



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE LUTA CONTRA A CÓLERA

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA CÓLERA



ANGOLA, 2025



minsa.gov.ao
MINISTÉRIO DA SAÚDE



PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA CÓLERA

DEFINIÇÃO DE CASO

Caso suspeito: doente de 5 anos ou mais, com desidratação grave ou severa ou morte por diarreia aquosa aguda, com ou sem vômitos e doentes acima de 2 anos de idade nos locais onde a cólera existir.

Caso confirmado: um caso suspeito, em que o vibrião colérico foi isolado nas fezes.

Caso Importado (Não-autóctone): é o caso em que se pode identificar que a infecção foi contraída em área diferente daquela onde a doença foi diagnosticada ou tratada ou onde a infecção teve a sua evolução.

A identificação e a investigação de casos importados são de fundamental importância em áreas sem evidência de circulação de *Vibrio cholerae* e naquelas áreas onde existam evidências de sua circulação, mas que apresentem baixa incidência de cólera. A notificação deve ser feita para o local de procedência, acompanhada de ficha de investigação epidemiológica já iniciada, para ser finalizada no que se refere à(s) fonte(s) de infecção e a outras informações epidemiológicas relevantes.

Portador assintomático de Vibrião da cólera: toda pessoa a quem se tenha isolado o *V. cholerae*, sem qualquer evidência de quadro clínico.

Diagnóstico Laboratorial

O *V. cholerae* pode ser isolado, a partir da cultura de amostras de fezes de doentes ou portadores assintomáticos.

O diagnóstico laboratorial da cólera só deve ser utilizado para investigação de todos os casos suspeitos, quando a área é considerada livre de circulação do agente.

O diagnóstico também é feito através de água e alimentos.

Diagnóstico Diferencial:

É feito com todas as diarreias agudas:

- Diarreias por bactérias: *Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella* não typhi, *Campylobacter*, *Yersinia* e outros;
- Diarreias virais: Rotavírus, Norovírus e Adenovírus entéricos tipos 40 e 41;

- Diarreias por protozoários: Giardia lamblia (mais frequentemente), Entamoeba histolytica, Cryptosporidium. Podem ser concomitantes à infecção pelo Vibrio cholerae;
- Diarreias por helmintos: Strongyloides stercoralis e o Schistosoma mansoni na forma toxémica;
- Diarreias do HIV: pode estar ligada a causas infecciosas e não infecciosas;
- Toxinfecções alimentares: os alimentos podem ser contaminados por bactérias, toxinas, vírus, protozoários, helmintos e substâncias químicas. Os principais são Staphilococcus aureus, Clostridium botulinum e Bacilo cereus.

TRATAMENTO:

A base do tratamento de Cólera deve ser sempre uma hidratação correcta de forma a compensar o grande volume de líquidos perdidos através das fezes e vómitos.

Se o paciente não tiver vómitos, a hidratação pode ser feita por via oral, de preferência com o Soro de Reidratação Oral ou Soro Caseiro.

Os medicamentos antidiarreicos que agem inibindo o peristaltismo estão contra indicados no tratamento de Cólera.

Tendo em conta a avaliação do grau da desidratação, os doentes no Centro de Tratamento de Cólera são distribuídos em planos A, B e C.

Os antibióticos não são importantes para o tratamento da Cólera simples, são usados nos casos complicados com o objectivo de ajudar a reduzir a duração da doença.

Identificação e tratamento de complicações.

DURAÇÃO DE INTERNAMENTO NO CENTRO DE TRATAMENTO DE CÓLERA

Em média, a duração de internamento de um doente com Cólera não deve ser superior a 3 dias.

CONSUMO DE FLUIDOS (SRO E ENDOVENOSA)

Em média, um doente com Cólera pode consumir 8 litros de Lactato de Ringer e 10 litros de Soro de Reidratação Oral se não tiver vómitos.

PLANO A: (Avaliação da desidratação)

Grau de desidratação: Sem desidratação

Estado de Consciência: Bom, Alerta e Colaborante

Olhos: Normais

Choro: Com lágrimas

Boca e Língua: húmida

Sede: Bebe normalmente, não tem sede

Prega Cutânea: Desaparece rapidamente em menos de 2 segundos

Tratamento

O tratamento é feito na base da reidratação oral:

- Administrar maior quantidade de líquidos (Soro de Reidratação Oral ou Soro Caseiro).
- Manter a alimentação ou o aleitamento materno nas crianças
- Se o quadro se agravar, reavaliar o estado do doente e encaminhar para outro plano.
- Depois da recuperação, dar Soro de Reidratação Oral para 2 dias de tratamento em casa.

ESQUEMA DE REIDRATAÇÃO ORAL

Idade	Quantidade de SRO
<24 meses	500 ml / dia
2 a 10 anos	1000 ml / dia
10 anos e +	2000 ml / dia

PLANO B: (Avaliação da desidratação)

O paciente a ser atendido no plano B apresenta dois ou mais sinais de desidratação.

Grau de desidratação: Com sinais de desidratação
Estado de Consciência: Agitado, irritado
Olhos: Encovados
Choro: Sem lágrimas
Boca e Língua: Secas
Sede: Com sede e bebe avidamente
Prega cutânea: Desaparece lentamente

Tratamento

O tratamento é feito na base da reidratação oral:

- Administrar maior quantidade de líquidos (Soro de Reidratação Oral) nas primeiras 4 horas e vigiar o doente.
- Depois de 4 horas, reavaliar o grau de desidratação e escolher o plano para continuidade de assistência.
- Se o quadro agravar-se, reavaliar o estado do doente e encaminhar para outro plano.

ESQUEMA DE REIDRATAÇÃO ORAL NAS PRIMEIRAS 4 HORAS

Idade	Peso	SRO
<4 meses	< 6 Kgs	200-400 ml
4 a 11 meses	6 a 10 Kgs	400-700 ml
12 a 25 meses	10 a 12 Kg	700-900 ml
2 a 5 anos	12 a 16 Kg	900-1200 ml
5 a 14 anos	16 a 30 Kg	1200-2200 ml
15 anos e +	30 Kg e +	2200-4000 ml

PLANO C: (Avaliação da desidratação)

O paciente a ser atendido no plano C apresenta dois ou mais sinais de desidratação grave.

Grau de desidratação: Com sinais de desidratação severa

Estado de Consciência: Letárgico e Inconsciente

Olhos: Muito encovados e Secos

Choro: Sem lágrimas

Boca e Língua: muito Secas

Sede: Incapaz de beber

Prega cutânea: desaparece muito lentamente

Tratamento

O tratamento é feito na base da reidratação endovenosa com Lactato de Ringer:

- Depois da reidratação inicial, se o doente continuar a apresentar ainda sinais de desidratação grave, deve repetir o esquema inicial de reidratação.
- Deve-se continuar a vigiar o doente, reavaliando-o e escolher o plano de reidratação.

ESQUEMA DE TRATAMENTO COM LACTATO DE RINGER POR VIA ENDOVENOSA

Idade	12 meses	24 meses	5 anos	15 anos	Adulto
Peso	9 Kg	12 Kg	15 Kg	30 Kg	60 Kg
Quantidade de soro na 1ª hora	300 ml	400 ml	500 ml	1 Litro	2 Litros
Quantidade de soro nas 2-3 horas seguintes	600 ml	800 ml	1 Litro	2 Litros	4 Litros

ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Os antibióticos são introduzidos no caso do doente continuar apresentar sinais de desidratação severa.

Os antibióticos reduzem:

- A perda de fluidos
- O tempo da duração da doença
- A Infecção e multiplicação bacteriana
- OMS (Doentes com VIH e Malnutridos)

Adultos (incluindo mulheres grávidas)

- Doxiciclina (Comp. 300 mg) 3 comp. dose única ou
- Azitromicina 1g (dose única)

Crianças < 12 anos

- Doxiciclina 2-4 mg/kg (dose única)
- Azitromicina 20mg/kg (dose única)

EM QUE SITUAÇÃO DEVE SE ADMINISTRAR O CLORETO DE POTÁSSIO

O Cloreto de Potássio é administrado nas seguintes situações:

- Quando o doente apresentar sinais de Hipopotassemia (cãibras e Arritmia cardíaca)
- No caso de hidratação endovenosa por mais de 24 horas sem a administração de Soro de Reidratação Oral
- Para todas as crianças subnutridas com a idade inferior a 5 anos

Deve-se adicionar 1g de Cloreto de Potássio num litro de Lactato de Ringer enquanto persistir os sinais de Hipopotassemia. Não se deve ultrapassar 2-3 gr de Cloreto de Potássio por dia.

SINAIS DE RECUPERAÇÃO DO DOENTE COM DESIDRATAÇÃO GRAVE

Sinais	TA e Pulso	Paragem de vômito/Cãibras	Início da diurese	Paragem de dejectões diarreicas
Tempo mínimo	< 1 hora	< 6 horas	< 12 horas	< 48 horas
Tempo máximo	6 horas	24 horas	48 horas	5 dias

IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES

- **Hipoglicemia:** típico em crianças
 - Letargia e convulsões
 - SRO e alimentação dados sem demora irá ajudar a prevenir
 - Tratamento com glicose 50%: 1ml/kg
- **Edema pulmonar:** em idosos e crianças jovens
 - Tosse seca, dispneia, pálpebras inchadas em crianças, edema dos membros inferiores, crepitação na auscultação e fontanela abaulada em lactantes.
 - Gestão: desacelerar fluidos IV e sentar o paciente
Furosemida IV: crianças 1mg/kg/injecção e adultos 40mg/inj.
- **Hipocaliemia:** se pacientes não recebem SRO
 - Dolorosas câibras nas pernas
 - Fornecer SRO
- **Falha renal:** quando o choque não é corrigido rapidamente
 - A saída da urina deve recomeçar em 6-8h após a reidratação.
 - Se não, verifica o tratamento e tente Furosemida 1mg/kg IV sob supervisão médica próxima

ANEXO Nº 2

CENTROS DE TRATAMENTO DA CÓLERA

Os Centros de Tratamento da Cólera (CTCs) devem estar preparados antes que um surto se declare. Isto necessita identificação de locais adequados, preparação prévia de fornecimentos, armazenagem de medicamentos e outro material, e organização da recepção dos doentes.

Os CTCs podem ser locais específicos em hospitais ou unidades especiais estabelecidas para tratar doentes de cólera em situações de emergência. Durante o

surto, estas unidades devem funcionar 24 horas por dia. Por isso, é preciso estabelecer um plano de rotação de pessoal. Havendo poucos trabalhadores de saúde com formação adequada, deve mobilizar –se pessoal com experiência prévia em surtos de cólera ou que tenha recebido formação adequada para prestar treino no terreno e supervisão ao pessoal com menos experiência.

A descrição dos postos individuais para pessoal nas unidades de tratamento de cólera deve ser preparada antecipadamente.

Os Centros especiais de tratamento de cólera têm por objectivo oferecer os melhores cuidados aos doentes, mas também proteger outras pessoas contra a contaminação. Barreiras à volta destas unidades são muitas vezes necessárias para reduzir o número de visitantes.

FUNÇÕES DOS CENTROS DE TRATAMENTO DA CÓLERA

- *Classificação – avaliação dos casos*
 - ✓ Registo de doentes;
 - ✓ Avaliação do nível de desidratação (A, B, C).

- *Tratamento*
 - ✓ Enfermarias de tratamento (observação, hospitalização, quarto de convalescença);
 - ✓ Farmácia e armazém;
 - ✓ Local de preparação de sais de reidratação oral (ORS) (nota: a utilização de ORS é tão importante que se recomenda haver uma pessoa encarregada de os preparar e encorajar o seu uso).

- *Cuidados a doentes*
 - ✓ Reidratação;
 - ✓ Administração de antibiótico;
 - ✓ Higiene;
 - ✓ Alimentação.

- *Prevenção e Higiene*
 - ✓ Cozinha para preparação de alimentos;
 - ✓ Tratamentos de águas;
 - ✓ Preparação de solução de cloro;
 - ✓ Infraestruturas para lavar roupa, lavandaria.

- *Educação Sanitária*
 - ✓ Actividades de educação sanitária por equipas de desinfecção nas

unidades especiais de tratamento da cólera e em casas de doentes.

- *Resíduos e meio Ambiente*

- ✓ Eliminação segura de resíduos (incinerador, baldes de resíduos sólidos e líquidos);
- ✓ Limpeza e desinfecção das unidades de tratamento da cólera;

- *Biossegurança*

- Criação de estrutura de atendimento distante das áreas de residência;
- Instalação de pontos de lavagem de mãos;
- Gestão adequada de resíduos;
- Estabelecimento da área de lavagem (roupa e pratos);
- Construção de latrinas em cada área;
- Disponibilização e utilização de Equipamento de trabalho e protecção individual (Batas descartáveis, luvas, máscaras, aventais, botas de borracha ou protetor de sapatos, etc.);
- Construção de área de banho/duche para doentes;
- Disponibilização de área/cozinha (para evitar movimento entrada e saída no CTC);
- Instalação de pontos de água potável para pacientes /acompanhantes;
- Vigia para informação e controlo de movimento dos doentes;
- Protecção das reservas (alimentos, medicamentos, fornecimentos);
- Assegurar o destino seguro do resíduos sólidos e líquidos hospitalar;
- Assegurar o enterro seguro dos cadáveres de Cólera;
- Assegurar o destino seguro dos fluidos dos pacientes (Fezes e vómitos).