



TRATAMIENTO DE LA REHIDRATACIÓN: ¿VÍA ORAL O INTRAVENOSA?



Para realizar un adecuado tratamiento de la hipovolemia por deshidratación en niños es necesario conocer las mejores estrategias en la administración de líquidos. Dentro de éstas, se encuentra la vía de administración por la cual se puede realizar la terapia de reposición hídrica. De esta forma, desde el surgimiento de las sales de rehidratación oral (SRO), múltiples estudios y ensayos clínicos se han realizado con el objetivo de determinar cuál estrategia es más efectiva la reposición por vía oral o intravenosa ⁽¹⁾. A continuación se describen algunos de estos estudios y las recomendaciones que existen hoy en día al respecto.



ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO JACOBI MEDICAL CENTER, NEW YORK (2002):

Este estudio dividió 34 niños con gastroenteritis aguda y a 16 le administró SRO mientras que a 18 se les realizó reposición hídrica con líquidos endovenosos (LEV). El grupo que recibió rehidratación oral estuvo menos tiempo en observación en urgencias (225 vs 358 minutos) y los pacientes refirieron mayor satisfacción con la atención recibida (77% vs 37.5%). Además, en ambos grupos la deshidratación mejoró significativamente, y solo 3 niños que recibieron SRO necesitaron posterior reposición hídrica con LEV. ⁽²⁾



ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA (2005):

En este estudio dos grupos de 36 niños con deshidratación moderada recibieron SRO o LEV. Se encontró que las SRO fueron igualmente efectivas en comparación con los LEV, además, el grupo que recibió reposición oral presentó menos tiempo en el inicio de la terapia (19.9 vs 41.2 minutos) y menor tasa de hospitalización (30.6% vs 48.7%). Los investigadores concluyeron que la reposición oral es igualmente efectiva y se asocia a menos intervenciones hospitalarias. ⁽³⁾

**REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META
ANÁLISIS COCHRANE 2006**


En esta revisión de Cochrane se utilizaron 17 estudios con un total de 1811 pacientes para comparar la efectividad de la reposición hídrica oral e intravenosa. Los resultados de esta investigación encontraron que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la efectividad de las dos terapias; en otras palabras, ambas funcionan de manera adecuada. Sin embargo, los pacientes con SRO presentaron un menor tiempo de hospitalización y menor riesgo de complicaciones como flebitis. Finalmente, la tasa de fracaso de la rehidratación oral fue de tan solo el 4%.⁽⁴⁾



Gracias a estos estudios, las recomendaciones en la actualidad establecen que para el manejo de la hipovolemia por deshidratación se deben utilizar las sales de rehidratación oral, pues se asocian a menos costos, misma efectividad y menos efectos adversos. Los dos escenarios en donde se prefiere la hidratación endovenosa son las contraindicaciones para la terapia oral (vómito severo, alteración del estado de conciencia, entre otras) y la deshidratación severa, en donde se debe realizar una repleción intravenosa antes de iniciar la terapia de reposición oral.⁽¹⁾

**EN EL TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN
POR DIARREA Y VÓMITO
RECOMIENDE**


**#1 RECOMENDADO
PARA REHIDRATACIÓN***
Enseñe a mamá a tomar la decisión
correcta, desde el primer momento

60



UVA, MANZANA, FRESA Y COCO

REFERENCIAS

- Sommers, M. J. (2018). Treatment of Hypovolemia (Dehydration) in Children. In Mattoo, T. K. (Ed.), UpToDate. Retrieved May 4, 2020, from: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hypovolemia-dehydration-in-children>
- Atherly-John, Y. C., Cunningham, S. J., & Crain, E. F. (2002). A Randomized Trial of Oral vs Intravenous Rehydration in a Pediatric Emergency Department. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156(12), 1240. doi:10.1001/archpedi.156.12.1240
- Spandorfer, P. R. (2005). Oral Versus Intravenous Rehydration of Moderately Dehydrated Children: A Randomized, Controlled Trial. PEDIATRICS, 115(2), 295-301. doi:10.1542/peds.2004-0245
- Hartling, L., Bellemare, S., Wiebe, N., Russell, K. F., Klassen, T. P., & Craig, W. R. (2006). Oral versus intravenous rehydration for treating dehydration due to gastroenteritis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:10.1002/14651858.cd004390.pub2 *Close Up Junio 2020

PEDIALYTE® MAX 60 mEq con Zinc. Registro Sanitario: INVIMA 2016M-0011256-R1. Composición: Cada 100 mL contiene Cloruro de Sodio 175.70 mg, Gluconato de Zinc 6.00 mg, Glucosa Monohidratada (1.188g) equivalente a Glucosa Anhidra 1.08g, Citrato de sodio dihidratado 289.20 mg, Cloruro de potasio 150.60 mg. Indicaciones: Tratamiento de la deshidratación moderada a grave por pérdida de líquidos y electrolitos. Pedialyte® MAX 60 mEq contiene zinc para ayudar a reponer el zinc perdido durante la deshidratación por pérdida de líquidos y electrolitos. Contraindicaciones: pacientes con vómito intratable, íleo adinámico, insuficiencia renal, obstrucción intestinal, perforación intestinal o deshidratación severa. Precauciones y advertencias: no lo consuma si el sello protector está roto. Una vez abierto el envase, consúmase el contenido dentro de las 24 horas siguientes y deséchese el sobrante. Durante el embarazo o período de lactancia consulte al médico. Presentaciones Comerciales: Botella X 500 mL sabores Manzana, Uva. Venta Libre.

