



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**LIC. EN ENFERMERÍA**

**TEMA: CUADROS SINÓPTICOS**

**ALUMNO: URIEL DE JESÚS MARTÍNEZ HERNÁNDEZ**

**GRADO: 7**

**GRUPO: D**

**MATERIA: ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y DESASTRES**

**DOCENTE: JUANA INÉS HERNÁNDEZ LÓPEZ.**

**VILLAHERMOSA, TABASCO A 03 DICIEMBRE DEL 2021**

**Atención de enfermería a pacientes con alteraciones metabólicas.**

**Atención de enfermería con descompensación es diabéticas.**

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. La CAD y la DHH no son excluyentes y pueden aparecer simultáneamente.

**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) y
- c) acidosis metabólica (ph < 7,3) con anión GAP (Na- (Cl+HCO3) elevado (>15).

**Cetoacidosis: causas desencadenantes**

Errores en el tratamiento con insulina.  
\*Infección, neumonía y urinaria (30-50%).  
\*Comienzo de una diabetes (30%).  
\*Comorbilidad, IAM, ACV, pancreatitis.

\*Medicación hiper-glicemiante: corticoides y tiazidas. Simpaticomiméticos, antipsicóticos atípicos.  
\*Stress psicológico, trauma, alcohol cocaína.  
\*Causa desconocida (2-10%)

**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

\*Identificar el factor precipitante de la hiperglucemia (embarazo, infección, omisión de insulina, IAM, ACV)  
\*Evaluar situación hemodinámica  
\*Exploración física descartando la presencia de una infección  
\*Evaluar la volemia y el grado de deshidratación  
\*Evaluar la presencia de cetonemia y trastornos ácido básicos

**Pruebas de laboratorio ante sospecha de CAD y DHH**

- ❖ Bioquímica y hemograma
- ❖ Cetonas en suero / cetonuria
- ❖ Calcular osmolaridad sérica y el hiato aniónico
- ❖ Análisis y cultivo de orina
- ❖ Considerar la realización de hemocultivos
- ❖ Considerar la realización de una radiografía de tórax y ECG
- ❖ Hba1c

**Hipoglucemia en pacientes diabéticos**

Es la complicación más frecuente del tratamiento farmacológico de la Diabetes, caracterizada por el descenso de la glucemia por debajo de los valores normales: arbitrariamente la podemos definir como las cifras de glucemia por debajo de 70 mg/dl. Ocurre como consecuencia de un desbalance entre factores que elevan y bajan la glucemia (Aumentan la glucemia: Ingesta y hormonas contrarreguladoras; disminuyen la glucemia: disminución de la ingesta, actividad física, exceso de insulina e hipoglucemiantes orales)

**Atención  
enfermería  
hemorragia  
digestiva.**

**HDA**

Hemorragia digestiva alta (HDA): sangrado por encima del ángulo de Treitz. Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis (vómito en sangre roja o en poso de café) o melenas (deposición negra, pegajosa y maloliente).

**HDB**

Hemorragia digestiva baja (HDB): Sangrado distal al ángulo de Treitz. Se manifiesta habitualmente como rectorragia (emisión de sangre roja fresca y/o coágulos) o hematoquecia (sangre mezclada con las heces).

**MANEJO INICIAL**

\*Breve anamnesis que confirme el episodio de hemorragia digestiva.  
\*Valoración hemodinámica: determinando la presión arterial, la frecuencia cardíaca y valorando los signos y síntomas de compromiso.

**Anamnesis  
exploración  
y física.**

Sonda nasogástrica (SNG): Puede ser necesaria su colocación si existe duda del origen del sangrado, permitiendo confirmar que nos encontramos ante una HDA si se objetivan restos hemáticos.

**Valoración  
pronostica**

Se recomienda el empleo de escalas pronósticas tanto antes como después de la endoscopia. Su empleo permite identificar los pacientes que se beneficiarían de una endoscopia urgente, predecir el riesgo de efectos adversos y determinar el tratamiento a seguir. La más utilizada y conocida es la propuesta por Rockall

**Índice  
de  
Rockall.**

La probabilidad de recidiva hemorrágica puede predecirse a partir de los estigmas endoscópicos de alto riesgo descritos por Forrest, tamaño de la úlcera (mayor de 2 cm) y su localización (cara posterior de bulbo o porción alta de la curvatura menor gástrica).