

	PROTOCOLO			PRO
	DIRETRIZ CLÍNICA – DIARRÉIA AGUDA NA CRIANÇA			PRO-UUE-07
	Data de Emissão: <b>01/06/2019</b>	Data da Revisão: <b>27/10/2023</b>	Número da Revisão: <b>01</b>	Página: <b>1 de 9</b>
APLICAÇÃO:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

## 1. OBJETIVO

Definir a diretriz institucional frente ao diagnóstico e tratamento para diarreia aguda, na unidade de urgência e emergência da instituição.

## 2. DEFINIÇÕES

**UUE:** Unidade de Urgência e Emergência

## 3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

### 3.1 Conceito:

A diarreia pode ser definida pela ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas nas últimas 24 horas. A diminuição da consistência habitual das fezes é um dos parâmetros mais considerados. Na diarreia aguda ocorre desequilíbrio entre a absorção e a secreção de líquidos e eletrólitos no trato intestinal. Geralmente é um quadro autolimitado. De acordo com a OMS, a doença diarreica aguda pode ser classificada em três categorias: Diarreia aguda aquosa ; Diarreia aguda com sangue (disenteria) e Diarreia persistente: quando a diarreia aguda se estende por 14 dias ou mais. A maioria dos casos resolve-se em até 7 dias. A doença diarreica, na maior parte das vezes, representa uma infecção do tubo digestivo por vírus, bactérias ou protozoários e tem evolução autolimitada, mas pode ter consequências graves como desidratação, desnutrição energético-protéica e óbito. A investigação da etiologia da diarreia aguda não é obrigatória em todos os casos. Deve ser realizada nos casos graves e nos pacientes que necessitam hospitalização.

### 3.2 Avaliação inicial:

Na avaliação inicial as seguintes informações devem ser conhecidas: duração da diarreia, número diário de evacuações, presença de sangue nas fezes, número de episódios de vômitos, presença de febre ou outra manifestação clínica, práticas alimentares prévias e vigentes, outros casos de diarreia em casa ou na escola. Deve ser avaliado, também, a oferta e o consumo de líquidos, além do uso de medicamentos e o histórico de imunizações. É importante, também, obter informação sobre a diurese e peso recente, se conhecido. Se o peso anterior recente não é disponível, é fundamental que seja mensurado o peso exato na avaliação inicial do paciente. A avaliação nutricional é muito importante na abordagem da criança com doença diarreica. O peso é fundamental no acompanhamento tanto em regime de internação hospitalar como no ambulatorial. Considera-se que perda de peso de até 5% represente a desidratação leve; entre 5% e 10% a desidratação é moderada; e perda de mais de 10% traduz desidratação grave. Essa classificação proporciona uma estimativa do volume necessário para correção do déficit corporal de fluido em consequência da doença diarreica:

	PROTOCOLO			PRO
	<b>DIRETRIZ CLÍNICA – DIARRÉIA AGUDA NA CRIANÇA</b>			<b>PRO-UUE-07</b>
	Data de Emissão: <b>01/06/2019</b>	Data da Revisão: <b>27/10/2023</b>	Número da Revisão: <b>01</b>	Página: <b>2 de 9</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

perda de 5%, ou seja, 50 mL/Kg; de 5 a 10%, ou seja, 50 a 100 mL/Kg e mais do que 10%, ou seja, mais de 100 mL/Kg.

Avaliação do estado de hidratação para crianças com doença diarréica -Observar A B C			
Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Seca	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)*
<b>Conclusão</b>	<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

1 – Para avaliar o enchimento capilar, a mão da criança deve ser mantida fechada e comprimida por 15 segundos. Abrir a mão da criança e observar o tempo no qual a coloração da palma da mão volta ao normal. A avaliação da perfusão periférica é muito importante, principalmente em desnutridos nos quais a avaliação dos outros sinais de desidratação é muito difícil.

**PLANO A - Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Oferecer ou ingerir mais líquido que o habitual para prevenir a desidratação:</b></li> <li>• O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição:</b></li> <li>• Continuar o aleitamento materno.</li> </ul>
--	---

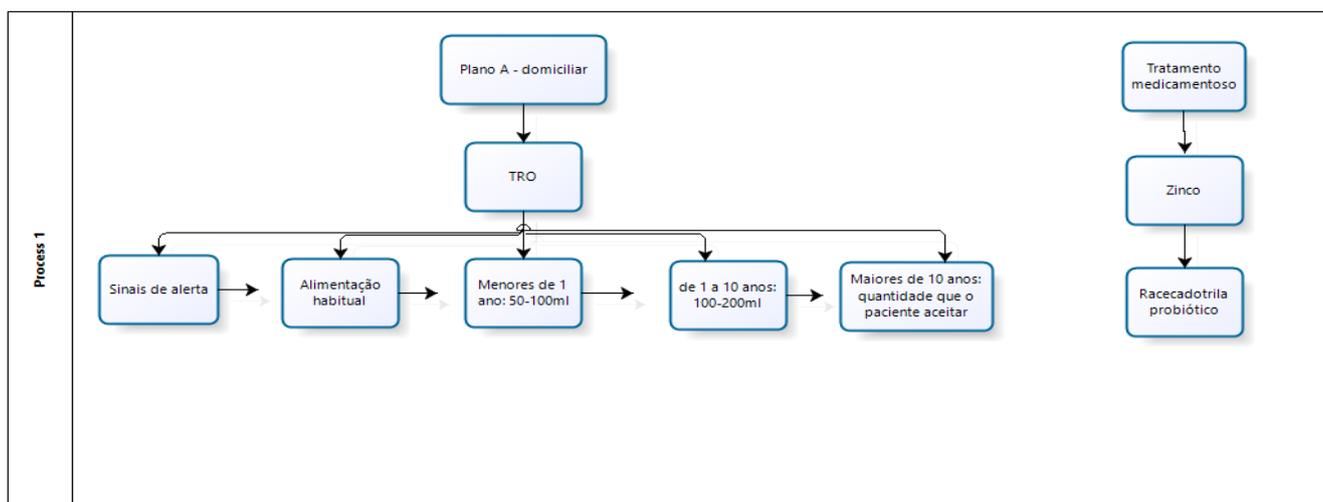
	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ CLÍNICA – DIARRÉIA AGUDA NA CRIANÇA</b>			<b>PRO-UUE-07</b>
	Data de Emissão: <b>01/06/2019</b>	Data da Revisão: <b>27/10/2023</b>	Número da Revisão: <b>01</b>	Página: <b>3 de 9</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou solução de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica. • Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco	• Manter a alimentação habitual para as crianças e os adultos. <b>3) Se o paciente não melhorar em dois dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo levá-lo imediatamente ao serviço de saúde:</b>
--	---

<b>SINAIS DE PERIGO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piora na diarreia</li> <li>• Vômitos repetidos</li> <li>• Muita sede</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recusa de alimentos</li> <li>• Sangue nas fezes</li> <li>• Diminuição da diurese</li> </ul>

<b>1. Orientar o paciente ou acompanhante para:</b> <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>	<b>2. Administrar zinco uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Até seis meses de idade: 10 mg/dia.</li> <li>• Maiores de seis meses de idade: 20 mg/dia.</li> </ul>
---	---

<b>IDADE</b>	<b>Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após cada evacuação diarreica</b>
Menores de 1 ano	50-100mL
De 1 a 10 anos	100-200mL
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

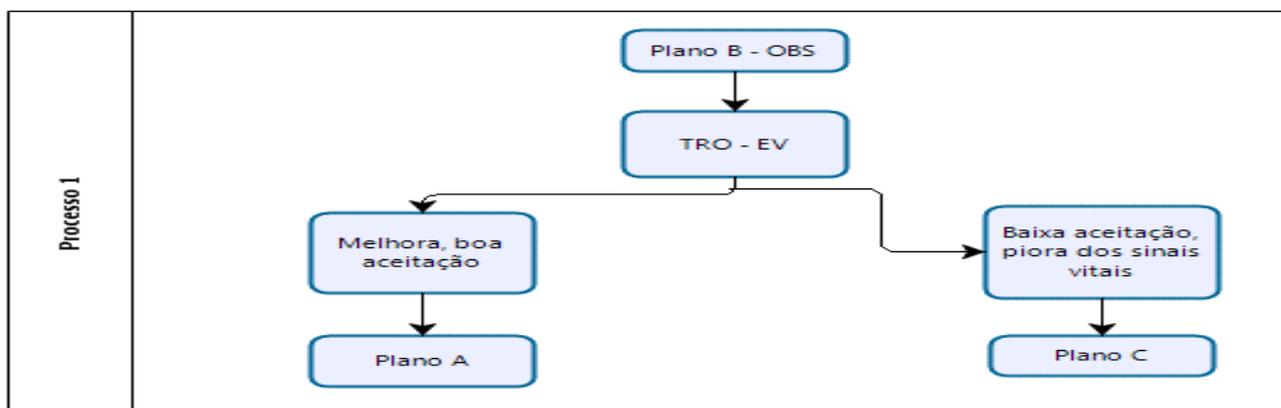


	PROTOCOLO			PRO
	<b>DIRETRIZ CLINICA – DIARRÉIA AGUDA NA CRIANÇA</b>			<b>PRO-UUE-07</b>
	Data de Emissão: <b>01/06/2019</b>	Data da Revisão: <b>27/10/2023</b>	Número da Revisão: <b>01</b>	Página: <b>4 de 9</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

PLANO B :

PLANO B - Para evitar a desidratação por via oral na unidade de saúde	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Administrar solução de reidratação oral (SRO):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.</li> <li>• A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.</li> <li>• Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100mL/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Durante a reidratação reavaliar o paciente seguindo os sinais indicados no quadro 1 (avaliação do estado de hidratação)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.</li> <li>• Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).</li> <li>• Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Durante a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde, orientar a:</b> <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> </li> </ul>	

O PLANO B deve ser realizado na unidade de saúde, os pacientes deverão permanecer na unidade de saúde até a reidratação completa e reinício da alimentação.



	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ CLÍNICA – DIARRÉIA AGUDA NA CRIANÇA</b>			<b>PRO-UUE-07</b>
	Data de Emissão: <b>01/06/2019</b>	Data da Revisão: <b>27/10/2023</b>	Número da Revisão: <b>01</b>	Página: <b>5 de 9</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

Podem ser utilizados os seguintes critérios para internação hospitalar: choque hipovolêmico, desidratação grave (perda de peso maior ou igual a 10%), manifestações neurológicas (por exemplo, letargia e convulsões), vômitos biliosos ou de difícil controle, falha na terapia de reidratação oral, suspeita de doença cirúrgica associada ou falta de condições satisfatórias para tratamento domiciliar ou acompanhamento ambulatorial.

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.		
<b>FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – MENORES DE 5 ANOS</b>		
<b>Solução</b>	<b>Volume</b>	<b>Tempo de administração</b>
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		
<b>FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – MAIORES DE 5 ANOS</b>		
<b>Solução</b>	<b>Volume total</b>	<b>Tempo de administração</b>
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30mL/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato	70mL/kg	2 horas e 30 minutos

<b>FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS</b>		
<b>Solução</b>	<b>Volume em 24 horas</b>	
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10kg	100mL/kg
	Peso de 10 a 20 kg	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.	

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ CLÍNICA – DIARRÉIA AGUDA NA CRIANÇA</b>			<b>PRO-UUE-07</b>
	Data de Emissão: <b>01/06/2019</b>	Data da Revisão: <b>27/10/2023</b>	Número da Revisão: <b>01</b>	Página: <b>6 de 9</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

KCI a 10% Ou KCI 19,1% - 1mL para cada 100mL.	2mL para cada 100mL de solução da fase de manutenção.
---	---

Avaliar o paciente continuamente. Se não houver melhora da desidratação, aumentar a velocidade de infusão:

- 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 venosa.
- 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.
- Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento.
- Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas. 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.

### 3.3 Métodos diagnósticos:

Culturais das fezes, bioquímica e eletrólitos conforme a avaliação da gravidade e do tempo de evolução do caso. Pacientes que necessitem internação hospitalar devem sempre realizar os exames diagnósticos.

### 3.4 Tratamento:

#### 3.4.1 Alimentação:

A manutenção da alimentação com oferta energética apropriada é um dos pilares mais importantes no tratamento da diarreia aguda.

Todas as diretrizes são unânimes que o aleitamento materno deve ser mantido e incentivado durante o episódio diarreico.

Quando necessário, deve-se recomendar jejum durante o período de reversão da desidratação (etapa de expansão ou reparação). A alimentação deve ser reiniciada logo que essa etapa for concluída (em geral, no máximo, 4 a 6 horas).

A alimentação deve ser reiniciada de acordo com o esquema habitual do paciente, sendo uma oportunidade para a correção de erros alimentares. A fórmula infantil ou preparação láctea oferecidas para crianças não devem ser diluídas.

Na diarreia aguda, não há recomendação de fórmula sem lactose para lactentes tratados ambulatorialmente com diarreia aguda. Entretanto, para os pacientes hospitalizados com diarreia aguda e nos com diarreia

	<b>PROTOCOLO</b>			<b>PRO</b>
	<b>DIRETRIZ CLÍNICA – DIARRÉIA AGUDA NA CRIANÇA</b>			<b>PRO-UUE-07</b>
	Data de Emissão: <b>01/06/2019</b>	Data da Revisão: <b>27/10/2023</b>	Número da Revisão: <b>01</b>	Página: <b>7 de 9</b>
<b>APLICAÇÃO:</b>	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

persistente tratados no hospital ou ambulatorialmente, há vantagens na prescrição de fórmula sem lactose.

#### 3.4.2 Terapia de Reidratação:

A TRO é considerada uma das modalidades terapêuticas que mais salvou vidas a partir do século XX1. O princípio fisiológico da eficácia vincula-se ao fato de que a via de transporte ativo, acoplada de sódio-glicose-água pelo enterócito está preservada na diarreia aguda, independentemente da etiologia. Vale lembrar que são outras vias que explicam o aumento da secreção e diminuição da absorção de água e eletrólitos na diarreia aguda.

Tradicionalmente, afirma-se que o lactente com menos de 12 meses deve receber 50 mL da solução para cada evacuação e os maiores de 1 ano, 100 mL após cada evacuação. Na prática, deve ser oferecida a quantidade de líquidos que a criança aceitar (Plano A).

Para a reversão da desidratação com o emprego da TRO, deve ser utilizada a solução de reidratação oral com 75 a 90 mmol de sódio por litro. Exceto para os lactentes em aleitamento materno, o soro deve ser oferecido sem outros alimentos. O volume de 50 a 100 mL/kg de peso, dependendo da gravidade, deve ser administrado em 4 a 6 horas. O paciente deve ser pesado antes de iniciar a TRO e, depois, a cada 2 horas (Plano B).

A utilização dos soros de reidratação oral pode ser feita com dois objetivos: a) Reposição de perdas para prevenir a desidratação no paciente com diarreia (Plano A) e b) Reversão da desidratação, ou fase de reparação, para o paciente com desidratação por diarreia (Plano B).

Composição da solução de reidratação oral recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no passado e no presente e da solução recomendada pela ESPGHAN (Sociedade Européia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição em Pediatria)			
	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

#### 3.4.3 Terapia da Reposição Parenteral:

	PROTOCOLO			PRO
	DIRETRIZ CLÍNICA – DIARRÉIA AGUDA NA CRIANÇA			PRO-UUE-07
	Data de Emissão: <b>01/06/2019</b>	Data da Revisão: <b>27/10/2023</b>	Número da Revisão: <b>01</b>	Página: <b>8 de 9</b>
APLICAÇÃO:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

Indicada para pacientes com desidratação grave ou que não apresentam reversão da desidratação após 2 horas de TRO.

Opções para a terapia de reidratação parenteral	
Ministério da Saúde do Brasil	<p><b>Fase rápida (expansão): &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) Fase reposição: SG5% + SF partes iguais - iniciar com 50 mL/kg/dia. Reavaliar de acordo com as perdas diarreicas</p>
OMS, 2005	<p><b>Lactentes e crianças:</b> 100 mL/kg de Ringer Lactato sendo: &lt; 12 meses: 30 mL/kg em 1 hora e 70 mL/kg em 5 horas &gt; 12 meses: 30 mL/kg em 30 minutos e 70 mL/kg em 2,5 horas Nota: Se o Ringer lactato não estiver disponível, usar SF.</p>
ESPGHAN, 2014	<p><b>Se choque:</b> 20 mL/kg SF em 20 minutos, duas vezes; Se desidratação grave: 20 mL/kg de SF por hora por 2-4 horas Após a reparação: usar soro de manutenção com concentração de sódio de pelo menos 77 mmol/Litro para prevenção de hiponatremia</p>
Nota 1: este volume pode ser excessivo se o paciente estiver aceitando bem a alimentação e o soro de reidratação oral.	
Nota 2: Para a fase de manutenção, em nenhuma das diretrizes analisadas, foi recomendado o uso de solução com 154 mmol/L de sódio.	

### 3.3.4 Zinco:

Pode reduzir a duração do quadro de diarreia, a probabilidade da diarreia persistir por mais de sete dias e a ocorrência de novos episódios de diarreia aguda nos três meses subsequentes. O racional para seu emprego é a prevalência elevada de deficiência de zinco nos países não desenvolvidos. De acordo com a OMS deve ser usado em menores de cinco anos, durante 10 a 14 dias, sendo iniciado a partir do momento da caracterização da diarreia. A dose para maiores de seis meses é de 20mg por dia e 10mg para os primeiros 6 meses de vida.

	PROTOCOLO			PRO
	DIRETRIZ CLÍNICA – DIARRÉIA AGUDA NA CRIANÇA			PRO-UUE-07
	Data de Emissão: <b>01/06/2019</b>	Data da Revisão: <b>27/10/2023</b>	Número da Revisão: <b>01</b>	Página: <b>9 de 9</b>
APLICAÇÃO:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

### 3.4.5 Antibiótico:

O uso de antibióticos na diarreia aguda está restrito aos pacientes que apresentam diarreia com sangue nas fezes (disenteria), na cólera, na infecção aguda comprovada por *Giardia lamblia* ou *Entamoeba histolytica*, em imunossuprimidos, nos pacientes com anemia falciforme, nos portadores de prótese e nas crianças com sinais de disseminação bacteriana extraintestinal. Nos casos de disenteria, a antibioticoterapia está indicada, especialmente quando o paciente apresenta febre e comprometimento do estado geral. Se possível, deve ser coletada amostra de fezes para realização de coprocultura e antibiograma. Inicialmente, mesmo que não comprovada laboratorialmente, prevalece a hipótese de infecção por *Shigella*.

**Importante:** Para escolha do Antibiótico consulte recomendação do SCIH da instituição.

3.4.6 Demais medicamentos como antieméticos, probióticos e Racecadotril devem ser considerados e individualizados conforme o quadro clínico do paciente.

### 3.5 Recomendações gerais:

- Avaliar o paciente continuamente. Se não houver melhora da desidratação, aumentar a velocidade de infusão;
- 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 venosa;
- 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;
- Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento;
- Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas;
- 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.

## 4. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf)

## 5. REGISTROS

Não se aplica.