



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE CON INFECCIÓN DE  
VÍAS URINARIAS**

**AUTORA**

**LISBETH MADELAYNE ANDRADE PIZARRO**

**TUTORA**

**MSC. ELSA MARÍA BERNAL MARTÍNEZ**

**BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2021**

## INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TÍTULO DEL CASO CLINICO.....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCION .....	VI
I. MARCO TEORICO .....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN .....	11
1.2 OBJETIVOS .....	12
1.2.1 Objetivo general.....	12
1.2.2 Objetivos específicos.....	12
1.3 DATOS GENERALES .....	13
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....	14
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	14
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	14
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA) .....	15
2.3.1 VALORACIÓN CEFALOCAUDAL .....	15
2.3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).....	16
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	18
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO...	20
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	21
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES .....	25
2.8 SEGUIMIENTO .....	26
2.9 OBSERVACIONES .....	26
CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	28
ANEXOS .....	29

## **DEDICATORIA**

El estudio de caso clínico expuesto en la presente se la dedico en primer lugar a DIOS por haber sido mi roca, mi sustento, mi fortaleza en cada etapa de mi proceso de formación universitaria.

A mi mama Ing. Nelly Pizarro por su apoyo incondicional para poder alcanzar mis metas.

A mis abuelos maternos Nelly Villacís y Eduardo Pizarro, por su aporte desinteresado, cuidados y sus muestras de amor incondicional.

Lisbeth Madelayne Andrade Pizarro

## **AGRADECIMIENTO**

Mi corazón rebosa de suma alegría por culminar mi etapa de estudiante y obtener mi título de Lcda. en enfermería por tal motivo procedo a extender mi sincero agradecimiento a DIOS por lo tanto toda la gloria y honra a él.

A mi mama por su amor y valores inculcados desde mi infancia, por su ardua labor y sacrificio para ayudarme alcanzar mis sueños. A mis Abuelos Maternos por su gentil labor, protección y sustento.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente. A mis docentes por haberme impartido todos sus conocimientos, A mi tutora de caso clínico MSc. Elsa María Bernal Martínez por su guía durante este proceso.

De manera especial a todos los profesionales de salud que forman parte del Hospital General Martin Icaza por haberme transmitido sus conocimientos, experiencias, por su apoyo y palabras de ánimo, en los tiempos más difíciles presentado por el Covid-19.

Lisbeth Madelayne Andrade Pizarro

**TÍTULO DEL CASO CLINICO**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE CON INFECCIÓN DE  
VÍAS URINARIAS**

## RESUMEN

Las ITU son una de las patologías que más afectan al sexo femenino por su arquitectura anatómica, su cuadro clínico es diverso ya que la presentación varía de acuerdo a la ubicación de la colonización dentro del tracto urinario, las complicaciones son poco frecuentes pero la más grave es el daño del parénquima renal donde se puede llegar a una insuficiencia renal unilateral o bilateral, a su vez que se ha demostrado que el 60% de las mujeres en estado de gestación lo padecen y el 20% suelen ser asintomáticas, por tal motivo se ha escogido hablar sobre el siguiente caso clínico para un correcto abordaje e interpretación clínica, sobre el proceso de atención de enfermería en un paciente de 22 años con +/- 18 semanas gestacionales.

En el embarazo dicho cuadro clínico si no es tratado a tiempo y adecuadamente puede afectar al producto directamente, dando como resultado un parto prematuro, una ruptura prematura de membranas o bajo peso al nacer, por eso un tratamiento adecuado y oportuno en conjunto con el diagnóstico nos da la oportunidad de controlar y curar el cuadro, a la vez que educamos a nuestros pacientes hasta lograr la reposición completa de su función vital,

### **Palabras clave**

Polaquiuria, disuria, ITU (infección del tracto urinario), embarazo, pielonefritis

## **ABSTRACT**

UTIs are one of the pathologies that most affect the female sex due to their anatomical architecture, their clinical picture is diverse since the presentation varies according to the location of the colonization within the urinary tract, complications are rare but the most serious is the damage to the renal parenchyma where unilareral or bilateral renal failure can be reached, in turn it has been shown that 60% of pregnant women suffer from it and 20% are usually asymptomatic, for this reason it is I have chosen to talk about the following clinical case for a correct clinical approach and interpretation of the nursing care process in a 22-year-old patient with +/- 18 gestational weeks.

In pregnancy, this clinical picture, if not treated in time and properly, can affect the product directly, resulting in premature delivery, premature rupture of membranes or low birth weight, therefore an adequate and timely treatment in conjunction with the diagnosis. gives us the opportunity to control and cure the condition, while we educate our patients until we achieve the complete replacement of their vital function,

### **Keywords**

Pollakiuria, dysuria, UTI (urinary tract infection), pregnancy, pyelonephritis

## INTRODUCCION

Las infecciones del tracto urinario constituyen una de las complicaciones bacterianas más habituales, estas son responsables de un amplio porcentaje de morbilidad durante el periodo de gestación, esto suele ocurrir especialmente en los lugares de escasos recursos, donde las gestantes desarrollan de manera muy recurrente infecciones del tracto urinario (IVU) debido a sus cambios funcionales, y anatómicos, además la localización anatómica del meato uretral está expuesta a bacterias uro-patógenas y vaginales que ingresan al sistema urinario un agente causal sería *Escherichia Coli* siendo el patógeno más habitual aislado en infecciones de vías urinarias durante la gestación , otro agente causal y no muy recurrente es la infección por *Acinetobacter baumannii* un bacilo coco, Gram negativo que posee un amplio espectro de resistencia antibiótica, las infecciones durante el embarazo producidas por esta bacteria se vinculan a cuadro sintomatológico muy variable debido a la adquisición sea intra hospitalarias o en la comunidad.

A continuación, se reporta un caso poco frecuente de infección por *Acinetobacter baumannii* durante el embarazo cuyo motivo de consulta fue por disuria, dolor abdominal, polaquiuria e hipertermia y acude inmediatamente al hospital general Martín Icaza en la ciudad de Babahoyo, se elaboró un plan de cuidados utilizando las herramientas NANDA, NOC Y NIC como herramientas fundamentales para la aplicación del proceso de atención de enfermería

## I. MARCO TEORICO

### INFECCION DE VIAS URINARIAS

El termino infección del tracto urinario (ITU o IVU) engloba toda la serie de procesos que afectan al aparato genitourinario, por la colonización de microorganismos en la orina, dichas colonizaciones pueden afectar las vías urinarias bajas donde están involucrados la uretra y la vejiga, así como las vías urinarias altas donde se ve afectado los uréteres, cálices, la pelvis renal y el parénquima, dichas infecciones suelen ser subclínicas o asintomáticas donde observamos una bacteriuria subclínica o sintomáticas donde ya se habla de una cistitis, uretritis o pielonefritis. (Harrison, 2018, pág. 969)

- La **Cistitis** es la inflamación de la vejiga generalmente causada por una IVU.
- La **uretritis** es la inflamación e irritación del conducto uretral.
- La **pielonefritis** es la inflamación del riñón.
- La **Bacteriuria asintomática** es la presencia de un recuento significativo de bacterias en la orina en ausencia de signos o síntomas clínicos.

Las **infecciones de vías urinarias en el embarazo** son muy frecuentes debido a que existe una estasis urinaria que es el resultado de una dilatación uretral hormonal, la hipo peristalsis uretral hormonal juntamente con la compresión que produce el útero contra los uréteres. (Harrison, 2018, pág. 970)

### EPIDEMIOLOGIA

Se reportan 150 millones de casos de IVU anualmente en la población en general, donde los patógenos aislados son bacilos gran negativos en un 80%, dentro de los cuales tenemos a las enterobacterias como lo son la Escherichia Coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter, Proteus mirabilis y Serratia, donde la E. Coli predomina entre un 70 a 80% de los casos de IVU, y es el causante del 95% de las pielonefritis. (Rodriguez Pin & Lopez Anchundia, 2020, pág. 20)

Se calcula que las infecciones urinarias afectan a un 15% de las mujeres de todas las edades cada año y de estas más del 25% puede presentar una recurrencia mientras que un 29% de los embarazos se complica por dicha patología, siendo una de las complicaciones clínicas más frecuentes durante la

gestación, y suele predisponer a un 10% de las admisiones hospitalarias de mujeres gestantes. (Rodríguez Pin & Lopez Anchundia, 2020, pág. 20)

## **ETIOLOGIA**

Las ITU son causadas por patógenos los más comunes son los bacilos gramnegativos, su susceptibilidad y clínica depende mucho de la zona genitourinaria afectada, se puede ver que en las cistitis agudas los patógenos aislados son entre un 75 a 90% de los casos causados por E. Coli, mientras que el 5 a 15% son los Staphylococcus Saprophyticus estos con frecuencia se hallan en mujeres jóvenes o embarazadas, la Klebsiella, Proteus, Enterococcus y Citrobacter, solo se los encuentra en un 5 a 10% de los casos, por otro lado los causantes de pielonefritis no complicada es muy similar un 90% por E. Coli, mientras que las complicadas la E. Coli sigue liderando muy a menudo se aíslan bacilos gramnegativos aerobios, como la Pseudomonas aeruginosa y la Klebsiella, Proteus, Citrobacter, Acineterobacter y Morganella aunque también se encuentran bacterias grampositivas como son los enterococos y Staphylococcus aureus conjuntamente con las levaduras. (Mattuizzi, Froeliger, & Madar, 2018, pág. 10)

## **PATOGENIA**

Se debe visualizar la arquitectura urinaria como una unidad anatómica continúa unida por una columna de orina que va desde la uretra a los riñones, y como se sabe en su mayoría las IVU se forman a cuando los patógenos logran ascender desde la uretra a la vejiga, de donde pueden seguir su colonización a los uréteres llegando al riñón, pudiendo desencadenar muchas patologías del parénquima renal. (Castro, 2020, pág. 108)

La patogenia de la infección del tracto urinario tiene una estrecha relación entre el hospedador específico, el microorganismo patógeno y los factores ambientales es la que rige los resultados clínicos. (Harrison, 2018, pág. 850)

1. Cuando se habla de **factores ambientales** hablamos de la anatomía en este caso nos referiremos al aparato reproductor femenino el cual es más propenso a verso afecto por situación anatómica y su arquitectura, el introito vaginal al estar muy cerca de la zona perianal esta propensa a la colonización de E. Coli procedente del aparato gastrointestinal, otra de las

causan que alteran la arquitectura del aparato genitourinario son los cateterismos vesicales, intervenciones quirúrgicas, prostatitis o cualquier anomalía anatómica que provoque estasis u obstrucción urinaria. (Harrison, 2018, pág. 867)

2. **Los factores de microorganismos** son las características que posee un patógeno que le permiten una fácil colonización, como hemaglutinina que es una proteína que se ubica en el exterior de la membrana celular, otras estructuras como las fimbrias de tipo 1 poseen la capacidad de unirse a estructuras ricas en manosa que la tiene la orina humana en su proteína Tamm Horsfall, a la vez que presenta hemolisinas y el factor necrotizante citotóxico que son una ayuda a la patogenicidad del microorganismo. (Harrison, 2018, pág. 900)
3. En cuanto a los **factores del huésped** nos basamos en los cambios que se producen en el flujo urinario, en los cambios hormonales del epitelio uretral o genital juntamente con las alteraciones químicas que en ella se producen, los cuidados higiénicos, cateterismos o manipulación de orina, embarazo o diabetes. (Harrison, 2018, pág. 901)

## **FACTORES DE RIESGOS**

Tenemos distintos factores que pueden ayudar al aumento de las infecciones urinarias.

- Antecedentes de infecciones urinarias y genitales recurrentes
- Medidas higiénicas
- Nivel socioeconómico
- Edad de la gestación
- Actividad sexual

Durante la gesta y la actividad sexual tenemos cambios fisiológicos propias que dan un ambiente propicio a la colonización de microorganismos patógenos, hasta un 80% de las mujeres gestantes tienen un hidroutero, además una nefrosis bilateral producto de que la orina no puede descender del riñón hacia la vejiga esta patología se la relaciona al reflujo vesicoureteral existente gracias a los mecanismos que posee el útero sobre la vejiga lo que disminuye la contracción de los uréteres, a lo que acompaña la arquitectura femenina donde la uretra es más

corta en relación a los hombres, esto predispone a la entrada de microorganismos al tracto urinario, y como dato final tenemos que el embarazo produce un estado de inmuno susceptibilidad, lo que permite una colonización más agresiva de ciertos patógenos como la Echerichia Coli. (Mendez Hernandez & Azuara Robles, 2018, pág. 100)

## **CLASIFICACIÓN**

A las ITU se las puede clasificar por distintos criterios y abordajes según sea el caso:

Su clasificación general y para una mejor comprensión es según su localización:

- **ITU Alta:** esta la encontramos a nivel ureteral desde donde avanza hasta afectar el parénquima renal, sus signos y síntomas son de presentación sistémica. En este grupo se encuentran las ureteritis y las pielonefritis complicadas y no complicadas.
- **ITU Baja:** son las más frecuentes se encuentran a nivel de uretra y avanzan a vejiga, estas normalmente presentan una sintomatología urinaria propia como disuria, polaquiuria propios de una cistitis y uretritis.

### **Según los factores asociados y gravedad:**

- **ITU no complicada:** se la observa en pacientes con un tracto urinario que conserva toda su arquitectura anatómica normal, donde no existe antecedentes de intervenciones quirúrgicas o de cateterismos vesicales y su sintomatología se centra en la uretra y vejiga. Estas infecciones son más frecuentes en mujeres que han iniciado su actividad sexual a corta edad.
- **ITU complicada:** se la puede observar con más frecuencia en pacientes cuya arquitectura genitourinaria se encuentra con anormalidades anatómicas, funcionales o han tenido un mal apego farmacológico en cuyo caso tienen a tener ITU recurrente y a resistencia a fármacos, pueden ir desde una cistitis resistente a tratamiento hasta una sepsis urinaria que pueden terminar en la muerte del paciente por un choque séptico.

### **Según su presentación clínica:**

- **ITU asintomática:** donde se aísla microorganismos patógenos que superan las 105 UFC (Unidades Formadores de Colonia) pero siguen asintomáticos y su curso clínico es favorable a su recuperación.
- **ITU sintomática:** se aprecia un cuadro clínico de acuerdo con su localización en la arquitectura urinaria.

### **Según su adquisición:**

- **Nosocomial:** se denomina así cuando su aparición es posterior a las 48 horas de ingreso hospitalario en un paciente donde no se evidencio dicha infección en su ingreso, por lo general está asociada a procedimientos invasivos, como principal causante tenemos la colocación de un catéter urinario.
- **Adquirida en la comunidad:** Son las ITU que se adquieren en la vida cotidiana, ya sea por falta de higiene en el paciente o por alguna anomalía en la estructura anatómica.

## **CUADRO CLÍNICO**

### **Cistitis aguda**

Se presenta de forma brusca con disuria, polaquiuria y urgencia miccional. Con menor frecuencia se observa incontinencia, tenesmo y dolor suprapúbico aumenta con la micción. La fiebre nos da la posibilidad que exista una pielonefritis o de prostatitis. En un 30% de los casos puede haber hematuria macroscópica. La orina suele presentarse turbia y maloliente. El urocultivo muestra bacteriuria significativa, una cistitis aguda puede ser recurrente, debiendo diferenciarse entre recidivas y reinfecciones. (Monte, 2017, pág. 98)

### **Prostatitis**

Una prostatitis aguda se caracteriza por la aparición de dolor perineal o lumbar, asociado a disuria y fiebre. Algunos pacientes refieren dolor a la eyaculación. El sedimento suele demostrar piuria, y en el urocultivo se detectan cocos gramnegativos, pudiendo resultar negativo. La prostatitis aguda también puede ser producida por gonococos. El tacto rectal es obligado y donde se palpa una próstata aumentada de tamaño y dolorosa. (Monte, 2017, pág. 100)

La prostatitis crónica suele ser asintomática y debe sospecharse en los varones con infección del tracto urinario recurrente. En este caso debe realizarse cultivo cuantitativo de las muestras obtenidas al comienzo de la, en la mitad del chorro, en la secreción prostática y en la orina tras masaje prostático. (Monte, 2017, pág. 108)

Si la bacteriuria es de origen prostático, la densidad de gérmenes en la secreción prostática es al menos 10 veces superior a la del comienzo de la micción, sin que se observen microorganismos en la mitad del chorro miccional. (Monte, 2017, pág. 108)

### **Pielonefritis aguda**

Suele ser una infección del parénquima renal en su gran mayoría de origen ascendente, que abarca a la pelvis renal, una diseminación hematogena de *Staphylococcus aureus* también puede dar lugar a una pielonefritis aguda con abscesos corticales. Las manifestaciones clínicas suelen ser dolor lumbar unilateral con digitopresión positiva, fiebre y escalofríos donde se ve un malestar general juntamente con un síndrome cístico que no se evidencia en todos los casos (Monte, 2017, pág. 110)

### **Pielonefritis crónica**

Un mal apego farmacológico y ITU recurrentes conducen a una lesión renal crónica cicatricial. Las características clínicas se evidencian con sintomatología propia de pielonefritis donde vemos una afección tubulointerstitial, con poliuria y pérdida de sodio con hipertensión arterial. Se puede usar imágenes donde se evidencia una cicatrices corticales y cambios en la anatomía pielocalicial. (Monte, 2017, pág. 120)

## **DIAGNOSTICO**

### **Cistitis aguda no complicada**

**Diagnóstico clínico** se establece por la sintomatología del paciente al hacer un análisis adecuado de lo que el describe como la disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. (Ecuador, 2016, pág. 3)

**Diagnóstico de laboratorio** tenemos varios métodos que son de ayuda para llegar a su diagnóstico definitivo como es el análisis de tira reactiva, es recomendable realizar urocultivos en los siguientes casos: sospecha de pielonefritis aguda, sintomatología persistente o que recurre en 2 a 4 semanas posterior a tratamiento y pacientes con sintomatología atípica, si se encuentra un recuento de colonias mayor o igual a 10<sup>3</sup> UFC/ML se considera una cistitis. (Ecuador, 2016, pág. 8)

### **Pielonefritis aguda no complicada**

Diagnóstico clínico podemos verificar dolor en la fosa renal al puño percusión, náuseas y vómitos, fiebre > 38 °C o hipersensibilidad en el ángulo costovertebral indica una pielonefritis aguda, que puede darse en ausencia de síntomas de cistitis. (Ecuador, 2016, pág. 20)

Diagnóstico de laboratorio un recuento de colonias  $\geq 10^4$  UFC/ml de uro patógenos se consideran indicativos de bacteriuria con importancia clínica.

Diagnóstico por imagen realizar una ecografía renal para descartar obstrucción urinaria o litiasis renal (Ecuador, 2016, pág. 22)

### **Diagnóstico de IVU en el embarazo**

#### **Bacteriuria Asintomática**

Un diagnóstico preciso de infección de vías urinarias es la base del tratamiento, se deben tomar en cuenta la siguiente referencia.

Una detección de BA a través de un examen general de orina o con tirillas reactivas que detectan leucocituria, nitritos y bacterias tiene una sensibilidad baja, misma que disminuye ante la presencia de leucorrea (Ecuador, 2016, pág. 24)

Se debe realizar urocultivo para diagnóstico y tratamiento oportuno de BA en mujeres embarazadas a que sin tratamiento puede progresar a una pielonefritis hasta en un 40% de los pacientes y también se asocia a ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer. (Ecuador, 2016, pág. 25)

## **Cistitis y pielonefritis en embarazada**

Ante la evidencia clínica en la anamnesis del paciente se puede iniciar tratamiento sin necesidad de urocultivo, si la paciente refiere secreción vaginal anormal considerar examen pélvico para iniciar tratamiento primario de vaginitis. (Ecuador, 2016, pág. 30)

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento va a ser extrahospitalario en la mayoría de los casos y de estancia hospitalaria los casos recurrentes o ITU que afecten el parénquima renal, el enfoque terapéutico varía de acuerdo con su situación en la arquitectura urinaria, así como la elección del antimicrobiano su dosis y tiempo será ajustada de acuerdo con cada fármaco, (Harrison, 2018, pág. 702)

### **Cistitis no complicadas estrategia terapéutica**

- ✓ Nitrofurantoína, 100 mg c/12 h x 5-7 días
- ✓ Trimetropina-Sulfametoxazol, un comprimido de doble potencia c/12 h x 3 días
- ✓ Fosfomicina, saquito de 3 g de dosis única
- ✓ Pivmecilinam, 400 mg c/12 h x 3-7 días
- ✓ Fluoroquinolonas
- ✓ B lactámicos

## **Pielonefritis**

### **Pielonefritis no complicada tratamiento ambulatorio**

Como tratamiento de primera elección tenemos a las fluoroquinolonas:

- ✓ Ciprofloxacino 1gr Vía oral cada 24 h por 5 días
- ✓ Levofloxacino 750mg VO cada 24h por 7 días
- ✓ Ofloxacino 400mg dos veces al día por 5 días
- ✓ Ceftriaxona 1 a 2gr cada 24h por 7 días

Un tratamiento alternativo se puede usar

- ✓ Amoxicilina + ácido clavulánico 875/125mg cada 12h por 14 días
- ✓ Trimetropina/sulfametoxazol 160/800mg cada 12 horas

## **Tratamiento en pacientes hospitalizados**

El primer esquema llevara fluoroquinolonas:

- ✓ ciprofloxacino 400mg IV cada 12 horas
- ✓ levofloxacino 750mg IV cada 24 horas
- ✓ Gatifloxacino 400mg IV cada 24 horas cualquier fármaco descrito anteriormente debe ser administrado por 14 días

## **Tratamiento de ITU en el embarazo**

### **a) ITU baja**

Se pueden administrar penicilinas, nitrofurantoina o cefalosporinas durante 7 días.

- ✓ Ampicilina 1gr cada 6h
- ✓ Amoxicilina 500mg cada 12h
- ✓ Cefalexina 500mg cada 6h

### **b) ITU alta**

La paciente debe ser hospitalizada, reposición de líquidos endovenosos, administración de medicación antipirética y administración de antibióticos endovenosos.

- ✓ Ampicilina + gentamicina 2gr cada 6h
- ✓ Gentamicina 2mg por kg de peso cada 4h
- ✓ Ampicilina + sulbactam 3gr cada 6h
- ✓ Piperacilina 4gr cada 8h

## **DEFINICION DE LA TEORICA.**

### **VIRGINIA HENDERSON**

El modelo de cuidados de Virginia Henderson proyecta su marco de valoración en 14 necesidades básicas, Henderson estableció la función propia de la enfermería, que consistía en atender a la persona sana y enferma en sus actividades, para contribuir a su salud o recuperación, realizar esto de tal manera

que le ayude al individuo a ser independiente lo antes posible. (José Carlos Bellido Vallejo, 2016, pág. 21)

### **NECESIDADES BÁSICAS.**

Las 14 necesidades básicas son necesarias para conservar la conformidad e integridad del individuo. Cada necesidad está influenciada por los mecanismos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades son universales para todas las personas, pero cada individuo las satisface y manifiesta de una manera. Son: (José Carlos Bellido Vallejo, 2016, pág. 25)

- 1) Respirar normalmente.
- 2) Comer y beber adecuadamente.
- 3) Eliminar por todas las vías corporales
- 4) Moverse y mantener posturas adecuadas.
- 5) Dormir y descansar.
- 6) Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7) Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
- 8) Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9) Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10) Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11) Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- 12) Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- 13) Participar en actividades recreativas.
- 14) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial las ITU reportan más 190 millones de casos anualmente, siendo una de las principales patologías por la que las mujeres acuden a consulta ginecológica, en Ecuador se reporta que el 76% de las ITU son por E. Coli.

La infección producida en el tracto urinario son complicaciones que se presentan con mucha frecuencia en el periodo gestante por lo cual es importante realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado para prevenir futuras complicaciones de afecten al binomio madre e hijo.

A nivel mundial se estima que existen alrededor de un 60 por ciento de pacientes en periodo de gestación con infecciones de vías urinarias, en el Ecuador es muy recurrente presenciar el ingreso de las gestantes tanto a los centros de salud como a los hospitales de tercer nivel las cuales acuden con cuadro clínico de ITU altas, razón por la cual se escogió este tema e individuo de estudio al cual se procedió aplicar el proceso de atención de enfermería, basado con las herramientas fundamentales como son NANDA, NIC, NOC, donde se dio un juicio clínico enfermero, se evaluó el estado clínico y se aplicó intervenciones en enfermería de acuerdo a las necesidades reales, el presente estudio de caso fue de gran relevancia porque tuvo como objetivo primordial contribuir a la recuperación de la mejoría física y mental e incorporación a su sociedad.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo general**

Aplicar el proceso de atención de enfermería a gestante de 18 semanas con infección de vías urinarias

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Valorar el estado de salud de la gestante con infección de vías urinarias
- Identificar los patrones disfuncionales presentes con el modelo de Marjorie Gordon
- Formular diagnósticos de enfermería en base a necesidades jerárquicas
- Ejecutar las intervenciones de enfermería para lograr la mejoría clínica

### **1.3 DATOS GENERALES**

**Nombres y Apellidos:** NN

**Fecha de nacimiento:** 28-06-1999

**Edad:** 22 Años

**Nacionalidad:** ecuatoriana

**Provincia:** Los Ríos

**Sexo:** Femenino

**Raza:** Mestiza

**Estado civil:** Soltera

**Grupo sanguíneo:** ORH+

**Lugar de nacimiento:** Babahoyo-Los Ríos-Ecuador

**Lugar de Residencia:** Babahoyo

**Nivel sociocultural/económico:** Medio

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Paciente de sexo femenino de 22 años con +/- 18 semanas de gestación acude en compañía de familiar, por presentar cuadro clínico de aproximadamente 7 días evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada, disuria, polaquiuria, tenesmo, y dolor pélvico a la vez presenta dolor fosa lumbar de intensidad 7/10.

#### **Antecedentes personales**

- Embarazo con ITU recurrente, 3 ITU en el transcurso del embarazo

#### **Antecedentes familiares**

- Madre hipertensión arterial

#### **Antecedentes quirúrgicos**

- No refiere

#### **Alergias**

- No refiere

### 2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Paciente de sexo femenino de 22 años con +/- 18 semanas de gestación acude en compañía de familiar al área de emergencia gineco-obstétrica del Hospital General Martín Icaza por presentar cuadro clínico de aproximadamente 7 días de evolución, al momento paciente se encuentra febril con 39°C, refiere mialgia, artralgia, disuria, polaquiuria, tenesmo, y dolor pélvico, presenta puño percusión positivo en fosa lumbar de intensidad 7/10, paciente refiere que es su tercera infección durante el embarazo y conjuntamente con mal apego farmacológico, se realizan exámenes complementarios y se decide ingreso por su estado gestacional en sospecha clínica de pielonefritis.

#### **Signos vitales**

- **Presión/Arterial:** 135/85 mm/Hg
- **Talla:** 160 cm
- **Peso:** 68 Kg
- **Pulso:** 110 pulsaciones por minuto

- **Temperatura:** 39 °C
- **Frecuencia Respiratoria:** 22 Respiraciones por minuto
- **Saturación de Oxígeno:** 98%

### **Laboratorios**

- Hemoglobina 13.6
- Hematocrito 40.2
- Plaquetas 315
- Leucocitos 10.90
- Neutrófilos 98.9
- Linfocitos 38.8
- PCR 45.10

### **Ecografía**

Se evidencia aumento del tamaño renal, una pérdida de la relación cortico medular, y compresión del seno renal.

Después de la valoración clínica y reporte de exámenes complementarios se decide su ingreso para reposición de líquidos endovenosos, juntamente con terapia farmacológica endovenosa y cumplimiento de esquema antibiótico y vigilancia de embarazo, ya que a la valoración hay compatibilidad con pielonefritis.

### **Diagnóstico**

- ✓ **CIE 10 N110** pielonefritis crónica no obstructiva
- ✓ **CIE 10 A689** Fiebre
- ✓ **CIE 10 O230** infección del riñón en el embarazo
- ✓ **CIE 10 O80** embarazo del 2do trimestre

## **2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)**

### **2.3.1 VALORACIÓN CEFALOCAUDAL**

- **Piel y faneras:** deshidratación leve
- **Estado de Conciencia:** alerta, orientado en tiempo, espacio y persona.
- **Cabeza:** normo céfalo, cabello bien implantado, color negro.
- **Cara:** simétrica y pálida.
- **Oído:** íntegros y bien implantados

- **Ojos:** simétricos
- **Boca:** mucosas secas
- **Dientes:** Piezas dentarias completas.
- **Uñas:** regulares de coloración blanca, buena implantación
- **Cuello:** No se observan ni palpan adenopatías
- **Tórax:** simétrico,  
**CsPs:** buena ventilación, sin ruidos agregados normal a la valoración  
**RsCs:** rítmicos
- **Abdomen:** doloroso a la palpación profunda
- **Miembros superiores:** simétricos a la vista
- **Miembros inferiores:** simétricos sin presencia de edema
- **Genitales:** normales
- **Estado nutricional:** normal, con un IMC de 26.6
- **Marcha y movimiento:** normal a la valoración

### 2.3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

#### 1. Patrón percepción-manejo de la salud

- Paciente con antecedentes personales de infección de vías urinarias a repetición por mal apego a tratamiento y con antecedentes patológicos familiares, padre con diabetes mellitus tipo 2 y madre hipertensión arterial.
- Paciente reconoce el motivo por el que ingresa a esta casa de salud.
- Manifiesta que su estado de salud es delicado.
- No consume alcohol, no fuma y bebe café 5 tasas al día.
- Cree cumplir con el esquema planteado para su patología.
- Refiere no tener alergia alguna.

#### 2. Patrón nutricional-metabólico.

- Su índice de masa corporal (IMC) es normal, (su talla es 160 cm y su peso actual 68 Kg.)
- Piel, presenta deshidratación leve y palidez generalizada.
- No refiere alergias alimenticias.
- Presenta hipertermia de 39°C
- Tiene vía periférica para administración de medicamentos

**3. Patrón de eliminación.**

- Su motilidad gastrointestinal se encuentra intacta
- Presenta alteración en el tracto urinario presenta dolor al orinar, sensación de vaciado incompleto y ardor al orinar.

**4. Patrón actividad-ejercicio.**

- No presenta disnea.
- Presenta dolor muscular y articular por el alza térmica
- Ruidos pulmonares normales.
- Presenta taquicardia de 110 latidos por minutos.
- Marcha normal dentro de los parámetros valorables

**5. Patrón sueño-descanso.**

- No presenta problemas de sueño.
- No toma medicación para dormir

**6. Patrón cognitivo-perceptual.**

- Se encuentra alerta, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Se le realiza escala de Glasgow: 15/15

**7. Patrón autopercepción-autoconcepto.**

- El aspecto general de la paciente es regular.
- Su autoestima es normal

**8. Patrón rol-relaciones.**

- Vive con su esposo.
- Ama de casa

**9. Patrón sexualidad-reproducción.**

- Sexualmente activa.

**10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.**

- La paciente se encuentra inquieta por la hospitalización.

**11. Patrón valores-creencias.**

➤ Paciente refiere ser de religión católica.

### **PATRONES DISFUNCIONALES O ALTERADOS.**

- ✓ Patrón disfuncional nutricional-metabólico
- ✓ Patrón disfuncional de eliminación
- ✓ Patrón disfuncional actividad – ejercicio

### **2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS**

#### **Laboratorios de ingreso hospitalario**

#### **BIOMETRÍA HEMÁTICA**

<b>Examen</b>	<b>Resultado</b>	<b>Unidad</b>	<b>Rangos Ref.</b>
HEMATIES	4.10	x 10 <sup>6</sup> /μL	4 – 5.5
HEMOGLOBINA	13.6	g/dl	12 – 16
HEMATOCRITO	40.2	%	40 – 54
PLAQUETAS	315	10 <sup>3</sup> /uL	150 – 450
<b>LEUCOCITOS</b>	<b>*10.90</b>	<b>10<sup>3</sup>/uL</b>	<b>5 – 10</b>
NEUTROFILOS#	5.37	10 <sup>3</sup> /uL	1.5 – 7
LINFOCITOS#	2.03	10 <sup>3</sup> /uL	1.6 – 4
<b>NEUTROFILOS%</b>	<b>* 98.9</b>	<b>%</b>	<b>50 – 70</b>
<b>LINFOCITOS%</b>	<b>* 38.8</b>	<b>%</b>	<b>20 – 40</b>
MONOCITOS%	3.6	%	3 – 12
<b>EOSINOFILOS%</b>	<b>* 0.1</b>	<b>%</b>	<b>0.5 – 5</b>
BASOFILOS%	0.3	%	0 – 1

## BIOQUÍMICA SANGUÍNEA

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
DIMERO-D	0.10	ug/ml	0.0 - 0.50
TP	12.7	seg	10 - 14
TPT	31.6	seg	30 - 45
TGO (AST)	36	U/L	HASTA 40
TGP (ALT)	48	U/L	HASTA 40
LDH2	292.00	U/L	207 - 414
<b>GLUCOSA</b>	<b>* 120</b>	<b>mg%</b>	<b>70 - 110</b>
UREA	25.0	mg/dl	15 - 48.5
CREATININA	1.20	mg/dl	0.70 - 1.20
BILIRRUBINA TOTAL	0.70	mg%	adulto hasta 1.2 neonato hasta 15 días 6.0 - 8.0 neonato 1 día hasta 11.0
BILIRRUBINA DIRECTA	0.29	mg%	0.1 - 0.3
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.41	mg%	HASTA 1.0
FERRITINA	56.6	ng/ml	NIÑOS 7 - 140 ADULTOS HOMBRES 30 - 400 MUJERES 13 - 150
<b>PCR - CUANTITATIVO</b>	<b>* 45.10</b>	<b>mg/L</b>	<b>0 - 5</b>

## REPORTE DE ECOGRAFIA

- **Riñón derecho.** - Se observa un aumento de tamaño en conjunto con una dilatación pielocalicial, con una pérdida de la relación cortico medular, con un estrechamiento del seno renal, no se observan litos.
- **Riñón izquierdo.** – tamaño renal conservado, dentro de los parámetros, una buena relación cortico medular no se observan litos.
- **Impresión diagnostica** pielonefritis derecha corroborar con clínica

## CONDUCTA A SEGUIR

### Medidas generales

- 1) Monitorización de signos vitales
- 2) Balance hídrico
- 3) Curva térmica cada 6h
- 4) Dieta General
- 5) Comunicar novedades

### Fluidos y medicamentos

- 1) Solución salina al 0.9% 1000ml, pasar a 40 gotas por minuto
- 2) Omeprazol 40mg cada día IV
- 3) Paracetamol 1gr cada 8 horas IV
- 4) Piperacilina 2gr cada 6h IV
- 5) Interconsulta a medicina interna
- 6) Ceftriaxona 1gr cada 12h IV

## 2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Se sospecha de una pielonefritis por su presentación clínica e imagenológica, donde se pudo observar signos radiológicos propios de la pielonefritis como el aumento del tamaño renal, pérdida de la relación cortico medular con clínica como fiebre, dolor en fosa lumbar, tenesmo y disuria,

### Diagnósticos diferenciales:

- Nefrolitiasis
- Vaginitis
- Disfunción musculo esquelética

## **Diagnóstico definitivo**

- Pielonefritis

## **2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

### **Valoración:**

Una vez evidenciado los datos de la historia clínica en conjunto con la información adicional proporcionada por el paciente, instauramos las prioridades de soporte que ayudarán en la recuperación del paciente.

Posterior a la valoración del paciente identificamos tres principales patrones funcionales alterados, para el actuar de la enfermera.

- Patrón disfuncional nutricional-metabólico.
- Patrón disfuncional de eliminación.
- Patrón disfuncional actividad – ejercicio

**Dominio 12: CONFORT CLASE 1: Confort físico.**

**DX:** Dolor agudo (Heather Herdman & Kamitsuru, 2015-2017, pág. 439)

**NANDA:** 00132  
**NOC:** 2102  
**NIC:** 1400

M  
E  
T  
A  
S

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

**R/C:** Agente lesivos biológicos (Infección)

**Dominio 5:** Salud percibida

**Clase V:** Sintomatología

**Etiqueta:** (2102) Nivel del dolor. (Moorhead & Johnson, 2015, pág. 436)

**Campo 1:** Fisiológico básico

**Clase E:** Fomento de la comodidad física

**Etiqueta:** (1400) Manejo del dolor (Bulechek, Butcher, Dochterma, & Wagner, 2016, pág. 310)

**E/P:** Dolor pélvico, puño percusión positivo en fosa lumbar, expresión facial de dolor.

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Expresiones faciales de dolor		x		x	
Dolor referido		x		x	

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor, que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia e intensidad.
- Administrar analgésicos bajo prescripción médica.
- Fomentar periodos de sueño/descanso adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Colocar al paciente en posiciones que ayuden en el alivio del dolor.

**NANDA:** 00007  
**NOC:** 0602  
**NIC:** 4120

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

**Dominio 11: SEGURIDAD PROTECCION CLASE 6: Termorregulación.**  
**DX:** Hipertermia (Heather Herdman & Kamitsuru, 2015-2017, pág. 377)

**R/C:** Pielonefritis

**E/P:** Piel caliente al tacto, fiebre cuantificada de 39°C, membranas mucosas secas.

**Dominio 2:** Salud fisiológica

**Clase G:** Líquidos y electrolitos.

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Aumento de la temperatura corporal	x			x	
Membranas mucosas húmedas		x			x

**Etiqueta:** (0602) Hidratación. (Moorhead & Johnson, 2015, pág. 394)

**Campo 2:** Fisiológico complejo

**Clase N:** Control de la perfusión tisular

- Monitorizar signos vitales.
- Administrar líquidos y terapia iv según prescripción médica.
- Pesar a diario y controlar la evolución.
- Vigilar estado de hidratación (mucosas húmedas)
- Controlar ingesta de alimentos/líquidos, según corresponda.
- Vigilar la respuesta del paciente a la terapia prescrita.

**Etiqueta:** (4120) Manejo de líquidos (Bulechek, Butcher, Dochterma, & Wagner, 2016, pág. 301)

**NANDA:** 00016  
**NOC:** 0503  
**NIC:** 0590

**Dominio 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO CLASE 1: Función Urinaria**

**DX:** Deterioro de la eliminación urinaria (Heather Herdman & Kamitsuru, 2015-2017, pág. 183)

M  
E  
T  
A  
S

**R/C:** Infección del tracto urinario

**Dominio 2:** Salud fisiológica

**Clase F:** Eliminación

**Etiqueta:** (0503) Eliminación urinaria.  
(Moorhead & Johnson, 2015, pág. 323)

**Campo 1:** Fisiológico Básico

**Clase B:** Control de la eliminación

**Etiqueta:** (0590) Manejo de la eliminación  
urinaria (Bulechek, Butcher, Dochterma, &  
Wagner, 2016, pág. 277)

**E/P:** Disuria, polaquiuria y tenesmo.

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Disuria	x			x	
Polaquiuria		x			x
Tenesmo		x		x	

- Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, olor, volumen, y color
- Administrar medicación bajo prescripción médica.
- Enseñar al paciente/familiar a registrar la diuresis según corresponda
- Controlar ingresos y egresos mediante balance hídrico.

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

## **2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

El estudio de caso se lo ha basado en el modelo de Virginia Henderson, el cual abarca 14 necesidades básicas, las mismas que son necesarias para conservar la conformidad e integridad del individuo.

Posterior al diagnóstico de un paciente con pielonefritis, se verá clasificado en agudo y crónico siendo el paciente que tiene una infección aguda el que recibirá un tratamiento ambulatorio y seguimiento por consulta externa, mientras que el paciente con una infección crónica y con factores de riesgo como el embarazo será hospitalizado donde recibirá un manejo integral por todo el equipo de salud, durante su estancia hospitalaria y tendrá vigilancia continua ya que puede haber una ruptura prematura de membranas dependiendo mucho de la bacteriuria.

Se instaura un régimen de manejo donde se involucra el servicio gineco-obstetricia por riesgo de parto prematuro, nutrición para que no haya un desbalance proteico energético, medicina interna para ajuste de dosis, valoración y evolución del paciente.

Al ingreso se necesitará monitorización continua de signos vitales, en especial la vigilancia de enfermería y ginecología.

Dieta general

Se produjo una progresiva mejoría de la sintomatología.

## **2.8 SEGUIMIENTO**

Se educa al paciente sobre las medidas de bioseguridad e higiene para evitar recurrencias y que el producto llegue a su término adecuado, deberá cumplir un esquema posterior al alta que consta de; repetir ecografía 1 mes después de haber dejado de presentar sintomatología, y acudir mensualmente a su consulta y seguimiento del embarazo, si volviese a recurrir se valoraría el estado de producto con el fin de evitar partos prematuros y una nueva hospitalización.

Una vez superada el cuadro deberá hacerse controles mensuales para evitar un daño permanente en el parénquima renal.

Paciente ha llevado una evolución favorable sin complicaciones y con un pronóstico bueno.

Se realizó con éxito el plan de enfermería, logrando una recuperación satisfactoria de la salud del paciente, y así logre una reintegración adecuada a la sociedad.

## **2.9 OBSERVACIONES**

Se revisaron guías de práctica clínica y artículos científicos con el fin de adquirir los conocimientos necesarios acerca del tema, y poder evaluar en conjunto con el caso clínico, su diagnóstico, evolución, así intervenir correctamente en el manejo para que pueda haber una respuesta satisfactoria al esquema planteado.

Antes de efectuar cada procedimiento, se educó al paciente sobre las ventajas y desventajas de este, a lo que el paciente dio su consentimiento para la realización de dichos procedimientos.

## CONCLUSIONES

- Por medio de una adecuada valoración a nuestra paciente, se priorizaron los patrones alterados que comprometían su salud.
- Posterior a la valoración al paciente se ejecutaron los diagnósticos de enfermería, utilizando la taxonomía nanda.
- Una vez obtenidos nuestros diagnósticos, se plantearon los objetivos que deseamos alcanzar, para la recuperación de la paciente.
- Terminando este proceso se establecieron las acciones de enfermería, las mismas que fueron ejecutadas y evaluadas obteniendo un resultado favorable, para el restablecimiento de la salud de la paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterma, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. España: Elsevier.
- Castro, L. B. (2020). Frecuencia de infección de las vías urinarias en el embarazo. *Revista de Investigación Científica y tecnología*, 105 - 114.
- Ecuador, M. d. (2016). infección de vías urinarias en el embarazo. *Guía de Práctica Clínica*, 1 - 33 .
- Harrison, J. R. (2018). *Harrison, Principios de Medicina Interna* (20 ed., Vol. 1). (A. S. Fauci, S. L. Hauser, & D. L. Kasper, Edits.) Estados Unidos: McGraw Hill Education.
- Heather Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2015-2017). *NANDA International, Diagnósticos Enfermeros*. España: Elsevier.
- José Carlos Bellido Vallejo. (2016). *Proceso Enfermero desde el modelo de atención de enfermería de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. ESPAÑA: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Mattuizzi, A., Froeliger, A., & Madar, H. (Noviembre de 2018). Infección urinaria y embarazo. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 1-20.
- Mendez Hernandez, M., & Azuara Robles, M. (2018). Infección urinaria. *Unidad de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Clínica*, 125 - 134.
- Monte, E. G. (2017). Infección del tracto Urinario. *Nefrología al Día*, 97 - 118.
- Moorhead, S., & Johnson, M. (2015). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. España: Elsevier.
- Rodríguez Pin, J. A., & López Anchundia, Y. E. (2020). *EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS*. Jipijapa.

# ANEXOS

Anexo 1 Kardex del paciente

ESTABLECIMIENTO	USUARIO	FECHA	HORA	INDICACION	FECHA	HORA	INDICACION	FECHA	HORA	INDICACION
H.C.F.C.										
<b>1. Medicamentos</b>										
1. Solucion Salina 0.9% 1000ml en 40 gotas x 4										
2. Ondoprost 40mg Intravenoso Cada 24h										
3. Metoclopridol 10mg Intravenoso Cada 8 Horas										
4. Pipracidol 80mg Intravenoso Cada 6 Horas										
5. Ceftriaxona 1g Intravenoso Cada 12 Horas										

Anexo 2 Imagen de Ecografía



### Anexo 3 Fotos con la paciente

