

**Pueden presentarse adormilados PRESENTA EL
ALUMNO:**

ANA KAREN ARGUELLO SOLIS

GRUPO, CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:

**6to CUTRIMESTRE "A" LICENCIATURA EN ENFERMERIA
ESCOLARIZADO**

DOCENTE: Cecilia Zamorano Rodríguez

MATERIA : Médico Quirúrgica II

FECHA:03/06/ 2020

INTRODUCCIÓN

En este ensayo explicaré dos temas importantes, de acuerdo a la antología de la materia, el primer tema trata sobre la Fisiopatología del sistema renal, y por último, la valoración y los problemas generales a pacientes con alteraciones renales

DESARROLLO

Bien, recordemos que la unidad funcional básica del riñón, es la nefrona, cada nefrona, consta de un glomérulo, la cuál está rodeada por células epiteliales, el glomérulo está ubicado en la corteza, los túbulos se presentan tanto como en la corteza como en la médula. A la función excretora renal se le denomina, filtración glomerular, la pared capilar por donde se produce la filtración consta de 3 capas: La célula endotelial fenestrada, la membrana basal glomerular, y las células epiteliales. La principal función consta de seleccionar los solutos que logran filtrarse, Lo cual da resultado a un “ ultra filtrado de plasma”, esta selección se realiza por el tamaño, y por las partículas a filtrar. Ya que la integridad, estructural y funcional en la pared Glomerular, es esencial para el mantenimiento de la función renal normal, su pérdida ocasiona patologías, la cual se manifiesta como alteraciones cualitativas y cuantitativas, de dicha función, el glomérulo normal, posee intactos, el filtrado Glomerular, la excreción proteica, y muestra ausencia de elementos Formes en el sedimento. Este fluido ingresa al espacio de Bowman, para posteriormente pasar a lo largo de los túbulos, y así modificarse en dos sentidos, por reabsorción y por secreción. El túbulo proximal y el asa de Henle reabsorben la mayor parte de los solutos y agua filtrados, el aparato yuxttaglomerular, está formado por células yuxtamedulares de la arteriola aferente, y la mácula densa. El aporte de flujo sanguíneo que tienen los riñones es de; 1100-1200 ml/mi, que es de 19/ 21% del volumen cardíaco. La sangre entra en el riñón a través de las arterias renales y pasa a través de varias arteriolas, antes de entrar en el glomérulo.

La circulación renal influye en la producción de orina en 3 formas distintas: determina la tasa de filtración glomerular, la cual es marcada por la hemodinámica intrarrenal, regula la reabsorción y secreción proximales.

Ahora, en pacientes con alteraciones renales, los signos y síntomas pueden ser no específicos, incluso pueden llegar a no presentarse, en algunos casos los síntomas se manifiestan ya que la enfermedad está muy avanzada. Cuando un paciente manifiesta que su orina tiene un color rojo puede tener alguno de estos síntomas: Hemoglobinuria, porfobilinuria, porfirinuria, coloración de la orina por el consumo de algunos alimentos y/o medicamentos. También la concentración elevada de proteínas en la orina puede hacer que ésta se vea espumosa. Los antecedentes familiares son útiles para identificar patrones de herencia y riesgo de enfermedad renal poliquística u otra nefropatía hereditaria. Los pacientes con enfermedad renal crónica tienen un aspecto pálido, la respiración profunda indica hiperventilación en respuesta a la acidosis metabólica con acidemia, en el examen de tórax los frotos pericárdico y pleurítico pueden ser signo de urémica. En la exploración abdominal el hallazgo visual de abombamiento de la parte superior del abdomen es inusual e inespecífico de poliquistosis renal. El dolor que se produce al golpear brevemente la espalda, puede indicar pielonefritis u obstrucción del tracto urinario.

Las enfermedades renales crónicas pueden causar cualquiera de los siguientes síntomas: Palidez, lo cual es debido a la anemia, hiperpigmentación, debido al depósito de melanina, petequias o equimosis, excoriación. Los pacientes con insuficiencia renal aguda, pueden presentarse adormilados, confundidos o desatentos, en ocasiones puede observarse asterixi, lo cual indica uno de los siguientes trastornos: enfermedad renal crónica, insuficiencia hepática crónica, narcosis por CO₂, encefalopatía tóxica, los estudios complementarios son: prueba de orina y la determinación de la concentración de creatinina en suero.

Un análisis de orina incluye: inspección de color, olor y aspecto, determina el pH, la densidad y la presencia de proteínas, glucosa, eritrocitos, observación microscópica de cilindros cristales y células.

El color es el más obvio de las características de la orina y su observación forma parte del análisis. El pH, normalmente es de 5-6, la infección por patógenos productores de ureasa puede aumentar el pH de manera falsa. La glucosa aparece en la orina cuando la concentración en el suero aumenta a >180 mg/dL y la función renal es normal. La hematuria se detecta cuando los eritrocitos se lisan en la tira reactiva, liberan Hb lo cual

produce un cambio de color. Los nitritos se producen cuando las bacterias reducen los nitratos urinarios derivados del metabolismo de los aminoácidos, esta prueba se realiza con la prueba de estearasa de los leucocitos se indica a pacientes con infecciones urinarias recurrentes, especialmente en niños con reflujo vesicouretera, y en ocasiones para confirmación del diagnóstico de infecciones urinarias no complicadas en mujeres de edad fértil