



# **Mi Universidad**

## **Cuadro sinóptico**

*Nombre del Alumno: Anyeli Guadalupe Ordoñez Lopez*

*Nombre del tema: Atención de enfermería a pacientes con alteraciones metabólicas*

*Parcial: 4to parcial*

*Nombre de la Materia: Urgencias y desastres*

*Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 7to Cuatrimestre*

*Lugar y Fecha de elaboración*

*Comitán de Domínguez, Chis. A 30/11/22*

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALTERACIONES METABÓLICAS.**

**4.1. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON DESCOMPENSACIONES 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 CONTRA REGULADORAS (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, NEUMONIA Y URINARIA (30-50%)
- COMIENZO DE UNA DIABETES (30%)
- COMORBILIDAD, IAM, ACV, PANCREATITIS.
- MEDICACIÓN HIPER-GLICEMIANTE: CORTICOIDES Y TIAZIDAS. SIMPATICOMIMÉTICOS, ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS.

SED Y POLIDIPSIA, HIPERVENTILACIÓN, POLIURIA, DESHIDRATACIÓN, FATIGA, TAQUICARDIA, PÉRDIDA DE PESO, HIPOTENSIÓN, POSTURAL, ANOREXIA, PIEL SECA Y CALIENTE, NÁUSEAS, VÓMITOS, OLOR, CETÓSIKO

**4.2 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA.**

SE DEFINE HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO LA PÉRDIDA DE SANGRE PROCEDENTE DEL APARATO DIGESTIVO.

**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). AUNQUE OCASIONALMENTE CUANDO ES MASIVA (>1 LITRO), PUEDE MANIFESTARSE COMO RECTORRAGIA.

- MANEJO INICIAL**
1. BREVE ANAMNESIS QUE CONFIRME EL EPISODIO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA.
  2. VALORACIÓN HEMODINÁMICA: DETERMINANDO LA PRESIÓN ARTERIAL, LA FRECUENCIA CARDÍACA Y VALORANDO LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE COMPROMISO

SEGÚN EL ORIGEN DEL SANGRADO LA CLASIFICAMOS EN:

**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).

**ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN 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.

BIBLIOGRAFIA:

ANTOLOGIA DE ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES.