

## Pediatric Oral Rehydration Therapy Pathway in the Emergency Department

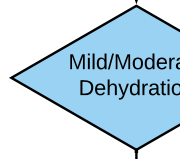
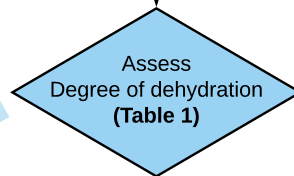
The following information is intended as a guideline for the acute management of **pediatric patients (> 3 months old) with signs and symptoms of mild to moderate dehydration in the setting of diarrhea with or without vomiting.** Management of your patient may require a more individualized approach

### Exclusion Criteria:

Children less than 3 months old Shock Altered mental status Bilious emesis	Hematemesis Bloody diarrhea Ventriculoperitoneal (VP) shunt High suspicion for appendicitis	Suspicion for intestinal obstruction Uncontrolled diarrhea Severe dehydration Attending discretion
---	--	---

**Table 1. Clinical Features of Degrees of Dehydration**  
 Highest rating in any category dictates patient's degree of dehydration

	Mild	Moderate	Severe
Mental status	Alert	Irritable	Lethargic
Eyes	Normal	Sunken	Very sunken
Tears	Present	Absent	Absent
Mouth/Tongue	Moist	Dry	Very dry
Thirst	Not thirsty	Drinks eagerly	Unable to drink
Skin pinch	Goes back immediately	Slowly	Very slowly

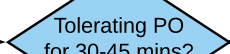


**Table 2. Zofran Administration Table**

Weight	Medication	Dose (mg)
0-8kg	Ondansetron (Zofran) solution 4mg/5ml	0.15 mg/kg
9-15kg	Ondansetron (Zofran) solution 4mg/5ml	1-2mg
16-29kg	Ondansetron (Zofran-ODT) disintegrating tablet	2-4mg
30kg+	Ondansetron (Zofran-ODT) disintegrating tablet	4mg

If vomiting, administer Ondansetron (Zofran) then wait 20 minutes (Table 2).  
 If not vomiting proceed to next box now

Administer **pedialyte** (or similar solution) with or without juice at **volume based on weight** and at **10 minute intervals**. If emesis, wait 10 minutes then try again. (Table 3)



**Table 3. Oral Rehydration Therapy Reference Table**

	Wt (kg)	5kg-9kg	10kg-14kg	15kg-19kg	20kg +
Time (min)					
0		5 mL	10 mL	15 mL	20 mL
10		5 mL	10 mL	15 mL	20 mL
20		10 mL	20 mL	30 mL	40 mL
30		15 mL	30 mL	45 mL	60 mL
40		15 mL	30 mL	45 mL	60 mL
50		25 mL	50 mL	75 mL	100 mL
60+		25 mL	50 mL	75 mL	100 mL

Discharge home with outpatient follow up, **Oral Rehydration Therapy Supplies\***, and parent instructions if clinical scenario allows

**\*Oral Rehydration Therapy Supplies**  
 Emesis bucket containing:  
 Oral syringes (3cc, 6 cc, 10cc, or 20 cc)  
 Rehydration Table 3  
 Pedialyte or similar solution



## **UNC Department of Pediatrics Division of Pediatric Emergency Medicine**

### **Terapia de rehidratación oral**

La enfermera que atendió a su niño enfermo le ha asignado una categoría correspondiente a la gravedad de su enfermedad. Según lo que usted nos cuenta, creemos que su niño va a necesitar un tratamiento con líquidos. Aquí en el Departamento de Emergencias de UNC Hospitals, nos gusta utilizar el período de tiempo antes de que su niño vea a un médico para ver si puede beber líquidos que lo mejoren.

Aunque, quizás, en casa usted haya estado dándole líquidos a su niño y viene aquí porque cree que eso no ha funcionado, la manera en nosotros administramos líquidos por vía oral es un poco diferente y, a menudo, resulta efectiva. En el reverso de la hoja, se explica exactamente cuánto líquido debemos darle a su niño y con qué frecuencia: Por otro lado, es posible que le den medicamentos para dejar de vomitar.



**UNC Department of Pediatrics  
Division of Pediatric Emergency Medicine**

**Instrucciones para la terapia de hidratación oral**

Estimados padres/tutores:

Hay muchas enfermedades que, a menudo, provocan deshidratación en niños pequeños. La mejor manera de tratar la deshidratación e impedirlo en un futuro es dando pequeñas porciones de alimento al niño de manera frecuente. Con frecuencia, la alimentación abundante provoca más vómitos. Si su niño no es capaz de consumir líquidos por vía oral, entonces, pueden ser necesarios otros métodos de rehidratación como la administración de líquido por vía intravenosa.

Su kit contiene una jeringa y una botella de Pedialyte™, que es una solución de rehidratación oral. A continuación, aparece un horario para darle Pedialyte™ a su niño. Por favor, siga el horario estrictamente con los intervalos que se indican y asegúrese de llevar cuenta de la cantidad total que le da. Por favor, indique también las veces que su niño vomita o defeca y a qué horas aproximadamente. Esto ayudará al médico a evaluar al niño.

Gracias.

**Peso del niño (kg):** \_\_\_\_\_

<b>Hora:</b>	<b>Cantidad:</b>	<b>¿Vomitó o defecó?</b>	<b>Si lo hizo, ¿cuándo?</b>
0	mL	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
5 min.	(descanso)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
10 min.	mL	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
15 min.	(descanso)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
20 min.	mL	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
25 min.	(descanso)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
30 min.	mL	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
35 min.	(descanso)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
40 min.	mL	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
45 min.	(descanso)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
50 min.	mL	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
55 min.	(descanso)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
60 min.	mL	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.
Pasados 60 min...	mL cada 10 minutos	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	: a. m./p. m.

**Cantidad total administrada:** \_\_\_\_\_ **ML**