

CASO CLÍNICO

Proceso de atención de enfermería a un paciente con una Insuficiencia Renal Crónica descompensada y con Patología Psicosocial Asociada

Juan Ramón Albalate Royo*
Jaume Guitart Hormigo**
María José Lucena González***
Enrique Limón Cáceres**

* Unitat Polivalent "Poble Sec". Sant Joan de Déu
Serveis de Salut Mental. Barcelona

** Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat

*** Centro Socio-sanitario Prytanis. St. Boi

INTRODUCCIÓN

En múltiples ocasiones los usuarios que acuden al servicio de urgencias por una descompensación de una Insuficiencia Renal Crónica (IRC), presentan otro tipo de sintomatología asociada que dificulta el proceso de valoración, análisis y en definitiva, la realización del Plan de Cuidados con sus respectivos diagnósticos, intervenciones y actividades. Es entonces es cuando descubrimos patologías concomitantes que han permanecido latentes hasta ese momento, o bien sufren una reactivación secundaria a todo el proceso. A continuación, presentamos un caso clínico en el que podemos observar como tras el agravamiento de la insuficiencia renal, y dada la evolución del usuario, es preciso planificar cuidados de enfermería por la existencia de otras patologías de base ya preexistentes, como son el alcoholismo y la diabetes.

CASO CLÍNICO

Resumen de la historia clínica

El Sr. Pedro G. tiene 68 años, está viudo desde hace cinco y tiene dos hijos. Uno de ellos es consumidor habitual de sustancias tóxicas y actualmente se desconoce

su paradero. Su otra hija, vive con su marido e hija en una localidad cercana y, al parecer, mantiene un buen rol familiar. Únicamente mantiene relaciones sociales con una vecina que es la encargada de realizarle la compra y visitarlo de vez en cuando.

A las 20 h. se recibe en el servicio de urgencias del Hospital de Bellvitge al Sr. Pedro acompañado de su vecina, la cual refiere que hace dos días que no sale de casa por presentar fiebre, náuseas y vómitos, no aportando en un principio mayores datos. En el momento de ir a consultar su historia clínica se observa que no está disponible dado que el Sr. Pedro no había sido visitado en este centro (hasta el fallecimiento de su mujer vivía en otra localidad), lo que hace necesario realizar una anamnesis exhaustiva.

Exploración física

El paciente presenta la siguiente sintomatología: está consciente aunque desorientado en tiempo y espacio, presentando disartria, confusión, inquietud y cierto grado de irritabilidad. Presenta un Glasgow de 12, respiración de Kussmaul y disnea. La coloración de la piel es amarilla pálida y existen heridas producidas por rasca-do; caquexia, escalofríos y dolor generalizado.

Se realiza control TA: 197/106 mmHg, FC: 100 x', y T^a: 39'6°C. Se le extrae una muestra de sangre arterial para gasometría obteniendo los siguientes resultados: CO₂ 48 mmHg, pH 7.28 y hidrógeno carbonato 21.7 mmol/L; Asimismo se realizan radiografías de tórax, abdomen y un ECG detectando una arritmia.

Correspondencia

Juan Ramón Albalate Arroyo
Grupo San Jorge nº 7, 3^o 2^a
08840 Viladecans (Barcelona)

Evolución

Se le instaura una sonda vesical para obtener una muestra de orina con el fin de llevar a cabo un urocultivo y estudio de sedimento (resultado negativo). Tras insertarle una vía venosa se le administran un suero fisiológico de mantenimiento de vía, antitérmicos (paracetamol), y pauta con amoxi-clavulánico 1 gr. EV.

Se le realiza un hemocultivo (los resultados al cabo de quince días estaban dentro de la normalidad), y una analítica completa, la cual muestra un importante aumento de creatinina (294 $\mu\text{mol/L}$) y del BUN (16.4 mmol/L), hiperpotasemia (5.03 mmol/L), glucosa en sangre (7.64 mmol/L) y disminución del hematocrito (34%).

Transcurridas 6 horas, en el control de diuresis se detecta oliguria. Se realiza toma de constantes, manteniéndose ligeramente hipertenso (TA: 160/90 mmHg), FC: 88 \times' , y con febrícula (T^a : 37.6°C). Se muestra más coherente en su discurso, orientándose en tiempo, espacio y persona. Disminuye la inquietud e irritabilidad.

Se decide su ingreso en planta para estudio y valoración del caso, no siendo posible ubicarlo en su habitación hasta pasadas dos horas más. Al llegar a la unidad, el usuario aumenta paulatinamente su grado de inquietud, presentado nuevamente alteración del lenguaje (disártrico y con un discurso disgregado), se muestra desorientado, diaforético, presentando alucinaciones cinestésicas, agitación psicomotriz, irritabilidad y convulsionando durante un breve espacio de tiempo.

Tras lo cual se realiza nuevo control de constantes detectando taquicardia (FC: 106 \times'), HTA (TA: 200/102 mmHg) y los valores de glicemia capilar indican hipoglucemia 60 mg/dl .

Ante esta situación y puesto que el estado psicopatológico del usuario impide recabar más datos, el DUE de la planta de nefrología decide contactar con la hija del Sr. Pedro, quien (pese a indicar que no tiene actualmente ningún tipo de relación con su padre) facilita una información adicional que ayuda en gran medida a orientar el diagnóstico y los planes de cuidados de enfermería. Al parecer se trata de una persona diagnosticada de insuficiencia renal crónica y desde hace 15 años, de diabetes mellitus tipo II pero que siempre se ha negado a seguir las indicaciones y la educación sanitaria que se le ha realizado al respecto (por tanto ha rechazado cualquier tipo de tratamiento). Asimismo, nos informa que es fumador de 2 paquetes diarios de tabaco y consumidor habitual y abusivo de alcohol, lo cual nos induce a pensar, en espera de pruebas diagnósticas complementarias

que lo corroboren, que el cuadro actual es propio de un *delirium* por abstinencia alcohólica (y no por un empeoramiento de la patología renal detectada). Manifestaciones que se ven agravadas por el hecho de que el usuario es diabético y actualmente presenta sintomatología asociada a una hipoglucemia secundaria a la abstinencia alcohólica.

Tras realizar una interconsulta con el departamento de psiquiatría, se instaura tratamiento antipsicótico (haloperidol) y ansiolítico (diazepam), hidrocloreto de tiamina y disulfiram como fármacos de elección para tratar la sintomatología propia de la abstinencia alcohólica.

Se diagnostica el caso como una IRC asociada a una nefropatía diabética, agravada su sintomatología por presentar un episodio de *delirium* por abstinencia alcohólica. Para controlar la descompensación diabética se instaura la pauta prescrita de sueros (1000 ml de S. Fisiológico y 1000 ml de S. Glucosado al 5%) e insulina de acción rápida. Asimismo se instaura tratamiento diurético (furosemida) con la finalidad de disminuir la hiperpotasemia, la TA, y los edemas que presenta.

Pasado un periodo de 72 h, el paciente permanece tranquilo y colaborador, consciente y orientado en las tres esferas, habiéndose normalizado el cuadro de agitación e hipoglucémico. Por otro lado comienza a mejorar la excreción urinaria, elevándose el volumen diurético, normalizándose el balance hídrico, aunque la función renal permanece alterada (BUN y creatinina continúan con valores anómalos) y el paciente se muestra reacio a seguir las recomendaciones dietéticas propias para la IRC y diabetes.

Valoración según las 14 necesidades básicas.

Realizada durante la ubicación en planta.

1. Necesidad de oxigenación

Fumador de 2 paquetes de cigarrillos diarios. Llega hiperventilando con patrón de Kussmaul. HTA en tratamiento con diuréticos. Taquicárdico. Agitación psicomotriz.

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Peso de 63 kg, talla 180 cm. Signo del pliegue cutáneo positivo, color amarillo-pajizo y heridas por rascado. Falta de piezas dentarias. No intolerancias alimentarias conocidas. Caquexia. No seguimiento de dieta diabética. Consumidor habitual de alcohol (10-12 cervezas /diarias).

3. Necesidad de eliminación

Diaforético. Portador de sonda vesical para control de diuresis (oliguria). Refiere estreñimiento.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Presenta convulsiones y agitación psicomotriz.

5. Necesidad de descanso y sueño

Alteración del ciclo vigilia-sueño, insomnio de conciliación.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Ropa deteriorada, sucia, inadecuada para la estación actual.

7. Necesidad de termorregulación

Desde su ingreso en urgencias ha presentado hipertermia

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Aspecto desaliñado y sucio, mala hidratación cutánea. Coloración de piel amarillo pálido y lesionada por rascado (prurito). Mal olor corporal.

9. Necesidad de evitar peligros

Consciente, desorientado. Convulsiones a su llegada a planta. No sigue ningún tipo de tratamiento. Consumo abusivo de alcohol. Agitación psicomotriz.

10. Necesidad de comunicarse

Alteración de la conciencia, de la percepción y de las funciones cognoscitivas. Disminución de la capacidad para mantener la atención, déficit de memoria, disartria. Desorientación témporo-espacial. Irritabilidad.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

No valorable.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Jubilado desde los 65 años, trabajaba en un almacén de ropa. Según explica la hija, el paciente ha hecho múltiples faltas injustificadas al trabajo desde que ella recuerda.

13. Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas

No valorable.

14. Necesidad de aprendizaje

No manifiesta interés por lo que le ocurre, sólo refiere "querer salir".

Análisis y síntesis de los datos

El Sr. Pedro G. es ingresado en la unidad de nefrología, tras ser diagnosticado de una IRC asociada a una nefropatía diabética. Durante su estancia, presentó alteraciones conductuales y perceptivas que fueron compatibles con el diagnóstico de *delirium* por abstinencia alcohólica. Asimismo, presenta una problemática social asociada, la cual requerirá intervención de otros miembros del equipo interdisciplinar (trabajadora social).

Diagnósticos de enfermería*1.- Alteración de la eliminación urinaria***Objetivo**

El usuario adquirirá los conocimientos necesarios para favorecer una eliminación urinaria adecuada a su situación de salud. Durante la estancia hospitalaria se realizaron dos sesiones de una hora para informar al paciente sobre cual es el esquema de eliminación urinaria óptimo para él, así como las medidas adecuadas que lo favorecen.

Actividades

Se aclararon dudas durante las sesiones sobre como controlar periódicamente la frecuencia urinaria, volumen, olor, color y aspecto de la misma, informando sobre los posibles signos y síntomas a considerar.

Ya que el paciente demostraba una gran falta de interés en el tema de la ingesta hídrica y verbalizó en varias ocasiones que no bebía agua casi nunca, tras la segunda sesión se determinó conjuntamente la ingesta hídrica adecuada y los hábitos de eliminación correctos para él dentro de sus condiciones psicosociales.

Se planificó que el paciente fuera capaz de vigilar el estado de hidratación de la piel, enseñando al usuario a reconocer posibles anomalías. El paciente mostró tras varias demostraciones poder reconocer signos de alarma en el estado de su piel.

Se pactó la necesidad de ir una vez cada tres días a la farmacia más cercana a su domicilio para realizar control de peso periódico.

Al alta, tanto el paciente como su persona de referencia (su hija), fueron informados de la importancia de realizar un correcto seguimiento de las pautas dietéticas y farmacológicas facilitadas.

Se planificó conjuntamente con el equipo de atención de enfermería de su centro de atención básica de salud, fomentar hábitos de salud adecuados que aumenten su auto cuidado y nivel de independencia.

Para favorecer una eliminación intestinal regular se aconsejó al alta programar la defecación a una hora, administrar supositorios de glicerina y realizar masajes abdominales.

*2.- Alteración en el mantenimiento de la salud.***Objetivo**

El usuario adquirirá los conocimientos necesarios para el mantenimiento de su salud, ya que hasta la actualidad había sido incapaz de identificar, manejar y en definitiva buscar ayuda para mantener y/o mejorar su estado de

salud. Se hizo hincapié en la relación entre la ingesta de alcohol y el agravamiento de su insuficiencia renal. El paciente presentó serias dudas sobre el efecto que determinadas bebidas alcohólicas podían provocar en su salud. Al alta, seguía mostrando su negación ante el problema de alcoholismo presente.

Actividades

Se ayudó durante su estancia a determinar por parte del usuario los recursos personales con que cuenta y la forma más eficaz de utilizarlos.

Se solicitó la colaboración de la hija, su visita permitió implicar al usuario y familia, dentro de lo posible, en la planificación de los cuidados destinados a modificar el estilo de vida inadecuado que el usuario había estado llevando. Se informó en varias sesiones de manera clara y concisa las características (signos, síntomas, tratamientos, dieta a seguir, programas, etc.) de las patologías que el usuario presenta, de manera que sea consciente de la importancia de mantener unos hábitos de salud adecuados.

Se estimuló la máxima participación del usuario en su autocuidado.

Se plantearon al alta unos objetivos realistas a corto y medio plazo que le permitieran adaptarse adecuadamente a su nuevo estado de salud.

Se determinó conjuntamente si se requería ayuda externa, su naturaleza y quién podía proporcionarla (Centro socio-sanitario).

Durante toda la estancia se fomentó la expresión verbal de sus sentimientos, percepciones, miedos y dificultades para asumir la responsabilidad de su autocuidado.

3.- Afrontamiento de los procesos familiares: alcoholismo.

Objetivo

El usuario y su familia mostrarán conductas adecuadas para afrontar la situación, resolviendo de manera eficaz los problemas existentes, evitando los conflictos y facilitando los cambios que para ello sean precisos.

Actividades

- Se realizó conjuntamente con la trabajadora social sesiones para ayudar a todos los miembros de la familia a identificar los recursos de que disponen para hacer frente a la situación.
- Se promovió la identificación del factor generador de la situación y de las repercusiones que tiene.

Como existían varios miembros disfuncionales para afrontar la situación familiar (padre e hijo) se solicitó la colaboración del profesional adecuado para solucionar el problema.

Se planificó conjuntamente con el equipo de atención primaria ayudar a todos los miembros de la familia a reconocer y expresar libremente los sentimientos presentes, tales como la ansiedad, la ira, la impotencia, la soledad, la tristeza, etc., a la vez que se preveía en el plan de cuidados, proporcionar apoyo en la fase en que verbalicen negación, ira y dificultades ante el proceso.

Se pretendía favorecer un clima de confianza mutuo con la verbalización de sentimientos.

Al alta se clarificó e informó de manera real las expectativas existentes para el paciente y la familia ante el proceso que se iniciaba.

Durante la estancia se ayudó al usuario y la familia a adquirir los conocimientos y técnicas adecuadas para llevar a cabo el plan terapéutico establecido.

Valoración del plan de cuidados

El Sr. Pedro G. acude a la visita en consultas externas del Hospital de Bellvitge. Durante la entrevista con la enfermera verbaliza haber moderado su ingesta de alcohol. Presenta un informe proporcionado por el centro de atención primaria donde se muestran las actividades llevadas a cabo.

El equipo de servicios sociales del centro le ha asignado una trabajadora familiar que acude a su casa dos veces por semana, ella es la encargada de supervisar que las condiciones de habitabilidad de la casa sean las adecuadas. La trabajadora social del centro ha pactado con la hija, una serie de visitas semanales de una hora de duración, que hasta el momento se están cumpliendo. A su vez, María la vecina que ya se encargaba de hacerle algunas compras y visitarlo, se ha comprometido a ir a visitarlo un día durante los fines de semana por si quiere pedirle algo o se encontrara mal. El paciente verbaliza estar muy contento de que su hija acuda a verlo.

Los valores de la analítica realizada, del control de peso y de las condiciones del Sr. Pedro demuestran una franca mejoría respecto a su estado anterior.

BIBLIOGRAFÍA

- Luis M.T. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Tercera edición. Madrid. Harcourt Brace. 1998.
- Andreu, L., & Force, E. Vivir con insuficiencia renal crónica. Rev ROL Enferm. XXI (238):105-110.
- Ashwanden, C. Efectos de la insuficiencia renal aguda en la familia. EDTNA/ERCA Journal. Supl. 2:63-65.