

Tema 5

-NEFRO-UROLÓGICO-

Insuficiencia Renal Agua (I.R.A)

Es la situación clínica asociada a azoemia, que aumenta de manera rápida y constante, con oliguria (<500 ml/día) o sin ella.

Desencadenantes

- Hipotensión por disminución de ingesta.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Sepsis.
- Exploraciones angiográficas (Nefrotoxicas).
- Uso incorrecto de antibióticos nefrotoxicos.

Capacidad de

Recuperación del riñón afecto de agresión isquémica o tóxica aguda en unas semanas.

- Necrosis tubular aguda (2 días oliguria, fase diurética, normalidad).
- Actualmente aumentos de las Insuficiencias Renales Agudas sin oliguria (muy peligrosas por pasar desapercibidas).
 - ◆ Hipotensión (Intervención quirúrgica).
 - ◆ Sepsis.
 - ◆ Azoemia – normalidad.
- Descartar siempre una obstrucción urinaria.

Tratamiento

- Hemodiálisis o diálisis peritoneal.
- Control por posibles complicaciones cardiovasculares que son muy graves.
- Balance de sodio y agua que alteran el metabolismo y el catabolismo.
- Evitar la hipercalcemia (produce acidosis).
- Evitar infecciones (mortales).
- Administración oral de fijadores del potasio.
- Dieta de restricción proteica (evita el aumento de nitrógeno ureico en sangre).

Indicaciones de la diálisis

- Edema de pulmón (que no responde con diuréticos).
- Hipercalcemia.
- Pericarditis uremica.
- Crisis convulsiva.
- Hemorragias incontroladas por uremia.

Insuficiencia Renal Crónica

Es el estado clínico debido a multitud de procesos patológicos que ocasionan alteración e insuficiencia de la función renal excretora y reguladora. Es un proceso lento y peligroso (a diferencia de la Insuficiencia Renal Aguda).

Desencadenantes

- Síndrome prostático
- Insuficiencia cardíaca con producción de uremia.
- Hemorragia digestiva con producción de cáncer.
- Demencia limitrofe cuando presenta azoemia progresiva.
- Glomerulonefritis crónica.
- Enfermedad vascular, hipertensión aterosclerótica.
- Diabetes.
- Enfermedad poliquística renal de aparición tardía.

Tratamiento

- Transplante (tiene un problema: hay edad límite).
- Conservador.
- Hemodiálisis (Tras una hemodiálisis tienen mucha sed y no pueden beber nada hasta 4/5 horas después de esta. Se recomienda hacer por la noche).
- Diálisis peritoneal.
- Controlar la Insuficiencia Renal Crónica (Evolución lenta pero continuada).
- Ajustar dosificación de fármacos (digoxina: es muy nefrotóxica).
- Controlar la Hipertensión Arterial.
- Ante aumento de concentración sérica de fosfatos, debemos dar bicarbonato sódico o antiácidos (fijadores de fosfatos en la comida).
- Control del calcio sérico, ya que aumenta con la disminución de fósforo sérico.
- Si aparición de Hipocalcemia, dar siempre vitamina D (o afines).
- Si anemia asociada a Insuficiencia Renal Crónica, tratamiento agresivo por aparición de cardiopatías rápidamente.
- Controlar la aparición de déficit de hierro.
- La anemia no ferropénica se trata con andrógenos y eritropoyetina.
- Tratamiento dietético no exagerado porque aumenta el déficit nutricional.
- Prurito en pacientes con uremia, no responden a tratamientos antipruriginosos.
- Lo mejor es la diálisis crónica de mantenimiento.
- Hacer una fístula A-V para acceso a la hemodiálisis.

Objetivos de enfermería

- Mantener el equilibrio hidroelectrolítico.
- Evitar toxicidad medicamentosa.
- Prevenir la infección (Sobretudo en el aparato urinario).
- Apoyo emocional a los pacientes y a la familia.

Hallazgos Historia de Salud

- Cambios en la excreción urinaria.
- Edema periférico y/o pulmonar.
- Fatiga, malestar y pereza.
- Disminución de la atención por irritabilidad emocional.
- Anorexia y disminución de peso (náuseas y vómitos).

- Insomnio y somnolencia diurna.
- Pérdida de la memoria.
- Cefaleas vagas.
- Incorrecta articulación de las palabras.
- Disminución de libido y potencia sexual.
- Pícoros y sequedad de la piel.
- Hipotermia y sensación de frialdad.
- Intranquilidad, hipo, temblor alateante, calambres y tics.
- Cambios paranoides de la personalidad.
- Marcha inestable.
- Deterioro de la vista y el oído.
- Coma, convulsiones y muerte.
- Síndrome urémico.

Deshidratación

Se puede producir por:

- Mala ingesta oral.
- Vómitos o diarreas.
- Exceso de producción de orina de manera incontrolada.
- Uso incontrolado de diuréticos.
- Fiebres o temperaturas altas.
- Quemaduras, infecciones o traumatismos.
- Aumento de sal por falta de gusto.
- Aumento de nutrición enteral o parenteral por creer que se alimenta más.

Sintomatología

- Disminución de orina.
- Mucosas y piel seca y caliente.
- Sensación de sed.
- Estreñimiento y heces duras.
- Transpiración anormal.
- Tono muscular pobre.
- Alucinaciones, irritabilidad.
- Disminución brusca de peso.
- Ojos hundidos.
- Córneas apagadas.

Complicaciones

- Hipovolemia.
- Infección.
- Estreñimiento.

Actuación de enfermería

- Frecuencia cardíaca alta y tensión arterial elevadas:
 - ♦ Restaurar lentamente la ingesta.
 - ♦ Controlar la volemia, reserva cardíaca y fallo cardíaco.
- Controlar el balance: entradas = salidas.

- Los pacientes suelen beber mejor bebidas que le apetezcan.
- Controlar que no hay vómitos ni diarreas. Anotarlo en balance si los hubiera.
- Control regular de peso (una vez por semana mínimo).
- Control de la nutrición parenteral: más de 9 días puede dar aumento de nitrógeno y deshidratación.
- Evitar asociar la ingesta oral nocturna con incontinencias en las deshidrataciones.
- Tomar líquidos templados en desayuno, ya que estimula la defecación y evita la impactación fecal e incontinencia.
- Educar y explicar que alimentos son mas ricos en agua: verduras, frutas, etc.

Síndrome prostático

- Edad (>80 años – 90%; entre 60–70 años – muy alto).
- Inflamación.
- Hipertrofia (aumento de las células del estroma prostático, epiteliales y/o musculares).
- Cáncer.
- Produce desequilibrios hormonales.
- Altos niveles de zinc en la próstata.
- Infecciones recurrentes en las vías urinarias.

Hallazgos Historia de Salud

- Incontinencia urinaria.
- Dificultad para iniciar la micción.
- Pérdida del calibre o fuerza del chorro al orinar.
- Micción con doble chorro.
- Goteo post-miccional.
- Aumento de la nicturia.
- Disminución en la urgencia de orinar.
- Interrupción del chorro mientras orina.
- Esczor o dolor durante la micción.
- Coluria o hematuria.
- Dolor dorsal.
- Diabetes mellitus.
- Cirugía prostática.
- Medicación antidepressiva, diurética o antiparkinsoniana.
- Abuso de alcohol o cafeína.

Tratamiento

- Quirúrgico:

– Extirpación parcial o total de la glándula.

- ◆ Vá-a transuretral.
- ◆ Suprapública.
- ◆ Perineal.
- ◆ Retropública.

- No quirúrgico:

- Control de fármacos.
- Control de la diuresis.

- Higiene escrupulosa de genitales.
- Control de la orina residual.
- Asepsia en manipulación de Sonda Vesical.
- Control dietético.
- Diferenciar síndrome prostático de cáncer de próstata (mediante el tacto rectal o biopsia).
- Control de autoinfecciones.