


- 
- Materia: Enfermería en urgencias y desastres.
  - Carrera: Lic. enfermería
  - Semestre/ cuatrimestre: 7 "c"
  - Maestro/a: arguello Gálvez marcos jhodany.
  - Alumno: Sánchez espinosa Iván Julián

# MANEJO CON DESCOMPENSACIONES DIABÉTICA

Representan dos desequilibrios metabólicos diferentes que se manifiestan por déficit de insulina e hiperglucemia intensa. La DHH aparece cuando una carencia de insulina provoca hiperglucemia intensa, que da lugar a deshidratación y a un estado hiperosmolar. En la CAD el déficit de insulina es más intenso y produce un aumento de cuerpos cetónicos y acidosis.

## CETOACIDOSIS DIABÉTICA

La CAD es una situación grave en la que un importante déficit de insulina

y un aumento de hormonas contrarreguladoras (glucagón, catecolaminas, glucocorticoides y GH)

Produce:

A) hiperglucemia (glucosa >250),

B) lipólisis y oxidación de ácidos grasos que producen cuerpos cetónicos (acetona, betahidroxibutirato, y acetoacetato)

C) acidosis metabólica (ph < 7,3) con anión GAP ( $\text{Na}^- - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$  elevado (>15).

## CETOACIDOSIS: CAUSAS DESENCADENANTES

El mal cumplimiento terapéutico, después de las infecciones intercurrentes, es una de las causas más frecuentes de CAD.

- Errores en el tratamiento con insulina.
- Infección, neumonía y urinaria (30-50%).

- Comienzo de una diabetes (30%).
- Comorbilidad, IAM, ACV, pancreatitis.

- Medicación hiperglicemiante: corticoides y tiazidas. Simpaticomiméticos, antipsicóticos atípicos.

## Clínica

CAD suele producirse en un periodo breve (24 h)

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE CAD;

Síntomas;

- Sed y polidipsia.
- Poliuria
- Fatiga
- Náuseas y vómitos

Signos;

- Deshidratación
- Taquicardia
- Hipotensión postural
- Piel seca y caliente

## Evaluación inicial del paciente con sospecha de CAD Y DHH

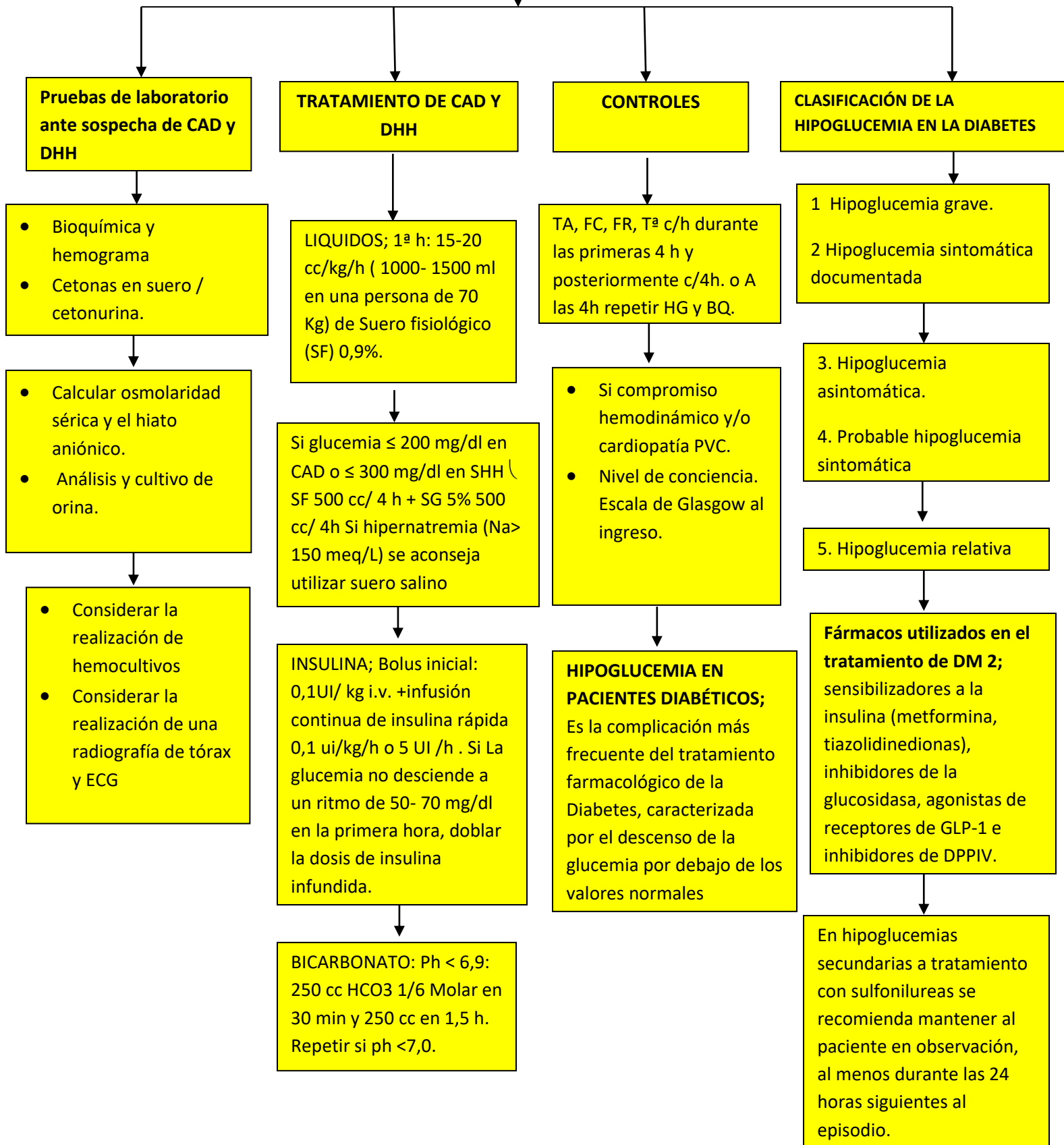
- Antecedentes de diabetes, medicamentos y síntomas
- Antecedentes de medicaciones relacionadas con la diabetes

- Utilización de medicamentos.
- Antecedentes sociales y médicos (incluido el consumo de alcohol, cocaína y extasis).

- Vómitos y capacidad de ingerir líquidos vía oral.

- Exploración física descartando la presencia de una infección.

# MANEJO CON DESCOMPENSACIONES DIABÉTICA



Dominio: 2 Nutrición

Clase: 4 Metabolismo

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de nivel de glucemia inestable

**Factores relacionados (causas) (e)**

Conocimiento deficiente sobre el manejo de la diabetes, aporte dietético superior a los requerimientos, monitorización inadecuada de la glucemia, falta de aceptación del diagnóstico, falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes o de plan terapéutico, nivel de actividad física menor a la recomendada, aumento de peso, estrés, manejo incorrecto de la medicación, desinterés por su salud, Monitorización inefectiva de la glucemia, negación del diagnóstico etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Adquiere conocimiento en el control de la diabetes.	-Importancia de la nutrición, ejercicio, en el control de la glucemia. -Prevención de la hiperglucemia y síntomas relacionados -Prevención de la hipoglucemia y síntomas relacionados -Conocimientos y valores de límites de la glucemia. -De impacto de una enfermedad aguda sobre la glucemia. -De como utilizar un dispositivo de monitorización -De acciones a realizar en relación a la glucemia. -De régimen de insulina prescrito y uso correcto de la insulina. -De la técnica adecuada para preparar y administrar insulina. -Comienzo pico y duración de la insulina -Eliminación adecuada de jeringas y agujas -De régimen de hipoglucemiantes orales prescrito y almacenamiento adecuado de la medicación -De efectos secundarios de la medicación -Cuando obtener ayuda de un profesional sanitario.	1-Ningún conocimiento. 2-Conocimiento escaso. 3-Conocimiento Moderado. 4-Conocimiento sustancial. 5-Conocimiento extenso.	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.  El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b> .  <u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u>

**INTERVENCIONES (NIC): ASESORAMIENTO NUTRICIONAL**

**ACTIVIDADES**

- Identificar las conductas alimentarias que se desea cambiar para hacer las recomendaciones pertinentes y mejorar el estilo de vida.
- Establecer metas realistas a corto y a largo plazo para la modificación del estado nutricional.
- Utilizar tablas nutricionales institucionales para ayudar al paciente a valorar su ingesta calórica.
- Demostrar de manera atractiva el plato del buen comer: frutas, verduras, carne azada, agua natural suficiente, entre otros.
- Orientar al paciente a considerar factores de riesgo relacionados con su edad, recursos económicos, cultura y estilo de vida relacionados con la nutrición.
- Instruir al paciente sobre el registro del consumo de alimentos y calorías en 24 horas para verificar su régimen nutricional.
- Informar al paciente sobre la importancia de evitar o disminución el consumo de los alimentos no permitidos, como: carbohidratos, sales, azúcares, refrescos de cola, etc.
- Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo al paciente en los cambios de hábitos alimenticios.
- Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca del logro de sus metas para mejorar su calidad de vida.
- Valorar los esfuerzos realizados para resaltar su autoestima.
- Dar seguimiento periódico de los avances en la modificación de la conducta alimentaria del paciente y retroalimentar con resolución de dudas el programa dietético.

**INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA ACTIVIDAD / EJERCICIO PRESCRITO**

**ACTIVIDADES**

- Evaluar la capacidad del paciente sobre el conocimiento del ejercicio y la actividad que realiza.
- Informar al paciente del propósito y del beneficio del ejercicio prescrito para mejorar la condición cardiovascular del organismo.
- Orientar al paciente para avanzar de forma segura en la actividad y/o ejercicio.
- Advertir al paciente acerca de los peligros de hacer un esfuerzo mayor en sus actividades.
- Proporcionar información al paciente acerca de los recursos y/o grupos de apoyo comunitario para aumentar el cumplimiento del ejercicio.
- Enseñar al paciente una buena postura y mecánica corporal para disminuir riesgos de lesión durante la actividad.
- Advertir al paciente de los efectos al exponerse al calor y frío extremos, de la conservación de la energía, de utilizar dispositivos de ayuda, del sedentarismo, adicciones, y otros.
- Difundir la información con carteles llamativos e información precisa.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS**

**Dominio: 11 Seguridad / protección**      **Clase: 1 infección**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

**Factores relacionados (causas) (e)**

Enfermedad, crónica, alteración de las defensas primarias (rotura de la piel, estasis de líquidos, cambios del pH de las secreciones, alteración del peristaltismo), inmunosupresión, falta de conocimientos en el autocuidado y la terapéutica médica, alteración de la circulación, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Desarrolla conocimiento en: El cuidado de la integridad tisular piel y mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conserva la temperatura de la piel.</li> <li>- La Sensibilidad.</li> <li>- La elasticidad.</li> <li>- La hidratación y</li> <li>- La transpiración.</li> </ul>	1-Gravemente comprometido 2-Sustancialmente comprometido. 3- Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5-No comprometido.	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.  El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e <b><u>idealmente aumentarla</u></b> .
Mantener la perfusión periférica efectiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar el llenado capilar de los dedos de manos y pies.</li> <li>- La coloración de la piel.</li> <li>- La temperatura y pulsos.</li> <li>- Presión sanguínea.</li> </ul>		<b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b>
Detección del riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza y consulta recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos.</li> <li>- Reconoce e identifica signos y síntomas que indican riesgo para la salud.</li> </ul>	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	

**INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LA PIEL**

**ACTIVIDADES**

- Recomendar al paciente dormir con ropa cómoda, evitar ropa de cama de textura áspera y evitar fricciones.
- Orientar de la importancia de darse masajes para estimular la circulación, sobre todo en zonas de riesgo.
- Usar protectores para los talones, si el paciente lo considera necesario.
- Valorar diariamente las condiciones de la piel para minimizar o detectar oportunamente cualquier signo o síntoma de lesión cutánea, sobre todo de los miembros inferiores, como: color, dolor, temperatura, llenado capilar, turgencia, etc.
- Promover la higiene personal completa todos los días, recomendarle que revise sus piernas, las uñas y los pies principalmente.
- Enseñar al paciente el cuidado de pies y las uñas.
- Estimular la circulación con ejercicios pasivos y constantes por lo menos cada tercer día para aumentar la producción de oxígeno.
- Lubricar la piel frecuentemente con cremas (lanolina, aceite de oliva) para mantenerla suave y flexible, o ungüentos, sobre todo en las zonas donde se observa mayor resequecedad y riesgo de lesión.
- Enseñar al paciente la limpieza y el cuidado de las uñas de acuerdo a su capacidad de autocuidado e involucrar a la familia y observar algún cambio en la coloración de estas.
- Valorar las condiciones de los pies para ver si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformaciones o edema, posteriormente ponerlos en remojo para revisar los espacios interdigitales.
- Promover la importancia del cuidado de uñas y pies, así como de mantener la limpieza y estado general de zapatos y calcetines.
- Observar la hidratación de los pies.
- Recomendarle asistir al podólogo para el cuidado de los pies y el corte de uñas gruesas si fuera necesario y evite lastimarse.

**INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES CIRCULATORIAS**

**ACTIVIDADES**

- Observar si presenta signos o síntomas de insuficiencia arterial en los miembros inferiores así como edema.
- Recomendar al paciente caminar 15 minutos diarios para estimular la circulación.
- No cruzar las piernas.
- En caso de tener un alto riesgo de lesión cutánea, no dar masajes por ningún motivo.
- Motivar al paciente a los ejercicios pasivos.
- Recomendar al paciente dejar de fumar si fuera fumador, para mejorar la oxigenación de sus tejidos.
- Recomendarle se realice estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (PT), tiempo de tromboplastina parcial (PTT), recuento de plaquetas, entre otros.

## Bibliografía

- AN PEARSON, PRACTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERÍA MC GRAW HILL (2008).
- ALIAS ROVIRA GIL, URGENCIAS EN ENFERMERÍA, LIMOSA, 2002.
- LORETO MAL GARCÍA, ENFERMERÍA EN DESASTRES, MC GRAW HILL, 2008.