



Enfermería Intensiva

www.elsevier.es/ei



FORMACIÓN CONTINUADA Y AUTOEVALUACIÓN

Revisión de conocimientos sobre cuidados a pacientes con trastornos endocrinológicos

Review of the knowledge on care to patients with endocrinological disorders

A. Cabrejas Ayuso

Diplomada Universitaria en Enfermería, Certificación de Enfermería en la Atención del Paciente Crítico (CEEC), Unidad de Cuidados Intensivos, Coordinadora de Trasplantes, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

ENFERMERIA INTENSIVA incorpora un sistema anual de autoevaluación y acreditación dentro de un Programa de Formación Continuada sobre la revisión de conocimientos para la atención de enfermería al paciente adulto en estado crítico. Uno de los objetivos de ENFERMERIA INTENSIVA es que sirva como instrumento educativo y formativo en esta área y estimule el estudio continuado.

Las personas interesadas en acceder a la obtención de los créditos de Formación Continuada, que a través de la SEEIUC otorga la Comisión Nacional de Formación Continuada, deberán remitir cumplimentada la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias), dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número, a la *Secretaría de la SEEIUC*. Vicente Caballero, 17. 28007 Madrid.

PREGUNTAS

1. Indica la afirmación cierta sobre el glucagón:

- a. Es fabricado por la glándula paratiroidea.
- b. Se acumula en los adipocitos hepáticos.
- c. Se considera un precursor inactivo de la glucosa.
- d. Es producido por el páncreas y eleva los niveles de glucemia.
- e. Todas son falsas.

2. Con relación a las alteraciones en la regulación endocrina en los pacientes en muerte encefálica ¿Cuál de las siguientes respuestas es incorrecta?

- a. La diabetes insípida es frecuente y consecuencia del déficit de hormona antidiurética.
- b. Los niveles de hormona tiroidea están reducidos en los donantes y no responden a la administración exógena de triyodotironina.
- c. La hiperglicemia debe ser tratada con insulina, preferentemente administrada por vía endovenosa.
- d. En la analítica encontramos: hipernatremia, hipomagnesemia, hipopotasemia, hipocalcemia e hipofosfatemia.
- e. En la diabetes insípida está indicada la administración de desmopresina por su acción selectiva sobre los receptores V1.

Correo electrónico: casiain@unav.es

3. En un paciente diagnosticado de feocromocitoma, cuáles de los siguientes diagnósticos de enfermería podemos encontrar:
- Ansiedad relacionada con el aumento de las catecolaminas y manifestado por cefalea, palpitaciones, sudoración, nerviosismo, náuseas, vómitos y síncope.
 - Deterioro del patrón del sueño relacionado con niveles altos de catecolaminas.
 - Riesgo de perfusión tisular inefectiva: cardiopulmonar y renal relacionado con episodios de hipotensión.
 - A, B y C son correctos.
 - A, B y C son incorrectos.
4. En un paciente diagnosticado de feocromocitoma, ¿qué fármacos se deben evitar?
- Rocuronio.
 - Fármacos liberadores de histamina.
 - Ketamina.
 - Vecuronio.
 - B y C son correctas.
5. ¿En qué situación es necesario controlar la aparición de hipopotasemia?
- Cuando al paciente se le administran múltiples enemas.
 - En la insuficiencia renal.
 - Cuando el paciente recibe politransfusiones sanguíneas.
 - En el proceso de una deshidratación.
 - En pacientes quemados.
6. ¿Cuál de estas actividades no estaría en el plan de cuidados del post-operatorio de una extirpación de un tumor hipofisiario por vía transesfenoidal?
- Control de peso del paciente.
 - Valoración del olfato del paciente.
 - Frotar enérgicamente las encías.
 - Evitar actividades que eleven la presión intracraneal.
 - Mantener la cabecera de la cama a 30°.
7. Ante un paciente que sufre en coma hipoglucémico en la vía pública, se administrará:
- Glucosa por vía oral y se vigilará la aparición de convulsiones.
 - Glucagón intramuscular e insulina.
 - Glucosa intramuscular y se trasladará al paciente a un centro hospitalario.
 - Glucagón intramuscular ó subcutáneo y glucosa endovenosa, y se llevará el paciente al hospital.
 - Líquidos endovenosos y se mantendrá en observación como mínimo 24 h.
8. En relación con el control de la glicemia en el paciente crítico, según las recomendaciones de la American College of Endocrinology y la American Diabetes Association, señale la afirmación verdadera:
- Los niveles de glucosa se deben mantener entre 110–180 mg/dL.
 - Los niveles de glucosa se deben mantener entre 90–130 mg/dL.
 - Ante valores superiores a 110 mg/dL hay que administrar insulina.
 - Los controles de glicemia se deben realizar cada 2 h en pacientes críticos tratados con insulina endovenosa.
 - Todas son falsas.
9. ¿Qué características reúnen el grupo de pacientes críticos con indicación de control estricto de glucemia?
- Ventilación mecánica >48 h y más de 5 días de estancia en el servicio de medicina intensiva.
 - Postoperatorio de cirugía cardíaca.
 - Sepsis grave/Shock séptico.
 - Síndrome de disfunción multiorgánica.
 - Todas son ciertas.
10. Con relación al tratamiento de la cetoacidosis diabética, señale la respuesta correcta:
- La hidratación siempre se realizará con suero fisiológico o salino al 0,9%.
 - Se administrará cloruro potásico desde el inicio del tratamiento, independientemente de los niveles de potasio en sangre.
 - Se administrará bicarbonato de forma rápida.
 - La perfusión de insulina endovenosa se suspenderá inmediatamente tras iniciar la administración de insulina vía subcutánea.
 - Todas son incorrectas.
11. En relación con las alteraciones en los niveles de sodio plasmático, señale la afirmación incorrecta:
- La hiponatremia grave ($\text{Na}^+ < 115 \text{ mEq/L}$) se debe corregir con suero salino hipertónico al 3%.
 - En la hiponatremia grave está desaconsejado la corrección rápida de los niveles de sodio, es decir $> 12 \text{ mEq/L/24h}$.
 - En la hipernatremia, la disminución de los niveles de sodio plasmático debe ser $> 1 \text{ mEq/L/h}$.
 - En la hipernatremia el déficit de agua debe corregirse gradualmente durante más de 48 h.
 - Todas son falsas.
12. En relación al tratamiento de la hipocalcemia es correcto todo lo siguiente, excepto:
- Administración de gluconato cálcico al 10%.
 - Administración de gluconato cálcico junto con bicarbonato.
 - Determinación de niveles de magnesio en el caso de hipocalcemia resistente al tratamiento.
 - En el caso de que exista hipopotasemia asociada, se corregirá primero la hipocalcemia por riesgo a desencadenar tetania.
 - El gluconato cálcico se puede disolver tanto en suero salino como en suero glucosado.
13. En relación con los pacientes con diabetes mellitus y una herida quirúrgica, señale la respuesta correcta:
- Presentan cuerpos cetónicos en tejido celular subcutáneo.
 - Tienen una mayor resistencia a los antibióticos.
 - Tienen una capacidad reducida para combatir los gérmenes patógenos.
 - Tienen un mayor número de microorganismos en la piel.
 - No tienen mayor riesgo de infección de la herida quirúrgica.

14. En relación con la elevada secreción de cortisol, señale la respuesta correcta:
- Produce un descenso del nivel de glucemia.
 - Indica un trastorno hipofisario.
 - Disminuye la respuesta inmunitaria.
 - Aumenta los niveles de glucemia.
 - C y D son ciertas.
15. Un muchacho de 12 años de edad acude al hospital con disminución del apetito, aumento de la sed, micción frecuente y pérdida de peso durante las últimas 3 semanas. En las últimas 24 h aparece letárgico, los análisis muestran un Na^+ de 147 mEq/l, K^+ 5,4 mEq/l, cloro de 112 mEq/l, bicarbonato de 6 mEq/l, glucosa de 536 mg/dl, urea de 54 mg/dl, creatinina de 2 mg/dl y un pH de 7,18. La cetonuria es positiva. ¿Cuál de las siguientes medidas es la más adecuada para comenzar el tratamiento del paciente?
- Hidratación con suero salino hipotónico, 10 unidades de insulina subcutánea y bicarbonato.
 - Hidratación con suero salino isotónico, y perfusión de insulina endovenosa.
 - Hidratación con suero salino isotónico, perfusión de insulina endovenosa y bicarbonato.
 - Hidratación con suero salino hipotónico, perfusión de insulina endovenosa y bicarbonato.
 - Hidratación con suero salino hipotónico y 10 unidades de insulina subcutánea.
16. Un paciente diabético ingresa en urgencias presentando bajo nivel de conciencia, glucemia de 350 mg/dl, Na^+ 150 mEq/l, K^+ 3,1 mEq/l, bicarbonato de 12 mEq/l, pH 7,14 y cetonuria. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas no es adecuada?
- Administrar insulina rápida en bomba de infusión.
 - Administrar suero fisiológico.
 - Administrar cloruro potásico.
 - Administración de expansores plasmáticos.
 - Vigilancia estricta de constantes, pH y glucemia.
17. Una mujer de 62 años acude a urgencias letárgica y con una tensión arterial de 100/60. Su glucemia es de 1250 mg/dl, Na^+ 130 mEq/l, K^+ 4,6 mEq/l, Cl^- 18 mEq/l, urea de 67 mg/dl y la creatinina de 2 mg/dl. El tratamiento de la enfermedad debe incluir:
- Suero salino hipotónico y potasio.
 - Suero salino hipotónico e insulina.
 - Suero salino isotónico e insulina.
 - Suero salino hipotónico, bicarbonato e insulina.
 - Suero salino isotónico, bicarbonato, insulina y potasio.
18. ¿Con qué valores se define la hipoglicemia neonatal?
- Entre 20–25 mg/dl.
 - 30 mg/dl en sangre total.
 - 35 mg/dl en suero o plasma.
 - Igual que en el adulto, 50 mg/dl.
 - Todas son falsas.
- 19.Cuál de las siguientes hormonas tiene efecto hiperglicemiante?
- Insulina.
 - Somatotropina.
 - Oxitocina.
 - Prolactina.
 - Tirotropina.
20. Ante un paciente diabético que presenta sudoración, frialdad y pérdida de conciencia, señale la actividad de enfermería prioritaria:
- Determinar el valor de glucemia.
 - Administrar 5 U.I. de insulina NPH por vía endovenosa.
 - Ofrecerle alguna bebida azucarada.
 - Proteger la vía aérea.
 - A y D son correctas.
21. Un paciente diabético de 16 años acude a urgencias con un cuadro de cetoacidosis, con una glucemia de 600 mg/dl y un pH de 7,15. Las medidas terapéuticas incluyen la administración en perfusión intravenosa de insulina. ¿Cuál debe ser el criterio para suspender la perfusión?
- Una glucemia de 250 mg/dl.
 - Una glucemia estable.
 - Un buen estado de hidratación.
 - Un descenso de la glucemia de 200 mg/dl respecto a la basal.
 - La corrección de la acidosis.
22. En relación a un paciente diabético tipo I que presenta fiebre, tos y escalofríos ¿Qué afirmación es correcta?:
- Necesita disminuir su dosis de insulina.
 - Necesita aumentar su dosis de insulina.
 - Necesita revisar su glucemia atentamente durante esos días.
 - Necesita reposo y control de la fiebre.
 - Todas son falsas.
23. Indique cual de las siguientes actividades no se incluirá en el plan de cuidados de la enfermedad de Cushing:
- Vigilar la aparición de sangrado de mucosas.
 - Controlar los niveles de glucosa en sangre.
 - Controlar la aparición de infecciones nosocomiales.
 - Administrar una dieta rica en sodio.
 - Controlar el peso.
24. En relación con una situación de hiperparatiroidismo, señale la afirmación incorrecta:
- Restricción hídrica menor de 1 litro/24 h.
 - Administración de dieta pobre en calcio.
 - Estimular la movilización.
 - Evitar caídas y cambios posturales bruscos.
 - Valorar los dolores óseos y administrar analgesia.
25. En un paciente con hipoparatiroidismo no se observan:
- Convulsiones.
 - Estridor laríngeo.
 - Fracturas patológicas.
 - Náuseas.
 - Parestesias alrededor de la boca.

BIBLIOGRAFÍA. Fuentes consultadas y recomendadas para el estudio del tema

Arafah BM. Hypothalamic pituitary adrenal function during critical illness: limitations of current assessment methods. *J Endocrinol Metab.* 2006; 91(10): 3725–45.

Buonocore D. Treatment of Hyperglycemia. *Crit Care Nurs.* 2008; 28(6):72–3.

De Block C, Manuel-y-Keenoy B, Rogiers P, Jorens P, Van Gaal L. Glucose control and use of continuous glucose monitoring in the intensive care unit: a critical review. *Curr Diabetes Rev.* 2008; 4(3):234–44.

Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico. Sociedad española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). 2005

Malacorner P, Casaglie S, Cellai F, Di Sarco I. *Minerva Chir.* 1995; 32 (1–4): 11–33.

Mechanick JI, Handelsman Y, Bloomgarden ZT. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2007;10(2): 193–6.

Nylen ES, Muller B. Endocrine changes in critical illness. *J Intensive Care Med.* 2004;19(2):67–82.

Redaelli, B. Hydroelectrolytic equilibrium change in dialysis. *J Nephrol.* 2001; 14 Suppl 4: S: 7–11.

Siragy HM. Hyponatremia, fluid-electrolyte disorders, and the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion: diagnosis and treatment options. *Endocr Pract.* 2006;12 (4):446–57.

Young WF. Pheochromocytoma: diagnostic approach. *Endocrinology and Metabolism. Clinics of North America.* 1997; 26(4): 801–13.