

BREGMA	Normotensa	Deprimida	Muito deprimida
TURGOR	Normal	Pastoso	Muito pastoso
PULSO	Cheio	Palpável	Débil ou ausente
PERFUSÃO	Normal	Normal	Alterada
CIRCULAÇÃO (PA)	Normal	Normal	Diminuída / taquicardia
DIURESE	Normal	Pouco diminuída	Oligúria / anúria
REDUÇÃO DO PESO	0%	≤ 10%	> 10 %

Fonte: (RICCETTO; ZAMBOM, 2005, adaptado).

Tratamento:

- **Plano A:** diarreia sem desidratação. Usuário atendido e dispensado com orientações de cuidados domiciliares levando sais hidratantes para a casa. A solução de reidratação oral (SRO) deve ser oferecida à vontade após cada evacuação, porém não deve ser misturada com outros líquidos como chás, leite ou refrigerante e não substitua as refeições

- **Plano B:** diarreia com desidratação. O usuário permanece na UBS em observação com Terapia de Reidratação Oral (TRO). Usuários com desidratação leve (perda de 3% a 5% do peso corporal) devem receber 50ml/kg de SRO mais a reposição das perdas continuadas em um período de quatro horas. Aqueles com desidratação moderada (6% a 9% do peso corporal) devem receber 100ml/kg de SRO mais a reposição de perdas continuadas, em um período de quatro horas.

Contraindicações da TRO:

- Perda ou ganho insuficiente de peso após as primeiras horas de TRO

- Vômitos persistentes

- Recusa persistente da solução

- Distensão abdominal grave íleo paralítico

- Alteração de consciência

- Evolução para choque hipovolêmico

- **Plano C:** diarreia com desidratação grave. Reidratação endovenosa. Se constitui em emergência médica e o usuário deverá ser transferido o mais rapidamente possível. Enquanto se aguarda o SAMU, deve-se:

Adultos:

- Administrar, por via venosa periférica (duas veias de bom calibre – scalp 19), volumes iguais de SF 0,9% e ringer lactato em, aproximadamente, 10% do peso do paciente, em cerca de duas horas. Se estiver faltando uma das soluções, usar apenas uma

- Reavaliar o paciente após duas horas, se persistirem os sinais de choque, repetir a prescrição; caso contrário, iniciar balanço hídrico com as mesmas soluções

- Administrar a solução de SRO em doses pequenas e frequentes, tão logo o paciente a aceite. Isso acelera a sua recuperação e reduz drasticamente o risco de complicações pelo manejo inadequado
- Suspender a hidratação endovenosa quando o paciente estiver hidratado, com boa tolerância ao SRO e sem vômitos

Crianças:

FASE RÁPIDA DE EXPANSÃO:

- Soro glicosado 5% (SG 5%) + Soro Fisiológico 0,9% - 1:1 (partes iguais)
- Dose de 20ml/kg a cada 20 minutos até reidratação completa, que se traduz por duas diurese claras. Repetir quantas vezes for necessário

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO: É feita nas próximas 24h. Transferir a criança para o serviço de emergência

Peso	Líquidos (manutenção) Volume em 24h de SG5%		
Até 10kg	100ml/kg		
De 10kg a 20 kg	1.000ml + 50ml para cada kg de peso acima de 10kg		
Acima de 20 kg	1.500ml + 20ml para cada kg de peso acima de 20kg		
Perdas	Líquidos (reposição) Volume	SG5%	SF0,9%
Leves ou moderadas	50ml/kg/24h	50%	50%
Graves	100ml/kg/24h	50%	50%
Íons			
Na 10%	3,0mEq/100ml/dia		
K 19,1%	2,5mEq/100ml/dia		
Taxa de infusão de glicose (TIG)			
0,3g a 0,5g glicose/100ml/hora			

Fonte: (RICCETTO; ZAMBOM, 2005, adaptado).

d) Tratamento antimicrobiano: os antibióticos ficam reservados para os casos de cólera, manifestações sistêmicas da infecção por Clostridium difficile, Shigella, Salmonella em crianças menores de três meses de idade ou imunodeprimidos e outros raros casos em que após a reidratação e normalização do equilíbrio acidobásico mantém-se o comprometimento do estado geral, sugerindo translocação bacteriana ou sepse. As infecções causadas por parasitas específicos, como Giardia lamblia e Entamoeba histolytica, também devem ser tratadas.

VÔMITOS: ejeção rápida e forçada do conteúdo gastrointestinal pela cavidade oral. É, na maioria das vezes, precedido por náuseas, porém podem ocorrer sem esse sintoma, sendo chamados de vômitos em jato.

Anamnese:

- Tempo e duração das queixas: horas ou dias: sugere infecção aguda mais frequente no trato

digestivo. Descartar gravidez. Evolução mais prolongada/crônica: maior probabilidade de gravidez, distúrbios de motilidade ou obstrução no TGI, distúrbios metabólicos. Descartar alterações psiquiátricas se quadros muito prolongados

- Relação temporal com as refeições: imediatamente após a refeição sugere causa psicogênica. Uma hora após refeição, pode-se suspeitar de gastroparesia e, após 12 horas, sugere obstrução intestinal

- Relação do vômito com a dor: aliviam a dor em doença ulcerosa péptica e ocasionalmente na obstrução intestinal, mas não aliviam a dor na colecistopatia, apendicite ou pancreatite

- Conteúdo e odor dos vômitos: alimentos não digeridos sugerem divertículos esofágicos, faríngeos ou acalasia. Presença de sangue sugere hemorragia digestiva alta. Vômito bilioso (comum em usuário gastrectomizado) sugere passagem de líquido do duodeno para o estômago e exclui obstrução gástrica ou duodenal proximal. Alimentos parcialmente digeridos sugerem obstrução gástrica, gastroparesia ou obstrução intestinal alta. Já os com odor fecalóide sugerem obstrução intestinal distal ou colônica, fístula gastrocólica, íleo paralítico, isquemia intestinal ou supercrescimento bacteriano gástrico.

- Vômitos em jato: comuns em quadros de hipertensão intracraniana, principalmente com a mudança de posição do usuário

- Uso de medicamentos: causa mais frequente

Exame físico:

- Distensão abdominal, presença de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas, dor à descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária, icterícia. Sempre realizar exame neurológico e avaliar sinais de desidratação

- Exames complementares, se necessário

Tratamento:

- Plano A ou plano B de hidratação oral

- Antieméticos

- Encaminhar a emergência, se necessário

Elaborado: Gerência de Atenção Primária a Saúde – SMS Goiânia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)