

Diarréia aguda: diagnóstico clínico e tratamento

Marion Falcão Vanzella

Kelly Carneiro Kasper

Juliana Beirão de Almeida Guaragna

Jorge Antonio Hauschild

UNITERMOS

DIARREIA; DESIDRATAÇÃO; HIDRATAÇÃO; PEDIATRIA

KEYWORDS

DIARRHEA; DEHYDRATION; FLUID THERAPY; PEDIATRICS

SUMÁRIO

A diarreia aguda, cujas causas são predominantemente infecciosas, é uma doença geralmente autolimitada. Seu manejo é relativamente simples, porém capaz de evitar desfechos graves, como a desnutrição e até a morte. Este artigo objetiva orientar o diagnóstico clínico e o tratamento da diarreia aguda na criança.

SUMMARY

Acute diarrhea, whose causes are mostly infectious, is an usually self-limiting disease. Its management is relatively simple, able to avoid serious outcomes such as death and malnutrition. This chapter aims to guide clinical diagnosis and treatment of acute diarrhea in children.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define diarreia aguda como a passagem de fezes amolecidas ou líquidas em uma frequência de, no mínimo, três evacuações por dia, com duração inferior a duas semanas. A diarreia aguda corresponde a 16% dos atendimentos nas emergências pediátricas e a 9% das mortes na infância, sendo a segunda causa mais comum de morte em crianças em todo o mundo.^{1,2}

ETIOLOGIA

Em 74% das vezes a doença é causada por vírus (rotavirus, adenovirus), 20% por bactérias (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Escherichia coli*) e 6% por protozoários (ameba, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*).¹ Infecções por rotavírus (a causa viral identificável mais comum de gastroenterite em todas as crianças) respondem por 197.000 mortes por ano ou 28% de todas as mortes causadas por diarreia entre crianças menores de 5 anos de idade.²

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico se fundamenta na anamnese e no exame físico.³

Anamnese: tempo de início da diarreia, número de evacuações por dia, consistência das fezes, se existe muco ou sangue, presença de outros sintomas, como febre, náuseas e vômitos; é importante saber se pessoas que convivem com a criança estão com os mesmos sintomas; história de doenças crônicas e outros dados de anamnese.⁴

Exame físico: avaliar a presença e o grau de desidratação, para definir o plano terapêutico (**Quadro 1**).⁵

Quadro 1 – Avaliação do estado de hidratação do paciente.⁵

ETAPAS	A	B	C
OBSERVE			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico (*)
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido	Bebe mal ou não é capaz de beber
EXPLORE			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente (*)
DECIDA	SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um destacado com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE	USE O PLANO A	USE O PLANO B (pese o paciente)	USE PLANO C (pese o paciente)

TRATAMENTO

Escolha da Estratégia

Após a avaliação do paciente, o médico deve traçar um plano de tratamento.⁴

Plano A: criança sem desidratação. A criança é liberada para casa após o atendimento, com prescrição de solução de reidratação oral (SRO) e demais orientações.

Plano B: a criança está desidratada. Permanece na unidade em observação, com SRO.

Plano C: a criança tem desidratação grave. Iniciar reidratação endovenosa. Se necessário encaminhar a uma unidade onde esse recurso seja disponível.

Hidratação

Plano A (Quadro 2)⁵

A criança sem desidratação pode ser tratada em casa, orientando os pais ou cuidadores sobre o caráter autolimitado da doença. Não há necessidade de suspender ou modificar a dieta habitual, mas instituir maior oferta líquida. Se a criança tiver vômitos, recomendar refeições em menos volume e mais frequentes. A SRO deve ser oferecida *ad libitum*, após cada evacuação. Não deve ser misturada com outros líquidos, como chás, leite ou refrigerantes. Lembrar que a SRO não substitui as refeições.⁴

Quadro 2 – Manejo do paciente com diarreia aguda: Plano A.⁵

PLANO A PARA PREVENIR DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO	
<p>Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:</p> <p>1) OFERECER OU INGERIR MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR DESIDRATAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação. ● Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco. <p>2) MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Continuar o aleitamento materno. ● Manter a alimentação habitual para crianças e adultos. <p>3) SE O PACIENTE NÃO MELHORAR EM DOIS DIAS OU SE APRESENTAR UM DOS SINAIS DE PERIGO ABAIXO, LEVÁ-LO IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piora na diarreia - Recusa de alimentos - Vômitos repetidos - Sangue nas fezes - Muita sede - Diminuição da diurese <p>4) ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecer os sinais de desidratação. ● Preparar e administrar a SRO. ● Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água, higienização dos alimentos). <p>5) ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Até 6 meses de idade: 10 mg/dia ● Maiores de 6 meses de idade: 20 mg/dia 	
IDADE	Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100 ml
De 1 a 10 anos	100-200 ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

Como oferecer a SRO:⁶

1- Um membro da família deve ser ensinado a preparar e oferecer a SRO.

2- A solução deve ser administrada a lactentes e crianças usando uma colher limpa ou um copo. Mamadeiras não devem ser utilizadas. Para os bebês, um conta-gotas ou seringa (sem agulha) podem ser usados, para colocar pequenas quantidades de solução para dentro da boca da criança.

3- Para crianças menores de dois anos de idade deve ser oferecida uma colher de chá de SRO a cada 1-2 minutos; crianças mais velhas podem tomar pequenos goles, frequentes, diretamente da xícara.

4- Vômitos geralmente ocorrem durante as primeiras duas horas de tratamento, especialmente quando a criança bebe a solução rapidamente. Isso raramente impede o sucesso da reidratação oral, uma vez que a maior parte do líquido é absorvida. Após esse tempo, os vômitos geralmente cessam. Quando a criança vomitar, aguardar 5-10 minutos e, em seguida, começar a dar a SRO novamente, mas mais lentamente (por exemplo, uma colher cada 2-3 minutos).

Tipos de SRO:

A orientação de 2002 da OMS é a utilização de solução hipotônica, com a osmolaridade de 245 mOsm/L, com sódio = 75 mEq/L, cloreto = 65 mEq/L, potássio = 20 mEq/L, citrato = 10 mEq/L e glicose = 75 mMol/L.

Porém, no Brasil, nos postos de saúde, ainda é dispensada a solução tradicional (1975), com osmolaridade de 311 mOsm/L, com sódio = 90 mEq/L, cloreto = 80 mEq/L, potássio = 20 mEq/L, citrato = 10 mEq/L e glicose = 111 mMol/L.

Em farmácias são encontradas soluções para pronto uso, ou em pó, para preparo em água, com apresentações similares.

Plano B (Quadro 3)⁵

Se a criança estiver desidratada sem gravidade, deverá permanecer na unidade básica de saúde para realizar a reidratação oral. Sempre pesar o paciente sem roupa, para monitorar o ganho de peso com a reidratação. Se necessário, em crianças sem controle de esfíncteres, medir a diurese usando saco coletor. Suspender a alimentação enquanto a criança permanecer desidratada. A exceção é o aleitamento materno, que pode ser continuado. Iniciar com SRO em pequenos volumes, aumentando a frequência e o volume aos poucos. O volume deve ser ofertado conforme o grau de desidratação. Na desidratação leve (perda de 3% a 5% do peso corporal) oferecer 50 ml/kg de SRO, além da reposição das perdas, em um período de 4 horas. Na desidratação moderada (6% a 9% do peso corporal) oferecer 100 ml/kg de SRO mais a reposição de perdas continuadas, em um período de 4 horas. Mesmo que a criança esteja febril, evitar o uso de antitérmico, pois a febre costuma ceder à medida que ocorre a reidratação. A criança deve ser avaliada frequentemente, pois o Plano B termina quando cederem os sinais de desidratação, devendo-se então retornar ao Plano A.

Quadro 3 – Manejo do paciente com diarreia aguda: Plano B.⁵

PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO NO POSTO DE SAÚDE
<p>1) ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>2) DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUNDO AS ETAPAS DO QUADRO “AVALIAÇÃO DO ESTADO DO QUADRO DO PACIENTE”</p> <ul style="list-style-type: none">• Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilizar o PLANO A.• Se continuar desidratado, indicar sonda nasogástrica.• Se o paciente seguir para desidratação grave, seguir plano C. <p>3) DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTAR A:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconhecer os sinais de desidratação.• Preparar e administrar a SRO.• Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água, higienização dos alimentos).
O PLANO B DEVE SER REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE. OS PACIENTES DEVERÃO PERMANECER NA UNIDADE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.

A hidratação oral deve ser trocada pela hidratação endovenosa ou por sonda nasogástrica quando houver: perda de peso após 2 horas de uso de SRO, vômitos persistentes, distensão abdominal persistente ou dificuldade de ingestão da SRO.³

A administração de SRO por sonda nasogástrica deverá ser de 20 ml/Kg/hora por 6 horas, até a reidratação. Se o índice de retenção de peso for menor de 20%, por duas horas consecutivas, mesmo após gastróclise, considerar hidratação endovenosa.

Cálculo do índice de retenção:

$(\text{Peso atual} - \text{Peso inicial}) \times 100 / \text{volume ingerido de SRO}^3$

Plano C (Quadro 4)⁵

A hidratação endovenosa está indicada em casos de alteração neurológica, desidratação grave, vômitos incoercíveis mesmo após gastróclise, choque e íleo paralítico (distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos).³

A desidratação grave é uma emergência médica, devendo a criança ser internada o mais rapidamente possível. Entretanto, os primeiros cuidados na unidade básica de saúde são importantíssimos, devendo ser efetuados enquanto se aguarda a transferência. As fases de manutenção e de reposição são feitas em 24 horas.⁴

Quadro 4 – Manejo do paciente com diarreia aguda: Plano C.⁵

PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE NA UNIDADE HOSPITALAR		
O PLANO C CONTEMPLA 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
Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20 ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada.	30 minutos
FASE RÁPIDA – MAIORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º) Soro Fisiológico a 0,9%	30 ml/kg	30 minutos
2º) Ringer Lactato ou Solução Polieletrólítica	70 ml/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 10 kg: 100 ml/kg Peso de 10 a 20 kg: 1000 ml + 50 ml/kg de peso que exceder 10 kg Peso acima de 20 kg: 1500 ml + 20 ml/kg de peso que exceder 20 kg	
+		
Soro glicosado a 5% + Soro fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50 ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	
+		
KCl a 10%	2ml para cada 100 ml de solução da fase de manutenção.	
AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO <ul style="list-style-type: none"> ● Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após início da hidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa. ● Interromper a hidratação 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. ● Observar o paciente por pelo menos 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.		

Alimentação

A alimentação precoce reduz o volume das evacuações e a duração da diarreia.¹ Recomenda-se estimular o aleitamento materno, manter a dieta habitual, não diluir o leite, oferecer volumes pequenos em intervalos curtos, utilizar alimentos com alta densidade energética e alta concentração de nutrientes.

Zinco

Numerosos estudos têm mostrado que a suplementação de zinco reduz significativamente a gravidade e a duração da diarreia em crianças menores de 5 anos de idade. Estudos adicionais demonstraram que a suplementação com zinco (10 mg/dia, uma vez ao dia em menores de 6 meses de idade e 20 mg/dia,

uma vez ao dia em maiores de 6 meses), por curto período de tempo (10 a 14 dias) reduz a incidência de diarreia durante 2 a 3 meses.^{2, 5, 6}

Antibioticoterapia

Os agentes antimicrobianos não devem ser utilizados de forma rotineira.⁶
Iniciar antibioticoterapia se:

- Diarreia sanguinolenta (disenteria), com comprometimento do estado geral.⁶
- Suspeita de cólera com desidratação grave.^{5,6}
- Infecções não intestinais graves, como a pneumonia.
- Paciente portador de *Salmonella* com imunodeficiência.¹

Antidiarreicos e Antieméticos

Esses medicamentos não são recomendados para uso de rotina.¹ No entanto, o uso de ondansetrona está bem estabelecido no tratamento de emergências em gastroenterites agudas em países desenvolvidos. Reduz a incidência de vômitos, permitindo assim uma reidratação oral mais eficaz.²

Ondansetrona comprimido sublingual DOSE ÚNICA (crianças maiores):²

- 4 mg 4-11 anos
- 8 mg > 11 anos (em geral 0,2 mg / kg)

CONCLUSÃO

Diarreia aguda é uma doença comum em pediatria, de fácil diagnóstico e de tratamento relativamente simples. O atraso no seu reconhecimento ou na instituição de terapia adequada é responsável pela maioria das complicações e mortes em crianças com essa condição.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira GO, Ferreira CHT, Vieira SMG, et al. In: Picon PX, Marostica PJC, Barros E. *Pediatria consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 508-10.
2. Bhutta ZA. Acute gastroenteritis in children. In: Kliegman RM, Stanton BF, Saint Geme III JW, et al. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: Elsevier; 2015. p. 1854-74.
3. Sapienza AJ. Hospital Albert Einstein - Diretriz assistencial. Diarreia aguda em crianças e adolescentes [Internet]. 2013 [Acesso em 2016 agosto 17]. Disponível em: <http://pubdiretrizes.einstein.br/download.aspx?ID=%7BB7985A7B-9058-46E3-A9E9-B56B2733B49B%7D>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia [cartaz]. Brasil: Portal da Saúde; 2015 [Acesso em 2016 Ago 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf

6. World Health Organization. The Treatment of diarrhea: a manual for physicians and other senior health workers. 4th rev. Geneva: WHO; 1995. p. 1-44.