



Nombre de alumnos: Lizbeth Fidelia Morales Cruz

Nombre del profesor: Lic. María Cecilia Zamorano Rodríguez

Nombre del trabajo: Ensayo de los temas de la antología 2.1 y 2.2

Materia: Enfermería Médico-Quirúrgica

Grado: 6°to cuatrimestre

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de Junio del 2020.

CUIDADOS A PACIENTES CON PROBLEMAS UROLÓGICOS Y RENALES.

Los riñones, uréteres, vejiga y uretra son las principales estructuras del sistema renal. Filtran la sangre y eliminan residuos del cuerpo en forma de orina. El tamaño y la posición de las estructuras urinarias inferiores varían en la anatomía masculina y femenina. Los riñones son órganos con forma de frijol que se encuentran en la parte posterior de la pared abdominal, detrás del peritoneo, el riñón derecho está ligeramente más abajo que el izquierdo para dejar lugar al hígado, los riñones filtran la sangre (que traen las arterias renales) para eliminar las sustancias no deseadas. También secretan los residuos en la orina. La orina se drena de la pelvis renal de cada riñón hacia los uréteres. Los uréteres son unos tubos largos y delgados formados de músculo liso. Las contracciones del músculo liso impulsan la orina para que descienda por los uréteres hacia la vejiga.

La unidad funcional básica del riñón es la nefrona. Cada nefrona consta de un glomérulo (penacho de capilares interpuestos entre dos arteriolas: aferente y eferente), rodeado de una cápsula de células epiteliales (cápsula de Bowman: una continuación de las células epiteliales que rodean a los capilares glomerulares de las células del túbulo contorneado proximal) y una serie de túbulos revestidos por una capa continua de células epiteliales. El glomérulo está localizado en la parte externa del riñón (corteza), los túbulos se presentan tanto en la corteza como en la parte interna del riñón. La integridad tanto estructural como funcional de la pared glomerular resulta esencial para el mantenimiento de la función renal normal. Su pérdida ocasiona patología, manifiesta como alteraciones cualitativas (proteinuria, hematuria) y cuantitativas (descenso del filtrado glomerular) de dicha función. Así, el glomérulo normal posee intactos el filtrado glomerular, la excreción proteica y, muestra ausencia de elementos formes en el sedimento. Este fluido entra en el espacio de Bowman y posteriormente pasa a lo largo de los túbulos: túbulo proximal, asa de Henle, túbulo contorneado distal, túbulos conectores y túbulos colectores corticales, modificándose en dos sentidos por reabsorción (extracción de una sustancia del filtrado) y por secreción (incorporación de una sustancia al filtrado). El túbulo proximal y el asa de Henle reabsorben la mayor parte de los solutos y agua filtrados; los túbulos colectores realizan los pequeños cambios finales en la composición urinaria. El aporte de flujo sanguíneo a los riñones es de 1100-1200 ml/min (19-21% del volumen cardíaco), es 4 veces mayor que al hígado o al músculo en ejercicio y 8 veces el coronario. La sangre regresa a la circulación a través de venas similares en nombre y localización a las arterias, regula la reabsorción y secreción proximales (los capilares peritubulares de la corteza devuelven el agua y los solutos reabsorbidos a la circulación sistémica).

En los pacientes con trastornos renales, los signos y síntomas pueden ser no específicos o no manifestarse hasta que la enfermedad está avanzada, las manifestaciones pueden ser sistémicas de la disfunción del riñón o afectan la micción. La anamnesis tiene un papel limitado porque los síntomas son inespecíficos, la hematuria es relativamente específica de un trastorno urogenital, pero los pacientes que manifiestan que su orina tiene color rojo, 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 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 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 con acidemia. 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 renovascular.

El dolor que se produce al golpear levemente la espalda con el puño, los flancos y al ángulo formado por la 12da costilla y la columna lumbar puede indicar pielonefritis u obstrucción del tracto urinario, Los riñones normales por lo general no son palpables sin embargo, en algunas mujeres, el polo inferior del riñón derecho en ocasiones puede percibirse durante la inspiración aguda, y los riñones de tamaño aumentado o las masas presentes en ellos pueden sentirse a veces sin maniobras especiales, en los neonatos, los riñones pueden palparse con los pulgares, cuando se colocan estos en forma anterior y los dedos en posición posterior en el ángulo costovertebral, la transluminación permite distinguir las masas renales sólidas de las quísticas. Los pacientes con insuficiencia renal aguda pueden presentarse adormilados, confundidos o desatentos el lenguaje puede ser poco articulado al escribir o separar las manos con extensión máxima de las muñecas, puede observarse asterixis; después de varios segundos en esta posición, un temblor de la mano en dirección al flexor constituye asterixis. 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 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 suprapúbica cuando la muestra de orina no puede obtenerse por micción espontánea o cuando la muestra de orina se contamina con material vaginal, 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 hematuria se detecta cuando los eritrocitos se lisan en la tira reactiva, liberan Hb y producen un cambio de color, la hemoglobinuria y la mioglobinuria pueden distinguirse de la hematuria por la ausencia de eritrocitos en el examen microscópico y por el patrón de cambio de color de la tira reactiva, los eritrocitos generan 80 un patrón con motas o puntos; la Hb libre y la mioglobina producen un cambio de color uniforme. La povidona yodada produce resultados falsos positivos el ácido ascórbico genera resultados falsos negativos, los nitritos se producen cuando las bacterias reducen los nitratos urinarios derivados del metabolismo de los aminoácidos, los nitritos no están presentes normalmente e implican que hay bacteriuria, la prueba de los nitritos se usa principalmente con la prueba de estearasa de los leucocitos para controlar a los pacientes con infecciones urinarias recurrentes, en especial niños con reflujo vesicoureteral, y a veces para confirmar el diagnóstico de infecciones urinarias no complicadas en mujeres de edad fértil, la estearasa de los leucocitos es liberada en la lisis de los neutrófilos su presencia en la orina refleja una inflamación aguda, comúnmente debida a una infección bacteriana, pero a veces debida a nefritis intersticial, nefrolitiasis o tuberculosis renal. 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.

BIBLIOGRAFÍA

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

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/asignatura/10de8c618e1616951d43ca3459b4b86f.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/asignatura/b029de322e8f81aa66a3d49d1e164736.pdf>

