

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AGUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

## 1. SIGLAS E CONCEITOS

SRO: Soro de Reidratação Oral

## 2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo disseminar conhecimentos e padronizar o manejo de diarreia aguda e desidratação, contribuindo para a promoção de saúde pelos pediatras do Hospital Universitário de Brasília e garantindo qualidade no atendimento às crianças e adolescentes que compareçam ao serviço.

## 3. JUSTIFICATIVA

Os quadros de diarreia são, inquestionavelmente, quadros comuns em nossa prática na pediatria. Seja durante as consultas de atendimento em pronto-socorro ou nas consultas de rotina.

Para melhor entendimento deste tema tão vasto, é fundamental compreender bem as diferentes formas de classificarmos os episódios, bem como os mecanismos fisiopatológicos subjacentes que podem ser encontrados.

Diagnostica-se diarreia quando o volume de fezes excede 10 gramas por quilo de peso corporal por 24 horas em crianças e 200 gramas por 24 horas em adolescentes. A desidratação ocorre quando essas perdas não são adequadamente repostas levando a um déficit hidroeletrolítico.

A patologia acomete crianças de todas as idades, sendo mais comum entre seis meses e dois anos. A mortalidade global vem diminuindo nas últimas décadas de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS). Ainda assim, a

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AGUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

diarreia aguda ocupa o quarto lugar como causa de mortalidade infantil. A redução do número de óbitos por diarreia e desidratação está relacionada a melhores condições de vida da população e a disseminação dos princípios fundamentais no tratamento da doença.

Consequências graves (desnutrição, retardo do crescimento, perturbação do desenvolvimento cognitivo, dentre outros) podem ser prevenidas com o uso de Soro de Reidratação Oral (SRO), de zinco, bem como amamentação materna, estado nutricional, estado sanitário e cobertura vacinal.

#### **4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Para elaboração deste protocolo foi utilizado principalmente, o último cartaz de condutas do Ministério da Saúde, o protocolo da Sociedade Brasileira de Pediatria e à última edição do Nelson Tratado de Pediatria, os quais ao longo dos anos tem sido referência no cuidado da criança no Brasil, por valorizarem em seus trabalhos ações preventivas em relação à saúde e ao bem-estar da criança e do adolescente, estimulando políticas de implementação e melhoria das condições de atendimento de urgência da população. Além disso, foram inclusas publicações científicas que estimulam a implantação de atitudes educativas de maior impacto na comunidade para a prevenção das situações determinantes de maior risco de morte;

Não foram incluídos neste estudo, publicações anteriores ao ano de 2010.

#### **5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES**

#### **6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AGUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

É uma síndrome em que há o aumento do número de evacuações, de início súbito, com fezes aquosas ou pastosas, sendo diferente do habitual (diminui consistência e aumento da frequência para 3 ou mais perdas por 24 horas), por um período inferior a 14 dias. Pode apresentar evacuações com muco e sangue (disenteria), tenesmo, náusea, vômito, febre, dor abdominal, desidratação (redução do volume urinário, olhos encovados, mucosas secas, prostração, turgor cutâneo reduzido e sede).

O quadro de diarreia aguda possui duração inferior a 14 dias e, na maioria das vezes, tem etiologia infecciosa (bactérias ou vírus). Em alguns casos, pode estar relacionada com processos não inflamatórios, toxinas ou medicações.

Os quadros de diarreia aquosa costumam ter uma etiologia viral, que podem ser acompanhados de vômitos e não necessitam de um tratamento específico, exceto o manejo correto da desidratação. Diarreias aquosas também podem estar relacionadas com infecções bacterianas e parasitárias, mas são menos frequentes. Já os quadros de disenteria (diarreia com sangue), normalmente estão associados com o desenvolvimento de uma colite bacteriana.

A anamnese deve conter dados sobre a duração do quadro, número de evacuações no dia e presença de sangue nas fezes. Além disso, deve questionar sobre a presença de outras manifestações clínicas, como episódios de vômitos e febre. A anamnese deve contemplar ainda informações sobre hábitos alimentares, condições sanitárias e presença de casos semelhantes na família ou na escola. Informações sobre histórico de imunizações, oferta e consumo de líquidos, uso de medicamento, diurese e de peso também são relevantes. O escore de gravidade varia de acordo com estado de hidratação do paciente.

Figura 1. AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AGUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

**AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE**

ETAPAS	A	B	C
<b>OBSERVE</b>			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
<b>EXPLORE</b>			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente*
<b>DECIDA</b>			
	<b>SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO</b>	Se apresentar dois ou mais sinais: <b>COM DESIDRATAÇÃO</b>	Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um dos destacados com asterisco (*): <b>DESIDRATAÇÃO GRAVE</b>
<b>TRATE</b>			
	USE O PLANO A	USE O PLANO B (pese o paciente)	USE O PLANO C (pese o paciente)

Fonte: Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia.

## 7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O diagnóstico da síndrome diarreica aguda é eminentemente clínico. A solicitação de exames laboratoriais não é habitualmente indicada, sendo considerada para os casos de evolução atípica, grave ou arrastada, presença de sangue nas fezes, e para os pacientes imunodeprimidos.

Ao julgar necessário, pode-se solicitar exames laboratoriais para avaliar a extensão e evolução do comprometimento sistêmico da doença. No caso, solicita-se hemograma, eletrólitos, parasitológico de fezes, pesquisa de rotavírus nas fezes (Elisa), coprocultura, PCR, função renal, gasometria arterial e função hepática. Ainda assim, a identificação de germes patogênicos, bactérias, vírus ou parasitas na amostra fecal de uma criança com diarreia não indica, em todos os casos, que isso seja a causa da doença.

## 8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

O tratamento é direcionado de acordo com o grau de desidratação e de sintomas associados. Didaticamente, o tratamento é dividido em três grandes grupos: planos A, B e C.

Inicia-se o plano A em crianças que estejam com diarreia, porém hidratados (perda de até 3% do peso ou até 30 mililitros por quilo). O tratamento é domiciliar e o objetivo é a prevenção da desidratação. É obrigatório que a criança faça a ingestão de líquidos maior que o habitual. Deve ser inserido soro de reidratação oral (SRO) e suplementação com zinco. A alimentação habitual da criança deverá ser mantida, desde que não contribua para o agravamento do quadro. Além do SRO, é recomendada ingestão de água e água de coco. Refrigerantes, líquidos açucarados, chá e sucos industrializados não são recomendados. Também faz parte do plano, orientar o cuidador sobre a necessidade de buscar atendimento médico na presença de sinais de gravidade (piora na diarreia, vômitos repetidos, muita sede, recusa de alimentos, sangue nas fezes, diminuição da diurese ou ausência de melhora em 1 ou 2 dias). Cabe ainda orientar sobre práticas e medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar as mãos, higienizar alimentos e tratamento da água).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

Figura 2. PLANO A PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO

<b>PLANO A PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO</b>	
<p>Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:</p> <p>1) OFERECER OU INGERIR MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.</li> <li>Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco.</li> </ul> <p>2) MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Continuar o aleitamento materno.</li> <li>Manter a alimentação habitual para as crianças e os adultos.</li> </ul> <p>3) SE O PACIENTE NÃO MELHORAR EM DOIS DIAS OU SE APRESENTAR QUALQUER UM DOS SINAIS ABAIXO, LEVÁ-LO IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE:</p> <p><b>SINAIS DE PERIGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Piora na diarreia</li> <li>Vômitos repetidos</li> <li>Muita sede</li> <li>Recusa de alimentos</li> <li>Sangue nas fezes</li> <li>Diminuição da diurese</li> </ul> <p>4) ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhecer os sinais de desidratação.</li> <li>Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.</li> <li>Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).</li> </ul> <p>5) ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.</li> <li>Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.</li> </ul>	
IDADE	Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100ml
De 1 a 10 anos	100-200ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

Fonte: Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia.

O plano B é instituído quando a criança apresenta sinais de desidratação leve a moderada (perda de 3 a 10% do peso ou de 30 a 100 mililitros por quilo) e o objetivo é a reposição de perdas. O tratamento é feito na unidade de saúde por um período que varia entre quatro a seis horas. Neste plano, a administração do SRO é feita sob supervisão médica. Durante esta fase, é liberado o aleitamento materno, mas a criança deverá manter o jejum de outros alimentos. A solução de terapia de reidratação oral deverá ser administrada na velocidade de 50 a 100 mililitros por quilo, entre 4 a 6 horas. Se desaparecerem os sinais de desidratação, retoma o plano A. Se o paciente continuar

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

desidratado, indica sonda nasogástrica (gastróclise). Em caso de progressão para desidratação grave, instala-se o plano C.

Figura 3. PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NA UNIDADE DE SAÚDE

**PLANO B**  
**PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO**  
**POR VIA ORAL NA UNIDADE DE SAÚDE**

1) ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:

- A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
- A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
- Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.

2) DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE"

- Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.
- Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).
- Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.

3) DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTAR A:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

O PLANO B DEVE SER REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE. OS PACIENTES DEVERÃO PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA

Fonte: Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia.

O plano C é instituído quando a criança se apresenta gravemente desidratada (perda acima de 10% do peso ou acima de 100 mililitros por quilo, podendo ainda apresentar alteração do nível de consciência, íleo paralítico,

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

vômitos persistentes e perda de peso após soro de reidratação oral). O tratamento é realizado em unidade hospitalar e o objetivo é corrigir a desidratação grave com terapia de reidratação parenteral (expansão volêmica e manutenção). A criança deverá permanecer na unidade até que esteja hidratada e mantendo a hidratação por via oral. A fase rápida (expansão) e de manutenção está descrita na figura 3, de acordo com o Ministério da Saúde.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	PROTOCOLO DE DIARREIA AGUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

Figura 3. PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE NA UNIDADE

PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE NA UNIDADE HOSPITALAR		
O PLANO C CONTEMPLA DUAS FASES PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS: A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO		
FASE RÁPIDA - MENORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada.  Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10ml/kg de peso.	30 minutos
AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE		
FASE RÁPIDA - MAIORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30ml/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato ou Solução Polieletrólítica	70ml/kg	2 horas e 30 minutos
FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS		
SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS	
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção) +	Peso até 10kg	100ml/kg
	Peso de 10 a 20kg	1000ml + 50ml/kg de peso que exceder 10kg
	Peso acima de 20kg	1500ml + 20ml/kg de peso que exceder 20kg
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição) +	Iniciar com 50ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	
KCl a 10%	2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção.	
AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORIA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa.</li> <li>Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.</li> <li>Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento.</li> <li>Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas.</li> </ul>		
OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA, DEVEM PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL		

HOSPITALAR

Fonte: Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia.

A suplementação com zinco pode reduzir o tempo de duração da diarreia aguda e ainda prevenir recorrência do quadro por até 3 meses. Isso acontece porque o zinco, além de participar da composição de enzimas,

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AGUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

favorece a proliferação celular e auxilia o sistema imunológico. A dose recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria é de 20 mg por dia, em maiores de 6 meses, e 10 mg por dia para as crianças menores. No Brasil encontramos 2 apresentações de soluções de zinco: o gliconato de zinco ( 2 mg/0,5 ml) e sulfato de zinco (4mg/ml).

Em regiões com carência de vitamina A, como norte e nordeste do Brasil, existe a recomendação de suplementação desta vitamina. Estudos evidenciaram que seu uso reduz a taxa de internação e mortalidade infantil por diarreia.

O uso de antiemético é controverso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que os vômitos desaparecem com a correção da desidratação, e que por isso não há necessidade de prescrição. No manual do Ministério da Saúde (MS) não há menção ao uso de antiemético. Entretanto, as diretrizes da Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição (ESPGHAN), afirma que há benefícios no uso da ondansetrona, pois a medicação auxilia na redução dos vômitos e a necessidade de nutrição parenteral. A dose recomendada é de 0,1 mg/kg, até o máximo de 4mg por via oral ou endovenosa.

O uso de probióticos também não é mencionado pela OMS e pelo MS, Entretanto, a ESPGHAN e a diretriz Íbero- Latinoamericana, com bases em estudos, chegaram à conclusão que o uso adjuvante dos probióticos no tratamento de diarreia aguda com determinadas cepas, conseguem reduzir em até 24 horas a duração da diarreia aguda. As cepas recomendadas são *Lactobacillus GG*, *Saccharomyces boulardii* e *Lactobacillus reuteri DSM 17938*.

Outra medicação coadjuvante no tratamento da diarreia aguda é a ressecadotrila, capaz de reduzir a secreção intestinal de água e eletrólitos, reduzindo assim o volume e duração do quadro. A dose recomendada é de 1,5

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AGUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

mg/kg de peso corporal, três vezes ao dia, até que a diarreia cesse. Não é recomendado para menores de 3 meses.

### 9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Pacientes que apresentam qualquer grau de desidratação devem permanecer sob tratamento médico hospitalar ou em unidade de saúde. Pacientes com desidratação leve a moderada, devem ficar sob observação, pacientes com desidratação moderada a grave devem ser internados. Portanto, o que de fato determina sua internação na unidade, de uma forma geral, é o grau de desidratação.

Outros sinais e sintomas devem ser levados em consideração como sangramento digestivo baixo, vômitos incoercíveis, comorbidades associadas.

### 10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Uma vez internado, o paciente deve ser continuamente monitorado tendo em vista a potencial suscetibilidade para complicações graves. Quadros de diarreia aguda podem evoluir com extrema gravidade, como choque distributivo (séptico e hipovolêmico). Desta forma, é imprescindível atentar para os controles de balanço hídrico, evacuações, vômitos, hemodinâmica (pressão arterial, frequência cardíaca, pulsos, perfusão periférica e diurese), oxigenação (saturação, frequência respirar e padrão respiratório), temperatura, nível de vigília (Escala de Coma de Glasgow).

Se o paciente evolui de forma desfavorável, mesmo em vigência de tratamento endovenoso de desidratação aguda, devem ser indicados cuidados em unidade de terapia intensiva. São exemplos dessas situações, instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória aguda, rebaixamento importante do nível de consciência, crises convulsivas, distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos graves.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

## 11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

O paciente que está sem sinais de desidratação e com aceitação do soro reidratante oral e das medicações, tem plena condição de continuar o tratamento domiciliar com soro reidratante oral, suplementação com zinco e orientações gerais.

A prescrição do soro reidratante oral é padronizada de acordo com a idade da criança. Recomenda-se ingerir o SRO após cada episódio de perdas, sendo 100 ml em menores de 1 ano e 200 ml para crianças entre 1 a 10 anos. Já os maiores de 10 anos, recomenda-se ingerir à vontade.

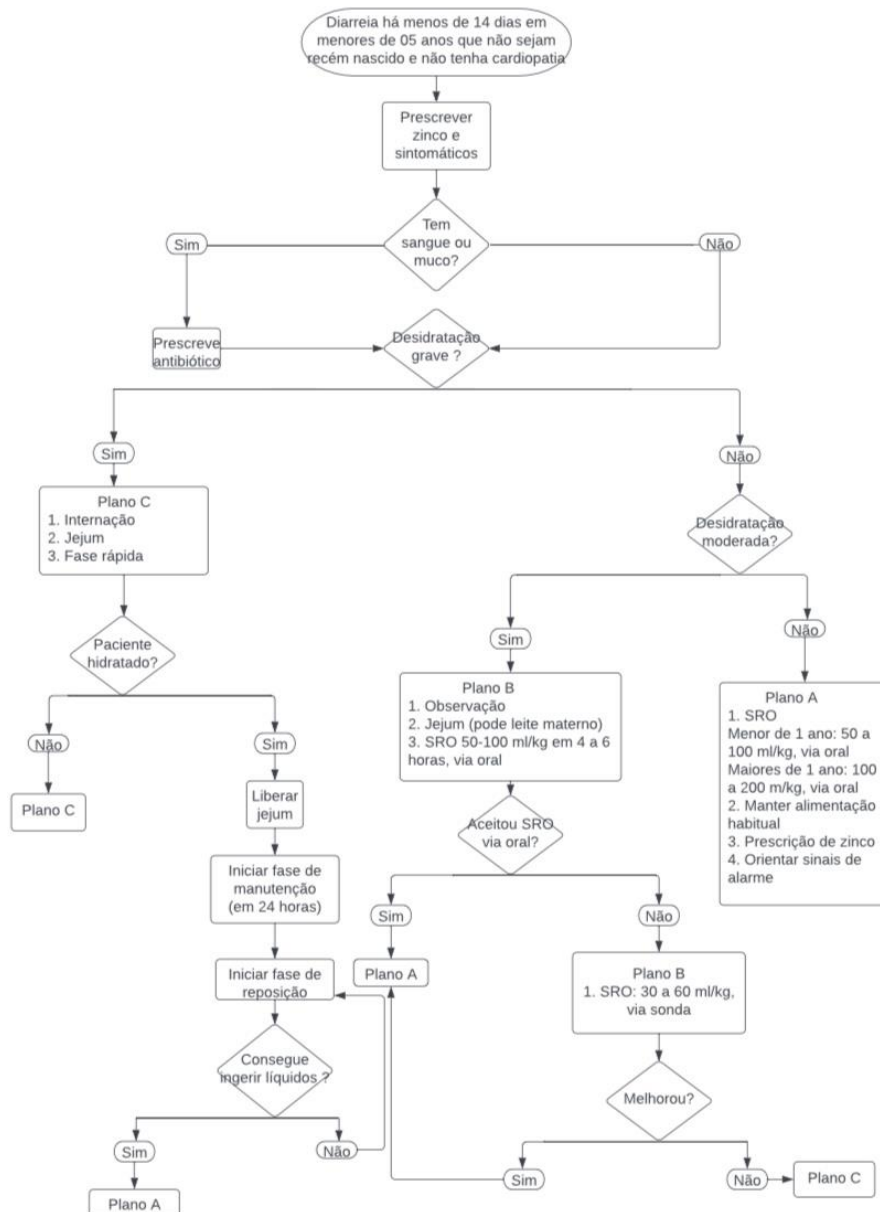
A suplementação de zinco deverá ser feita 1 vez ao dia durante 14 dias. A dose também é orientada de acordo com a faixa etária, sendo 10 mg para menores de 6 meses e 20 mg para maiores de 6 meses.

As orientações gerais incluem ingestão de líquidos naturais (sem adição de açúcares e corantes), manter seio materno, manter alimentação usual (contanto que livre de erros alimentares), praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

É importante orientar também sobre sinais de gravidade, como piora na diarreia, recusa da oferta oral, vômitos repetidos, presença de sangue nas fezes, sede excessiva e oligúria.

## 12. FLUXOGRAMA

Tipo do Documento	PROTOCOLO	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	PROTOCOLO DE DIARREIA AUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	



### 13. MONITORAMENTO

Pacientes com desidratação leve, devemos orientar sinais de gravidade (piora na diarreia, vômitos incoercíveis, sede excessiva, recusa alimentar,

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

diminuição da diurese) e retorno para reavaliação. Pacientes com desidratação moderada, devem realizar o tratamento na unidade de saúde e devem permanecer na unidade até a reidratação se completar. Já os pacientes com desidratação grave, devem permanecer em ambiente hospitalar até que estejam hidratados e conseguindo manter hidratação por via oral.

#### 14. REFERÊNCIAS

1. Nelson Tratado de Pediatria. 20ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. Pediatria: 2 volumes – 4ª Edição, 2017
2. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, 4a edição, Barueri, SP: Manole, 2017.
3. Brandt KG, Castro Antunes MM, Silva GA. Acute diarrhea: evidence-based management. J Pediatr (Rio J). 2015; 91(6 Suppl 1):36-43.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8a ed. rev. Brasília: MS, 2010.
5. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde. Manejo do paciente com diarreia. Brasília: MS; 2014.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Gastroenterologia. Rio de Janeiro: SBP, 2017.
7. Pediatria em consultório, 5a edição, 2010

#### 15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	NO.UGQSP.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE DIARREIA AUDA E DESIDRATAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB-UnB)</b>	Emissão: 01/2023	Próxima revisão: 01/2025
		Versão: 002	

<b>VERSÃO</b>	<b>DATA</b>	<b>DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO</b>
001	06/2015	Primeira Versão.
002	01/2023	Alteração de fluxo.