



**Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al  
Republicii Moldova**

# **Diareea acută la copil**

**Protocol clinic național**

**PCN-373**

*Chișinău, 2020*

Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova din 12.03.2020 proces verbal nr. 1

Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.618 din 02.07.2020 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Diareea acută la copil”

## CUPRINS

SUMARUL RECOMANDARILOR.....	4
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT .....	4
PREFAȚĂ .....	5
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ .....</b>	<b>5</b>
A.1. Exemple de diagnostic .....	5
A.2. Codul bolii (CIM 10) .....	5
A.3. Utilizatorii .....	5
A.4. Scopurile protocolului.....	5
A.5. Data elaborării protocolului .....	5
A.6. Data reviziei următoare.....	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au.....	5
participat la elaborarea protocolului.....	5
A.8. Definiții .....	6
A.9. Epidemiologie .....	6
<b>B. PARTEA GENERALĂ .....</b>	<b>7</b>
B.1. Nivel de asistență medicală primară .....	7
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator .....	8
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească specializată.....	9
<b>C. 1. ALGORITM DE CONDUITĂ.....</b>	<b>11</b>
C.1.1. Algoritm de conduită .....	11
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR .....</b>	<b>11</b>
C.2.1. Clasificare .....	11
C.2.2. Clasificarea endoscopică a severității refluxului gastroesofagian patologic cu esofagită	
<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
C.2.3. Factori de risc .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
C.2.4. Profilaxie .....	11
C.2.5. Screening.....	12
C.2.6. Conduita.....	12
C.2.6.1. Anamneza .....	12
C.2.6.2. Diagnostic clinic.....	13
C.2.6.3. Diagnostic paraclinic .....	13
C.2.6.4. Diagnostic diferențial .....	15
C.2.7. Tratament .....	15
C.2.7.1. Tratamentul nemedicamentos .....	15
C.2.7.2. Tratament medicamentos.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
C.2.7.3. Tratament chirurgical .....	16
C.2.8. Supraveghere.....	17
C.2.9. Complicații.....	17
<b>D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA</b>	
<b>PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....</b>	<b>18</b>
<b>E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI .....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXA 1. Ghidul pacientului cu reflux gastroesofagian .....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXA 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criteriile pentru protocolul clinic național</b>	
<b>„Diareea acută la copil” .....</b>	<b>21</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>21</b>

## SUMARUL RECOMANDARILOR

- **Diareea acuta** reprezinta creșterea frecvenței numărului de scaune (mai mult de 3 scaune /zi) și reducerea consistenței lor (semisolidă sau lichidă), cu o durată de mai puțin de 14 zile.
- **Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și UNICEF**, raportează anual circa două miliarde de cazuri de boală diareică acută, dintre care 1,9 milioane de copii mai mici de 5 ani decedază din această cauză, în majoritate în țările în curs de dezvoltare. Din totalul deceselor la copii cauzate de diareea acută, 78% au loc în Africa de Sud și Asia de Sud-Est.
- În diaree, fluidele patrund în lumenul intestinal prin mecanism osmotic (*diaree osmotică*), și ca rezultat al transportului ionic activ în lumenul intestinal (*diaree secretorie*). În unele cazuri, ambele mecanisme sunt implicate în dezvoltarea diareei. De exemplu, atunci când membrana mucoasă a intestinului subțire este afectată, diareea este cauzată de componente osmotice datorită dezvoltării malabsorbției.
- **Cea mai frecventă cauză** a diareei acute la copii este *infecție virală* (Rotavirus, Adenovirus, Cocksakie virus, virusul Norwalk, Astrovirusuri etc). Alte cauze includ *infecțiile bacteriene* (Salmonella, Shigella, Yersinia, Escherichia Coli), *parazitoze intestinale*, efectele secundare ale antibioticelor, unele maladii chirurgicale.
- Evaluarea diareei la copiii necesită o revizuire atentă a anamnezei, examinarea fizică și, rareori, teste diagnostice.
- Deoarece deshidratarea și pierderile electrolitice sunt principalele complicații ale diareei acute la copii, este important evaluarea stării generale a copilului pentru a determina severitatea deshidratării, iar compensarea lichidelor pierdute ale corpului și dieta adecvată constituie baza tratamentului.
- Cea mai sigură metodă de a estima deshidratarea la un copil este de a determina deficitul ponderal (a compara o greutate recentă și greutatea actuală) în asocieră cu parametrii clinici pentru evaluarea stării de hidratare. Metoda adecvată de rehidratarea depinde de procentul de deshidratare (**ușoară -3-5%; moderată – 6-9%; severă – mai mult de 9%**).
- **Terapia de rehidratare orală (ORT)** este potrivită pentru pacienții cu o deshidratare ușoară și moderată. În comparație cu rehidratarea i/v, ORT este mai sigură, mai puțin costisitoare și poate fi administrată atât în condiții de spital cât și ambulator. Sugarii alimentați la sân trebuie să continue alaptarea, iar copii mici și adolescenții trebuie să evite alte tipuri de lichide, cum ar fi sucul, băuturile răcoritoare și băuturile sportive.
- Dacă un copil refuză să accepte ORS din cauza vărsăturilor și / sau devine deshidratat de la moderat până la sever, devine letargic sau prezintă ale semne de alarmă copilul necesită evaluare clinică și rehidratarea intravenoasă.
- **Preparatele medicamentoase** antibacteriene, antidiareice și probiotice nu sunt necesare și pot fi dăunătoare pentru sugari sau copiii mai mari ce prezintă diaree.
- **Antibioticoterapia este utilizată doar doar în** infecție intestinală cu V.cholerae, speciile Shigella și G lamblia, infecții cu E.coli enteropatogenă, infecții cu E. coli enteroinvazivă, bazată pe asemănările serologice, genetice și patogene cu Shigella și infecții cu Salmonella la sugari, dacă prezintă febră sau culturii pozitive de sânge.

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

<b>BRGE</b>	<i>Boala de reflux gastroesofagian</i>
<b>CIM-X</b>	<i>Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a</i>
<b>ESPGHAN</b>	<i>European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition</i>
<b>H2-HB</b>	<i>H2-histaminoblocante</i>
<b>IMSP</b>	<i>Instituție Medico-Sanitară Publică</i>
<b>IPP</b>	<i>Inhibitorii pompei de protoni</i>
<b>MS</b>	<i>Ministerul Sănătății</i>
<b>N</b>	<i>Norma</i>
<b>NASPGHAN</b>	<i>North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition</i>

<b>ORL</b>	<i>Otorinolaringolog</i>
<b>PCN</b>	<i>Protocol Clinic Național</i>
<b>RGE</b>	<i>Reflux gastroesofagian</i>
<b>RM</b>	<i>Republica Moldova</i>
<b>RMN</b>	<i>Rezonanță magnetică nucleară</i>
<b>SUA</b>	<i>Statele Unite ale Americii</i>

## PREFAȚĂ

Protocolul național a fost elaborat de către grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii IMSP Institutul Mamei și Copilului și Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Protocolul de față a fost elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind „Diareea acută la copil” și constituie drept matrice pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

## A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

### A.1. Exemple de diagnostic:

*Diaree acută*

### A.2. Codul bolii (CIM 10)

### A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară
- Prestatorii serviciilor de asistență medicală specializată de ambulatoriu (medici pediatru, medici gastroenterolog);
- secțiile de copii ale spitalelor raionale și municipale (medic pediatru, medic gastroenterolog);
- secția gastroenterologie și hepatologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului (medic gastroenterolog, medic pediatru).

### A.4. Scopurile protocolului

- Monitorizarea și corecția deshidratării.
- Diagnosticul diferențial și managementul terapeutic

### A.5. Data elaborării protocolului: 2020

### A.6. Data reviziei următoare: 2025

### A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția deținută
Ion Miha	d.h.ș.m., profesor universitar, Șef secție gastroenterologie și hepatologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului.
Bîrca Ludmila	d.ș.m., conferențiar universitar, Director IMSP Spitalul Clinic Municipal Boli Contagioase la Copii

### Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea institutiei	Persoana responsabilă - semnătura
Departamentul de Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”.	Ninel Revenco
Comisia Științifico-Metodică de profil „Pediatrie”	Ion Miha
Catedra Medicină de Familie din RM	Ghenadie Curocichin
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Silvia Cibotari
Consiliul de experți	Aurel Grosu

### A.8. Definiție

**Diareea acută** este creșterea frecvenței numărului de scaune (mai mult de 3 scaune /zi) și reducerea consistenței lor, cu o durată de mai puțin de 14 zile.

## A.9. Epidemiologie

**Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și UNICEF**, raportează anual circa două miliarde de cazuri de boală diareică acută, dintre care 1,9 milioane de copii mai mici de 5 ani decedază din această cauză, în majoritate în țările în curs de dezvoltare. Din totalul deceselor la copii cauzate de diareea acută, 78% au loc în Africa de Sud și Asia de Sud-Est.

Fiecare copil cu vârsta sub 5 ani prezintă în medie trei episoade anuale de diaree acută., acesta fiind a doua cauză principală de deces (*după pneumonie*).

În Europa, incidența diareei la copiii <3 ani este estimată la 0,5- 2 episoade de diaree anual. Diareea virală este cea mai frecventă la copiii mici. Rotavirusul și adenovirusul sunt predominante în cazul copiilor mai mici de 2 ani. *Y. enterocolică* infectează în mod obișnuit copiii mai mici de 1 an, iar organismul *Aeromonas* este o cauză semnificativă a diareei la copiii mici.

**Incidența pediatrică** a gastroenteritei acute induse de rotavirus este estimată la 1.33 - 4.96 cazuri la 100 persoane anual. Gastroenterita acută cauzată de *norovirus* este principala cauză de spitalizare a copiilor cu diaree acută (10%- 15% cazuri anual).

## B. PARTEA GENERALĂ

<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>		
<b>Descriere (măsuri)</b>	<b>Motive (repere)</b>	<b>Pași (modalități și condiții de realizare)</b>
<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia primară (C.2.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profilaxia primară la moment nu există.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Măsuri pentru profilaxia primară nu se întreprind (caseta 2).</li> </ul>
1.2. Profilaxia secundară (C.2.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenirea complicațiilor.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Înlăturarea factorilor ce pot condiționa agravarea maladiei de bază și apariția complicațiilor (caseta 2).</li> </ul>
1.3. Screening-ul primar (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Screening primar nu există.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Măsuri pentru screening primar nu se întreprind (caseta 3).</li> </ul>
1.4. Screening-ul secundar (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacient cu diaree acuta.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluarea pacientului la prezența complicațiilor (caseta 3).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Suspectarea vomei (C.2.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza vieții, bolii, patologică, alergologică, eredocolaterală.</li> <li>Debutul: sugari, preșcolari, școlari, adolescenți.</li> <li>Manifestări clinice asociate <i>digestive</i> și <i>extradigestive</i> (respiratorii, ORL, cutanate, neurologice etc).</li> <li>Investigații de laborator: hemograma, teste biochimice (glucoza, amilaza, lipaza, ALT, AST, bilirubina și fracțiile), echilibrul acido-bazic, ionograma, sumarul urinei, coprograma.</li> <li>Radiografia cutiei toracice și abdominală simplă, ecografia abdominală, ecografia transfontanelară.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza (caseta 5);</li> <li>Manifestări clinice (casetele 6-11);</li> <li>Diagnosticul diferențial (caseta 16);</li> <li>Investigații paraclinice obligatorii și recomandabile (caseta 14).</li> </ul>
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării (C.2.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diareea acuta</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultație la medicul gastroenterolog.</li> <li>Evaluarea criteriilor pentru spitalizare (caseta 21).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul nemedicamentos (C.2.7.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menținerea echilibrului hidro-electrolitic și necesităților metabolice.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomandări privind rehidratarea orală și regimul igienico-dietetic, terapia posturală (caseta 24).</li> </ul>
3.2. Tratamentul medicamentos (C.2.7.2)	Protocolul terapeutic necesită gestionare conform maladiei de bază și simptomatologiei fiind direcționat	<b>Obligatorii:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>SRO (casetele 17, 19);</li> </ul>

	spre: <ul style="list-style-type: none"> <li>Echilibrarea hidro-electrolitică</li> <li>Terapia etiologică</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supliment de minerale și vitamine (Zn, Cu, Mg, Vit.A.)</li> </ul>
<b>Supravegherea</b> (C.2.8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diareea acuta</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supraveghere, în funcție de evoluția maladiei de bază și complicații, la medicul specialist gastroenterolog, pediatru și medicul de familie (<i>caseta 22</i>)</li> </ul>

**B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator**

<b>Descriere (măsurii)</b>	<b>Motive (reper)</b>	<b>Pași (modalități și condiții de realizare)</b>
<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1 Profilaxia primară (C.2.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profilaxia primară la moment nu există.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Măsurii pentru profilaxia primară nu se întreprind (<i>caseta 2</i>).</li> </ul>
1.2. Profilaxia secundară (C.2.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenirea complicațiilor.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Înlăturarea factorilor ce pot condiționa agravarea maladiei de bază și apariția complicațiilor (<i>caseta 2</i>).</li> </ul>
1.3. Screening-ul primar (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Screening primar nu există.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Măsurii pentru screening primar nu se întreprind (<i>caseta 3</i>).</li> </ul>
1.4. Screening-ul secundar (C.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacient cu diaree acut[</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluarea pacientului la prezența complicațiilor (<i>caseta 3</i>).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Suspectarea vomei (C.2.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza vieții, bolii, patologică, alergologică, eredocolaterală.</li> <li>Debutul: sugari, preșcolari, școlari, adolescenți.</li> <li>Manifestări clinice asociate <i>digestive</i> și <i>extradigestive</i> (respiratorii, ORL, cutanate, neurologice etc).</li> <li>Investigații de laborator: hemograma, teste biochimice (glucoza, amilaza, lipaza, ALT, AST, bilirubina și fracțiile, FA, proteina totală, albumina, colesterol total, Fe, P, Ca, Mg, vit. B12, acidul folic, acid piruvic, acid lactic, amoniu, aminoacizii), echilibrul acido-bazic, ionograma, teste imunologice, teste de identificare a H.pylori, sumarul urinei, coprograma.</li> <li>Radiografia cutiei toracice și abdominală simplă, ecografia abdominală, ecografia transfontanelară, esofagogastroduodenoscopia, CT/RMN cerebrală, toracală,</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza (<i>caseta 5</i>);</li> <li>Manifestări clinice (<i>casetele 6-11</i>);</li> <li>Diagnosticul diferențial (<i>caseta 16</i>);</li> <li>Investigații paraclinice obligatorii și recomandabile (<i>caseta 14</i>).</li> </ul>

	abdominală.	
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării (C.2.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diaree acuta</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultație la medicul gastroenterolog.</li> <li>Evaluarea criteriilor pentru spitalizare (caseta 21).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul nemedicamentos (C.2.7.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menținerea echilibrului hidro-electrolitic și necesităților metabolice.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomandări privind rehidratarea orală și regimul igienico-dietetic, terapia posturală (caseta 24).</li> </ul>
3.2. Tratamentul medicamentos (C.2.7.2)	Protocolul terapeutic necesită gestionare conform maladiei de bază și simptomatologiei fiind direcționat spre: <ul style="list-style-type: none"> <li>Echilibrarea hidro-electrolitică</li> <li>Terapia etiologică</li> </ul>	<b>Obligatorii:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>SRO (casetele 17, 19);</li> <li>Supliment de minerale și vitamine (Zn, Cu, Mg, Vit.A.)</li> </ul>
Supravegherea (C.2.8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diaree acuta</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supraveghere, în funcție de evoluția maladiei de bază și complicații, la medicul specialist gastroenterolog, pediatru și medicul de familie (caseta 22)</li> </ul>

**B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească specializată**

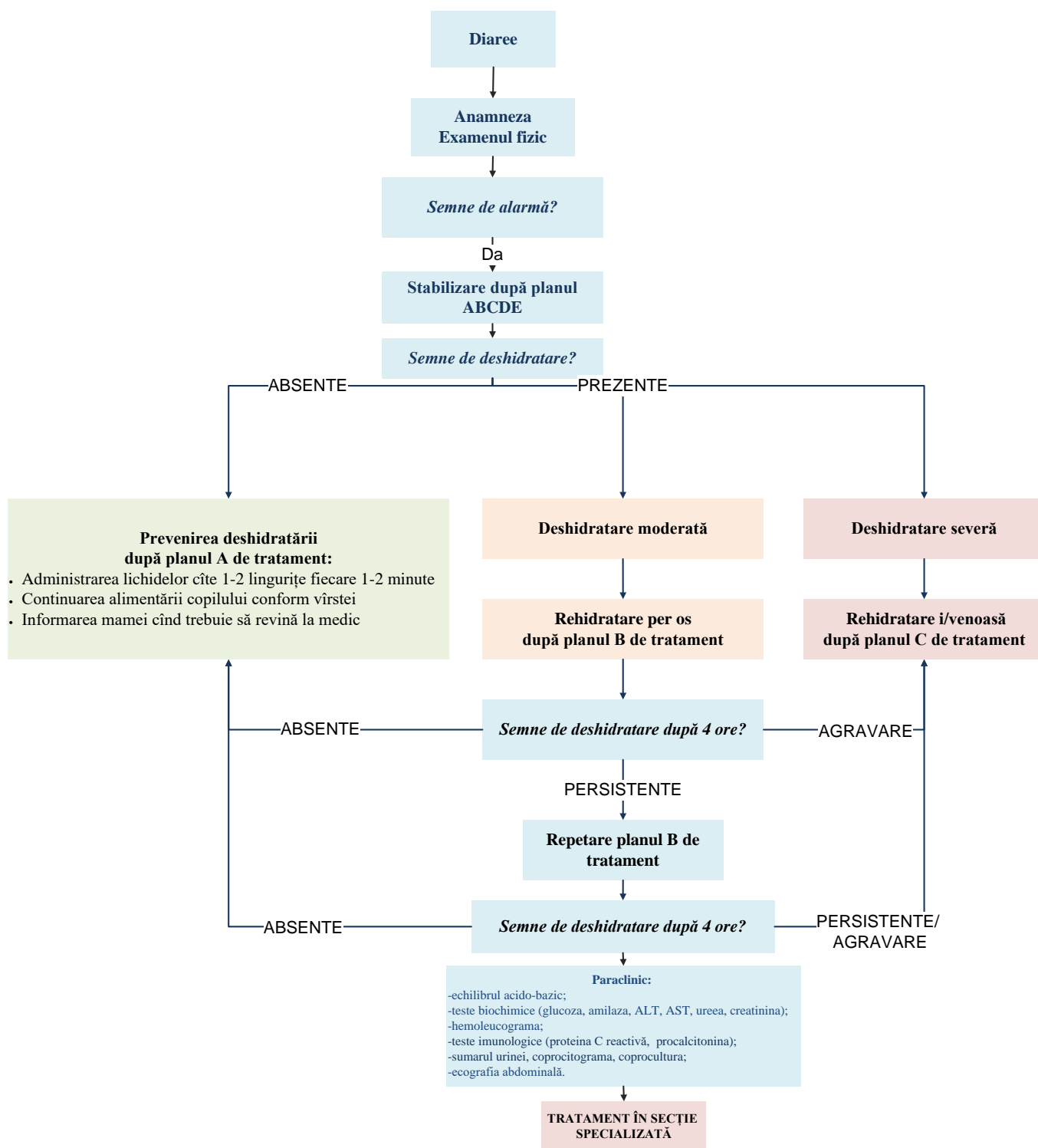
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Spitalizare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efectuarea intervențiilor și procedurilor diagnostice și terapeutice care nu pot fi executate în condiții de ambulator.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluarea criteriilor pentru spitalizare (caseta 21).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Confirmarea diagnosticului vomă (C.2.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza vieții, bolii, patologică, alergologică, eredocolaterală.</li> <li>Debutul: sugari, preșcolari, școlari, adolescenți.</li> <li>Manifestări clinice asociate <i>digestive</i> și <i>extradigestive</i> (respiratorii, ORL, cutanate, neurologice etc).</li> <li>Investigații de laborator: hemograma, teste biochimice (glucoza, amilaza, lipaza, ALT, AST, bilirubina și fracțiile, FA, proteina totală, albumina, colesterol total, Fe, P, Ca, Mg, vit. B12, acidul folic, acid piruvic, acid lactic, amoniu, aminoacizii), echilibrul acido-bazic, ionograma, teste imunologice, teste de identificare a H.pylori, sumarul urinei, coprograma.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza (caseta 5);</li> <li>Manifestări clinice (casetele 6-11);</li> <li>Diagnosticul diferențial (caseta 16);</li> <li>Investigații paraclinice obligatorii și recomandabile (caseta 14).</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografia cutiei toracice și abdominală simplă, ecografia abdominală, ecografia transfontanelară, esofagogastroduodenoscopia, CT/RMN cerebrală, toracală, abdominală, alte investigații la necesitate.</li> </ul>	
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul nemedicamentos (C.2.7.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menținerea echilibrului hidro-electrolitic și necesităților metabolice.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomandări privind rehidratarea orală și regimul igienico-dietetic, terapia posturală (caseta 24).</li> </ul>
3.2. Tratamentul medicamentos (C.2.7.2)	<p>Protocolul terapeutic necesită gestionare conform maladiei de bază și simptomatologiei fiind direcționat spre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Echilibrarea hidro-electrolitică</li> <li>• Terapia etiologică;</li> </ul>	<b>Obligatorii:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SRO (casetele 17, 19)</li> <li>• Supliment de minerale și vitamine (Zn, Cu, Mg, Vit.A.)</li> <li>• Antibacteriene la necesitate</li> </ul>
<b>4. Externarea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evoluția maladiei, complicațiile și răspunsul la tratament vor determina durata aflării în staționar, care poate fi până la 7-14 zile.</li> </ul>	<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ diagnosticul clinic complet;</li> <li>✓ rezultatele investigațiilor și tratamentului efectuat;</li> <li>✓ recomandări explicite pentru medicul de familie și pacient.</li> </ul> <p><b>OBLIGATORIU:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicarea criteriilor de externare (caseta 21).</li> <li>• Supraveghere, în funcție de evoluția maladiei, la medicul specialist gastroenterolog, pediatru și medicul de familie (caseta 22).</li> <li>• Oferirea informației pentru pacient (Anexa 1).</li> </ul>

## C. 1. ALGORITM DE CONDUITĂ

### C.1.1. Algoritm de conduită



**C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR****C.2.1. Clasificare**

<b>Caseta 1. Clasificare</b>	
<b>Etiologică</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecțioasă;</li> <li>• Noninfecțioasă;</li> </ul>
<b>După durată:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Diaree acută</i>;</li> <li>• <i>Diaree persistentă (mai mult de 14 zile)</i>;</li> </ul>
<b>Fiziopatologică</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Diaree secretorie</i> – infecțioasă, hormonală, carcinoid, adenom vilos;</li> <li>• <i>Diaree osmotică</i> – deficit de lactază, laxative;</li> <li>• <i>Malabsorbție intestinală</i>– insuficiența de enzime pancreatice, biliare, Boala Wipple, boala celiacă;</li> <li>• <i>Inflamatorie</i> – maladii infecțioase gastrointestinale, maladii inflamatorii cornice intestinale;</li> </ul>
<b>Clinică</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Diaree apoasă</i>;</li> <li>• <i>Diareea inflamatorie (rectoragie)</i>;</li> </ul>

**C.2.2. Etiologie**

<b>Caseta 2. Etiologie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Infecții gastrointestinale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Infecții virale:</b> <i>rotavirus, norovirus, adenovirus, astrovirus, CMV</i>;</li> <li>- <b>Infecții bacteriene:</b> <i>Escherichia coli, Campylobacter jejuni, Vibrio cholera, Shigella, Salmonella, Bacteroides fragilis, clostridium difficile, Yersinia enterocolitica, etc.</i></li> <li>- <b>Infecții parazitare:</b> <i>Cryptosporidium, Giardia intestinalis, microsporida, Entamoeba, Isospora belli, Cyclospora cayetanensis; Strongyloides stercoralis, Angiostrongylos, Schistosoma</i>;</li> </ul> </li> <li>• <b>Administrare de medicamente :</b> <i>antibiotice, laxative ;</i></li> <li>• <b>Alergia alimentara :</b> <i>proteinele din laptele de vacă, proteinele din soia ;</i></li> <li>• <b>Intoxicații cu metale grele :</b> <i>Cupru, Zinc ;</i></li> <li>• <b>Maladii chirurgicale:</b> <i>apendicita</i>;</li> </ul>

**Caseta 3. Factori protectori**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentație naturală exclusivă</li> <li>• Informarea și educația maternă</li> <li>• Hidratare suplimentară</li> <li>• Utilizarea tetinelor cu capac</li> <li>• Fierberea sticlutei și tetinei</li> <li>• Prelucrarea termică suficientă a alimentelor cu risc de contaminare</li> <li>• Utilizarea apei din surse sigure pentru spălarea produselor alimentare</li> <li>• Sistem de canalizare</li> </ul>
--

**Caseta 4. Factori de risc**

- Alimentația artificială
- Sistare precoce a alimentației naturale în episoadele anterioare de diaree
- Vârsta 6-11 luni
- Fumatul pasiv la adolescenți
- Utilizarea apei vizibil contaminate pentru consum și prepararea alimentelor
- Anemia
- Malnutriția de diferit grad
- Contact cu bolnav cu diaree
- Călătorii în zone endemice
- Igiena precară
- Depresia maternă
- Lipsa sistemului de canalizare
- Sursă de apă: râu sau depozite cu curățare necorespunzătoare
- Deficitul informării și educării igienice a populației

**C.2.4. Profilaxie****Caseta 5. Profilaxia**

- Profilaxie primară nu se întreprinde.
- Profilaxia secundară constă în evitarea factorilor de risc (*caseta 5*) ce pot agrava maladia cu respectarea alimentației naturale și diversificarea corectă.

**C.2.5. Screening****Caseta 6. Screeningul**

- Screeningul primar nu există.
- Screeningul secundar al copiilor din grupul de risc

**C.2.6. Conduita****Caseta 7. Conduita de diagnostic**

- Anamneza
- Manifestările clinice digestive și extradigestive
- Diagnostic
- Diagnostic diferențial
- Consult multidisciplinar

**C.2.6.1. Anamneza****Caseta 8. Repere anamnestice**

- **Anamneza vieții:**
  - alimentația - tipul (naturală/artificială), durata;
  - diversificarea alimentației – vârsta inițierii, tipul alimentelor;
  - terapia medicamentoasă anterioară (antibiotice, laxative, etc);
  - călătorii recente în străinătate;
- **Anamneza bolii:**
  - durata diareei;
  - prezența sângelui în scaun;
  - numărul scaunelor apoase pe zi;
  - numărul episoadelor de vomă;
  - prezența febrei, tusei sau a altor simptome
- **Evaluarea stării de hidratare;**
- **Evaluarea stării nutriționale**
- **Evaluarea condițiilor co-morbide:** maladii infecțioase (dizenterie, salmoneloza, shigeloza); maladii digestive (pancreatită acută, sindrom de coleastăză, boala celiacă, boala Crohn, fibroza chistică, intoleranța la lactoză, etc); maladii chirurgicale (invaginație intestinală, volvulus, formațiune abdominală); maladii endocrine, maladii imune (maladii autoimune,

imunodeficiențe, alergii), maladii genetice;

### C.2.6.2. Diagnostic clinic

#### Caseta 9. Manifestări asociate

##### **Infecții virale:**

- *debut* de la 12 ore până la 5 zile;
- febră (>38,0° C) diaree apoasă, vărsături, inapetență, cefalee.

##### **Infecții bacteriene:**

- febra persistentă (>40 ° C), diareea cu mucus și/sau striuri de sînge;

**Manifestări asociate:** hiporexie/anorexie, distensie abdominală/dureri abdominale, meteorism, garguimente intestinale, retard staturo-ponderal, greață, vome;

#### Caseta 10. Examenul fizic

- **Temperatură**
- **Respirația**
  - Tachipneea poate fi un semn de pneumonie în apariția tusei sau dificultăților de respirație;
  - Copiii cu deshidratare trebuie reevaluați pentru pneumonie după rehidratarea inițială.
- **Abdomen**
  - Durerea abdominală proporțională crește posibilitatea unei urgențe chirurgicale.
  - La copiii mici, apendicita poate fi însoțită de diaree și dureri abdominale.
- **Sistemul nervos central**
  - Deshidratarea moderată poate duce la iritabilitate;
  - deshidratarea severă poate duce la letargie și comă.
  - Diagnosticul diferențial al convulsiilor la un copil cu diaree include hipoglicemie, hiponatremie, hipernatremie, encefalopatie, meningită și convulsii febrile.
  - Semnele meningeale pot lipsi la sugarii cu meningită; prin urmare, orice constatări neurologice anormale ar trebui să ridice suspiciunea pentru meningită.

#### Caseta 11 . Semne de deshidratare

	<b>DESHIDRATARE UȘOARĂ</b>	<b>DESHIDRATARE MODERATĂ</b>	<b>DESHIDRATARE SEVERĂ</b>
Pierdere ponderală (%)			
<i>Sugar</i>	<5%	5-10%	>10%
<i>Preșcolar, școlar</i>	<3%	3-9%	>9%
Conștiența	N	agitație; irascibilitate	letargie/ inconștiență;
Bea lichide	fără sete	cu sete	slab/ nu poate
Mucoase uscate	+/-	+	+
Turgor cutanat diminuat	-	+/-	+
Depresia fontaneli anterioare	-	+/-	+
Ochi înfundați	-	+	+
Tahipnee	-	+/-	+
Hipotensiune	-	+	+
Puls radial	N	Rapid, slab	Rapid, slab/nepalpabil
Pefuzia	N	Extremități reci	Acrocianoză
Diureza	N	Oligurie	Oligurie/anurie

<b>Caseta 12 . Aprecierea tipului de deshidratare</b>			
	<b>Deshidratare</b>		
	<i>Izotonică</i>	<i>Hipotonică</i>	<i>Hipertonică</i>
<b>Na seric (mEq/L)</b>	130-150	<130	>150
<b>Frecvența</b>	80%	5%	15%
<b>Lichid extracelular</b>	Diminuat marcant	Diminuat marcant	Diminuat
<b>Lichid intracelular</b>	Menținut	Crescut	Diminuat
<b>Clinic</b>	Hipovolemică: ochi înfundați, plica cutanată revine încet, hipotonie, șoc	Hipovolemică	Neurologic: febră, sete intensă, iritabilitate, convulsii, oligurie

**C.2.6.3. Diagnostic paraclinic**

<b>Caseta 13. Investigații de laborator și instrumentale de bază</b>	
<b>Hemoleucograma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hemoglobina; eritrocite; leucocite; neutrofile; eozinofile; monocite; limfocite; VSH.</li> </ul>
<b>Echilibrul acido-bazic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>gazimetria, electroliții (K, Na, Ca, Cl, HCO<sub>3</sub>), BE, pH.</li> </ul>
<b>Teste biochimice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>glucoza, ureea, creatinina, proteina totală, albumina, colesterol total, trigliceride, bilirubina totală și fracții, fosfataza alcalină, ALT, AST, amilaza, lipaza.</li> </ul>
<b>Teste imunologice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>proteina C reactivă; procalcitonina (în febră/ stare septică)</li> </ul>
<b>Sumarul urinei</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>glucoza; pigmenți biliari; corpii cetonic; proteina; leucocite, eritrocite;</li> <li>amilaza.</li> </ul>
<b>Coprograma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>steatoree, creatoree, amiloree; mucus, sânge ocult; leucocite, eritrocite; protozoare, ouă de helminți.</li> </ul>
<b>Ecografia abdominală</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>diagnosticul diferențial cu invaginație intestinală, apendicită, litiază biliară, anomalii nefrouinare, hepatice.</li> </ul>
<b>Radiografia abdominală simplă</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>evaluarea distribuției nivelurilor aeriice intestinale, calculilor (biliari, intestinali), formațiunilor de volum.</li> </ul>

<b>Caseta 14. Investigații de laborator și instrumentale suplimentare</b>	
<b>Teste biochimice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fe, P, Ca, Mg, vit. B12, acidul folic;</li> <li>acid piruvic, acid lactic, amoniu, aminoacizii;</li> </ul>
<b>Teste imunologice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ig A, IgG, IgM, IgE – totale și specifice;</li> <li>anticorpi anti-TG IgA, anti-DGP IgG.</li> </ul>
<b>Urocultura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticul diferențial în infecția tractului urinar (la sugar cu vomă și febră)</li> </ul>
<b>Examenul biochimic al urinei</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>toxine; catecolamine; acizi organici; porfirine; aminoacizi (maladii metabolice, intoxicații)</li> </ul>
<b>Coprocultura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>diagnosticul diferențial cu infecțiile intestinale bacteriene (în anamneza epidemiologică agravată, sânge și mucus în scaun)</li> <li><i>Indicații:</i> imunodeficiențe, diaree mucosangvinolentă, diagnostic dubios, diaree prolongată, toxiinfecție alimentară suspectă, călătorii recente în străinătate.</li> </ul>
<b>Examenul coproparazitologic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>diagnosticul diferențial cu infecțiile intestinale parazitare (în vomă cu diaree)</li> </ul>
<b>Radiografia tractului digestiv cu contrast (tranzitul baritat, irigografia)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticul diferențial cu anomalii esofagiene (dischinezii, stricturi, hernie hiatală, etc.), gastrice, duodenale, intestinale (diverticul Meckel, boala Hirschprung).</li> </ul>

<b>Jejunoscopia</b>	• diagnosticul diferențial vezi PCN ”Malabsorbția intestinală la copil”
---------------------	---

<b>Caseta 15. Examinările clinice și paraclinice în cadrul asistenței medicale (AM) primare, specializate de ambulator și spitalicească</b>			
	<b>AM primară</b>	<b>AM de ambulator</b>	<b>AM spitalizată</b>
<i>Hemoleucograma</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Sumarul urinei</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Coprograma</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
<b>Teste biochimice</b>			
<i>Fe</i>	<i>R</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Glucosa</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>O</i>
<i>Albumina</i>		<i>R</i>	<i>O</i>
<i>Ureea, creatinina</i>		<i>R</i>	<i>O</i>
<i>ALT, AST</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>O</i>
<i>Bilirubina și fracțiile</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>O</i>
<i>Amilaza, lipaza</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>O</i>
<i>K, Na, Cl</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>O</i>
<i>Ecografia abdominală</i>	<i>R</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Esofagogastroduodenoscopia</i>		<i>O</i>	<i>O</i>
<i>Radiografia toracală cu/fără contrast</i>		<i>R</i>	<i>R</i>
<i>CT/ RMN toracală</i>		<i>R</i>	<i>R</i>

*O* – obligatoriu; *R* – recomandabil.

<b>Caseta 16. Consult multidisciplinar</b>				
pulmonolog	neurolog	alergolog	otorinolaringolog	cardiolog

#### C.2.6.4. Diagnostic diferențial

<b>Caseta 17. Diagnosticul diferențial cu alte maladii</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocluzie intestinală, alte maladii gastrointestinale, pneumonie, otita medie, sepsis, meningita, maladii neurologice, infectioase, metabolice, nefrologice, intoxicații, maladii cardiovasculare etc.</li> </ul>

#### C.2.7. Tratament

<b>Caseta 18. Principii de tratament</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Stabilizarea după planul ABCDE</li> <li>Tratament nemedicamentos</li> <li>Tratament medicamentos</li> </ul>

<b>Caseta 19. Tratament nemedicamentos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>regim dietetic conform vârstei (<i>copii fără deshidratare/deshidratare ușoară</i>);</li> <li>aplicarea cât mai des la sân a sugarilor alimentați natural;</li> <li>este recomandată dieta „BRAT” (<i>B - banană, R – orez (rice), A – măr (apple), T – pesmeți (toast)</i>), alimentele bogate în carbohidrați (orez, grâu, cartofi, pâine), carne slabă, iaurt, fructe și legume, dar este bine de evitat alimentele bogate în grăsimi;</li> <li>dieta hipoalergică, formule adaptate hidrolizate (<i>intoleranța la lactoză</i>);</li> <li>administrarea lichidelor suplimentare între mese (suc de mere sau SRO);</li> <li>de evitat sucurile de fructe și bauturile sportive care conțin mult zahăr și cantități insuficiente de electroliți;</li> <li>alimentele se administrează în volum mai mic, mai des, pentru a reduce riscul de vărsături.</li> </ul>

<b>Caseta 20. Tratament medicamentos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>corejarea pierderilor hidro-electrolitice (rehidratare după OMS);</li> <li>supliment de vitamine și minerale (zinc, magneziu, cupru, Vit.A);</li> </ul>

- etiologic conform patologiei de bază (vezi PCN „Colita ulceroasă la copil”, „Boala Crohn la copil”);

### C.2.7.1. Planul de rehidratare

#### Caseta 21. Planul de rehidratare după OMS

##### PREVENIREA DESHIDRATĂRII

###### Planul A de tratament (OMS)

- Administrarea lichidelor** câte 1-2 lingurițe fiecare 1-2 minute:
  - <2 ani – 50-100 ml după fiecare scaun lichid;
  - 2-10 ani – 100-200 ml după fiecare scaun lichid;
  - >10 ani – consum de lichide după dorință.
- Continuarea alimentării** copilului conform vârstei: sugarii la sân/formulă lactată adaptată, mai frecvent (cu 1 priză suplimentar);
- Informarea mamei** când trebuie să revină la medic: starea copilului se agravează cu vome repetate, sete pronunțată, febră, refuz de hrană și lichide, scaune lichide fecvente, scaun cu sânge.

##### DESHIDRATARE MODERATĂ

**Planul B de tratament (OMS), SRO (masa corporală [kg]x75) ml, per os, timp de 4 ore:**

- <4 luni (<6 kg): 200-400 ml;
- 4-12 luni (6-10 kg): 400-700 ml;
- 1-2 ani (10-12 kg): 700-900 ml;
- 2-5 ani (12-19 kg): 900-1400 ml.

##### DESHIDRATARE SEVERĂ

**Planul C de tratament (OMS), terapia i/venoasă (sol. Ringer lactat sau sol. NaCl 0,9%):**

- <1 an: inițial 30 ml/kg/1 oră\*, apoi 70 ml/kg/5 ore;
  - >1an: inițial 30 ml/kg/30 minute\*, apoi 70 ml/kg/2,5 ore.
- \* Dacă după doza inițială (30 ml/kg) pulsul radial este slab/absent, aceasta se repetă în următoarele 1 oră/30 minute, și numai apoi se trece la doza de 70 ml/kg.

**Notă:** îndată de copilul poate bea, se va administra SRO per os în doză de 5 ml/kg/oră.

#### Caseta 22. Indicațiile antibioticoterapiei

- Infecție cu V.cholerae, speciile Shigella și G lamblia.
- Infecții cu E.coli enteropatogenă, în tratament prelungit ;
- Infecții cu E. coli enteroinvazivă, bazată pe asemănările serologice, genetice și patogene cu Shigella ;
- Infecții cu Salmonella la sugari, dacă pezintă febră sau culturii pozitive de sânge.

#### Caseta 23. Preparate medicamentoase

##### Vitamine și minerale (copii > 1 an)

<b>Zinc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 mg pe zi timp de 10 zile.</li> </ul> <p>&lt;2 luni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 mg pe zi timp de 10 zile.</li> </ul>
<b>Magneziu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 mg pe zi, timp de 10 zile</li> </ul>
<b>Cupru</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1mg pe zi, timp de 10 zile</li> </ul>
<b>Vitamina A</b> draj. 3300 U (1,32mg) sol. ul. 3,44 %, 5,5%	<p>Doza zilnică, per os</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;6 luni 400 µg / 1333 U</li> <li>• 6-12 ani 500 µg/ 1666 U</li> <li>• 1-3 ani 300 µg / 1000 U</li> <li>• 3-8 ani 400 µg/ 1333 U</li> <li>• 8-13 ani 600 µg/ 2000 U</li> <li>• 13-18 ani 900 µg/ 3000 U</li> </ul>



<b>Caseta 27. Criterii de spitalizare și externare</b>	
<i>Criteriile de spitalizare</i>	<i>Criteriile de externare</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prezența semnelor de alarmă;</li> <li>• Deshidratare moderată și severă;</li> <li>• Alterarea stării generale;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ameliorarea manifestărilor clinice;</li> <li>• excluderea complicațiilor;</li> <li>• răspuns la tratamentul medicamentos.</li> </ul>

### C.2.8. Supraveghere

<b>Caseta 28. Supravegherea</b>
<p><b>Perioada de supraveghere va dura pînă la vârsta de 18 ani.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inițial – bianual</li> <li>• apoi – anual</li> <li>• la necesitate în dependență de evoluția maladiei.</li> </ul>

### C.2.9. Complicații

<b>Caseta 29. Complicații</b>
<p>Deshidratare, malnutriție, acidoză metabolică, diaree persistentă, ileus toxic, insuficiență renală, sindrm hemolítico-uremic, CID , convulsii, complicații cardiovasculare (șoc, tromboză).</p>

<b>Caseta 30. Pronosticul</b>
<p><b>Depinde de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– factorul etiologic;</li> <li>– diagnosticul precoce;</li> <li>– complianța pacientului la tratamentul nemedicamentos și medicamentos;</li> <li>– răspunsul la tratamentul etiologic și simptomatic;</li> <li>– complicațiile asociate.</li> </ul> <p><b>Favorabil-</b> cu remiterea simptomatelor în 2-3 zile, având în vedere urmarea conduitei terapeutice specifice și a regimului alimentar recomandat.</p>

## D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<b>D.1. Instituții de asistență medicală primară</b>	<b>D.2. Instituții de asistență medicală specializată de ambulator</b>	<b>D.3. Instituții de asistență medicală spitalicească specializată</b>
<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medic de familie;</li> <li>- medic imagist;</li> <li>- asistenta medicală;</li> <li>- laborant.</li> </ul>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medic gastroenterolog;</li> <li>- medic pediatru;</li> <li>- medic imagist;</li> <li>- medic de laborator;</li> <li>- medic endoscopist;</li> <li>- asistente medicale;</li> <li>- acces la consultații: pulmonolog, neurolog, otorinolaringolog, cardiolog.</li> </ul>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medic gastroenterolog;</li> <li>- medic pediatru;</li> <li>- medic imagist;</li> <li>- medic de laborator;</li> <li>- medic endoscopist;</li> <li>- medic morfopatolog;</li> <li>- asistente medicale;</li> <li>- acces la consultații: pulmonolog, neurolog, otorinolaringolog, cardiolog.</li> </ul>
<p><b>Dispozitive medicale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cântar pentru sugari;</li> <li>- cântar pentru copii mari;</li> <li>- taliometru;</li> <li>- panglica-centimetru;</li> <li>- tonometru;</li> <li>- fonendoscop;</li> <li>- oftalmoscop;</li> <li>- ultrasongraf;</li> </ul>	<p><b>Dispozitive medicale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cântar pentru sugari;</li> <li>- cântar pentru copii mari;</li> <li>- panglica-centimetru;</li> <li>- taliometru;</li> <li>- fonendoscop;</li> <li>- tonometru;</li> <li>- oftalmoscop;</li> <li>- ultrasongraf;</li> </ul>	<p><b>Dispozitive medicale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cântar pentru sugari;</li> <li>- cântar pentru copii mari;</li> <li>- panglica-centimetru;</li> <li>- fonendoscop;</li> <li>- taliometru;</li> <li>- tonometru;</li> <li>- oftalmoscop;</li> <li>- ultrasongraf;</li> </ul>

- aparat Roentghen.	- aparat Roentghen; - tomografie computerizată; - rezonanță magnetică nucleară; - fibroscop.	- aparat Roentghen; - tomografie computerizată; - rezonanță magnetică nucleară; - fibroscop.
<b>Examinari paraclinice:</b> - laborator: hemoleucograma, teste biochimice (K, Na, Cl, Fe, glucoza, amilaza, lipaza, bilirubina și fracții, ALT, AST), sumarul urinei, coprograma. - cabinet ecografic; - cabinet radiologic.	<b>Examinări paraclinice:</b> - laborator: hemoleucograma, teste biochimice (K, Na, Cl, Fe, glucoza, amilaza, lipaza, bilirubina și fracții, ALT, AST, ureea, creatinina, albumina), sumarul urinei, coprograma; - cabinet ecografic; - cabinet radiologic. - cabinet endoscopic; - laborator imunologic.	<b>Examinări paraclinice:</b> - laborator: hemoleucograma, teste biochimice (K, Na, Cl, Fe, glucoza, amilaza, lipaza, bilirubina și fracții, ALT, AST, ureea, creatinina, albumina), sumarul urinei, coprograma; - cabinet ecografic; - cabinet radiologic. - cabinet endoscopic; - laborator imunologic; - laborator morfopatologic.
<b>Medicamente:</b> - corejarea pierderilor hidro-electrolitice (rehidratare după OMS ); - supliment de vitamine și minerale (zinc, magneziu, cupru, Vit.A);	<b>Medicamente:</b> - corejarea pierderilor hidro-electrolitice (rehidratare după OMS ); - supliment de vitamine și minerale (zinc, magneziu, cupru, Vit.A);	<b>Medicamente:</b> - corejarea pierderilor hidro-electrolitice (rehidratare după OMS ); - supliment de vitamine și minerale (zinc, magneziu, cupru, Vit.A);

#### E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Scopul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărătorul	Numitorul
1.	Depistarea precoce a pacienților cu diaree acuta	Ponderea pacienților cu diagnosticul stabilit de diaree în primele ore de la apariția semnului clinic (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul stabilit de diaree în primele ore de la apariția semnului clinic, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de diaree care se află sub supravegherea medicului de familie și specialistului pe parcursul ultimului an.
2	Ameliorarea examinării pacienților cu diaree	Ponderea pacienților cu diagnosticul de diaree, care au beneficiat de examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor PCN „Diareea acuta la copil” (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de diaree, care au beneficiat de examenul clinic, paraclinic obligatoriu conform recomandărilor PCN „Diareea acuta la copil”, pe parcursul ultimului an x100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de diaree, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an.
3	Sporirea calității tratamentului pacienților cu diaree	Ponderea pacienților cu diagnosticul de diaree care au beneficiat de tratament conform PCN „Diareea acuta la copil” (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de diaree care au beneficiat de tratament conform PCN „Diareea acuta la copil” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de diaree, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an.

## **ANEXA 1. Ghidul pacientului cu diaree acută**

### **Cât de des ar trebui să aibă copilul meu un scaun?**

#### **- Depinde de cât de în vârstă este:**

- În prima săptămână de viață, majoritatea copiilor au 4 sau mai multe scaune în fiecare zi. Ele sunt moi sau lichide. Este normal ca unii copii să aibă 10 scaune într-o zi.
- În primele 3 luni, unii copii au 2 sau mai multe scaune în fiecare zi. Alții au doar 1 în fiecare săptămână.
- La vârsta de 2 ani, majoritatea copiilor au cel puțin un scaun în fiecare zi. Ele sunt moi, dar solide.
- Fiecare copil este diferit. Unii au mișcări intestinale după fiecare masă. Alții au mișcări intestinale în fiecare zi.

### **De unde știu dacă copilul meu are diaree?**

#### **- Depinde de ceea ce este normal pentru copilul tău:**

- Pentru copii, diareea înseamnă că mișcările intestinale sunt mult mai scurte sau mai puține decât cele normale sau se întâmplă mai des decât în mod obișnuit. Bebelusul dvs. ar putea avea de două ori mai multe mișcări intestinale decât el sau ea are de obicei. (La copii, mișcările normale ale intestinului pot fi de culoare galbenă, verde sau maro, și pot avea și lucruri care arată ca semințe în ele.)
- Copiii vârstnici cu diaree vor avea 3 sau mai multe mișcări ale intestinului pe zi.

### **Care sunt cele mai frecvente cauze ale diareei la copii?**

#### **- Cele mai frecvente cauze sunt:**

- Viruși
- Boli de stomac
- Efectele secundare ale antibioticelor

### **Ce ar trebui să mănânce copilul meu și să bea când are diaree?**

#### **- Copilul dumneavoastră poate continua să mănânce o dietă normală. Alimentele OK includ:**

- Curățați carnea
- Orez, cartofi și pâine
- Iaurt
- Fructe și legume
- Lapte (cu excepția cazului în care copilul are probleme cu digerarea laptelui)

### **Ce fel de alimente și băuturi ar trebui să evite copilul meu?**

#### **- Aceste alimente ar putea face diaree mai rău:**

- Alimente bogate în grăsimi
- Băuturi cu mult zahăr
- Băuturi sportive

### **Ce pot face pentru a trata diareea copilului meu?**

#### **- Poti:**

- Asigurați-vă că bea suficientă apă și alte lichide.
- Evitați medicamentele pentru diaree. De obicei, ele nu sunt necesare pentru copii și este posibil să nu fie în siguranță.

### **Când trebuie să-mi iau copilul la doctor?**

#### **- ar trebui să vă duceți copilul la medic dacă el sau ea:**

- Are diaree sângeroasă
- Este mai mic de 12 luni și nu va mânca și nu bea nimic pentru mai mult de câteva ore
- Are dureri abdominale
- Nu se comportă ca el sau pe sine
- Are un consum redus de energie și nu vă răspunde

### **Este deshidratat?**

**-Semnele includ:**

- Gură uscată
- Sete
- Nu există urină sau scutece umede timp de 4-6 ore la copii și copii mici sau la 6-8 ore la copiii mai mari
- Fără lacrimi când plânge

**Succese !!!**

**ANEXA 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criteriile pentru protocolul clinic național „Diareea acută la copil”**

<b>FIȘA STANDARDIZATA DE AUDIT BAZAT PE CRITERIILE PENTRU PROTOCOLUL CLINIC NAȚIONAL „DIAREEA ACUTĂ LA COPII”</b>		
	<b>Domeniul Prompt</b>	<b>Definiții și note</b>
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Perioada de audit	DD-LL-AAAA
4	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
5	Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
6	Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
7	Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
8	Numele medicului curant	
<b>INTERNAREA</b>		
10	Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
11	Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM) sau 9 = necunoscut
12	Secția de internare	Departamentul de urgență = 0 ; Secția de profil pediatric = 1; Secția de profil chirurgical = 2; Secția de terapie intensivă = 3
13	Timpul parcurs până la transfer în secția specializată	≤ 30 minute = 0; 30 minute – 1 oră = 1; ≥ 1oră = 2; nu se cunoaște = 9
14	Data debutului simptomelor	Data (DD: MM: AAAA) 0 = până la 6 luni; 1 = mai mult de 6 luni; 9 = necunoscută
15	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Au fost aplicate: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
16	Tratament administrat la Departamentul de urgență	A fost administrat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
17	În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării):	
18	Transferul pacientului pe parcursul internării în secția de terapie intensivă în legătură cu agravarea patologiei	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
<b>DIAGNOSTICUL</b>		
19		A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
20	Alte investigații efectuate	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
21		În cazul răspunsului afirmativ indicați investigația efectuată.
<b>TRATAMENTUL</b>		
	Tratament nemedicamentos (igienodietetic)	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
22	Terapia de prevenire a deshidratării după planul A	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
23	Terapia de rehidratare după planul B	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9

23	Terapia de rehidratare după planul C	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratament etiologic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratament simptomatic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
24		În cazul răspunsului <b>negativ</b> tratamentul efectuat a fost în conformitate cu protocol: nu = 0; da = 1
25	Consult multidisciplinar ()	A fost efectuat după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
26	În cazul răspunsului afirmativ indicați specialistul și concluzia	
27	Răspuns clinic terapeutic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
<b>EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA</b>		
28	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital
29		Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
30	Durata spitalizării	ZZ
31	Implimentarea criteriilor de externare	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
32	Prescrierea recomandărilor la externare	Externat din spital cu indicarea recomandărilor: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
<b>DECESUL PACIENTULUI</b>		
33	Decesul în spital	Nu = 0; Decesul cauzat de complicațiile diareei acute = 1; Alte cauze de deces = 2; Nu se cunoaște = 9.

#### BIBLIOGRAFIE :

1. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. Pediatrics 1996;97:424-35.
2. Clasificația Internațională a Maladiilor, revizia a X-a, București, 1993, vol. 1.
3. Cohen MB. Etiology and mechanisms of acute infectious diarrhea in infants in the United States. J Pediatr 1991; 118:S34.
4. Danewa AS, Shah D, Batra P, Bhattacharya SK, Gupta P. Oral Ondansetron in Management of Dehydrating Diarrhea with Vomiting in Children Aged 3 Months to 5 Years: A Randomized Controlled Trial. J Pediatr. 2016 Feb. 169:105-9.e3. [Medline].
5. Freedman SB, Williamson-Urquhart S, Farion KJ, et al. Multicenter Trial of a Combination Probiotic for Children with Gastroenteritis. N Engl J Med 2018; 379:2015.
6. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014; 59:132.
7. King CK, Glass R, Bresee JS, et al. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. MMWR Recomm Rep 2003; 52:1.
8. Schnadower D, Tarr PI, Casper TC, et al. Lactobacillus rhamnosus GG versus Placebo for Acute Gastroenteritis in Children. N Engl J Med 2018; 379:2002.
9. Singhi SC et al. Management of a child with vomiting. Indian J Pediatr. 2013;80(4):318-25.
10. Spandorfer PR, Alessandrini EA, Joffe MD, et al. Oral versus intravenous rehydration of moderately dehydrated children: a randomized, controlled trial. Pediatrics 2005; 115:295.