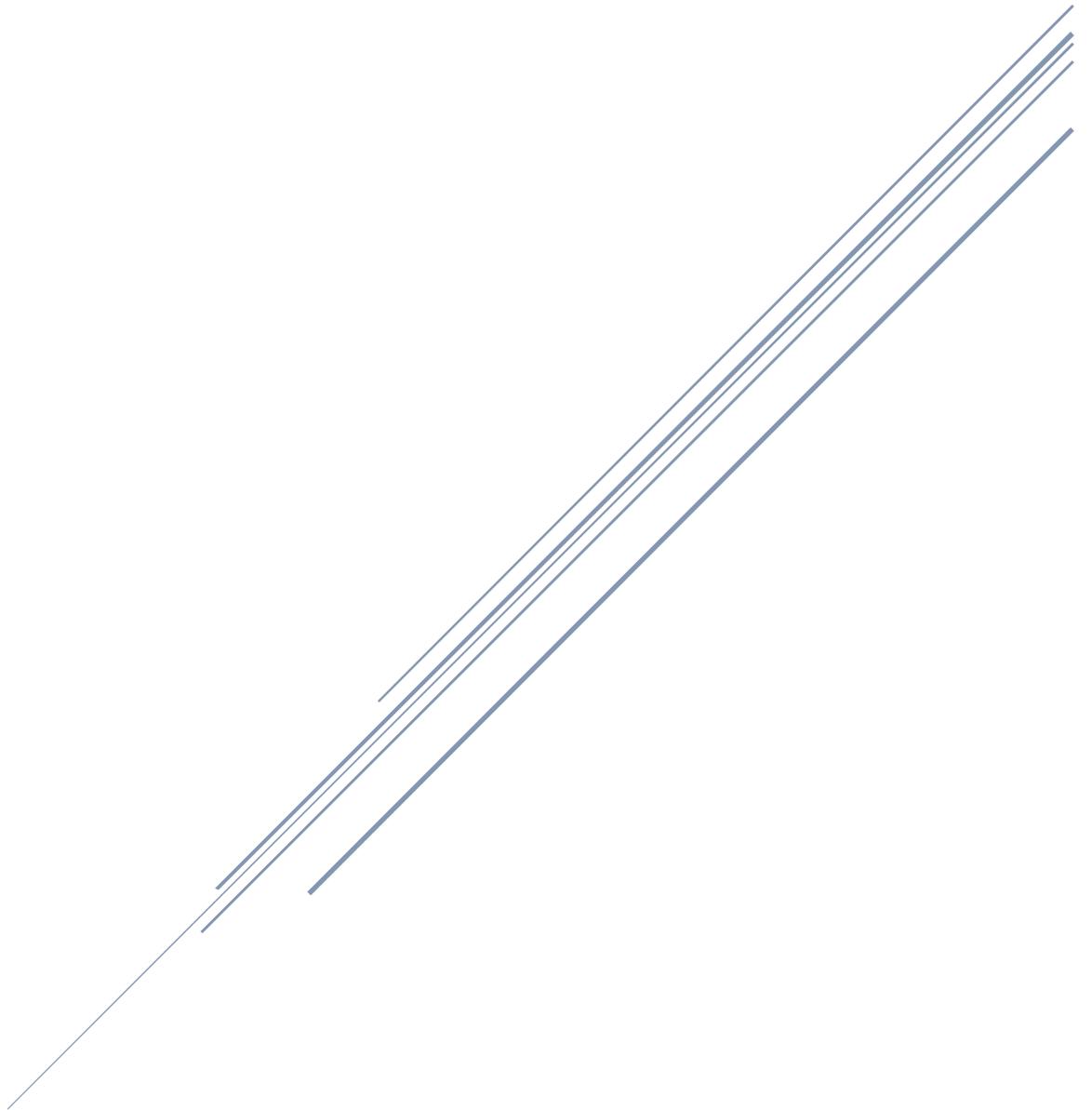


ANTROPOLOGIA MÉDICA



Universidad del sureste, campus Berriozábal.
1 semestre



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura: Medicina Humana

Materia: Antropología Médica

Trabajo: Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica

Dr. Axel Gpe. Ceballos

Alumna: Xiomara Yaneska Núñez Gómez

Planes de hidratación

La deshidratación producida por la pérdida de líquidos y electrolitos en pacientes con diarrea aguda continua siendo causa frecuente de muerte infantil, el desarrollo de la terapia de rehidratación oral ha convertido a la diarrea aguda en la causa de mortalidad infantil más sencilla de prevenir.

La introducción del tratamiento de rehidratación oral (TRO) con sales de la OMS a partir de la década del 60 y su generalización posterior en la década del 80 tuvo un impacto extraordinario en la disminución de la morbi mortalidad infantil por diarrea y sigue siendo la terapia de elección.

Las SRO y la terapia de rehidratación oral (TRO) propuesta por UNICEF y OMS a finales de los años 70, han permitido manejar con eficacia la diarrea aguda. En la década de los 90 a nivel mundial fue posible evitar más de un millón de muertes anuales de niñas y niños menores de 5 años relacionadas con esta enfermedad.

La TRO está indicada para prevenir la deshidratación, rehidratar y mantener el estado de hidratación independientemente de la edad del paciente, del agente etiológico o los valores iniciales de sodio sérico, a través de la administración por vía oral de mezclas estandarizadas de sales y carbohidratos disueltos en agua.

- **Terapia de rehidratación oral:**

La hidratación oral está basada en el transporte acoplado de sodio y nutrientes (glucosa, galactosa, aminoácidos, dipéptidos y tripéptidos) a través de la membrana del borde en cepillo del enterocito, por una proteína co-transportadora

- **Sales de hidratación oral:**

Que influyen en la eficiencia de las SRO que han sido extensamente investigados son: contenido de electrolitos y bases, tipo y concentración de carbohidratos y osmolaridad.

Ensayos clínicos recientes han demostrado que el desarrollo de la fórmula mejorada de las SRO con niveles inferiores de glucosa y sodio acorta la duración de la diarrea y la necesidad de administrar líquidos no programados por vía intravenosa.

PLANES DE HIDRATACIÓN

PLAN A: Hidratación en el hogar. Prevención de la deshidratación y desnutrición.

Se aplica en pacientes con diarrea aguda, sin signos clínicos de deshidratación. El Plan A de tratamiento comprende la capacitación del responsable del cuidado del paciente con diarrea, para continuar su tratamiento en el hogar y para iniciarlo en forma temprana en futuros episodios de diarrea, siguiendo tres reglas básicas (ABC):

Alimentación continua,

Bebidas abundantes

Consulta oportuna.

La primera regla es para mantener la nutrición, la segunda para prevenir la deshidratación y la tercera para evitar o tratar en forma oportuna complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente.

Alimentación continúa. Mantener la lactancia materna. No interrumpir la alimentación habitual y administrar alimentos con mayor frecuencia que la acostumbrada, para compensar la pérdida de apetito que se presenta durante el curso de la enfermedad. Si el niño no recibe lactancia materna, dar la fórmula habitual sin modificar la dilución.

Bebidas abundantes. Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación. Cuando el reemplazo de los líquidos perdidos por diarrea se hace por la vía oral, no es importante determinar con precisión el volumen total que debe ser administrado. Existen varios mecanismos homeostáticos que evitan la administración de un exceso de líquido, el más importante es la sed. A medida que la hidratación progresa y se corrige el déficit de agua y electrolitos, hay disminución de la sed que progresivamente desaparece, lo que impide que el paciente ingiera una cantidad de suero oral mayor a la necesaria.

Consulta oportuna. Capacitar al familiar responsable del cuidado del paciente para continuar el tratamiento en el hogar y lo inicie en forma temprana en futuros episodios de diarrea. La capacitación incluye el reconocimiento precoz de los signos de deshidratación y el traslado inmediato al centro de salud para la evaluación clínica. Otros signos de alarma para la consulta oportuna son: vómitos incoercibles (mayor de 4 por hora), evacuaciones con sangre, fiebre elevada, gasto fecal elevado (2 o más evacuaciones por hora o más de 10 ml/kg/hora).

PLAN B: Para tratar la deshidratación moderada por vía oral

Cuando se determinan 2 o más signos de deshidratación, se aplicará un plan B. Se recomienda hidratar al paciente en un servicio de salud, bajo la supervisión del médico y con la ayuda de la madre o responsable del cuidado del paciente.

Dosis de Suero Oral

El suero oral se administra a dosis de 100 ml/kg en 4 horas (25ml/kg/hora). La dosis total calculada, se fracciona en 8 tomas, uno cada 30 minutos y se ofrece lentamente, con taza y cucharilla para no sobrepasar la capacidad gástrica y así disminuir la posibilidad de vómito. Si no se conoce el peso del paciente, se puede administrar el suero oral lentamente, a libre demanda hasta hidratarse. El suero oral debe mantenerse a temperatura ambiente, ya que al estar frío retrasa el vaciamiento gástrico y caliente puede provocar vómitos. Los vómitos no son contraindicación para TRO.

Tiempo de hidratación

El tiempo de hidratación puede variar de dos a ocho horas, según la intensidad de la deshidratación, las pérdidas por heces, vómitos o fiebre, y la aceptación del suero oral por el paciente. Si a las cuatro horas persiste deshidratado, se repite el plan B reponiendo las pérdidas ocurridas en el período anterior. No está contraindicada la alimentación durante el tratamiento.

Problemas durante la hidratación

Cuando la deshidratación persiste por más de cuatro horas de estar recibiendo el suero oral, la administración de atol de arroz constituye otra alternativa para disminuir el gasto fecal y continuar la hidratación por vía oral, su preparación adecuada es simple: un litro de agua con 50 gramos de Harina de Arroz, poner a cocción por 10 minutos y apagar, como se evapora agua, deberá aforarse hasta completar un litro. De este atole se deberá ofrecer un mínimo de 2 onzas 3 o 4 veces al día.

Caso clínico

Recién nacida de ocho días de vida que ingresa procedente de Urgencias por letargia e ictericia. Madre de 27 años, primípara y primigesta. Grupo sanguíneo A positivo. Embarazo controlado y bien tolerado. Serología: TORCH y HbsAg negativos, Streptococcus B agalactiae negativo. Parto a las 39 semanas de edad, gestacional, eutócico. Presentación cefálica, líquido claro y bolsa rota menos de tres horas. Apgar 9/10, reanimación tipo I. Peso al nacer: 3.190 g. Periodo neonatal inmediato normal. Alimentado con lactancia materna exclusiva. Dado de alta de nuestra maternidad a las 48 horas de vida. La exploración al ingreso muestra estado general regular, importante malnutrición con un peso de 2.300 g, lengua seca y pastosa, labios agrietados y signo del pliegue. Fontanela normotensa, tinte subictérico y tendencia a la hipertensión, aunque con aceptable respuesta a estímulos; abdomen excavado sin masas ni visceromegalias. Resto de exploración por órganos y aparatos normal. En la analítica al ingreso destaca un sodio de 170 mEq/l, con urea de 205 mg/dl, creatinina de 0,9 mg/dl, y bilirrubina de 13,9 mg/dl (bilirrubina indirecta, 13 mg/dl); proteína C reactiva y procalcitonina dentro del rango de la normalidad. En gasometría se comprueba acidosis metabólica compensada con bicarbonato de 18 mEq/l. Ecografías cerebral y abdominal sin hallazgos de significado patológico.

Se inicia pauta de rehidratación intravenosa lenta en 72 horas con suero glucobicarbonatado, consiguiendo normalización de los parámetros analíticos alterados e inicio de diuresis. Al tercer día de ingreso presenta un sodio de 144 mg/dl, urea de 19mg/dl y creatinina 0,6 mg/dl. La progresiva normalización clínica y analítica es paralela al aumento de peso; se mantiene fluidoterapia durante 5 días y pauta de alimentación creciente desde las 36 horas de su ingreso. Dado de alta a los siete días con un peso de 3.150 g. Puesto que no se constató hipogalactia materna sino una mala técnica alimentaria, continúa con lactancia materna y sigue controles periódicos en consulta externa

Referencias

[https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext
&pid=S0004-06492009000400008](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400008)

.