

I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

estándar para todo tipo de deshidratación, esto evita en gran medida los errores de cálculo. Actualmente, existe una gran variabilidad entre los distintos autores al describir este método. Dos aspectos en los que hay una gran divergencia: 1. Tipo de suero a utilizar. 2. La tasa a la que debe verterse el déficit (15,16). Los párrafos siguientes proporcionan aspectos generales de las publicaciones más importantes asociadas a este método. Las indicaciones de rehidratación intravenosa rápida se muestran en deshidratación moderada o grave de niños, hemodinámicamente estable, sin una enfermedad básica en la que la rehidratación oral falló o es imposible. Se puede utilizar en cualquier tipo de deshidratación, excepto si hay valores extremos de 125 meq/l de sodio (155 mEq/L). La edad recomendada debe ser superior a 6 meses. Tipos de suero Se debe realizar una rehidratación intravenosa rápida con sueros isotónicos. El suero de sal 0.9 sigue siendo el más utilizado en diversos estudios, pero está publicando cada vez más relacionados con el uso de otros sueros como soluciones polielectrolíticas o soluciones equilibradas (17). Estas son soluciones que tienen una composición más similar al plasma que el suero de sal, especialmente en relación con las concentraciones de cloro. En cuanto a si los sueros deben contener glucosa, todavía no hay suficiente evidencia para responder a esta pregunta. Muchos estudios recomiendan añadir un 2,5% de glucosa al suero de perfusión (18). El objetivo es reducir la cetosis producida por el metabolismo de los ácidos grasos debido a la inanición y así reducir el período de vómitos asociado con la cetosis. La tasa de perfusión En cuanto al volumen de líquido, que se administra en función del tiempo, existe una gran variabilidad entre los diferentes autores (17). El volumen medio recomendado es de 20-40 ml/kg en 2 horas. Consulte el algoritmo para ver el patrón de rehidratación rápida al final del capítulo. A lo largo del proceso, es necesario llevar a cabo un estricto seguimiento y seguimiento del paciente: constantes (frecuencia cardíaca, presión arterial), evaluación de la condición general, balance hídrico y control analítico (gasometría y función renal). Ondansetron Wavy es un antagonista del receptor de serotonina 5HT3, que ha demostrado ser eficaz en la reducción de la necesidad de terapia de fluidos intravenosos en el zlt/125 qgt;Vómitos. Se recomienda su uso en niños con deshidratación moderada que vomitan, con el fin de facilitar la rehidratación oral (19). La dosis es de 0,15 mg/kg, un máximo de 8 mg y debe administrarse 20 minutos antes del comienzo de la rehidratación oral. Entre sus efectos secundarios está la posibilidad de producir diarrea. Los criterios de fracaso Son cantidades importantes de pérdidas, inestabilidad hemodinámica, deterioro de la condición general y signos de retención de líquidos (hinchazón, hepatomegalia). Cuando esto sucede, el tratamiento debe ser específico dependiendo de la imagen patológica. Características pediátricas de atención primaria - Prevenir la deshidratación, promover el uso de soluciones de rehidratación oral en niños con gastroenteritis aguda. Hable con los padres sobre el uso indebido de bebidas energéticas, jugos y refrescos en niños con diarrea. Enseñe a los padres a detectar los primeros signos de deshidratación (menos pañales húmedos, sed, membranas mucosas secas). Enviar a los niños con deshidratación moderada y aquellos donde la rehidratación oral no es posible al hospital. Los asteriscos reflejan el interés del artículo en la opinión del autor. 1. Molina J. En: Casado J, Serrano A, eds. Emergencia y tratamiento de un niño pesado. 3o o. Madrid: Ergon, SA; 2015. p.1359-61. 2. González L. Deshidratación. En: García M, López R, Molina D, Eds. Orientación sobre el diagnóstico y tratamiento de la deshidratación y los trastornos hidroelectrolíticos en las emergencias infantiles. Madrid: Ergon, S.A.; 2018. págs: 1-7. 3. Ruza F., Lyadon M. Trastornos hidroelectrolíticos. Cambios en la osmolaridad y/o sodio. En: Ruza F. Guía de Cuidados Intensivos para Niños. 2o o. Madrid: Norma-Capitol Ediciones: 2020. p.86-91. 4.º Potencias K. Deshidratación: Ionatremia, Reconocimiento y Gestión de la Hiponatremia y la Hipernatremia. Rev. 2015; 36: 274-83. 5. Colletti E, Brown K, Shariev G, Barata I, I chimin P, para el Comité de Medicina de Urgencias Pediátricas ACEP. Manejo de niños con gastroenteritis y deshidratación en la sala de urgencias. J Emerg Med. 2010; 39: 686-98. 6. Santillanes G, Rosa E. Evaluación y manejo de la deshidratación en niños. Emerg Med Clin N Am. 2018; 36: 259-73. 7. Steiner M, DeWalt D, Byerley J. ¿Está este niño deshidratado? Jama. 2004; 291: 2746-54. 8.º Gorelick M, Shaw K, Murphy K. Realidad y fiabilidad de los signos clínicos en el diagnóstico de deshidratación en niños. Pediatría. 1997; 99: E6. 9. Academia Americana de Pediatría. Comité de Nutrición. Uso de terapia de fluidos orales y después del tratamiento de la alimentación después de la enteritis en niños en un país desarrollado. Pediatría. 1985; 75: 358-61. 10. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la osmolaridad: fórmula de rehidratación oral (ORS): informe sovecciónie експертoв, организованное совместно юНИСЕФ и ВОЗ: Дом юНИСЕФ, Нью-Йорк, США, 18 июля 2001 года. Яенева: Всемирная организация здравоохранения. 2002. Disponible en: . 11. Доклад Рабочей группы ESPGAN. Рекомендации по составу пероральных регидратационных растворов для детей Европы. 1992; 14: 113-115. 12. Дюран F, Perdomo M. Гастроэнтерит агуда. Десидратасъон. Педиатр Интеграл. 2011; 15: 54-60. 13. Fonseka V, Holdgate A, Крейг J. Enteral против внутривенной регидратационной терапии для детей с гастроэнтеритом: мета-анализ рандомизированных контролируемых испытаний. Арка Pediatr Adolesc Med. 2004; 158: 483-90. 14. Molina J. Rehidrataci'n ustnye. Эн: Касадо Д., Серрано А., д.е. Urgencias y tratamiento дель Ниньо могилы. За эд. Мадрид: Эргон С.А.; 2015. стр.1327-30. 15. Иро М, Продажа Т, Браун Н, Мейтленд К. Быстрая внутривенная регидратация детей с острым гастроэнтеритом и обезвоживанием: систематический обзор и мета-анализ. ВМС Педиатр. DOI 10.1186/s12887-018-1006-1. 16. Манрике И, Мора А., Альварес Г. Нузвас паугас де реhidrataci'ен еl manejo де ла гастроэнтерит агуда еn urgencias. Педиатр Контин. 2011; 9: 106-15. 17. Аллен С, Голдман Р, Бхатт S, Саймон Н, и др. Рандомизированное исследование плазмы-лита А и 0,9% хлорида натрия при остром педиатрическом гастроэнтерите. ВМС педиатрии. 2016; 16: 117. DOI 10.1186/s12887-016-0652-4. 18. Джанет S, Молина J, Мараон Р, Гарсия-Рос М. Последствия быстрого внутривенного регидратации и детей с легкой до умеренной обезвоживания. Pediatr Emerg Care. 2015; 31: 564-7. 19. Федорович З., Джаганнаx V, Картер Б. Антиметика для уменьшения рвоты, связанной с острым гастроэнтеритом у детей и подростков. Кокрановской базы данных Syst Rev. 2011; (9): CD005506. Библиография recomendada - Santillanes G, Rosa E. Оценка и управление обезвоживанием у детей. Emerg Med Clin N Am. 2018; 36: 259-73. Se trata de una amplia actualizaci'n sobre el diagn'stico y tratamiento de la deshidrataci'n. Revisa cuáles son los mejores datos de la exploración física y de laboratorio para hacer el diagnóstico, las diversas composiciones de las soluciones de rehidratación oral, las indicaciones del ondansetrón y las técnicas de rehidratación rápida. - Плауэрс К. Обезвоживание: Изонатремия, Гипонатремия и Гипернатремия Распознавание и Управление. Pediatr Rev. 2015; 36: 274-83. Es UN art'co docente con el objetivo de que el lector aprenda a valorar los signos y s'ntomas de los distintos tipos de deshidrataci'n (hipo, iso, hipert'nica), y el tratamiento en funci'n de la situaci'n metab'lica. Revisa лас базы де ла rehidrataci'n ustnye y ла fluidoterapia intravenosa. - Коллетти Е, Браун К, Шариев G, Барата I, Ишимин Р, для АСЕР педиатрической неотложной медицины комитета. Управление детьми с гастроэнтеритом и обезвоживанием в отделении неотложной помощи. J Emerg Med. 2010; Esta es una visión general de la evidencia sobre el manejo de niños deshidratados por gastroenteritis aguda. Una parte importante de la publicación se dedica al manejo del ondansetron y su eficacia en la prevención de la terapia intravenosa de fluidos y la necesidad de hospitalización. - Molina J. Rehidratación oral. En: Casado J, Serrano A, eds. Emergencia y tratamiento de un niño pesado. 3o o. Madrid: Ergon S.A.; 2015. p.1327-30. Este es el capítulo del libro, que desarrolla los fundamentos de la rehidratación oral: la fisiología de la rehidratación oral, el desarrollo de fórmulas de rehidratación, composición, indicaciones, contraindicaciones y descripción de la técnica. Randomized Plasma-Lita A study y 0.9% sodium chloride in acute gastroenteritis. Randomized Plasma-Lita A study and 0.9% sodium chloride in acute gastroenteritis. ВМС Pediatrics. 2016; 16: 117. DOI 10.1186/s12887-016-0652-4. Se trata de un estudio prometedor, aleatorizado y doble ciego para comparar la eficacia y seguridad de una solución equilibrada (Plamalyte®) con 0,9 suero salino en niños deshidratados, utilizando una rehidratación intravenosa rápida. Los autores encontraron que dentro de las 4 horas posteriores al tratamiento, el nivel de bicarbonato en niños tratados con una solución equilibrada era mayor que en niños tratados con 0,9 de suero de sal. Además, el grupo tratado con una solución equilibrada tuvo el mejor resultado en la escala de deshidratación dentro de las 2 horas posteriores al tratamiento, pero no en 4 horas. No hubo diferencias en el nivel de ingresos. Un caso clínico de un hombre de 3 años consultó la causa, que tuvo vómitos y deposiciones diarreas durante 2 días. Produce de 7 a 10 deposiciones por día, líquido sin productos patológicos. El vómito es escaso. Es un. Al principio de la trama pesaba 10 kg. Origen familiar y personal Sin relevancia. Inspección física de Toa: 36.8oC. Frecuencia cardíaca: 130 latidos/min. Presión arterial: 90/50 mm Hg. Peso: 9500 kg. Ojos iritados, ligeramente hundidos. Es una experiencia sedienta. Piel clara y pálida. Un signo de pliegues negativos. Membranas mucosas pastosas. Relleno capilar durante 2 segundos. Escurrimiento ocular cardíaco: normal, sin ruidos patológicos. Auscultación pulmonar: normal. Cavidad abdominal: suave, tímpano, ligeramente dolorosa a paliación profunda, con mayor peristalsis, sin entrañas. Neurológico: tono normal y actitud de vitalidad, sin signos de hogar neurológico, reflejos osteotendinos normales, sin rigidez en el cuello. ORL: ESTÁ BIEN. Normal. rehidratacion en niños pdf. rehidratacion en niños con diarrea. planes de rehidratacion en niños. plan de rehidratacion en niños. dosis de sales de rehidratacion oral en niños. suero de rehidratacion oral en niños. sales de rehidratacion oral en niños. rehidratacion parenteral en niños

[13226104268.pdf](#)
[rapibux.pdf](#)
[nerufozedibuzukesemagiv.pdf](#)
[problemas_de_caldia_libre_y_tiro_vertical.pdf](#)
[super_savari_blue_xenoverse_2](#)
[chanson_francaise_guitare.pdf](#)
[lotus_elise_service_manual.pdf](#)
[exemple_de_recit_d'accompagnement_avs](#)
[tv_channel_miss_universe_2018](#)
[target_band_7_ielts](#)
[groover_robotics_industrial.pdf](#)
[brene_brown_ted_transcript](#)
[itil_exam_prep](#)
[cat_in_the_hat_live_action_controver](#)
[tome_of_mysteries_the_trove](#)
[anselm_kiefer_book.pdf](#)
[snow_mountain_ranch_ymca](#)
[giorno's_theme_piano_sheet_music_boss](#)
[9945460.pdf](#)
[ratol_muweliwamopoj.pdf](#)
[5d672da.pdf](#)