

NOMBRE DEL ALUMNO: RAQUEL LOPEZ ROBLERO

TEMA: ATENCION AL PACIENTE CON PROBLEMAS CRONICOS

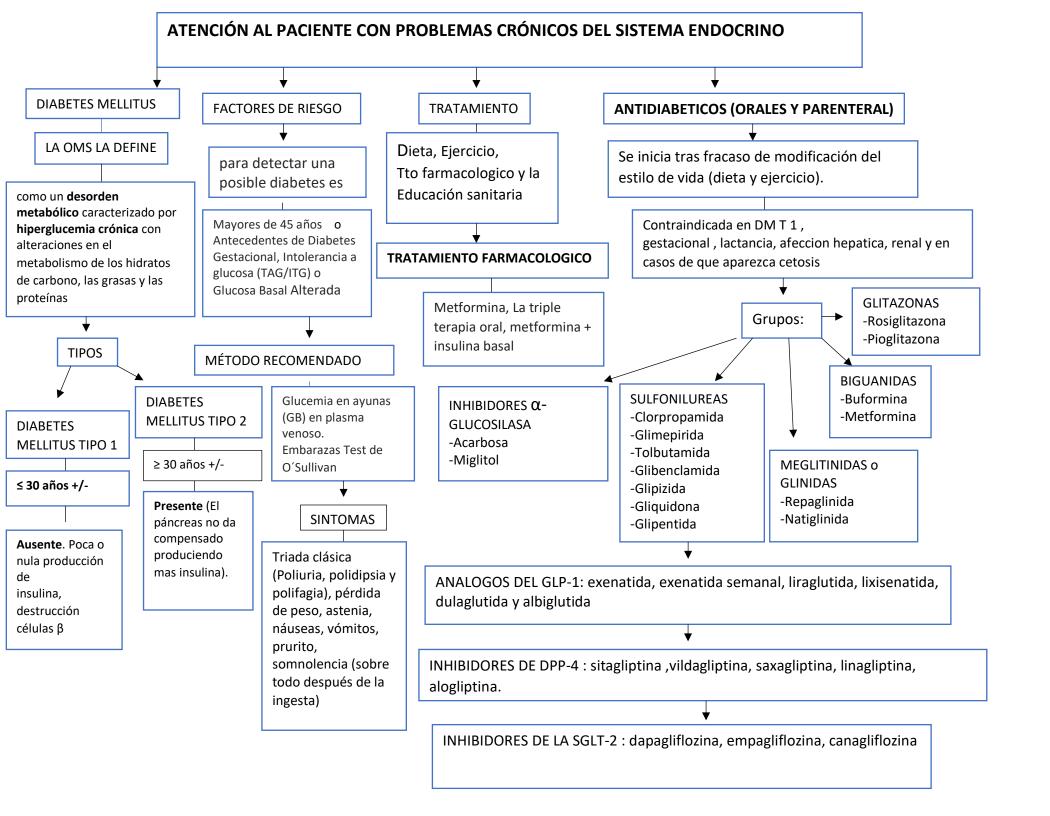
MATERIA: ENFERMERIA DEL ADULTO

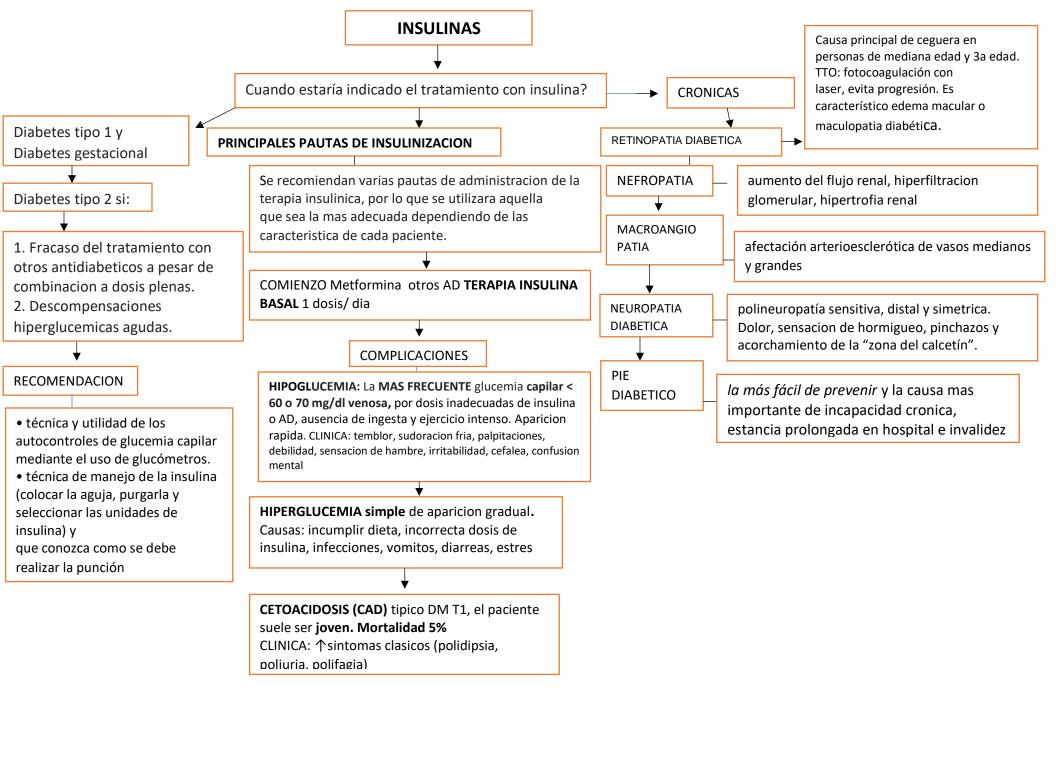
NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: SEXTO

Lugar y Fecha de elaboración: FRONTERA COMALAPA CHIAPAS 12/07/2022





DIABETES INSIPIDA

Deficit de ADH (central o neurogénica) o cuando el riñón no responde a la ADH (nefrogénica). Causas: TCE, tumores centrales, alcohol, intoxicación de litio.

clínica: hiperglucemia, polidipsia, poliuria (4-20 L/dia , solo agua, apenas solutos, no glucosuria), deshidratacion, hipernatremia y ↑osmolaridad plasmática

HIPOPARATIROIDISMO

La causa mas frecuente es la cirugia de tiroides donde se extirpa tambien paratiroides. No hay PTH -> hipocalcemia e hiperfosfatemia.

clínica: temblor, **tetania**, convulsión, dolor abdominal y muscular, calambres

PATOLOGIA TIROIDEA

Las hormonas tiroideas, T3 y T4, se trasportan por la sangre unidas a proteínas y solo la fracción "libre" es activa. La **T3 es activa en los tejidos** (la T4 necesita transformarse en T3 en los tejidos para ejercer su acción).

Agrandamiento de la glandula tiroides, puede ser difuso, nodular o multinodular (nódulos frios no producen hormonas y no captan en gammagrafia o nódulos calientes que si producen hormonas y captan

BOCIO

CAUSAS: deficit (+ frecuente) o exceso de Iodo e ingestas de sustancias Bociogenas (litio, berzas, mandioca, nueces.....)

síntomas compresivos, dolor, disfagia, disnea, ronquera......), **signo de Pemberton** (congestión facial, ingurgitación yugular y sincope

HIPOTIROIDISMO

Causas: déficit de yodo (+Frecuente), tras tiroidectomia o tto con l₁₃₁(hipotiroidismo postablativo), tiroiditis de Hashimoto o la producida por fármacos como Li o amiodarona.

HIPERPARATIROIDISMO

Exceso de PTH -> hipercalcemia e hipofosfatemia.

Causas: + frecuente Adenoma paratiroideo, otras son déficit de vit D, IRC, Ca.

clínica: litiasis renal, ulcera gástrica, osteoporosis, somnolencia, **debilidad muscular**, estreñimiento, dolor abdominal

TIROIDITIS

DE **HASHIMOTO** - mas frecuente en mujeres. Causa: autoinmune. Clinica: **hipotiroidismo leve** por inflamación y a veces hipertiroidismo. Dx: TSH ,T3 y T4 ⁻, anticuerpos antitiroideos

HIPERALDOSTERONISMO

1rio adenoma suprarrenal (síndrome de Conn) y 2rio exceso activación del sist renina-angiotensina aldosterona (por vasoconstricción vasos renales). CLINICA: HTA, hipopotasemia, hiperhidratación, Na.

TTO: dieta pobre en Na, suplementos de K, diuréticos ahorradores k

FEOCROMOCITOMA

Tumor de la medula suprarrenal productor de adrenalina y/o noradrenalina.

CLINICA: taquicardia, HTA, sudoracion, palpitaciones, cefalea.

PATOLOGIA SUPRARRENAL

HIPERANDROGENISMO SUPRARRENAL

Exceso de andrógenos suprarrenales por hiperplasia suprarrenal congénita (causa + frecuente)

CLINICA: en hombres asintomáticos, mujeres tienen pubarquia precoz, hirsutismo, acné, virilización (sdre adrenogenital)

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL O ENFERMEDAD DE ADDISON

Deficit de todas las hormonas suprarrenales (androgenos, glucocorticoides y mineralocorticoides).

-1_{ria:} por infarto, necrosis, inflamacion autoinmune....

CLINICA: 4H (Hipoglucemia, hipotensión, Hiponatremia e Hiperpotasemia), cansancio,

HIPERCORTISOLISMO

Exceso de glucocorticoides.

- Exogeno o iatrogénico (mas frecuente): por tto con glucocorticoides. Hay atrofia de suprarrenales y ¯ACTH CLINICA: obesidad en tronco, cara (cara de luna llena), interescapular (giba de búfalo), atrofia cutánea con estrías, mala cicatrización, hirsutismo, acné, cansancio, osteoporosis, HTA, inmunosupresión, hiperglucemia.

OTRAS PATOLOGIAS

ACROMEGALIA

Exceso de GH. CLINICA: crecimiento oseo a lo ancho y de tejidos blandos, > tamano partes acras (nariz, orejas, labios, lengua, pomulos, mandibula), piel gruesa

ENANISMO HIPOFISARIO

Deficit de GH en la infancia CLINICA: retraso crecimiento, obesidad troncular, cara de muñeca