

MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA


AValiação DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
OBSERVE	Estado geral ¹	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos ¹	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede ¹	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
EXPLORE	Sinal da prega abdominal ¹	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso ²	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
DECIDA		SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE		PLANO A	PLANO B	PLANO C



¹ Variáveis para avaliação do estado de hidratação do paciente que têm maior relação de sensibilidade e especificidade, segundo a Organização Mundial da Saúde.

² A avaliação da perda de peso é necessária quando o paciente está internado e evolui com diarreia e vômito.

OBSERVAÇÃO: caso haja dúvida quanto à classificação (variáveis de desidratação ou de desidratação grave), deve-se estabelecer o plano de tratamento considerado no pior cenário.

PLANO A PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO	
A.1 INGERIR/OFERECER MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:	
A.1.1 O paciente deve tomar líquidos caseiros (água, chá, suco, água de coco, sopas) ou solução de sais de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica e episódio de vômito, em pequenas quantidades e maior frequência. A.1.2 Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adoçar o chá ou o suco.	
A.2 MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:	
A.2.1 Manter a alimentação habitual – tanto as crianças como os adultos. A.2.2 Criança em aleitamento materno exclusivo – o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.	
A.3 LEVAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE:	
A.3.1 Não melhorar em 2 dias. A.3.2 Apresentar qualquer um dos sinais de alerta abaixo:	
 SINAIS DE ALERTA	<ul style="list-style-type: none"> Piora da diarreia (ex.: aumento da frequência ou do volume) Sangue nas fezes Diminuição da diurese Muita sede Vômitos repetidos Recusa de alimentos
A.4 ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:	
A.4.1 Reconhecer os sinais de desidratação e sinais de alerta. A.4.2 Preparar e administrar a solução de sais de reidratação oral. A.4.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos).	
A.5 ADMINISTRAR ZINCO 1 vez ao dia, DURANTE 10 A 14 DIAS:	
A.5.1 Até 6 meses de idade: 10 mg/dia. A.5.2 Maiores de 6 meses a menores de 5 anos de idade: 20 mg/dia.	

IDADE	Quantidade de líquidos que deve ser administrada/ ingerida após cada evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100 ml
De 1 a 10 anos	100-200 ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
B.1 ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL:	
B.1.1 Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100 ml/kg (média de 75 ml/kg) para ser administrado no período de 4-6 horas. B.1.2 A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente. B.1.3 A solução de SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. B.1.4 Se o paciente desidratado, durante o manejo do PLANO B, apresentar vômitos persistentes, administrar uma dose de antiemético ondansetrona: <ul style="list-style-type: none"> Crianças de 6 meses a 2 anos: 2 mg (0,2 a 0,4 mg/kg); Maiores de 2 anos a 10 anos (até 30 kg): 4 mg; Adultos e crianças com mais de 10 anos (mais de 30 kg): 8 mg. 	
 ALERTA: NÃO UTILIZAR EM GESTANTES.	
B.2 DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AValiação DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE":	
B.2.1 Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A . B.2.2 Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise). B.2.3 Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C .	
B.3 DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU DO ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE, ORIENTAR A:	
B.3.1 Reconhecer os sinais de desidratação. B.3.2 Preparar e administrar a solução de SRO. B.3.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar adequadamente as mãos, tratar a água para consumo humano (ingestão) e higienizar os alimentos).	
 ATENÇÃO: SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO.	
O PLANO B DEVE SER REALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. O PACIENTE DEVE PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.	

PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ENDOVENOSA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/HOSPITAL			
C.1 ADMINISTRAR REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA – FASE DE EXPANSÃO E FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO			
FASE DE EXPANSÃO – MENORES DE 1 ANO³			
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	
1º Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora	
2º Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	5 horas	
FASE DE EXPANSÃO – A PARTIR DE 1 ANO³			
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	
1º Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos	
2º Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos	
³ Para recém-nascidos ou menores de 5 anos com cardiopatias graves, começar com 10 ml/kg de peso.			
FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS			
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	
3º Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10 kg	100 ml/kg	
	Peso de 10 a 20kg	1.000 ml + 50 ml/kg de peso que exceder 10 kg	
	Peso acima de 20 kg	1.500 ml + 20 ml/kg de peso que exceder 20 kg (no máximo 2.000 ml)	
3º Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	+		
	Iniciar com 50 ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.		
KCl a 10%	2 ml para cada 100 ml de solução da fase de manutenção.	+	
C.2 AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO/ GOTEJAMENTO:			
C.2.1 Iniciar a reidratação por via oral com solução de SRO, quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, concomitantemente. C.2.2 Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir a solução de SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de solução de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações. C.2.3 Observar o paciente por pelo menos 6 horas. C.2.4 Reavaliar o estado de hidratação e orientar quanto ao tratamento apropriado a ser seguido: PLANO A, B ou continuar com o C.			
OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM COMPLETAMENTE HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL.			



MINISTÉRIO DA SAÚDE



IDENTIFICAR DISENTERIA OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA	
D.1 VERIFICAR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES (DISENTERIA) E AVALIAR SEU ESTADO GERAL:	
D.1.1 Se apresentar sangue nas fezes e comprometimento do estado geral , conforme o quadro de avaliação do estado de hidratação do paciente e/ou febre alta persistente, dor abdominal, tenesmo ou comprometimento sistêmico: D.1.1.1 Reidratar o paciente conforme os planos A, B ou C definido segundo estado de hidratação. D.1.1.2 Iniciar antibioticoterapia:	
a) CRIANÇAS COM ATÉ 30 kg (até 10 anos): (a partir de 3 meses e sem imunodeficiência) Azitromicina: 10 mg/kg/dia, via oral, no primeiro dia e 5 mg/kg/dia por mais 4 dias; Ceftriaxona: 50 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa.	
NOTA: Crianças menores de 3 meses ou criança com imunodeficiência: • Ceftriaxona: 50 a 100 mg/kg endovenosa 1 vez ao dia. Se não estiver hospitalizada, administrar 1ª dose intramuscular e referenciar ao hospital.	
b) CRIANÇAS COM MAIS DE 30kg (com mais de 10 anos), ADOLESCENTES e ADULTOS: Ciprofloxacino: 1 comprimido de 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias; Ceftriaxona: 50 a 100 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa.	
Observação: crianças com quadro de desnutrição devem ter o primeiro atendimento em qualquer estabelecimento de saúde, devendo-se iniciar hidratação e antibioticoterapia de forma imediata, até que chegue ao hospital.	
D.1.1.3 Orientar o paciente ou acompanhante para aumento da ingestão de líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio. D.1.1.4 Reavaliar o paciente após 2 dias. D.1.1.5 Se persistir a presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento:	
SE CRIANÇA (até 10 anos): Encaminhar para internação hospitalar. SE ADULTO, ADOLESCENTE OU CRIANÇAS COM MAIS DE 10 ANOS: <ul style="list-style-type: none"> Condições gerais boas: seguir planos A, B ou C, conforme estado de hidratação – não usar antibioticoterapia. Condições gerais comprometidas: administrar Ceftriaxona 50 a 100 mg/kg, via intramuscular, 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, ou encaminhar para internação hospitalar. 	
D.2 IDENTIFICAR DIARREIA PERSISTENTE/CRÔNICA	
D.2.1 Se tiver mais de 14 dias de evolução da doença: D.2.1.1 Encaminhar o paciente para a unidade hospitalar se: <ul style="list-style-type: none"> For menor de 6 meses. Apresentar sinais de desidratação. Nesse caso, reidrate-o primeiro e, em seguida, encaminhe-o a uma unidade hospitalar. 	
Observação: quando não houver condições de encaminhar para a unidade hospitalar, orientar o responsável/accompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual no domicílio enquanto aguarda referência hospitalar. Caso apresente algum sinal de alerta (vide item A 3.2), levar imediatamente a um estabelecimento de saúde para atendimento.	
D.2.1.2 Pacientes maiores de 6 meses sem sinais de desidratação: encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.	
D.3 OBSERVAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO GRAVE	
D.3.1 Se o paciente estiver com desnutrição grave: D.3.1.1 E estiver hidratado: encaminhar para o tratamento no estabelecimento de saúde. D.3.1.2 E estiver desidratado: iniciar imediatamente a reidratação e em seguida encaminhar o paciente para o tratamento no estabelecimento de saúde. Entregar ao paciente ou responsável envelopes de SRO em quantidade suficiente e recomendar que continue a reidratação até que chegue ao estabelecimento de saúde em que receberá o tratamento.	
D.4 VERIFICAR A TEMPERATURA	
D.4.1 Se o paciente estiver com a temperatura de 39 °C ou mais, além do quadro diarreico, investigar e tratar outras possíveis causas, por exemplo, pneumonia, otite, amigdalite, faringite, infecção urinária.	
USO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM DIARREIA	
Antibióticos: Devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e comprometimento do estado geral ou em caso de cólera grave. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes, causam resistência antimicrobiana e, portanto, não devem ser prescritos.	
Antiparasitários: Devem ser usados somente para: <ul style="list-style-type: none"> Amebíase, quando o tratamento de disenteria por <i>Shigella sp</i> fracassar, ou em casos em que se identificam nas fezes trofozoítos de <i>Entamoeba histolytica</i> englobando hemácias: Metronidazol 50 mg/kg/dia 3x/dia por 10 dias. Giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal: Metronidazol 15 mg/kg/dia 3x/dia por 5 dias. 	
Zinco: Deve ser administrado, conforme descrito no PLANO A , para crianças menores de 5 anos.	
Antiemético: Apenas deve ser usado se o paciente apresentar vômitos persistentes, conforme descrito no PLANO B , para garantir que consiga ingerir a solução de SRO e ser reidratado.	
ANTIDIARREICOS NÃO DEVEM SER USADOS	