

Resumen

Paciente sano, en dieta absoluta y sin pérdidas patológicas (vómitos, hemorragia...):

Fluidoterapia: 30 mL/kg/d
Diuresis: ~1500 mL/d (0,5-1 mL/kg/h)
K⁺: ~1 mL/kg/d



2L glucosalino / d
40 mg K⁺ / d

Fiebre: 100 mL / °C >37

Pérdidas insensibles: peso/2 x 24h (~1 L/d)

Hidratación

3 compartimentos

LIC 60%

LEC 40%

Intersticio 75% (30%)
 Plasma 20% (8%)
 Transcelular 5% (2%)

Evaluación

§ neurol. (confusión, coma...)
 edemas, hidratación...
 TA, FC, PVC / yugular...

Agua tiende a equilibrar Osm:
donde vayan solutos, irá agua

Soluciones

- **Glucosado:** agua pura (*glucosa: Osm=fisiol.*); todos compartimentos → **8% intravascular**
 Tratº hipoglucemia: [gluc] ≥20% (50% a 180 mL/h), pasar a 5-10% para no rebote. **Siempre iniciar con B₁**
- **Glucosalino 1/3** (0,3% NaCl): glucosado (⅔) por todo + salino (⅓) por LEC → **12% intravascular**
 Para **mantenimiento vía** y pérdida agua > sodio.
- **Salino 0,9%:** sólo LEC → **20% intravascular**
- **Hemohe / Voluven:** ↑π, no sale vasos → **100% intravascular**
Expansores plasma.
 Hemohe = NaCl 0,9 + almidón 6% → **Procoagulante**, ↓TTPA (vía intrínseca). **Dosis limitada.**
 Voluven, Gelafundina = NaCl 0,9 + gelatina 4% → posible anafilaxia
- **Ringer Lactato / Plasmalyte:** como salino, pero con lactato → bicarbonato
NO en acidosis láctica ni alcalosis metabólica
- **Bicarbonato ⅓M:** para **acidosis metabólica** grave o en **parada**
 Acidosis: 2-4 mEq/kg en 6h // Parada: 1 mEq/kg
- **Otros:** Salino 3%: “reanimación con pequeños volúmenes”
 Bicarbonato 1M: contiene mucho Na⁺. Sólo UCI.

Pérdidas

- Pérdidas insensibles (respirac., evaporac....) = agua pura → **glucosado**
- Orina, heces, sudor... = agua + electrolitos → **glucosalino**
- Pérdidas intestinales (excepto diarrea colónica) = LEC → **salino**
 Vómitos: ↓K⁺, ↓H⁺ ; Diarrea: ↓K⁺, ↓HCO₃⁻
- **Tercer espacio** (íleo paralítico, sepsis...): depleción de volumen (sangre/LEC) sin “pérdida” de fluidos.

Sutilezas / Paciente crítico

- Soluciones [Na] < 140 mEq/L (glucosado, glucosalino) → hiponatremia dilucional
- Cardiopatas ↓FE: infusión rápida ↑↑precarga → EAP
- Insuf. renal: ↓vol → ↑Cr

Hipokaliemia <3,5 mEq/L¹

- **Causas:** Pérdidas: **vómitos, SNG**, diarrea, **diuréticos** de asa y tiazídicos, hiperALD.
No ingresos: **sueros sin K⁺**
Retirada celular: **alcalosis** (*cambio K⁺//H⁺*), insulina
- **Efectos:** ↑ **toxicidad digoxina**
Debilidad-parálisis-calambres, íleo, arritmias (extrasístoles)
- **Tratº:** reposición **v.o. / IV si sintomático** ≤40 mEq/L a ≤20 mEq/h (flebitis) [no con Gluc (sube Ins)]

Hiperkaliemia >5,5 mEq/L

POTENCIAL RIESGO VITAL

- **Causas:** Pérdidas: **IR, ↓ALD**, fármacos (IECA, ARA2, diuréticos ahorradores)
Liberación celular: **acidosis** (*cambio K⁺//H⁺*)
- **Efectos:** **ECG "sinusoidal" = URGENCIA** (T picuda → alarga PR, pierde P → abre QRS)
Debilidad-parálisis flácida-parestesias
- **Tratº:** Leve: sacarlo c/ **diuréticos** y no meterlo.
Agudo: retirarlo c/ **insulina (+glucosa)** 10 U rápida + 50g gluc IV
Urgente: antagonizar c/ **gluconato Ca²⁺**
Valorar βago, o bicarbonato (en acidosis)

¹ [K⁺]_p < 2,5 mEq/L no es representativa, porque depleta depósitos intracel.