

✓ tesis
M 561P
2006

BU-11
618
M 8795
924

✓

HOSPITAL ALBINA R. DE PATIÑO

PROTOCOLO ALTERACIÓN HIDROELECTRICA Y ACIDO BASE EN DESHIDRATACIÓN

TUTOR

DR. CARLOS TERAN

RESIDENTE SEGUNDO AÑO

DR. DENNIS CARLOS ROMEO MÉRIDA SILES

Dennis
no B

COCHABAMBA-BOLIVIA

INDICE

1. Índice.....	1
2. Introducción.....	2
3. Definición.....	3
4. Desequilibrio ácido base.....	5
5. Desequilibrio hidroelectrolítico.....	6
6. Justificación, objetivo general y específico	15
7. Criterios de inclusión y exclusión.....	16
8. Material y métodos.....	16
9. Hoja de recolección de datos.....	18
10. Conclusiones.....	19
11. recomendaciones.....	19
12. Bibliografía.....	20
13. Anexos.....	21

DESHIDRATACION

INTRODUCCION

La deshidratación por diarrea es el trastorno mas frecuente del metabolismo en los niños. Las enfermedades diarreicas son casi siempre de naturaleza infecciosa pero de carácter autolimitado. De acuerdo a los estudios efectuados por la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en los países en vías de desarrollo se presentaron 500 millones de episodios de diarrea en niños con cuatro millones de defunciones, 50 a 70 % por deshidratación.

En México se estimo una frecuencia de 2.2 episodios de diarrea por año en una encuesta efectuada en 1993 y se informaron 6.748 fallecimientos, por trastorno en el metabolismo hidroelectrolítico; la mayoría menores de 1 año de edad.

Las enfermedades diarreicas agudas son un problema de salud pública tanto en países en desarrollo como en los desarrollados. Se estima que anualmente, la diarrea infecciosa en Asia, África y América Latina, origina al menos 5 millones de muertes, la mayoría de las cuales ocurre en niños menores a 5 años (Zinder and Merson 1982, Bern et al 1992).

Bolivia tiene una de las tasas más altas de mortalidad infantil en Latinoamérica, la cual alcanza a 75 por mil nacidos vivos (EDNSA 1998). La mortalidad se distribuye casi por iguales entre la mortalidad neonatal (37 por mil) y post natal (39 por mil). Lo que significa entre 2500 a 3000 niños mueren cada año. Tanto las tasas de mortalidad neonatal e infantil con la de la niñez son casi el doble en el área rural, que el área urbana.

La enfermedad diarreica es la primera causa de mortalidad infantil (ENDSA, 1998) y constituye un 36% de las causas de muerte en menores de 5 años.

Esta situación se ve agravada además por el impacto de la desnutrición crónica que se presenta en un 28% en los niños menores a 3 años. Anualmente fallecen en Bolivia 12000 menores de 5 años.

Estos datos demuestran la magnitud del impacto de la enfermedad diarreica en la Salud del niño y enfatiza la necesidad de contar estrategias de prevención.

Por la diarrea se pierde agua, sodio, potasio y bicarbonato, en concentraciones iso o hipotónicas en relación al plasma. Los vómitos que casi siempre son parte del síndrome diarreico en ocasiones constituyen un mecanismo de compensación a la acidosis metabólica ocasionadas por la pérdida intestinal de bicarbonato o por la disminución de la excreción renal de hidrogeniones.

Las pérdidas insensibles, que se incrementan con la fiebre, en climas calurosos o en presencia de polipnea o hiperpnea, están constituidas casi solo por agua y son las soluciones más hipotónicas que se pierden en pacientes con diarrea. Todo esto genera un déficit de agua mayor que de electrolitos, lo que tiende a ocasionar deshidratación hipertónica o hipernatrémica con hipokalemia y acidosis metabólica.

DEFINICION

Se define como un estado de balance hídrico negativo. La causa más frecuente en niños son las pérdidas en forma de diarrea y vómitos. En el mundo mueren al año casi 5 millones de niños menores de 5 años por pérdidas causadas por gastroenteritis. Con menos frecuencia la deshidratación (DH), se debe a entradas inadecuadas de líquido por falta de aporte o pérdida de la sed. Las características del niño lo hacen más susceptible a la DH:

- a) Relación superficie/masa corporal (5/1) mayor, lo que provoca pérdidas superiores.

- b) Su riñón tiene menos capacidad para excretar cargas de solutos, por lo que requieren más cantidad de agua.
- c) Mayor porcentaje de espacio extracelular, donde se aloja el agua más lábil o fácilmente intercambiable.
- d) Un recambio diario de agua corporal mayor (25% del agua corporal total en el lactante y 6% en el adulto).

La Deshidratación (DH) en nuestro medio ha dejado de ser un problema frecuente gracias a la prevención con sueroterapia oral. Incluso niños con Deshidratación leves y algunos con moderadas pueden rehidratarse por ésta vía. Por ello el tratamiento por vía parenteral en pacientes deshidratados o con riesgo de Deshidratación se reduce a: existencia de alteraciones de la circulación periférica o shock, lactante con menos de 4,5 kilos de peso o menor de 3 meses, incapacidad para la ingesta oral suficiente (letargo, vómitos incoercibles o anomalía anatómica), incapacidad para incrementar el peso o disminución a pesar de ingesta de líquidos y todas las DH graves y la mayoría de las moderadas. En general, el niño deshidratado se trata en la planta de pediatría. Solo se justifica su ingreso en la UCIP si existen signos de shock al ingreso o en el caso de DH hipotónica severa (natremia menor de 120 mEq/L) o hipertónica (sodio mayor de 150 mEq/L) por el riesgo de aparición de complicaciones neurológicas.

Diferentes mecanismos homeostáticos, sobre todo a nivel renal, defienden transitoriamente el desarrollo de hipernatremia a través de la mayor reabsorción de agua y producción de orina concentrada (hipertónica) y escasa (oliguria).

La atención de niños con enfermedades complejas a generado nuevos desafíos en la indicación de tratamiento parenteral para mantener la homeostasis del sodio y del agua; la mayoría de las alteraciones electrolíticas se produce en el hospital.