

**NOMBRE DE LA ALUMNA:
IRIS DIANETH GARCIA MENDEZ**

**NOMBRE DEL PROFESOR:
LIC. ALFONSO VELASQUEZ PEREZ**

**LICENCIATURA:
MODALIDAD, Y CUATRIMESTRE Y GRUPO;
ENFERMERIA ESCOLARIZADO,6TO
CUATRIMESTRE "A"**

MATERIA: PASIÓN POR EDUCAR

MEDICO QUIRURGICA

ENSAYO

TEMA

**CUIDADOS APACIENTES CON PROBLEMAS
UROLOGICOS Y RENALES.**

Cuidados a pacientes con problemas urológicos y renales:

La unidad funcional básica del riñón es la nefrona. Cada nefrona consta de un glomérulo rodeado de una cápsula de células epiteliales y, una serie de túbulos revestidos por una capa continua de células epiteliales. Como sabemos el glomérulo está localizado en la parte externa del riñón, los túbulos se presentan tanto en la corteza como en la parte interna del riñón.

En los pacientes con trastornos renales, los signos y síntomas pueden ser no específicos o no manifestarse hasta que la enfermedad ya la tenemos avanzada. Las manifestaciones pueden ser locales, se producen por los efectos sistémicos de la disfunción del riñón o afectan la micción. Las concentraciones elevadas de proteínas en la orina pueden hacer que ésta se vea espumosa. Debe distinguirse, la polaquiuria de la poliuria en los pacientes que manifiestan orinar en exceso. La nocturia puede ser una característica de cualquiera de ellas, pero entendamos todo esto en general se produce por la ingesta excesiva de líquidos poco antes de ir a la cama, por el aumento de tamaño de la próstata o por una enfermedad renal crónica. Los antecedentes familiares son útiles para identificar patrones de herencia y riesgo de enfermedad renal poliquística u otra nefropatía hereditaria como nefritis hereditaria, enfermedad de adelgazamiento de la membrana basal, síndrome de la uña patela, cistinuria, hiperoxaluria. Los pacientes con enfermedad renal crónica moderada o grave suelen tener aspecto pálido, consumido o enfermo. La respiración profunda indica hiperventilación en respuesta a la acidosis metabólica. El hallazgo visual de abombamiento de la parte superior del abdomen es inusual e inespecífico de poliquistosis renal. También puede indicar una masa renal o abdominal o hidronefrosis. En ocasiones, es posible escuchar un soplo leve, lateral, en el epigastrio o en el flanco, en la estenosis de la arteria renal; la presencia de un componente diastólico incrementa la probabilidad de hipertensión vascular. Los pasos iniciales en la evaluación de los trastornos renales son el análisis de orina y la determinación de la concentración de creatinina en suero. Otras pruebas en la orina o en la sangre y los estudios por la imagen ecografía, TC, RM se llevan a cabo en circunstancias específicas. Idealmente, después de que se ha limpiado el meato uretral, la muestra de orina se obtiene en la parte media de la micción durante la primera micción de la mañana; la orina debe examinarse de inmediato porque la demora puede producir cambios en el resultado de las determinaciones. Puede utilizarse el sondaje de la vejiga o la punción supra púbrica cuando la muestra de

orina no puede obtenerse por micción espontánea, o cuando la muestra de orina se contamina con material vaginal. Sin embargo, el traumatismo causado por estas maniobras puede incrementar de manera falsa el número de eritrocitos en la muestra, por lo que suelen evitarse si se desea especialmente observar hematuria microscópica.

La detección de la estearasa de los leucocitos se usa principalmente junto con la detección de nitritos para controlar a pacientes con infecciones urinarias recurrentes y, a veces, para diagnosticar infecciones no complicadas en mujeres de edad fértil. Si ambas pruebas resultan negativas, la probabilidad de que un urocultivo sea positivo es baja.

La relación nitrógeno ureico en sangre/creatinina se usa para distinguir la azotemia prerrenal de la renal o posrenal (obstructiva); un valor >15 se considera anormal y puede aparecer en la azotemia prerrenal o posrenal. Sin embargo, el nitrógeno ureico en sangre está afectado por la ingesta de proteínas y por varios procesos no renales traumatismo, infección, hemorragias gastrointestinales, uso de corticoides y, aunque es sospechoso, por lo general no es prueba concluyente de disfunción renal.

La creatinina se produce a una velocidad constante a partir del metabolismo de los músculos, se filtra libremente en los glomérulos y se secreta en los túbulos renales. Debido a esta secreción, el aclaramiento de creatinina sobrestima la TFG en un 10 a 20% en las personas con función renal normal, y hasta en un 50% en los pacientes con insuficiencia renal avanzada; por ello, no se recomienda usar este parámetro para estimar la TFG en los pacientes con enfermedad renal crónica.

<https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-urogenitales/abordaje-del-paciente-con-trastornos-urogenitales/evaluaci%C3%B3n-del-paciente-renal>