



Curso CEFIE 2024 Módulo: 5

Emergencias Hidroelectrolíticas y endocrinometabólicas

**CAPÍTULO DE ENFERMERÍA SOCIEDAD ARGENTINA DE
EMERGENCIAS**

**Curso “COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA PARA LA
FORMACION
INTEGRAL EN EMERGENCIAS”**



Curso CEFIE 2024 Módulo: 5

TEMARIO DEL MODULO

- Generalidades del medio Interno.
- Acciones de enfermería en las alteraciones del EAB. Ejercicio interactivo.
- Alteraciones de electrolitos. Generalidades.
- **Actuación de enfermería en las Alteraciones de electrolitos. Caso Clínico Ejercicio interactivo.**
- Deshidratación. Generalidades.
- Actuación de enfermería en la Deshidratación. Ejercicio interactivo.
- Cetoacidosis diabética (CAD). Generalidades.
- Actuación de enfermería en la CAD. Ejercicio interactivo.

- Generalidades del medio Interno en el niño y diferencias entre el niño y adulto.
- Alteraciones de electrolitos. Generalidades.
- Actuación de enfermería en las Alteraciones de electrolitos. Ejercicio interactivo.
- Deshidratación. Generalidades. Rehidratación oral y EV, convencional y rápida.
- Actuación de enfermería en la Deshidratación. Ejercicio interactivo.
- Hipoglucemia. Generalidades.
- Actuación de enfermería en la Hipoglucemia. Ejercicio interactivo.
- Alteraciones del estado ácido-base (EAB) en pediatría. Generalidades.
- Cetoacidosis diabética. Generalidades.
- Acciones de enfermería en la cetoacidosis diabética. Ejercicio interactivo.



Curso CEFIE 2024 Módulo 5

Tema 4: Alteraciones de electrolitos. Caso clínico.
Disertante: Lic. Ezequiel Berdini

www.sae-emergencias.org.ar

CASO CLÍNICO

Un varón de 32 años de edad ingresa al hospital con debilidad muscular. El paciente ha estado muy sano hasta hace dos meses que presentó debilidad intermitente de las extremidades inferiores. Niega abuso de drogas o de laxantes y no toma medicamentos. Los antecedentes patológicos son irrelevantes, sin datos de enfermedad neuromuscular previa. En el ECG muestra una depresión del segmento ST. Los antecedentes familiares sólo son relevantes por una hermana con enfermedad tiroidea. La exploración física fue notable por disminución de los reflejos tendinosos profundos.

Análisis de laboratorio al ingreso

Datos de laboratorio	Ingreso	Basal	Unidades
Na ⁺	139	143	meq/L
K ⁺	2.0	3.8	meq/L
Cl ⁻	105	107	meq/L
Bicarbonato	26	29	meq/L
BUN	11	16	mg/100 mL
Creat	0.6	1.0	mg/100 mL
Ca ²⁺	8.8	8.8	mg/100 mL
Fosfato	1.2		mg/100 mL
Albumina	3.8		mg/100 mL
Osmolalidad plasmática	290		mOsm/kg
Osmolalidad urinaria	590		mOsm/kg
K ⁺ urinario	10		meq/L

¿ Como abordarían el caso desde el punto de vista de enfermería?



¿Qué acciones de enfermería les parece que deberían tener en cuenta?



¿Cuáles serían las acciones de enfermería que deberían primar en la atención de esta paciente?



Actividades:

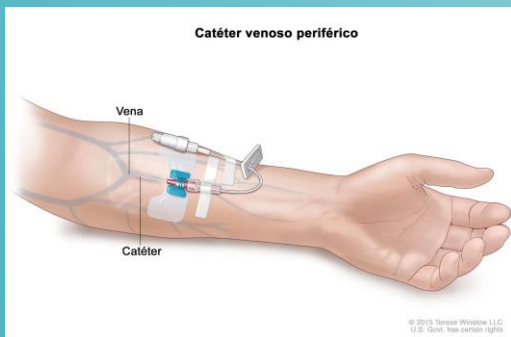
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de potasio y desequilibrios de electrolitos asociados (gasometría arterial, niveles en orina y en suero), según corresponda.
- Detectar precozmente la hipopotasemia para prevenir secuelas potencialmente mortales en pacientes de riesgo (p. ej., fatiga, anorexia, debilidad muscular, descenso de la motilidad intestinal, parestesias, arritmias).
- Vigilar los valores de laboratorio asociados con la hipopotasemia (hiperglucemia, alcalosis metabólica, disminución de la osmolalidad de la orina, potasio en orina, hipocloremia e hipocalcemia), según corresponda.

- Comprobar causa(s) renal(es) de la disminución de los niveles séricos de potasio (diuréticos, diuresis, alcalosis metabólica y nefritis con pérdida de potasio), según corresponda.
- Vigilar causa(s) gastrointestinal(es) de disminución de los niveles séricos de potasio (diarreas, fístulas, vómitos y aspiración nasogástrica continua), según corresponda.
- Monitorizar causa(s) dilucional(es) de disminución de los niveles séricos de potasio (administración de soluciones hipotónicas y aumento de la retención de agua, secundario a una ADH inadecuada), según corresponda.
- Administrar los suplementos de potasio prescritos.

- Monitorizar la función renal, ECG y los niveles séricos de potasio durante su reposición, según corresponda.
- Prevenir/reducir irritaciones por el suplemento de potasio (administrar suplementos de potasio por vía oral o nasogástrica durante o después de las comidas para minimizar la irritación gastrointestinal, se prefieren los comprimidos microencapsulados de liberación prolongada para disminuir la irritación y la erosión gastrointestinal, dividir las dosis orales diarias más grandes).

- Prevenir/reducir la irritación del suplemento i.v. de potasio (p. ej., considerar la infusión a través de una vía central para concentraciones mayores de 10 mEq/l, diluir el potasio i.v. adecuadamente, administrar el suplemento i.v. lentamente, aplicar anestésico tópico en la zona i.v.), según corresponda.
- Mantener una vía i.v. permeable.
- Proporcionar monitorización cardíaca continua si la velocidad de sustitución del potasio es mayor de 10 mEq/h.
- Administrar diuréticos ahorradores de potasio de manera limitada (espironolactona o triamtereno), según corresponda.
- Observar si hay toxicidad digitalica (p. ej., notificar los niveles séricos por encima del margen terapéutico, comprobar la frecuencia y el ritmo cardíacos antes de administrar la dosis, y vigilar por si hubiera efectos secundarios), si es el caso.

- Mantener un ritmo adecuado de infusión i.v., transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba.
- Asegurarse de que la solución i.v. que contenga electrólitos se administra a un ritmo constante, según corresponda.
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.
- Llevar un registro preciso de entradas y salidas.



- Evitar la administración de sustancias alcalinas (bicarbonato de sodio i.v. y antiácidos por vía oral o nasogástrica), según corresponda.
- Vigilar las manifestaciones neurológicas de hipopotasemia (debilidad muscular, alteración del nivel de consciencia, somnolencia, apatía, letargo, confusión y depresión).
- Monitorizar manifestaciones cardíacas de hipopotasemia (hipotensión, aplanamiento de la onda T, inversión de la onda T, presencia de onda U, ectopia, taquicardia y pulso débil).
- Vigilar las manifestaciones renales de hipopotasemia (orina ácida, disminución de la osmolalidad de la orina, nicturia, poliuria y polidipsia).

- Observar manifestaciones gastrointestinales de hipopotasemia (anorexia, náusea, espasmos, estreñimiento, distensión e íleo paralítico).
- Observar las manifestaciones pulmonares de hipopotasemia (hipoventilación y debilidad muscular respiratoria).
- Colocar al paciente en una posición que facilite la ventilación.
- Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO₂ bajos y de PaCO₂ elevados y fatiga muscular respiratoria).
- Observar si hay hiperpotasemia de rebote.
- Observar si hay poliuria.
- Controlar el estado de líquidos, incluidas las entradas y salidas, si es preciso.



**Cualquier consulta ingrese al campus virtual y
coloque su pregunta en el foro**

Muchas gracias.