

	<b>PROTOCOLO CLÍNICO</b>	Nº DOCUMENTO	DATA
		PTC.DEA.005	05/2023
		REVISÃO	PÁGINAS
		05/2025	1/16

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. REFERÊNCIAS
5. DEFINIÇÕES E SIGLAS
6. EXIGÊNCIAS
7. RESPONSABILIDADES
8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
  - 8.1. Classificação
  - 8.2. Sinais e sintomas
  - 8.3. Princípios da avaliação clínica
  - 8.4. Tratamento
  - 8.5. Terapia de reidratação oral
9. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS
  - 11.1. Anexo I - Manejo do paciente com Diarreia

### RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓX. REVISÃO
<b>05/2023</b>	Emissão inicial	<b>05/2025</b>
<b>00</b>	Primeira revisão	

### APROVAÇÕES

ELABORAÇÃO	CHEFIA/DIVISÃO	QUALIDADE	PRESIDÊNCIA/DIREÇÃO
Virginia Ponte Taiza Moreno	Andrea Garcia Alessandrée Lopes	Zorahyde Pires Cristiane Pacheco	Dr. Daniel da Mata

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

### 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, observou-se redução importante na mortalidade infantil que passou de 70 óbitos por mil nascidos vivos na década de 1970 para cerca de 15 óbitos por mil nascidos vivos na década atual. Parcela considerável desta redução foi decorrente da diminuição do número de óbitos por diarreia e desidratação.

Considera-se que este grande avanço na saúde pública brasileira foi decorrente das melhorias das condições gerais de vida da população e da disseminação entre profissionais da área da saúde e da própria comunidade dos princípios fundamentais do tratamento da diarreia aguda e desidratação, ou seja, terapia de reidratação e cuidados com a alimentação.

A diarreia pode ser definida pela ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas nas últimas 24 horas. A depender do agente causador da doença e de características individuais dos pacientes, as Doenças Diarreicas Agudas (DDA) podem causar quadros de desidratação que variam de leve a grave, podendo evoluir para óbito. As DDA podem ser classificadas em três categorias: Diarreia aguda aquosa, Diarreia aguda com sangue (disenteria) e Diarreia persistente.

### 2. OBJETIVOS

- Descrever os tipos de DDA;
- Definir o tratamento adequado.

### 3. ABRANGÊNCIA

Unidades geridas pela RioSaúde.

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

### 4. REFERÊNCIAS

- **Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP** - Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento – 2017. Disponível em: [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). Acesso em: 06 março 2023.
- **Ministério da Saúde** - Doenças diarreicas agudas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dda>. Acesso em: 06 março 2023.

### 5. DEFINIÇÕES E SIGLAS

#### 5.1. Definições

Não se aplica.

#### 5.2. Siglas

**DDA** – Doenças Diarreicas Agudas

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**SRO** - Sais de Reidratação Oral

### 6. EXIGÊNCIAS

Não se aplica.

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

### 7. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADES
7.1. Realizar anamnese e exame físico do paciente, atentando-se aos sinais de desidratação.	<b>Enfermeiro/Médico</b>
7.2. Prescrever o tratamento e medicamentos apropriados a cada caso de DDA.	<b>Médico</b>
7.3. Acompanhar o paciente constantemente, atentando-se a piora do quadro e mudança necessária de conduta.	<b>Enfermeiro/Médico</b>
7.4. Atentar-se para consistência, coloração, frequência de evacuações, presença de sangue.	<b>Equipe de Enfermagem</b>
7.5. Administrar medicamentos e fluidos prescritos.	<b>Equipe de Enfermagem</b>

### 8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

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 e é um quadro autolimitado.

Assim, doença diarreica aguda pode ser entendida como um episódio diarreico com as seguintes características: início abrupto, etiologia presumivelmente infecciosa, potencialmente autolimitado, com duração inferior a 14 dias, aumento no volume e/ou na frequência de evacuações com conseqüente aumento das perdas de água e eletrólitos. Apesar da definição de diarreia aguda considerar o limite máximo de duração de 14 dias, a maioria dos casos resolve-se em até 7 dias.

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

### 8.1. Classificação

- **Diarreia aguda aquosa:** diarreia que pode durar até 14 dias e determina perda de grande volume de fluidos e pode causar desidratação. Pode ser causada por bactérias e vírus, na maioria dos casos. A desnutrição eventualmente pode ocorrer se a alimentação não é fornecida de forma adequada e se episódios sucessivos acontecem.
- **Diarreia aguda com sangue (disenteria):** é caracterizada pela presença de sangue nas fezes. Pode ser identificado a eliminação de muco nas evacuações também. Representa lesão na mucosa intestinal. Pode associar-se com infecção sistêmica e outras complicações, incluindo desidratação. Bactérias do gênero *Shigella* são as principais causadoras de disenteria.
- **Diarreia persistente:** quando a diarreia aguda se estende por 14 dias ou mais. Pode provocar desnutrição e desidratação. Pacientes que evoluem para diarreia persistente constituem um grupo com alto risco de complicações e elevada letalidade.

### 8.2. Sinais e Sintomas

Ocorrência de pelo menos três episódios de diarreia aguda no período de 24hrs (diminuição da consistência das fezes – fezes líquidas ou amolecidas – e aumento do número de evacuações) podendo ser acompanhados de:

- Cólicas abdominais;
- Dor abdominal;
- Febre;
- Sangue ou muco nas fezes;
- Náusea;
- Vômitos.

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

### Complicações:

A desidratação é a principal complicação, que se não for corrigida rápida e adequadamente, principalmente em crianças e idosos, pode evoluir para quadros mais graves. Diante de um quadro de desidratação podemos identificar os seguintes sinais:

- Piora da diarreia;
- Vômitos repetidos;
- Muita sede;
- Recusa de alimentos;
- Sangue nas fezes;
- Diminuição da urina.

### 8.3. Princípios da avaliação clínica

De acordo com a OMS, a anamnese da criança com doença diarreica deve contemplar os seguintes dados: 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. A história e o exame físico são indispensáveis para uma conduta adequada.

Fatores que aumentam o risco de complicações	
Idade inferior a dois meses;	Presença de vômitos persistentes;
Doença de base grave como o diabetes mellitus;	Perdas diarreicas volumosas e frequentes (mais de oito episódios diários);
Insuficiência renal ou hepática e outras doenças crônicas;	Percepção dos pais de que há sinais de desidratação.

**DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA****Classificação das DDA**

Ao exame físico é importante avaliar o estado de hidratação, o estado nutricional, o estado de alerta (ativo, irritável, letárgico), a capacidade de ingestão de líquidos e a diurese. O percentual de perda de peso é considerado o melhor indicador da desidratação. Mesmo quando 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 acompanhamento do peso é fundamental tanto nos casos que necessitam de internação hospitalar como nos tratamentos ambulatoriais.

Avaliação de Desidratação	
Perda de peso de até 5%	Desidratação leve
Entre 5% e 10%	A desidratação é moderada
Perda de mais de 10%	Desidratação grave

Essa classificação proporciona uma estimativa do volume necessário para correção do déficit corporal de fluido em consequência da doença diarreica. Estima-se que diante de uma perda de 5% do peso corporal seja necessária uma reposição de 50 mL/Kg de fluidos; já com uma perda de 5 a 10%, o cálculo estima cerca de 50 a 100 mL/Kg de reposição, e quando esse déficit ultrapassa 10%, se faz necessário uma reposição rigorosa com mais de 100 mL/Kg.

Tal reposição poderá ser feita com SRO, nos casos mais brandos e através de hidratação venosa nos mais graves. Tal hidratação poderá ser feita com cloreto de sódio ou com ringer lactato, cabendo ao médico indicar a melhor opção. Antes de qualquer infusão deverá ser investigado a presença de contraindicações (por exemplo cardiopatia grave).

Outro ponto fundamental na avaliação da hidratação da criança com doença diarreica é vincular os achados do exame clínico à conduta a ser adotada. Assim, apesar de existirem outras estratégias para avaliar o estado de hidratação, a proposta da OMS, também adotada pelo MS deve continuar sendo utilizada.

**DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA**

- **Avaliação do estado de hidratação para crianças com doença diarreia:**

Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, inquieto	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

Fonte: SBP

#### 8.4. Tratamento

O tratamento das doenças diarreicas agudas se fundamenta na prevenção e na rápida correção da desidratação por meio da ingestão de líquidos e solução de sais de reidratação oral (SRO) ou fluidos endovenosos, dependendo do estado de hidratação e da gravidade do caso. Por isso, apenas após a avaliação clínica do paciente, o tratamento adequado deve ser estabelecido, conforme os planos A, B e C descritos abaixo.

A abordagem clínica constitui a coleta de dados importantes na anamnese, como: início dos sinais e sintomas, número de evacuações, presença de muco ou sangue nas fezes, febre, náuseas e vômitos; presença de doenças crônicas; verificação se há parentes ou conhecidos que também adoeceram com os mesmos sinais/sintomas.



**DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA**

O exame físico, com enfoque na avaliação do estado de hidratação, é importante para checar a presença de desidratação e a instituição do tratamento adequado, além disso, o paciente deve ser pesado, sempre que possível. Se não houver dificuldade de deglutição e o paciente estiver consciente, a alimentação habitual deve ser mantida e deve-se aumentar a ingestão de líquidos, especialmente de água.

- **PLANO A**

**Tratamento no domicílio.** É obrigatório aumentar a oferta de líquidos, incluindo o soro de reidratação oral (reposição para prevenir a desidratação) e a manutenção da alimentação, contendo alimentos que não agravam a diarreia. Além do soro de reidratação oral, são considerados líquidos adequados: sopa de frango com hortaliças e verduras, água de coco e água. São inadequados: refrigerantes, líquidos açucarados, chás, sucos comercializados, café.

Ainda no Plano A, deve-se iniciar a suplementação de zinco e manter a alimentação habitual. Os sinais de alarme devem ser enfatizados nesta fase, para serem identificados prontamente na evolução se ocorrerem (aumento da frequência das eliminações líquidas, vômitos frequentes, sangue nas fezes, recusa para ingestão de líquidos, febre, diminuição da atividade, presença de sinais de desidratação, piora do estado geral).

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

### PLANO A

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

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

- 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.
- Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco.

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

- Continuar o aleitamento materno.
- Manter a alimentação habitual para as crianças e os adultos.

**3) Se o paciente não melhorar em dois dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo levá-lo imediatamente ao serviço de saúde:**

### 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.

IDADE	Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após cada 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: SBP

### ● PLANO B

**Administrar o soro de reidratação oral sob supervisão médica** (reparação das perdas vinculadas à desidratação). Manter o aleitamento materno e suspender os outros alimentos (jejum apenas durante o período da terapia de reparação por via oral). Após o término desta fase, retomar os procedimentos do Plano A.

A primeira regra nesta fase é administrar a solução de terapia de reidratação oral (SRO), entre 50 a 100 mL/Kg, durante 2 a 4 horas. A SRO deve ser oferecida de forma frequente, em quantidades pequenas com colher ou copo, após cada evacuação. O uso de mamadeira deve ser evitado.

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

Considera-se fracasso da reidratação oral se as eliminações aumentam, se ocorrem vômitos incoercíveis, ou se a desidratação evolui para grave. Nesta fase deve-se iniciar a suplementação de zinco.

**PLANO B**

**1) Administrar solução de reidratação oral (SRO):**

- 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 os sinais indicados no quadro 1 (avaliação do estado de hidratação)**

- Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.

**3) Durante a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde, orientar a:**

- Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).
- Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.
- 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 E REINÍCIO DA ALIMENTAÇÃO**

Fonte: SBP

### ● PLANO C

**Corrigir a desidratação grave com terapia de reidratação por via parenteral** (reparação ou expansão). Em geral, o paciente deve ser mantido no serviço de saúde, em hidratação parenteral de manutenção, até que tenha condições de se alimentar e receber líquidos por via oral na quantidade adequada. As indicações para reidratação venosa são: desidratação grave, contraindicação de hidratação oral (íleo paralítico, abdômen agudo, alteração do estado de consciência ou convulsões), choque hipovolêmico.

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.

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

### PLANO C

O PLANO C CONTEMPLA DUAS FASES PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS: A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO

#### 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 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 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.	
KCl a 10%*	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

\* Ou KCl 19,1% - 1mL para cada 100mL.

Fonte SBP

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

A infusão nasogástrica de solução de reidratação oral parece mais eficaz do que a administração intravenosa para crianças com desidratação leve a moderada devido à diarreia, desde que feita de forma tecnicamente correta. O líquido a ser administrado pela sonda nasogástrica será o SRO, na velocidade de 20 a 30 ml/kg/hora.

Reavaliar a criança a cada 30 minutos e tomar as seguintes decisões:

- Se houver vômitos repetidos ou distensão abdominal, dar o líquido mais lentamente.
- Se, depois de duas horas, a hidratação não estiver melhorando, encaminhar a criança para terapia endovenosa.
- Se, depois de 2 horas, a criança estiver hidratada, dar as orientações necessárias para a realização do plano A em casa para continuar o tratamento.

### Tratamentos Associados:

**Zinco** - O zinco faz parte da estrutura de várias enzimas. Tem importante papel na função e no crescimento celular. Atua também no sistema imunológico.

**Vitamina A** - Deve ser administrada a populações com risco de deficiência desta vitamina. O uso da vitamina A reduz o risco de hospitalização e mortalidade por diarreia e tem sido administrada nas zonas mais carentes do norte e nordeste.

**Antibióticos** - 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.

**Antieméticos** - Segundo a OMS, os antieméticos não devem ser utilizados no tratamento da diarreia aguda. Considera-se que os vômitos tendem a desaparecer concomitantemente à correção da desidratação. O MS não faz menção ao emprego de antieméticos. No entanto, há algumas situações onde são necessários. A ESPGHAN considera que a ondansetrona pode proporcionar redução na

## DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

frequência de vômitos, na necessidade de hidratação parenteral e de internação hospitalar. Fica a critério médico a decisão do uso de antiemético.

**Probióticos** - A OMS e o MS não mencionam a possibilidade de uso de probióticos no tratamento da diarreia aguda. Por outro lado, A ESPGHAN e a diretriz Íbero-Latinoamericana, com base em evidências científicas, consideram que determinados probióticos podem ser utilizados como coadjuvantes no tratamento da diarreia aguda. Devendo ser utilizado com outras medidas terapêuticas.

**Racecadotril** - é um inibidor da encefalinase, enzima responsável pela degradação das encefalinas produzidas pelo sistema nervoso entérico. As encefalinas com ação mais duradoura, em função da menor atividade da encefalinase, reduzem a secreção intestinal de água e eletrólitos que se encontra aumentada nos quadros de diarreia aguda. A ESPGHAN e a diretriz Ibero-Latinoamericana consideram que a racecadotril pode ser utilizada como coadjuvante no tratamento da diarreia aguda, uma vez que, foi demonstrado, em ensaios clínicos e metanálise, seu papel na redução das perdas diarreicas e na duração da diarreia aguda.

### 8.5. Terapia de reidratação oral

A TRO é considerada uma das modalidades terapêuticas que mais salvou vidas a partir do século XX. 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.

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).

Na prevenção da desidratação, deve-se optar por soros com menor concentração de sódio. Caso sejam utilizados os sais de reidratação oral distribuídos pela rede pública de saúde do Brasil, com 90 mmol de sódio por litro, o paciente deve receber fluídos que não contenham sódio, para evitar a ocorrência

**DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA**

de ingestão excessiva de sódio. Nesta situação, devem ser oferecidos outros tipos de líquidos, inclusive água. 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. O tratamento deve ser realizado no domicílio. A família deve ser orientada para retornar ao serviço de saúde caso apareçam manifestações clínicas compatíveis com desidratação.

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).

**9. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS**

Não se aplica.

**10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR**

Não se aplica.

**DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA**

**11. ANEXOS**

**11.1. Anexo I - Manejo do paciente com Diarreia**

## MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA

**IDENTIFICAR DISENTERIA E/OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA**

1- **PEDANTIR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES**  
Em caso positivo e com comprometimento do estado geral:

- Identificar o paciente de acordo com os planos A, B ou C.
- Iniciar protocolo terapêutico.

**Tratamento de crianças:**

- **Ceftriaxona:** 50 a 100mg/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias, como alternativa.
- Orientar o acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.
- Reavaliar o paciente após dois dias.

**Observação:** crianças com quadro de desidratação devem ter o primeiro atendimento em qualquer Unidade de Saúde, devendo-se iniciar hidratação e antibioticoterapia de forma imediata, até que chegue ao hospital.

**Tratamento de adultos:**

- **Ceftriaxona:** 1000mg de 12/12h, via oral, por 3 dias.
- Orientar o paciente ou acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.
- Se houver presença de sangue nas fezes ou melero após 48 horas do início do tratamento, encaminhar para internação hospitalar.

**2- IDENTIFICAR QUANDO INICIOU A DIARREIA**  
Se tiver mais de 14 dias de evolução:

• Encaminhar o paciente para a unidade hospitalar se:

- apresentar sinais de desidratação. Haver caso, realizar o primeiro atendimento em unidade hospitalar.
- Quando não houver condições de encaminhar para a unidade hospitalar, orientar o responsável/acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual no domicílio.
- Se o paciente não estiver com sinais de desidratação e nem frustar com o tratamento, encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.

**3- OBSERVAR SE TEM DESNUTRIÇÃO GRAVE**  
Se a criança estiver com desnutrição grave utilizar para diagnóstico a Carteira de Saúde da Criança do Ministério da Saúde):

- Em caso de desidratação, iniciar a reidratação e encaminhar o paciente para o serviço de saúde.
- Encaminhar o paciente ao responsável enquanto não estiver com quantidade suficiente e recomendar que continue a hidratação até que chegue ao serviço de saúde.

**4- VERIFICAR A TEMPERATURA**  
Se o paciente estiver além de 38°C, com temperatura de 39°C ou mais, investigar e tratar outras possíveis causas, por exemplo, pneumonia, otite, amigdalite, meningite, infecção urinária.

**PLANO C CONTEPLA 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
Suco Polivitamínico a 0,9%	Iniciar com 200ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até que o volume seja totalmente absorvido ou sinais clínicos após cada fase de expansão administrada.	30 minutos
Para recém-nascidos e cardiopatas graves considerar com 10ml/kg de peso.		

**ANALISAR O PACIENTE CONTINUAMENTE**

FASE RÁPIDA - MAIORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1) Suco Polivitamínico a 0,9%	200ml/kg	30 minutos
2) Soro Lactado ou Solução Polivitamínica	70ml/kg	3 horas e 30 minutos

**FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS**

SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS
Soro Glicoseis a 2% + Soro Polivitamínico a 0,9% (proporção de 4:1)	1000ml + 250ml/kg de peso, que equivale 1250ml para crianças com peso inferior a 20kg.
Soro Glicoseis a 1% + Soro Polivitamínico a 0,9% (proporção de 1:1)	Iniciar com 500ml/kg. Realizar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.
H2O a 10%	2ml para cada 100ml de volume de fezes de manutenção.

**ANALISAR O PACIENTE CONTINUAMENTE SE NÃO HOUVER MELHORIA DA DEIDRATAÇÃO, ALIMENTAR A VIGILÂNCIA DE INFLUAÇÃO**

- Quando o paciente estiver melhor, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação estruturada.
- Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente estiver melhor. Se não houver quantidade suficiente para se manter hidratado, a quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.
- Lavar as mãos que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior que o volume de 24 horas de tratamento.
- Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas.

**OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM REIDRATAR-SE NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ QUE SEJAM REIDRATADOS E COMEÇANDO MANEJO A DIARREIA POR VIA ORAL.**

**PLANO A PARA PREVENIR A DEIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO**

1- **EXPLIQUE AO PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA FAZER NO DOMICÍLIO:**

- O DISSOLVIDO OU INGLÓTUO PARA LÍQUIDO QUE É HABITUAL PARA PREVENIR A DEIDRATAÇÃO.
- O paciente deve tomar líquidos com a água de beber, caso contrário, não usar o soro ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.
- Não utilizar refrigerantes e não beber o chá ou suco.

2- **MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DEIDRATAÇÃO:**

- Continuar o aleitamento materno.
- Manter a alimentação habitual para as crianças e os adultos.

3- **SE O PACIENTE NÃO MELHORAR EM DOIS DIAS OU SE APRESENTAR QUALQUER UM DOS SINAIS ABAIXO, LEVÁ-LO IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE.**

**SINAIS DE PERIGO**

- **Dor na diarreia**
- **Vômitos frequentes**
- **Muito sede**
- **Dor de estômago**
- **Sangue nas fezes**
- **Diminuição de 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 (lavar as mãos, tratamento da água e higienização das fezes).

5- **TACHICARDIA DE 120 A 140 batidas por minuto DURANTE A 14 DIAS**

- Até seis (6) meses de idade: 120 batidas.
- Maior de seis (6) meses de idade: 100 batidas.

**DIARREIA**

- Quantidade de líquidos que devem ser administrada/ingeridos após evacuação diarreica.

Menores de 1 ano: 50-100ml  
De 1 a 5 anos: 100-200ml  
Menores de 10 anos: Quantidade que o paciente aceitar

**PLANO B PARA TRATAR A DEIDRATAÇÃO 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 a 6 horas.

2- **DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEQUENCIANDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE"**

- Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.
- Se o paciente estiver com desidratação grave, seguir o PLANO C.

3- **SEGUIR A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTADO:**

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar as mãos adequadas, tratamento da água e higienização das fezes).

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