

Nombre del alumno:

Abner Ivan Perez Ruiz

Materia:

Antropologia medica I

Nombre del Docente:

Dra. Axel

Tema:

Plan de rehidratacion oral y caso clinico

Campus Berriozábal,
Tuxtla gutierrez, chiapas

Segunda Unidad

Fecha:

09/10/2024

Rehidratación Oral

La rehidratación oral es un tratamiento fundamental para contrarrestar la deshidratación, una condición que ocurre cuando el cuerpo pierde más líquidos de los que ingiere, este proceso es crucial en situaciones de enfermedades como la diarrea, vómitos o condiciones que causan sudoración excesiva, donde el cuerpo pierde no solo agua, sino también electrolitos esenciales como el sodio, potasio y cloro, la terapia de rehidratación oral (TRO) consiste en administrar soluciones que contienen una combinación específica de agua, sales y azúcar, diseñada para reponer el equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo de manera efectiva, la TRO fue desarrollada en la década de 1960 como una solución sencilla y eficaz para tratar la deshidratación causada por enfermedades diarreicas, que son una de las principales causas de mortalidad en niños menores de cinco años, especialmente en países en desarrollo. Antes de este avance, el tratamiento estándar implicaba la administración de líquidos por vía intravenosa, un método costoso, invasivo y poco accesible en áreas con recursos limitados, el descubrimiento de la TRO revolucionó el tratamiento de la deshidratación, ya que es económico, fácil de preparar y puede administrarse por personas no capacitadas en sus propios hogares.

La solución estándar de rehidratación oral, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye glucosa, que facilita la absorción del sodio y el agua en el intestino delgado, esta combinación de sales y azúcar ha demostrado ser altamente eficaz en reducir las tasas de mortalidad asociadas a la deshidratación, gracias a su simplicidad y eficacia, la TRO se considera uno de los mayores avances médicos del siglo XX.

El principio fundamental detrás de la TRO es la absorción simultánea de sodio y glucosa en el intestino, lo que a su vez promueve la absorción de agua, en situaciones de diarrea, por ejemplo, las células del intestino pierden la capacidad de absorber agua de manera efectiva debido a la alteración de los procesos de transporte de electrolitos, la solución de rehidratación oral corrige este desequilibrio al aprovechar los mecanismos de transporte de sodio dependientes de glucosa, que permanecen funcionales incluso durante episodios de diarrea aguda. Al administrar una solución con una proporción precisa de glucosa y sodio, la TRO permite que el intestino reabsorba el agua y los electrolitos necesarios para restaurar el equilibrio hídrico del cuerpo.

Uno de los mayores beneficios de la TRO es su accesibilidad, las soluciones de rehidratación oral pueden ser preparadas fácilmente en casa utilizando ingredientes simples: agua potable, sal y azúcar. Además, son portátiles, no requieren equipo especializado para su administración, y pueden ser administradas por cualquier persona sin necesidad de entrenamiento médico avanzado.

La rehidratación oral es utilizada ampliamente en el tratamiento de enfermedades diarreicas en todas las edades, aunque es especialmente importante en niños y ancianos, quienes son más vulnerables a las complicaciones de la deshidratación. También se utiliza en otras condiciones que implican pérdida de líquidos, como el cólera, gastroenteritis y en casos de calor extremo.

Además, se ha demostrado que el uso de la TRO no solo reduce significativamente las tasas de mortalidad, sino que también disminuye la duración y severidad de las enfermedades diarreicas, la eficacia de la TRO ha sido confirmada en múltiples estudios clínicos, y su inclusión en los programas de salud pública ha sido clave en la reducción de las muertes por diarrea, especialmente en regiones con acceso limitado a atención médica avanzada. A pesar de sus múltiples beneficios, la rehidratación oral no es una solución para todas las condiciones de deshidratación casos severos, donde la pérdida de líquidos es masiva o cuando el paciente es incapaz de beber debido a vómitos persistentes, puede ser necesario recurrir a la administración intravenosa de líquidos para prevenir complicaciones graves. Además, las soluciones de TRO deben administrarse con precaución en pacientes con ciertas condiciones médicas, como insuficiencia renal o hipernatremia, donde un exceso de sodio podría causar efectos adversos, otro factor limitante es que la rehidratación oral solo trata los síntomas de la deshidratación, pero no la causa subyacente de la pérdida de líquidos. Por lo tanto, debe ser complementada con tratamientos que aborden las enfermedades infecciosas o condiciones médicas que provocan diarrea o vómitos.

PLANES DE REHIDRATACIÓN "A-B-C"

Evaluar			
Principales signos para evaluar la hidratación del niño con diarrea:			
	A	B	C
1. Pregunte por: Sed Orina	Normal Normal	Más de lo normal Poca cantidad, oscura	Excesiva No orinó durante 6 horas
2. Observe: Aspecto Ojos Boca y lengua Respiración	Alerta Normales Húmedas Normal	Irritado o decaído Hundidos Secas Más rápida de lo normal	Deprimido o comatoso ☹ Muy hundidos, tira sin lágrimas Muy secas, sin saliva Muy rápida y profunda
3. Explore: Elasticidad de la piel Fontanela Pulso Llenado capilar	El pliegue se deshace con rapidez Normal Normal Menor de 2 segundos	El pliegue se deshace con lentitud Hundida -se palpa Más rápido de lo normal De 3 a 5 segundos	El pliegue se deshace muy lentamente (más de 2 segundos) Muy hundida -se palpa y se observa Muy rápida, fino o no se palpa ☹ Mayor de 5 segundos ☹
4. Decida:	No tiene deshidratación	Si tiene dos o más síntomas o signos tiene deshidratación	Si tiene dos o más de estos síntomas o signos: tiene deshidratación grave Si tiene uno o más de los signos marcados con ☹ tiene deshidratación grave con shock hipovolémico
5. Tratamiento:	Aplique PLAN A para prevenir la deshidratación	Aplique PLAN B para tratar la deshidratación	PLAN C Si el niño puede beber y no hay shock: comenzar por Vía Oral o por SNG. PLAN C Comenzar EV: • Si hay shock • Si hay vómitos incoercibles (abundantes o más de 4 en una hora) • Si hay fiebre • Si hay convulsiones.

CASO CLINICO

Nombre: Martín Pérez

Edad: 4 años

Sexo: Masculino

Peso: 15 kg

Niño previamente sano. No alergias conocidas. No antecedentes de hospitalización ni enfermedades crónicas, la madre del paciente lleva a su hijo a urgencias debido a diarrea y vómitos persistentes desde hace 2 días. El niño ha estado rechazando los alimentos y líquidos. La madre reporta que ha notado que el niño orina poco y su piel parece seca. También ha estado más somnoliento de lo normal. No fiebre significativa.

Hace 48 horas, el niño comenzó con episodios de diarrea acuosa (6-8 evacuaciones al día) y vómitos intermitentes. Inicialmente, el niño estaba activo, pero en las últimas 24 horas ha presentado mayor letargo y ha bebido muy poco líquido. La madre intentó ofrecerle jugo y leche, pero el niño los rechazó, lo que agravó la situación. No ha orinado en las últimas 12 horas.

- Tensión arterial: 90/60 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 130 lpm (taquicardia)
- Frecuencia respiratoria: 28 rpm
- Temperatura: 37.2°C
- Peso: 14.8 kg (pérdida de 200 gramos en 2 días)
- Estado de hidratación: piel seca y fría, signo del pliegue cutáneo positivo (la piel tarda en regresar a su posición normal después de ser pellizcada), mucosas orales secas, ojos hundidos.
- Llenado capilar: retardado (>3 segundos).
- Estado neurológico: el paciente está somnoliento, pero despierta con estímulos; irritabilidad moderada.

Con base en los síntomas y signos clínicos, el paciente presenta deshidratación moderada a severa secundaria a gastroenteritis aguda (posiblemente infecciosa, aunque no se ha determinado la etiología exacta). El cuadro de deshidratación está confirmado por los signos de hipovolemia, sequedad de mucosas, y taquicardia compensatoria.

Tratamiento:

Terapia de rehidratación oral (TRO):**

- Iniciar inmediatamente la administración de solución de rehidratación oral (SRO) recomendada por la OMS, ya que el niño puede beber y no hay vómitos persistentes en este momento.
- Administrar 75 ml/kg de solución de rehidratación oral en las primeras 4 horas (1,125 ml en total en 4 horas para un niño de 15 kg).
- Monitorear tolerancia a los líquidos, administrando pequeñas cantidades frecuentes (cada 5-10 minutos).

Tras 2 horas de tratamiento, el niño comenzó a mostrar signos de mejoría: la frecuencia cardíaca bajó a 110 lpm, y el llenado capilar mejoró a 2 segundos. Aunque aún presenta diarrea, los vómitos cesaron, y se comenzó a tolerar mejor la solución oral. La madre fue instruida sobre cómo continuar la rehidratación en casa y la importancia de observar cualquier signo de empeoramiento. Se programó una revisión al día siguiente.