

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

Assess Degree of dehydration (Table 1)

Mild/Moderate Dehydration

No → Off pathway

Yes

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

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



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		5cc	10cc	15cc	20cc
10		5cc	10cc	15cc	20cc
20		10cc	20cc	30cc	40cc
30		15cc	30cc	45cc	60cc
40		15cc	30cc	45cc	60cc
50		25cc	50cc	75cc	100cc
60+		25cc	50cc	75cc	100cc

Tolerating PO for 30-45 mins?

No → Off pathway

Yes

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

Developed by:
Rebecca Wheeler, RN CPEN
(Rebecca.Wheeler@unchealth.unc.edu)
Emilia Frederick, RN MSN CEN
(Emilia.Frederick@unchealth.unc.edu)
Dan Park, MD
(daniel.park@unc.edu)
Last revision: 2/20/19



UNC Department of Pediatrics Division of Pediatric Emergency Medicine

Oral Rehydration Therapy

The nurse who saw your sick child has put you in a category intended for the severity of your child's illness. From the story you gave us, we think your child will require fluid treatment. Here at UNC Hospitals Emergency Department, we like to use the period before your child sees a doctor to see if your child can drink fluids to make them better.

Although you may have been giving your child fluids at home and are probably here because you feel this has been unsuccessful, the way we give oral fluids is slightly different and is often successful. The other side of the sheet explains exactly how much fluid and how often we want you to give it to your child: In addition, your child may be given medicine to help stop the vomiting.



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

Oral Hydration Therapy Instructions

Dear Parents/Caregivers:

Many illnesses often lead to dehydration in young children. The best way to treat dehydration and to prevent it in the future is through feeding your child small, frequent feedings. Large feedings often result in more vomiting. If your child is unable to consume liquids orally, then other methods of rehydration (such as IV fluid) may be necessary.

Included in your kit are syringe and a bottle of Pedialyte™ – an oral rehydration solution. Below is schedule of how to feed your child the Pedialyte™. Please follow it closely at the suggested time intervals and be sure to keep track of the total amount give. Please also indicate when your child vomits or stools and the approximate times. This will all help your doctor with his/her evaluation.

Thank you.

Child's weight (kg): _____

Time:	Amount:	Vomit or Stool?	If yes, when?
0	mL	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
5 min	(rest)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
10 min	mL	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
15 min	(rest)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
20 min	mL	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
25 min	(rest)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
30 min	mL	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
35 min	(rest)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
40 min	mL	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
45 min	(rest)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
50 min	mL	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
55 min	(rest)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
60 min	mL	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM
After 60 min...	mL every 10 minutes	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	: AM/PM

Total amount given: _____ mL



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): _____

Hora:	Cantidad:	¿Vomitó o defecó?	Si lo hizo, ¿cuándo?
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**