



Diarreia Aguda II

curso • **Pediatria**

ABORDAGEM

A diarreia aguda é uma das queixas mais comuns na pediatria e na maioria das vezes, não exige uma investigação específica. Está indicada investigação mediante a presença de alguns sinais de alarme, a saber:

- Diarreia importante com desidratação
- Fezes francamente sanguinolentas
- Febre alta
- Ausência de melhora clínica após 48 horas
- Surtos na comunidade
- Dor abdominal grave
- Idosos (≥ 70 anos)
- Imunocomprometidos
- Uso recente de antibióticos

EXAMES COMPLEMENTARES

A solicitação de qualquer desses exames não deve retardar o início da terapia para a complicação mais importante da diarreia, a desidratação.

- Hemograma (útil caso suspeita de infecção sistêmica)
- Bioquímica (indicado caso desidratação grave necessitando de terapia de reposição intravenosa, devendo incluir potássio, sódio e cloro séricos). A gasometria e lactato sérico também pode ser útil para avaliação da desidratação (acidose metabólica com lactato alto).
- Creatinina, ureia e glicose é solicitada de acordo com cada caso. Podem ser úteis para avaliação de insuficiência renal aguda (pré-renal com aumento da ureia maior do que a creatinina) e hipoglicemia em crianças com dificuldades para se alimentar.
- Exame das fezes:
 - pH fecal (fezes alcalinas = abuso de laxantes; pH 4-6 = deficiência de lactase ou disabsorção de gorduras);
 - osmolaridade fecal (< 50 mOsm/L – diarreia secretória; > 125 mOsm/L diarreia osmótica).



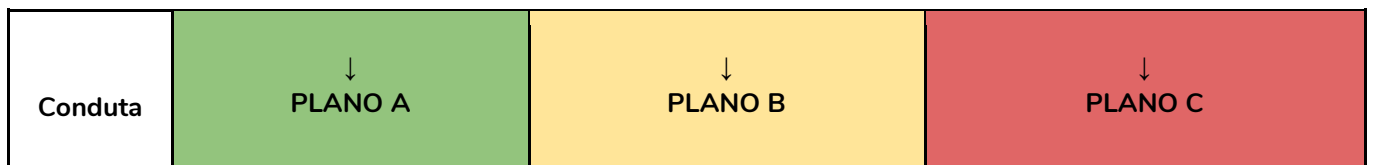
- Leucócitos – se positivo = diarreia invasiva
- Lactoferrina fecal – se positiva = diarreia invasiva - sinal indireto da presença de neutrófilos nas fezes. É mais sensível que a dosagem de leucócitos fecais.
- Pesquisa de sangue oculto – se positivo = diarreia invasiva
- Coprocultura
- Pesquisa da toxina do Clostridium difficile
- Exame parasitológico de fezes

TRATAMENTO

O manejo terapêutico tem como prioridades identificar precocemente a desidratação e tratá-la assim como evitar a ocorrência da desidratação e da desnutrição. A escolha do método adequado para tratamento é determinada a partir da avaliação de alguns parâmetros clínicos que refletem o estado de hidratação do paciente, dispostos na tabela abaixo, conforme as orientações do Ministério da Saúde.

	Classificação e plano terapêutico		
	Sem desidratação	Desidratação	Desidratação grave
Achados clínicos	Sem sinais clínicos suficientes para definir desidratação	<p>2 dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquieta ou irritada; • Olhos fundos; • Lágrimas ausentes; • Bebe avidamente, com sede; • Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior • Pulsos rápidos e fracos. 	<p>2 dos seguintes sinais incluindo pelo menos 1 com asterisco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comatoso e/ou hipotônico (*); • Olhos muito fundos e secos; • Não consegue beber ou bebe muito mal (*); • Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior (> 2s); • Pulsos muito fracos ou ausentes (*).





Plano A - Sem desidratação: O objetivo dessa etapa é evitar que a diarreia leve à desidratação. Para tanto, preconiza-se:

- Aumentar oferta de líquidos: Amamentar por mais tempo e com maior frequência; fornecer líquidos caseiros como água, sucos, chás etc.
- Solução de Reidratação Oral (SRO): feito em casa. Pode-se também utilizar preparações prontas ou solúveis, vendidas em farmácias ou ofertadas gratuitamente em Unidades Básicas de Saúde.

É uma mistura de água, glicose e eletrólitos ideal para a reposição hidroeletrólítica por via oral. Atua de forma eficaz na medida em que respeita o mecanismo de absorção de água-glicose-sódio da mucosa intestinal. A nova formulação da SRO, tem menor osmolaridade (245 mOsm/L) que a antiga, contendo menor concentração de sódio (75 mEq/L) e de glicose (75 mMol/L), com eficácia igual ou maior que a anterior. É uma forma de ofertar líquidos com o objetivo de evitar a desidratação, podendo ser oferecido mesmo para as crianças em aleitamento materno exclusivo.

- Quantidade de líquidos extras oferecida, segundo o Ministério da Saúde:
 - Menores de 1 ano: 50-100 ml após cada evacuação;
 - 1-10 anos: 100-200 ml após cada evacuação.
 - Maiores de 10 anos: Quantidade que o paciente aceitar.
- Zinco : deve ser prescrito por 10-14 dias com o objetivo de auxiliar na reestruturação do epitélio intestinal inflamado e de fortalecer o sistema imune.
- Outras orientações: manter amamentação / alimentação; orientar com



relação aos sinais de alerta (queda do estado geral, início ou piora da febre, recusa alimentar ou de aleitamento, sangue ou muco nas fezes, ou dificuldades para beber). Orientar retorno caso não haja melhora em 5 dias.

Plano B - desidratação: O objetivo desse plano terapêutico é a reposição volêmica e impedir o agravamento dessa. Sempre pesar o paciente para estimar as perdas hídricas.

- SRO na unidade de saúde: Deve ser feito por um período de 4-6 horas, ou até a resposta clínica como hidratação, em pequenos goles usando copo ou colher. O volume ofertado deve ser de 50-100 mL/kg.
- Não ofertar o SRO em mamadeiras. Caso o paciente não consiga beber o volume necessário ou continuar desidratado mesmo com uso do SRO, realizar o volume por gastróclise (sonda nasogástrica) de 4-6 horas.

*Em casos de vômitos, aguardar cerca de 10 min e dar continuidade à oferta. Pode ser utilizado ondasetrona se manutenção de náusea e vômito.

- Manter amamentação e evitar outros alimentos no período.
- Reavaliar e reclassificar após 4h - avaliar antes caso má adesão ou evidente piora clínica.
- Alta para casa apenas quando paciente estiver completamente hidratado.

Plano C - desidratação grave: Objetivo desse plano é a ressuscitação volêmica e estabilização do paciente.



HIDRATAÇÃO VENOSA

Fase de expansão:

< 5 ano: SF 0,9% 20 ml/kg EV, em 1 hora. Repetir quantas vezes necessário para hidratação ou se paciente apresentar sinais de sobrecarga hídrica. Usar dose de 10 mL/kg em pacientes neonatos e cardiopatas;

> 5 anos: SF 0,9% 30 ml/kg EV, em 30 min; seguido de ringer lactato 70 ml/kg em 2 horas e 30 min.

Reavaliar a cada 30 minutos.

Reclassificar a desidratação, e retomar o tratamento (plano A, B ou C).

Fase de manutenção:

SF 0,9% + SG 5%: relação 4:1 – Dose em 24 horas: ≤ 10 kg: 100 mL/kg; 10-20 kg: 1000 mL + 50 mL/kg de peso que exceder 10 kg; > 20 kg: 1500 mL + 20 mL/kg de peso de exceder 20 kg.

Fase de reposição:

SF 0,9% + SG 5%: relação 1:1 – Iniciar com 50 mL/kg/dia e reavaliar volumes maiores conforme perdas do paciente.

A fase de manutenção e de reposição devem ser realizadas juntas (em Y ou somando-se os volumes na mesma solução). Se paciente estiver urinando, acrescentar cloreto de potássio na proporção de 2 mL para cada 100 mL de solução.

SRO: deve ser iniciada logo a criança conseguir beber. Interromper a hidratação venosa apenas quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. O volume vai depender da criança de acordo com as perdas devido à diarreia.



OUTRAS CONDUTAS

Probióticos: A administração de micro-organismos vivos (ex.: bactérias e leveduras) podem conferir benefício para a microbiota digestiva de diferentes formas: competem com bactérias patogênicas por nutrientes e sítios de adesão, limitando a multiplicação dessas; por produzirem substâncias antimicrobianas; atuarem como imunomoduladores; contribuírem para melhor digestão de lactose. Podem ser utilizados como sachês, cápsulas ou serem obtidos de alimentos (leite fermentado, queijos e iogurte). Podem ser utilizados junto com a terapêutica da diarreia aguda propiciando menor tempo de duração da diarreia e auxiliando para reduzir gravidade, segundo orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Antibioticoterapia: Uso é restrito aos quadros de disenteria ou de suspeita de cólera. Os esquemas preconizados são:

- Primeira linha: Ciprofloxacino 15 mg/kg/dose VO de 12/12 horas por 3 dias OU:
- Segunda linha ou pacientes graves: ceftriaxona, 50 mg/kg/dia, 1 vez ao dia, por 2-5 dias;
 - O sulfametoxazol + trimetoprima era considerada uma opção de segunda linha, mas as últimas orientações do Ministério da Saúde não indicam essa opção devido à resistência microbiana.

Antieméticos: A ondansetrona é o melhor medicamento para casos de náuseas e vômitos por não alterar o sensorio e possuir menos efeitos adversos, dessa forma permitindo melhor adesão à terapia de reidratação oral, principalmente.

Antiespasmódicos (elixir paregórico, atropínicos, loperamida, difenoxilato): Medicamentos que atuam inibindo a peristalse, e assim reduzem os episódios diarreicos. Porém, por outro lado, mantém os germes no intestino propiciando



maior proliferação, com falsa impressão de melhora e risco de agravamento e prolongamento do quadro. Por isso seu uso não está indicado.

Racecadotril: é uma medicação que atua reduzindo a secreção intestinal por inibição da enzima encefalinase intestinal. Como consequência há redução do volume das evacuações, do número e da duração do episódio de diarreia. Pode ser prescrita em adjuvância.

PREVENÇÃO

Objetivo das medidas de prevenção é a redução da transmissão dos patógenos e da ocorrência de diarreia, além de promoção de melhor status nutricional e redução da morbimortalidade da diarreia.

- Aleitamento Materno: é o melhor alimento para a criança, principalmente durante o primeiro ano de vida. A manutenção de aleitamento materno exclusivo até os seis meses é uma prática que deve ser incentivada por reduzir o número de infecções e de contaminações, deve ser portanto estimulada.
- Desmame adequado: a introdução alimentar deve ocorrer por volta dos 6 meses, com alimentos de qualidade nutricional e preparo com higiene adequados.
- Imunização- Vacina Oral Contra o Rotavírus Humano (VORH): Duas doses (2 meses e aos 4 meses)
- Saneamento Básico: a disponibilidade de água tratada, coleta de esgoto e lixo são as medidas mais eficazes para controle das diarreias infecciosas.
- Educação em Saúde - profissionais da saúde têm importante papel de alertar e orientar quanto as práticas em saúde que seja benéficas para a prevenção da diarreia, o que inclui a lavagem das mãos, higienização de alimentos etc.
- Controle das Epidemias

