

**Nombre:** Julissa Guadalupe Díaz Sánchez



**Docente:** Marcos Jhodany Arguello Gálvez

**Materia:** ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

**Cuatrimestre:** 7mo

**Grupo** "c"

**Fecha de entrega:** 06 de Diciembre del 2020

Atención de enfermería con descompensaciones diabéticas

Representan dos desequilibrios metabólicos diferentes que se

Manifiestan por déficit de insulina e hiperglucemia intensa

Manejo farmacológico

Manejo de enfermería.

Insulina

Bicarbonato

POTASIO

Es una

hormona polipeptídica sintetizada por las células  $\beta$  de los islotes de Langerhans en el páncreas

La importancia del control de la

Glucemia para reducir las complicaciones en el sujeto diabético se ha demostrado claramente en estudios prospectivos a largo plazo, aleatorios y de intervención

- Educar al paciente diabético es crucial para garantizar el éxito de todas las formas terapéuticas.
- Garantizar un régimen de insulina de múltiples componentes o hipoglicemiantes orales, combinados o separados, en esquemas que fomenten la normoglucemia del paciente.
- Fomentar un equilibrio entre el consumo de alimentos, la actividad física y la dosis del medicamento.
- Familiarizar al paciente con el auto monitoreo de la glucosa sanguínea (SMBG), que reemplazó a la prueba de orina como método de control.
- Es necesario incentivar la comunicación entre el paciente y el personal del área de la salud.
- Es imprescindible el apoyo psicológico.
- Fomentar la reducción en el consumo de calorías tendiente a minimizar la producción hepática de glucosa.
- 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 perfiles lipídicos y otros factores de riesgo cardiovascular.

- Hipopotasemia grave ( $K^+ < 3,3$  meq/l)  $\Rightarrow$  No administrar insulina e infundir 30 meq/h.
- Hasta que el  $K^+ > 3,3$ .
- $K^+ > 5,3$ : No administrar  $K^+$  y control cada 2 horas
- $K^+ 4,5-5$ : 10 meq/h.
- $K^+ 4 - 4,5$ : 15 meq/h.
- $K^+ 3,5 - 4$ : 20 meq/h.
- $K^+ 3 - 3,5$ : 30 meq/h. Aumentar la infusión de potasio en caso de administración de bicarbonato

- Ph  $< 6,9$ : 250 cc  $HCO_3^-$  1/6 Molar en 30 min y 250 cc en 1,5 h. Repetir si ph  $< 7,0$ .
- Ph 6,9-7: 250 cc  $HCO_3^-$  1/6 Molar en 1h. Repetir si ph  $< 7,0$ .
- Ph  $> 7$ : No administrar  $HCO_3^-$ . La insulina bloquea la lipólisis y resuelve la cetoacidosis sin necesidad de añadir bicarbonato. La administración de bicarbonato puede estar asociado a efectos adversos como un mayor riesgo de hipopotasemia, disminución de la captación tisular de oxígeno y edema cerebral

- Mantener la glucemia entre 150 y 200 mg/dl hasta la resolución de la cetoacidosis y entre 200-300 mg/dl en la descompensación hiperosmolar.
- En caso de no corrección de la cetoacidosis y glucemias inferiores a 100 mg/dl, será necesario utilizar glucosado al 10%.
- Una vez que la cetoacidosis se haya controlado ( $HCO_3^- > 18$  y ph  $> 7,3$ ) y el paciente sea capaz de comer, considerar la sustitución por insulina s.c en régimen de multidosis bolo- basal

- Bolus inicial: 0,1UI/kg i.v. +infusión continua de insulina rápida 0,1 ui/kg/h o 5 UI/h
- Si La glucemia no desciende a un ritmo de 50- 70 mg/dl en la primera hora, doblar la dosis de insulina infundida
- Si glucemia  $\leq 250$  mg/dl en CAD o  $\leq 300$  mg/dl en SHH reducir la dosis de insulina a 0,05 UI/kg/h.
- No disminuir la perfusión de insulina a  $< 1$  UI por hora.

## **Bibliografía**

(2020). *ANTOLOGIA DE ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES* . Comitán de Domínguez:  
Universidad del Sureste .