

102

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE
ATENCION DE ENFERMERIA

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SECUNDARIA
A NEFROPATIA DIABETICA

292507

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
**LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
O B S T E T R I C I A**
P R E S E N T A :
MA. ORLANDA HERNANDEZ LOPEZ



DIRECTOR ACADEMICO:
LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de 2001
Servicio Social

MEXICO, D. F.



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO CLÍNICO EN PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA**

**INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SECUNDARIA
A NEFROPATIA DIABÉTICA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:**

MA. ORLANDA HERNANDEZ LÓPEZ

**DIRECTOR ACADÉMICO:
LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**

MÉXICO D.F.

ENERO 2001

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
METODOLOGÍA.....	5
UNIVERSO DE TRABAJO.....	7
I. MARCO TEÓRICO.....	10
II. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.....	28
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.....	31
III. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	32
OBJETIVO GENERAL.....	32
PROBLEMAS O NECESIDAD REAL Y POTENCIAL.....	32-40
MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA.....	32-40
FUNDAMENTACION TEÓRICA.....	32-40
ACCIONES DE ENFERMERÍA.....	32-40
FUNDAMENTACION TEÓRICA.....	32-40
EVALUACIÓN.....	32-40
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	43

AGRADECIMIENTO:

A todos los profesores que vertieron sus conocimientos ante la brillante participación que tuvieron durante el desarrollo de la licenciatura.

Y de manera muy especial a mi asesor por todo el apoyo brindado de forma incondicional para el desarrollo y culminación del presente documento.

DEDICATORIA:

Con cariño a mis hijos por todo su apoyo y comprensión durante el desarrollo del curso.

Principalmente a mi hijo Armando por no dedicarle mi tiempo y atención durante mis estudios.

Y darle gracias a dios por lograr mi objetivo.

INTRODUCCIÓN.

El Proceso de Atención de Enfermería esta basado en la aplicación del Método Científico que sirva de guía a las acciones de enfermería en la realización de los cuidados desarrollando el razonamiento lógico y analítico que otorguen las mejores soluciones de problemas partiendo de los principios básicos fundamentales del proceso como son: La valoración, Planeación, Ejecución y Evaluación.

La interacción entre los pasos del proceso es constante y dinámico.

Fundamentales para la practica científica y humanística en el ejercicio de la profesión de enfermería dirigida al registro de hechos, fenómenos o datos que nos permita conocer y analizar al individuo, familia y comunidad en relación a su salud que nos sirva de base para planear, efectuar, evaluar los cuidados de enfermería y replantear nuevas acciones en base a las necesidades detectadas y de la importancia de la participación del paciente en la planeación de su propio cuidado.

El proyecto que presento esta enfocado a un paciente adulto mayor, de sexo femenino con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Nefropatía Diabética. Presenta edema de miembros inferiores progresando en forma ascendente, con aumento de volumen a nivel abdominal, presentando disnea de mediano a pequeño esfuerzo, edema bpalpebral bilateral, ocasionado por la retención hídrica.

La Insuficiencia Renal Crónica se define como un rápido deterioro de la función renal manifestada como una incapacidad súbita para regular el balance hídrico y disueltos lo cual causa acumulación de los productos nitrogenados.

En relación a la etiología, la Insuficiencia Renal Crónica, se conoce que el 50% el enfermos corresponde a Nefropatía por Diabetes mellitus

La bibliografía refiere que la Incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica como enfermedad terminal es de 160 casos por un millón de habitantes al año, estos pacientes requieren diálisis crónica, transplante renal o ambos como terapéutica de sustitución renal.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, las alternativas para el tratamiento de Diálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal son:

Diálisis Peritoneal Intermitente con sus dos modalidades, manual y mecánica y Hemodialisis (no se cuenta con este servicio en la Unidad).

Los tratamientos de Diálisis se han convertido en una carga financiera para las instituciones que requieren el uso del Hospital o de medicamentos, material muy específico y de alto costo.

Siendo la Diálisis Peritoneal continua ambulatoria la alternativa mas económica en relación a los otros procedimientos dialíticos.

Las acciones de enfermería son de trascendencia para el bienestar del paciente con esta patología.

OBJETIVOS.

- Contar con un documento que sirva de guía a las acciones de enfermería en la resolución de problemas detectadas al paciente para proporcionar una atención oportuna y eficaz en forma integral que englobe al paciente, familia y comunidad.

- Identificar las necesidades del paciente para establecer el plan de cuidados de enfermería y mantener un seguimiento en la solución de problemas.

- Contar con un documento para la realización del examen profesional.

JUSTIFICACIÓN.

Contar con un documento que sirva de guía a las acciones de enfermería en base a las necesidades y a la detección de problemas del paciente en forma integral, que facilite la participación activa del mismo y se logre una pronta recuperación de la patología que la aqueja y se reintegra a su familia y comunidad con un mínimo de secuelas o complicaciones.

Además se desea poner de manifiesto el papel tan importante que juega la enfermera ante este tipo de pacientes y la oportunidad con que debe desempeñar su que hacer.

Por tal motivo se hace necesario la elaboración de un documento individual e integral para el paciente que ofrezca solución a sus problemas y a su vez que nos sirva de guía para evaluar los avances planeados.

Por todo lo antes mencionado, considero importante el desarrollo del presente trabajo, siendo este a su vez un instrumento para realizar el examen profesional.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Para la elaboración del presente estudio clínico se recurrió a la aplicación del modelo Proceso de atención de enfermería.

Proceso de Atención de Enfermería.

Consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermera desde el principio de la profesión. Con los años ha evolucionado adquiriendo mayor claridad y comprensión.

Dicho proceso es un método para realizar algo, que abarca cierto número de pasos, intentando lograr un resultado particular. A su vez es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.

Para sobrevivir a los desafíos competitivos, la enfermería debe otorgar un servicio de calidad que sea valorado por los paciente. Constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore.

Por todo lo antes mencionado para el estudio del paciente se desarrollará el Proceso de Atención de Enfermería, el cual consiste de las siguiente etapas.

Valoración.

Esta se llevara a cabo a través de la recolección y selección de datos de forma directa e indirecta a cerca del estado de salud del paciente, hechos fenómenos que nos permita conocer al individuo, familia o comunidad por medio de la observación y la entrevista con el paciente y sus familiares, la historia clínica de enfermería, la exploración física, expediente clínico, sociales, actuales, pasados, registros clínicos de enfermería, libros, revistas que permita llegar al diagnóstico de enfermería que nos sirve de base para seleccionar las intervenciones de enfermería, para alcanzar los resultados reales esperados, basados en un plan de cuidados individuales para el paciente.

Planeación.

Son las estrategias en la atención al individuo sano o enfermo tomando en cuenta:

La priorización de necesidades, objetivos realizables, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería realizadas con la participación del paciente y familia por medio de un plan de auto instrucción, obteniendo resultados reales, dando un informe de los resultados y notas de enfermería en relación a los criterios de atención, condición del paciente y valoración del mismo.

Ejecución.

En esta etapa se aplican los cuidados de enfermería con base a las necesidades del paciente: físicas, psicológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, económicas, rehabilitación, con participación activa de la enfermera-paciente-familia-equipo de salud y comunidad, facilitando así, la continuidad del cuidado; fomentando la educación al paciente y familia para su autocuidado.

Evaluación.

Es un mecanismo de retroalimentación que juzga la calidad de la atención de enfermería realizando apreciación de los resultados obtenidos en relación a los esperados.

Detectando que problemas fueron resueltos, cuales requieren revaloración y replaneación, llevándonos a la base final del proceso solo señalando los problemas que se han resuelto.

Los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y revalorados, el proceso de atención de enfermería es un ciclo al que hay que estar evaluando constantemente.

Universo de Trabajo.

Se selecciona un paciente del sexo femenino con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Nefropatía Diabética, del cual se realizara un Proceso de Atención de Enfermería en el Hospital General Regional "Vicente Guerrero" de Acapulco Gro., en el servicio de Especialidades Médicas, en el área de Diálisis .

Revisión Bibliográfica.

Proporcionara conocimientos y experiencias, escritas en publicaciones, libros de Anatomía y Fisiología, metodología de la investigación, etc. también, revistas, folletos, manuscritos, información de personal médico.

Con todo ello se podrá estructurar y desarrollar un marco Teórico que permita fundamentar teóricamente el conocimiento y el plan de atención de enfermería de la paciente seleccionada.

Los cuales servirán como fuente de información y consulta para el trabajo, de lo que se extraerá material indispensable para la investigación.

Fichas de Trabajo.

Ayudaran a ordenar y clasificar los datos consultados y de las lecturas realizadas, tanto para la elaboración del Marco teórico, como para el plan de atención de enfermería.

De la elaboración de las fichas y de la explicación e interpretación que se vayan realizando, dependerá en gran medida el avance del proceso y consecuentemente la información del conocimiento teórico.

Marco Teórico.

Presenta las teorías que permiten enmarcar el problema y las hipótesis, así el Marco Teórico es muy importante ya que nos ayuda a precisar y organizar los elementos contenidos en la descripción del problema, de tal forma que puedan ser manejados y convertidos en acciones concretas.

Revisión del Expediente Clínico.

Proporcionara información indirecta, que complementaria el interrogatorio directo, para la elaboración de este trabajo. Servirá de base para complementar y confirmar los problemas detectados.

Elaboración de la Historia Clínica.

Permitirá establecer una relación con el paciente y el ambiente en que se encuentra, con el fin de obtener los datos más significativos de su padecimiento, y de su estado psicológico y social para determinar y jerarquizar los problemas prioritarios y con esto realizar el diagnóstico de enfermería y el plan de atención.

Este estudio o historia se realizará de la siguiente forma, se recabaría el nombre completo del paciente, edad, sexo, estado civil, peso actual, ficha de ingreso, diagnóstico de enfermería, y objetivos.

Que servirán para valorar al paciente por medio de la observación, interrogatorio y el examen físico.

Plan de Atención de Enfermería.

En este apartado se plasma anticipadamente, una vez detectado el problema o necesidad de nuestro paciente, cada uno de los cuidados que se le otorgaran, como, porqué se van a dar y qué mejoría tuvo o no unas vez que se han dado. Dándonos la oportunidad de que, de no haberse logrado el objetivo planteado inicialmente se replantee nuevamente hasta lograr cubrirlo con eficiencia y eficacia y por ende otorgar una atención de calidad.

La calidad estará dada si la satisfacción del paciente es completa, una vez que otorgamos nuestros cuidados pero de una manera planeada, organizada y sistematizada con fundamentación científica en cada uno de nuestros actos.

Todo lo antes mencionado se desarrollará coordinadamente con los demás integrantes ya que esto debe estar dado por la actividad completa del equipo multidisciplinario que integran los servicios de salud.

Como ya se menciona antes las habilidades de enfermería para la realización de sus cuidados, se llevan a cabo desarrollando un razonamiento lógico y con capacidad metódica que son garantía de una atención profesional. Para esto se requiere de impulsar el pensamiento reflexivo, ordenado y analítico que otorguen las mejores condiciones de actuar en la solución de problemas, partiendo de los principios básicos y fundamentales del proceso de investigación.

El empleo del Proceso de Atención de Enfermería ayuda a evitar duplicaciones y omisiones que dan como resultado el uso innecesario de recursos.

Este proceso es el crecimiento, la habilidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el inicio de la profesión.

Necesidad.- Elemento imprescindible para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológica.

Problema.- Insatisfacción de Necesidades. Aquel que obstaculice.

Manifestación del Problema.- Es la manera en que como el organismo va manifestando una serie de signos y síntomas que delatan un proceso patológico y que a su vez nos guíen para determinar nuestro proceder jerarquizando, primeramente, aquellos que pueden agudizar o agravar el cuadro que presenta nuestro paciente.

Razón Científica del Problema.- Aquí se señalará, con fundamento en toda la bibliografía consultada, la razón de toda la Fisiopatología dada en el paciente.

Acción de Enfermería.- Son todos aquellos cuidados de enfermería que se otorgarán al paciente de manera organizada y sistematizada para ayudarlo a resolver sus problemas o necesidades detectadas.

Razón Científica de la Acción.- Es todo conocimiento fundamentado en toda actividad de enfermería describiendo y explicando cada una de ellas.

Evaluación.- Es la última etapa del Proceso de Atención de Enfermería y es donde se reflejara el avance que se tenga con cada acción de enfermería en nuestro paciente, buscando revertir la problemática del mismo.

I MARCO TEÓRICO

1.1 Anatomía y Fisiología del Riñón.

Los riñones son un órgano par situados retroperitonealmente y localizado en la pared abdominal posterior, a ambos lados de la columna vertebral. Su forma recuerda a la de una alubia. Cada riñón tiene dos polos, superior e inferior y dos curvas, anterior y posterior; un borde externo y convexo y uno interno cóncavo. El borde interno presenta una hendidura longitudinal o hilio renal, que lleva a una cavidad en cuyo interior se encuentran los vasos renales y la pelvis renal forma y dirección. (1,2)

Los riñones son alargados en sentido vertical, tiene una longitud de 12cm. y una anchura de 7 a 8 cm y un espesor de 4 cm.

En el hombre pesa 140gr. y en la mujer 120 gr. su coloración es café rojiza. El hileo renal lleva la arteria, la vena y la pelvis renal. (3,4)

El riñón en su superficie externa esta rodeado de una capa fibrosa o cápsula renal que lo envuelve; la corteza no forma una capa longitudinalmente separada de la médula, sino que se introduce en los espacios situados entre las pirámides en unas prolongaciones denominadas columnas de Bertin en la zona cortical situada entre la cápsula y las bases de las pirámides se observan unas estrías longitudinales conocidas como pirámides de Ferrein. (5,6)

(1) Quiroz Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana III, p.435

(2) Ibidem ; p.218

(3) Keith Moore, Anatomía con Orientación Clínica, p.222,224

(4) Latarjet, Liona, Anatomía Humana II, p.1631,1632

(5) Quiroz Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana III, p.225,226,227

(6) Ibidem.; p. 226, 227

Los riñones están constituidos cada uno de ellos por aproximadamente de 1 a 2 millones de nefronas y reciben al rededor del 25% del volumen de sangre que circula en cada ciclo cardíaco.

Cada Nefrona está compuesta de dos partes. Un componente vascular y un componente tubular. A estas dos zonas llega el componente vascular que está constituido por un glomérulo y el glomérulo a su vez, está formado por una arteriola aferente y una eferente. (7)

El componente tubular esta formado por una serie de tubulos: el proximal el asa de Henle, el distal y el túbulo colector. Esta parte se encarga de absorber, secretar y excretar agua, sustancias y electrolitos.

Al final, sólo los tubulos colectores de cada nefrona se unen para dar origen a las cálices renales, los cuales a su vez van a desembocar a la pelvis renal.

La pelvis a su vez desemboca en el uretero y conduce la orina formada a la vejiga para finalmente ser excretada por la uretra. (8)

Inervación:

Los nervios que se dirigen al riñón y a los ureteres proceden del plexo renal y se componen de fibras simpáticas y parasimpáticas. Este plexo se origina a su vez de fibras de los nervios esplénicos menor y mínimo.

Irrigación:

Cada riñón recibe su sangre arterial de un grueso tronco, la arteria renal, que nace directamente de la aorta abdominal y penetra al riñón por el seno renal. (9,10,11)

(7) C. Guyton, M. D. Arthur, p.345

(8) J. A. F. Tresguerres, *Fisiología Humana*, p.435

(9) L. Moore Keith, *Anatomía con orientación Clínica*, p.232

(10) Latarget Ruiz Liard, *Anatomía Humana Vol. II*, p. 1644

(11) Quiroz Gutiérrez Fernando, *Anatomía Humana III*, p.229

Fisiología del Riñón.

La arteriola aferente (o de entrada) es la parte inicial de una serie de ramificaciones arteriales y la arteriola eferente (o de salida) es la parte final del conjunto de capilares que forman el glomérulo. En esta parte se lleva a cabo el proceso de filtrado y esta cubierta por la cápsula de Bowman, entre el glomérulo y la cápsula de Bowman existe un espacio (espacio de Bowman) que posee presiones diferentes y que permite que algunas sustancias necesarias para el organismo se recuperen antes de pasar a la parte tubular. (12,13,14)

Cada día se producen aproximadamente 180 litros de filtrado de los cuales solo un litro y medio se elimina normalmente como orina.

Entre otras funciones el riñón, participa en la regularización del equilibrio hidroelectrolítico, en la excreción de productos metabólicos y sustancias residuales. Otras funciones son:

Regularización del equilibrio hidroelectrolítico.
 Excreción de productos metabólicos y sustancias extrañas
 Regulación de la presión arterial
 Regulación de la eritropoyesis
 Regulación de la Vitamina D
 Gluconeogénesis. (15)

(12) L. Moore Keith, Anatomía con Orientación Clínica, p.232

(13) Bayler Raffensperger Ellen, Llioyd Zusy Mary, Consultor de Enfermería Clínica, p.300

(14) Quiroz Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana III, p.438

(15) J. A. F. Tresguerres, Fisiología Humana, p. 438

1.2 Insuficiencia Renal Crónica.

Descripción:

La Insuficiencia Renal Crónica se produce en las enfermedades renales irreversibles. Evoluciona durante un largo periodo de tiempo desde la insuficiencia renal a la Uremia. Las alteraciones que se observan en la uremia afectan a todos los síntomas del organismo y se originan por la retención de los productos finales del metabolismo, y por los trastornos en los equilibrios ácido base, electrolitos e hídrico. (16)

Concepto:

La Insuficiencia renal Crónica o Nefropatía Terminal es un deterioro progresivo e Irreversible de la función Renal con pérdida de la capacidad corporal para mantener el equilibrio metabólico y de líquidos y electrolitos, lo cual provoca uremia. (17,18,19)

Etiología:

Numerosos trastornos acompañan a las Nefropatía en etapa terminal.

Proceso renal primario por ejem: Glomerulonefritis, Pielonefritis, Hipoplasia Congénita.

Procesos Secundarios por ejem:

Un proceso General como la Diabetes Sacarina, Lupus eritematoso.

Alteraciones Fisiológicas ejem: Secundarias a deshidratación, Infección o Hipertensión.

Etapas de la Insuficiencia Renal Crónica disminución de la reserva renal- Insuficiencia renal- Bloqueo Completo-Uremia. (20,21)

(16) Bayler Raff Ellen, Lloyd Zusi Mary, Consultor de Enfermería Clínica, p.307

(17) Brunner y Suddarth, Manual Enfermería Médico Quirúrgica, p.461

(18) Sholtis Brunner Lillian, Manual de la Enfermera, p.585

(19) Hernando Avendaño Luis, Aljama García P., Nefrología Clínica, p.529

(20) Brunner y Sholtis, Manual de la Enfermera, p.585

(21) Brunner y Suddarth, Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, p.461

Fisiopatología:

La función renal se considera como la suma funcional compuesta de todas las unidades de nefronas que en su mayor parte, estaban dañadas. El grado de enfermedad varía de unas nefronas a otras de acuerdo al problema patológico.

Los efectos globales del comportamiento del sodio, equilibrio ácido básico, se consideran como índice de los resultados debidos al trastorno funcional de porciones aisladas de las nefronas relacionadas con tales funciones específicas y después dañadas por la enfermedad.

La función renal puede deteriorarse durante periodos variables de tiempos sin síntomas clínicos. Esto puede durar meses o muchos años según la evolución de cada paciente en particular. (22)

En el inicio de la diabetes no existen alteraciones morfológicas renales significativas, excepto aumento de tamaño renal y glomerular. Uno o dos años mas tarde comienzan a ser patentes los cambios relativo al engrosamiento de la membrana basal.

En los pacientes que desarrollan una Nefropatia avanzada se describen cuatro tipos de lesiones glomerulares:

Glomeruloesclerosis nodular; Glomeruloesclerosis difusa, más frecuente y acompañando habitualmente a la forma nodular; gota capsular, excrecencia de material eosinòfilo localizado en la vertiente parietal de la cápsula de Bowman, entre la membrana basal y la célula epitelial y deposito extracapilares de fibrina.

Junto a estas lesiones glomerulares aparecen afectación vascular, hialinosis de la arteriola aferente, y lesiones tubulointersticiales, predominando la fibrosis intersticial. Pueden detectarse depósitos de Y y G y Albúmina. Estas lesiones tubulointersticiales provocarán disminución de la reabsorción tubular de N-acetil-B-D-glucosaminidasa y albúmina aumento de la reabsorción de sodio, hipercalciuria y disminución de la excreción de hidrogeniones y potasio. (23)

(22) Papper Salmón, Nefrología Clínica, p.82,83

(23) Avendaño L. hernandol, Nefrología Clínica, p. 294

Cuadro Clínico

Síntomas Gastrointestinales: anorexia, náuseas, vomito, hipo, ulceración gastrointestinal y hemorragias.

Manifestaciones Cardiopulmonares: Hipertensión, pericarditis fibrinosa, pleuritis.

Trastornos Neuromusculares: Fatiga, Trastornos del sueño, cefalèa, letargia, irritabilidad muscular, neuropatía periférica, ataques, coma .

Trastornos de líquidos y electrolitos:

Alteraciones metabólicas y endocrinas. Intolerancia a la glucosa, hiperlipidemia, trastornos de las hormonas sexuales.

Cambios de la personalidad: Depresión emocional, labilidad con impaciencia, conducta demandante.

Trastornos Dermatológicos: Palidez, hiperpigmentación, prurito, equimosis, urèmica

Anemia. (24,25)

(24) Sholtis, Brunner Lillian, Manual de la Enfermera, p.585,586

(25) Tanagle Emil, Mganninh Jack, Urología General de Smith, p.620

Métodos de Diagnostico:

Se basa en los datos de la Historia Clínica así como de los signos y síntomas que manifiesta el paciente y de la exploración física.

Datos de Laboratorio:

Análisis de orina: Examen del sedimento de la orina.

No es normal que se encuentren ninguna de las siguientes sustancias: glucosa, cuerpos cetónicos, albúmina, bacterias, hematies, glóbulos blancos y cilíndricos.

Peso específico y Osmolaridad: Para medir las funciones de concentración y dilución del riñón.

P.H. : valor normal es de 4.6. -8.0 este aumenta en presencia de infecciones de vías urinarias, el valor de PH no es el real cuando existe hematuria, diuresis importante, el PH normales suele ser ácido.

Recolección de orina de 24 Hrs: Puede valorar el volumen de la misma que se elimina y medir las cantidades específicas de electrolitos y de otras sustancias (la creatinina y las proteínas).

Creatinina- es una prueba para conocer la capacidad de filtración renal.

Valor normal 0.7mg-1.3 mg/dl. Proteínas valor normal 5.9g-8.0 g/dl.

corresponde a la suma de albúmina y globulina, están elevada en la deshidratación y en la acidosis diabética. (26)

Radiología: Los pacientes con función renal disminuida no deben someterse de manera rutinaria a estudios de contraste. (27)

Radiografía simple de abdomen, riñón, para descubrir la localización de cálculos y anomalías de la silueta renal.

Nefrotomografía: Para una visualización mas detallada de los riñones a diferentes niveles.

Arteriograma Renal: Una idea general de la perfusión sanguínea.

Ultrasonografía Renal: es útil para determinar el tamaño renal el grosor de la corteza y localizar el tejido.

(26) Bayles Raffensperger Ellen, Lloyd Zusy Mary, Consultor de Enfermería Clínica, p. 300, 344

(27) Smith, Urología General, p.600

Estudios con radioisòtopos:

Tomografía Renal: Mide el porcentaje de funcionalismo renal en cada riñón por separado, así como la función renal total.

Renograma con radioisòtopos: Evalúa el flujo sanguíneo renal, la función renal y la capacidad de eliminación de orina. (28)

Ecografía:

Ultrasonidos de la ecografía.: Distinguen entre una enfermedad quística, un tumor renal y la hidronefrosis.

Biopsia renal: Es útil para establecer el diagnóstico histológico de las diferentes enfermedades renales.

Tomografía Computarizada: Puede mostrar la silueta del tejido renal funcionando y la forma de los riñones. (29)

Orina para realizar un cultivo para valorar la sensibilidad ante los antibióticos.

Citología de Orina.

Sangre:

Creatinina Sérica valor normal 0.7mg-1.3mg/dl. Es el índice mas fidedigno de la insuficiencia renal y glomerular.

Nitrógeno Urico en sangre: Esta elevado en la insuficiencia renal, en la uropatía obstructiva en la disminución del flujo sanguíneo a los riñones ..

Osmolalidad Sérica:

Electrólitos en suero: sobre todo potasio, sodio y calcio. Importantes para conocer el equilibrio hidroelectrolítico. (30)

Hematocrito y Hemoglobina, hemograma completo.

Gases en sangre arterial: Nos permite conocer el funcionamiento de los riñones en la secreción y absorción de lesiones bicarbonato, cuya función es mantener el equilibrio ácido base.

(28) Papper Salomòn, Nefrologia Clínica, p. 20,21,22,23

(29) Bailes Raffensperger Ellen, Lloyd Zusy Mary, Consultor de Enfermería Clínica, p. 300,301.

(30) Ibidem., p.300,301,303

Tratamiento:

El objetivo terapéutico es conservar la función renal y mantener la homeostasis el mayor tiempo posible.

Se identifican y tratan todos los factores que contribuyan a la nefropatía terminal y sean reversibles.

El tratamiento conservador incluye restricción de las proteínas (0.5 g/kg/día). Potasio y fósforo de la dieta, ingreso de líquidos para balancear las pérdidas de éstos.

Así como un equilibrio estricto de sodio en la dieta. (31)

Verificar la suficiente ingesta de calorías y suplementos vitamínicos.

El volumen permitido de líquidos es de 500 a 600 ml o mayor que la diuresis de 24 Hrs.

Tratar la hiperfosfatemia e hipocalcemia con antiácidos de aluminio o carbonato de calcio, ambos deben administrarse con alimentos.

Administrar suplemento vitamínico.

El tratamiento de hipertensión es por medio de control de volumen intravascular y antihipertensivos.

Tratar la insuficiencia cardíaca congestiva y el edema pulmonar con restricción de líquidos, dieta, baja en sodio, diuréticos, digital y diálisis.

Tratar la acidosis metabólica con suplementos de bicarbonato de sodio o diálisis.

Hiperpotasemia se trata con diálisis.

Deben buscarse signos tempranos de anomalías neurológicas. (sacudidas ligeras, cefalalgia, delirio o convulsiones).

Utilizar barandales acojinados a los lados de la cama para proteger al paciente. (32, 33)

(31) Tenaglio Emil, Mc Aninh Jack, Urología General de Smith, p.620

(32) Brunner y Suddarth, Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, p.462,463,464

(33) Baily Raffensperger Eilen, Llioyd Zusy Mary., Consultor de Enfermería Clínica, p.309

Administrar diazepam por vía intramuscular para controlar convulsiones

Tratar la uremia con eritropoyetina humana y revisar con frecuencia el hematòcrito.

Vigilar las concentraciones sèricas de hierro. (34)

Vigilar la presi3n arterial y la concentraci3n de potasio sèrico.

Referir al paciente a un centro de diálisis y trasplante desde que empieza a evolucionar la nefropatía progresiva.

Iniciar la diálisis cuando el paciente no pueda mantener un estilo razonable con el tratamiento conservador.

El tratamiento intermitente de tres veces a la semana de Diálisis Peritoneal Continua auxiliada con reciclador, o si es posible la diálisis peritoneal continua ambulatoria.

En esta última el paciente efectúa de 3 a 5 intercambios diarios con 1 a 2 litros de dializado en cada intercambio. (35,36)

(34) Papper Salom3n, Nefrología Clínica, p.109,110.

(35) Tanaglo Emil, Mc Aninh Jack, Urología General de Smith, p. 621

(36) Baily raffensperger Ellen, Lloyd Zusy Mary, Consultor de Enfermería Clínica, p.35,36

Complicaciones

Tratar los trastornos cardiacos concomitantes con digital, diuréticos y antiarrítmicos para contrarrestar la insuficiencia cardiaca congestiva y mejorar la hemodinámica renal.

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica también pueden tener otros trastornos, como hipertensión, neuropatía, enfermedad ósea, infección, anemia, que requieren tratamiento farmacológico.

En enfermos con Insuficiencia renal está aumentada la sensibilidad a los fármacos por deterioro del metabolismo y la excreción renal. (37)

1.3 Acciones de Enfermería

El personal de Enfermería es uno de los elementos del equipo multidisciplinario que mayor contacto tiene con el paciente, desde el momento de su ingreso al hospital y que interacciona con él y su familia en todo momento para detectar sus necesidades y cooperar de manera inmediata para la resolución de los mismos.

Por lo que las acciones que efectúan la enfermera y el paciente para prevenir o atenuar sus complicaciones y poder mantener o restablecer la salud. (38)

Ingreso del paciente al servicio de Diálisis.

Cada una de las personas admitidas en una Institución de salud debe ser considerada individualmente, tanto en lo que se refiere a sus necesidades personales , como a lo que se relaciona con la magnitud de su enfermedad.

Cuando el paciente llega a la Unidad de Diálisis , se trata de satisfacer sus necesidades mas importantes. (39)

a) Identificación del paciente:

Es muy importante identificar al paciente desde el momento de su ingreso, ya que esto permitirá facilitar la interacción enfermera-paciente.

El brazalete de identificación es el medio fundamental para verificar la identidad del paciente.

b) Verificar el Expediente Clínico:

Asegurarse que el expediente se encuentre integrado en orden y completo, con orden de internamiento, debidamente requisitado, con exámenes de laboratorio y gabinete completos así como indicaciones medicas.

c) Instalar al paciente en su Unidad:

Llamándolo por su nombre y presentándose la enfermera ante el, si el estado del paciente lo permite. Describirle el área física, equipo y mobiliario, presentándole a sus compañeros de habitación.

(38) Alfaro, Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, p.96

(39) Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p.102

d) Preparación Psicológica:

Consiste en entablar una relación de ayuda, que es aquella en la que una persona facilita el desarrollo personal de la otra, le ayuda a madurar, a adaptarse, a integrarse y a abrirse a sus propias experiencias la de iniciación u orientación:

Consiste en el intento de conocer y brindar confianza al paciente, mediante recepción a su ingreso, indicación de los propósitos de su ingreso, orientación sobre procedimientos a realizarle, información sobre reglamentos rutinas, servicios, etc. y observación de su comportamiento. (40)

e) Una vez instalado en su cama, se prepara todo el equipo y material necesario para su atención como son :Equipo de termometría, de canalización intravenosa, de tripies, etc.

f) Toma de Signos Vitales:

Una vez colocado el paciente en su unidad, se procederá a la toma de los signos vitales, los cuales son sumamente importante desde el momento de su ingreso.

Y es que estos son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante, y éstos son temperatura, pulso, respiración y tensión arterial. (41,42)

g) Valoración del Edema:

Síntoma predominante se presenta prácticamente en el 100% de los enfermos, este edema es generalizado aunque se acentúa en párpados y miembros pélvicos.(43)

h) Vigilancia y control de Hipertensión:

Teóricamente son muchos los factores que forman parte en la génesis de la hipertensión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica: expansión del volumen del líquido extracelular secundario a una alteración de la distribución del sodio y del agua en el riñón. (44)

(40) Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva, Fundamentos de Enfermería, p.221

(41) Ibedem.; p. 149

(42) Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p. 119

(43) Brunner y Suddarth, Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, p.457

(44) Papper Salomón, Nefrología Clínica, p.99

i) Control de Líquidos:

Este se lleva a cabo para mantener un equilibrio entre los líquidos que se administran y los que se pierden y con esto poder detectar alguna alteración de los mismos y como consecuencia alguna alteración de los mismo y como consecuencia alguna alteración hemodinámica de nuestro paciente.

Conocer el estado general de líquidos y electrolitos en el paciente ayuda a hacer el diagnóstico.

Descubrir indicios tempranos de alteraciones físicas, potencialmente peligrosas. (45)

j) Aplicación de tratamiento por vía intravenosa:

Permite la administración intravenosa rápida de un medicamento, puede utilizarse para alcanzar concentraciones máximas del fármaco en el torrente sanguíneo, introducir medicamentos que no se pueden diluir o que no se pueden dar por vía intramuscular pues resulta tóxico para el tejido muscular o está alterada la capacidad del paciente para absorberlos. (46,47)

k) Asistencia respiratoria:

Posición semifowler: una posición óptima del paciente facilita la función respiratoria, causada por el exceso de líquidos, así como la instalación de puntas nasales como 3 litros de oxígeno por minuto. (48)

l) Destrostix y glucosurias por turno:

Es la monitorización rápida y exacta de la glucosa en sangre y orina.

(45) Klusek Hamilton Helen, Procedimientos de Enfermería, p.283 y 422.

(46)Ibidem,; 382

(47) Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p. 370

(48) Rider Janice, Módulos de Procedimientos Básicos en Enfermería, p.327,332

II) Apoyo Nutricional:

Ofrecer una dieta según los valores de la química sanguínea y del estado clínico del paciente.

A medida que disminuye la función renal, se restringe la ingestión de proteínas en forma proporcional y estas se aumentan si el paciente se encuentra en diálisis, para restituir la pérdida de aminoácidos por este procedimiento.

Instituir un programa de dieta que asegure la ingesta nutricional adecuada dentro de los límites del régimen terapéutico. (49)

m) Apoyo psicológico:

Hablarle al paciente en términos sencillos de orientación sobre su padecimiento y lo necesario de la diálisis para mejorar su estado de salud es de vital importancia para aliviarle la angustia ante el procedimiento a realizar.

Los pacientes con Insuficiencia Renal no sólo deben afrontar los sentimientos conflictivos sobre su dependencia en medios artificiales de eliminación, sino también los cambios en su calidad de vida, y la necesidad de adaptarse a una enfermedad crónica progresiva. Un aspecto central es el control, ya que deben dedicar una gran parte de su tiempo a la diálisis, seguir limitaciones dietéticas muy rígidas el personal de enfermería que trabaja con pacientes en diálisis renal deber en especial afectivos hacia sus sensaciones y temores del paciente. (50)

n) Preparación , Instalación y Vigilancia de Diálisis:

Diálisis es la difusión de moléculas de solutos a través de una membrana semipermeable, que pasan de lado de mayor concentración al de menor concentración.

El objetivo de la diálisis es conservar la vida y el bienestar del paciente hasta que se restablezca la función renal. Es un sustituto de algunas funciones excretorias del riñón, pero no reemplaza sus funciones endocrinas y metabólicas. (51,52)

Métodos:

- 1.- Diálisis peritoneal intermitente.
- 2.- Diálisis peritoneal cíclica continua
- 3.- Diálisis peritoneal ambulatoria continua

(49) C. Guyton. M. D. Arthur E. Hall, P.H.D. John, Tratado de Fisiología Médica, p.558

(50) Mahanarain, Nutrición y Dietoterapia Krause, p. 612

(51) Sholtis Brunner Lillian, Smith Suddarth Doris, Manual de la Enfermera, p.587,588

(52) Papper Salomon; Nefrología Clínica, p. 112,112.

Propósitos:

- 1.- Ayudar a eliminar sustancias tóxicas y desechos metabólicos.
- 2.- Establecer el equilibrio electrolito.
- 3.- Eliminar el exceso de líquidos del organismo.
- 4.- Ayudar a regular el equilibrio de líquidos del organismo.
- 5.- Controlar la Presión Arterial
- 6.- Controla la Insuficiencia Cardíaca grave, (cuando los diuréticos ya no logran la eliminación de agua y sodio. (53)

ñ) El Procedimiento de la diálisis se repite hasta que mejoren los valores de la Química Sanguínea. El tiempo usual para la diálisis a corto plazo es de 36 a 48 horas. El paciente según estado recibirá de 24 a 48 intercambios. (54)

NOTA.

Cabe mencionar que durante la diálisis: se tomarán la Tensión Arterial y el Pulso cada 15 minutos durante el primer intercambio, y después cada hora, vigilar la frecuencia cardíaca en busca de signos de arritmia.

o) Cambios de Posición asistida:

La posición y el alineamiento correctos son necesarios en todo paciente. En el paciente con diálisis si el líquido no drena adecuadamente, mover al paciente de un lado a otro para facilitar la eliminación del drenaje peritoneal. Asimismo, puede elevarse la cabecera de la cama, determinar si la sonda es permeable, ver si el tubo esta torcido o si hay sello de aire. Nunca empujar la sonda hacia adentro. (55)

(53) Baily Raffensperger Ellen, Lloyd Zusy Mary, Consultor de Enfermería Clínica, p.35 y36.

(54) Sholtis Brunner Lillian, Smith Suddarth Doris, Manual de la Enfermera, p.589.

(55) Ibidem,; p.589,590

p) Se vigilarán con frecuencia los resultados de laboratorio de control, ya que son de suma importancia para observar los valores normales, de proteínas, hematocrito, urea y creatinina así como los valores de ácido úrico, potasio en sangre y orina.

q) Durante la diálisis valorar al paciente en forma continua para descubrir posibles complicaciones y la causa que los produzca. (56)

r) Anotar con todo cuidado la evolución del paciente y hacer las anotaciones pertinentes de todo lo acontecido a nuestro paciente durante su tratamiento, así como de alguna acción específica o procedimiento especial que se realice (como la diálisis). (57)

s) Continuar con el tratamiento establecido en las dosis y horarios indicados, así como la valoración constante del edema y la mejoría o disminución de este.

t) Una vez terminado el procedimiento de diálisis, iniciara por indicación médica con deambulaciòn asistida así como el baño en regadera, lo cual mejorara el estado animico del paciente., pues ya no se sentirá tan dependiente de los demás. Es aquí donde la interacción del paciente con su tratamiento se hace mas notable. (58).

u) Baño y aseo:

Para que los pacientes se sientan más cómodos y descansados tanto física como mentalmente, debe realizar prácticas higiénicas relativas a la limpieza.

Mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en los pacientes es una de las funciones primordiales del equipo de salud. Se orientara al paciente sobre los cuidados del catéter ya que este forma parte de su vida.

Una fricción en la piel, estimula las terminaciones nerviosas y la circulación periférica. Cuando se contraen los músculos, se facilita el retorno de la sangre que ésta en las venas al corazón. La actividad de los músculos les ayuda a mantener su tono, que es ese ligero grado de contracción siempre presente en los musculos del esqueleto. (59,60)

(56) Brunner y Suddarth, Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, p.460.

(57) Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p.111

(58) King L. Wieck E.M. Dyer, Técnicas de Enfermería Manual Ilustrado, p.157,179

(59) Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería, p.243.

(60) Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p.180.

v) Al ser dado de alta , la asistencia de enfermería se centra en valorar el estado del paciente, así como proporcionar información, exploración, explicaciones al mismo y a su familia sobre la nefropatía terminal y posibles complicaciones y opciones terapéuticas y llevar a la practica un programa dietético que garantice el ingreso nutricional adecuado dentro los límites del régimen terapéutico.

Se dará información al paciente y familia del Programa de Diálisis Ambulatoria: De cuan relevante es acudir al adiestramiento que se otorga previo al programa y que ese método es su mejor opción de vida a largo plazo.

Se deberá explicar sobre la importancia de acatar las indicaciones dadas por el Médico y estimular los sentimientos positivos a instar al individuo para que se ocupe en mayor grado de sus cuidados personales y por ende lograr mas independencia.

Vigilar el progreso del paciente y su apego al régimen terapéutico y que continúe asistiendo con su médico esporádicamente según se le indique para continuar con su tratamiento y control. (61,62)

(61) C. Smeltzer, G.Bare Brenda, Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth, p.1172

(62) Ibidem,; p.1259,1262

II HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

2.1 Ficha de Identificación

Nombre: L.C.R.

Cédula: 7276 54 0723 4F 42 Ord.

Edad: 57 años

Sexo: Femenino

Lugar de Nacimiento y Residencia: Acapulco Gro.

Grado Escolar: Primaria

Estado civil: Viuda

Servicio: Nefrología

Ocupación: Hogar

Persona Responsable: Hijos

No. de cama: 10

Religión: Católica

Dinámica Familiar: Familia integrada con buena convivencia

2.2 ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Abuelos paternos y maternos finados desconoce causa. Padre finado desconoce la causa. Madre finada secundaria a Neumonía. Hermanos 3 vivos aparentemente sano. Hijos 3 vivos aparentemente sanos.

2.3 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Diabetes de seis meses y medio de evolución controlada con glibenclamida niega antecedentes hipertensivos, cardiopatías o alergias, niega toxicomanías.

2.4 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Alimentación: Balanceada en regular cantidad y calidad 3 comidas al día, dieta restringida en sal la cual lleva en forma regular.

Eliminación: Peristalsis presente evacua una vez al día, micciones con características normales .

Descanso: Refiere no tener problemas para dormir, en esta ocasión refiere dormir poco por su problema de ascitis y el edema de miembros pélvicos.

Higiene: Buena, baño diario, se lava las manos antes de ir a comer y después de ir al baño, lavado de dientes tres veces al día.

Esparcimiento: Actividades manuales en casa (tejido, costura).

Otros que están afectando el estado actual del paciente: La dieta no balanceada de acuerdo a indicaciones medicas, dieta excesiva en proteínas y sal, muy condimentada.

Ambiente físico.

Tipo de habitación: Paredes de material, con todos los servicios intradomiciliarios, dos pisos, con tres recamaras , con loza, piso de cemento la habitan tres personas, no conviven con animales.

Grado de conocimiento y aceptación de su padecimiento actual: Si tiene conocimiento de su enfermedad, aunque no de la magnitud real. Ni de las complicaciones que se presentan de no llevar su régimen dietético cuidadoso y que la falta del control de la glicemia podría desarrollarle la Nefropatia.

Posibilidades y limitaciones que el individuo tiene para participar y lograr su recuperación: Sus posibilidades son limitadas por la disminución de la agudeza visual, el paciente se vuelve dependiente de su familia por sus limitaciones que van progresando con su enfermedad

Metas de la hospitalización actual (esperanza del paciente): Lograr su recuperación integral.

2.5 PADECIMIENTO ACTUAL.

Lo inicia el día 20 de Julio de 1998, con retención hidrica importante de 8 días de evolución la cual a progresado en forma ascendente, con aparición de aumento de volumen a nivel abdominal con abundante líquidos de ascitis, libre en cavidad, edema de miembros pélvicos, desde hace 3 días presenta disnea de mediano a pequeños esfuerzos llegando a la eptopnea, refiere dormir sentado, además de presentar edema biparpebral bilateral, con exacerbación del cuadro clínico y motivo de su hospitalización.

Al momento persiste con abdomen globoso por liquido de ascitis y edema generalizado, y con insuficiencia respiratoria.

2.6 EXPLORACIÓN FÍSICA:

A su ingreso, consciente, inquieta, con actitud de ansiedad y angustia, astenia y adinamia, poco cooperadora, con regular estado de hidratación, afebril, con signos de hipertensión moderada, campos pulmonares con hipoventilación bibasal, con escasos estertores basales derecho, abdomen globoso, a expensas de peniculo adiposo y liquido de ascitis en cavidad, hepatomegalia dolorosa, de bordes regulares, con edema + + + + hasta tercio proximal, así como edema palpebral, ruidos cardíacos rítmicos sin ruidos agregados, con leve palidez de tegumentos.

2.7 HABITUS EXTERIOR:

Paciente femenina con edad aparente a la cronológica, de constitución débil, conformación brevilínea, se encuentra orientada en sus tres esferas neurológicas, (tiempo, persona, espacio), pálida + + con pulsos presentes y llenado capilar lento..

2.8 EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

B.H. Q.S., E.S., depuración de creatinina de 24 hrs. USG, renal, glicemia, sodio, calcio, R.X de tórax.

Descripción de hallazgos por ultrasonido 22-julio-1998

R.D. 80 x 35 Disminución del Parenquima renal.
R.I. 90 X 40

Pérdida de la relación cortico-medular

Bordes irregulares

DX: Datos de una Nefropatia Crónica Inespecifica.

DX. Insuficiencia Renal Crónica.

Biometria Hemática: Hemoglobina 9.4 HTO 29 CHMG 32, Leucocitos 9,000, Linfocitos 18, Monocitos 7, Eosinófilos 0, Basofilos 1, Segmentados 74, Bandas 0,

Química Sanguínea. Glucosa 184, Urea 138, Creatinina 7.9, BUM- 64.7

Electrolitos Sericos: C- 105, K- 5.19, Na. 141

Depuración de Creatinina de 24 hrs. Volumen total 820 ml/24 hrs con un filtrado glomerular de un 23%, Creatinina 50.2 meg/100 ml de orina.

Tele de tórax: Presencia de ligero derrame pleural bilateral.

Ego: Con daño glomerular por albúmina y glucosuria así como hematuria, microscópica y datos de urosepsis por la bacteriuria y leucocituria.

2.9 Terapéutica Empleada.

- 1.- Ranitidina 50 mg. I.V c/12 hrs.
- 2.- Sales de Aluminio 2 tab. con cada alimento.
- 3.- Digoxina ½ amp. I.V cada 24 hrs.
- 4.- Furosemide 40 mg. I.V c/ 8 hrs.
- 5.- Gluconato de calcio 1 amp. I.V c/ 12 hrs.
- 6.- Captopril 1 tab. 25 mg. V.O c/12 horas.
- 7.- Nifedipina cápsula 10 mg. 5 gotas sublingual si la T.A. es mayor de 110.

2.10 Diagnósticos de enfermería.

Desequilibrio de electrolitos y exceso volumétrico por disminución de la excreción de orina y restricciones de líquidos y dieta.

Nutrición alterada menos que los requerimientos corporales debido a anorexia, molestias gastrointestinales y restricciones dietéticas.

Déficit de conocimientos del trastorno y del régimen de tratamiento.

Intolerancia a la actividad por fatiga.

Alteración de la autoestima por dependencia y cambios en los papeles (alteración de la imagen corporal y disfunción sexual fisiológica).

III PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

OBJETIVO GENERAL.

Contribuir a que el paciente se reincorpore a su familia y sociedad, proporcionándole cuidados específicos de enfermería con relación a su padecimiento, logrando su participación activa a través de acciones educativas y atendiendo sus necesidades de salud.

OBJETIVOS INTERMEDIOS.

Mantener una ingestión nutricional dentro del régimen terapéutico.

Lograr una participación activa del paciente para el logro de los objetivos.

Efectuar un plan de cuidados atendiendo a las necesidades de salud específicas de nuestra paciente.

Problema y/o Necesidad.

Uremia

Manifestación del Problema

- Debilidad
- Nauseas
- Vómito
- Calambres musculares
- Prurito

Razón Científica del Problema.

Se origina por un valor inaceptablemente elevado de desechos nitrogenados en sangre. (65)

Acción de Enfermería.

- a) Monitorizar los niveles de Urea y Creatinina c/ 8 días.
- b) Contribuir a la mejoría de las manifestaciones gastrointestinales:
Adminstración de Metoclopramida.
Asistirlo ante la presencia del vómito.
Proporcionar higiene y cuidado bucal.
- c) Proporcionar para el prurito: Aplicación de compresas o agentes fríos que contengan mentol o alcanfor como calmantes. Lubricar la piel con hemolientes que atrapen la humedad.
- d) Instalación y Vigilancia de Diálisis peritoneal (30 baños de solución)

Razón Científica de la Acción.

a) En los exámenes de laboratorio su importancia radica en llevar un control objetivo de la elevación o disminución de la urea y creatinina. Ya que la disminución o elevación de estas tendrán relación con la evolución del padecimiento; en concordancia con la evolución del cuadro clínico.

b) Es de suma importancia que cuando el paciente presente el vómito debe ser asistido con prontitud acercándole un recipiente para tomar el contenido que expulse, ayudándole a que tome una posición cómoda para disminuir las molestias de vómito e informándole que efectúe respiraciones profundas ya que esto también mejoraran las molestias del vómito.

El clorhidrato de metoclopramida o Primperàn es el fármaco de elección en estos procesos; por su acción reguladora sobre la motilidad gástrica y las restantes porciones del tubo digestivo. (64)

c) Los efectos fisiológicos en la aplicación del frío en la superficie cutánea estimula los receptores de la piel, dichos estímulos viajan por los nervios espinotalámicos laterales hacia el hipotálamo posterior de ahí hacia la corteza cerebral.

La atención cuidadosa de la piel y la lubricación de la misma y el masaje previene el daño a la piel del paciente. (65)

d) La Diálisis Peritoneal lleva a cabo la función del riñón de extraer impurezas de la sangre. La solución de diálisis (que se introduce en la cavidad peritoneal por medio de un catéter) tira de productos de desechos, exceso de líquido y electrólitos de la sangre a través de la membrana peritoneal semipermeable. La diálisis logra una desaparición completa de los síntomas uremicos. (66)

Evaluación.

La mejoría del paciente es inmediata en cuanto se instala la diálisis y las manifestaciones gastrointestinales mejoran con la aplicación y acción del medicamento, mostrándose un poco mas cooperador.

(64) A. Stiges Creus, Manual de Enfermería, p. 443

(65) Rosales Barrera Susana, Reys Gómez Eva, Fundamentos de Enfermería, p. 339

(66) Kluser Hamilton Helen, Procedimientos en Enfermería, p. 646

Problema y/o Necesidad.

Edema

Manifestación del Problema.

- Hinchazón periorbital, manos, pies y tobillos, abdomen globoso (líquido ascitis)

Razón Científica del Problema:

Es la acumulación anormal de líquidos en los tejidos intercelulares del cuerpo por naturaleza el edema con frecuencia es pendular y periorbitario. (67)

Acción de Enfermería.

- a) Elevación de miembros pélvicos (posición supina)
- b) Reposo absoluto, posición fowler
- c) Aplicación de diuréticos (Furosemide)
- d) Control de líquidos

Razón científica de la acción.

a) Esta posición es anatómicamente correcta y proporciona apoyo adecuado a todas las partes de la pierna. Puede controlarse el edema y la estasis de las extremidades inferiores. (68)

b) El reposo es importante para disminuir el metabolismo del organismo y ahorrar energía que es necesaria para el restablecimiento del paciente. El reposo ayuda también a disminuir el edema, porque existe relajación muscular.

Esta posición favorece exhalación respiratoria y disminuye la tensión muscular abdominal ocasionada por la acumulación de líquido en el abdomen (ascitis). (69)

c) El efecto de la furosemide es el de interferir en la creación de agua libre y por inhibición del transporte del cloruro de sodio al intersticio medular interferir en la reabsorción de agua libre. Así mismo, pueden bloquear directamente la reabsorción de potasio en el segmento grueso ascendente del asa de Henle. (70)

(67) Rider Ellis Janice, Nowlis Elizabeth Ann, M.Bentz Patricia, Modelo de Procedimientos Básicos en enfermería, p.92

(68) Brunner Sholtis Lillian, Smith Suddarth Doris, Manual de Enfermería, p.411

(69) Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva, Fundamentos de Enfermería, p.95

(70) Smith N. Lloyd, O.Thier Samuel, Fisiología, p.698

d) Este se lleva a cabo para mantener un equilibrio entre los líquidos que se administran y los que se pierden, y con esto poder detectar alguna alteración de los mismos y como consecuencia alguna alteración hemodinámica de nuestro paciente.

Conocer el estado general de líquidos y electrolitos en el paciente ayuda a hacer el diagnóstico.

Descubrir indicios tempranos de alteraciones físicas, potencialmente peligrosas. (71)

Evaluación.

Continúa con el edema el cual disminuirá de acuerdo a la evolución del paciente y respuesta al tratamiento, consecuentemente al procedimiento de diálisis.

Problema y/o Necesidad.

Hipertensión

Manifestación del Problema.

- Cefalèa
- Vértigos
- Visión borrosa
- Nauseas y vòmito

Razón Científica del Problema

Debido a una alteración de la distribución del sodio y del agua en el riñón; incremento de la actividad del sistema renina-angiotensina aldosterona, descenso del nivel de sustancias depresoras que se producen en la médula renal; incremento de la actividad del sistema nervioso simpático; factores hemodinámicos como el aumento del gasto cardíaco e hipercalcemia. (72)

Acción de Enfermería

- a) Administración de antihipertensivos, captopril, nifedipino.
- b) Vigilancia estrecha de la Presión Arterial
- c) Instalación de Diálisis Peritoneal
- d) Dieta baja en sodio (hiposódica)

(71) Wieck.L.; King E.M.; Dyer M. Técnicas de Enfermería, p.439

(72) Papper Salomon, Nefrología Clínica, p.99

Razón Científica de la Acción.

El captopril inhibe la enzima convertidora de la angiotensina, bloqueando por tanto el paso de angiotensina Y y angiotensina II, disminuye las resistencias periféricas totales, también reduce la secreción de aldosterona con una menor retención de agua y sodio. (73)

Nifedipino, puede usarse para tratar todos los grados de hipertensión, la nifedipina se da por vía sublingual para lograr un rápido comienzo de la acción, esto es particularmente útil en la urgencia de crisis hipertensivas. (74)

b) Medir la Presión Arterial en las mismas condiciones cada vez. No debe medirse la Presión Arterial inmediatamente después del que el sujeto este en situaciones que causen estrés o esfuerzos.
Registrar con precisión las presiones sistólicas y diastólicas, comparar las cifras con diversas lecturas anteriores para señalar las diferencias y descubrir las tendencias. (75)

c) Es la difusión de moléculas de solutos a través de una membrana semipermeable que pasan de lado de mayor concentración al de menor concentración .

El objetivo de la diálisis es conservar la vida y el bienestar del paciente hasta que se restablezca la función renal. Es un sustituto de algunas funciones excretorias del riñón, pero no reemplaza sus funciones endocrinas y metabólicas. La eliminación de líquidos mediante la diálisis favorece el control de la hipertensión. (76)

d) La restricción de sodio en la dieta del paciente hipertenso es importante la reducción del sodio .

Los mecanismos que llevaron a la reabsorción del sodio filtrado con la mayor ingesta se reajustan y el individuo puede tolerar la restricción de sodio. (77)

Evaluación

La evolución del paciente es inmediata como respuesta a la aplicación de la diálisis peritoneal y a la aplicación del tratamiento. Responde aceptablemente también por la reducción de la ingesta de sodio y agua.

(73) Bayly Raffensperger Ellen, Lloyd Zusy Mary, Consultor de Enfermería Clínica , p. 674

(74) Goodman Y Gidman, Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, p. 1619,1620

(75) Sholtis Brunner Lillyan, Smith Suddarth Doris, Manual de la Enfermera , p.429,430.

(76) Ibidem.; p. 587

(77) M. Mahen L.Kathleen,T.Arlin Marian, Nutrición y Dietología, p. 727,728

Problema y/o Necesidad

Anemia.

Manifestación del Problema

- Debilidad, fatiga, malestar general
- Palidez de la piel y mucosas.

Razón Científica del Problema.

La anemia de la Insuficiencia Renal Crónica es normocítica y normocrónica, y puede detectarse cuando la función renal se reduce a un 50 ò 60% de lo normal. La causa principal de la anemia es una insuficiencia de la médula ósea, debida a una disminución en la producción de eritropoyetina y esto ultimo proviene de una reducción de la masa renal. (78)

Acción de Enfermería

- a) Reposo en cama
- b) Logro y mantenimiento de una nutrición adecuada.
- c) Vigilancia de signos vitales
- d) Administración de medicamentos (ácido fólico)

Razón Científica de la Acción

a) Los periodos frecuentes de descanso es importante para reducir actividades y estímulos que provoquen aumento de la frecuencia y gasto cardíaco, el paciente debe reanudar en forma gradual sus actividades, a medida que mejoren los resultados en sus análisis de sangre. (79)

b) Se debe de seleccionar una dieta terapéutica alta en proteínas y calorías adecuados (2000 calorías al día) para el adulto promedio para evitar el catabolismo e impedir la desintegración de proteína, que proporcione energía al paciente uremico, la restricción de proteína varia de 20 a 60 g/día y esta se puede aumentar durante la diálisis ya que durante esta hay mayor pérdida de proteínas. (80)

(78) Papper Salomon, Nefrología Clínica, p.98

(79) C. Baughman Diane, C. Hackley Joan, Manual de Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth, p.36,37

(80) M.Mohan L. Kathleen, T: Arlin Marina, Nutrición y Dietología, p. 137,138

c) Valorar las condiciones del paciente en el momento de la atención. Determinar los valores basales para comparaciones posteriores. Descubrir lo mas pronto posible cualquier desviación en el estado de la persona. Comunicar a los otros miembros del personal de salud toda observación relativa al bienestar del enfermo. (81)

d) Ácido fólico, es un componente esencial en la dieta del ser humano, su deficiencia produce una síntesis defectuosa del D.N.A. en toda célula que intenta su replicación cromosómica y división dado que los tejidos con mayor índice de renovación celular son hematopoyéticos resulta especialmente sensible a la deficiencia de ácido fólico. (82)

Evaluación

Al inicio de las acciones de enfermería se controla su problema y se estabiliza conforme se aplica el tratamiento y se proporciona la dieta indicada manteniendo una hemoglobina de 8 considerándose dentro de los parámetros normales en una paciente Nefropata.

Necesidad y/o Problema

Hipercaliemia

Manifestación del Problema

- Letargo confusión
- Inquietud, debilidad muscular
- Arritmias cardiacas
- Falla respiratoria (hipoxemia)

Razón Científica del Problema

Es el aumento en la concentración serica de potasio por arriba de 5.5 meq./L. puede ser causante por aumento del aporte, redistribución o disminución de la excreción renal. Por disminución del flujo y/o en el aporte de sodio al túbulo distal (disminución del volumen circulatorio plasmático efectivo). (83)

(81) Kin L. Wieck E.M., Técnicas de Enfermería, p.303

(82) L. Fisheder Bernardo, Gaytán Galarza Víctor, Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, p. 30

(83) Zubiran Salvador, Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, p. 306,307

Acción de Enfermería.

- a) Reposo en cama con medidas de seguridad (cama con barandales)
- b) Monitorización cardiaca continua
- c) Vigilancia de signos vitales neurales
- d) Oxigenoterapia
- e) Administración de medicamentos (gluconato de calcio, furosemide, digoxina)
- f) Diálisis
- g) Dieta baja en potasio
- h) Medición continua de PTH serico

Razón Científica de la Acción

a) El reposo es importante para disminuir el metabolismo del organismo y ahorrar energía que es necesario para el restablecimiento del paciente. El reposo contribuye a la mejoría de los calambres y la colocación de barandales contribuyen a asegurar a nuestro paciente evitando accidentes en el mismo.

b) Es el medio de valoración mas eficaz del estado cardiovascular del paciente y su reacción al tratamiento. La monitorización cardiaca incluye la vigilancia electrónica mediante alambres, para supervisión continua del enfermo postrado en cama. (84)

c) Los signos vitales neurales complementan la medición sistemática de temperatura, frecuencia del pulso y respiración, pues valora estado de la conciencia, reactivada pupilar y funciones sensitivas motoras. (85)

d) La administración de oxígeno por catéter nasal entre 1 y 6 l/min de flujo de oxígeno; se incrementa 3 a 4 % por cada l/min, mejorando la oxigenación del paciente, procurando no administrar mas del 50% durante periodos prolongados por riesgo de toxicidad por oxígeno. (86)

e) El gluconato de calcio su mecanismo de acción es un antagonista de membrana su acción es inmediata de 1 a 2 minutos favoreciendo la excreción renal del catión en forma de fosfato. (87)

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

(84) Klusek Hamilton Helen, Minnie Bower Rose, Procedimientos en Enfermería, p.395

(85) Ibedem.; p.674

(86) Instituto Nacional de Nutrición, "Salvador Zubiran", Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, p.136

(87) Rodríguez Carranza Rodolfo, Vademécum Académico de Medicamentos, p.395

La digoxina aumenta la fuerza y velocidad de contracción del músculo cardíaco, efecto que el corazón insuficiente mejora el gasto cardíaco, facilita el vaciado ventricular, reduce la presión de llenado, disminuye la presión venosa y capilar e inhibe la taquicardia refleja. (88)

La furosemide, es un diurético muy potente que actúa en la rama ascendente gruesa del asa de Henle, donde inhibe la reabsorción de sodio y agua porque interfiere con el sistema de contranporte de cloruro. Esto da lugar a un aumento de la eliminación de agua y electrolitos entre los cuales se encuentran cloro, sodio, potasio y calcio. (89)

f) La diálisis lleva a cabo la función del riñón de extraer impurezas de la sangre, la solución de diálisis, tira de productos de desechos, exceso de líquidos y electrolitos de la sangre eliminando el exceso de sodio y calcio, la mejoría del paciente es casi inmediata con la diálisis. (90)

g) Es necesario la intervención dietaria con cuidadoso control de ingesta de proteínas, ingresos de líquidos para balancear las pérdidas de éstos, ingesta de sodio y cierta restricción de potasio de 40 a 60 meq/día. (91)

h) La medición continua de laboratorio (PTH serico) nos permite evaluar los valores normales del sodio (Na) 135 meq - 145 meq /litro, potasio (K) 3.4 meq-5.0 meq / litro.

Los análisis de sangre y orina. Creatinina de 0.7 mg-1.3 mg /dl se realizan con el fin de obtener una valoración biomédica del estado del paciente.

La creatinina es una prueba para conocer la capacidad de filtración renal. (92)

Evaluación

La mejoría del paciente es inmediata al iniciar la diálisis y a la aplicación de los medicamentos mejorando las manifestaciones clínicas del problema propiciando la interacción enfermera-paciente.

(88) Rodríguez Carranza Rodolfo, Vademécum Académico de Medicamentos, p.283

(89) Ibidem, ; p.384

(90) Kluser Haamilton Helen, Procedimientos en Enfermería, p.646

(91) Mahan Anlin, Nutrición y Dietoterapia Krause, p. 615

(92) Baily Raffensperger Ellen, Lloyd Zusy Mary, Consultor de Enfermería Clínica, p.1,4

Conclusiones y Sugerencias.

- 1.- El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de la Insuficiencia Renal Crónica fue determinante en esta paciente para la conservación de la función renal hasta donde sea posible.
- 2.- La valoración diaria por parte del personal médico ante cualquier eventualidad es importante, para actuar en consecuencia.
- 3.- La aplicación oportuna de la terapéutica y los cuidados integrales por parte de enfermería contribuyó al restablecimiento del paciente.
- 4.- El reforzamiento continuo de los cuidados nutricionales en el tratamiento de Insuficiencia Renal Crónica son : Prevenir deficiencias y conservar un buen estado nutricional a través de una ingesta adecuada de proteínas, vitaminas y minerales, permitiendo que el paciente, coma una dieta atractiva apetitosa que se ajuste tanto como sea posible a su estilo de vida.
- 5.- Orientar a la familia y al paciente sobre el apoyo y vigilancia que debe de tener sobre el equilibrio de líquidos enseñando al paciente cómo tratar la sed sin ingerirlos (chupando trocitos de hielo, fruta fría rebanada, o caramelos ácidos que ayudan a aliviar la resequedad).
- 6.- Se orientara al paciente y su familia sobre las ventajas de ingresar a diálisis peritoneal continua ambulatoria y que pueden aprender la manera de practicar este procedimiento después de dos semanas de adiestramiento y como el paciente puede reiniciar las actividades diarias normales entre los cambios de solución, la diálisis peritoneal continua ambulatoria ayuda a fomentar la independencia y el regreso a un estilo de vida casi normal para el paciente.
- 7.- Es necesario brindar información acerca de los grupos de apoyo (enfermera, nefrologo, trabajo social) que puedan ayudarlo ante una complicación o duda sobre el procedimiento de diálisis y del régimen terapéutico, entre mejor informado estén los paciente y sus familiares, acerca del tratamiento, mejor será su calidad de vida.
- 8.- El apoyo de la enfermera del Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria ofrece una asesoría constante al paciente y a la familia, a través de la visita domiciliaria, junto con trabajo social, para que se evalúe la técnica del procedimiento dialítico, así como la situación familiar del paciente y de ser necesario se refuercen las instrucciones sobre el procedimiento y del régimen dietético si se observarán desviaciones. Además de proporcionarle confianza al enfermo y familia a que expresen sus temores y preocupaciones.

9.- Cualquier aumento de los síntomas clínicos o aparición de complicaciones deben de ser notificados de inmediato a su médico o familiar a cargo.

10.- La enfermera debe, asesorar al paciente respecto al uso de su tratamiento médico y de lo importante de seguir las indicaciones y de acudir a sus citas para control de la enfermedad.

11.- La revisión bibliográfica sobre el proceso de atención de enfermería fue muy importante para conocer cada uno de los pasos que lo componen y facilitar así la elaboración del mismo.

12.- Además de dejarme una enseñanza relevante sobre lo importante de realizar un proceso de atención de enfermería en cada uno de nuestros pacientes, importando su individualidad como ser humano, con necesidades y temores personales que se exacerban con la enfermedad y de lo importante que es la participación del mismo durante su atención.

13.- Así como detectar que nos hemos mecanizado en las acciones diarias de enfermería, que nos hemos olvidado de efectuar dichas actividades con fundamentos científicos, con respeto, con alto sentido humano y sobre todo con honestidad para lograr nuestro objetivo principal que es la satisfacción de nuestro paciente.

14.- Todo lo antes mencionado lo debemos retomar aunando la enseñanza a nuestro paciente, la familia dado que la enseñanza es relevante para facilitar la comprensión, el apoyo e intervención de estos para lograr una pronta recuperación e integración a corto plazo a su núcleo familiar, que se encuentra bajo la misma situación de temor y angustia por la enfermedad, favoreciendo la interacción de la enfermera-paciente y familia.

15.- La propuesta es que se realicen procesos de atención de enfermería de los padecimientos mas frecuentes en cada uno de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, Barcelona España, 1989; E. Doyna. 96 p.
2. Bayler Raff Ellen; Lloyd. Zusi Mary, Consultor de Enfermería Clínica, Ed. Océano/Centrum. 1, 4, 35, 36, 300, 301, 303, 307, 309, 418, 4310 y 674 p.
3. Brunner y Suddarth, Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, 1ra. ed., Ed. Mc. Graw Hill, año 1996. 411, 460, 461, 462, 463, y 464 p.
4. Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, 12va ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana, año 1980. 102, 111, 119 y 180 p.
5. F. Tresguerres, Fisiología Humana, 1ra ed. Ed. Mc. Graw Hill, año 1992. 435 y 438 p.
6. Guyton, M. D. Arthur, E. Hall, P. h. D. John, Tratado de Fisiología Médica, 9na ed. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, año 1997. 558 p.
7. Goodman Gilman Alfred, Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, 9na ed. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, año 1996. 1619 y 1620 p.
8. Hernaldo Avendaño Luis, Aljama García P. Nefrología Clínica, 1ra ed. Ed. Médica Panamericana, año 1998. 529 p.
9. Instituto Nacional de Nutrición, "Salvador Zubiran" Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, 3ra ed. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, año 1996. 136, 306 y 307 p.
10. Keith L. Moore, Anatomía con Orientación Clínica, 3ra ed. Ed. Medica Panorámica, año 1993. 222, 224 y 232 p.
11. Klusek Hamilton Helen; Bowen Rose Minnie, Procedimientos de Enfermería, 1ra ed. Ed. Nueva Editorial Interamericana, año 1986. 283, 382, 395, 422, 646 y 674 p.
12. King L. Wieck E. M. Técnicas de Enfermería, 3ra ed. Ed. Interamericana Mc. Graw Hill, año 1988. 157, 179, 303 y 439 p.
13. Latarjet Ruiz Liard, Anatomía Humana, 2da ed. Ed. Médica Panamericana, año 1989. 1631, 1632 y 1644 p.
14. Mahen L. Kathleen, T. Anlin Mari, Nutrición y Dietología, 8va ed. Ed. Interamericana, año 1995. 137, 138, 599, 612, 615, 727 y 728 p.

15. Nordmark Madelyn y Cols., Bases Científicas de la Enfermería, 2da ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana, año 1979, 153 p.
16. Papper Salomon, Nefrología Clínica, 2da ed. Ed. Salvat Editores, año 1982. 82, 83, 98, 99, 109, 110, 111 y 112 p.
17. Quiroz Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana, 32va ed. Ed. Porrúa S. A. México, año 1993. 218, 225, 226, 227, 229, 435 y 438 p.
18. Rider Elis Janice, Nowlis Elizabeth Ann, M. Benz Patricia, Modelo de Procedimientos Básicos en Enfermería, 2da ed. Ed. Manual Moderno, año 1984. 92, 327 y 332 p.
19. Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva, Fundamentos de Enfermería, 1ra. ed. Ed. Manual Moderno, S. A. de C. V. México D. F., año 1991. 149, 221, 243 y 339 p.
20. Rodríguez Carranzas Rodolfo, Vademécum Académico de Medicamentos, 2da ed. Ed. Nueva Editorial Interamericana Mc. Graw Hill, año 1995. 283, 384 y 395 p.
21. Stiges Creus A., Manual de Enfermería, 3ra ed. Ed. Toray, año 1978. 443 p.
22. Smeltzer, G. Bare Brenda, Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth, 7ma ed. Ed. Interamericana Mc. Graw Hill, año 1992. 1172, 1259 y 1262 p.
23. Sholtis Brunner Lillian, Smith Suddarth Doris, Manual de la Enfermera, 4ta ed. Ed. Interamericana Mc. Graw Hill, año 1996, 429, 430, 585, 586, 587, 588, 589, 590 p.
24. Tangle Emil, Mc. Aninh Jack, Urología General de Smith, 11va ed. Ed. Manual Moderno, año 1997, 620 y 621 p.