



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

RESUMEN DE EDAY PLANES DE HIDRATACIÓN

DOCENTE: Dr. JEFFERY ANZHONY CRUZ ROBLES

ALUMNO: Jesus Alberto Perez Dominguez

MATERIA: Pediatría

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 6 "A"

FECHA: 26 de Mayo del 2021
Comitán de Domínguez, Chiapas

Diarrea Aguda.

→ En el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de insustitución rápida. Se puede acompañar de signos y síntomas = náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. La causa más común son las Infecciones gastrointestinales, que produce una gastroenteritis o inflamación de la mucosa gástrica e intestinal.

Epidemiología = La diarrea aguda es una de las enf. más comunes en niños y la segunda causa de morbilidad y mortalidad de escolar mundial.

Etiología = la principal etiología en la edad infantil es la viral, pudiendo ser los agentes bacterianos y predominantemente epocais del año. Los parásitos constituyen una causa infrecuente de diarrea en niños sanos.

Causas de diarrea aguda:

<ul style="list-style-type: none">■ Infecciones<ul style="list-style-type: none">- entéricas y extraintestinales■ Alimentos contaminados.- Leche de vaca y proteínas de soja■ Trastornos absorción / digestión.- Deficit de lactasa y sacarasa - sorbitasa	<ul style="list-style-type: none">■ cuadros quirúrgicos<ul style="list-style-type: none">■ Apendicitis aguda - Intusussuscepción■ Ingesta de tóxicos- laxantes y Antibióticos■ Intoxicación metales pesados.- Cobre y Zinc.
<ul style="list-style-type: none">■ Diarrea Viral: Rotavirus Grupo A<ul style="list-style-type: none">- Adenovirus entérico - Astrovirus- Coronavirus humano (nonovirus y sapovirus)■ Diarrea parasitaria:<ul style="list-style-type: none">- Giardia lamblia- Cryptosporidium parvum	<ul style="list-style-type: none">■ Diarrea bacteriana:<ul style="list-style-type: none">- salmonella (S. Typhi y paratyphi)- Salmonella no tifoides (S. enteritidis, S. typhimurium)- Shigella (Shigella sonnei)- Campylobacter jejuni, - Yersenia enterocolitica.- Escherichia coli: E. coli enteropatógeno, E. coli enteroxigénico, E. coli enteroinvasivo E. coli enterohemorrágico, E. coli enteroadherente, E. coli enteroagregante- Aeromonas.

Fisiopatología

La diarrea se produce cuando el volumen de agua y electrolitos presentado al colon excede su capacidad de absorción, disminuyéndose de forma considerable por los heces. Esto puede deberse a un aumento en la secreción y/o una disminución de la absorción a nivel de intestino delgado o el colon.

▶ Las toxinas microbianas pueden ligarse a los receptores del antrocto y estimular la secreción epitelial de agua e iones.

▶ Los MOOS pueden dañar el enterocito produciendo una ↓ en la absorción de electrolitos, una pérdida de las hidrolasas del borde en capillo y un escape de fluido a través del epitelio.

▶ La lesión por daño directo de la célula epitelial tiene lugar en las infecciones por agentes virales como Rotavirus, aunque en este caso además una proteína viral codifica como enterotoxina.

▶ Intolerancia a la lactosa = Deficit transitorio de lactasa por daño de las enzimas del borde en capillo intestinal.

▶ Sensibilización a las proteínas de la leche de vaca = absorción de antígenos de la leche de vaca que puede desencadenar una respuesta inmune, local o sistémica.

Diagnóstico

- Valoración del estado de hidratación

% pérdida de peso

	Deshidratación Leve	Deshidratación Moderada	Deshidratación Severa
- Lactante	- 4-5 %	- 5-10 %	- > 10 %
- Niño mayor	- < 3 %	- 3-9 %	- > 10 %
Mucosas	+/-	+	+
Erigencia cutánea	-	+/-	+
Depresión de la fontanela A.	-	+	+ / ++
Hundimiento ocular	-	+	+
Respiración	Normal	Profunda Posiblemente Rápida	Profunda y rápida
Hipotensión	-	+	+
Pulso Radial	Frecuencia y fuerza normal	Rápido y débil	Rápido, débil a veces impalpable
Temperatura	Normal	Frío	Acrocianosis
Flujo de orina	Exceso	oliguria	oliguria/anuria.

Estimación de la alteración de electrolitos

	Isotónica	Hipotónica	Hipertónica
Nivel sérico de Na (mEq/L)	130-150	< 130	> 150
Frecuencia	80 %	5 %	15 %
Liq. Extracelular	Disminuido	Disminuido	Disminuido
Liq. Extracelular	Mantenido	Aumentado	Disminuido
Clinica	Hipovolemica: ojos hundidos, pliegue, hipotenia, shock	Hipovolemica	más neurológica & fiebre, Sed intensa, irritabilidad convulsiones, ceguera

Diagnóstico Etiológico

- Síntomas orientativos de diarrea bacteriana, como son = fiebre alta, melena, dolor abdominal, o alteración neurológica.
- otros datos = comienzo brusco, ausencia de vómitos, presencia de leucocitos en heces, > proteína C Reactiva
- El estudio microbiológico = coprocultivo y detección de antígeno de rotavirus del grupo A, adenovirus y astrovirus.

Tratamiento

- corrección de la deshidratación y recuperación nutricional
- + Rehidratación (más adelante)
- + nutrición: Realimentación precoz, tipo de alimentos (facil de digestión, absorción), lactancia materna, fórmula/leche para lactantes, lactosa y leche espesadas
- + farmacológico = Antibiótico (por enf. bacteriana), loperamida.

Prevención

- higiene ambiental en el medio familiar, limpieza de manos, los objetos empleados en la manipulación de niños con diarrea.
- vacunas para los rotavirus.

PLANES DE REHIDRATACION "A-B-C"

	A	B	C
1) pregunte por:			
Sed	Normal	Más de lo normal.	EXCESIVA
Orina	Normal	Poca cantidad, oscura.	NO orinó durante 6 hrs.
2) Observe			
- Aspecto	Alerta	Irritado o decaído	Deprimido o comatoso !
- Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos, llorosos lagrimosos.
- Boca y lengua	Húmedos	Secos	Muy secos, sin saliva.
- Respiración	Normal	Más rápida de lo normal	Muy rápida y profunda.
3) Explore			
- Elasticidad de la piel	El pliegue se deshace rápido	El pliegue se deshace lento	(2-5-5) El pliegue se deshace muy lento
- Fontanela	Normal	Hundida - se palpa -	muy hundida - se palpa y absum-
- Pulso	Normal	Más rápido de lo normal	Muy rápido, fino o no se palpa !
- llenado capilar	< 2 segundos	3-5 segundos.	> 5 segundos !
4) Decida:	No tiene deshidratación	si tiene 2 o más síntomas o signos tiene deshidratación	si tiene 2 o más de estos síntomas o signos: tiene deshidratación grave
			Si tiene 1 o más de los signos menores con ! tiene deshidratación grave con shock hipovolémico
	Aplique PLAN A para prevenir la deshidratación	Aplique PLAN B para tratar la deshidratación	PLAN C
5) Tratamiento			PLAN C
			Si el niño puede beber y no hay shock, comenzar por Vía Oral o por SNG
			Comenzar EV? • Si hay shock • Si hay vómitos (abundantes) • Si hay Ileo • Si hay convulsiones.



PLAN A	PLAN B	PLAN C
En el domicilio	SRO (Sales de Rehidratación Oral)	Derivar al hospital
Recomendar:		Mientras tanto:
- Dar más líquido	• 50-100 ml/Kg en 4 horas.	- Colocar vía EV con solución polielectrolítica a 25 ml/Kg/hora o solución fisiológica.
- No suspender lactancia		- Si puede beber, comenzar hidratación VO a 20 ml/Kg/hora.
- Alimentarlo		- Si no puede beber, colocar SNG con SRO a 20 ml/Kg/hora.
Si la diarrea empeora dar SRO:		
• < 2 años: 50-100 ml		
• > 2 años: 100-200 ml	- Evaluar cada hora	
después de cada deposición líquida.	- hasta un max. de 4 horas.	
• Control en 24 hrs.		
• Explicar signos de alarma		

Reevaluar

Sin deshidratación	Sigue deshidratado	Aumentó la deshidratación
- Plan A, en el domicilio	• Continuar con el plan B 2 hrs más.	Derivar para Plan C
- comenzar alimentación en el centro de salud.	↳ Si se hidrata...	
- comenzar a las 24 hrs.	• Si no se hidrata...	

Criterios de exclusión para el tratamiento en las 2 primeras fases:

- Menores de 2 ^{meses} años con algún grado de deshidratación
- Deshidratado grave: Vómitos incoercible, Shock, íleo, convulsiones.

ANEXOS

Hidratación de Mantenimiento

REGLA DE HOLLIDAY - SEGAR (BASADA EN 24 HORAS)



REGLA DE GOTEO

$$\frac{\text{Total de Volumen a hidratar}}{\#\text{Horas} \times 3} = \frac{\text{Total de Volumen a hidratar}}{72}$$

EJEMPLO

#PEDIATRÍA @MPTPERU

Hidratación de Deshidratados

PLAN A MANEJO EN CASA (ACRE)

ORIENTADO AL MANEJO DE DESHIDRATACIONES LEVES



PLAN B MANEJO INTRAHOSPITALARIO

ORIENTADO AL MANEJO DE DESHIDRATACIONES MODERADAS



#PEDIATRÍA @MPTPERU

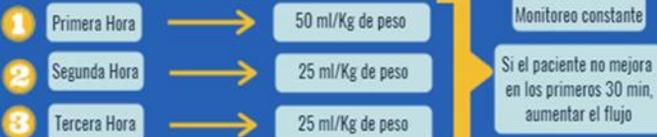
Hidratación de Deshidratados

PLAN C MANEJO INTRAHOSPITALARIO

ORIENTADO AL MANEJO DE DESHIDRATACIONES SEVERAS



DEBE HIDRATARSE POR VÍA ENDOVENOSA CON SOLUCIÓN POLIELECTROLITICA (SPE), LACTATO DE RINGER O SOLUCIÓN SALINA NORMAL



Si después de 2 horas el paciente empeora → Interconsultar a UCI

Si hay mejoría evidente después de la 3era hora → Pasar a Plan B

Ejemplo de Mantenimiento

PESO DE PACIENTE: 34 KG



REGLA DE GOTEO

$$\frac{1780 \text{ ml}}{\#\text{Horas} \times 3} = \frac{1780 \text{ ml}}{72} = 24,7 \text{ gotas / min} \rightarrow \text{REDONDEANDO } 25 \text{ gotas / min}$$

BIBLIOGRAFÍA

Planes de Hidratacion ABC | Pediatría | Hidratación | uDocz. (2021). Retrieved 27 May 2021, from <https://www.udocz.com/pe/read/67270/planes-de-hidratacion-abc>.

Hidratación del Paciente Pediátrico | Enfermedades | Pediatría | uDocz. (2021). Retrieved 27 May 2021, from <https://www.udocz.com/pe/read/45583/hidratacion-del-paciente-pediatrico>