

MINISTERUL ÎNVĂȚĂMÂNTULUI ȘI CERCETĂRII
ȘCOALA POSTLICEALĂ SANITARĂ
"THOMA IONESCU"

LUCRARE DE DIPLOMĂ

COORDONATORI:

Profesor grad didactic I

ELENA DOROBANȚU

Asistent medical

ANTONELA BÎRLIGEA

ABSOLVENT

DABI GEORGIANA PAULA

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU PIELONEFRITĂ

PLANUL LUCRĂRII

Motivația

Capitolul I
INGRIJIREA BOLNAVILOR CU PIELONEFRITĂ

Capitolul II
PLANURI DE ÎNGRIJIRE ALE PACIENȚILOR
CU PIELONEFRITĂ

Capitolul III
CONCLUZII

Anexe

Bibliografia

MOTIVAȚIE

Numai o viață scurtă ne este acordată pe planeta PĂMÂNT și fiecare trebuie să-și pună întrebarea:

“Cum aș putea să investesc în puterile mele așa încât să aduc cel mai mare folos?”

“Cum aș putea face mai mult pentru sănătatea mea și pentru folosul semenilor mei?”

Pentru că viața, numai atunci are valoare când este folosită pentru atingerea acestor scopuri.

CAPITOLUL I

I.1 NOȚIUNI GENERALE DE ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE ALE APARATULUI RENAL

Metabolismul celular produce CO_2 și anumite substanțe finale provenite în special din catabolismul proteic, aportul oxigen poate și el realiza cantități excesive de anumiți electroliți (apa, NaCl, diferite săruri minerale) care trebuie eliminați.

Plamânii elimină CO_2 și alte substanțe volatile, iar substanțele nevolatile inutilizabile sau în exces sunt eliminate împreună cu o anumită cantitate de apă, în cea mai mare parte prin rinichi și accesorii prin sudoare și materii fecale. Prin eliminarea substanțelor nevolatile rinichiul reprezintă principalul organ care menține constant volumul, concentrația electrolitică și reacția chimică a lichidelor organismului.

Rinichiul mai are și alte activități: prin secreția de renină contribuie la reglarea tensiunii arteriale, prin eritropoietină controlează eritropoieza, prin schimbările ionice contribuie la menținerea echilibrului acido-bazic.

APARATUL SECRETOR se compune din:

- rinichi, organe de excreție,
- căi urinare:
- calice-mici
- calice-mari
- pelvis renal
- uretere
- vezică urinară
- uretră.

I.1.a RINICHI

Sunt organe pereche situate retroperitoneal, de o parte și de alte a coloanei vertebrale lombare. Rinichiul are formă caracteristică, circa 300 grame, are două fețe (anterioară și posterioară) și două margini (laterală convexă și medială concavă).

În zona marginii concave se găsesc hilul și pediculul renal în care se văd vasele renale (artera și vena), uretrul și fibre nervoase vegetative.

Seleționând rinichiul în lungul liniei mediane, din partea convexă spre cea concavă se observă:

- papilele și calicele renale: formațiuni membranoase prin care se scurge urina;
- parenchimul renal, cu structură zonală: corticală și medulară.

Zona corticală este formată în principal din glomeruli, tubi uriniferi și vasele de sânge care le aparțin. Zona medulară conține 6-18 piramide renale (Malpighi), formate din tubi colectori care drenează mai mulți nefroni.

Piramidele sunt orientate cu baza spre periferie și vârful spre sinusul renal, deschizându-se în papilele renale, acestea se deschid în calicele mici care confluează formând calicele mari (2-3) și apoi pelvisul renal (bazinet) continuat cu ureterul.

O piramidă Malpighi cu substanța corticală din jurul său formează un lob cortical.

NEFRONUL

Este unitatea morfofuncțională renală; îndeplinește toate procesele complexe care au ca rezultat formarea urinei. Nefronul este alcătuit dintr-o capsulă și un tub unifer lung.

Capsula Bowman, extremitatea pronimală, închisă dilaterală a nefronului, are forma unei cupe cu pereți dubli, mărginind o cavitate ce continuă lumenul tubului. În adâncitura capsulară se află un ghem de 4-12 bucle capilare (glomerul), care rezultă prin diviziunea arteriolei aferente și care se reunesc la ieșirea din capsulă, în arteriola aferentă. Capsula împreună cu glomerulul alcătuiesc capsula renal Malpighi.

Segmentul pronimal al tubului urinifer este constituit dintr-o porțiune contortă, tubul contort proximal (care se află în cortica renală) și este format dintr-un strat de celule a căror membrană, spre lumen, prezintă o "margină în perii", formată din microvili, care măresc mult suprafața membranei.

Segmentul intermediar (ansa Heule), subțire este format din două brațe (descendent și ascendent) unite între ele printr-o buclă, are epiteliul turtit, fără microviri. Nefronii care au glomerulii în zona corticală externă au ansa Heule scurtă, în timp ce nefronii cu glomeruli în zona externă a corticalei (juntamedulari) au ansa lungă, care coboară profund în medulară.

Segmentul distal este format dintr-o porțiune dreaptă, ascendentă, care ajunge în corticală în vecinătatea glomerulului propriu, în imediat contact cu arteriola aferentă. La acest nivel epiteliul tubular, la fel ca și celulele musculaturii netede a arteriolei aferente, prezintă modificări și formează

aparatul juxtaglomerular care secretă renină. Urmează o porțiune contortă situată în întregime în corticală. Mai mulți tubi distali se unesc și se deschid în tubul colector din structura piramidelor Malpighi.

VASCULARIZAȚIA RENALĂ

Este extrem de bogată, primind 20-25% din debitul cardiac de repaos. Artera renală, ramură a aortei abdominale, pătrunde prin hil și apoi se împarte în ramuri interlobare (între piramide), din care se desprind arterele arcuate, ce formează o ansă în jurul bazei piramidelor, arterele interlobulare, din care glomerulul. După ce se regrupează în arteriole, se capilarizează din nou în jurul tubului respectiv (în medulară) și se deschid în venele interlobulare, apoi în venele arcuate.

Venele, având un traiect aproape asemănător cu cel al arterelor, se colectează în vena renală care se deschide în vena cavă inferioară.

INTERVAȚIA RENALĂ

Provine din plexul situat în hilul organului format în majoritate din fibre simpatice, dar și din câteva fibre parasimpatice venite prin nervul vag. Fibrele nervoase, situate perivascular, se distribuie celulelor musculare din peretele arteriolar și componentelor tubulare.

I1b. FORMAREA URINEI

Mecanismul de formare a urinei cuprinde trei procese fundamentale:

- ultrafiltrarea plasmă la nivel glomerular;
- reabsorbția;
- secreția anumitor constituenți în tubi.

ULTRAFILTRAREA GLOMERULARĂ

Este un proces dirijat de forțe fizice în urma căruiă aproximativ 20% din cantitatea de plasmă care irigă rinichii trece prin membrana filtrantă glomerulară, extrem de subțire, în cavitatea capsulară. Membrana filtrantă nu se comportă ca o membrană inertă ei, prin proprietățile ei fizico-chimice, permite trecerea selectivă doar a unor constituenți și blochează trecerea altora. Ultrafiltratul glomerular (urina primară) are o compoziție electrolitică identică cu cea a plasmă; dar este lipsit de proteine, deci este o plasmă deproteinizată. Ultrafiltrarea glomerulară este rezultatul presiunii efective de filtrare, care se exercită la nivelul capilarelor glomerulare și reprezintă suma

algebrică a unor presiuni care controlează schimburilor lichidiene la nivelul tuturor capilarelor din organism.

CONSTITUENT	U.M.	FILTRARE	REABSORȚIE	SECREȚIE	EXCREȚIE
APA	(l)	170	168,5	-	1,5
Na ⁺	(mEq/l)	26000	25850	-	150
K ⁺	(mEq/l)	900	900	100	100
Cl ⁻	(mEq/l)	18000	17850	-	150
UREE	(moli)	870	460	-	410
CREATININA	(moli)	12	1	1	12
ACID URIC	(moli)	50	49	4	5
GLUCOZĂ	(moli)	800	800	-	0

La nivelul tubilor uriniferi au loc procese extrem de active, anumiți constituenți ai ultrafiltrajului fiind reabsorbiți complet (glucoza) sau doar parțial (Na⁺, Cl⁻, Uree), alții fiind inițial reabsorbiți și apoi secretați (K⁺).

REABSORBȚIA TUBULARĂ

Este procesul prin care sunt recuperate anumite substanțe utile organismului din ultrafiltratul glomerular, menținându-se astfel homeostazia lor plasmatică. Procesul este selectiv, în sensul că se realizează maximal pentru fiecare substanță într-un segment tubular prin acțiunea unor mecanisme celulare specifice, fiind condiționat de debitul substanței respective și de necesitățile organismului. Reabsorbția (transportul) diferiților constituenți din ultrafiltrat prin peretele tubului urinifer se face prin mecanisme active și pasive. Transferul activ se realizează contra unor gradiente de concentrație sau electrice, necesitând un consum de energie furnizată prin hidroliza ATP. Mecanismele de transport, activ au capacitate limitată pe unitatea de timp și intervin în reabsorbția glucozei, anumitor aminoacizi, acidului uric, unor vitamine (B12, C), fosfaților anorganici, sulfaților și a principalilor ioni ai filtratului (Na⁺, k⁺, HCO₃).

Transportul pasiv se face sub acțiunea unor gradiente fizico-chimice nu necesită consum energetic, nu este limitat de o capacitate maximă și contribuie la resorbția a trei constituenți principali ai ultrafiltrajului: apa ureea și Cl⁻.

Apa se reabsoarbe în toate segmentele tubului, cu intensități diferite, pe baza legilor difuziunii și a osmozei, astfel încât din cei 125 ml filtrați glomerular pe minut, în vezică ajunge numai 1ml/min (deci se absorb 124ml). În tubul contort și mai ales în cel colector se realizează reabsorbția

facultativă a apei și Na^+ sub controlul ADH și aldosteronului, ajustându-se eliminările în funcție de starea de hidratare a organismului.

SECREȚIA TUBULARĂ

Este procesul invers celui de reabsorbție, transportând anumite substanțe din capilarele peritubulare în lumenul tubului. Are rolul de a elimina atât substanțele străine organismului, cât și substanțele prezente obișnuit în sânge (K^+ , acid uric), unele numai când se află în concentrații mari (creatina). Se realizează activ și pasiv.

Secreția activă, având sediul la nivelul tubilor proximal și distal, se face împotriva unor gradiente electrochimice și de aceea necesită un consum energetic ridicat (secreția de H^+). Prin eliminarea H^+ tubii dețin un rol fundamental în menținerea echilibrului acido-bazic al organismului.

Secreția pasivă implică transportul unor constituenți în sensul gradientelor de concentrație și de aceea nu necesită consum energetic direct. Acest mecanism intervine în secreția K^+ , a bazelor și a acizilor slabi.

IIc REGLAREA ACTIVITĂȚII RENALE

Se face pe cale nervoasă (activitatea glomerulară) și pe cale umorală (activitatea tubulară).

REGLAREA NERVOASĂ

Se realizează prin fibrele vegetative care se distribuie arteriolelor, glomerulului și tubilor. Sistemul vegetativ nu contribuie direct la controlul elaborării urinei, ci doar indirect, prin influențarea condițiilor de irigație renală. De altfel, se știe că rinichiul denervat și chiar transplatat continuă să funcționeze aproape normal. Stimularea nervilor renali și a unor zone presoare din bulb, hipotalamus și scoarța cerebrală determină vasoconstricție renală și scăderea diurezei până la anurie. Stimularea nervilor vegetativi renali produce și scăderea eliminărilor urinare de Na^+ , prin creșterea reabsorbției tubulare a ionului.

REGLAREA UMORALĂ

Considerată a deține rolul principal, se realizează de mai mulți hormoni. Hormonul antidiuretic (A.D.N.), secretat de nucleii hipotalamici și eliberat din neurohipofiză, controlează eliminările urinare de apă, acționând la nivelul segmentului distal al nefronului. Sub acțiunea AND crește

reabsorbția de apă în tubii distali și colectori, concomitent cu diminuarea volumului și creșterea concentrației urinei.

Mineralocorticoizii, în special aldosteronul, controlează eliminările urinare de Na^+ și K^+ la nivelul segmentului distal al nefronului, stimulând reabsorbția de Na^+ și excreția de K^+ .

Parathormonul mobilizează sărurile minerale din oase, stimulează eliminările renale de fosfați, K^+ și reține Ca^+ și Na^+ . Hormonii tiroidieni intensifică metabolismul celular, în special pe cel protidic și prin creșterea generării de produși finali de metabolism, măresc diureza, același efect având și alterarea legării apei și a sării în țesuturi.

Rinichiul în condiții de irigație insuficientă sau ca urmare a unor modificări ale compoziției chimice a urinei ajunsă în tubii distali, descarcă o enzimă-renină-care acționând asupra unei globuline plasmatice, produce angiotensina I, care se transformă enzimatic în plasmă și țesuturi în angiotensina II, cel mai puternic vasoconstructor natural și stimulator al secreției de aldosteron. La nivelul renal, angiotensina II, acționând asupra musculaturii arteriolelor glomerulare modifică intens rata filtrării și prin aldosteron influențează eliminările urinare de Na^+ și K^+ .

11d MICȚIUNEA

Urina elaborată de rinichi ajunge prin tubii colectori la nivelul papilelor, umple calicele și bazinetul, apoi prin contracția acestora, este eliminată în ureter. Prin unde de contracție urina este transportată de-a lungul ureterului până în vezica urinară.

VEZICA URINARĂ

Este un organ cavitătar muscular în care se acumulează urina între micțiuni. Urina, descărcată în jeturi prin cele două orificii ureterale, nu poate reflua în uretere din cauză că acestea au traiect oblic în peretele vezical și nici nu poate curge prin uretră, deoarece colul vezical este prevăzut cu două sfinctere, unul neted, involuntar care înconjoară începutul uretrei și celălalt striat, controlat voluntar.

Vezica urinară are proprietatea de a-și mări capacitatea în timpul umplerii, fără modificări importante ale tensiunii pereților și ale presiunii intravezicale. Această proprietate, denumită plasticitate, este rezultatul unei adaptări a tonusului musculaturii vezicale la creșterea conținutului.

Înregistrarea presiunii intravezicale a arătat că, după o ușoară creștere inițială la primele jeturi de urină, presiunea înregistrează un platou în tot timpul umplerii vezicale până la volumul de 300-400 ml, când are loc o creștere bruscă a presiunii și este declanșată micțiunea reflexă când împrejurările permit.

Prima senzație de plenitudine vezicală este percepută la un volum de 100-150ml, la 150-200ml este resimțită prima dorință de micționare, iar peste capacitatea fiziologică vezicală (250-400ml) apar contracții puternice ale musculaturii peretelui vezical, care determină senzația necesității imperioase de a urina.

Micțiunea este rezultatul unor reflexe declanșate de distensia pereților vezicali. Impulsurile aferente sunt transmise unui centru lombar (simpatic), de unde se descarcă impulsuri aferente care, prin fibrele hipogastrice, inhibă contracțiile, relaxează mușchii vezicali și întăresc tonusul sfîncterului neted al colului vezical.

Concomitent distensia vezicală declanșează impulsuri care ajunse la măduvă pe calea nervilor rușinoși sunt conduse apoi pe căi aferente nespecifice spre centrii nervoși superiori, ajungând până la nivelul scoarței cerebrale, determinând senzația de a urina.

Dacă micțiunea nu este posibilă, impulsurile pornite de la cortex, prin centrii medulari, inhibă tonusul mușchiului vezicul, concomitent măresc tonusul sfîncterului extern, măbind continența vezicală. Dacă condițiile permit, are loc micțiunea.

Refluxul micțiunii este declanșat de distensia vezicală, impulsurile ajung pe fibre aferente din nervii pelvici la un centru sacrat parasimpatic al micțiunii, de unde se descarcă impulsuri care tot prin fibrele al enervilor pelvici produc contracția musculaturii vezicii și relaxarea sfîncterului intern al colului vezical. Concomitent are loc relaxarea voluntară a sfîncterului extern striat și urina începe să se evacueze din vezică.

Procesul evacuării este ajutat de contracția musculaturii abdominale și a diafragmului care, crescând presiunea intraabdominală, comprimă vezica. Reflexul medular al micțiunii este controlat de numeroși centrii supramedulari cu rol facilitator sau inhibitor.

I.2. PIELONEFRITA

DEFINIȚIE:

Pielonefritele sunt inflamații acute sau cronice care afectează țesutul interstițial renal (spațiul dintre nefroni). Importanța lor se datorește frecvenței mari și în continuă creștere a infecțiilor urinare (cauza obișnuită a infecțiilor interstițiale), gravității lor (20-60-60% conduc la R.C.de 3-4 ori mai mult decât G.N.A.).

Circa 15-20% din cadavrele autopsiate prezintă leziuni de pielonefrită. Vârfurile de frecvență a pielonefritei interesează nou-născutul, copii mici până la vârsta de 2 ani. Incidența este de 3 ori mai mare la femeie comparativ cu bărbatul.

ETIOPATOGENIE:

Germenii cei mai frecvenți întâlniți sunt: Escherichia Colli (85-90%), Proteus, Klebsiella, Piocianic, Stafilococ, Levuri. La pacienții sondați domină Klebsiella și Proteus, în timp ce Piocianicul este întotdeauna semn de suprainfecție. În formele cronice se întâlnesc adesea asocieri microbiene care agravează prognosticul.

Obișnuirii factori favorizanți sunt obstacolele de la nivelul căilor excretoare renale: afecțiuni renale congenitale, tumorile pelviene, la femei (fibrom, chist de ovar), tumorile prostatei la bărbați, hidronefroza, cistita, litiaza urinară, unele manevre urologice (sondă a`demeure, cateterisme repetate).

ANATOMIE PATOLOGICĂ:

În pielonefrita acută, mucoasa căilor uterine este inflamată, rinichii sunt mari și congestionați, iar în spațiile interstițiale se găsesc limfocite polinucleare, edeme și microabcese.

În formele cronice, rinichii sunt mici, atrofici. Leziunile sunt inițial tubulare. Ulterior, cuprind tot nefronul și sistemul său vascular.

I.3. CLASIFICARE

Pielonefrita se găsește sub formă acută și cronică.

PIELONEFRITA ACUTĂ

Tabloul chimic este de infecție urinară iar debutul nu se caracterizează întotdeauna prin semnele generale de infecție: febră cu instalare brună sau progresivă, frisoane, transpirație, cefalee.

Manifestările urinare constau în dureri lombare, mai frecvent unilaterale, surde sau cu caracter de colică renală (polakiurie, adeseori nocturnă și micțiune dureroasă).

DIAGNOSTICUL:

Se bazează pe două semne capilare:

LEUCOCITURIA: este pusă în evidență cu ajutorul probei Addis-Hamburger), se găsesc mai mult de 5000 de leucocite.

BACTERIURIA: se găsesc mai mult de 100000 germeni/

EVOLUȚIA:

Este favorabilă în condițiile unui tratament corect. Boala dureroasă 1-4 săptămâni. Complicațiile sunt rare, dar cronicizarea este frecventă.

PIELONEFRITA CRONICĂ

DEFINIȚIE:

Boala cu evoluție cronică, caracterizată prin inflamația țesutului interstițial renal, cu semne clinice de suferință precoce a tubilor renali, cu afectarea tardivă a glomerulilor și cu evoluție progresivă spre insuficiență renală.

Se cunosc două forme clinice:

- hematogenă (rară);
- ascendentă (frecventă).

Este una dintre cele mai întâlnite afecțiuni renale.

TABLOUL CLINIC:

Se conturează după luni sau ani de la episodul acut de pielonefrită. Intervalul de latență este întretăiat de recidive, fiecare puseu acut adăugând noi leziuni renale. Alteori evoluția este latentă, diagnosticul fiind stabilit în faza de IR, de aici rezultă valoarea explorărilor biologice. Când apar și semne

generale, acestea sunt de infecție cronică: stări subfebrile sau febrile intermitente, cefalee, oboseală, scăderea apetitului și greutateii.

EVOLUȚIA:

Este îndelungată, prognosticul de obicei este sumbru.

DIAGNOSTICUL:

Se bazează pe semnele clinice, leucociturie și bacteriurie. Diagnosticul în stadiu de IR este sugerat de poliuria cu densitate scăzută, pierderea de electroliți și acidoză.

I.4. SEMNE, SIMPTOME, MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ

1. *DURERI LOMBARE*: mai frecvente, unilaterale, surde sau cu caracter de colică renală.
2. *FEBRĂ*: debutează violent cu frson, febră (39-40°C). Uneori febra crește la 3-4 zile după debut.
3. *TULBURĂRI DIGESTIVE INTENSE*: vărsături, greață, balonare, constipație alternând cu semne diareice.
4. *POLAKIURIE*: disurie, nicturie.
5. *SCĂDEREA APETITULUI și GREUTĂȚII*
6. *HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ*
7. *ASTENIE, ANSIETATE*
8. *CEFALEE*
9. *TRANSPIRAȚII*
10. *ATINGEREA INTERSTIȚIULUI RENAL*
11. *STAREA GENERALĂ ALTERATĂ*, manifestările urinare fiind pe plan secundar.

PROBLEME:

- ❖ Alterarea ritmului cardiac și circulator;
- ❖ Alimentație inadecvată cantitativ și calitativ;
- ❖ Eliminare urinară insuficientă calitativ și cantitativ;
- ❖ Dificultatea de a se odihni;
- ❖ Deficit de autoîngrijire;
- ❖ Alterarea imaginii de sine;
- ❖ Comunicare insuficientă la nivel afectiv;
- ❖ Dificultatea de a acționa conform propriilor credințe și valori;
- ❖ Neliniște față de semnificația propriei existențe;
- ❖ Dificultate în a îndeplini activități recreante;
- ❖ Lipsa cunoștințelor față de afecțiunea sa.

I.5. PARTICIPAREA ASISTENTEI MEDICALE LA INTEVENȚII AUTONOME, INTERVENȚII DELEGATE ȘI TRATAMENT DE SPECIALITATE

I.5.a. PARTICIPAREA ASISTENTEI MEDICALE LA INVESTIGAȚII

Una din sarcinile importante ale asistentei medicale este colaborarea și examinarea clinică a bolnavului. Participarea acesteia este o datorie sau o obligație profesională. Ajutând medicul și bolnavul, asistenta crează un climat favorabil pentru relația medic–pacient–asistentă.

Pentru aceasta, asistenta trebuie să țină cont de următoarele sarcini:

- să pregătească fizic și psihic pacientul;
- să pregătească materialele și instrumentele necesare examinării;
- să asigure condițiile de desfășurare a examinării;
- să pregătească documentele medicale (fișă de consultații, foaia de observație clinică, rezultatele examinării);
- asigură iluminarea necesară examinării unor cavități naturale a organismului;
- ferește pacientul de traumatisme, curenți de aer;
- asigură liniștea necesară desfășurării examenului;
- pregătește produse biologice ale pacientului, pentru a le arăta medicului la vizită.

Examinările de laborator efectuate produselor biologice și patologice le trece în fișele de observație. Completează simptomatologiile bolilor cu elemente obiective, exprimând modificările apărute în morfologia, fiziologia și biochimia organismului. Aceste elemente confirmă sau infirmă diagnosticul clinic, reflectă evoluția bolii și eficacitatea tratamentului, confirmă vindecarea sau semnalează apariția unor complicații.

Utilitatea și obiectivitatea examinărilor de laborator depind de modul de recoltare al produselor care se analizează și de modul cum se efectuează examenul de laborator.

Recoltarea produselor este efectuată de asistenta medicală care trebuie să respecte următoarele norme generale:

- orarul recoltărilor;
- efectuează pregătirea fizică și psihică a pacientului;

- pregătirea instrumentarului și a materialelor necesare pentru recoltare;
- tehnica de recoltare propiu-zisă;
- completarea buletinului de trimitere la laborator și etichetarea produselor recoltate;
- păstrarea și transportul în condiții optime a produselor recoltate.

Efectuarea pregătirii psihice a bolnavului constă în instruirea acestuia privind comportamentul său în timpul recoltării, colaborarea sa pentru reușita tehnicii. Pacientul este pregătit psihic printr-un regim alimentar, repaus la pat, așezându-l într-o anumită poziție în funcție de recoltarea ce se va efectua.

RECOLTAREA SÂNGELUI

Pentru recoltarea sângelui se folosesc materiale și instrumente în funcție de scopul pentru care se fac acestea, dar și de locul unde se va recolta sângele.

RECOLTAREA SÂNGELUI PENTRU V.S.H.

Asistenta medicală pregătește materialele necesare:

- seringă de 2ml de unică folosință;
- ace sterile de unică folosință;
- soluție de Citrat de Na 3,8%;
- periuță mușama, eprubete, tăvițe renale, garou, vată, alcool 70°.

Se pregătește pacientul psihic, explicându-i cu 24h înainte necesitatea efectuării examinării. Se pregătește pacientul fizic. Se anunță să nu mănânce și să păstreze repaos fizic.

EFFECTUAREA TEHNICII

- asistenta medicală se spală pe mâini cu apă și săpun;
- îmbracă mănușile sterile;
- aspiră în seringă 0,4ml Citrat de Na 3,8%;
- aplică garoul pacientului pentru a pune în evidență vena;
- puncționează vena și desface garoul;
- aspiră sânge până la 2ml (1,6ml);
- retrage acul și aplică un tampon cu alcool;
- scurge amestecul sânge-citrat în eprubetă și omogenizează lent;
- așează eprubeta în stativ;
- îngrijește pacientul după puncție;
- pregătește produsul pentru laborator, completând buletinul;

- etichetează produsul și-l trimite la laborator;
- reorganizează locul de muncă.

RECOLTAREA SÂNGELUI PENTRU H.L.G.+F.L.+I.

Recoltarea se face prin puncție nervoasă strict 2ml de sânge pe cristale E.D.T.A.(acid-etilen-diamino-tetraacetic 1%) 0,5ml.

RECOLTAREA SÂNGELUI

Pentru:

- uree: 5-10ml sânge pv;
- creatină: 5-10ml sânge pv;
- aci uric: 5-10ml sânge pv;
- glicemie: 2ml sg/lorură Na 4mg pv;
- fibrinogen: 0,5ml Citrat de Na 3,8%+ 4,5ml sânge pv.

RECOLTAREA CU VACUTAINER

Eprubete cu dop *MOV*

Se recoltează HLG +F+T.

Conține autocoagulant (E.D.T.A.)

Eprubete cu dop *NEGRU*

Se recoltează V.S.H.

Conține coagulant (citrat de Na 3,8%)

Eprubete cu dop *ROȘU*

Nu conține anticoagulant

Se recoltează analie de bio-chimie (ex: uree, creatinina, acid uric)

Eprubete cu dop *BLEU*

Se recoltează Fibrinogene.

Conține anticoagulant (citrat de Na 3,8%).

Eprubete cu dop *GRI*

Se recoltează Glicemie.

Conține anticoagulant (lorura de Na).

RECOLTAREA URINII

Examen sumar de urina

Se face sediment urina + ex. Biochimic

Materiale:

Urinar, plosca, mușama, aleză, materiale pentru igiena organelor externe.

Se pregătește pacientul psihic:
Se instruește privind folosirea bazinetului; să urineze fără defecație, să verse imediat urina în vasul colector.
Se pregătește pacientul fizic:
Se face toaleta organelor genitale externe.
Se așează plosca sub pacient.
Se recoltează prima urină de dimineață.
După recoltare urina se etichetează și se trimite la laborator (un eșantion de 100-150 ml).

Proba ADDIS-HAMBURGER

Pune în evidență studiul cantitativ al elementelor figurate și al cilindrilor.

Se învață pacientul ca la ora stabilită (3) să urineze și urina se aruncă.

După trei ore în care pacientul nu mai consumă lichide, urinează toată cantitatea într-un bazinet curat.

Toată urina se colectează într-un recipient și se trimite la laborator, după ce în prealabil s-a etichetat.

Recoltarea urinei pentru urocultură

Urocultura stabilește prezența bacteriilor în urină.

Se recoltează urina de dimineață.

Se pregătește pacientul psihic.

Se informează pacientul asupra tehnicii.

Acest examen este indicat a se face înaintea începerii tratamentului cu antibiotice.

Prima cantitate de urina emisă ≈50ml se elimină. Apoi, fără să întrerupem jetul urinar se recoltează aproximativ 5 ml de urină într-o eprubetă de unică folosință, după care etichetăm.

Se transportă la laborator unde se însămânțează și se pune la termostat.

RADIOGRAFIA RENALĂ SIMPLĂ

Definiție

Explorarea radiologică fără substanță de contrast, care poate evidenția controlul și poziția rinichilor, calculi renali, ureterali sau vezicali radioopaci.

Materiale necesare:

- cărbune;
- ulei de ricin;
- materiale necesare explorării clismei, evacuatoare.

Se pregătește pacientul din punct de vedere psihic.

Se anunță și se explică necesitatea tehnicii.

I se va explica tehnica și regimul alimentar necesar pentru reușita acesteia.

Se face pregătirea alimentară a pacientului.

Cu 2-3 zile înaintea examenului va consuma un regim alimentar fără alimente ce conțin celuloză (adică fără fructe, legume, zarzavaturi, paste făinoase, pâine) și ape gazoase.

În ziua precedentă examenului regimul va fi hidric: supe, limonade, ceai, apă.

În seara precedentă examenului va consuma o cană cu ceai și o felie de pâine prăjită.

În dimineața examenului nu mănâncă și nu consumă lichide.

După examen regimul alimentar este obișnuit.

Pregătirea medicamentoasă a pacientului

Cu 2-3 zile înaintea examenului se administrează cărbune și triferment de 3 ori pe zi câte 2 tablete.

În dimineața și seara precedente examenului se administrează 2 linguri de ulei de ricin și se efectuează clisma evacuatoare simplă.

Înainte de examinarea pacientului își golește vezica urinară și se controlează radiosopic dacă nu mai există aer în intestin.

Bolnavul este condus la serviciul de radiologie. Este ajutat să se dezbrace și să se așeze în decubit dorsal pe masa radiologică.

După efectuarea radioscopiei bolnavul este condus în salon și instalat comod în pat.

Examenul se notează în Foaia de observație.

UROGRAFIA

Definiție

Este o metodă curentă de examinare morfofuncțională a rinichilor și a căilor urinare, utilizând substanțe iodate hidrosolubile, administrate intravenos.

Materiale necesare

- toate materiale necesare radiografiei renale simple;
- substanțe de contrast: Odiston 30-60-75%;
- medicamente antihistamice;
- medicamentația de urgență;
- seringi de 20;10;2 ml de unică folosință;
- ace de unică folosință pentru intra-venoase și intra-musculare.

Se pregătesc materialele.

Se efectuează pregătirea psihică, alimentară și medicamentoasă descrisă la radiografia renală simplă (în plus se reduce cantitatea de lichide de la regimul cunoscut).

Se face testarea sensibilității organismului la substanța de contrast.

Se injectează un ml Odiston intra-venos prin omogenizare cu sânge.

Se comunică pacientului să nu se sperie la unele simptome ce pot să apară: amețeli, grețuri sau dureri abdominale care dispar repede și fără consecințe.

Dacă pacientul prezintă reacții hiperalergice se întrerupe administrarea și se anunță medicul.

Dacă toleranța este bună se administrează intra-venos substanțe de contrast:

- pentru adulți: -20 ml Odiston 75%
- 25 ml Odiston 60%
- pentru copii - în funcție de vârstă
- 5-15 ml Odiston 60% sau 50%

La 8-10 minute de la efectuarea injecției se execută radiografiile în serie, aproximativ la 30;60;90;180 minute.

După examen pacientul este condus la salon.

Examenul se notează în Foaia de observație.

I.5.b INTERVENȚIILE ASISTENȚEI MEDICALE PRIVIND ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU PIELONEFRITĂ

Asigurarea condițiilor de microclimat în salon (aerisirea salonului, temperatura de 37°C).

Asigurarea repausului la pat.

Aplicarea de căldură pe regiunea lombară.

Asigurarea unei alimentații echilibrate, complete excluzând alcoolul, cafeina, condimentele, lichidele în cantitate mare.

Regimul acidifiant conține carne, ouă, cereale făinoase. Acesta influențează pH-ul în sens acid.

Regimul alcalinizant conține fructe, lactate care influențează pH-ul în sens bazic.

Regimul este prescris de medic și se notează în foaia de temperatură.

Administrarea tratamentului prescris de medic (antibiotice, analgezice).

Recoltarea produselor pentru ca examenele de laborator să se facă corect.

Igiena organelor genitale și a regiuni.

Asanarea oricăror procese infecțioase de vecinătate (vulvo-vaginal), a litiazei renale.

Dispensarea diabeticilor corectă.

Evitarea distensiei VU prin golirea completă.

Dobândirea obișnuirilor corecte de eliminare.

Educația pacientului.

I.5.c PARTICIPAREA ASISTENȚEI MEDICALE LA ACTE TERAPEUTICE

Tratamentul se administrează de asistenta medicală doar la indicațiile medicilor.

În general, tratamentul are drept scop îndepărtarea infecției urinare și apoi tratamentul simptomatic.

Tratamentul etiologic antiinfecțios constă în indentificarea germenului prin trei uroculturi consecutive și testarea sensibilității prin antibiogramă.

În formele grave se administrează antibiotice majore:

- AMPICILINĂ –activă în infecții cu Escherichia, Colli, Proteus;
–inactivă pentru Pseudomonas Aeruginosa (Pioccianic) Klebsiella;
–nu este toxică: efecte secundare apar rar (greață vărsături, diaree);
–reacții de hipersensibilitate (cazinoofilie);
–se adminstrează per os sau intra-muscular 500 mg – 1g de 4 ori/zi.
- KANAMICINĂ –activă în infecții cu E. Colli, Klebsiella, Proteus;
–inactivă pentru Pseudomonas Aeruginosa;
–este nefrotoxică și ototoxică, dozele vor fi reduse în caz de I.R. și la bătrâni;
–se adminstrează intra-muscular sau intra-venos 500 mg la 12 ore (cure scurte).
- GENTAMICINĂ –activă în infecții cu E. Colli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas Aeruginosa, Stafilococ;
–este nefrotoxică, dozele mari administrate la pacienții cu I.R produc leziuni vestibulare ireversibile;

- se adminstrează intra-muscular sau intra-venos 1-3 mg, repartizate în 3 doze la interval de 8 ore.
 - CEFALEXIN
 - activ în infecțiile cu E. Colli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas, Stafilococ;
 - reacții secundare (greață vărsături, diaree);
 - dacă se depășește doza de 4 g/zi se contraindică în caz de I.R.;
 - nu este nefrotoxică în doze mici;
 - se adminstrează per os 500 mg de 4 ori/zi;
 - în formele mai puțin grave se adminstrează sulfamide.
 - NITROFURANTOIN
 - acțiune bactericidă pentru germeni: Gram(-) și Gram (+)
 - produce semne de intoleranță gastrică (grețuri, vărsături cefalee, erupții cutanate);
 - reacții secundare (greață vărsături, diaree);
 - contraindicat la pacienții cu I.R.;
 - se adminstrează per os 5-10 mg/kg corp/zi repartizat in 4 prize;
 - în tratamentul de lungă durere se adminstrează jumătate din doza obișnuită.
 - CICLOSERINĂ
 - acțiune bactericidă pentru E.Colli, Proteus, Pseudomonas;
 - contraindicat la pacienții cu I.R. care pot prezenta convulsii, stări depresive;
 - se adminstrează în tratamentul de atac <50 mg/2 ori/zi → 14 zile;
 - în tratamentul de întreținere 250 mg /zi sau la 2 zile.
 - ACID NALIDIXIC sau NEGRAM
 - activ infecțiile cu bacterii Gram(-)
 - inactiv la Pseudomonas;
 - nu este nefrotoxic, dar dezvoltă rapid forme rezistente de bacterii;
 - reacții secundare (greață vărsături, diaree, cefalee, edem papilar);
 - se adminstrează per os 1g la 6 ore;
- Tratamentul simptomatic constă în administrarea de:
- analgezice:
 - antispastice:
 - pentru scăderea valorilor tensionale:

-acidifierea urinii se face cu clorură de amoniu sau METENAMIN, contraindicate la bolnavii cu acidoză.

Se pot face asocieri de antibiotice:

ex: AMPICILINĂ+KANAMICINĂ

AMPICILINĂ+GENTAMICINĂ

Nu se prescriu antibiotice și sulfamide la persoanele alergice.

Tratamentul durează 1-3 luni, respectându-se regulat urocultura cu antibiograma.

I.6. EVOLUȚIE, PROGNOSTIC, COMPLICAȚII

PIELONEFRITA ACUTĂ

EVOLUȚIA ȘI PROGNOSTICUL

Sunt favorabile în contextul când tratamentul este aplicat corect și factorii favorizanți sunt îndepărtați.

În urma aplicării tratamentului, deși toate semnele bolii au dispărut, nu se poate vorbi de vindecare decât după controlul repetat al bacteriuriei în următoarele săptămâni sau luni.

S-a observat că pielonefrita acută, chiar atunci când nu este tratată se ameliorează, febra și piuria dispar în câteva zile însă boala poate trece în cronicitate.

În evoluția pielonefritei este posibilă apariția următoarelor complicații care sunt de fapt foarte rare: I.R.A. necroză papilară, pionefroza, flegmonul prinefritic, septicopioemia.

Cea mai frecventă complicație este însă pielonefrita cronică.

PIELONEFRITA CRONICĂ

În timpul evoluției este posibilă însă izbucnirea unei infecții grave, care poate evolua rapid, în câteva zile în exitus.

Trebuie subliniat faptul că apariția H.T.A. reprezintă un factor important care duce către dezvoltarea rapidă a I.R..

În general, evoluția și prognosticul depinde de precocitatea diagnosticului și eficacitatea tratamentului medical.

Complicațiile pielonefritei cronice apar odată cu progresiunea leziunilor anatomice. HTA din PNC poate evolua către malignitate.

Uneori este posibilă instalarea unor leziuni grave de necroză papilară.

I.7. EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE

Ingrijiri de prevenire primară

Dobândirea obișnuințelor corecte de eliminare. Evitarea inhibării reflexului de micțiune, deoarece se produce distenția vezicii urinare STAZA URINARĂ, care poate favoriza formarea calculilor.

Evitarea consumului de medicamente cu efect diuretic sau nefrotoxic fără prescripție medicală.

Efectuarea corectă a toaletei regiunii perineale pentru a evita pătrunderea microorganismelor în tractul urinar.

Evitarea aportului excesiv de săruri minerale.

Se vor evita frigul, umiditatea, oboseala, traumatismele, agenții toxici, afecțiunile cardiovasculare, deoarece sunt factori favorizanți în apariția și evoluția afecțiunilor renale.

Se vor efectua exerciții fizice pentru creșterea tonusului musculaturii perineale și abdominale, acestea favorizând contracțiile vezicii urinare și al sfincterului extern al uretrei.

Ingrijirea de prevenire secundară

Depistarea precoce a infecțiilor renale și dispensarizarea lor corectă.

Tratamentul corect al acestor afecțiuni după dipă sfatul medicului.

Colaborarea asistentei și echipei de îngrijire cu pacientul.

Evitarea complicațiilor.

Ingrijiri de prevenire terțiară

Reintegrarea în societate a individului cu afecțiuni cronice.

CAPITOLUL II

II.A PLAN DE INGRIJIRE AL PACIENTEI R.S. cu PIELONEFRITĂ

1.CULEGEREA DATELOR

Sursa de date: -PACIENTA
-ECHIPA MEDICALĂ
-FOAIA DE OBSERVAȚIE

Date relativ stabile:

-Numele și prenumele:R.S.
-Vârsta: 70 ani
-Sex: feminin
-Stare civilă: văduvă de 6 ani
-Domiciliu: Baba Ana
-Ocupație: pensionară lucrat ca vânzătoare
-Naționalitate: română
-Religie: ortodoxă
-Condiții de viață: locuiește singură într-o casă cu 3 camere; în condiții salubre.
Are 2 copii, căsătoriți, care o vizitează regulat.
-Obiceiuri: îi place să citească, să croșeteze, să se uite la televizor.

Elemente fizice

RH – pozitiv
Grupa sanguină – 0.1

Date Antropometrice

Greutate –69 kg
Înălțime – 1.51 m

Elemente biografice legate de sănătate

-A.H.C. -fără importanță
-A.P.F. -menarha 13 ani
-două nașteri la termen fără complicații

- menopauza la 50 de ani
- A.P.P. -apendicectomie la 19 ani
- H.T.A. -de 10 ani
- nefrectomie stângă (din cauza unui accident de mașină întâmplat în urmă cu 20 ani)
- litiază renală dreaptă

Motivele internării

- Cefalee occipitală
- amețeli
- poliatralgii
- fatigabilitate

Istoricul bolii

Veche hipertensivă cu rinichi unic chirurgicală. Se internează pentru cefalee occipitală, amețeli, poliatralgii, fatigabilitate, simptomatologie ce s-a accentuat în ultima vreme fără un motiv clinic aparent. Este internată la Spitalul Județean – Secția Nefrologie.

Diagnostic medical la internare

Pielonefrita cronică - HTA stadiul II

Durata internării

15-25. X .2000

**2.ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR
NEVOILE FUNAMENTALE**

NEVOIA FUN-DAMENTALĂ	MANIFESTĂRI		SURSA DE DIFICULTATE
	DE INDEPENȚĂ	DE DEPENDENȚĂ	
1. A respira și a avea o bună circulație	<ul style="list-style-type: none"> -respirație de tip costal superior -ambele hemitorace prezintă aceleași mișcări de ridicare și coborâre în timpul respirației și expirației -respirație liniștită în timpul somnului -mucoasa respiratorie umedă, secreții reduse transparente -zgomote cardiace bine bătute 	<ul style="list-style-type: none"> -dispnee -palpitații la efort -T.A.: 200/100 mm Hg 	<ul style="list-style-type: none"> -proces infecțios -afecțiunea HTA st II
2. A bea și a mânca	<ul style="list-style-type: none"> -reflex de deglutiție, prezent -mucoasa bucală roz și umedă -masticație ușoară -dentiție bună (conform vârstei) 	<ul style="list-style-type: none"> -vărsături alimentare -grețuri -fatigabilitate -inopetență -consum redus de lichide, alimente, săruri minerale 	<ul style="list-style-type: none"> -alterarea mucoasei digestive
3. A elimina	<ul style="list-style-type: none"> -urina clară diluată sau concentrată -pH 4,5-7,5 -cantitate 1200-1400 ml/24h -scaun normal, de consistență bună -frecvență scaun 1/zi 	<ul style="list-style-type: none"> -micțiuni 10-12/zi -polakiurie -disurie -micturie -dureri lombare -tulburări digestive, grețuri, 	<ul style="list-style-type: none"> -proces infecțios

		vărsături -transpirații	
4. A se mișca, a avea o bună postură	-postură adecvată în ortostatism, șezând și clinostatism	-poziții antalgice -dificultate în a se deplasa (a merge, așeza, ridica)	-durerea
5. A dormi, a se odihni	-durata somnului 7-9 ore -somn clar cu vise regulate -somn profund	-adoarme greu -ochii încercănați -ațipiri în timpul zilei -stare depresivă	-durerea -spitalizarea
6. A se îmbrăca și dezbrăca	-veșminte curate, îngrijite -veșminte adecvate climatului	—	—
7. Amenține temperatura corpului în limite normale	-temperatura mediului între 18-25°C	-temperatură 39-40°C -frison -transpirații -tegumente palide	-proces infecțios
8. A fi curat, îngrijit	-prezintă deprinderi igienice -prezintă (după baie) căile nazale libere, urechi curate) -păr, unghii curate bine îngrijite	-piele curată, cutată	-vârsta
9. A evita pericolele	-cunoaște măsurile de prevenire a accidentelor	-risc de deshidratare -risc de infecții, netratarea ducând la complicații mai mari -agitație, anxietate -teamă, frică	-stare depresivă -boală

10. A comunica	-debit verbal normal -ordin biologic, funcționare adecvată a organelor de simț -ordin psihologic: exprimare ușoară -ordin sociologic: relații armonioase	—	—
11. A practica religia	-credincioasă -participă la slujbe religioase	—	—
12. A se realiza	—	-dezinteres față de ce este nou	-vârsta
13. A se recrea	—	-tristețe -plictiseală -lipsa treburilor zilnice	-afecțiunea
14. A învăța	-receptivă la ceea ce este nou	—	—

PROBLEME ACTUALE	PROBLEME POTENȚIALE
-disconfort datorită durerii surde, localizată lombar -eliminări inadecvate cantitativ și calitativ -alimentație inadecvată în surplus calitativ și cantitativ -dificultăți în a respira -alterarea temperaturii corporale -alterarea perfuziei tisulare -dificultăți în a se recrea -lipsa cunoștințelor despre boală	-dezechilibru hidro-electrolitic -risc de infecții masocomiale -risc de complicații -I.R.A., I.R.C.

DIAGNOSTIC NURSING

0. Alterarea temperaturii corporale datorită procesului infecțios manifestat prin hipertermie, frisoane.
0. Eliminare urinară insuficientă calitativ și cantitativ, datorită procesului infecțios manifestat prin disurie și polikiurie.
0. Alterarea respirației datorită durerii și HTA manifestată prin dispnee.
0. Alimentație inadecvată calitativ și cantitativ datorită tulburărilor digestive, manifestate prin grețuri, vărsături.
0. Dificultate în a se deplasa datorită durerii manifestate prin poziții altalgice.
0. Alterarea perfuziei tisulare datorită atingerii interstițiului renal manifestat prin disurie.
0. Dificultate în a se recrea manifestată prin dezinteres datorită afecțiunii.

GRAD DE DEPENDENȚĂ: II

Pacientul are nevoie de echipa de îngrijire pentru a-i explica ce trebuie să facă.

3,4,5, PLANIFICAREA, APLICAREA, EVALUAREA INGRIJIRILOR

PROBLEME	OBIECTIVE	INTERVENȚII		EVALUARE
		AUTONOME	DELEGATE	
1. Disconfort	Pacienta să prezinte o stare de bine fizic 5 zile	-am asigurat repaus la pat -am asigurat condiții optime în salon: temp. 22°C, aer curat, fără curenți de aer și zgomot, bine luminat -am educat pacienta să descrie corect durerea, localizare, iradiere -am educat pacienta să adopte poziții antalgice -am aplicat căldură uscată, local, deasupra sinufizei pubiene -am pregătit pacienta pentru explorări radiologice	15-17X -am administrat antialgice și antispastice: ALGOCALMIN 2 fl/zi i.m. PAPAVERINĂ 1 fl/zi i.m. INDOMETACIN 2 sup/zi 18-20X idem.	15-17X -în urma intervențiilor pacienta susține că durerile persistă 18-19 X -durerea a scăzut în intensitate 20-25 X -pacienta nu mai prezintă dureri
2. Tulburări de micțiune	Pacienta să prezinte eliminări fiziologice în decurs de 5 zile	-am asigurat repaus la pat -am asigurat un climat cald și confortabil -am calculat bilanțul ingesto-excreta -am cântărit zilnic bolnava -am administrat un regim bogat în lichide: supe, compoturi, ceaiuri diuretice -am educat pacienta să aibe un regim hiposodat, hipoprotidic, normoglicidic -educ pacienta să nu consume băuturi carbogazoase, grăsimi -am asigurat un regim hidric: 2-3l lichide pe 24h	15-17 X -am recoltat sânge pentru : HLG, VSH, UREE, CREATININA acid uric, ionogramă și urină, urocultură și testul Addis-Hamburger -am administrat perfuzie litică	15-17 X în urma intervențiilor pacienta mai prezintă tulburări urinare 18-20 X tulburările s-au diminuat dar nu au dispărut 21-25 X

		<p>-am educat pacienta cum să recolteze sumarul de urină, urocultura, testul Addis – Hamburger</p> <p>-am observat și notat zilnic diureza</p> <p>-am asigurat zilnic lenjerie de pat și de corp</p> <p>-am educat pacienta să-și schimbe lenjerie de corp ori de câte ori este nevoie și să-și efectueze o igienă riguroasă</p>	<p>-ser fiziologic 9% 500 ml</p> <p>-SCOBUTIL 1 fl</p> <p>-MIALGIN 1 fl 18-20 X</p> <p>-perfuzie litică</p> <p>-antibiotic CIPROFLOXACIN 2 tab/6 ore. 21-25 X antibiotic</p>	<p>tulburările urinare au dispărut, pacienta prezentând eliminări urinare fiziologice</p> <p>-pacienta a înțeles importanța respectării regimului alimentar</p>
<p>3. Tulburări digestive: grețuri, vărsături</p>	<p>-pacienta să se alimenteze corespunzător stării sale pe perioada spitalizării</p>	<p>-am asigurat care să favorizeze vărsăturile: decubit dorsal cu capul într-o parte</p> <p>-am protejat lenjerie de pat cu mușama și aleză</p> <p>-am izolat patul cu paravan</p> <p>-am ajutat și susținut pacienta în timpul vărsăturilor</p> <p>-am educat pacienta să respire profund la dispariția senzației de vomă</p> <p>-am oferit un pahar cu apă aromată pentru clătirea gurii</p> <p>-am educat pacienta să schimbe lenjerie de corp ori de câte ori este nevoie</p> <p>-am aerisit salonul</p> <p>-am educat pacienta să consume lichide reci în cantități mici</p>	<p>14-16 X</p> <p>am administrat antiemetice: METOCOPRAMID 1 fl/zi in venă.</p>	<p>15-17 X</p> <p>pacienta susține că senzația de vomă s-a diminuat</p> <p>18-20 X</p> <p>pacienta afirmă că numai prezintă grețuri, vărsături</p> <p>21-25 X</p> <p>pacienta se alimentează corespunzător stării sale</p>

4.Hipertermie frisoane	-pacienta să prezinte temperatură corporală în limite normale pe perioada spitalizării	<ul style="list-style-type: none"> -am aerisit salonul -am educat pacienta să schimbe lenjeria de câte ori este nevoie -am menținut tegumentele intacte și curate -am aplicat comprese reci pe frunte -am măsurat temperatura -am încălzit pacienta cu pături la apariția frisoanelor -am educat pacienta să consume fructe -am calculat bilanțul ingesto-excreta -am învățat pacienta cum să-și mențină tegumentele și mucoasele curate și integre, cum să-și efectueze baia zilnică 	<p>15-17 X</p> <p>am administrat antitermice și antiinflamatorii:</p> <p>AMPICILINĂ 500 mg la 6 ore i.m.</p> <p>ASPIRINĂ 3 tab/zi oral</p> <p>AMINOFENOZĂ 2 sup/zi</p>	<p>15-17 X</p> <p>pacienta nu mai prezintă frisoane</p> <p>17-25 X</p> <p>pacienta este afebrilă</p>
5.Alterarea respirației și circulației	-pacienta să prezinte respirație și circulație corespunzător vârstei și afecțiunii pe perioada spitalizării	<ul style="list-style-type: none"> -am asigurat condițiile de microclimat în salon -am învățat pacienta cum să facă exerciții de respirație -am asigurat repaos la pat -am măsurat T.A. -am învățat pacienta să stea liniștită când cresc valorile tensionale -am asigurat pacientei un climat de încredere -am asigurat pacientei efectuarea unor activități recreative 	<p>15-17 X</p> <p>am administrat normotensionare</p> <p>NEFEDIPIN 2 capsule/ zi</p> <p>NITROPECTOR 3 cap/zi</p> <p>EXTRAVERAL 2 cap/zi</p> <p>18-20 X</p> <p>NIFEDIPIN 2 cap/zi</p>	<p>15-17 X</p> <p>pacienta nu prezintă TA în limite normale</p> <p>-respirația este corespunzătoare vârstei</p> <p>-pacienta nu este agitată</p> <p>18-20 X</p> <p>T.A. revine între limitele normale</p>

			NITROPECTOR 2 cap/zi 21-25 X idem	21-25 X TA este corespunzător vârstei și afecțiunii
6. Risc de deshidratare	Pacienta să fie echilibrată hidro-electrolitic pe toată perioada spitalizării	-am notat zilnic cantitatea de lichide ingerate și eliminate -am cântărit zilnic pacienta -am supravegheat funcțiile vitale P.T.T.A.R. -am prevenit apariția escarelor prin masaj în zonele de presiune -am menținut integritatea tegumentelor prin educarea bolnavei să aibă o igienă riguroasă -am calculat lichidul ingesto-excreta	15-17 X am administrat Glucoza 5% 250 ml în perfuzie cu complex de vitamine B 18-20 X perfuzie cu complex de vitamine B	15-17 X pacienta este echilibrată hidro-electrolitic 18-25 X pe perioada spitalizării pacienta prezintă bilanț ingesto-excreto corespunzător
7. Anxietate	-pacienta să aibă o stare de bine psihic pe perioada spitalizării	-am pregătit fizic și psihic pacienta -am asigurat un climat de liniște și securitate -am încurajat pacienta să-și exprime temerile -am oferit informații despre boală și tratament -am facilitat contactul cu familia	—	15-20 X pacienta nu mai este agitată 20-25 X Pacienta are toate cunoștințele despre boală Pacienta nu mai este anxioasă

6. EXTERNAREA

Intervenții constante

- Monitorizarea funcțiilor vitale și vegetative
- asigurarea unui climat corespunzător în salon
- administrarea tratamentului prescris de medic
- asigurarea unei igiene riguroase
- asigurarea unei alimentații ADECVATE
- asigurarea unor eliminări fiziologice
- asigurarea unei stări de bine fizic și psihic, notarea bilanțului ingesto-excretă
- educație pentru sănătate
- pregătirea fizică și psihică a pacientei pentru explorări și analize

Evaluarea intervențiilor constante

- Am asigurat condiții optime în salon: T=22°C, aer curat, bine luminat, fără curenți de aer, s-a efectuat dezinfecția salonului cu cloramină.
- Am explicat pacientei importanța unei igiene riguroase.
- Am asigurat lenjerie de pat și de corp curată
- Am masat și pudrat zonele predispuse escarelor
- Am asigurat alimentația adecvată afecțiunii sale, regim hiposodat, hipoprotidic, normoglicidic, nu se va consuma băuturi carbogazoase și grăsimi.
- Am asigurat regim hidric corespunzător: 2-3 l lichide / 24 ore.
Regimul hidric este compus din supe, ceaiuri, compoturi, diuretice.
- Am asigurat eliminări fiziologice prin calcularea zilnică a bilanțului ingesto-excreta.
- Am cântărit zilnic pacienta.
- Am administrat lichide în cantitate mare.
- Am învățat pacienta să-și schimbe lenjeria de corp de câte ori este nevoie.
- Am asigurat pacientei un climat confortabil.
- Am facilitat pacientei vizitele familiei.
- Am încurajat pacienta să efectueze activități recreative (citit, croșetat).
- Am însușit pacientei cunoștințe despre boală.
- Am monitorizat funcțiile vitale și am pregătit pacienta fizic și psihic.
În urma tratamentului medicamentos și a regimului alimentar starea pacientei se ameliorează.

Bilanțul autonomiei funcțiilor vitale la externare

P=87 pulsații/minut

T=36.5°

TA=160/90mmHg

R=20 respirații/minut

Bilanțul autonomiei nevoilor fundamentale la externare

❖ a respira, a avea o bună circulație.

Respirație de tip costal superior, amplă, liniștită în timpul somnului.
Zgomote cardiace bine bătute. Circulație adecvată vârstei și afecțiunii.

❖ a bea și a mânca

Masticație ușoară, bună (conform vârstei) alimentație adecvată.

❖ a elimina

Eliminări fiziologice, fără modificări, urina clară, scaun normal.

❖ a se mișca, a avea o bună postură

Postura adecvată în ortostatism, șezând și în clinostatism.

❖ a dormi, a se odihni

Somn ușor, profund, durată 7-9 ore conform vârstei.

❖ a se îmbrăca și dezbraca

Veșminte alese de pacientă, adecvate climatului. Se îmbracă și dezbracă singură.

❖ a menține temperatura corpului în limite normale.

Pacienta este afebrilă.

❖ a fi curat, îngrijit.

Prezintă deprinderi igienice, tegumente și mucoase curate și îngrijite.

❖ a evita pericolele

Cunoaște măsuri de prevenire a accidentelor, traumatismelor.

❖ a comunica

Exprimare ușoară, vorbire corectă, relații armonioase cu echipa de îngrijire.

❖ a practica religia

Este credincioasă, participă la slujbe religioase.

❖ a se realiza

Pacienta acceptă informațiile privind tratamentul, activitatea fizică. Este echilibrată psihic.

❖ a se recrea

Are activități recreative: citit, croșetat, se uită la televizor.

❖ a învăța

Este receptivă la tot ce este nou.

Probleme la externare

Circulație inadecvată, manifestată prin HTA. Alterarea perfuziei tisulare datorită atingerii interstițiului renal manifestat prin disurie.

Plan de recuperare

Consum de lichide în cantități mari, 2-3 l/zi, supe, sucuri neacidulate, compot, ceaiuri diuretice de mătase de porumb, ceai din cozi de cireșe.

Să aibă un regim ușor hiposodat, normoglucidic, hipoprotidic.

Să evite băile și dușurile reci.

Să aibă o activitate fizică moderată.

Fiind o veche hipertensivă, va efectua controalele periodice la medicul de familie. Va continua tratament ambulator cu: Nifedipin, o capsulă/8 ore. Va efectua urocultură și sumar de urină periodic, o dată la 3 luni.

II B. PLAN DE ÎNGRIJIRE A PACIENTEI V.A. CU PIELONEFRITĂ

7. CULEGEREA DATELOR

Sursa de date: - PACIENTUL
- FAMILIA
- ECHIPA DE INTERVENȚIE
- FOAIA DE OBSERVAȚIE

Date relativ stabile:

-Numele și prenumele: V.A.
-Vârsta: 30 ani
-Sex: masculin
-Stare civilă: căsătorit
-Domiciliu: Ploiești
-Ocupație: contabil la firmă de construcții
-Naționalitate: română
-Religie: ortodoxă
-Condiții de viață: locuiește împreună cu soția și fiul de 6 ani într-un apartament cu 3 camere; frumos amenajat.

Soția este casnică și se îngrijește de ceilalți membri ai familiei. Are program de lucru lejer. De regulă lucrează acasă.

-Obiceiuri: fumează aproximativ 10 țigări/zi, bea cafea 1-2 cafea/zi, ocazional consumă alcool. Ii place să joace fotbal cu prietenii și să citească cărți polițiste.

Elemente fizice

RH –negativ
Grupa sanguină – AII

Date antropometrice

Greutate –80 kg
Înălțime – 1.75 m

Elemente biografice legate de sănătate

-A.H.C. fără importanță
-A.F.P. fără importanță

-A.P.P. amigdalectomie la 6 ani
apendicectomie la 20 ani

Motivele internării

-febră
-frisoane
-transpirații
-cefalee

Istoricul bolii

De o săptămână pacientul este febril fără un motiv aparent. De 4 zile prezintă și frisoane și transpirații reci. Se prezintă la medicul de familie de unde i se dă bilet de trimitere către Spitalul Județean Secția Nefrologie. În urma controlului și a investigațiilor făcute la spital i s-a pus diagnosticul.

Diagnostic medical la internare

PIELONEFRITA ACUTĂ

Durata internării: 25-29.XI.2000

2. ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR
NEVOILE FUNAMENTALE

NEVOIA FUN-DAMENTALĂ	MANIFESTĂRI		SURSA DE DIFICULTATE
	DE INDEPENȚĂ	DE DEPENDENȚĂ	
1. A respira și a avea o bună circulație	R= 18 R/MINUT -respirație amplă pe nas -ambele hemitorace prezintă aceleași mișcări de ridicare și coborâre -respirație cu tip costal inferior -puls ritmic bine bătut P=78 p/minut;TA =115/75 mm Hg	—	—
2. A bea și a mânca	-masticăție ușoară -dentiție bună (conform vârstei) -reflex de deglutiție, prezent -mucoasa bucală umedă și rozată -consumă alimente și lichide în funcție de nevoi -apetit bun	-inopetență -consum redus de lichide	-afecțiunea -mediul de viață
3. A elimina	-urina clară diluată sau concentrată -pH 4,5-7,5 -cantitate 1500-1800 ml/24h -scaun normal, de consistență bună -frecvență scaun 1/zi	-micțiuni 10-12/zi -polakiurie -disurie -transpirații	-afecțiunea -proces infecțios
4. A se mișca, a avea o bună postură	-postură adecvată în ortostatism, șezând și clinostatism	—	—
5. A dormi, a se	-durata somnului adecvată sezonului, vârstei	-treziri în timpul somnului	-afecțiunea

odihni	-somm profund vise regulate		
6. A se îmbrăca și dezbrăca	-veșminte curate și îngrijite, adecvate climatului, anotimpului	—	—
7. A menține temp. corpului în limite constante	-tegumente curate, normal colorate -temperatura mediului ambiant 18-25°C	-temperatură 39-40°C -frison -transpirații	-proces infecțios
8. A fi curat și îngrijit	-deprinderi igienice riguroase -dentiție bună -fose nazale libere, urechi curate -piele curată, normal pigmentată -păr și unghii curate bine îngrijite	—	—
9. A evita pericolele	-cunoaște măsuri de prevenire a accidentelor, traumatismelor -își poartă singur de grijă	-risc de complicații	-mediul de viață
10. A comunica	-debit verbal normal -ordin biologic, funcționare normală a organelor de simț -relații anevoioase cu familia, prietenii, colegii	—	—
11. A practica religia	-religios; -participă ocazional la slujbe religioase	—	—
12. A se realiza	-integritate fizică și psihică -dragoste față de munca sa	—	—
13. A se recrea	—	-inactivitate; -tristețe -plictiseală	-anxietate -spitalizare
14. A învăța	-receptiv la tot ce este nou -dorință și interesul de independență	-lipsa cunoștințelor despre afecțiunea sa	-mediul de viață

PROBLEME ACTUALE	PROBLEME POTENȚIALE
<ul style="list-style-type: none"> -eliminări inadecvate cantitativ și calitativ în surplus -alterarea temperaturii corporale -alterarea perfuziei tisulare -dificultăți în a se recrea -alimentație inadecvată calitativ și cantitativ în deficit -incapacitate de a dormi și odihni, recrea -lipsa cunoștințelor 	<ul style="list-style-type: none"> -dezechilibru hidro-electrolitic -risc de infecții masocomiale -risc de complicații -I.R.A., I.R.C.

Diagnostic nursing

1. alterarea temperaturii corporale datorită procesului infecțios manifestat prin frisoane hipertermice;
1. anxietate datorită bolii și necunoașterii acesteia manifestate prin teamă, neliniște, agitație;
1. eliminare inadecvată cantitativ și calitativ datorită procesului infecțios manifestat prin disurie și polozurie;
1. imposibilitatea de a se recrea, datorită spitalizării manifestată prin tristețe, plictiseală;
1. alterarea perfuziei tisulare datorită atingerii interstițiului renal prin disurie;
1. alimentație inadecvată cantitativ și calitativ în deficit datorită afecțiunii manifestată prin inapetență;
1. lipsa cunoștințelor despre boală;

Gradul de dependență II

Pacientul are nevoie de echipa de îngrijire pentru a I se explica ce trebuie să facă.

3,4,5 PLANIFICAREA, APLICAREA, EVALUAREA INGRIJIRILOR

PROBLEME	OBIECTIVE	INTERVENȚII		EVALUARE
		AUTONOME	DELEGATE	
<p>Tulburări urinare cantitative și calitative</p> <p>-disurie</p> <p>-polikiuruie</p>	<p>Pacientul să prezinte eliminări fiziologice în decurs de 4 zile</p>	<p>-am asigurat repaos la pat</p> <p>-am asigurat un climat cald și confortabil</p> <p>-am calculat bilanțul hidric- ingestia și excreția</p> <p>-am administrat un regim bogat în lichide: supe, ceaiuri, compoturi</p> <p>-am educat pacientul să aibe un regim ușor hiposodat, hipoprotidic, normoglicidic</p> <p>-am explicat pacientului necesitatea respectării regimului alimentar</p> <p>-am cântărit zilnic bolnavul</p> <p>-am explicat pacientului cum să recolteze urocultura, sumarul de urină, testul Addis-Hamburger</p> <p>-am notat zilnic diureza</p> <p>-am asigurat zilnic lenjerie de pat și de corp</p>	<p>25-26 XI</p> <p>-am administrat perfuzie litică, ser fiziologic 9%, 500ml</p> <p>-SCOBUTIL 1f</p> <p>-antibiotice: NORFLOXACIN 2 tb/6 h per os</p> <p>GENTAMICINĂ 1f/6 ore i.v.</p> <p>27-28 XI</p> <p>-perfuzie litică</p> <p>-antibiotice NORFLOXACIN 2 tb/12 h per os</p> <p>GENTAMICINĂ 1f/zi i.v.</p> <p>29 XI</p> <p>am administrat NORFLOXACIN 1 tb/12 h per os</p>	<p>25-26 XI</p> <p>în urma intervențiilor tulburările urinare s-au diminuat</p> <p>27-28 XI</p> <p>tulburările au dispărut.</p> <p>Prezintă eliminări fiziologice.</p> <p>29 XI</p> <p>eliminări fiziologice</p>

<p>Hipertermie frisoane</p>	<p>-pacientul să prezinte temperatura corpului în limite normale pe perioada spitalizării</p>	<p>-am aerisit salonul -am educat pacientul să schimbe lenjeria ori de câte ori este nevoie -am menținut tegumentele curate și uscate -am aplicat comprese reci pe frunte -am măsurat zilnic temperatura - la apariția frisoanelor, am încălzit pacientul cu păături și pernă electrică -am administrat un regim bogat în lichide:supe, ceaiuri, compoturi aproximativ 2 l/zi -educ pacientul să nu consume băuturi acidulate, grăsimi -am calculat bilanțul ingesto-excreta -am masat și tamponat cu alcool mentolat zonele de presiune predispuse escarelor de decubit</p>	<p>25-26 XI am administrat antitermice, antiinflamatorii: ASPIRINĂ 3 tab/zi per os ALGOCALMIN 2 f/zi i.m. AMINOFENOZĂ 2 sup/zi 27-28 XI -am administrat ALGOCALMIN 2 f/zi i.m. 29 XI ALGOCALMIN 1 f/zi</p>	<p>25-26 XI Pacientul febril prezintă transpirații 27-28 XI Pacientul este ușor febril Transpirațiile au dispărut 29 XI Pacient afebril</p>
<p>Risc de deshidratare</p>	<p>Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic pe perioada spitalizării</p>	<p>-am notat zilnic cantitatea de lichide ingerate și eliminate -am cântărit zilnic pacienta -am prevenit apariția escarelor prin masaj și tamponare -am menținut integritatea tegumentelor prin educarea pacientului să aibă o igienă riguroasă -am administrat un regim lichidian complex:</p>	<p>25-26 XI am administrat Glucoza 5% 250 ml -un complex de vitamine B -diuretice Furasemid 1f</p>	<p>25-26 XI pacientul echilibrat hidroelectrolitic 27-29 XI pacientul prezintă bilanț ingesto-excreta</p>

		ceaiuri, supe compoturi, diuretice -am administrat lichide aproximativ 2-3 l/zi	27-28 XI Glucoza 5% 250 ml perfuzie	corespunzător
Anxietate	Pacientul să aibă o stare de bine psihic pe perioada spitalizării	-am pregătit pacientul fizic și psihic, când s-au efectuat examenele de sânge, urinare, radiologice -am asigurat un climat de liniște și securitate -am încurajat pacientul să-și exprime temerile -am oferit informații despre boală -am facilitat vizitele familiei -am încurajat pacientul să facă plimbări în aer liber, să efectueze activități recreative -am facilitat contactul cu echipa medicală	—	25-26 XI pacient neliniștit, trist, agitat 27-28 XI Pacientul nu mai este anxios 29 XI pacientul are toate cunoștințele despre boală
Tulburări ale somnului	Pacienta să aibă un somn odihnitor, relaxant pe toată perioada spitalizării	-am asigurat un mediu ambinat corespunzător -am asigurat un climat confortabil -am oferit pacientului un pahar cu lapte înainte de culcare -am educat pacientul să citească sau să asculte muzică înainte de culcare	—	25-26 XI -pacient neodihnit 27-28 XI -pacientul doarme profund, calm 29 XI pacientul are somn fiziologic
Alimentația inadecvată cantitativ și calitativ	-pacientul să prezinte o alimentație adecvată în	-am asigurat un climat confortabil -se indică pacientului în cazul apariției senzației de greață să inspire profund. -am educat pacientul să consume un regim	—	25-26 XI -pacientul refuză regimul alimentar impus

	decurs de 3 zile	hiposodat, hipoprotidic, normoglicidic -aduc pacientului alimente gustoase, bune, aranjate în farfurie pentru a-I spori senzația de foame		27-28 XI -pacientul a înțeles importanța regimului și colaborează cu echipa de îngrijire cu privire la alimentația corespunzătoare 29 XI -pacientul la externare este alimentat corespunzător
Lipsa cunoștințelor despre afecțiune	Pacientul să aibă cunoștințe despre boală pe perioada spitalizării	-evaluez capacitatea pacientului de a înțelege -aduc pacientului toate cunoștințele despre boala sa -pun în legătură pacientul cunoștințe alte persoane care au aceeași afecțiune -pun în legătură pacientul cunoștințe echipa de îngrijire -favorizez discuțiile de grup -discut cu pacientul tratamentul și alimentația și importanța lor -discut cu pacientul complicațiile afecțiunii și	–	25-26 XI -pacientul nu are cunoștințe despre afecțiune și nu colaborează cu echipa de îngrijire 27-28 XI -pacientul a început să colaboreze cu echipa de îngrijire

		cum să se ferească de ele		și și-a însușit cunoștințele despre afecțiune 29 XI -pacientul are cunoștințe despre afecțiune la externare
--	--	---------------------------	--	---

6. EXTERNAREA

Intervenții constante

- monitorizarea funcțiilor vitale și vegetative zilnic;
- asigurarea unui climat corespunzător în salon;
- administrarea tratamentului prescris de medic;
- asigurarea unei igiene riguroase;
- asigurarea unei alimentații adecvate;
- asigurarea unor eliminări fiziologice;
- asigurarea unei stări de bine fizic și psihic;
- măsurarea bilanțului ingesto-excreta;
- pregătirea fizică și psihică a pacientului pentru explorări și analize.

Evaluarea intervențiilor constante

- am asigurat condiții optime în salon: $t=22^{\circ}\text{C}$, bine luminat, fără curent, fără zgomot;
- am efectuat dezinfectia salonului cu cloramină;
- am explicat pacientului importanța unei igiene riguroase pentru a preveni suprainfecția;
- am asigurat pacientului lenjerie de pat curată și bine întinsă pentru a nu se produce escarele de decubit;
- am asigurat o alimentație adecvată afecțiunii sale, regim hiposodat, hipoprotidic, normoglucide. Nu va consuma băuturi carbogazoase și grăsimi.
- am asigurat un regim hidric corespunzător: 2-3 l lichid pe zi
Regimul hidric este compus din ceaiuri, supe, compoturi, diuretice.
- am asigurat eliminări fiziologice prin calcularea zilnică a bilanțului ingesto-excretor;
- am cântărit zilnic pacientul;
- am administrat lichide în cantități mari;
- am facilitat vizitele familiei și prietenilor;
- am încurajat pacienta să efectueze activități recreative (citit, plimbat);
- am monitorizat funcțiile vitale și vegetative;
- am pregătit fizic și psihic pacientul pentru intervenții și explorări.

Externarea

În urma tratamentului medicamentos, a regimului alimentar, a colaborării și eforturilor făcute de echipa de îngrijire, starea pacientului la externare este bună fizic și psihic.

Bilanțul funcțiilor vitale la externare

P=79 pulsații pe minut

T=36.8°C

T.A.=120/70 mm Hg

R=18 respirații/minut

Bilanțul autonomiei nevoilor fundamentale la externare

❖ a respira, a avea o bună circulație.

Respirație de tip costal superior, amplă, ritmată. Zgomote cardiace bine bătute. Circulație adecvată.

❖ a bea și a mânca.

Masticație ușoară, apetit bun, alimentație adecvată.

❖ a elimina

Eliminări fiziologice, fără modificări, urina clară, scaun normal.

❖ a se mișca, a avea o bună postură

Postura adecvată în ortostatism, șezând și în clinostatism.

❖ a dormi, a se odihni

Somn ușor, profund, vise regulate.

❖ a se îmbrăca și dezbraca

Veșminte alese conform sexului, adecvate climatului.

❖ a-și menține temperatura corpului în limite normale.

Pacientul are temperatura corului în limite fiziologice.

❖ a fi curat, îngrijit.

Pacientul prezintă deprinderi igienice, tegumente și mucoase curate și integre.

❖ a evita pericolele

Cunoaște măsuri de prevenire a accidentelor, traumatismelor.

❖ a comunica

Exprimare ușoară. Colaborare armonioasă cu echipa de îngrijire.

❖ a practica religia

Credincios, participă la slujbe religioase.

❖ a se realiza

Pacientul dorește să se realizeze în plan profesional.

❖ a se recrea

Pacientul are activități recreative: citit, uitatul la televizor, fotbal.

❖ a învăța

Este receptiv la tot ce este nou.

Probleme la externare

Alterarea perfuziei tisulare.

Risc de complicații (P.N.C.)

Plan de recuperare

- Va consuma lichide în cantități mari, 2-3l /zi.
- Va consuma un regim ușor hiposodat.
- Va evita frigul, umezeala, băile reci.
- Va repeta sumarul de urină și urocultură odată la 3 luni.
- Va continua tratamentul ambulator cu: Biseptol, o tabletă/8 ore timp de 7 zile, o dată la 3 luni.

II C PLAN DE INGRIJIRE AL PACIENTEI C.A. cu PIELONEFRITĂ

1.CULEGEREA DATELOR

Sursa de date: -pacientul
-familia
-echipa de ingrijire
-foaia de observație

Date relativ stabile:

-Numele și prenumele: C.A.
-Vârsta: 22 ani
-Sex: feminin
-Stare civilă: necăsătorită
-Domiciliu: Ploiești
-Ocupație: studentă, Facultatea de Filozofie
-Naționalitate: română
-Religie: ortodoxă
-Condiții de viață: locuiește împreună cu părinții într-un apartament cu 2 camere în condiții salubre.
-Obiceiuri: frecventează discotecile și barurile împreună cu grupul de prieteni

Elemente fizice

RH – pozitiv
Grupa sanguină – AB 4

Date Antropometrice

Greutate –54 kg
Înălțime – 1.64 m

Elemente biografice legate de sănătate

-A.H.C. fără importanță
-A.F.P. menarha la 13 ani (ciclu regulat la 28 zile + 3zile fără modificări patologice)

-A.P.P. apendicectomie la 13 ani
avort la 20 ani (sarcină de 2 luni, intrerupere făcută la
cerere, a decurs fără complicații)

Motivele internării

-stare general alterată-disurie
-febră
-frisoane
-transpiratii reci

Istoricul bolii

Fără un motive în urmă cu o săptămână, starea generală a pacientei s-a degradat. Prezintă dureri la urinare și urinează foarte des. Nu a urmat nici un tratament. În urmă cu 2 zile starea pacientei s-a deteriorat mai rău, prezentând și febră, frisoane, transpirații. În urma acestor simptome, se prezintă la medicul de familie de unde I se face bilet de internare către Spitalul Judetean. În urma investigațiilor făcute la spital I se pune diagnostic.

Diagnostic medical la internare

Pielonefrita acută

Durata internării

1-5 XII 2000

**2.ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR
NEVOILE FUNAMENTALE**

NEVOIA FUN-DAMENTALĂ	MANIFESTĂRI		SURSA DE DIFICULTATE
	DE INDEPENȚĂ	DE DEPENDENȚĂ	
1. A respira și a avea o bună circulație	R=18 r/min -respirație amplă pe nas -ambele hemitorace prezintă aceleași mișcări de ridicare și coborâre -respirație de tip costal superior -tegumente calde, rozate P=78 p/min TA=120/80 mm Hg	—	—
2. A bea și a mânca	-masticăție ușoară -dentiție bună -reflex de deglutiție prezent -mucoasa bucală umedă și rozată -apetit bun	—	—
3. A elimina	-urina clară diluată sau concentrată -pH 4,5-7,5 -scaun normal, consistență bună	-disurie -polakiurie -transpirații	-proces infecțios
4. A se mișca, a avea o bună postură	-postură adecvată în ortostatism și șezând	—	—
5. A dormi, a se odihni	-durata somnului adecvată conformă vârstei și sezonului -somn profund, fără trezie	—	—

6. A se îmbrăca și dezbrăca	-veșminte curate și îngrijite adecvate anotimpului	—	—
7. Amenține temperatura corpului în limitele normale	-tegumente normal colorate	-temperatură 39.5-40°C -frisoane -transpirații	-proces infecțios
8. A fi curat, îngrijit	-deprinderi igienice riguroase -dentiție bună -fose nazale libere -piele curată normală -păr și unghii curate	—	—
9. A evita pericolele	-își purta singură de grijă	-vulnerabilitate față de infecții	-mediul de viață
10. A comunica	-debit normal verbal -funcționarea normală a organelor de simț	-irascibilitate -tristețe	-afecțiune a spitalizării
11. A practica religia	-participă ocazional la slujba religioasă	—	—
12. A se realiza	-integritate fizică și psihică -dragoste față de valoarea meseriei	—	—
13. A se recrea	—	-inactivitate -plictiseală	-spitalizare
14. A învăța	-dorința de a acumula cunoștințe noi	-lipsa cunoștințelor despre afecțiunea sa	-mediul de viață

PROBLEME ACTUALE	PROBLEME POTENȚIALE
-eliminare inadecvată cantitativ și calitativ în surplus -alterarea temperaturii corporale -vulnerabilitate față de pericole -comunicare ineficientă -dificultate în a se recrea -lipsa cunoștințelor	-dezechilibru hidro-electrolitic -risc de complicații=> PNC -I.R.A., I.R.C.

Diagnostic nursing

7. Eliminare inadecvată calitativ și cantitativ, datorită procesului infecțios manifestată prin disurie.
7. Alterarea temperaturii corporale datorită procesului infecțios manifestată prin hipertermie, frisoane.
7. Vulnerabilitate față de pericole datorită afecțiunii manifestat prin cunoștințe insuficiente despre boală.
7. Comunicare insuficientă datorită spitalizării, manifestat prin irascibilitate.
7. Dificultate în a se recrea datorită spitalizării, manifestat prin tristețe.
7. Lipsa cunoștințelor despre boală datorită mediului de viață.

3,4,5. PLANIFICAREA, APLICAREA, EVALUAREA INGRIJIRILOR NURSING

PROBLEME	OBIECTIVE	INTERVENȚII		EVALUARE
		AUTONOME	DELEGATE	
<p>Tulburări urinare -disurie -polikiuruie</p>	<p>Pacienta să prezinte eliminări fiziologice în decurs de 4 zile</p>	<p>-am asigurat un climat confortabil în salon -am asigurat repaos la pat -am calculat zilnic bilanțul ingestio-excreția -am administrat un regim bogat în lichide 2-3 l/zi (supe, ceaiuri, compoturi) -am educat pacienta să aibe un regim ușor hiposodat și am explicat importanța acestui regim -am cântărit zilnic pacienta -am explicat pacientei cum să recolteze urocultura, sumarul de urină, testul Addis – Hamburger -am notat zilnic diureza -am asigurat zilnic lenjerie de pat și de corp</p>	<p>01-02 XII -perfuzie, ser fiziologic 9%,500ml -antibiotice: CIPROFLOXACIN 2 tb/6 h per os GENTAMICINĂ 1f/6 ore i.m. 03-04 XII -perfuzie litică -antibiotice 05 XII -antibiotice</p>	<p>01-02 XII pacienta prezintă eliminări inadecvate cantitativ și calitativ 03-04 XII în urma intervențiilor tulburările urinare s-au diminuat, nu mai prezintă disurie 05 XII la externate pacienta prezintă eliminări fiziologice cantitative și calitative</p>
<p>Alterarea temperaturii</p>	<p>-pacienta să prezinte</p>	<p>-am aerisit salonul -am educat pacienta să schimbe lenjeria ori de</p>	<p>01-02 XII -antitermice</p>	<p>25-26 XI pacienta este</p>

corporale	temperatura corpului în limite normale în decurs de 3 zile	<p>câte ori este nevoie</p> <ul style="list-style-type: none"> -am menținut tegumentele curate și uscate la apariția transpirației -am aplicat comprese reci pe frunte -am măsurat zilnic temperatura -am încălzit pacienta la apariția frisoanelor cu păături, pernă electrică -am administrat un regim hidric -am calculat bilanțul ingesto-excreta -am masat zonele predispuse escarelor de decubit 	<p>ASPIRINĂ 3 tab/zi per os ALGOCALMIN 2f/zi i.m. 03-04 XII ALGOCALMIN 2f/zi i.m. 05 XII ALGOCALMIN 1f/zi i.m.</p>	<p>febrilă</p> <ul style="list-style-type: none"> -prezintă frisoane și transpirații 03-04 XII -în urma intervențiilor pacienta are temperatura corpului în limite normale 05-XI La externare pacienta este afebrilă
Vulnerabilitate față de pericole	Pacienta să aibă o stare de bine psihic pe în 3 zile	<ul style="list-style-type: none"> -am asigurat condițiile de microclimat în salon -aduc pacientei toate cunoștințele despre afecțiunea sa -evaluez capacitatea de a înțelege a pacientei -aduc la cunoștință pacientei toate complicațiile afecțiunilor sale -fac educație pentru prevenirea accidentelor, verific dacă sunt respectate toate normele de igienă -pun în legătură pacienta cu alți bolnavi ce au aceeași afecțiune 	-	<p>01-02 XII</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pacienta nu are cunoștințe despre afecțiune; -este vulnerabilă față de pericole 03-04 XII -În urma intervențiilor pacienta are cunoștințe despre

		-iau măsuri pentru evitarea transmiterii unor infecții masocomiale		afecțiuni și complicații <i>05 XII</i> la externare pacienta are o stare de bine fizic și psihic
Comunicarea ineficientă la nivel afectiv	Pacienta să comunice cu alte persoane în decurs de 3 zile	-asigur pacientei un climat confortabil, familiar în salon -dau posibilitatea pacientei să-și exprime nevoile, sentimentele, ideile, dorințele -învăț pacienta tehnici de relaxare și comunicare -antrenez pacienta la diferite activități care să-i dea sentimentul de utilitate -facilitez vizite aparținătorilor -pun în valoare calitățile pacientei -antrenez pacienta la discuții cu echipa de îngrijire și dau detalii despre membrii acesteia.	—	<i>01-02 XII</i> -Pacienta este indispusă, anxioasă, nu comunică <i>03-04 XII</i> -pacienta a început să fie comunicativă, a înțeles importanța comunicării cu echipa de îngrijire <i>05 XII</i> pacienta este comunicativă la externare
Dificultate în a se recrea	Pacienta să aibă activități	-am asigurat un climat confortabil în salon -explorez gusturile pacientei pentru petrecerea	—	<i>01-02 XII</i> -pacienta este

	recreative în decurs de 4 zile	<p>timpului liber</p> <ul style="list-style-type: none"> -asigur condițiile necesare pentru activități recreative -organizez activități recreative individuale și de grup: audiții muzicale, vizionări de filme -facilitez accesul la biblioteca, sala de lectură sau aduc pacientei cărți, reviste -îndrum pacienta să facă plimbări în aer liber -facilitez vizitele cercului de prieteni ai pacientei fără a o obosi prea mult 		<p>inactivă, tristă, plictisită</p> <p><i>02-04 XII</i></p> <p>-în urma discuțiilor cu pacienta, a vizitei prietenilor, a plimbărilor, etc, pacienta este veselă, activă, are o stare de bine psihic</p> <p><i>05 XII</i></p> <p>pacienta are activități care o recrează</p>
Lipsa cunoștințelor despre afecțiune	Pacienta să aibă cunoștințe despre afecțiune în decurs de 5 zile	<ul style="list-style-type: none"> -asigur pacientei un climat sănătos -explorez nivelul de cunoștințe a pacientei despre afecțiune -stimulez dorința de acumulare a unei noi cunoștințe -conștientizez pacienta asupra responsabilității privind sănătoase -organizez activități educative și aduc pacienta în legătură cu alți pacienți cu aceeași afecțiune 	—	<p><i>01-02 XII</i></p> <p>pacienta datorită lipsei de informații nu are cunoștințe despre afecțiune</p> <p><i>03-04 XII</i></p> <p>pacienta este dornică să afle cât</p>

		<ul style="list-style-type: none">-identific obiceiurile și deprinderile greșite ale pacientei-corecția deprinderilor dăunătoare sănătății-verific dacă pacienta și-a însușit cunoștințele aduse.		mai multe informații despre afecțiune <i>05 XII</i> la externare pacienta are cunoștințe suficiente despre afecțiune
--	--	---	--	---

6. EXTERNAREA

Intervenții constante

- asigurarea unui climat corespunzător și confortabil în salon
- monitorizarea funcțiilor vitale și vegetative zilnic
- asigurarea unei igiene riguroase
- administrarea tratamentului prescris de medic
- asigurarea unui regim adecvat
- asigurarea bilanțului ingesto-excretă
- pregătirea fizică și psihică a pacientei pentru investigații

Evaluarea intervențiilor constante

- Am asigurat condiții de microclimat în salon : $T=23^{\circ}\text{C}$, aerisit, luminat, fără zgomot.
- Am explicat pacientei importanța unei igiene riguroase pentru a preveni complicațiile și supra infecțiile.
 - am asigurat pacientului lenjerie de pat curată, fără cute pentru a nu produce escare de decubit;
 - am asigurat o alimentație adecvată afecțiunii sale: regim hidric 2-3 litri pe zi compus din supe, ceaiuri, compoturi, regim hiposodat, hipoprotidic, normoglicidic.
 - Regimul hidric este compus din ceaiuri, supe, compoturi, diuretice.
 - am calculat bilanțul ingesta-excretă;
 - am cântărit zilnic pacienta;
 - am facilitat vizitele aparținătorilor;
 - am încurajat pacienta la activități recreative;
 - am monitorizat funcțiile vitale și vegetative;
 - am pregătit fizic și psihic pacienta pentru intervenții și explorări.

Externarea

În urma investigațiilor și a tratamentului și a intervențiilor autonome efectuate, la externare este refăcută complet.

Bilanțul funcțiilor vitale la externare

P=80 pulsații pe minut

T=36.5°C

T.A.=115/60 mm Hg

R=19 respirații/minut

Bilanțul autonomiei nevoilor fundamentale la externare

1. A respira, a avea o bună circulație.

Respirație de tip costal superior, amplă, ritmată.

2.A bea și a mânca.

Masticație bună, ușoară, apetit bun, alimentație adecvată.

3.A elimina

Eliminări fiziologice, urina clară, scaun normal.

4.A se mișca, a avea o bună postură

Postura adecvată în ortostatism.

5.A dormi, a se odihni

Somn ușor, profund, fără treziri.

6.A se îmbrăca și dezbraca

Veșminte alese conform vârstei, climatului.

7.A-și menține temperatura corpului în limite fiziologice

8.A fi curat, îngrijit.

Pacienta prezintă deprinderi igienice.

9.A evita pericolele

Cunoaște măsuri de prevenire a accidentelor.

10.A comunica

Exprimare ușoară. Colaborează cu echipa de îngrijire.

11.A practica religia

Participă la slujbe religioase.

12.A se realiza

Pacienta dorește să se realizeze profesional.

13.A se recrea

Pacienta are activități recreative.

14.A învăța

Pacienta este receptivă la tot ce este nou.

Probleme la externare

Alterarea perfuziei tisulare.

Plan de recuperare

-Va evita frigul și umezeala.

-Va consuma lichide în cantitate mare, 2-3l/zi și un regim hiposodat

-Va repeta periodic sumarul de urină, urocultura, testul Addis-Hamburger.

-Va continua tratamentul ambulator cu: Biseptol, o tabletă/12 ore timp de 7 zile per os.

CAPITOLUL III CONCLUZII

Definiție: pielonefrita este inflamația acută sau cronică care afectează țesutul interstițial renal-spațiul dintre nefroni.

Etiologie: Germenii cei mai frecvenți întâlniți sunt: escherichia Colli, Proteus, Klebsiella, Piocianic, Stafilococ.

Obișnuiții factori favorizanți sunt obstacolele de la nivelul căilor excretoare renale, afecțiuni renale congenitale, tumori, litiaza renală, cistita.

Semne:

- dureri lombare, mai frecvent unilaterale, surde sau cu caracter de colică renală
- febră cu delent violent
- tulburări digestive
- polokiurie, disurie, nicturie
- HTA
- -transpirații
- atingerea interstițiului renal
- stare generală alterată

Participarea asistentei medicale la investigații

Una din sarcinile importante ale asistentei medicale este colaborarea și examinarea clinică a bolnavului.

Ajutând medicul și pacientul, asistenta medicală creează un climat favorabil pentru relația:

Medic – pacient – asistentă

Pentru aceasta asistenta trebuie să țină cont de următoarele sarcini:

- ☞ să pregătească fizic și psihic pacientul
- ☞ să pregătească materialele și instrumentele necesare examinării
- ☞ să pregătească documentele necesare: fișa de observații, rezultatele examinării
- ☞ asigură condiții de microclimat în salon
- ☞ pregătește produse biologice și le trimite la laborator
- ☞ transportă în condiții optime produsele recoltate la laborator, după ce în prealabil le etichetează
- ☞ pregătește pacientul fizic și psihic pentru examene radiologice
- ☞ administrează tratamentul medicamentos numai la indicația medicului.

Evoluție. Prognostic

Evoluția și prognosticul sunt favorabile în contextul în care tratamentul este aplicat corect și factorii favorizanți sunt îndepărtați.

În urma aplicării tratamentului, deși toate semnele bolii au dispărut nu se poate vorbi de vindecare decât după controlul repetat al uroculturii în următoarele luni.

S-a observat că pielonefrita acută, chiar atunci când nu este tratată, se ameliorează, febra dispare în câteva zile, boala poate trece în cronicitate.

PNA→PNC

Educație pentru sănătate

6. Ingrijiri de prevenire primară

- ☞ dobândirea obișnuințelor corecte de eliminare
- ☞ evitarea inhibării reflexului de micțiune deoarece se produce distensia vezicii urinare, staza urinară, care poate favoriza formarea calculilor.
- ☞ evitarea consumului de medicamente cu efect diuretic sau nefrotoxic fără sfatul medicului.
- ☞ efectuarea corectă a toaletei regiunii perineale pentru a evita pătrunderea microorganismelor în tractul urinar.
- ☞ evitarea aportului excesiv de săruri minerale
- ☞ se va evita frigul, umiditatea, traumatismele.

6. Ingrijiri de prevenire secundară

- ☞ depistarea precoce a afecțiunilor renale, și dispensarizarea lor corectă.
- ☞ tratamentul corect al acestor afecțiuni după sfatul medicului.
- ☞ colaborarea pacientului cu asistenta medicală și echipa de îngrijire.
- ☞ evitarea complicațiilor.

6. Ingrijiri de prevenire terțiară

- ☞ reintegrarea în societate a individului cu afecțiuni cronice.