

N.º 21
2EJ.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN UN
PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
JUAN JOSE ORTEGA OBREGON

ASESORA ACADEMICA: LIC. SUSANA ROSALES BARRERA

MEXICO, D. F.

JUNIO 1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
FUNDAMENTACION DEL ESTUDIO	4
METODOLOGIA DEL TRABAJO	5
MARCO TEORICO	6
- SITUACION EPIDEMIOLOGICA EN MEXICO	6
- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	9
- MEDIDAS DE ATENCION	15
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	24
- VALORACION DE ENFERMERIA	24
- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	31
- PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA	33
. HIPERTENSION ARTERIAL	35
. OLIGURIA	40
. PERITONITIS	49
. ASCITIS	54
. DOLOR INTENSO DE HERIDA DE ABDOMEN	62
. DESNUTRICION	67
. ALTERACIONES AL ESTADO DE ANIMO	70
. INSOMNIO	73
. ESTADO DE ASEO	78
CONCLUSIONES	80
SUGERENCIAS	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	83

I N T R O D U C C I O N

Los padecimientos renales en nuestros días ocupan una de las primeras veinte causas de mortalidad en todo el mundo; el hecho de que los padecimientos renales ocupen este lugar se debe a que la mayoría de los casos no presentan manifestación alguna en las primeras etapas sino hasta que el padecimiento se encuentra avanzado.

Estos padecimientos se presentan a partir de los 25 años aumentando conforme la edad del individuo; se ha visto que pacientes que se les ha diagnosticado con estos padecimientos al ser hospitalizados, su período de estancia es mayor que el de otros padecimientos.

En nuestro país los padecimientos renales se clasifican en nefritis, nefrósisis, litiasis renal, enfermedades genito-urinarias, infecciones renales y enfermedad hipertensiva.

El médico que esté atendiendo a un paciente con enfermedad renal afronta a menudo multitud de alteraciones metabólicas complejas que afectan prácticamente a todos los sistemas orgánicos; su tratamiento correcto exige una exata valoración etiológica de la disfunción renal, que en su inicio debe centrarse sobre todo en detectar que factores son reversibles.

Existe insuficiencia renal aguda o crónica cuando la función renal de la persona es inapropiada para mantener el

volumen y la composición renales, de su medio ambiente - interno.

La gran mayoría de pacientes con enfermedad renal crónica reciben un tratamiento "conservador" y muchos se encuentran en el grupo de edad avanzada.

Para estos pacientes, la esencia de la terapéutica consiste en prescripción de fármacos y nutrimentos y apoyo de enfermería tanto al paciente como a su familia, a través de las numerosas crisis causadas por los cambios físicos, emocionales y sociales que experimenta el paciente con insuficiencia renal progresiva.

Los progresos en materia de hemodiálisis y de trasplante de riñón en el último decenio, brindan esperanzas a muchas personas con graves enfermedades renales de una vida más larga y productiva.

Los objetivos principales del equipo de nefrología ayudan a la persona con enfermedad renal a conservar la función de sus propios riñones por tanto tiempo como pueda.

Esta situación y el deseo de profundizar los conocimientos en esta área conllevan a la realización de un proceso de atención de enfermería en un caso seleccionado en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de zona, No. 1A "Los Venados" del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a la metodología correspondiente.

OBJETIVOS

- Profundizar conocimientos acerca de la atención al paciente con insuficiencia renal aguda, sometido a diálisis peritoneal.

- Implementar la metodología relativa al proceso de atención de enfermería, en un caso con insuficiencia renal aguda.

- Cumplir con un requisito académico-administrativo previo a la titulación.

FUNDAMENTACION DEL ESTUDIO

La paciente R.F.P. ingresó al servicio de medicina interna con el diagnóstico de insuficiencia renal aguda y fue seleccionada para ser atendida conforme a la metodología del proceso de atención de enfermería; así, se recabó in formación personal a fin de conocer sus problemas y necesidades las cuales se jerarquizaron con el fin de planear actividades de enfermería tendientes al mejoramiento de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los - pacientes con este mismo tipo de padecimiento.

METODOLOGIA DE TRABAJO

Para alcanzar los objetivos trazados se recurrió a la investigación bibliográfica, la elaboración de fichas de trabajo relativas a la insuficiencia renal crónica y a la atención correspondiente, antes de hacer la selección de una paciente con este diagnóstico.

Una vez realizada la elección de la paciente, se recolectó información a través de observaciones, entrevistas y la revisión de la información del expediente clínico, respecto a necesidades y problemas a fin de elaborar el plan de atención correspondiente, ejecutarlo y evaluar los resultados obtenidos.

M A R C O T E O R I C O

SITUACION EPIDEMIOLOGICA
EN MEXICO

El índice de mortalidad es alto, en particular en los casos asociados con cirugía o traumatismo. Las tasas de mortalidad global han cambiado poco desde la década de los 50's, cuando se empezó a usar profusamente la diálisis, - hasta la década de los 70's. Si se considera que los pacientes con insuficiencia renal aguda requieren por lo me nos una diálisis, las tasas de mortalidad en las series de pacientes quirúrgicos y médicos continúa entre el 40 y 50%. La insuficiencia renal por exposición nefrótica, - complicación obstétrica o reacción transfusional se asocia a una tasa de mortalidad del 25 al 35%, la del shock séptico a cardiogénico a un porcentaje del 60 al 75%, la de cirugía cardiovascular, en particular si se hace bypass cardiopulmonar, a una tasa del 60 al 70%; los quemados con insuficiencia renal tienen un pronóstico muy malo, porque la tasa de mortalidad supera el 90% (1)

Dos causas de muerte en estos padecimientos, son la intoxicación digitálica y la sobrecarga de volumen, con la

(1) STEIN H. JAY.

p. 178.

consiguiente insuficiencia cardiaca, hipertensión e ictus apoplético; pero con el empleo de la diálisis temprana y el manejo hidroelectrolítico más apropiado, los problemas graves de este tipo son mucho menos frecuentes. Es lametable que las otras tres causas de muerte: infección incontenible, hemorragia gastrointestinal y complicaciones de la enfermedad de fondo del paciente no varíen a pesar del advenimiento de mejores antibióticos y técnicas dialiticas.

El motivo por el cual las estadísticas de mortalidad actuales no son mejores que en las primeras series, es que la población de pacientes con insuficiencia renal es distinta. Mientras las series iniciales contenían muchas mujeres jóvenes, con insuficiencia renal por complicaciones obstétricas y, salvo las que tenían necrosis cortical, estas pacientes tendían a sufrir una mortalidad más baja. Las series más recientes, en cambio, suelen incluir menos de estos pacientes de bajo riesgo y más personas mayores con insuficiencia de sistemas orgánicos múltiples que fueron o no sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores.

Otros factores capaces de influir sobre las estadísticas de sobrevida son: a) severidad de la insuficiencia renal necesaria para figurar en las estadísticas de las series, b) proporción de pacientes con insuficiencia renal no oligúrica y c) proporción de pacientes con insuficiencia renal inducida por nefrotoxinas.

El pronóstico es mejor en los pacientes no oligúricos y en las insuficiencias renales por nefrotoxinas. Como la infección es la causa principal de muertes en la mayoría de las series, valdría la pena prestar mayor atención a

este aspecto porque mejorando la antisepsia (en particular en el paciente que está en el postoperatorio), adoptando antibióticos más eficaces y emprendiendo antes el diagnóstico y tratamiento de la infección, la sobrevida tendría que mejorar. Además, la suplementación nutricional en el paciente con depresión proteica, sería beneficiosa para prevenir o combatir la infección. El problema de la hemorragia gastrointestinal se podría reducir con un bloqueador histamínico H_2 ; como las sales de magnesio suelen estar contraindicados en la insuficiencia renal y puesto que a menudo las sales de aluminio no son antiácidos tan eficaces, es probable que las nuevas drogas de este tipo sean más eficaces para tratar la hemorragia gastrointestinal. (2)

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Insuficiencia renal es un nombre relativo, que denota toda una gama de padecimientos que va de la falta de reserva renal a la insuficiencia renal muy benigna y la insuficiencia renal grave con síndrome urémico. La insuficiencia renal mínima es compatible con la vida normal, a menos que el individuo experimente estado de alarma por deshidratación o insuficiencia cardiaca; la insuficiencia renal grave con uremia es incompatible con la vida cotidiana, entre estos extremos hay una gama continua de trastornos progresivos de la función e incapacidad creciente, excepto en alteraciones específicas de la actividad tubular. La función suele perderse de manera ordenada, "es insuficiencia renal progresiva"; la función tubular se pierde simultáneamente con la función tubular glomerular. (3) (4) (5)

Desde el punto de vista clínico la uremia, se acompaña de náuseas, vómitos, diarreas, malestar, disnea de ejercicio escaso, hipernea, estreñimiento, anemia, fatiga y en ocasiones dolor abdominal agudo y dolor en el abdomen. La enfermedad puede progresar a coma, convulsiones y muerte. (6)

- (3) JACK LAPIDES. pp. 120-121
- (4) KRUPP MARCUS A. p. 564
- (5) STEIN JAY H. p. 168
- (6) JACK LAPIDES p. 412

La insuficiencia renal aguda tiene muy diversas causas, que, en términos generales pueden clasificarse en tres grupos:

1. Defectos de la perfusión renal, a veces llamadas - causas "prerrenales" que incluyen choques, insuficiencia cardiaca, deshidratación y embolia renal - bilateral.
2. Trastornos del parenquima renal. Entre éstos encuentran necrosis tubular aguda por isquemia y nefropatías tóxicas. Por nefropatías de la índole de cloruro mercúrico, tetracloruro de carbono y algunos antibióticos como la gentamicina. Pertenecen a este grupo la glomerulonefritis aguda, necrosis cortical aguda e insuficiencia renal en lesiones por aplastamiento y transfusión de sangre incompatible.
3. Uropatías obstructivas. Entre éstas se encuentran obstrucción uretral bilateral y prostatismo avanzado. (7)

El curso de la insuficiencia renal aguda es variable y depende de diversas causas, estado del paciente y circunstancias variables; pero en general, la insuficiencia renal aguda es reversible si se brinda de manera adecuada sostén al paciente, tratamiento de la causa subyacente y asistencia de las complicaciones. (8) (9)

(7) Op. cit. pp. 120-121

(8) KRUPP MARCUS A. p. 564

(9) JACK LAPIDES. P. 168

Las causas de insuficiencia renal aguda pueden separarse en tres categorías diagnósticas: prerrenales (riesgo renal inadecuado), posrenales (obstrucción), y renales. Las causas prerrenales y posrenales son potencialmente reversibles si se diagnostican y tratan en fase temprana, y algunas causas de lesión renal primaria que dan por resultado nefropatía aguda vascular y tubulo intersticial, también son susceptibles de tratamiento. (10) (11)

Las causas renales intrínsecas de insuficiencia renal aguda son multifactoriales; las más frecuentes son isquemias renales prolongadas o presencia de una nefrotoxina.

Las lesiones tubulares son variables, pero siempre hay edema e inflamación del tejido intersticial.

La hiperazoemia posrenal suele asociarse con disfunción glomerular y tubular, y los cambios en la orina pueden remedar las observadas en pacientes con lesión renal primaria.

Excepto en la insuficiencia renal aguda fulminante, la muerte no proviene ni de sus complicaciones inmediatas. Pero la sobrevivencia, aproximadamente de 50% no parece mejorar quizá porque se tratan más pacientes graves que en el pasado y por la mortalidad intrínseca de procesos asociados como sepsis, insuficiencia pulmonar, heridas mayo

(10) EL MANUAL MERCK. pp. 1389-1391

(11) KRUPP MARCUS A. p. 564

res, quemaduras, complicaciones quirúrgicas y coagulopa--
tías de consumo. (12)

El pronóstico de la insuficiencia renal depende de las causas que la produjeron, si la causa primaria puede remediarse rápidamente, como en la necrosis tubular renal aguda (nefrosis del nefronio inferior) u obstrucción del conducto urinario, la insuficiencia renal es reversible en un 80% de pacientes. En estos casos, el primer objetivo del tratamiento es mantener vivo al paciente y libre de complicaciones durante las 2 ó 3 semanas que se requieren para la regeneración del epitelio lesionado de los túbulos renales. El mantenimiento adecuado generalmente provoca diuresis (un volumen urinario de 1000ml. en 24 hrs.) durante la segunda semana. (13)

Las enfermedades renales crónicas, tales como nefritis - glomerular, nefrosis, pielonefritis, riñones poliquisticos y nefropatía diabética, progresan hasta el deterioro de la nefrona, afectando ya sea los glomérulos o los túbulos o ambos (insuficiencia renal crónica) y finalmente hasta la enfermedad renal de etapa terminal. (14)

El comienzo de la oliguria o anuria es ominoso, sin embargo pueden darse remisiones. La recuperación de la necrosis tubular aguda habitualmente ocurre dentro de los 14 a 21 días si la causa subyacente se puede corregir. (15)

(12) EL MANUAL MERCK. pp. 1389-1391

(13) SMITH-GERMAIN. p. 1026

(14) EL MANUAL MERCK. p. 1321

(15) STEIN H. JAY. p. 150

HISTORIA NATURAL DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

CONCEPTO.- Es la supresión brusca y generalmente transitoria de la función renal, que en ocasiones puede llegar a ser irreversible.

AGENTES CAUSALES.- Se pueden dividir en tres:

Prerrenales. Insuficiencia circulatoria, reducción de volúmen sanguíneo, trombosis de la vena renal.

Renales. Glomerunefritis aguda o drogas tóxicas que afectan al riñón.

Posrenales. Obstrucción de los ureteres por cálculos.

HUESPED,- Es el ser humano; este padecimiento se encuentra muy frecuentemente tanto en el hombre como en la mujer, como complicación de cuadros gastroentéricos y shock hipovolémico. Se da desde edades de 18 hasta los 50 años.

MEDIO AMBIENTE,- Casi siempre se da en el medio socioeconómico bajo por la falta de higiene, hacinamiento y promiscuidad; con menor frecuencia en el medio socioeconómico alto.

REACCION CELULAR.- Cuando el riñón se encuentra grande, con la corteza ensanchada y pálida, y al estudio de la biopsia se observa el epitelio tubular edematizado y a veces deshidratado; cuando se acompaña de sepsis. (16)

SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS.- Los signos y síntomas de la insuficiencia renal crónica son oliguria, acidosis metabólica, signos neurológicos, hipernea, opistotonas, convulsiones, vasoconstricción glomerular, retención de úrea y creatinina, los niveles de potasio en sangre puede elevarse, o haber disminución del nivel sérico del PH, y CO_2 , la orina muestra densidad de 1.010 menos y PH alcalino mayor de 6, la excreción de úrea y creatinina se encuentra disminuida en la U/P de creatinina, su normal es de 1.40. (17)

Estos signos y síntomas también pueden ser ocasionados por otras enfermedades renales que pueden hacer que se confunda el diagnóstico.

COMPLICACIONES.- Se pueden presentar éstas por sobrehidratación, acidosis, hipercalcemia, hipertensión arterial, crisis convulsivas, edema pulmonar agudo e infecciones. (18)

- (16) EL MANUAL MERCK. pp. 1389-1390
- (18) HARVEY A. McGEHEE, et al. p. 109
- (18) SMITH-GERMAIN. p. 1024

MEDIDAS DE ATENCION

PROMOCION A LA SALUD

Pláticas sobre el saneamiento ambiental, del agua potable, disposición de excretas, buena nutrición, ingestión suficiente de líquidos, control médico, orientación sobre el fecalismo al aire libre, orientación sobre el cuidado del paciente y que evite bañarse en baños públicos. (19)

PROTECCION ESPECIFICA

Evitar la ingesta de tóxicos renales y la aplicación de sangre incompatible, así como otras enfermedades renales, como la glomerulonefritis post-estreptocóccicas, evitar el fecalismo al aire libre. Evitar transfusiones sanguíneas incompatibles que desencadenan efectos hemolíticos y oclusión renal. (20)

DIAGNOSTICO PRECOZ

Se hace por historia clínica, exploración física, examen general de orina, urografía, citografía, para demostrar anomalías o la obstrucción del sistema urinario.

(19) SMITH-GERMAIN. pp. 1027-1030

(20) CLAIBORNE DUNAGAN. p. 279

Las medidas preventivas comprenden también diagnóstico y tratamiento correctos de las infecciones estreptocóccicas, la vigilancia ulterior cuidadosa, con pruebas de la función renal de los pacientes que toman drogas prescritas, como son antibióticos que son nefrotóxicos y pronto alivio de obstrucciones y tratamiento de infecciones de vías urinarias. Todo paciente con trastorno de las vías urinarias puede desarrollar insuficiencia renal.

Es raro que pueda diagnosticarse nefropatía fundándose exclusivamente en la identificación de manifestaciones clínicas. Puede haber síntomas escasos o nulos hasta que la enfermedad ha llegado a una etapa avanzada.

Ello se aplica a muchos casos de glomerulonefritis, a la mayor parte de los de pielonefritis crónica, y a casi todas las de enfermedad vascular difusa de los riñones. La exploración del paciente, para considerarse completa debe incluir una muestra de orina reciente. (21)

Un riñón aumentado de volumen o palpable, o una vejiga palpable, son sospechosos. Se efectúan exámenes rectales y vaginales siempre que se sospeche uropatía obstructiva. Muchas veces no hay antecedentes de enfermedad renal intrínseca; pero edema, síndrome nefrótico o signos de arteritis en piel y retina puede sugerir glomerulonefritis. (22)

(21) HARVEY A. MCGEHEE; Y ASOCIADOS. P. 109

(22) EL MANUAL MERCK. . P. 1390

El examen de la sangre puede mostrar un aumento gradual del nitrógeno de la úrea sanguínea, porque está afectada la capacidad del riñón para excretar úrea, producto final del metabolismo de las proteínas. El nitrógeno de la úrea sanguínea puede estar notablemente elevado antes de que puedan reconocerse otros síntomas. La prueba del nitrógeno no proteico mide la úrea, la creatinina, el ácido úrico y algunos otros productos finales proteicos menos importantes, y proporciona esencialmente la misma información que el nitrógeno de la úrea sanguínea relativamente bajo. Por otra parte, los efectos catabólicos de infección, fiebre, hemorragia gastrointestinal y esteroides pueden causar una elevación del nitrógeno de la úrea sanguínea.

Suele utilizarse aclaramiento de la creatinina urinaria, así como el de evaluar la función renal. El paciente con insuficiencia renal generalmente está pálido y puede tener edema palpebral y en los tobillos; en esta última, mediante el signo de Godette.

El paciente puede quejarse de prurito torturante o de "sensación de hormigueo", debido a que la piel tiene una función excretoria por la cual se eliminan unos cristales o "escarcha urinaria" en lugar de que sea por los riñones; ésta se hace visible, especialmente en los pacientes de tez morena. (23)

Existen generalmente halitosis pronunciada y la ulceración de la mucosa bucal debido a fragilidad capilar au--

mentada, el paciente podrá tener un olor generalizado del cuerpo sugestivo de orina. El diagnóstico diferencial principal está entre trastorno de la perfusión renal por hipotensión, vasoespasmo renal como resultado de cirugía, traumatismos o productos tóxicos, y necrosis tubular aguda. Para hacer el diagnóstico puede ser útil una prueba desencadenante; en un período de 30-60 minutos se administran 50 grs. de manitol disueltos en 500 ml. de solución fisiológica (salina 0.9%) si el paciente responde con diuresis hay defectos de la perfusión o deshidratación. Si no hay respuesta, probablemente haya necrosis tubular aguda y deberán limitarse los líquidos ulteriores. También pueden emplearse como prueba desencadenante 100 mgs. de furosemida. (24)

De hacerse el diagnóstico diferencial entre azoemia funcional o prerrenal consecutiva a choque, depresión grave de volúmen, insuficiencia cardiaca congestiva, agentes vasopresores o diuréticos para asegurar un tratamiento inmediato. Entre la diferenciación de insuficiencia renal aguda y azoemia prerrenal, la capacidad para excretar creatinina y conservar el sodio constituyen criterios útiles. (25)

Conviene dividir el diagnóstico de la insuficiencia renal aguda en tres categorías:

- a) Los procesos que pueden corregirse con un tratamiento específico: depleción de volúmen, uropatía obstruc--

(24) JACK LAPIDES. p. 122

(25) KRUPP MARCUS A. p. 265

tiva y obstrucción valvular. A causa de su proyección terapéutica, estos trastornos se deben considerar en todo paciente con insuficiencia renal aguda.

- b) Comprende procesos que pueden desencadenar insuficiencia renal aguda: episodio hipotensivo, sepsis, exposición a nefrotóxicas complicaciones del embarazo y destrucción del tejido con liberación de pigmentos hemáticos.
- c) Abarca las causas menos comunes de insuficiencia renal aguda como glomerulonefritis, vasculitis y necrosis cortical. (26)

TRATAMIENTO

Cuanto antes se identifique la insuficiencia renal, tanto más pronto puede iniciarse el tratamiento, antes de que se produzca un daño grave de la regulación de electrolitos del cuerpo. Todo descenso en la emisión urinaria de un paciente por debajo de 500 ml. en un período de 24 hrs. o de 20 ml. por hora, deberá examinarse por el médico.(27)

El tratamiento debe estar basado en el control estricto de líquidos, acidosis metabólica, hipercalcemia, hipertensión arterial, difüsis peritoneal, ayuno.

(26) STEIN H. JAY. p. 175

(27) SMITH GERMAIN. pp. 1023-1024

En el tratamiento de la necrosis tubular aguda el médico mantiene el ambiente lo más cerca posible de la normalidad. Para ello debe de conservar un volúmen razonablemente normal del líquido extracelular; combatir la acidosis metabólica, la hiperpotasemia, las otras alteraciones del equilibrio iónico y las consecuencias de la "uremia". (28)

El tratamiento de la insuficiencia renal aguda puede ser por hemodiálisis o diálisis que está disponible en numerosos centros hospitalarios y podrá constituir el tratamiento de elección pero podrá darse el caso de que los vasos sanguíneos del paciente no sean apropiados para la canulación. La diálisis peritoneal puede obtenerse fácilmente en todos los hospitales, pero podrá no ser apropiada para todos los pacientes, entre otros. El médico considera la enfermedad subyacente del paciente y sus complicaciones, así como los recursos públicos disponibles. (29)

Puede constituir en medidas conservadoras o en la diálisis de las drogas, se deben ajustar las dosis de las drogas, en pacientes con función renal alterada, son medir los niveles séricos de las drogas evitando las drogas que contienen magnesio (laxantes y antiácidos). (30) (31)

(28) GOODMAN S. LOUIS. p. 654

(29) Op. Cit. pp. 1026-1027

(30) CLAIBORNE. p. 273

(31) Op. Cit. p. 149

En estado de deshidratación, para tratar la oliguria de origen prerrenal, es necesario administrar con rapidez - los líquidos ya que puede causar un mayor deterioro hemodinámico renal y en ocasiones degeneración tubular renal. Cuando la oliguria persiste en un paciente bien hidratado están indicados los medicamentos vasopresores en un esfuerzo por corregir la hipotensión que se asocia con sepsisemia o choque cardiaco. Los agentes presores que resaltan la presión sanguínea sistemática mientras mantienen el flujo sanguíneo renal y la función de los medicamentos antipresores o de los diuréticos pueden, por sí mismos, curar la aparente insuficiencia renal que se presenta como resultado de causas prerrenales. (32)

Sin diálisis se requiere limitación meticulosa del ingreso de todas las sustancias que deban eliminarse por el riñón, y solo se preconiza cuando no están fácilmente a disposición los medios para diálisis. (33)

La presión venosa central baja, indica hipovolemia que se debe a la pérdida sanguínea o deshidratación. Cuando la causa principal de la insuficiencia renal prerrenal es la insuficiencia cardiaca grave (es raro que la causa sea única) será evidente la disminución del gasto cardiaco y el incremento en la presión gasto cardiaco y el incremento en la presión venosa central. La diálisis peritoneal

(32) SMITH R. DONAL. p. 459

(33) EL MANUAL NEPCK p. 1392

es una técnica sencilla y útil. En general las soluciones tienen concentraciones muy parecidas a las del líquido intersticial un poco más alta la del bicarbonato y sin potasio. (34)

La diálisis está indicada en la insuficiencia renal aguda para tratar la uremia, sobrecarga de volumen, acidosis o hiperpotasemia sintomática que no responden a la terapia conservadora, puede elegirse la hemodiálisis o la diálisis peritoneal en el caso individual. La diálisis peritoneal se prefiere en el paciente hipotenso hemodinámicamente inestable. La diálisis peritoneal puede ser peligrosa en pacientes con disfunción respiratoria grave debido a la elevación del diafragma que produce el dializador. El riesgo de peritonitis con la diálisis peritoneal es inaceptablemente elevada en pacientes con fístulas o infecciones de las paredes abdominales. Los pacientes que han tenido operaciones abdominales y adherencias peritoneales posteriores pueden no tolerar la instilación de 2 litros de solución dializante en la cavidad peritoneal. (35)

El equipo que se muestra para este procedimiento es charola de mayo, compresa de envoltura, compresa de rãuila, funda de mayo, pinzas de mosco, pinzas de disección sin dientes, mango de bisturí del No. 7, vaso de cristal o

(34) GOODMAN S. LOUIS;

p. 655

(35) STEIN H. JAY. pp. 149-150

metálico graduado, jeringa hipodérmica de 10ml.; aguja de keith recta, aguja de sutura, agujas hipodérmicas 20, 22 y 26, hilo de algodón, apósitos y gasas.

REHABILITACION

Incorporarlo a su núcleo familiar, orientar a la familia sobre el tratamiento del paciente, orientación sobre su dieta, sobre el procedimiento de la diálisis o hemodiálisis si es que se llevó a cabo y apoyo psicológico a la familia. (36)

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

VALORACION DE ENFERMERIA

Como se describió al principio, se seleccionó a la paciente R.F.P. en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de zona número 1-A "Los venados", ya que su diagnóstico correspondía a la Insuficiencia Renal Crónica y se le trataba a través de la diálisis peritoneal.

Para la obtención de datos de la paciente, se recurrió al formato "Examen Clínico", el cual facilitó además el análisis de cada uno de los apartados, situación que favoreció la elaboración del diagnóstico de enfermería para la planeación de su atención.

EXAMEN CLINICO

ANALISIS
SITUACIONAL

1. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

1. DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre (Siglas) R.F.P.
 Servicio Medicina Interna No. cama 329
 Fecha ingreso 27-XI-91 Edad 56 años
 Sexo Fem. Estado civil Casada
 Escolaridad 2o. de Primaria
 Religión Católica Ocupación Hogar
 Lugar de procedencia México D.F.
 Domicilio Plutarco Elias Calles No. 361
Col. San Pedro Iztacalco

Paciente casada
y católica

2. PERFIL DEL PACIENTE:

2.1 Ambiente físico:

- Habitación:

Características físicas Buena ilumina-
ción, buena ventilación.
Cuenta con todos los servicios intradomi-
liarios.
 Tenencia Propia
 Construcción (tipo y número de habita-
ciones Tabique y cemento, con 4 habitacio-
nes.
 Animales domésticos 2 perritos

Buenas condicio-
nes de ambiente
físico y servi-
cios sanitarios

- Servicios sanitarios (agua, iluminación, pavimentación, eliminación de desechos, control de basura, etc.):

Intradomiciliarios. La basura la depositan en los camiones recolectores de basura. Los desechos por drenaje. Buena iluminación intradomiciliaria, con buena pavimentación.

- Vías de comunicación (medios de transporte, teléfono, etc.):

Teléfono no lo tiene. Transportes: metro, camiones, peseras, taxis.

Bien comunicada y derechohabiente del IMSS

- Recursos para la salud:

IMSS

2.2 Hábitos higiénicos:

- Aseo parcial y/o total (tipo y frecuencia):

Cada 3er. día baño de regadera, lavado de manos cuantas veces sean necesarias, bucal 3 veces al día con cambio total de ropa diario

Con buenos hábitos higiénicos y dietéticos.

- Alimentación (horario, tipo de alimentos y líquido):

Desayuno: (8:00 am.) huevo guisado, frijoles. (11:00 am.) café

Comida: (14:00 pm.) sopa, pollo, carne de res o cerdo c/3er. día, frijoles, toma 2 ó 3 vasos de agua y entre comidas 1 ó 2 vasos más.

Cena: café con leche o café negro, frijoles ó guisado de la comida, pan.

- Alimentos que originen preferencia, desagrado o intolerancia:

Preferencia: todos

Desagrado: atún, huevo guisado de
ciertas formas

- Eliminación (horario y características)

Urinaria: Una vez por la mañana y otra
por la noche (300-400 ml. al día).

Regular eliminación urinaria e intestinal

Intestinal: Una vez por la mañana y
otra por la noche.

- Descanso (tipo y frecuencia)

Por ratos viendo la televisión (viendo algunos programas) ó platicando con sus vecinos

Regular descanso y sueño

- Sueño (horario y características)

Por ratos de dos a tres veces durante el día y otras dos o tres horas por la noche (sufre insomnio).

- Deportes (tipo y frecuencia)

- Estudio y/o trabajo

Hogar

- Rutina cotidiana

Su quehacer doméstico

2.3 Dinámica Social

Composición familiar

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	OBSERVACIONES
Esposo	61	Jubilado	
Paciente	56	Hogar	
Hijo	34	Chofer	Compañía PANAM
Hijo	29	Ing. en Comp.	Compañía
Hijo	17	-	-

Familia bien
integrada

- Dinámica familiar y/o social:

Buena convivencia familiar y social y con

todos sus vecinos

Buena conducta

3. PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO

3.1 Problema o padecimiento por el que se presenta

Insuficiencia renal crónica (peritonitis)

27-XI-91

Insuficiencia
Renal Crónica
Peritonitis

3.2 Antecedentes:

Personales patológicos: Sarampión,

Polio

Familiares patológicos: No refiere

ninguno

3.3. Tratamiento:

Medicamentos: Ambroxol 20cc c/8 hrs. VO,
Salbutamol 2mg. c/8 hrs. VO, Gluconato de
Calcio 1 gr. c/8 hrs VO, Ranitidina 50 mg.
IV c/8 hrs, Vit. K 1 Amp. 1m c/24 hrs.,
Captopril 25 mg. c/12 hrs. Nifredipina 1caps.
c/8 hrs. y P.R.N., Cefrotaxina 1gr. c/8 hrs.
Metronidazol 500mg, c/12 hrs., P.S.C. 2 mill.
IV c/6 hrs. Dipirona 1 gr. IV P.R.N.
 Indicaciones: - Diálisis peritoneal 2 ve-
ces por semana.
- Atención a la herida por catéter.

Farmacoterapia
adecuada al pa
decimiento.

Diálisis perito-
neal

Herida por ca-
téter.

II. EXPLORACION FISICA

Inspección:

- Aspecto físico: Paciente que se encuentra
sin alteración en cabeza, hidratada de mucosa
y piel, con palidez, secundaria a anemia
con dolor abdominal intenso en región de ins-
talación del catéter para la diálisis perito-
neal.
- Aspecto emocional: Tranquila de tempera-
mento, ánimo emocional algo alterado.

Edema y dolor
en herida por
catéter de diá
lisis

Obtención de datos, mediante otros méto
dos de exploración física, de acuerdo
al estado del paciente (palpación, per-
cusión, auscultación medición): Se encuen
tra con abdomen globoso por líquido de diálisis
peritoneal, difícil palpar viceras, ruidos pul-
monares normales, del abdomen difícil de escu-
char por el líquido de diálisis, TA: 170-180/90,
peso 55 kgs. aproximadamente, talla: 1,53 apro-
ximadamente pulso 84[^], respiración 24[^] tempe-
ratura 36,5°C.

Ascitis
Hipertensión
arterial

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Exámenes de Laboratorio

Fecha	Tipo	Cifras	
		Del paciente	Normales
27-XI-91	Glucosa	598mg./L. de sangre	90-120
	Proteína	420gr./L. de sangre	40 grs.

Exámenes de gabinete

Tipo	Resultado
Rx. abdomen	<p>Se observa que el catéter para la diálisis está bien colocado.</p> <p>La causa del dolor local es la infección (peritonitis).</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El análisis situacional de cada apartado, reportó los siguientes datos:

1. Paciente sexo femenino.
2. Derechohabiente del IMSS.
3. Casada.
4. Ambiente físico en buenas condiciones.
5. Perteneciente familia integrada.
6. Dinámica familiar y social aceptable.
7. Estado de aseo aceptable y alimentación adecuada.
8. Cooperadora al tratamiento.
9. Insuficiencia Renal Crónica y Peritonitis (c/ tratamiento).
10. Hipertensión arterial.
11. Examen de sangre reporta hiperglucemia e hiperproteinuria.
12. Ascitis.
13. Insomnio.
14. Alteración del estado de ánimo.
15. Dolor en herida abdominal.

Con estos datos se formuló el siguiente diagnóstico de enfermería:

Paciente del sexo femenino, derechohabiente del IMSS, casada, con ambiente físico en buenas condiciones, perteneciente a familia integrada con dinámica familiar y social aceptable; su estado de aseo es aceptable y alimentación adecuada, cooperadora al tratamiento, presenta insuficiencia renal crónica y peritonitis (con tratamiento medicamentoso) además de hipertensión arterial, hiperglicemia, hiperproteinuria y ascitis; sufre también de insomnio, alteración del estado de ánimo y dolor intenso en herida abdominal.

PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA

Con base en el diagnóstico de enfermería se procedió a la planeación correspondiente para su ejecución y evaluación; en este trabajo, se anuncia la participación de enfermería tanto en la atención general a sus necesidades básicas, biológicas, psicológicas y sociales, así como la correspondiente a los problemas principales como hipertensión arterial, oliguria, peritonitis, ascitis, dolor intenso en la herida abdominal, desnutrición, alteración de su estado de ánimo, insomnio, y el estado de aseo.

Cada uno de estos problemas se encuentran fundamentados científicamente al igual que las acciones de enfermería seleccionadas para su atención, así mismo se menciona a continuación el resultado obtenido.

La hipertensión arterial se logró controlar siguiendo el tratamiento al pie de la letra; en la oliguria no pudo haber mejoría, ya que ésta llegó a su fase terminal y la paciente no orinaba, la peritonitis se logró controlar gracias a la administración de antibióticos, la ascitis, también se pudo controlar a base del tratamiento medicamento so que se estuvo administrando; el dolor de la herida abdominal también cedió ya que se controló la infección que lo ocasionaba, la desnutrición también se pudo controlar proporcionando a la paciente una dieta adecuada y administrándole vitaminas, la alteración en el estado de ánimo mejoró al desaparecer los signos y síntomas de la insuficiencia renal crónica, el insomnio lo pudo superar a base de consejos y orientación que se le dió para que pudiera

dormir durante la noche, y el estado de aseo fue adecuado, ya que se proporcionaron a la paciente todas las facilidades para que tuviera buen aseo personal y se le vigiló para que se aseara diario, con excepción de las ocasiones en que hubo contraindicación médica.

- 2 -

P R O B L E M A 1
HIPERTENSION ARTERIAL CON CIFRAS
QUE OSCILAN DE 170-190/90 mm. hg.

Fundamentación Científica

La sangre transporta sustancias del exterior al interior de las células y víceras y por ello el volúmen y la presión de la sangre circulante deben conservarse dentro de ciertos límites para satisfacer las necesidades variables de los órganos.

El aparato cardiovascular está compuesto por el corazón y los vasos sanguíneos; cuando se eleva demasiado el volúmen de líquido en el espacio extracelular aumenta el volúmen sanguíneo el cual a su vez incrementa el gasto cardíaco y eleva la presión sanguínea arterial. Las arterias situadas sobre la superficie ósea o tejidos firmes que pueden palpase.

Las paredes de las venas son muy delgadas pero de estructura muscular, lo cual permite su dilatación y constricción.

El volúmen sanguíneo varía de acuerdo con el peso y la superficie corporal; se estima que hay tres litros de sangre por metro cuadrado de superficie corporal.

El volúmen sanguíneo puede modificarse por variaciones del equilibrio hídrico. Aumenta cuando se eleva el volúmen

men del líquido extracelular y disminuye cuando desciende el líquido extracelular.

La osmolaridad o isotonicidad de los líquidos corporales está controlada por la entrada y salida de agua y de algunos electrolitos (sodio y potasio principalmente), la cual a su vez está controlada por la función renal.

La pérdida de sodio va seguida de pérdida de agua y la ingestión de sodio se acompaña de retención de agua. El estado de hidratación de las células depende principalmente de las concentraciones de iones de sodio en el líquido extracelular. Los cambios en el nivel de sodio sérico reflejan desequilibrio hídrico.

El equilibrio osmótico de los líquidos corporales puede alterarse cuando se administran soluciones por vía intravenosa, a menos que las soluciones sean isotónicas (con los líquidos corporales) o que se administren lentamente de manera que se permita el restablecimiento del equilibrio.

La hipertensión es una entidad que consiste en el aumento sostenido de la tensión arterial sistémica; en los adultos se considera que esta elevación debe ser mayor de 140/90. La hipertensión puede ser secundaria y diversas enfermedades incluyendo algunas enfermedades renales, hipertiroidismos y tumores de la corteza suprarrenal.

Un aumento en la presión sistólica durante la vejez, a menudo es ocasionado por la rigidez de la aorta. Cuando la tensión arterial se eleva sin causa conocida, se denomina hipertensión ocensial.

Acciones de enfermería

1. Valoración de la Tensión Arterial:

Los cuidados de enfermería deben orientarse y ayudar a que el paciente obtenga, conserve o recupere la mejor función circulatoria posible. Se debe interrogar, observar y examinar a los pacientes en busca de signos y síntomas de problemas circulatorios establecidos o potenciales.

La evolución integral es de especial importancia cuando el paciente padece una enfermedad que afecte el corazón, los vasos sanguíneos, los mecanismos de coagulación, el cerebro o los riñones; siempre que un paciente presente un cuadro clínico sugestivo de padecimientos cardiovasculares establecidos o potenciales deberá vigilarse con frecuencia la tensión arterial y el pulso.

2. Detección de factores condicionantes:

Los factores que condicionan alteraciones de la tensión arterial son los relacionados con trastornos del pulso en cuanto a ritmo, tipo de pulso, diferencial - opical, radial o ambos; malestar general, dolor subesternal, que puede ser sordo, opresivo o agudo intenso y continuo; palpitaciones y disnea; edema de los pies o los tobillos, venas aumentadas de tamaño, tortuosas o ingurgitadas.

3. Recomendación sobre reposo:

A los pacientes con tensión arterial muy elevada se les debe indicar, que:

- Reduzcan la carga de trabajo del corazón y la actividad cardíaca,
- Tengan sueño prolongado y reposo absoluto,
- Eviten las actividades físicas agotadoras y las situaciones emocionales,
- Mantengan el peso corporal óptimo,
- Eviten el consumo de estimulantes como la cafeína y de vasoconstrictores como el tabaco.

4. Administración de antihipertensivos:

4.1 Nifedipina

Medicamento que se presenta en cápsulas de 10 mgs. su envase contiene 20 comprimidos.

Está indicado en pacientes con angina de pecho y crisis hipertensivas.

La dosis y vía de administración en adultos es de 30-90 mgs. en 24 horas en lomia, fraccionada por vía bucal o bien 1 cada 6-8 horas por vía sublingual en el caso de que la presión diastólica esté en cifras mayores de 110 mm hg.

Son contraindicaciones:

El uso concomitante de betabloqueadores, daño al miocardio avanzado y choque cardiogénico.

Es necesario tener cuidado en su administración ya que los efectos indeseables pueden ser de náuseas, mareos, cefalalgia, rubor, e hipotensión arterial cuando se usan dosis grandes y constipación.

4.2 Administración de verapamil 240 mgs. en 24 horas.

Está indicado en angina de pecho, extrasistolia y traquiarritmias.

Este se presenta en:

Grageas de clorhidrato de verapamil de 80 mgs. en envase con 20 grageas.

La dosis y vía de administración en adultos es: de 240 a 480 mgs. en 24 horas en dosis fraccionadas en 3 tomas por vía bucal.

Son contraindicaciones:

El uso concomitante de betabloqueadores, daño al miocardio avanzado y choque cardiogénico.

Es necesario tener cuidado en su administración ya que los efectos indeseables pueden variar desde: náuseas, mareos, cefalálgia, rubor, hipotensión arterial cuando se usan dosis grandes y constipación.

Evaluación

Las medidas seleccionadas para la atención de la hipertensión arterial fueron aceptables ya que la paciente logró mantener una tensión arterial entre 150-170/90 mm hg.

P R O B L E M A 2

OLIGURIA

150 ml. DE ORINA EN 24 HORAS

Fundamentación Científica

El riñón cuenta con una unidad funcional, la nefrona (2) que se halla formada por el glomérulo de malpighi, el cual se halla localizado en la región periférica del riñón (corteza renal) y el aparato de Yustaglomerular.

El conjunto Henley, está formado por una porción descendente y una porción ascendente con su respectiva asa; las ramas del asa de Henley varían de longitud, esto se debe al sistema al que pertenecen, en el sistema yustaglomerular las asas son más cortas debido a la cercanía que tienen con la médula mientras que en el sistema de malpighi encontramos que las asas presentan una longitud mayor debido a que este sistema se halla localizado en la periferia del riñón.

El tubo contorneado distal al igual que el proximal es un tubo que presenta complicadas vueltas alrededor del glomérulo, y como elemento final de la nefrona encontramos el tubo colector, a la unión de varios tubos colectores se denominan tubos de Bellini o tubos colectores de segundo orden los cuales desembocan a las cálices menores, aunque el tamaño los riñones es menor que otros órganos reciben cerca del 25% del gasto cardiaco que equivale a 1.4 litros de sangre por minuto, este aporte sanguíneo da un filtrado glomerular en el hombre de 125 ml./minuto. Obteniendo

se hasta 180 l./día, cantidad que equivale a filtrar 300 veces el volumen sanguíneo, esto se debe a que la presión que existe en las arterias glomerulares es mayor que en otras arterias, éstas se originan directamente de las arterias interlobulares durante la filtración glomerular, el líquido producido no se considera como orina, sino como el paso inicial de su formación.

La filtración y reabsorción glomerular se lleva a cabo en la nefrona dicha absorción se inicia en el glomérulo por diferencia de presiones que originan el filtrado glomerular una de éstas, la sanguínea que existe dentro del glomérulo que es de 75 mm. de Hg., a dicha presión se oponen las presiones que existen en la misma cápsula de Bowman, una de ellas es la presión oncótica que dan los coloides del plasma, la otra presión que se oponen es la presión hidrostática de los capilares glomerulares la suma de estas dos presiones se oponen a la presión sanguínea que existe en el glomérulo, esto da una presión real de 35 mm. de Hg. durante la filtración glomerular. El calibre de los capilares permiten la salida de moléculas pequeñas como el agua, sodio, cloro o glucosa e impiden el paso de las moléculas mayores, proteínas, células sanguíneas (manteniéndose inalterada la cantidad de eritrocitos y elementos figurados).

Se tiene aproximadamente 0.001 ml./min. de orina, lo que se traduce a 1.5 a 2 litros de orina por 24 horas filtrados indican una absorción del 99% del filtrado glomerular.

El túbulo proximal una vez que el filtrado glomerular va hacia el túbulo proximal, se reabsorben o secretan sustancias por distintos mecanismos presentes.

La salida de agua en el túbulo próximo responde al medio isotónico que existe a causa de los solutos. A nivel del túbulo próximo se observará el 75% del filtrado.

Oliguria literalmente significa muy poco volumen de orina como respuesta a las necesidades excretoras del cuerpo. La oliguria diaria no es suficiente para eliminar las cargas de solutos endógenos que son los productos finales del metabolismo. El volumen de orina secretado depende de la magnitud de la filtración glomerular y de la reabsorción tubular.

El diagnóstico oportuno debe hacerse en relación a los - signos y síntomas de desequilibrio hídrico. Alteración en la orina o en la micción en los signos y síntomas de desequilibrio electrolítico o ácido base y uremia.

Se debe evaluar la producción urinaria del paciente de acuerdo con la cantidad de orina que normalmente excretan los riñones en un renal y estas manifestaciones son prácticamente idénticas, sea cual sea el trastorno renal subyacente.

No se presenta invariablemente, pero la excreción de orina suele ser inferior a 400 ml. en 24 horas. La disminución de diuresis excretada sugiere insuficiencia renal aguda o etapa terminal de la insuficiencia renal.

Para conservar el equilibrio hídrico del organismo de - agua de 2-3 litros diarios. Los riñones desempeñan un papel fundamental en el equilibrio hídrico, en el electrolítico, en el ácido-básico y en la excreción de los dese-

chos. El deterioro agudo e intenso del funcionamiento renal con oliguria o anuria puede ser transitorio, esta situación puede deberse simplemente a la deshidratación o disminución del volumen sanguíneo con alteración del rígo renal.

La insuficiencia renal aguda se caracteriza por una uremia rápidamente progresiva. En general la creatinina sérica se eleva alrededor de 0.5-1 mg./día. La oliguria (excreción urinaria menor de 400 ml./día), puede o no estar presente. La insuficiencia renal aguda es uno de los pocos ejemplos de insuficiencia orgánica que puede ser reversible.

Sin embargo, el índice de mortalidad para la insuficiencia renal aguda sigue siendo bastante alto (40-60%) a pesar de los adelantos médicos recientes, incluso la diálisis.

Acciones de enfermería

1. Valorar manifestaciones clínicas:

El diagnóstico temprano de nefropatías a menudo sólo puede hacerse por identificación de anomalías en la orina o en los síntomas de enfermedad renal progresiva por lo regular cuando hay disminución intensa de la función.

2. Orientar al paciente sobre el funcionamiento renal en cuanto a:

- El control del edema, se basa en la cantidad de lí-

quidos que se pueden administrar al paciente por vía bucal durante las horas en que esté despierto.

- Las indicaciones dietéticas deben seguirse al pie de la letra; se debe pesar al paciente.
- Valorar diariamente el peso corporal pero siempre bajo las mismas condiciones.
- Debe cuantificarse y reportarse el ingreso y egreso de líquidos.

Los cuidados de enfermería deberán orientarse a ayudar al paciente a conservar o recuperar su equilibrio hídrico, previo. El interrogatorio y observación a los pacientes en busca de una ingesta excesiva o deficiente de líquidos y de signos y síntomas de problemas renales. La alteración de enfermedad depende del ingreso total de líquidos, el estado de hidratación, la pérdida de líquidos por otras vías, el estado emocional, la frecuencia y el volumen de cada micción, el estado de su padecimiento, los diuréticos que ha recibido y el estado emocional.

3. Evaluar la orina del paciente:

La orina debe evaluarse en cuanto a volumen, color y transparencia, olor, presencia de sedimentos, presencia de sustancias que normalmente no debe depender sin importancia y presencia de sustancias que normalmente no deben de aparecer.

4. Administración de medicamentos:

4.1 Furosemida

En la insuficiencia renal aguda incipiente dar furosemida en dosis de 2-3 mg./Kgr. por vía intravenosa combinada con manitol 0.5 - 1 gr./Kgs. o dopamina 0.5-3 mgs./Kg./minuto puede restablecer la diuresis normal o convertir una insuficiencia renal aguda oligúrica en no oligúrica.

Presentación: cada tableta contiene furosemida 40 mg.
Envase con 20 tabletas.

Dosis y vía: adultos, una tableta o más cada 24 horas bucal o 20 mg. o más que puede repetirse a las 6 horas, si es necesario intravenosa.

Solución inyectable: cada ampolleta contiene: furosemida 20 mg. Envase c/5 ampolletas de 2 mls. c/una.

Indicaciones: diurético potente; en edema acentuado, edema asociado a insuficiencia renal, edema refractario a otros diuréticos, hipertensión arterial secundaria a daño renal, edema pulmonar agudo, insuficiencia renal aguda.

Contraindicaciones: hipersensibilidad, embarazo del 1er. trimestre, insuficiencia hepática.

Efectos indeseables: náuseas, cefálea, hipocalemia, - alcalosis metabólica, depresión del volumen extracelular, hipotensión arterial, sordera transitoria.

Interacción farmacológica: el uso concomitante con aminoglucósidos o cefaloprina incrementan la nefrotoxicidad.

4.2 Manitol

Este se presenta: en solución inyectable cada en vase contiene manitol 50 mg. en agua inyectable - cbp 250 ml. envase con 250 ml. sin caja.

La Dosis y Vía de administración: en adultos 25-100 grs. en 24 horas por venoclisis. Una dosis de 0.5-1 gr. c/8 horas por vía intravenosa osmótica en edema cerebral. Se usa en profilaxis de insuficiencia renal aguda, prueba diagnóstica de insuficiencia renal aguda para reducir el volúmen de líquido intravascular.

Son contraindicaciones: la insuficiencia cardiaca congestiva, edema pulmonar agudo e insuficiencia renal crónica.

Los efectos indeseables son los siguientes: la hiponatremia, combinado con diuréticos potentes, edema acentuado, edema asociado a insuficiencia renal, - edema refractario a otros diuréticos, hipertensión arterial secundaria a daño renal, edema pulmonar agudo, insuficiencia renal aguda.

La dosis y vía de administración en adultos es de: una tableta o más cada 24 horas, bucal a 20 mg. o más que puede repetirse cada 6 horas si es necesario intravenosa. Esta se presenta en tabletas; cada tableta; cada tableta contiene furosemida 40 mgs. envase c/20 tabletas.

Son contraindicaciones las siguientes: hipersensibilidad, embarazo del 1er. trimestre e insuficiencia hepática.

Es necesario tener cuidado en su administración, ya que sus efectos indeseables pueden variar desde: náuseas, cefalea, hipocalemia, edema pulmonar agudo, insuficiencia renal aguda; alcalosis metabólica, depresión del volúmen extracelular, hipotensión arterial, sordera transitoria.

La interacción farmacológica es el uso concomitante con aminoglucosidos o cefalósporinas incrementan la nefrotóxicidad.

4.3 Dopamina

Su presentación es: solución inyectable. Cada ampolla contiene: cloridrato de dopamina equivalente a 165 mg. Dopamina, envase con 5 ampolletas de 5 ml.

Dosis y vía de administración en adultos es de: diluir 5 ml. en 500 ml. de solución glucosada al 5% a salina isotónica, no añadir solución alcalina. Pasarla por venoclisis lenta. La administración de Dopamina es de una ampula cada 8 horas.

Indicaciones: en hipertensión arterial, choque del infarto del miocardio o séptico, cirugía cardiaca con circulación extracorporal.

Son contraindicaciones las siguientes: feocromocitoma, embarazos del 1er. trimestre.

Es necesario tener cuidado en su administración ya que los efectos indeseables pueden variar desde: estrasistolea, taquicardia, náuseas, vómito, temblores y calosfrios.

Evaluación

Las medidas adoptadas para la atención de la oliguria no surtieron efecto, ya que la paciente casi no orina y se le tiene que estar dializando, no pudo superar la oliguria de más de los 500 mls. en 24 horas.

P R O B L E M A 3

PERITONITIS

Inflamación en el lugar de instalación del catéter.

Fundamentación Científica

Algunos tipos de microorganismos, son capaces de producir infecciones, la mayor parte de ellos son inocuos pero algunos son agentes infecciosos. Fiebre de tipo intermitente (que varía entre los 37.5 y 39°C).

La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos (más el adquirido del ambiente) y la pérdida del calor hacia el ambiente.

Los mecanismos fisiológicos que regulan la temperatura están controlados por el centro regulador de la temperatura que se encuentra en el hipotálamo. Existen neuronas sensitivas para el calor termostático del hipotálamo anterior las cuales controlan la temperatura corporal lo que puede elevarse cuando la temperatura y la humedad ambientales son lo suficiente altas como para inhibir los mecanismos fisiológicos de compensación.

Existe una fluctuación precisa de la temperatura corporal, dentro de la cual las células funcionan eficazmente y la actividad enzimática es adecuada. El calor se distribuye en el cuerpo por medio de la conducción a través de los tejidos y de la sangre circulante.

La función de las células del organismo se altera cuando la temperatura es menor de 34.4°C o mayor de 40°C.

La fiebre es la elevación patológica de la temperatura corporal. Se denomina fiebre "continua", a la elevación de la temperatura que permanece igual durante 24 horas.

La fiebre es "intermitente" cuando la temperatura corporal regresa a la normalidad y permanece así durante 24 horas.

La fiebre es "remitente" cuando la temperatura corporal fluctúa pero no regresa a la normalidad.

Las fiebres "recurrentes" o "relapsantes" durante varios días con intervalos de temperatura normal entre los periodos de fiebre.

Acciones de enfermería

1. Investigar tipos de microorganismos de la infección:

Los microorganismos patógenos verdaderos son microorganismos parásitos, no son patógenos verdaderos pero, - cuando se les da la oportunidad, son capaces de producir infecciones.

La peritonitis bacteriana primaria espontánea, suele producirse en pacientes con cirrosis y ascitis.

La estercia coli, el stafilococcus pneumonial, así co

mo otros estreptococos y enterofos teriacos responsables de la mayoría de las infecciones aunque también pueden provocarlas en ocasiones las bacterias anaerobias y M. tuberculosis. Está indicado el tratamiento inicial con una cefalosporina de tercera generación con buena actividad contra los estreptococos, o con amplicilina asociada a un aminoglucósido.

La peritonitis secundaria puede deberse a contaminación del espacio peritoneal por muchos procesos, como la perforación traumática o patológica del tubo digestivo y la diseminación por contigüidad de una infección o absceso visceral. La bacteriología de estas infecciones refleja el origen de la contaminación. Las interobacteriáceas, los anaerobios obligados y los enterococos son patógenos comunes en esta infección, pero también se observan casos por M. tuberculosis y N. gonorrhoeae.

El tratamiento antimicrobiano empírico debe incluir la protección de amplio espectro a la espera de los resultados del cultivo. Diversas pautas parecen poseer eficacia comparable contra la peritonitis de presunto origen gastrointestinal. Figuran entre ellos la ampicilina, un aminoglucósido y clindamicina o metronidazol, la cefoxitina, clindamicina o cloranfenicol, junto con un amiglucósido.

La cefoxitina sola puede resultar eficaz en la peritonitis secundaria extrahospitalaria. Para que sea eficaz el tratamiento es necesario, el drenaje en la mayoría de los casos. Es común la aliscesificación.

2. Control de temperatura por medios físicos:

Los cuidados de enfermería deben orientarse a ayudar al paciente a obtener, conservar o recuperar una temperatura corporal óptima, previo interrogatorio. La observación y examen minucioso, dirigidos en pacientes que señalen anomalías de la temperatura corporal es especialmente importante cuando el paciente tiene una temperatura anormalmente alta o baja, presenta algún trastorno en el que hay aumento de la producción de calor o disminución de éste, o presenta algún trastorno en el cual puede estar afectado el centro termorregulador (procesos infecciosos con liberación de pirógenos).

La evolución de la temperatura corporal debe basarse de acuerdo a la temperatura corporal usual, cualquier trastorno ya diagnosticado que pueda asociarse con variaciones de la temperatura, la hora del día, la temperatura ambiental, el ejercicio físico previo, la fase del ciclo menstrual o los primeros días del embarazo, la edad, el estado emocional, el método utilizado para medirla, los patrones establecidos de la temperatura corporal en los que no haya peligro.

El tipo de infección obtenida determina al personal de enfermería las medidas a tomar para controlar la fiebre.

En caso necesario de presentar temperatura alta, usar la aplicación de hielo para control térmico o también enviar al paciente a darse un baño de regadera con el agua tibia.

3. Administración de Dipirona:

Administración de dipirona 1 gr. por vía intravenosa por razón necesaria; analgésico y antipirético.

Este se presenta en: solución inyectable; cada ampolla contiene dipirona 1 gr. en envase con 3 ampolletas de 2 ml.

La dosis y vía de administración en adultos es: de un gramo cada 4 - 8 horas.

Esta contraindicada: cuando hay alergia al medicamento, agranulación, etc.

Es necesario tener cuidado en su administración ya que los efectos indeseables pueden variar desde: dolor epigástrico, náuseas, estomatitis, dermatitis, reacciones alérgicas.

Una de las precauciones que se debe tener es: la de no usar por periodos prolongados.

Evaluación

Las medidas que se tomaron para combatir la peritonitis fueron aceptables ya que disminuyó y se eliminó la infección desapareciendo así también la temperatura de la paciente.

P R O B L E M A 4
ASCITIS CON EDEMA PARPEBRAL
EN MIEMBROS INFERIORES

Fundamentación Científica

La ascitis responde una combinación de factores incluida la ávida retención de sodio, la disminución de la presión oncótica del plasma, el aumento del flujo linfático esplácnico y el aumento de la presión hidrostática en los sinusoides hepáticos o la vena porta.

Es una manifestación de hipertensión portal, en cavidad abdominal que a medida que se desarrolla disminuye el volumen intravascular y se libera renina por riñones; esto produce retención de sodio y agua con el objeto de conservar volumen intravascular en cifras normales.

El paciente con insuficiencia renal generalmente está pálido y puede presentar edema alrededor de los ojos y en los miembros inferiores con depresión al aplicar la punta del dedo. El paciente puede quejarse de prurito torturante (escozor de la piel) o de sensación de hormigueteo. Como la piel tiene también una función excretora la escarcha urémica, esto es, unos cristales blancos puestos de productos de desechos excretados por la piel en vez de los riñones podrá hacerse visible, especialmente en los pacientes de tez morena.

Los riñones desempeñan un papel fundamental en el equilibrio hídrico, en el electrolítico, en el ácido-base y en

la excreción de los desechos. Los riñones que se encuentran en la porción posterior del abdomen, por detrás del peritoneo y están sostenidos por el tejido adiposo que los rodean y por los vasos sanguíneos que entran y salen de éstos. La nefrona es la unidad funcional del riñón; está constituida por el glomérulo, la cápsula de Bowman y los túbulos renales. Cada riñón tiene aproximadamente un millón de nefronas.

Con una ingesta normal de proteínas y sales, los riñones son capaces de llevar a cabo su función excretora sólo con el 25% de las nefronas disponibles. Cuando se excede la capacidad de absorción de los túbulos para cada sustancia, estas sustancias juntas con cantidades proporcionales de agua salen en la orina. Esto aumenta la cantidad de agua que se pierde en la orina.

Normalmente la glucosa, los aminoácidos y las vitaminas se reabsorben casi totalmente por procesos activos. Los cuidados de enfermería deberán orientarse a ayudar al paciente a conservar o recuperar su equilibrio hídrico.

El edema se manifiesta por tumefacción de los tejidos, que puede ser generalizada o de partes en declives; aumento súbito de peso, distensión abdominal (ascitis). Signos y síntomas que revelan la presencia de edema pulmonar o cerebral.

El edema es la acumulación excesiva de líquidos en los espacios intersticiales. El edema puede ser localizado o generalizado y puede formarse en el tejido areolar laxo en los pulmones, en el cerebro, en la cavidad abdominal,

etc. El edema de las partes declives del cuerpo es consecuencia de la gravedad.

El edema ayuda a diluir las toxemias que se encuentran en el líquido intersticial y protege a las células del desequilibrio electrolítico. Las consecuencias del edema dependen de la cantidad de líquido que haya perdido el plasma, de la localización del edema y de su extensión. Gracias a los factores que previenen la acumulación excesiva de líquidos, el edema no aparece sino hasta que los trastornos son bastante graves.

Acciones de enfermería

1. Control de líquidos:

Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua. La osmolaridad o isotonicidad de los líquidos corporales, está controlada por la entrada y la salida de agua y de algunos electrolitos (sodio y potasio principalmente), la cual a su vez está controlada por la función renal.

La pérdida de sodio va seguida de pérdida de agua. La ingestión de sodio se acompaña de retención de agua. El equilibrio osmótico de los líquidos corporales puede alterarse cuando se administran soluciones por vía isotónicas (con los líquidos corporales) o que se administran lentamente de manera que se permita el restablecimiento del equilibrio.

Se debe interrogar, observar y examinar a los pacientes en busca de signos y síntomas de problemas renales, los que pueden diagnosticarse por signos y síntomas de

desequilibrio hídrico, alteraciones en la micción, signos y síntomas de desequilibrio electrolítico o ácido-base y urémica.

Se debe evaluar la ingestión diaria de líquidos, de acuerdo con el egreso total de líquidos, la edad del paciente, el estado de hidratación; el estado de su padecimiento.

Se debe evaluar la producción urinaria del paciente de acuerdo con la cantidad de orina que normalmente excretan los riñones en un período determinado, el ingreso total de líquidos, el estado de hidratación, la pérdida de líquidos por otras vías, el estado emocional, la frecuencia y el volumen de cada micción, el estado de su padecimiento y los diuréticos que ha recibido el paciente.

La orina del paciente debe ser evaluada de acuerdo a volumen, color y transparencia, dar presencia de sedimentos, presencia de sustancias que normalmente no deben aparecer. Cuando la orina está muy diluida o concentrada, debe medirse y anotarse la densidad.

2. Control de signos vitales:

Los cuidados de enfermería deben orientarse a ayudar al paciente a obtener, conservar o recuperar sus signos vitales óptimos (normales). Se debe interrogar, observar y examinar a los pacientes en busca de datos que señalen anormalidad de los signos vitales. Los signos vitales deben evaluarse de acuerdo con cualquier trastorno o enfermedad ya diagnosticados que se asocie con variaciones de signos vitales, la hora del día, el

ejercicio físico previo, la edad, y el estado emocional, con frecuencia, la explotación física revela muy poca turgencia de la piel, venas del cuello colapsado y axilas secas y lo más importante cambios en la presión sanguínea y el pulso de acuerdo a los cambios posturales y ortostáticos.

3. Medición de circunferencia abdominal y percusión del abdomen: son medidas para valorar la circunferencia del contorno abdominal en centímetros, llevar un control de su crecimiento o disminución, el perímetro abdominal cuya toma se obtiene acostado el paciente, descubrirlo del abdomen, deslizar la cinta métrica por debajo de la paciente, colocar la cinta a nivel de la cicatriz umbilical, efectuar lectura y anotar en la hoja de registro clínico.

4. Registro diario de peso:

Son las maniobras por las cuales se obtienen el peso en kilogramos.

El peso es la medida que se utiliza para describir el aspecto de las personas.

El peso de las personas se toma mediante la explicación al paciente de la razón por la cual se le tiene que pesar; nivelas la báscula, colocar una toalla de papel sin bata ni zapatos (en camión o pijama, leer la cifra y anotarla.

5. Administración de diuréticos

5.1 Furosemida

Nota: Ya enunciado en el problema relativo a ascitis y edema parpebral y de miembros inferiores.

5.2 Espirinolactona tableta

Cada tableta contiene espinolactona 25 mgs. En envase con 20 tabletas para administrar en adultos de 25 - 100 mgs. cada 8 horas por vía bucal.

Está indicada como: inhibidor específico de la aldosterona, aldosteronismo secundario, por ejemplo: insuficiencia cardíaca crónica, ascitis por cirrosis y síndrome nefrótico, tratamiento de hipertensión esencial, solo o asociada a otros antihipertensivos.

Las contraindicaciones son: en casos de embarazo, hipercalemia, hipaldosteronismos.

Tienen como efectos indeseables: mareos, confusión mental, eritema maculopapular, ginecomastia, impotencia, efectos androgénicos.

Precauciones: durante el tratamiento con este medicamento no se recomienda el uso de suplementos de potasio para producir hipercalemia.

Interacción farmacológica: potencia la acción de otros diuréticos y antihipertensores.

6. Participación en la diálisis peritoneal.

Enfermería tiene gran participación en la diálisis ya

que es un recurrimento, que se puede efectuar en cualquier medio; deberá practicarse dentro de las primeras 72 horas de la instalación de la insuficiencia renal aguda. Se utiliza un catéter especial que se introducirá por medio de un trocar en la línea media abdominal a 3 centímetros de debajo de la cicatriz umbilical, en la fosa iliaca izquierda se fijará el mismo y se introducirá la solución de diálisis comercial y se agregará 1000 U.I. de Heparina, para evitar coagulos de fibrina.

Esta solución deberá ser calentada a 38°C en baño maría y se infundirán a cavidad peritoneal de 1000 a 2000 ml. debiendo permanecer en la cavidad por periodos de 30 a 60 minutos se extraerá esta solución por gravedad a un nivel inferior de la cama del paciente. Este padecimiento se practicará por 24 a 48 horas, basándose en las manifestaciones.

Es participación importante de enfermería la valoración de los resultados de los exámenes de laboratorio tales como: hipoglicemia, porque se puede producir por la absorción de glucosa en el líquido de diálisis peritoneal. Si es preciso se puede añadir insulina corriente directamente al líquido de diálisis. En los diabéticos, la insulina intraperitoneal resulta eficaz para el mantenimiento de la glucosa. Es mejor realizar el cambio de insulina subcutánea e intraperitoneal en el hospital donde se puede garantizar el control adecuado de la glucemia. Inicialmente se puede administrar una cuarta parte de la dosis subcutánea diaria total en forma de insulina corriente en cada intercambio de diálisis peritoneal con dosis adicionales de insulina para contrarrestar la glucosa del líquido de diálisis pe

ritoneal. La insulina debe añadirse al líquido en condiciones de esterilidad para evitar la contaminación y la peritonitis.

Proteinuria: el médico que está atendiendo a un paciente con enfermedad renal afronta a menudo multitud de alteraciones metabólicas complejas que alteran prácticamente a todos los síntomas orgánicos. Su tratamiento correcto exige una exacta valoración etiológica de la difusión renal que en su inicio debe centrarse sobre todo, en averiguar que factores son relevantes.

En las exploraciones iniciales deben incluir análisis de orina, en busca de proteinuria y hematuria, y para conocer el PH urinario. Hay que examinar el sedimento de orina para detectar cilindros debido a la lesión tubular isquémica que da lugar frecuentemente a cilindros granulares de color marrón sucio; presencia de la pielonefritis donde se observan cilindros leucocitarios; y por existencia de glomerulonefritis donde se organizan cilindros hemáticos. Los hematies dismórficos sugieren también enfermedad glomerular.

Evaluación

La decisión con respecto a dializar a la paciente fue muy importante, ya que se logró extraer el líquido intraperitoneal a la paciente disminuyendo así la ascitis al igual que se logró controlar también la hipoglicemia y la protoxinuria.

Tal vez el manejo inadecuado y el mismo ambiente hospitalario permitieron la infección en la herida abdominal.

P R O B L E M A 5

DOLOR INTENSO EN HERIDA DE ABDOMEN

Fundamentación Científica

La sensación del dolor indica lesión o peligro de lesión del organismo. Algunas regiones del organismo poseen receptores sensoriales que son principalmente, si no exclusivamente para el dolor. Entre éstos se encuentran incluidos las víceras del tórax, del abdomen y de la pelvis, los dientes, las membranas timpánicas y las corneas.

El dolor puede clasificarse en superficial o cutáneo profundo (de músculos, tendones, articulaciones, hueso, facial) y visceral.

Los músculos y los tendones poseen una sensibilidad exquisita para el dolor. La localización del dolor se dificulta cuando una área posee receptores exclusivamente para el dolor, ya que su localización depende en gran parte de la estimulación de los receptores táctiles.

Aunque el umbral del dolor no tiene variaciones importantes entre los individuos, las reacciones personales hacia el dolor si varían de manera importante.

El dolor que cada individuo siente depende de factores fisiológicos se encuentran el tipo, la duración y la intensidad del estímulo doloroso, el nivel de conciencia. La integridad de los mecanismos sensoriales y el grado de fatiga.

Entre los factores psicológicos están: las experiencias - dolorosas anteriores, el grado de amenaza para la vida, el grado que el individuo puede entender sobre el origen y el significado del dolor, la presencia de otro estímulo que produce tensión, ya que la tensión emocional acelera la reacción hacia el dolor y la cantidad de tensión.

El dolor afecta totalmente a la persona. Para tratarlo - se necesita energía.

Acciones de enfermería

1. Valorar el dolor:

Fundamentación científica: la evaluación integral del paciente es muy importante cuando éste: se queja de algún dolor o bien presenta algún padecimiento, ya diagnosticado en el cual se percibe el dolor.

El dolor que refiere un paciente debe evaluarse en ba se a: la localización y el tipo de dolor y a las causas que comúnmente lo pueden producir.

El diagnóstico del paciente y la reacción fisiopatológica del dolor con su padecimiento o con las posibles complicaciones del mismo. La intensidad y duración del dolor, la edad del paciente, el grado de ansiedad del paciente, el grado de fatiga del paciente.

Los factores que pueden tener utilidad para valorar la intensidad del dolor son: la edad, el sexo y los ant cedentes socioculturales, expresiones faciales, la pos tura que se adopte, la cantidad y el tipo de actividad.

física, la presencia o ausencia de rigidez muscular. Cambios en la frecuencia del pulso, respiración o la presión arterial, la presencia de ansiedad.

La presencia de estos factores permiten contar con: amenaza inmediata contra los procesos vitales del paciente, amenaza potencial contra la vida y el bienestar del paciente, así como detectar cualquier dato que sea de especial interés para el médico y para el personal de enfermería.

Los cuidados de enfermería deben orientarse a prevenir el dolor cuando sea posible aliviarlo y a proteger al paciente que carece de sensibilidad para el dolor. Cualquier tipo de dolor reportado por un paciente debe investigarse inmediata y concienzudamente.

Se debe buscar los tipos de comportamiento que comúnmente se asocian al dolor tales como el llanto y otras expresiones vocales, expresiones faciales de tensión y ansiedad, posiciones o movimientos pocos usuales, sudación excesiva, cambios de los signos vitales o comportamiento emocional extraño.

2. Atención de la herida:

La herida va sanando al ir disminuyendo la infección siempre que el tratamiento se siga llevando al pie de la letra, curación de herida quirúrgica diariamente - c/12 horas, limpieza general tanto de la herida como corporal, baño diario.

3. Administración de analgésicos:

Dipirona 1 gr. por vía I.V. cada 6 a 8 horas P.R.N.
La dipirona tiene efectos analgésicos y antipiréticos.

Esta se presenta en: solución inyectable; cada ampolla contiene dipirona 1 gr. en envase con 3 ampollitas de 2 ml.

Son contraindicaciones las siguientes: cuando hay alergia al medicamento, agranulación, etc.

Es necesario tener cuidado en su administración ya que los efectos indeseables pueden variar desde: dolor epigástrico, náuseas, estomatitis, dermatitis, y reacción alérgica. Por tal razón no debe usarse por periodos prolongados.

4. Administración de antibióticos:

Penicilina sódica cristalina de elección e infecciones graves por: streptococcus pyogenes, streptococcus viridans, streptococcus sp., meiseria, meningitis corynebacterium, diphtherice y bisteria monocytogenes, borcibus, anthrasis, clostidium perfringens y clostidium tetaniactinomices.

La dosis y vía de administración en individuos adultos es: de 1,000,000 a 10,000,000 U.I. cada 4 - 6 horas por vía intravenosa en venoclisis.

Este antibiótico se presenta en: polvo para solución inyectable en frasco ampulla que contiene P.G.S.C. 1,000,000 U.I. en polvo para solución inyectable, cada

frasco ampula contiene P.S.C. 5,000,000 U.I. ambos con su diluyente correspondiente.

Son contraindicaciones en su administración: la hipersensibilidad, nefritis intersticial, edema angioneurótico, enfermedad del suero y choque anafiláctico.

Es necesario tener cuidado en su administración ya que los efectos indeseables pueden variar desde: edema angioneurótico, enfermedad del suero, choque anafiláctico, náuseas, vómito, exantema, glositis, estomatitis y fiebre.

Esto requiere de tomar precauciones sobre todo con: las reacciones de hipersensibilidad que pueden presentarse con cualquier dosis y tipo de penicilinas.

Evaluación

Las medidas que se tomaron para controlar la insuficiencia fueron aceptables y el dolor disminuye quedando tranquila la paciente.

PROBLEMA 6

DESNUTRICION

Fundamentación Científica

La desnutrición se clasifica por causas primarias o exógenas y secundarias o endógenas.

Tipo: exceso de toxicidad (nutrición excesiva); carencias (nutrición insuficiente).

Nutrientes: vitaminas, elementos, proteínas, fuentes energéticas.

Grados: leve, moderada, grave.

Consecuencias: depresión de los depósitos, lesiones, bioquímicas, alteraciones funcionales, lesiones estructurales.

Duración: aguda, subaguda, crónica.

Resultado final: reversible, irreversible.

La desnutrición primaria es causada por una ingestión dietética inadecuada, insuficiente o excesiva.

La secundaria depende de digestión, absorción, transporte, depósito, metabolismo o eliminación inadecuada de nutrientes con frecuencia ocurren juntas.

Acciones de enfermería

1. Vigilar tipo de dieta que tienda a disminuir alimentos ricos en sodio, enlatados o congelados.

Una alimentación requiere de suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales que proven lo necesario. El estado nutricional de una persona se determina según lo adecuado que sean para sus necesidades los nutrientes que ingiere, absorben y utiliza.

El estado nutricional óptimo se logra cuando se suministra y utilizan los nutrientes esenciales para mantener el estado de salud.

La dietoterapia consiste en adaptar, sustituir o complementar los nutrimentos para satisfacer las necesidades adicionales originados por enfermedades o lesiones.

Se debe interrogar, observar y explorar a los pacientes en busca de signos y síntomas que se refieren a problemas nutricionales reales o potenciales. Cuando un paciente tiene signos y síntomas que indican cualquier problema nutricional se debe evaluar y reportar en forma precisa, el tipo de dieta y características de vómito y material de evaluación intersticial.

Los requerimientos nutritivos varían con el grado de la enfermedad.

Los pacientes sépticos o hipercatabólicos tienen mayores requerimientos de calorías y nitrógeno; en general deben aportarse 35 - 45 kcal./Kg./día de calorías no proteicas como hidratos de carbono y grasas. Los re-

querimientos proteicos habitualmente varían de 0.8 a 2 grs./Kgs./dfa. Aun se discute si los aminoácidos - esenciales son superiores a los aminoácidos mixtos esenciales, (más no esenciales como una fuente de proteínas en pacientes con insuficiencia renal aguda.

Debe vigilarse el consumo de sodio en la dieta del paciente que no sea mayor de 2 grs. de (Na) sodio, ya que el consumo en exceso provocaría retención de agua en sangre depende de numerosas presiones opuestas. La más importante en la presión hidrostática, es decir la fuerza que un líquido bajo presión, hace contra las paredes de su continente.

Las concentraciones de agua y solutos en la sangre también afectan el volumen de orina. Si uno pasa sin agua todo el día y las concentraciones de agua de la sangre bajan, los receptores osmóticos del hipotálamo se activan y estimulan la hipófisis posterior para liberar vasopresina HAD. Esta hormona estimula las células de los túbulos renales para transportar agua fuera del filtrado o la sangre. De esta manera el volumen de orina disminuye y se conserva el agua. La concentración de sodio positivo (Na^+) en la sangre también aumenta la orina, como hemos visto la concentración de sodio determina la secreción de aldosterona la cual a su turno afecta la reabsorción de sodio y la reabsorción obligatoria de agua.

Evaluación

La desnutrición fue controlada con las medidas adoptadas y se pudo dar un buen tratamiento a la paciente para que recobrara su buena nutrición.

P R O B L E M A 7
ALTERACION EN EL ESTADO DE ANIMÓ

Manifestada por malestar físico y psicológico y solicitud para estar sola ocasionalmente.

Fundamentación Científica

La existencia de estímulos durante la enfermedad (dolor, ruidos, economía, comunicación, etc.) exacerba el estado de ánimo.

Los traumatismos pares de equilibrio, psicológico pueden conducir a desviaciones notables o siotérmico de comportamiento no compatibles.

Cuidados de enfermería

1. Identificar motivos de molestias. La expresión de sentimientos y situaciones responden a reacciones de comportamiento y adaptaciones traumáticas. La seguridad a la paciente de que esta protegida y que el saber que en cualquier momento que necesite pueda obtener atención médica, es una ayuda para ella para que esté tranquila.
2. Respetar su privacidad. Respetas a la paciente cuando pida estar a solas permitiéndole privacidad sin que la molesten, ya sea que esté durmiendo o recostada sin que nadie la moleste.

3. Control estimular externo. El equilibrio psicológico requiere de desarrollo y capacidad para utilizar mecanismos psicológicos, así como la orientación a la paciente para que coopere con el tratamiento con el fin de que pueda ayudar a la recuperación de su padecimiento y vuelva en poco tiempo a su medio familiar y social.

Es necesario que para evitar la ansiedad y se adapte adecuadamente a las situaciones de alteración; planear medidas tales como: establecer comunicación. El equilibrio psicológico requiere de un medio adecuado de comunicación considerando factores internos y externos. Administrar medidas terapéuticas (medicamentos).

Se le debe de administrar una terapia adecuada (medicamentos) para ayudarla a que recupere su estado emocional y psicológico normal.

Tranquilizantes como son el: Diazepam, Nuvain, etc.

Analgésicos tales como: Dipirona, acetaminofen, ácido acetilsalicílico, etc.

Canalizarla al terapeuta correspondiente: el canalizarla al médico especialista es para que reciba una terapia a fin de que se recupere tanto de su enfermedad como de su estado emocional alterado.

Evaluación

En la paciente disminuyen las alteraciones emocionales. Uno de los motivos que alteraban su estado emocional era la preocupación relativa a la falta de atención a la

familia y sentirse una "carga" para ellos a pesar de ser derechohabiente del IMSS, razón por la cual se tuvo una entrevista con uno de sus hijos para que ellos disminuyan su preocupación al ayudar en los quehaceres domésticos y hacerle sentir seguridad y protección como hasta el momento lo han llevado a cabo y su integración familiar.

La alteración en el estado de ánimo fue superada al disminuir todos los signos y síntomas de su enfermedad que eran las que la hacían sentirse mal y no tener ánimo.

PROBLEMA 8

INSOMNIO

Fundamentación Científica

Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales puedan restablecerse.

Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo tanto físico como mental.

Los patrones fisiológicos del sueño y del estado de alerta se desarrollan en una época temprana de la vida. Los individuos aprenden a mantenerse despiertos durante un periodo prolongado y a dormir mucho tiempo.

Los signos y síntomas de la privación del sueño son:

- Sensación de fatiga, lassitud. Incapacidad para concentrarse, percepciones erróneas. Irritabilidad excesiva, inquietud. Incoordinación muscular y mareos. Conjuntivas inflamadas, zonas oscuras, y signos de edema palpebral y ojos con apariencia vidriosa. Desamentación progresiva y alimentación. El insomnio frecuentemente se encuentra asociado al nerviosismo siendo éste un estado de inquietud mental generalmente física ambiental que se acompaña de una sensación de ansiedad y de reciprocidad.

Puede haber nerviosismo relacionado con: conflictos maritales o emocionales (es un síntoma temprano de los trastornos mentales). Estado neurológicos, como lesiones cere

brales de origen traumático, encefalitis. Hipertiroidismos.

Acciones de enfermería

1. Investigar causas del insomnio. Este síntoma puede ser reflejo de diversas afecciones médicas o psiquiátricas la depresión es una causa común de trastornos del sueño que requiere tratamiento específico. Cuando existe insomnio como síntoma aislado, se pueden probar las técnicas conductistas o de relajación antes de empezar el tratamiento farmacológico.

La mayoría de los hipnosedantes modifican la duración de las diversas fases del sueño y los pacientes sufren insomnio de rebote al dejar de tomarlos; muchos de estos medicamentos pueden interferir también sobre el estado cognoscitivo diurno.

El síntoma activador reticular que controla el grado de actividad del sistema nervioso central es responsable del estado de alerta y del sueño. Existen varios grados del estado de alerta y del sueño, los cuales son posibles gracias al gran número de trayectorias nerviosas que hay en la corteza cerebral y el sistema activador reticular.

Los cuidados de enfermería deberán orientarse a ayudar al paciente para que éste satisfaga sus necesidades de sueño y de descanso.

Es indispensable el interrogatorio, la observación y el examen minucioso a los pacientes para determinar la cantidad y la calidad de su sueño y su descanso con

base en los patrones usuales de descanso y de sueño, la edad, el estado de salud físico y emocional, el nivel de tensión actual, el uso de medicamentos para dormir o descansar.

Se debe observar a los pacientes en busca de datos de privación del sueño, el número de horas que duerme, el despertarse durante las horas de sueño, cambios en el comportamiento, en coordinación muscular, enrojecimiento ocular con apariencia vidriosa y zonas oscuras y exemanizadas alrededor de los ojos.

2. Vigilar horario del sueño del paciente es de especial importancia, las horas que se necesitan de sueño varían con cada individuo. Los requerimientos de sueño están influidos por: la edad en los adultos es de 7 a 9 horas. Las características fisiológicas individuales; el estado de salud (ciertos padecimientos pueden aumentar las necesidades del sueño o disminuirlas); el nivel de tensión y el condicionamiento.
3. Orientación para controlar el sueño con base en las causas que lo provocan tales como no dormir durante el día, tomar una tasa de leche caliente si no puede dormir ponerse a leer al acostarse, ponerse un antifaz de tela negra para que no le de luz en los ojos; no estar tensa y/o preocuparse a la hora que se acueste en caso de que tenga algún problema, pensar en que lo va a solucionar, parcial o totalmente.
4. Administración de diazepam 5 mgs. ya sea por vía oral o inyectable (c/24 hrs. antes de acostarse.)

Son indicaciones del diazepam la medicación preanestésica, inducción anestésica, sedación tranquilizante, ansiolítico, anticonvulsionante, relajante muscular inductor del sueño.

La dosis y la vía de administración en adultos es de 0.2 a 0.3 mgs. en 24 horas en 2 ó 3 tomas por vía bucal.

Este se presenta en solución inyectable o tabletas. Cada ampollita contiene diazepam 10 mgs. y en envase con 50 ampollitas de 2 mls.; en tanto que las tabletas contienen diazepam 10 mgs.

Son contraindicaciones de éste. La hipersensibilidad, glaucoma, miastemia grave en niños menores de 6 años embarazados, estados de choque, dependencia, ingestión de alcohol, coma, administración simultánea de barbitúricos, uso de otros depresores del sistema nervioso central.

Es necesario tener cuidado en su administración ya que los efectos indeseables pueden variar desde insuficiencia respiratoria, paro cardiaco, urticaria, náuseas, vómitos, excitación, alucinaciones, leopenia y daño hepático, flebitis, trombosis venosa, somnolencia, letargo, entorpecimiento, ataxia, hiporreflexia, miadermia, trastornos menstruales, dolor ocular, dependencia.

Esto requiere de tomar precauciones sobre todo con los pacientes ancianos y enfermos graves y con insuficiencia renal.

Provoca interacción farmacológica cuando se usa con otros depresores del sistema nervioso central tiene po

tencia el efecto de cumarínico y antipertensivo de asociaciones con disulfirana o antidepresivos tricíclicos, o posee potencia el efecto del diazepam.

Evaluación

Las medidas adoptadas ayudaron parcialmente ya que solo disminuyó el insomnio, se trató de buscar otras causas que lo provocan.

ESTADO DE ASEO ACEPTABLE

Manifestación del problema

Reclama el baño, pues desea estar limpia.

Fundamentación Científica

El aseo personal ayuda a eliminar bacterias a través de la sudoración y la transpiración. El aseo personal de cada una de las personas se considera necesario para conservar la salud individual. La piel y las mucosas sanas e íntegras son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos. La piel es el mayor órgano del cuerpo ya que cubre toda la superficie del cuerpo y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de las vías digestivas, respiratorias y genitourinarias.

La piel puede ser seca, húmeda, aspera o delicada, según la naturaleza y la cantidad de epidermis queratinizada, y la cantidad y naturaleza de las secreciones de las glándulas cutáneas. Las glándulas sudoríparas endocrinas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo; continuamente producen sudor.

Las glándulas apocrinas se encuentran principalmente en las axilas y en las regiones perineal y genital.

El aseo del cuerpo del paciente con agua corriente -

tienen como objetivos eliminar las secreciones de las - glándulas sebaceas la descamación de la piel, el sudor y el polvo, estimular el buen funcionamiento del organismo, proporcionar comodidad y bienestar.

Acciones de enfermería

1. Otorgar facilidades para llevar a cabo su aseo.

Los cuidados de enfermería deben orientarse a ayudar al paciente a obtener o recuperar una piel y unas mucosas sanas e intactas.

Al darles facilidades a las pacientes para que se aseen les ayuda a la pronta recuperación de su enfermedad. Al proporcionarles facilidades a la paciente. Tratar de proporcionarle una toalla afelpada, una toalla para fricción, jabón, lubricante, ropa limpia para el paciente.

2. Verificar el baño diario: verificar que se realice diariamente este procedimiento; no bañar a la paciente - cuando exista contraindicación médica, evitar corrientes de aire y enfriamiento, asegurarse que la temperatura del agua sea la adecuada para la paciente, vigilar a la paciente mientras permanezca en el baño.

Evaluación

El estado de aseo fue bastante aceptable ya que se estuvo pendiente de que la paciente estuviere limpia y que se bañara a diario o cada vez que ella lo requiriera.

CONCLUSIONES

En cuanto a las facilidades que obtuve para realizar el proceso de atención de enfermería (P.A.E.) fueron benéficas, al igual que las facilidades que pude obtener para tomar datos del expediente clínico y datos que me proporcionaron tanto médicos como compañeros de enfermería.

También pude obtener con facilidad información bibliográfica sobre la insuficiencia renal aguda y crónica.

Fue determinante la colaboración que los laboratorios Baxter, con respecto a la información que me proporcionaron y la práctica para el manejo de esta clase de paciente durante sus cursos que imparten, al igual que proporcionan las soluciones para las diálisis peritoneal entre otros materiales.

Con respecto a la paciente su participación fue bastante accesible tanto en el interrogatorio para elaborar la historia clínica como para proporcionarle su atención adecuada a su padecimiento y a la aceptación al tratamiento que se le estuvo proporcionando; al igual que ella, sus familiares colaboraron bastante en interrogatorios, cuidados hacia la paciente, colaboración con el personal médico y de enfermería para proporcionar buena atención y tratamiento a la paciente, también estuvieron al pendiente de la atención de la misma como del tratamiento que se le estuvo proporcionando.

Mi opinión es que tuve facilidades tanto para la realización del proceso de atención de enfermería (P.A.E.) como para realizaciones con el personal médico y de enfermería, de la paciente y sus familiares para la realización de este trabajo.

En cuanto a la paciente, a partir de la fecha de ingreso hasta el día 30 de diciembre que fue dada de alta mejoró bastante. Se le autorizó un permiso para pasar el año nuevo en su casa con su familia; pasando este día regresó al hospital decaída, en mal estado general, y me informan que a los dos o tres días de haber reingresado al servicio de medicina interna del Hospital General de Zona "A" "Los Venados", la paciente falleció por una recaída que tuvo en los días que estuvo en su domicilio.

SUGERENCIAS

- Que al personal de enfermería se le actualice en cuanto a la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, para la mejor atención de los pacientes.

- Que en las escuelas de enfermería se ofrezcan cursos de actualización sobre diálisis peritoneal y hemodiálisis.

- Que a nivel institucional se ofrezcan cursos de especialización para personal que esté asignado con pacientes con problemas renales.

B I B L I O G R A F I A

BAXTER LABORATORIOS

Trabajo de Investigación
Ed. Laboratorios Baxter
México 1991. pp. 74

CLAIRBONE DUNAGAN, W., RIONER, M.L.

MANUAL DE TERAPEUTICA MEDICA
Ed. Salvat
México 1990. pp. 691

CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS

Sector Salud
México 1984. pp. 504

GOODMAN, S.L., GILMAN, A.

BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA
Ed. Interamericana
México 1978. pp. 1412

GRIFFITH, W. J., CHRISTENSEN J.P.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
Ed. El Manual Moderno
México 1982. pp. 406

HARVEY, A. Mc. G., et al

TRATADO DE MEDICINA INTERNA
Ed. Nueva Editorial Interamericana
México 1978. Pp. 1650

KRUPP, A.M.

DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO
Ed. El Manual Moderno
México 1986 pp. 1229

LAPIDES, J.

UROLOGIA
Ed. Nueva Editorial Interamericana
México 1981. pp. 383

MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL

EL MANUAL MERCK
Ed. Nueva Editorial Interamericana
México 1986. pp. 2310

ROSALES, B.S., REYES, G.E.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA
Ed. El Manual Moderno
México 1991. pp. 273

SMITH, G.

ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA
Ed. Nueva Editorial Interamericana
México 1984. pp. 1096

SMITH, R.D.

UROLOGIA GENERAL
Ed. El Manual Moderno
México 1985. pp. 643

STEIN, H. J.

MEDICINA INTERNA
Ed. Panamericana
México 1990. pp. 662

STEIN, H.J.

NEFROLOGIA
Ed. El Ateneo
Buenos Aires 1984. pp. 479