MONOGRAFÍA DEL PRODUCTO TERMINADO

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Dextrosa al 5% con Cloruro de Sodio al 0.33% Solución Inyectable I.V

1.1. NOMBRE GENÉRICO
Glucosa y Cloruro De Sodio

1.2. CODIGO ATC: B05BB02

1.3. FORMULACIÓN CUALI-CUANTITATIVA

Cada 100 mL contiene Dextrosa Hidratada USP 5,00g; Cloruro de Sodio USP 0,33g

Ingredientes activos:
Dextrosa (menos de o igual a 100,0 g/L)
Cloruro de sodio (menos de o igual a 4,5 g/L)

Soluciones para inyección de cloruro de sodio y dextrosa Composición (mEq/L a menos que se especifique de otro modo) y Osmolaridad (mOsmol/L)

Producto		Composición*			Osmolarida
Cloruro de sodio (NaC1)	Dextrosa ($C_6H_{12}O_6$)	Na^+ (mEq/L)	$C1^-$ (mEq/L)	Dextrosa (g/L)	Osmolarida d (mOsmol/L
0.33%	5%	56,5	56,5	5	365[c,d]

a. Para Na^+ y Cl^- . 1 mEq/L= 1 mmol/L.
b. La osmolaridad dentro del intervalo de 285-310 mOsm/L es isosmótica con el plasma. La Sociedad de Enfermería en Terapia de Infusión (Infusión Nursing Society (INS)) recomienda que la osmolaridad para administración intravenosa periférica no debe ser superior a 500 mOsm/L.
Referencia: Stranz, M. Kastango.ES. A Review of pH and Osmolarity. *International Journal of Pharmaceutical Compounding.* Vol. 6 No. 3, Mayo/Junio 2002.
c. La osmolaridad (mOsmol/L) se encuentra en la etiqueta del producto yo en el /instructivo del envase.
d. La osmolaridad (mOsmol/L) de cada constituyente (electrolito) se calcula utilizando la siguiente ecuación y sumando los resultados para el total:
Donde g =gramos, L=litros, mols=moles, osmol=osmoles, respectivamente.

$$\frac{mOsmol}{L} = \frac{g}{L} \times \frac{mols}{g} \times \frac{osmol}{mol} \times \frac{1000 mOsmol}{osmol}$$

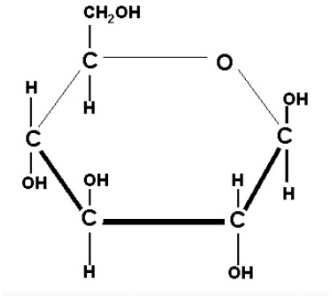
Referencia: Poon CY. Tonicity, Osmoticity, Osmolality, Osmolarity. In: Remington: The Science and Practice of Pharmacy. 21a Edición. Beringer P, Gupta PK, Der Marderosian A, et al., eds. Philadelphia PA: The University of the Sciences in Philadelphia; 2005.[citado el 14 de febrero de 2014].

2. FORMA FARMACÉUTICA

Solución inyectable

3. ESTRUCTURA Y NOMBRE QUÍMICO DEL PRINCIPIO ACTIVO

- **Glucosa y Cloruro De Sodio**
  - $C_6H_{12}O_6$. NaCl



. NaCl

4. FARMACOLOGÍA CLÍNICA

4.1. Propiedades Farmacocinéticas:

La solución administrada por infusión aporta al torrente sanguíneo cloruro sádico y glucosa El sodio pasa al líquido extracelular y mediante un mecanismo de intercambio mantiene el equilibrio con el sodio óseo, el sodio muscular y el sodio celular. A partir del líquido extracelular, es eliminado por sudor, orina y heces.

La glucosa pasa al líquido extracelular realizando un intercambio y transformación en glucógeno en la célula hepática y muscular. Por otra parte, la glucosa se transforma en ácido pirúvico y éste en cítrico, entrando a formar parte del ciclo de Krebs.

El cloruro se desplaza siguiendo los cationes fisiológicos, tanto en su distribución como en su eliminación.

4.2. Propiedades Farmacodinámicas:

Restablecimiento del equilibrio hidro-electrolítico. Provoca el desplazamiento del agua celular en exceso hacia el espacio extracelular, es decir aumenta la osmolaridad y disminuye el volumen de agua intracelular

5. INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Aporte hidroelectrolítico y calórico.

6. CONTRAINDICACIONES

El Producto no debe ser utilizado en pacientes con:

- Hipersensibilidad diagnosticada frente al producto
- Hiperglucemia de importancia clínica
- Diabetes mellitus
- Daño hepático severo
- Insuficiencia cardiaca congestiva severa
- Debe administrarse bajo estricto control médico.

7. PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS

7.1. Advertencias

Reacciones de hipersensibilidad

- Reacciones de hipersensibilidad a la infusión, incluso anafilaxia, han sido reportadas con el uso de Dextrosa y Cloruro de Sodio Baxter (Véase la sección de REACCIONES SECUNDARIAS y ADVERSAS)
- Detener la infusión inmediatamente si se observan signos o síntomas de reacciones de hipersensibilidad/frente a la infusión. Deben establecerse medidas terapéuticas apropiadas de acuerdo con el criterio clínico
- Las soluciones que contienen dextrosa deben ser utilizadas con precaución en pacientes con alergia conocida al maíz o productos de maíz.

Hiponatremia

- La infusión de soluciones con concentraciones de sodio <0.9% puede ocasionar Hiponatremia.
- Debe presentarse estrecha vigilancia clínica.

El riesgo de desarrollar encefalopatía HIPOnatremia se aumenta, por ejemplo: en pacientes pediátricos (≤ 16 años de edad), en mujeres (en particular mujeres premenopáusicas), en pacientes con hipoxemia, en pacientes con enfermedades del sistema nervioso central de base

Dextrosa y Cloruro de Sodio Baxter debe ser administrado con precaución particular en pacientes con o estén en mayor riesgo de HIPOnatremia, por ejemplo: en niños, pacientes ancianos, en mujeres, después de intervención, en personas con polidipsia psicogénica, en pacientes tratados con medicamentos que aumentan en riesgo de HIPOnatremia (como pueden ser ciertos medicamentos antiepilépticos y psicotrópico)

HIPOnatremia aguda puede provocar encefalopatía HIPOnatrémica aguda (edema cerebral) caracterizada por cefalea, náuseas, convulsiones, letargo y vómitos. Los pacientes con edema cerebral tienen un riesgo particular de lesión cerebral grave, irreversible y potencialmente mortal.

La evaluación clínica y las determinaciones periódicas de los calores de laboratorio pueden ser necesarias para vigilar los cambios en el equilibrio de líquidos, las concentraciones de electrolitos, y el equilibrio de ácido-base durante terapia parenteral prolongada o siempre que el estado del paciente o la velocidad de administración justifiquen tal evaluación

Uso en pacientes en riesgo de retención de sodio, sobrecarga de líquidos y edema

Dextrosa y Cloruro de Sodio Baxter debe ser utilizado con precaución particular en pacientes con o en riesgo de:

- Hipervolemia
- Condiciones que puedan provocar retención de sodio, sobrecarga de líquidos y edema (central y periférico), como pueden ser, los pacientes con: HIPERaldosteronismo primario, Hiperaldosteronismo secundario asociado connpor ejemplo: HIPERtensión, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad hepática (incluso cirrosis), enfermedad renal (incluida estenosis de la arteria renal, nefroclerosis), pre-eclampsia.
- Medicamentos que pueden aumentar el riesgo de retención de sodio y líquidos, como los corticosteroides

<u>Hipopotasemia</u>

- La infusión de soluciones con Dextrosa y Cloruro de Sodio Baxter pueden ocasionar Hipopotasemia

Dextrosa y Cloruro de Sodio Baxter debe ser utilizado con precaución particular en pacientes con o que estén en riesgo de Hipopotasemia, debe prestarse estrecha vigilancia clínica, por ejemplo:

- En personas con alcalosis metabólica
- En personas con parálisis periódica tirotóxica, administración de dextrosa intravenosa ha sido asociada en HIPOpotasemia agravante
- En personas con pérdidas gastrointestinales crecientes (p. ej. Diarrea, vómito)
- Dieta prolongada baja en potasio
- En personas con Hiperaldosteronismo primario

- En pacientes tratados con medicamentos que aumenten el riesgo de HIPOpotasemia (p.ej. diuréticos, agonista beta-2 o insulina)

Riesgo de Hipo e Hiperosmolalidad, desequilibrio de agua y electrolitos en suero.

Dependiendo del volumen y velocidad de infusión y dependiendo del estado clínico de base del paciente y la capacidad para metabolizar la dextrosa, la administración intravenosa del Dextrosa y Cloruro de Sodio Baxter puede provocar:

- HIPERosmolalidad, diuresis osmótica y deshidratación
- Alteraciones electrolíticas, como las siguientes:
  - Hiponatremia
  - Hipopotasemia
  - Hipofosfatemia
  - Hipomagnesemia
- Sobrehidratación/HIPERvolemia, por ejemplo, estados congestionados como edema centra (p.ej. congestión pulmonar) y periférico
- Un aumento de la concentración de glucosa en suero está asociado con un aumento en la osmolaridad sérica. La diuresis osmótica asociada con HIPERglucemia puede resultar e o contribuir desarrollo de deshidratación y en pérdida de electrolitos.

Uso en pacientes con riesgo de desequilibrio de sodio.
Las infusiones intravenosas de glucosa suelen ser soluciones isotónicas. Sin embargo, en el cuerpo, los fluidos que contienen glucosa pueden llegar a ser extremadamente fisiológicamente HIPÓtonos debido a la rápida metabolización de la glucosa. El monitoreo del sodio sérico es particularmente importante para los fluidos hipertónicos. Dependiendo de la tonicidad de la solución, el volumen y la velocidad de infusión y de la condición clínica subyacente del paciente y la capacidad de metabolizar la glucosa, la administración intravenosa de glucosa puede causar alteraciones en los electrólitos, lo más importante, HIPOnatremia HIPO o HIPER osmótica.
La infusión de alto volumen se debe usar bajo un control específico en pacientes con insuficiencia cardíaca o pulmonar, y en pacientes con liberación de vasopresina no osmótica (incluyendo SIADH), debido al riesgo de HIPOnatremia adquirida en el hospital.

Debe utilizarse con especial precaución, en pacientes con o que corren riesgo de HIPNatremia aumenta, por ejemplo,
- en niños
- en pacientes ancianos
- en mujeres
- después de la operación
- En personas con polidipsia psicógena.

HIPERglucemia

- La administración rápida de soluciones de dextrosa puede producir HIPERglucemia considerable y síndrome HIPERosmolar.
- Para evitar HIPERglucemia, la velocidad de infusión no debe superar la capacidad del paciente para utilizar glucosa
- Para reducir el riesgo de complicaciones asociadas con HIPERglucemia es necesario ajustar la velocidad de infusión y/o administrar insulina si los niveles de glucosa en sangre son superiores a los niveles considerados aceptables para un paciente en particular
- Debe administrarse dextrosa intravenosa con precaución en pacientes que presenten, por ejemplo:
    - Deterioro de la tolerancia a la glucosa (como en diabetes mellitus, insuficiencia renal o en presencia de sepsis, trauma o shock)
    - Desnutrición severa (se corre el riesgo de desencadenar el síndrome de realimentación)
    - Deficiencia de tiamina p. ej. En pacientes con alcoholismo crónico (riesgo de provocar acidosis láctica grave debida al deterioro del metabolismo oxidativo del piruvato)
    - Trastornos del agua y electrolitos que podrían agravarse por el aumento de la carga de glucosa y/o del agua libre

Otros grupos de pacientes en los cuales la Dextrosa y Cloruro de Sodio Baxter debe utilizarse con precaución incluyen:

- Pacientes con accidentes cerebrovasculares isquémico. La HIPERglucemia ha estado implicada en el aumento de daño cerebral isquémico y perjudica la recuperación después de accidentes cerebrovasculares isquémicos agudos.
- Pacientes con lesión cerebral traumática grave (en particular durante las primeras 24 horas después del traumatismo). La HIPERglucemia temprana h sido asociada con malos resultados en pacientes con lesión cerebral traumática grave.
- Recién nacidos.

La administración intravenosa prolongada de Dextrosa y la HIPERglucemia asociada pueden dar lugar a la disminución de la velocidad de secreción de la insulina estimulada por glucosa.

Síndrome de realimentación

- La realimentación en pacientes gravemente desnutridos puede resultar en el síndrome de realimentación que se caracteriza por el desplazamiento

intracelular de potasio, fósforo y magnesio a medida que el paciente se vuelve anabólico. También se pueden presentar deficiencia de tiamina y retención de líquidos. Para evitar la sobrealimentación y prevenir estas complicaciones es conveniente practicar una vigilancia cuidadosa y aumentar lentamente la ingesta de nutrientes.

Uso en pacientes con o en riesgo de insuficiencia renal grave
Dextrosa y cloruro de Sodio Baxter debe ser administrado con precaución particular a pacientes con o en riesgo de insuficiencia renal (grave). En estos pacientes, la administración de Dextrosa y Cloruro de Sodio Baxter puede dar lugar a retención de sodio y/o sobrecarga de líquidos.

Uso Pediátrico
La velocidad de infusión y el volumen depende de la edad, peso, estado clínico y metabólico del paciente, terapias concomitantes, y debe sr determinada consultando a un médico con experiencia en terapia de fluidos intravenosos pediátricos.
Problemas pediátricos relacionados con glucemia

- Los recién nacidos, especialmente aquellos nacidos prematuros y con bajo peso al nacer, están en mayor riesgo de desarrollar HIPO o HIPERglucemia. Es necesaria la estrecha vigilancia durante el tratamiento con solucionéis de dextrosa intravenosa para garantizar el control adecuado de la glucemia y evitar los posibles efectos adversos a largo plazo.
- La HIPOglucemia en recién nacidos puede provocar, por ejemplo: crisis prolongadas, coma y lesión cerebral
- La HIPERglucemia ha sido asociada con: lesión cerebral incluida hemorragia intraventricular, infección bacteriana y micótica de inicio tardío, retinopatía de premadurez, enterocolitis necrotizante mayor requerimiento de oxígeno, displasia broncopulmonar, largo período de estancia en el hospital y muerte

Problemas pediátricos relacionados con HIPOnatremia

- Los niños (incluso los neonatos y niños mayores) están en mayor riesgo de desarrollar HIPOnatremia, así como de desarrollar encefalopatía HIPOnatrémica.
- La hipopatemia aguda puede llevar a una encefalopatía hipertérmica aguda (edema cerebral) caracterizada por cefalea, náuseas, convulsiones, letargo y vómitos. Los pacientes con edema cerebral tienen un riesgo particular de lesión cerebral grave, irreversible y potencialmente mortal.
- Las concentraciones de electrolitos en plasma deben ser estrechamente vigiladas en la población pediátrica.
- La corrección rápida de Hiponatremia puede ser peligrosa (se corre el riesgo de complicaciones neurológicas serias) La dosificación, velocidad y duración de la

administración deben ser determinadas por un método con experiencia en terapia de fluidos intravenosos pediátricos.

7.2. Precauciones

Sangre

- No se debe administrar al mismo tiempo con sangre a través del mismo equipo de administración debido a la posibilidad de pseudoaglutinación o hemólisis.

Riesgo de embolia aérea

- No conectar en serie envases de plástico flexible para evitar embolia aérea debido al posible aire residual contenido en el envase primario.
- Las presurizaciones de soluciones intravenosas contenidas en envases de plástico flexible para aumentar las velocidades de flujo pueden ocasionar embolia aérea si el aire residual en el envase no es totalmente evacuado antes de la administración.

- El uso de equipo para administración intravenosa, con ventilación, con la ventila en la posición abierta podría dar lugar a embolia aérea. Los equipos para administración intravenosa con ventilación, con la ventila en la posición abierta, no deben ser utilizados con envases de plástico flexible.

Uso geriátrico

- Cuando se selecciona el tipo de solución para infusión y el volumen/velocidad de infusión para un paciente geriátrico, es necesario considerar que los pacientes geriátricos en general son más propensos a presentar enfermedades cardiacas, renales, hepáticas y otras, o estar en terapia de medicamentos concomitante.

7.3. Embarazo y Lactancia

El manejo intraparto de la madre con infusión de dextrosa puede dar lugar a Hiperglucemia y acidosis metabólica fetal, así como a Hipoglucemia neonatal de rebote debido a la producción fetal de insulina.
Los médicos deben considerar cuidadosamente los riesgos y beneficios potenciales para cada paciente antes de administrar el producto.

7.4. Efectos Sobre La Capacidad De Conducir y Utilizar Máquinas

No hay información de los efectos del producto sobre la capacidad para hacer funcionar un automóvil u otra maquinaria pesada.

8. INTERACCIONES CON OTROS PRODUCTOS MEDICINALES Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN

- No se han realizado estudios patrocinados por Baxter Healthcare Corporation.
- Tanto los efectos glucémicos del producto como sus efectos sobre el equilibro del agua y los electrolitos deben tomarse en cuenta cuando se utilice el producto en pacientes tratados con otras sustancias que afecten el control glucémico o equilibrio de líquidos y/o electrolitos.
- Se aconseja tener precaución en pacientes tratados con litio. El aclaramiento de sodio y litio puede aumentarse durante la administración del producto y puede ocasionar la disminución de los niveles de litio.
- Respecto a los medicamentos que aumentan el riesgo de Hiponatremia o retención de sodio y líquidos, véase Advertencias especiales y Precauciones para su uso.

9. REACCIONES ADVERSAS

9.1. Reacciones Adversas De Ensayos Clínicos

La lista de reacciones adversas en esta Información fundamental sobre la Seguridad de la empresa se basa en informes posteriores a la comercialización (véase más adelante).

9.2. Reacciones Adversas Posteriores A La Comercialización

Las siguientes reacciones adversas han sido reportadas en la experiencia posterior a la comercialización, enlistadas por la Clase Órgano-Sistemas (SOC) del diccionario MedDRA, luego por término preferible en orden de gravedad, donde sea posible.

TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO: Reacción anafiláctica, Hipersensibilidad

TRASTORNOS DEL METABOLISMO Y NUTRICIÓN: Hipernatraemia, Hiperglucemia,

TRASTORNOS VASCULARES: Flebitis

TRASTORNOS DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO: Rash, prurito

TRASTORNOS GENERALES Y CONDICIONES EN EL SITIO DE ADMINISTRACIÓN: Reacciones en el sitio de inyección, incluso, dolor en el sitio de la infusión, vesículas en el sitio de inyección, escalofríos, pirexia**.**

9.3. Otras Reacciones Adversas

Otras reacciones adversas reportadas con solución salina isotónica e inyección/infusiones de dextrosa incluyen:

- **Hiponatremia**, la cual puede ser sintomática
- **Acidosis** Hiperclorémica

10. DOSIFICACIÓN Y MÉTODO DE ADMINISTRACIÓN

- El producto es para infusión intravenosa
- Las soluciones Hiperosmolares pueden provocar irritación venosa y flebitis. De este modo, se recomienda que cualquier solución Hiperosmolar sea administrada a través de una vena central grande, para que haya una dilución rápida de la solución Hipertónica.
- La elección de las concentraciones específicas de cloruro de sodio y dextrosa, la dosificación, el volumen, velocidad y duración de la administración dependen de la edad, peso y el cuadro clínico del paciente y la terapia concomitante; además, la administración debe ser determinada por un médico. Para pacientes con anormalidades de electrolitos y glucosa, y para pacientes pediátrico, consulte a un médico con experiencia en terapia de fluidos intravenosos.
- La corrección rápida de Hiponatremia e Hipernatremia es potencialmente peligrosa (se corre el riesgo de provocar complicaciones neurológicas serias). La dosificación, velocidad y duración de la administración deben ser determinadas por un médico con experiencia en terapia de fluidos intravenosos.
- Cuando comience la administración de productos que contengan dextrosa debe considerarse un aumento gradual de la velocidad de flujo.
- Puede ser indicada la suplementación de electrolitos de acuerdo con las necesidades clínicas del paciente.
- Cuando se introduzcan aditivos al producto, deben consultarse las instrucciones para el uso del medicamento que se va a adicionar y otra literatura pertinente.
- Los productos farmacéuticos parenterales deben ser inspeccionados visualmente para buscar materia particulada y decoloración antes de la administración, siempre que la solución y el envase lo permitan. No administrar a menos que la solución sea transparente y el sello esté intacto.
- Se recomienda el uso de un filtro en línea durante la administración de todas las soluciones parenterales, cuando sea posible.

11. SOBREDOSIS

La administración en exceso del producto puede provocar:

- Hiperglucemia, efectos adversos sobre el equilibrio de agua y electrolitos, y las complicaciones correspondientes. Por ejemplo, Hiperglucemia grave e Hiponatremia dilucional grave y sus complicaciones, pueden ser mortales.
- Hiponatremia (que puede dar origen a manifestaciones del SNC, incluidas crisis, coma, edema cerebral y muerte).
- Hipernatremia especialmente en pacientes con insuficiencia renal grave. Sobrecarga de líquidos (que puede dar origen a edema central y/o periférico).

- Cuando se evalúa una sobredosis, también debe considerarse cualquier aditivo administrado en la solución.
- La sobredosis clínicamente importante del producto puede, por tanto, constituir una urgencia médica.
- Las intervenciones incluyen descontinuación de la administración, disminución de la dosis, administración de insulina y otras medidas, según lo indique el grupo de especialistas asistentes.

12. DATOS FARMACÉUTICOS

12.1. Incompatibilidades

Por las alteraciones físicas y químicas que se producen, se han estudiado que existen interacciones con las siguientes sustancias: Sales de plata y plomo, hemisuccinato de hidrocortisona, tetraciclinas, cefalotina, anfotericina, bencilpenicilina, clortetraciclina, cianocobalamina, edetato cálcico y sódico, histamina, kanamicina, novomicina y warfarina.

12.2. Vida Útil

18 eses a partir de la fecha de fabricación.

12.3. Precauciones Especiales Para El Almacenamiento

Almacénese a Temperatura no mayor a 30 °C

12.4. Tipo y Contenido Del Envase

Bolsa plástica de PVC (plástico grado médico) de dos salidas con bolsa externa de polietileno de alta densidad.

12.5. Instrucciones Para Su Uso y Manejo y Disposición

- No deben utilizare aditivos que se sepa o se determine que sean incompatibles.
- Antes de adicionar una sustancia o medicamento, verificar que sea soluble y/o estable en el producto y que el intervalo de pH del producto sea adecuado.
- Deben consultarse las instrucciones para el uso del medicamento que se adicione y otra literatura importante.
- Cuando se introduzcan aditivos al producto debe practicarse la técnica aséptica.
- Después de la adición, verificar un posible cambio de color y/o la aparición de precipitados, complejos o cristales insolubles.
- Mezclar la solución perfectamente cuando se hayan introducido los aditivos.

- No almacenar las soluciones que contengan aditivos.
- Para un solo uso.
- Descartar cualquier porción no utilizada.

13. FABRICANTE DEL PRODUCTO

14. EMISIÓN Y VIGENCIA

Noviembre 2019

15. BIBLIOGRAFÍA

- Alexandrou G, Skiôld B, Karlén J, Tessma MK, Norman M, Adén U*, et al*. Early hyperglycemia is a risk factor for death and white matter reduction in preterm infants. *Pediatrics* 2010, 125(3): e584-e591
- Androgué HJ, Madias NE. *Hyponatremia. N Engl J Med* 2000, 342(21):1581-1589
- Aresery M, Reish R, Fernandes J, Gill B, Kamchaisatian W, El-Dahr JM, Lehrer HB. Corn, pollen, and starch IgE antibody reactivity of DBPCFC corn-allergic subjects. J Allergy Clin Immunol 2002, 109(1Suppl):S92
- Arieff Al, Ayus JC, Frase CL. Hyponatraemia and death or permanent brain damage in healthy chiildren. Br Med J 199, 304(6836):1218-1222
- Brooks Mj, Melnik G. The refeeding syndrome: an approach to understanding its complications and preventing its occurrence. Pharmacotherapy 1995, 15(6):713-726
- Browm MA, Gallery EDM. Volume homeostasis in normal pregnancy and pre-eclampsia: physiology and clinical complications. Bailliéres Clin Obstet Gynaecol 1994, 8(2)):287-310
- Btaiche IF, Khalidi N. Metabolic, complications of parenteral nutrition in adults, part 1. AM J Healthc Syst Pharm 2004, 61(18):1938-1949
- Buchman AL. Sideeffects of corticosteroid therapy. J Clin Gastroenterol 2001, 33(4):289-294
- Burns CM, Rutherford Ma, Boardman JP, Cowan FM. Patterns of cerebral injury and neurodevelopmental ourcomes after symptomatic neonatal hypoglycemia. Pediatrics 2008, 122 (1):65-74
- Crock MA; Hally V, Panteli JV. The importance of the refeeding síndrome. Nutrition 2001, 17(7-8):632-637
- English P, Williams G. Hyperglycaemic crises and lactic acidosis in diabetesmellitus. Postgrad Med J 2004, 80(943):253-261
- Fan CG, Ren JA, Wang XB, Li JS. Refeeding syndrome in patients with gastrointestinal fistula. Nutrition 2004, 20(4):346-350

- Kao LS, Morris BH, Lally KP, Stewart CD, Huseby V, Kennedy Ka. Hyperglycemia and morbidity and mortality in extremely low birth weight infants. J Perinatol 2006, 26(12):730-736
- McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, McCarthy M, Roberts P, Taylor B, et al; A.S.P.E.N. Board of Directors; American College of Critical Care Medicine; Society of of Critical Care Medicine. Guideline for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (a.S.P.E.N.) JPEN J Parenter Enteral Nutr 209,33(3):277-316
- Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding síndrome: what it is, and how to prevent and treat it. BMJ 2008,336(7659):1495-1498
- Miller SJ. Death resulting from overzealous total parenteral nutrition: the refeeding síndrome revisited, nutr Clin Pract 2008,23(2):166-171

Elaborado/Revisado por: _____ Asuntos Regulatorios	Aprobado por: _____ Regente Farmacéutico