

ENFERMEDADES ENDOCRINAS

PRINCIPALES PROBLEMAS ENDOCRINOS EN EL ADULTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIABETES

Es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía. En la **diabetes tipo 1**, el cuerpo no produce insulina. En la **diabetes tipo 2**, la más común, el cuerpo no produce o no usa la insulina de manera adecuada. Sin suficiente insulina, la glucosa permanece en la sangre.

Cuidados de Enfermería

- 1 Educar al paciente diabético es crucial para garantizar el éxito de todas las formas terapéuticas.
- 2 Garantizar un régimen de insulina de múltiples componentes o hipoglucemiantes orales, combinados o separados, para fomentar la normoglicemia del paciente.
- 3 Fomentar un equilibrio entre el consumo de alimentos, la actividad física y la dosis del medicamento.
- 4 Es necesario incentivar la comunicación entre el paciente y el personal del área.
- 5 Es imprescindible el apoyo psicológico.
- 6 Fomentar la reducción en el consumo de calorías tendiente a minimizar la producción hepática de glucosa.
- 7 El ejercicio constituye la piedra angular en el tratamiento del paciente diabético tipo 2, pues disminuye la resistencia a la insulina, el peso corporal, los lípidos y otros factores de riesgo cardiovascular.



ALTERACIONES ENDOCRINAS

HIPERTIROIDISMO

El hipertiroidismo, o tiroides hiperactiva, ocurre cuando la glándula tiroides produce más hormonas tiroideas de las que su cuerpo necesita.

Cuidados de Enfermería

Hoy dos aspectos básicos: el emocional y físico. El primero tiene que informar al paciente de su enfermedad y artar estados de irritabilidad y ansiedad. Lo físico, se vigilará al paciente ante manifestaciones como oftalmológicas, musculares o temeratura entre otras.



- 1 Proteger a la persona de experiencias que lo alteren fuertemente (visitas, molestias) para disminuir su ansiedad.
- 2 Valorar signos de oftalmopatía de Graves (incapacidad de cerrar los párpados, visión doble, sequedad y picor de ojos).
- 3 Actuar dependiendo de los síntomas del paciente.
 - Piel: fina y sudorosa, enrojecimiento facial y eritema palmar
 - Anajos: uñas blandas, el pelo suele caer en pequeños zonas y es fino
 - Higiene: reforzada por aumento de sudoración
 - Dolor: posible muscular y abdominal
 - Termorregulación alterada, por aumento del metabolismo, e intolerancia al calor
- 4 Educar a la familia sobre las relaciones de la persona y el porqué de ellos.
- 5 Insistir que el medio sea fresco y limpio (evitar apañamiento), hacer que la persona disfrute de música agradable, programas ligeros de tv y actividades de distracción o relajación.

HIPOTIROIDISMO

El hipotiroidismo, o tiroides hipocativa, ocurre cuando la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas para satisfacer las necesidades del cuerpo.

Cuidados de Enfermería

Incluye la vigilancia del paciente y solventar los problemas de imagen y respuesta social que suelen presentar estos pacientes. Será muy importante el apoyo emocional.



- 1 Brindar apoyo emocional
- 2 Explicar sobre sus expectativas de curación
- 3 Informar a la persona y/o familiares acerca del problema que presenta
- 4 Controlar funciones vitales, especialmente la temperatura del paciente
- 5 Administrar dieta hipocalórica pero rica en proteínas y con bastante residuos.
- 6 Control de funciones vitales, especialmente de frecuencia cardíaca (pulso, ritmo cardíaco, presión arterial)
- 7 Auscultar el corazón y los ruidos del tórax en busca de ruidos pericardios o derrame pleural
- 8 Proporcionarle un ambiente tranquilo, fuera de ruidos y otros sonidos que causen alteración en la persona

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

ENFERMEDAD DE ADDISON

Las glándulas suprarrenales se localizan justo arriba de los riñones.

La enfermedad de Addison ocurre cuando las glándulas suprarrenales no producen suficientes hormonas. Esta enfermedad suele ser consecuencia de un problema con el sistema inmunitario.

Cuidados de enfermería

- 1 Participar en la detección precoz e intervención en la emergencia Addisoniana.
- 2 Identificar signos y síntomas que indican instauración de la crisis:
Taquicardia, hipotensión, taquipnea y palidez, propios del shock hipovolémico.
- 3 Programar visitas para controlar tensión arterial, pulso y peso.
- 4 Valorar posibles signos como hiperpigmentación de la piel y turgencia de la misma.
- 5 Comprobar la existencia de retención de líquidos e informar sobre una dieta elevada en sodio.
- 6 Fomentar el ejercicio físico alternando con periodos de reposo.
- 7 Informar al paciente y familiares de la importancia de evitar situaciones de estrés y, en caso de ser inevitables, instruir sobre la modificación de su dosis.
- 8 Detectar cualquier problema asociado al tratamiento, identificando la dosificación insuficiente con manifestaciones como letargo o hipoglucemia, así como sobredosificación que puede dar lugar a osteoporosis o Síndrome de Cushing.
- 9 Una vez detectada la enfermedad, llevar un control y seguimiento.



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL

PACIENTE ONCOLÓGICO

Por **paciente oncológico** se entiende un paciente que ha sufrido o sufre un tumor. A causa de su condición clínica particular, el paciente oncológico necesita un enfoque multidisciplinario y tiene que ser seguido de una manera diferente a los pacientes que padecen otras enfermedades, tiene derecho a protección jurídica y económica.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- 1 Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- 2 Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados de la cavidad oral antes o después de comer.
- 3 Administrar medicamentos antes de comer (analgésicos, anti-piréticos) si es necesario.
- 4 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya a localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- 5 Asegurarse de que el paciente reciba los analgésicos correctos.
- 6 Romper o desmenuzar los pastillas antes de su administración.
- 7 Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, trabajo y responsabilidad de roles).
- 8 Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos.



INTOXICACIÓN DE ORGANOFOSFORADOS

Los organofosforados son de los pesticidas más utilizados. Se trata de sustancias orgánicas derivadas del ácido fosfórico. Se utilizan habitualmente como insecticidas en agricultura (control de plagas) y en el ámbito doméstico, pero también se usan en veterinaria y medicina, como aditivo en algunas industrias y como arma química (terrorismo).

El alto grado de toxicidad de los compuestos organofosforados se debe a la inhibición de la enzima acetilcolinesterasa (AChE), cuya función es desactivar la acetilcolina en el sistema nervioso, lo que provoca un exceso de actividad colinérgica a nivel del sistema nervioso central, periférico y autónomo (simpático y parasimpático), que es la responsable de la sintomatología.

La inhibición de la AChE en sangre, SNC y otros tejidos causa una excesiva estimulación de los receptores muscarínicos (corazón y glándulas sudoríparas), nicotínicos (músculo esquelético, médula adrenal y ganglios autonómicos) y del sistema nervioso central, como consecuencia de la acumulación de acetilcolina.

ETIOLOGIA

La toxicidad por organofosforados se produce en diferentes circunstancias:

- LABORAL: la más frecuente. La vía de entrada es la inhalatoria o cutáneo-mucosa.
- VOLUNTARIA: con fines autolíticos.



● **ACCIDENTAL:** ingestión accidental del producto o alimentos contaminados por estas insecticidas. Uso de terrorismo químico.

Las vías de entrada son:

● **Vía aérea:** la más frecuente, inicio rápido de síntomas, en seg o min.

Agricultores, fumigadores, etc.

● **Vía digestiva:** en las intoxicaciones accidentales y en los intentos autolíticos.

Clínica más grave pero de inicio más lento, en 30-90 min, persiste días.

● **Vía cutánea:** relacionada con exposiciones laborales o uso indebido

como pediculicida. Inicio de síntomas más lento y menor gravedad.

● **Vía parenteral:** excepcional.

SINTOMAS

El cuadro clínico comienza entre 30 min y 2H tras el contacto, dependiendo de la vía de entrada, la dosis, el tipo de organofosforado y la susceptibilidad individual. La dosis peligrosa oscila entre 0.1 y 5 grs, según el compuesto.

● **SINDROME COLINÉRGICO:** producido por la sobreestimulación colinérgica por acúmulo de acetilcolina. Síntomas muscarínicos, nicotínicos y de afectación del SNC. (Tabla 1)

● **SINDROME INTERMEDIO:** aparece a las 24-96 H. Se manifiesta como una debilidad y parálisis de los músculos respiratorios, los proximales de las extremidades, faciales y del cuello, en ausencia de síntomas colinérgicos. Puede persistir varios días y producir una insuficiencia respiratoria grave que requiera ventilación mecánica.

● **NEUROPATIA RETARDADA:** a las 2-4 semanas.

— Sistema nervioso periférico: el cuadro se inicia en extremidades inferiores en forma de calambres y parestesias no dolorosas que progresan hacia un cuadro típico de segunda motoneurona

o inferior, de evolución retrógrada / centripeta y ascendente (Parálisis flácida e hiporeflexia).

- Sistema nervioso autónomo: Frialdad y sudoración en extremidades inferiores.
- Sistema nervioso central: síndrome piramidal o de primera motoneurona o superior, con signos de espasticidad e hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos excepto el aquileo.

● OTROS

- Hiperglucemia, acidosis metabólica, cetosis, hipocaliemia y leucocitosis.
- Insuficiencia respiratoria grave, que es la principal causa de muerte.
- Neurológicas: alteraciones neuropsicológicas crónicas inespecíficas.
- Arritmias cardíacas.
- Toxicidad directa del producto, signos de inflamación, ulceración o necrosis.
- Hepatitis, pancreatitis e insuficiencia renal aguda.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la intoxicación por organofosforados

Síndrome muscarínico	Síndrome nicotínico	Afectación del SNC
Miosis y visión borrosa.	Fasciculaciones y calambres musculares	Cefalea, confusión, ansiedad, insomnio,
Alteración de la acomodación	Debilidad y parálisis de la musculatura estriada	falta de concentración, pérdida de memoria y psicosis
Hipersecreción bronquial, tos y broncoespasmo	Taquicardia e hipertensión	Ataxia, temblor, disartria, vértigo
Diaforesis, lagrimeo, rinorrea y sialorrea	Hiperglucemia	Hipotensión
Náuseas, vómitos, dolor abdominal	Palidez	Depresión respiratoria
Incontinencia urinaria y fecal	Mioclónicas	Convulsiones y coma
Bradycardia, hipotensión arterial y bloqueos A-V		

CLASIFICACIÓN

Se puede clasificar según su gravedad en distintos grados: (Tabla 2)

- Grado 0: No intoxicación.
- Grado 1: Intoxicación leve: síntomas irritativos y/o síndrome muscarínico incompleto.
- Grado 2: Intoxicación moderada: síntomas muscarínicos y nicotínicos.
- Grado 3: Intoxicación grave: asociación compromiso cardiovascular, respiratorio y/o del SNC, y requieren soporte de funciones vitales.
- Grado 4: Muerte.

Tabla 2. Clasificación por gravedad

Síntomas	Grado 1 (leve)	Grado 2 (moderado)	Grado 3 (grave)
Digestivo	Náuseas, vómitos, diarrea, cólicos	Síntomas grado 1 (++) Sialorrea	Síntomas grado 1 (+++) Sialorrea (+++)
Respiratorio	Tos, disnea, broncoespasmo	Síntomas grado 1 (++) Hipoxemia	Síntomas grado 1 (+++) Insuficiencia respiratoria
Neurológico	Cefalea, mareo, vértigo, miosis, somnolencia	Coma superficial, miosis puntiforme, convulsión	Coma profundo, miosis convulsiones (+++), depresión respiratoria
Cardiovascular		Taquibradicardia Hiper/hipotensión (<90 mmHg TAS)	Bradicardia extrema
Muscular		Fasciculaciones	Fasciculaciones (+++)
Piel		Sudoración	Sudoración (+++), cianosis
Laboratorio	Colinesterasa normal	Colinesterasa disminuida (50-75%)	Colinesterasa disminuida (>75%), hiperglucemia, hipocalcemia

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica y de exposición al tóxico.
- Sintomatología clínica y olor característico.
- Exploraciones complementarias.
- Mejoría de los síntomas tras la administración de atropina.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Reducción de la actividad de la acetilcolinesterasa plasmática (40%) o intracitocitaria (50% de la actividad basal).
- ECG de 12 derivaciones.
- Analítica sanguínea.
- Amilasa.
- Radiografía de tórax.

TRATAMIENTO

- **ELIMINACIÓN DEL TÓXICO:** eliminar cuanto antes la mayor cantidad del tóxico, para evitar absorción y contaminación del personal sanitario.
 - Vía de entrada respiratoria: retirar al paciente de la zona contaminada.
 - Vía de entrada cutáneo - mucosa: hay que desvestir la ropa del paciente y lavar con abundante agua y jabón.
 - Vía de entrada digestiva: realizar lavado gástrico y administrar carbón activado a dosis de 1g/kg.
- **ESTABILIZACIÓN INICIAL:** mantener vía aérea permeable, respiración y circulación adecuadas, control de bradiarritmias (regla del ABC). Administrar oxígeno y colocar al paciente en prono o decúbito lateral izquierdo.
- **SOPORTE VENTILATORIO:** Los pacientes con intoxicación moderada - grave pueden presentar disminución del nivel de conciencia, abundantes secreciones e insuficiencia respiratoria por parálisis de los músculos respiratorios. Precizando en estas casos soporte con ventilación mecánica.
- **MEDICACIÓN**
 - Atropina
 - Oximas (Pralidoxima)
 - Benzodiazepinas
 - Bicarbonato sódico 1M
 - Sulfato de magnesio
 - Salbutamol
 - Difenhidramina

CUIDADOS DEL PACIENTE CON FRACTURAS

DE MIEMBROS INFERIORES

Una **fractura** se define como la lesión de un hueso caracterizada por la interrupción de la continuidad del tejido óseo. Se manifiesta por dolor, inflamación, impotencia funcional y deformidad. Los tipos de fracturas en miembros inferiores son:

— Fracturas de fémur: son las más frecuentes, y habitualmente en pacientes mayores de 60 años, sobre todo en mujeres afectadas de osteoporosis. Se clasifican según la localización anatómica de la lesión:

— Intracapsulares:

- Capital: afecta a la cabeza femoral.

- De cuello: afecta al cuello del fémur.

— Extracapsulares:

- Peritrocantérea: afectación de los trocánteres.

- Subtrocantérea: por debajo del trocánter.

- Aisladas de los trocánteres.

— Fractura de rodillo: en forma de fractura de la meseta tibial o rotura ligamento cruzado anterior.

- Fractura de tibia y peroné.

- Fractura de pelvis.

- Fractura de tobillo:

por rotura de calcáneo, coxartrosis de cadera y gonartrosis de rodillo.



Oblicua



Cominuta



Espiral



Compuesta

CUIDADOS

● Cuidados preoperatorios

Control del dolor, temperatura, movilidad y coloración de la extremidad de miembro, fomentar el autocuidado del paciente, control y registro de deposiciones durante el ingreso, prevenir deterioro de la integridad cutánea vigilando zonas de presión según el protocolo de UPP.

● Cuidados durante el postoperatorio

— Control de constantes, cura de la herida quirúrgica, cuidados de la vía central y periférica, control de drenajes, sondas y Férulas.

— Paciente portador de tracción blanda: revisar la piel previniendo laceraciones. Comprobando colocación, habrá que cambiar la tracción cuando las tiras adhesivas estén despegadas.

— Paciente portador de férula o escayola: comprobar que no erosiona ni macera la piel en los bordes y que se encuentra bien almohadillado.

— Administración del tratamiento médico, dieta progresiva, eliminación, actividad-reposo, control de signos y síntomas para prevenir la aparición de complicaciones potenciales.

● Cuidados de preparación al alta

— Procedimiento y frecuencia de curas así como día de retirada de gasas.

— Signos y síntomas de alarma, sangrado, signos de infección, Fiebre, separación de bordes de herida quirúrgica, en caso de fractura/prótesis de cadera, a paciente no podrá: cruzar las piernas, sobrepasar el ángulo de 90° entre pierna y tronco.

FRACTURA DE CRÁNEO

Una **fractura de cráneo** consiste principalmente en la rotura de uno o más huesos de la cabeza. De hecho, una fractura craneal no solo causa la fractura en el hueso, sino que produce sangrado cerca del tejido cerebral debido a lesiones en venas y arterias. También se producen daños en los nervios y en el tejido cerebral.

Las fracturas de cráneo pueden o no suponer una **lesión cerebral**, aunque normalmente la fractura no implica lesión cerebral. Las fracturas, especialmente las que se dan en la parte de atrás y en la base del cráneo pueden llegar a desgarrar las meninges, los tejidos que protegen el encéfalo.

TIPOS DE FRACTURAS

• **Lineal:** ocurre en líneas definidas, es una fractura cerrada que no tiene depresiones o pulverizaciones y no corta la piel.

• **Compuesta:** incluye esquirlas en el hueso y sale a través de la piel. Se produce una fractura en el cráneo, daño cerebral.

• **Con hundimiento:** el cráneo se hunde presionando al cerebro.

• **Basal:** la fractura está en la base, alrededor de ojos, nariz o base craneal cercana a la columna.





SINTOMAS

Sangrado, que puede ser tanto de la herida como por la nariz, oídos o alrededor de los ojos. Aparición de hematomas bajo los ojos o los orejas. Cambio en el tamaño de los pupilas. Confusión. Convulsiones. Problemas de equilibrio. Somnolencia. Migraña y dolor de cabeza. Perdido de conocimiento. Cuello excepcionalmente rígido. Problemas para hablar y pronunciar. Náuseas y vómito. Dificultades motoras. Alteraciones visuales. Imagen de una perforación en el cráneo.

PRONÓSTICO

El pronóstico de la enfermedad será positivo siempre que no exista **daño cerebral**. Las fracturas en el cráneo son normalmente leves, siendo el tratamiento necesario mínimo, consistente simplemente en solucionar los problemas de heridas y evaluar el estado neurológico del paciente. En el caso de que exista daño cerebral, las consecuencias pueden ser muy severas, desde discapacidades que pueden o no ser permanentes hasta la muerte.

PRUEBAS MÉDICAS

Las fracturas de cráneo se diagnostican normalmente a través de una **tomografía computarizada (TC)**, esta prueba es mejor que la resonancia magnética nuclear (RMN).

CAUSAS

Las **causas de las lesiones** en la cabeza y, por ende las lesiones que implican una fractura en el cráneo acostumbra a ser lesiones que tienen su origen en impactos, golpes o choques en la cabeza. Estos se dan en accidentes de tráfico, practicando deportes, etc. En mayores de 65 años, en los que más de un 80% de los casos de fractura de cráneo el origen está en una caída.

La **segunda causa** de estas lesiones es un accidente en el que un elemento pesado o contundente acaba impactando en la cabeza del paciente, como por ejemplo sería una pelota de golf, un escombros que cae, etc. En este caso, el traumatismo o accidente es fuerte, por lo que supera la elasticidad de los huesos del cráneo, rompiéndolos y provocando las fracturas.

El accidente automovilístico es la **tercera causa** principal de esta patología, aunque normalmente los daños cerebrales que se generan en un accidente automovilístico son realmente severos.

Una fractura de cráneo **no se puede prevenir**, ya que está ocasionado debido a un accidente o traumatismo.

EMERGENCIA

URGENCIA

Una **emergencia** se considera una situación médica en que la vida y la salud del paciente se enfrentan a una amenaza inmediata. En situaciones de emergencia, se deben tomar medidas urgentes para evitar que la situación empeore.

EJEMPLOS

- Dolor de pecho
- Señal de infarto o ataque cardíaco
- Lesión craneal
- Dolor abdominal
- Pérdida de consciencia

Las salas de **urgencia** son perfectas para la mayoría de situaciones en las que la vida del paciente no se encuentra en un peligro inminente. Se recibe la atención adecuada, los tiempos de espera pueden ser más cortos.

EJEMPLOS

- Fiebre
- Dolor de oído
- Dolor de garganta y/o tos
- Enfermedad respiratoria
- Asma leve
- Diarrea
- Infección urinaria



La principal diferencia entre emergencia y urgencia es que en situaciones de emergencia existe una amenaza inmediata para la vida y la salud; mientras que en una urgencia, no existe peligro o amenaza inmediata para el paciente, pero si no se atiende a tiempo, la situación puede convertirse en una situación de emergencia.

ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN

LACTANCIA

DOMICILIARIA

La clínica de lactancia domiciliaria permite realizar intervenciones de salud en el contexto de la vida cotidiana de las personas, realizar una valoración individual, del binomio y de la familia, considerando aspectos de la salud física, psicológica, afectivo, social y contextual que pudieran estar influyendo en el desarrollo.

ACTUACION DE ENFERMERIA

1. Dar a conocer a la familia como practicar los medidas preventivas, es decir aquellos que previenen enfermedades y accidentes, lavado de manos, uso de baño y letrina, agua potable, recolección y eliminación de excretas, etc.

2. aconsejar a la madre acerca de las posibles dificultades con la lactancia materna (problema de alimentación o bajo peso).

3. Enseñar a la madre sobre la succión ineficiente para el amamantamiento.

4. Enseñar a la madre la mejora de la posición y el agarre del bebé.

5. aconsejar a la madre acerca de la alimentación y los líquidos y a que tiempo de edad comenzar con la alimentación.

6. Evaluar la alimentación de la niña o niño

7. Enseñar a la madre el tipo de cuidado, como tratarlo y darle afecto al bebé.

