

CASO CLÍNICO

Identificar y resolver la causa de los problemas es el mejor cuidado que podemos impartir

Domingo E.
Marti A.
Muñoz E.

*Equipo de Enfermería del Servicio de
Nefrología. Hospital General de Valencia*

Presentamos el caso clínico de un paciente de nuestro programa de crónicos estables en Hemodiálisis, en el que la identificación de un problema por parte del equipo de enfermería y el posterior desarrollo en implementación de un plan de cuidados resolvió el mismo y contribuyó de forma espectacular a la mejoría de la calidad de vida del mismo.

Esta identificación se hizo posible por la valoración integral del paciente, al cual se le aborda como un todo no como a alguien a quien únicamente dializamos.

ANTECEDENTES

- Mielomeningocele intervenido a los 2 días de vida.
- Epina bífida.
- Pies zambos (equino-varo).
- Pielonifritis crónica por vejiga neurogena con hidronefrosis secundaria detectada en enero de 1993, portador desde entonces de una sonda vesical permanente.
- Hipospadia de decúbito por la sonda uretral.
- Intervenido en varias ocasiones por patología de miembros inferiores.
- Última revisión médica a los 12 años de edad.

Paciente que en enero de 1993 (22 años de edad) acu-

de a puertas de Urgencia, refiriendo "pérdida de fuerzas de más de 10 días de evolución, acompañada de gran palidez".

Se le diagnostica: Sepsis por úlceras en miembros inferiores e Insuficiencia Renal Aguda, que después se confirma como crónica agudizada.

Se aprecian llagas necróticas extensas en ambos miembros inferiores de rodillas hacia abajo, procediéndose al desbridamiento excisional de los abscesos e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Cuatro días después pasa a la Unidad de Cirugía Plástica para la realización de injertos, alta por buena evolución el 11 de febrero.

El paciente deambulaba con muletas arrastrando los pies, a partir de este ingreso se le proporciona una silla de ruedas para facilitar sus desplazamientos, es de destacar que el paciente hacía una vida que podía calificarse como normal dentro de sus limitaciones: vida social, escolarización...

Se confirma la insuficiencia renal que permanece estable inicialmente y se programan visitas en la consulta externa de nefrología, a las que el paciente acude con regularidad, acompañado de su madre, objetivándose un deterioro progresivo de la función renal. Durante este periodo acude también con regularidad a la consulta de cirugía plástica de este Hospital.

En abril de 1995 (2 años después) ingresa por supuración de los injertos en los miembros inferiores (la madre refiere que las úlceras no se han curado nunca y están supurando desde hace 1 año), dado que el paciente seguía arrastrando los pies para su deambulación en domicilio (la silla de ruedas la utilizaba únicamente para el exterior) se realiza limpieza de la zona y curas con apósitos protectores.

HISTORIA DE HEMODIÁLISIS

- Inicia tratamiento con eritropoyetina en marzo de 1996.
- En junio de 1996, agudización de su Insuficiencia Renal Crónica, (urea 293, creatinina 10'3).
- 10-VI-96 implantación de catéter de doble luz de 16 cm en yugular interna derecha y primera hemodiálisis.
- Se identifican las úlceras, que son callos endurecidos que periódicamente se agrietaban, supuraban e infectaban, se establece un plan de cuidados de enfermería que incluye curar todos los días de diálisis las mismas con apósitos oclusivos.
- El paciente no utilizaba ningún tipo de calzado, se protegía únicamente con un calcetín de algodón que en ocasiones dejaban visualizar la supuración.
- 25-VI-96 realización de Fístula Arteriovenosa radiocefálica izquierda.
- 4-VII-96 se retiran puntos de sutura de la FAV.
- 6-VII-96 ingreso hospitalario por bacteriemia asociada al catéter yugular.
- 25-VII-96 se pincha la FAV sin problemas.

- 27-VII-96 se retira catéter yugular.

- Se cursa consulta a Cirugía Plástica que aprecia una buena evolución de las úlceras.

- A petición de la enfermera responsable se establecen contactos con cirugía plástica quien indica que las úlceras en este momento se las produce él mismo al apoyar dado que por su falta de sensibilidad no siente dolor al rozamiento.

- Discutimos la situación del paciente en la sesión clínica de enfermería y decidimos iniciar el siguiente plan:

- Seguir con las curas, que se realizan después de que deje de apoyar los pies (tiene la silla de ruedas, pero no la utiliza en el domicilio).

- Contamos con el Servicio de Ortopedia, quien nos confirma que si las úlceras se cierran podrían hacerle unas botas ortopédicas a medida con un material blando que facilitaría su confort e higiene.

- Informamos a la madre de la importancia de que no apoye los pies en el suelo.

- Enero 1997 úlceras totalmente curadas con hiperqueratosis central, este diagnóstico de curación lo realiza el Servicio de Dermatología de nuestro Hospital.

- Febrero 1997, primera toma de medidas por parte de Ortopedia para las botas.

- Marzo 1997, el paciente viene con las botas puestas.

- Hasta la actualidad no ha presentado ningún problema asociado a sus úlceras anteriores.

En la actualidad está pendiente de reconstrucción de vejiga para entrar en lista de espera de trasplante renal.