



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.

4.2 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA.

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

SEGÚN EL ORIGEN DEL SANGRADO LA CLASIFICAMOS EN:

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA (HDB)

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, CETÓLICO

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.

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 HECE).

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

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.