciones del complemento detectadas por inmunofluorescencia (técnica especial de estudio anatomopatológico), y que tienen relación con la etiopatogenia de cada glomerulonefritis.

¿Cuáles son sus causas?

La etiología de las glomerulonefritis radica habitualmente en un comportamiento defectuoso del sistema inmune. Un comportamiento patológico de los linfocitos T con un daño directo sobre la membrana basal puede ser el origen de las glomerulonefritis de cambios mínimos. Por otro lado, el organismo puede considerar alguna proteína propia del riñón como extraña, actuando directamente contra ella o bien fabricando anticuerpos que se unen con esa proteína ocasionando complejos inmunes en la propia membrana dando lugar a glomerulonefritis proliferativas como las extracapilares. También pueden aparecer en la circulación sistémica antígenos extraños frente a los cuales se producen los correspondientes anticuerpos que se fijan a esas proteínas depositadas previamente en el glomérulo, como puede ocurrir en glomerulonefritis no proliferativas como la glomerulonefritis membranosa (en la cual el antígeno extraño puede ser tumoral), o proliferativas como la endocapilar (donde el antígeno es bacteriano habitualmente) y un subgrupo de extracapilares. Finalmente, pueden unirse los anticuerpos con esos antígenos en la circulación dando lugar a inmunocomplejos que posteriormente se depositan en el glomérulo como ocurre en la glomerulonefritis mesangial. Como consecuencia del depósito o formación de inmunocomplejos o por la actuación directa de anticuerpos, se activan diversos procesos inflamatorios con la aparición de células del sistema de defensa del organismo (linfocitos, monocitos, macrófagos) y de sus mediadores (citoquinas como las interleukinas, o fracciones del complemento) con la posterior generación de reactantes que lesionan las estructuras glomerulares. La presencia de anticuerpos así como de diversos mediadores del sistema inmune, se detecta por inmunofluorescencia. Por ello los hallazgos de la inmunofluorescencia,

permiten identificar de forma más exacta los diferentes tipos de glomerulonefritis. La inmunofluorescencia puede aparecer de forma lineal a lo largo de la membrana basal como ocurre en un subgrupo muy particular de glomerulonefritis extracapilares, o bien granular a nivel de la membrana basal o del mesangio como suele ocurrir en la mayoría de glomerulonefritis. Puede predominar la presencia de inmunoglobulinas IgA, algo propio de la glomerulonefritis mesangial, o de otras inmunoglobulinas como la IgG y la IgM, característico de las demás glomerulonefritis.

¿Qué síntomas producen?

Desde el punto de vista clínico las glomerulonefritis cursan como síndrome nefrítico o nefrótico. En el primer caso se produce habitualmente un deterioro rápido de la función renal con una disminución en la cantidad de la orina, siendo ésta de características muy patológica con presencia de hematíes y detritus celulares en forma de cilindros que pueden ser observados al microscopio. Como consecuencia de estas alteraciones puede aparecer una retención importante de líquidos con aparición de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca. Las glomerulonefritis proliferativas extra y endocapilares suelen cursar de esta forma. El síndrome nefrótico suele evolucionar con una función renal conservada o levemente deteriorada pero con una pérdida muy importante de proteínas por la orina. Esta pérdida de proteínas por la orina da lugar a un descenso de la cifra de proteínas en sangre con aparición de edemas debido a la extravasación de agua procedente de los vasos, y a una respuesta compensadora por parte del hígado que al intentar contrarrestar este déficit de proteínas fabricando más, ocasiona una elevación en los niveles de lípidos. Las glomerulonefritis no proliferativas como la de cambios mínimos o la membranosa suelen cursar de este modo.

Respecto a la evolución, se pueden distinguir aquellas que evolucionan de forma rápida como las glomerulonefritis proliferativas endo y extracapilares, mientras que las demás presentan una evolución más crónica, que puede ser desde meses a años. Evidentemente la rapidez en el deterioro de la función renal puede ser diferente incluso dentro de un mismo tipo de glomerulonefritis. No solo importa el grado y extensión de la lesión glomerular sino también una serie de condiciones clínicas que pueden afectar a la evolución como la hipertensión arterial, el cumplimiento de las medidas dietéticas recomendadas, el empleo de fármacos o agentes que puedan perjudicar al riñón, etc..

¿Cómo se tratan?

El tratamiento de las glomerulonefritis dependerá del diagnóstico anatomopatológico (no solo en cuanto a su filiación sino a su severidad) y del curso clínico que presente

(existencia de un deterioro de la función renal, rapidez en su evolución, presencia de síndrome nefrótico, etc...). Dado que la mayor parte de las glomerulonefritis en su etiopatogenia presentan un comportamiento anómalo del sistema inmune o en su desarrollo intervienen células o sustancias con capacidad inflamatoria, el empleo de inmunosupresores suele estar bastante extendido. Los corticoides son los más empleados, sobretodo de primera línea cuando se trata de una glomerulonefritis de lesiones mínimas o cuando clínicamente la glomerulonefritis cursa como un síndrome nefrótico. Otros inmunosupresores más potentes como la ciclofosfamida y el clorambucil se emplean en glomerulonefritis que cursen con deterioro de la función renal rápido o que no hayan respondido a los corticoides. La ciclosporina se emplea casi exclusivamente en glomerulonefritis con síndrome nefrótico siempre y cuando su empleo no se asocie a un mayor deterioro de la función renal, y no haya habido respuesta a los corticoides. Otros procedimientos terapéuticos como la plasmaféresis surgieron con la idea de eliminar de la sangre aquellos antígenos o complejos inmunes que favorezcan el desarrollo de una glomerulonefritis sobretodo cuando ésta se comporta como una proliferativa, sin embargo, su utilidad se ha comprobado muy limitada. El eliminar la fuente de antígenos que se sospechen se encuentren en la génesis de una glomerulonefritis también es un aspecto ha intentar como ocurre sobretodo con las glomerulonefritis membranosas, mesangiales o incluso en un grupo muy particular de membranoproliferativas (como las asociadas a virus C). El empleo de fármacos que consigan disminuir los fenómenos inflamatorios que aparecen en una glomerulonefritis como antioxidantes (aceites de pescado, vitaminas), etc... son muy discutidos por la ausencia de estudios que hayan podido comprobar su eficacia. Finalmente la abstención terapéutica es una opción a considerar cuando nos enfrentamos a una glomerulonefritis muy avanzada o por el contrario estabilizada y de escasa repercusión, o que no haya respondido a fármacos de uso habitual en estos casos (corticoides, ciclofosfamida), a sabiendas de que no son medicaciones exentas de efectos secundarios que pueden hipotecar el futuro del paciente, para pasar posteriormente a otras opciones como la diálisis odebe a diversas causas. La incontinencia suele vivirse por quien la padece con vergüenza.)

Bibliografía

NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, Harcourt, 2001, Barcelona, España.

AUKAMP, V. Planes de cuidado en enfermería materno-infantil. Doyma, 1989, Barcelona, España.

BURROUGHES, A. Enfermería materno-infantil de bleier. McGraw Hill, sexta edición, 1994, México.

SAPIÑA RENAD, S. Enfermería materno infantil. Un concepto Integral Familiar. Interamericana, segunda edición, 1987, México, D.F.

AMERICAM,ACADEMI OF PEDIATRICS AND AMERICAN OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGISTS-1996. P.81, 82, 83, 84.

CARDENAS JIMENEZ Margarita. Conceptualización de la Enfermería, Febrero 2000, UNAM-ENEO, México, p.37.

Enciclopedia de la Enfermería Fundamentos y Técnicas Volumen 1 Ed. Océano

FERNANDEZ FERRIN Carmen. El modelo de Henderson y el Proceso Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995, p. 4, 5, 7, 8, 9, 10.

_____ <http://www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html>

_____ <http://www.medlineplus.gov/spanishhtml>.

Juall Carpenito Lynda. Manual de Diagnósticos de Enfermería 9ª edición, Ed. McGraw-Hill. Interamericana.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2005-2006. Ed. Elzevir, España.