



Mi Universidad

Cuadro sinóptico.

Nombre del Alumno: Espinoza Morales Fernanda Judith.

Nombre del tema: Cuidados al paciente diabético y hemorragia digestiva.

Parcial: Cuarto.

Nombre de la Materia: Enfermería en urgencias y desastres.

Nombre del profesor: Morales Hernández Felipe Antonio.

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería.

Cuatrimestre: Séptimo.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON DECOMENSACIONES 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).
- 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, ACU, pancreatitis.
- Medicación hiper-glicemiante: corticoides y tiazidas. Simpaticomiméticos, antipsicóticos atípicos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE CAD.

- Sed y polidipsia: Hiperventilación (Kussmaul).
- Poliuria: Deshidratación.
- Fatiga: Taquicardia.
- Pérdida de peso: Hipotensión postural.
- Anorexia: Piel seca y caliente Náuseas, vómitos: Olor cetósico. Dolor abdominal: Alteración de la conciencia o coma.
- Calambres musculares: Si hay fiebre descartar infección.

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 éxtasis).
- Vómitos y capacidad de ingerir líquidos vía oral.
- Identificar el factor precipitante de la hiperglucemia (embarazo, infección, omisión de insulina, IAM, ACU).

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 acidobásicos.

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.

TRATAMIENTO DE CAD Y DHH.

- 1ª h: 15-20 cc/kg/h (1000- 1500 ml en una persona de 70 Kg) de Suero fisiológico (SF) 0,9%.
- 2ª-5ª h: 4- 15 cc/kg/h (250- 1000 en una persona de 70 Kg) de Suero fisiológico (SF) 0,9%.
- 5- 10 h: SF 1000 cc/ 4 h.

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).

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. En los casos de hemorragia masiva la primera manifestación clínica puede ser la aparición de un shock hipovolémico, síncope e incluso ángor.

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. Sin embargo, un aspirado normal no excluye el diagnóstico de HDA, puesto que la sangre puede haber sido aclarada del estómago en el momento del sondaje o bien exista una lesión sangrante duodenal que vierta su contenido distalmente si no hay reflujo pilórico.

Bibliografía

UDS. (02 de 12 de 2022). *UDS*. Obtenido de ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y DESASTRES.:
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/8209f21aa951d06c43110238f2573dd4-LC-LEN702%20ENFERMERIA%20EN%20URGENCIAS%20Y%20DESASTRES.pdf>