



**CREMAL**

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS

Programa de Educação Médica Continuada 2019

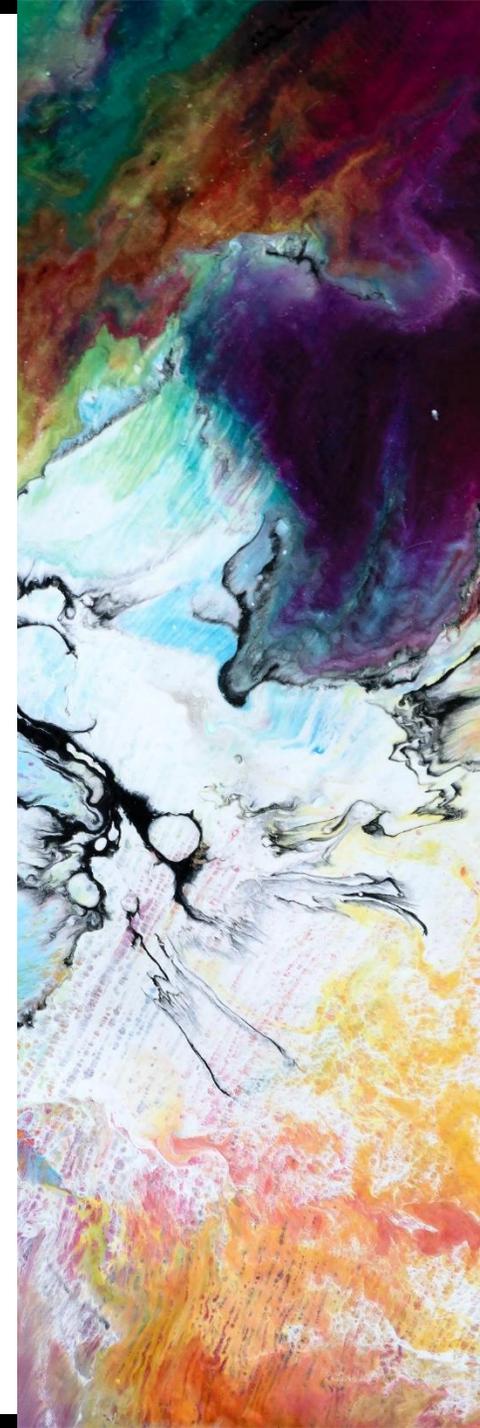
Curso de Atualização em Clínica Médica

*Auxiliadora Damianne Costa*

*Pediatra*

*Professora FAMED/UFAL*

# **MANEJO DAS DIARRREIAS NA INFÂNCIA**



# INTRODUÇÃO

## Conceitos

- Fezes de **consistência diminuída** ou aquosas pelo menos 3x num período de 24h (WHO, 2005)
- Aquosa
- Disenterica



# INTRODUÇÃO

14 dias

30 dias

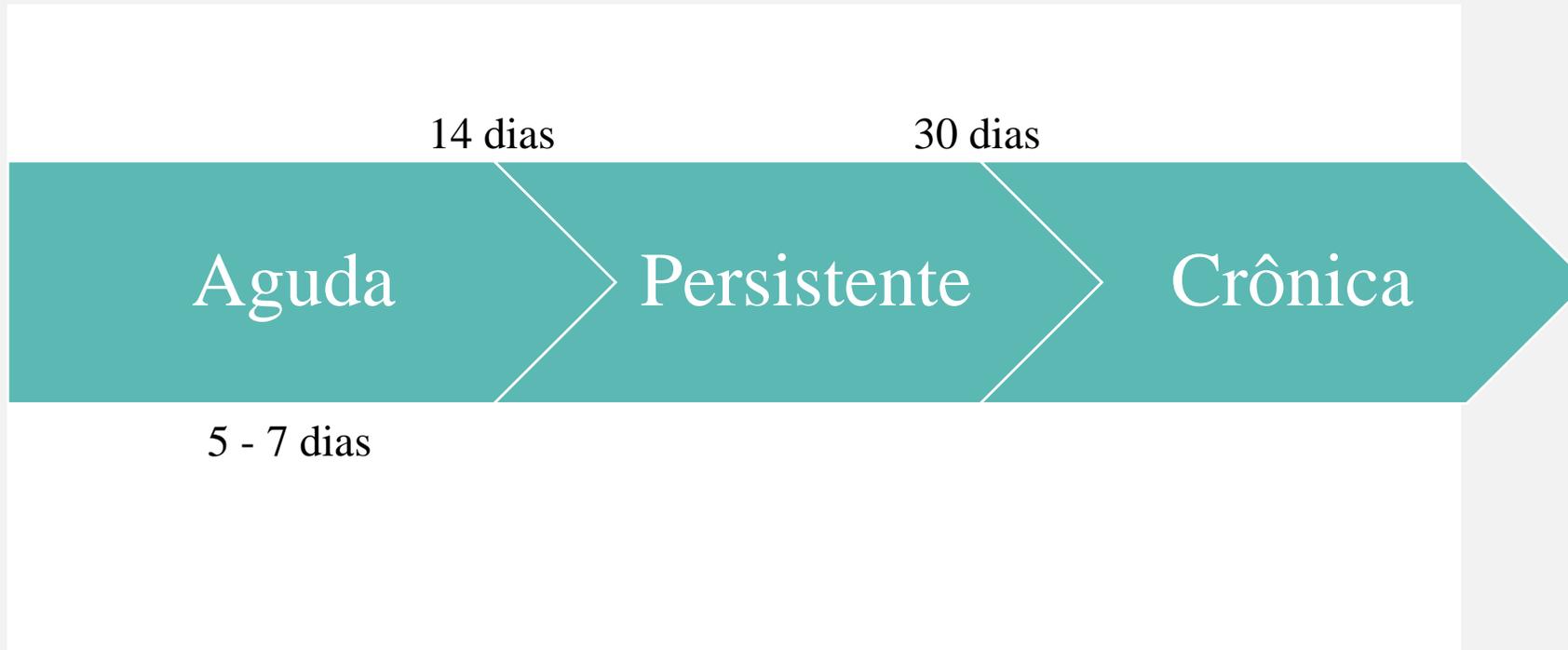
Aguda

Persistente

Crônica



# INTRODUÇÃO



# INTRODUÇÃO

- Aspectos epidemiológicos
  - Principal causa de desnutrição proteico-calórica
  - Morbi-letalidade

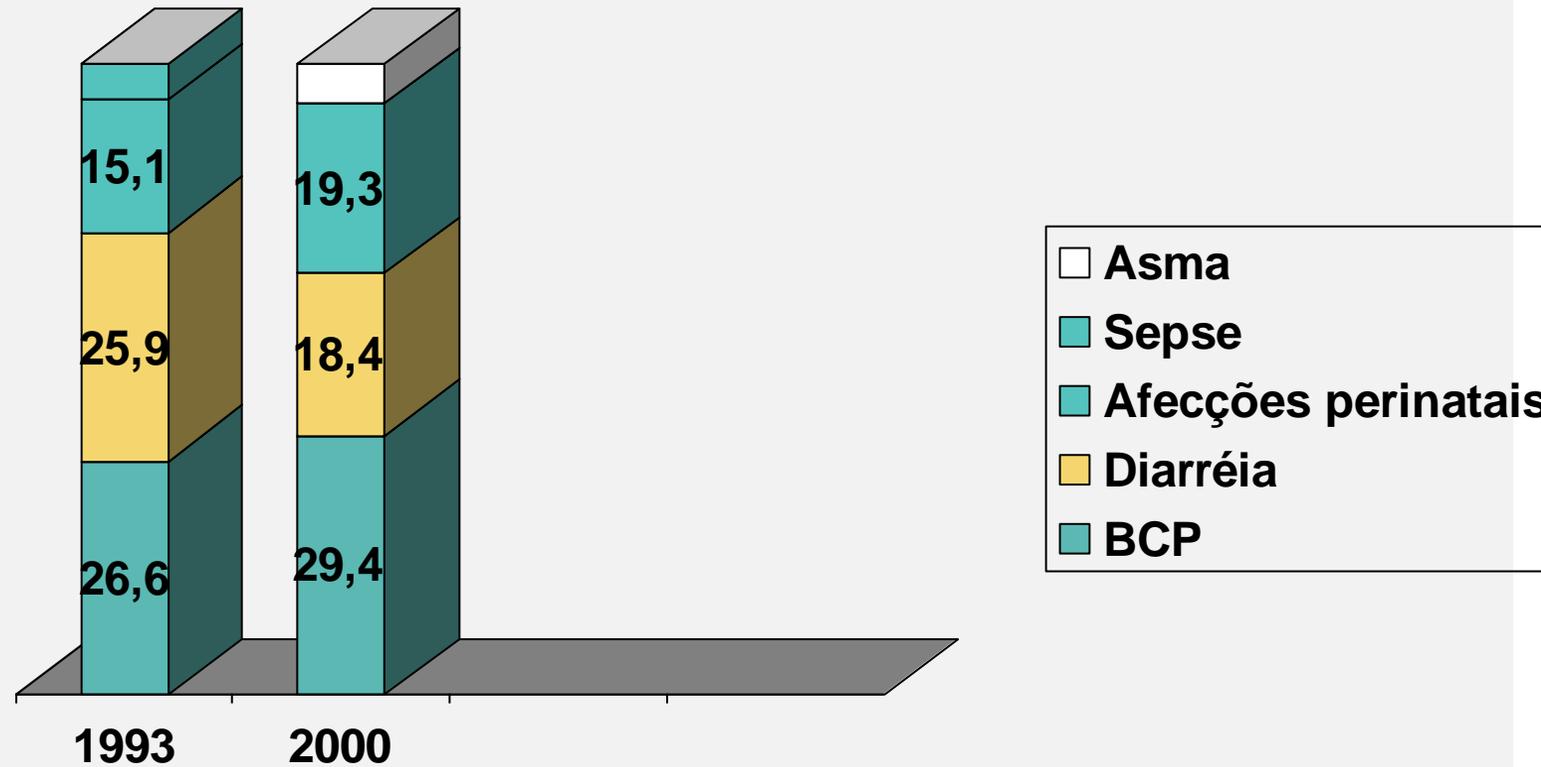


# INTRODUÇÃO

- Impacto
  - 30% óbitos < 5 anos: pneumonia e diarreia
- Redução mortalidade infantil:
  - 70/1000NV (anos 70) → 15/1000NV (atual)



# PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO, BRASIL, 1993 - 2000



Fonte: SIH / SUS

# CAUSAS DE DIARREIA AGUDA, PERSISTENTE E CRÔNICA

## Aguda

### -Infecções

-**Vírus:** rotavírus, coronavírus, adenovírus, calicivírus (em especial o norovírus) e astrovírus

-**Bactérias:** E. coli enteropatogênica clássica, E. coli enterotoxigena, E. coli enterohemorrágica, E. coli enteroinvasiva, E. coli enteroagregativa, Aeromonas, Pleisiomonas, Salmonella, Shigella, Campylobacter jejuni, Vibrio cholerae, Yersinia

-**Parasitas** - Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Cryptosporidium, Isospora

-**Fungos** – Candida albicans

### -Drogas

### -Reações de hipersensibilidade

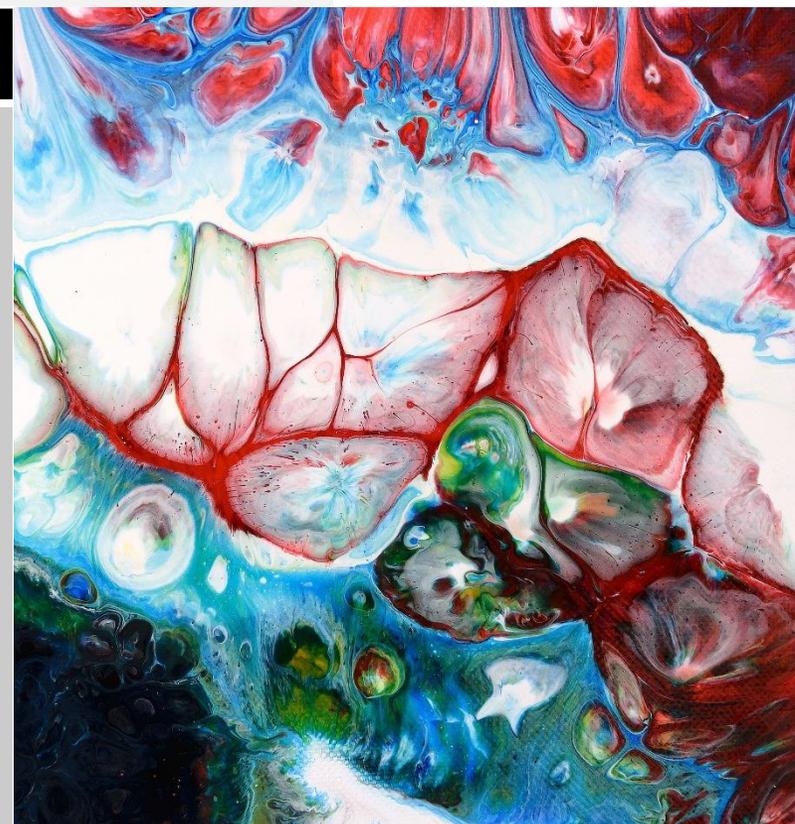
## Persistente e crônica

-Infecções parasitárias (Cryptosporidium, Giardia)

-Outras infecções, geralmente na presença de fatores de risco como desnutrição, imunodeficiência (incluindo HIV, pós-sarampo), doenças associadas ou lesão da mucosa

-Distúrbios congênitos da digestão e absorção (fibrose cística); enteropatias (doença celíaca, alergias alimentares, doenças autoimunes); defeitos enzimáticos, de transporte

-Síndrome do intestino curto



# FATORES DE RISCO

- Ocorrência do episódio diarreico

**Idade (< 1 ano)**  
**Desnutrição**  
**Baixa renda**  
**Condições ambientais insalubres**  
**Baixo nível de escolaridade materna**  
**Desmame precoce**

# FATORES DE RISCO

- Gravidade (internamento/óbito)

**Gravidade do episódio diarreico (> 7 evac/dia)**

**Idade < 6 meses**

**Desnutrição / baixo peso ao nascer**

**Baixa renda familiar**

**Más condições ambientais (saneamento / água encanada)**

**Multiparidade materna**

**Educação materna (conhecimento sobre a doença)**

# FATORES DE RISCO

- Diarréia persistente

Baixa idade (< 1 ano)

Desnutrição pregressa  
imunodepressão

Desmame precoce

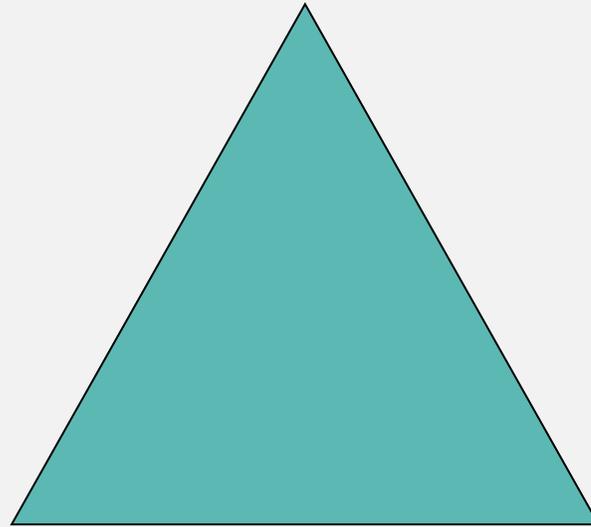
Ag. etiológicos específicos: *E. coli enteroaderente*, *Shiguela*

Uso inapropriado de drogas

Manejo dietético inadequado

# MANEJO TERAPÊUTICO

**Hidratação / reidratação**



**Alimentação**

**Tratamento  
Medicamentoso**

# MANEJO DIAGNÓSTICO

- Clínico
  - Quadro sindrômico
  - Classificação do estado de hidratação
  - Tratamento adjuvante

# MANEJO DIAGNÓSTICO

- Clínico

- Quadro sindrômico

**Diarréia aquosa**  
**Diarréia com sangue**  
**Sinais de toxemia**

- Classificação do estado de hidratação

- Tratamento adjuvante

# PERDAS DE ELETRÓLITOS NA DIARRÉIA

**TABLE 2** | Average electrolyte content of stool in acute watery diarrhea (37).

Diarrheal by etiology	Sodium mmol/L	Potassium mmol/L	Chloride mmol/L	Bicarbonate mmol/L
<b>Cholera</b>				
Children below 5 years	101	27	92	32
<b>Non-cholera diarrhea</b>				
Children below 5 years	56	25	55	14

Anigilaje EA (2018) *Management of Diarrhoeal Dehydration in Childhood: A Review for Clinicians in Developing Countries*. *Front. Pediatr.* 6:28. doi: 10.3389/fped.2018.00028

Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
Examinar			
Sinal da prega	Desaparece Rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente*
Enchimento capilar <sup>1</sup>	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos)*

Quadro 1. Avaliação do estado de hidratação para crianças com doença diarreia

**SBP. Departamento científico de Gastreenterologia.** Guia prático de atualização. 2017. **Diarreia aguda:** diagnóstico e tratamento.

Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
Examinar			
Sinal da prega	Desaparece Rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente*
Enchimento capilar <sup>1</sup>	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos)*
Conclusão	<b>Não tem desidratação</b>	<b>Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos acima, existe desidratação</b>	<b>Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos, incluindo pelo menos um dos assinalados com asterisco, existe desidratação grave</b>

Quadro 1. Avaliação do estado de hidratação para crianças com doença diarreia

**SBP. Departamento científico de Gastreenterologia.** Guia prático de atualização. 2017. **Diarreia aguda:** diagnóstico e tratamento.

Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
Examinar			
Sinal da prega	Desaparece Rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente*
Enchimento capilar <sup>1</sup>	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos)*
Conclusão	<b>Não tem desidratação</b>	<b>Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos acima, existe desidratação</b>	<b>Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos, incluindo pelo menos um dos assinalados com asterisco, existe desidratação grave</b>
Tratamento	Plano A Tratamento domiciliar	Plano B Terapia de reidratação oral no serviço de saúde	Plano C Terapia de reidratação parenteral

Quadro 1. Avaliação do estado de hidratação para crianças com doença diarreia

SBP. Departamento científico de **Gastrenterologia**. Guia prático de atualização. 2017. **Diarreia aguda**: diagnóstico e tratamento.

# Outras Classificações estado de hidratação...

**TABLE 9** | World Health Organization scale for dehydration for children 1 month to 5 years old (53).

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>Look at condition</b>	<b>Well, alert</b>	<b>Restless, irritable</b>	<b>Lethargic or unconscious</b>
Eyes	Normal	Sunken	Sunken
Thirst	Drinks normally, not thirsty	Thirsty, drinks eagerly	Drinks poorly or not able to drink
Feel; skin pinch	Goes back quickly	Goes back slowly	Goes back very slowly $\geq 2$ s

Scoring; fewer than two signs from column B and C; no signs of dehydration, <5%;  $\geq 2$  signs in column B; moderate dehydration, 5–10%,  $\geq 2$  signs in column C; severe dehydration, >10%.

**TABLE 11** | Clinical dehydration score for children 1 month to 3 years (54).

	<b>Score of 0</b>	<b>Score of 1</b>	<b>Score of 2</b>
General appearance	Normal	Thirsty, restless or lethargic but irritable when touched	Drowsy, limp, cold, sweaty $\pm$ comatose
Eyes	Normal	Slightly sunken	Very sunken
Mucous membrane	Moist	Sticky	Dry
Tears	Tears	Decreased tears	Absent tears

A score of 0 indicates no dehydration, 1–4 indicates mild-to-moderate dehydration, and 5–8 indicates severe dehydration.

## Outras Classificações estado de hidratação...

**TABLE 10** | Gorelick scale for dehydration used in children between 1 month and 5 years (54).

	<b>No or minimal dehydration</b>	<b>Moderate to severe dehydration</b>
<i>General appearance</i>	Alert	Restless, lethargic, unconscious
<i>Capillary refill</i>	Normal	Prolonged or minimal
<i>Tears</i>	Present	Absent
<i>Mucous membranes</i>	Moist	Dry, very dry
<i>eye</i>	Normal	Sunken, deeply sunken
<i>breathing</i>	Present	Deep, deep and rapid
<i>Quality of pulses</i>	Normal	Thread, weak or implapable
<i>Skin elasticity</i>	Instant recoil	Recoil slowly; recoil > 2 seconds
<i>Heart rate</i>	Normal	Tachycardia
<i>Urine out put</i>	Normal	Reduced, not passed in many hours

*4 point scale, italics.*

*≥2 clinical signs (4 point) ≥ 5% body weight from baseline.*

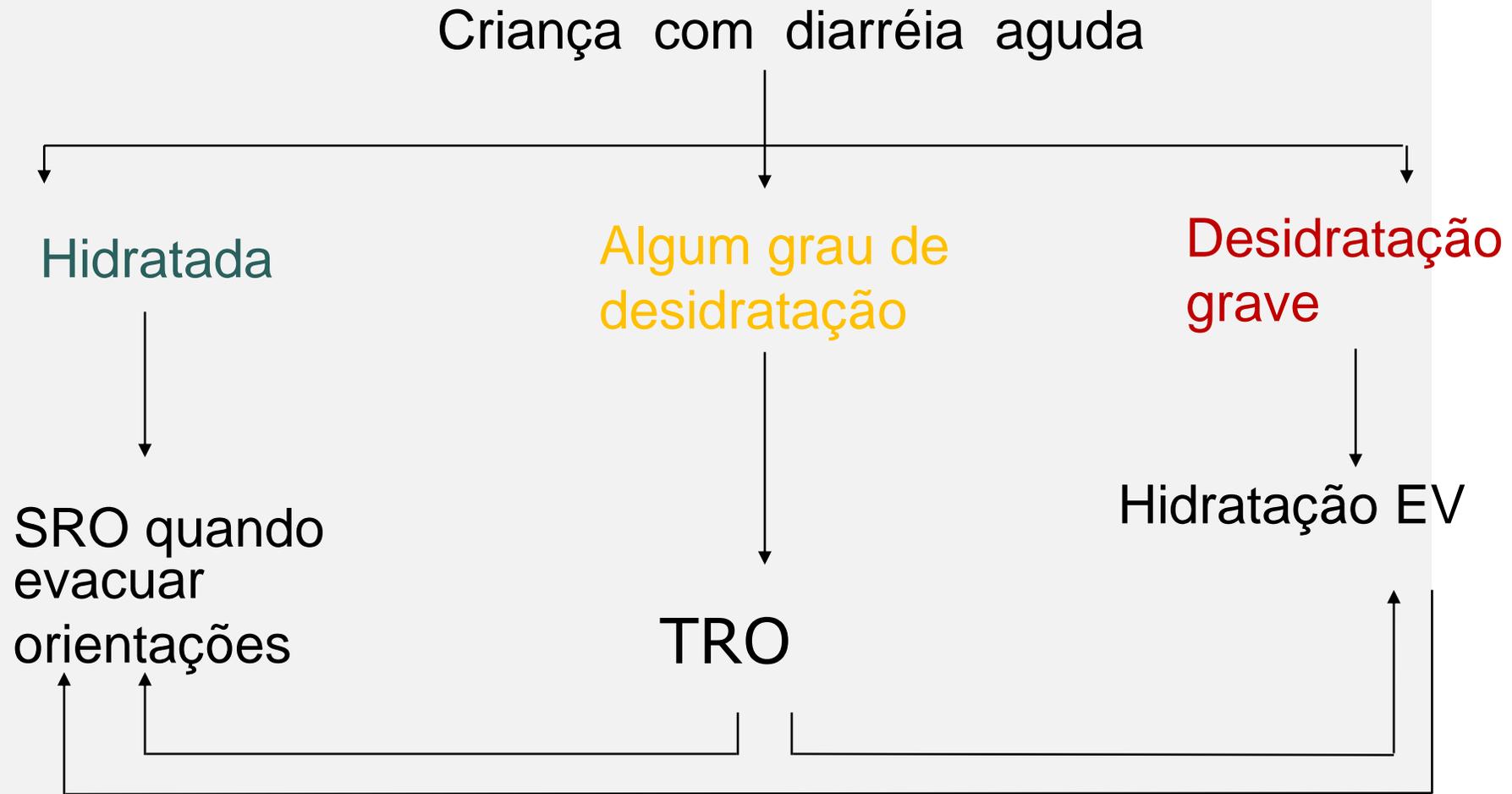
*≥3 clinical signs (4 point) ≥ 10% body weight from baseline.*

*10 point scale (all signs/symptoms).*

*≥3 clinical signs ≥ 5% body weight from baseline.*

*>7 clinical signs > 10% body weight from baseline.*

# ESQUEMA GERAL DE HIDRATAÇÃO



# PLANO A em 5 PASSOS...

## PLANO A

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

**1) Oferecer ou ingerir mais líquido que o habitual para prevenir a desidratação:**

**2) Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição:**

# PLANO A em 5 PASSOS...

## PLANO A

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

1) Oferecer ou ingerir mais líquido que o habitual para prevenir a desidratação:

2) Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição:

## SINAIS DE PERIGO

- Piora na diarreia
- Vômitos repetidos
- Muita sede

- Recusa de alimentos
- Sangue nas fezes
- Diminuição da diurese

# PLANO A em 5 PASSOS...

## PLANO A

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

1) Oferecer ou ingerir mais líquido que o habitual para prevenir a desidratação:

2) Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição:

## SINAIS DE PERIGO

- Piora na diarreia
- Vômitos repetidos
- Muita sede

- Recusa de alimentos
- Sangue nas fezes
- Diminuição da diurese

### **4) Orientar o paciente ou acompanhante para:**

- 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).

### **5) Administrar zinco uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias:**

- Até seis meses de idade: 10 mg/dia.
- Maiores de seis meses de idade: 20 mg/dia.

# ALGUM GRAU DE DESIDRATAÇÃO

- Tratamento no serviço de saúde
- Hidratação oral (SRO):
  - Expansão: 50-100ml/Kg em 4 a 6 horas
- Retorno com 24-48h para reavaliação

# Soluções de reidratação oral

	Solução Tradicional (OMS, 1975)	Solução com osmolaridade reduzida (OMS, 2002)	Solução hipotônica da ESPGHAN (1992)
Glicose (mmol/L)	111	75	74-111
Sódio (mmol/L)	90	75	60
Potássio (mmol/L)	20	20	20
Cloro (mmol/L)	80	65	60
Citrato (mmol/L)	10	10	10
Osmolaridade (mmol/L)	311	245	225-260

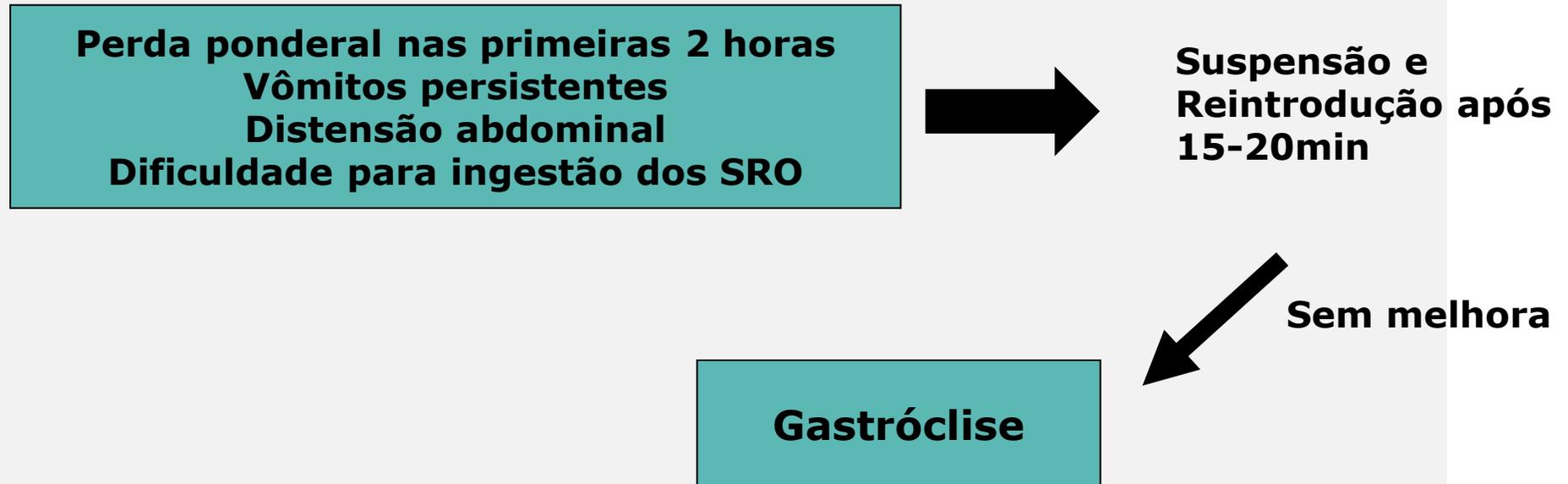
# Soluções de reidratação oral

**TABLE 12** | Compositions of some common oral rehydration solution-ORS (16, 55, 56).

	Sodium mmol/L	Potassium mmol/L	Base mmol/L	Glucose mg/dl	Osmolality mmol/L
Old World Health Organization (WHO) ORS	90	20	30	2.0	310
New WHO ORS	75	20	10	4.2	245
Pedialyte	45	20	30	2.5	270
Ricelyte	50	25	34	3.0	290

# PLANO B: HIDRATAÇÃO/REIDRATAÇÃO

- Casos especiais



**Contra-indicações à terapia oral: choque hipovolêmico, íleo paralítico, convulsão, coma, sonolência excessiva, septicemia**

# HIDRATAÇÃO ORAL X VENOSA PARA DESIDRATAÇÃO NÃO GRAVE

- *A hidratação oral é menos traumática para a criança, mostrando-se tão ou mais efetiva que a terapia venosa e associada a menores taxas de admissão hospitalar, retornos não agendados e tempo de permanência hospitalar.*

(AAP, 1996; Duggan, 1999; Boyd, 2005; Spandorfer, 2005; Hartling, 2007; Forsberg, 2007; Atherly-John, 2002)

# PLANO C

FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – MENORES DE 5 ANOS		
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.	30 minutos
	Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10mL/kg de peso.	

AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE

FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – MAIORES DE 5 ANOS		
SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30mL/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato	70mL/kg	2 horas e 30 minutos

**Fase rápida (expansão):**

**< 5 anos:**

20 mL/kg de SF a cada 30 minutos. Repetir até que a criança fique hidratada;

**> 5 anos:**

30 mL/kg de SF em 30 minutos +

70 mL/kg de Ringer lactato em 2,5 horas

**Fase de manutenção e reposição (qualquer idade)**

SG 5% + SF na proporção 4:1 (volume da regra de Holiday & Segar + KCl 10% 2 mL para cada 100 mL

Fase reposição: SG5% + SF partes iguais - iniciar com 50 mL/kg/dia<sup>1</sup>. Reavaliar de acordo com as perdas diarreicas

**PLANO C**  
Diferentes  
modalidades

<b>Ministério da Saúde do Brasil<sup>8</sup></b>	<p><b>Fase rápida (expansão):</b></p> <p><b>&lt; 5 anos:</b> 20 mL/kg de SF a cada 30 minutos. Repetir até que a criança fique hidratada;</p> <p><b>&gt; 5 anos:</b> 30 mL/kg de SF em 30 minutos + 70 mL/kg de Ringer lactato em 2,5 horas</p> <p><b>Fase de manutenção e reposição (qualquer idade)</b> SG 5% + SF na proporção 4:1 (volume da regra de Holiday &amp; Segar + KCl 10% 2 mL para cada 100 mL</p> <p>Fase reposição: SG5% + SF partes iguais - iniciar com 50 mL/kg/dia<sup>1</sup>. Reavaliar de acordo com as perdas diarreicas</p>
<b>OMS, 2005<sup>6</sup></b>	<p><b>Lactentes e crianças:</b> 100 mL/kg de Ringer Lactato sendo:</p> <p><b>&lt; 12 meses:</b> 30 mL/kg em 1 hora e 70 mL/kg em 5 horas</p> <p><b>&gt; 12 meses:</b> 30 mL/kg em 30 minutos e 70 mL/kg em 2,5 horas</p> <p>Nota: Se o Ringer lactato não estiver disponível, usar SF.</p>

**PLANO C**  
Diferentes  
modalidades

<b>Ministério da Saúde do Brasil<sup>8</sup></b>	<p><b>Fase rápida (expansão):</b></p> <p><b>&lt; 5 anos:</b> 20 mL/kg de SF a cada 30 minutos. Repetir até que a criança fique hidratada;</p> <p><b>&gt; 5 anos:</b> 30 mL/kg de SF em 30 minutos + 70 mL/kg de Ringer lactato em 2,5 horas</p> <p><b>Fase de manutenção e reposição (qualquer idade)</b> SG 5% + SF na proporção 4:1 (volume da regra de Holiday &amp; Segar + KCl 10% 2 mL para cada 100 mL</p> <p>Fase reposição: SG5% + SF partes iguais - iniciar com 50 mL/kg/dia<sup>1</sup>. Reavaliar de acordo com as perdas diarreicas</p>
<b>OMS, 2005<sup>6</sup></b>	<p><b>Lactentes e crianças:</b> 100 mL/kg de Ringer Lactato sendo:</p> <p>&lt; 12 meses: 30 mL/kg em 1 hora e 70 mL/kg em 5 horas</p> <p>&gt; 12 meses: 30 mL/kg em 30 minutos e 70 mL/kg em 2,5 horas</p> <p>Nota: Se o Ringer lactato não estiver disponível, usar SF.</p>
<b>ESPGHAN, 2014<sup>10</sup></b>	<p>Se choque: 20 mL/kg SF em 20 minutos, duas vezes;</p> <p>Se desidratação grave: 20 mL/kg de SF por hora por 2-4 horas</p> <p>Após a reparação: usar soro de manutenção com concentração de sódio de pelo menos 77 mmol/Litro para prevenção de hiponatremia</p>

PLANO C  
Diferentes  
modalidades

# HIDRATAÇÃO DE MANUTENÇÃO

**TABLE 6** | Holliday and Segar estimation of maintenance fluid (adapted).

Body weight categories	Estimated daily maintenance fluid volume	Estimated fluid rate per hour
Up to 10 kg	100 calories/kg/day or 100 ml/kg/day	4 ml/kg/h
10–20 kg	1,000 calories + 50 calories/kg/day or 1000 ml + 50 ml/kg/day for each kg over 10 kg	2 ml/kg/h
>20 kg	1,500 calories + 20 calories/kg/day or 1,500 ml + 20 ml/kg/day for each kg over 20 kg	1 ml/kg/h

# HIDRATAÇÃO DE MANUTENÇÃO: TIPOS DE SOLUÇÕES

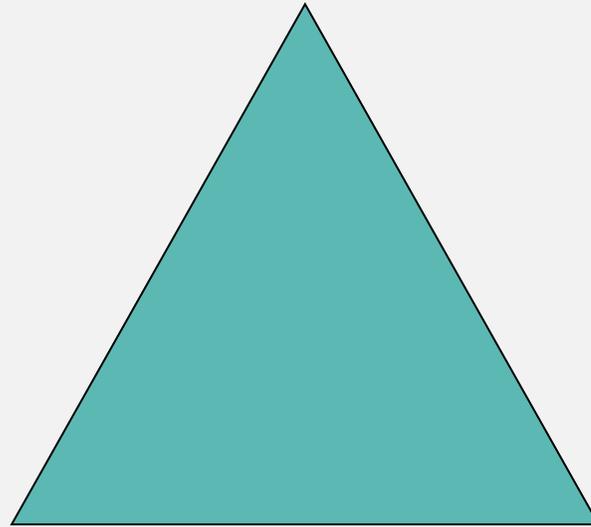
**TABLE 7** | Some examples of hypotonic, isotonic, and hypertonic fluids (16, 44).

Fluid	Na (mmol/L)	Cl (mmol/L)	K (mmol/L)	Ca (mmol/L)	Mg (mmol/L)	Glucose (g/L)	Lactate (mmol/L) <sup>a</sup>	Acetate (mmol/L) <sup>a</sup>	Gluconate (mmol/L) <sup>a</sup>
Hypotonic									
0.18% NaCl	31	31							
0.45% NaCl	77	77	–	–		–			
Isotonic									
0.9% NaCl	154	154							
0.9% NaCl with 5% glucose	154	154				50			
0.9% NaCl with 5% glucose with 20 mmol/L of KCl	154	174	20			50			
Plasmalyte 148 solution	140	98	5		3	–		28	23
Hartmann's solution	131	111	4	2			29		
Ringer's lactate	130	109	4	3			28		
Ringer's acetate	131	109	4	3				28	
Hypertonic									
3% NaCl	513	513							

<sup>a</sup>Balanced/buffered isotonic crystalloid; Na, sodium; Cl, chloride; K, potassium; Ca, calcium; Mg, magnesium.

# MANEJO TERAPÊUTICO

**Hidratação / reidratação**



**Alimentação**

**Tratamento  
Medicamentoso**

# ALIMENTAÇÃO

- Aumentar a oferta de líquidos
- Manter a alimentação habitual da criança
  - Alimentos inadequados: refrigerantes, líquidos açucarados, chás, sucos comercializados, café
  - Durante a reidratação: Manter SML
- Suspensão da lactose:
  - sinais de intolerância (fezes explosivas, espumosas, assaduras);
  - diarréia > 14 dias;
  - pct's internados

# TRATAMENTO ADJUVANTE

## *Zinco*

- 20mg/dia (ou 10mg/dia em < 6meses) por 10-14 dias
- Redução da severidade e duração da diarreia
- Prevenção de novos episódios por 2-3 meses

## *Vitamina A*

- Diarreia persistente: 400µg/dia
- reduz o risco de hospitalização e mortalidade por diarreia / populações de risco nutricional

# TRATAMENTO ADJUVANTE

## *Antibióticos*

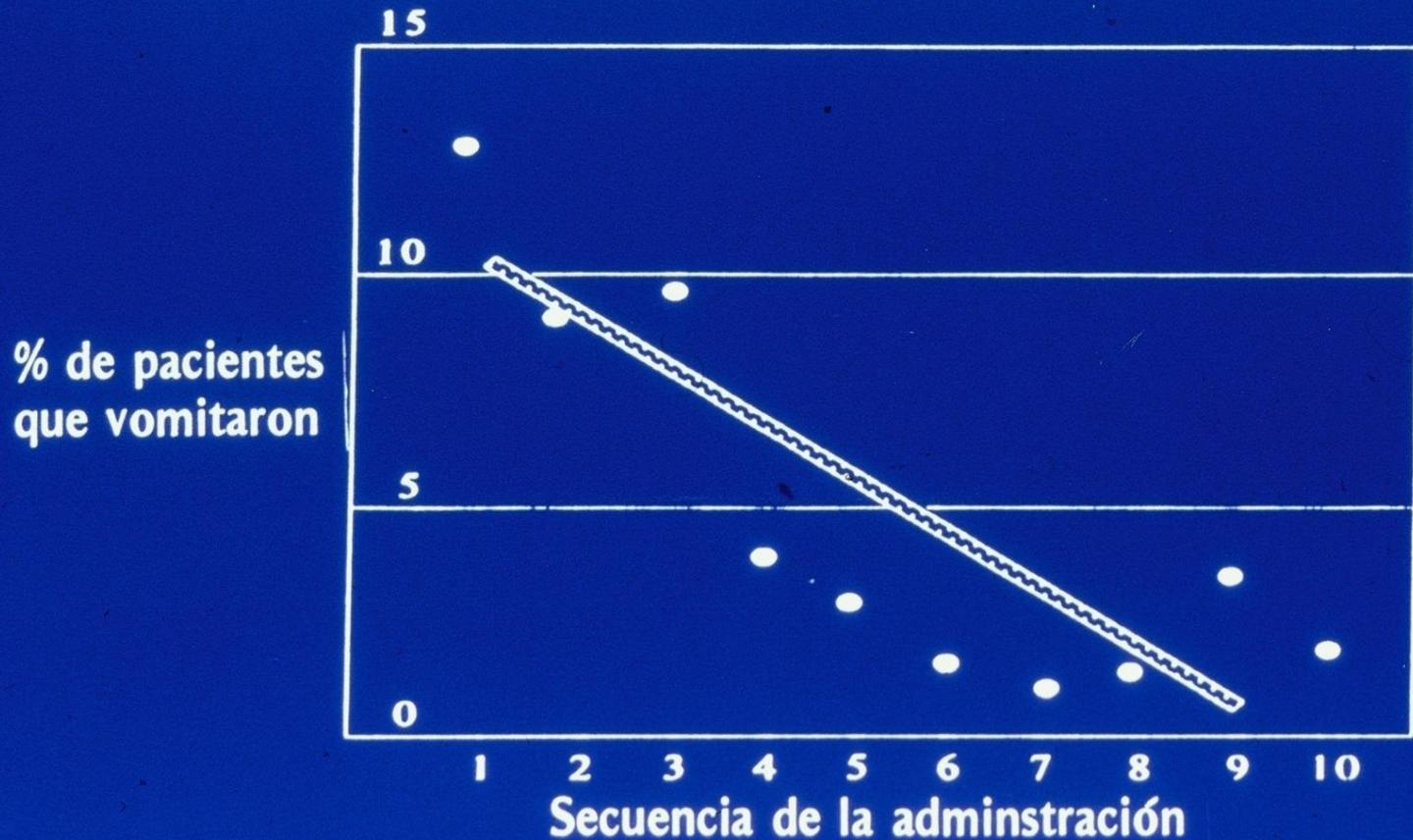
- **Ciprofloxacino:** 15mg/kg, duas vezes ao dia, por 3 dias
- **Azitromicina,** 10mg/kg no primeiro dia e 5mg/kg por mais 4 dias - diarreia por *Shigella* (ESPGHAN)
- **Ceftriaxona,** 50-100mg/kg EV por dia por 3 a 5 dias nos casos graves que requerem hospitalização.

## *Antieméticos*

- **Ondansetrona** (0,15-0,3mg/kg): diretriz Íbero-Latinoamericana para os pacientes com vômitos frequentes

# CORRELACION ENTRE EL PORCENTAJE DE PACIENTES CON VOMITOS Y SECUENCIA DE LA ADMINISTRACION DE SRO DURANTE LA REHIDRATACION

**POR QUE NÃO ANTIEMÉTICO?**



# TRATAMENTO ADJUVANTE

## *Probióticos*

- Redução tempo diarreia ( $\pm$  24h)
- Recomendados (ESPGHAN; Diretriz Íbero-Latinoamericana):
  - Lactobacillus GG
  - Lactobacillus reuteri DSM 17938
  - Saccharomyces boulardii

## *Racecadotril*

- Inibidor da encefalinase:
  - $\uparrow$  encefalinas (SN entérico)
  - $\downarrow$  secreção intestinal de água e eletrólitos
- ESPGHAN; Diretriz Ibero-Latinoamericana
- 1,5mg/kg, 3x ao dia

## SUGESTÕES DE LEITURA

Nº 1, Março de 2017



**Guia Prático de Atualização**  
Departamento Científico de Gastroenterologia

**Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento**

## SUGESTÕES DE LEITURA

Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H, et al. **European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society (ESPGHAN) for Pediatric Infectious Diseases evidencebased. guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014.J** **PediatrGastroenterol Nutr.** 2014 Jul;59(1):132-52

Gutiérrez-Castrellón P, Salazar-Lindo E, Polanco-Allué I, **Grupo IberoLatinoamericano sobre el Manejo de la Diarrea Aguda (GILA).** Guía práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: **esquemas de hidratación y alimentación.** An Pediatr (Barc). 2014;80(Supl 1):9-14.

Salazar-Lindo E, Polanco-Allué I, Gutiérrez-Castrellón P, **Grupo IberoLatinoamericano sobre el Manejo de la Diarrea Aguda (GILA).** Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: **tratamiento farmacológico E.** An Pediatr (Barc). 2014;80(Supl 1):15-22.

**World Health Organization.** The Treatment of Diarrhoea – A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers (WHO/CAH/03.7). Geneva: **World Health Organization, 2005.** 44p

**Ministério da Saúde do Brasil.** Manejo do paciente com diarreia. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo\\_paciente\\_diarreia\\_cartaz.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf)

Anigilaje EA (2018) **Management of Diarrhoeal Dehydration in Childhood: A Review for Clinicians in Developing Countries.** Front. Pediatr. 6:28. doi: 10.3389/fped.2018.00028

# OBRIGADA

✉ *Auxiliadora.costa@famed.ufal.br*