

CAPÍTULO 17

Diarreia aguda, persistente e crônica

Raphael Amendula de Carvalho | Gabriel Nuncio Benevides

EXAMES COMPLEMENTARES NA DIARREIA AGUDA

O paciente com desidratação grave ou com fator de risco para gravidade (lactente menor que 3 meses, imunossuprimidos ou doença pré-existente grave) se beneficiará da avaliação de **hemograma, hemocultura, PCR (proteína C reativa), dosagem de eletrólitos (sódio e potássio), ureia, creatinina, gasometria venosa, lactato venoso, coagulograma e glicemia**. Recomenda-se a coleta de amostra sanguínea após expansão volêmica visando reduzir erros diagnósticos secundários a hemoconcentração.^{2,4}

No contexto de enfermagem pediátrica ou se presença de sangue nas fezes, a pesquisa de rotavírus e adenovírus nas fezes e a coprocultura poderão guiar condutas individuais, bem como orientar medidas de distribuição de leitos e necessidade de isolamento dos pacientes.

Pacientes que evoluírem com persistência ou cronicidade de doença diarreica são candidatos a realizar a investigação diagnóstica apropriada.

PREVENÇÃO

São consideradas medidas efetivas de prevenção primária:^{2,7}

- Vacinação contra rotavírus (que previne a diarreia grave de 48 a 97% dos pacientes).
- Estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e complementado até os 2 anos.
- Higiene pessoal, enfatizando a lavagem das mãos.
- Descarte adequado de fraldas.
- Saneamento básico.
- Orientações higienodietéticas de limpeza e preparo da água e alimentos.

As seguintes medidas de prevenção secundária são baseadas em evidência: suplementação de zinco e vitamina A para populações em risco para desnutrição como forma de prevenir recidiva ou agravamento do quadro.^{2,7}

COMPLICAÇÕES E ACOMPANHAMENTO DA DIARREIA AGUDA

As complicações dos quadros diarreicos agudos estão associados ao manejo inadequado ou a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, falhando em introduzir precocemente medidas de reidratação. As principais complicações da diarreia aguda são:^{2,7}

- Distúrbios hidroeletrólíticos.
- Acidose metabólica.
- Deficiência secundária de dissacaridase.
- Hipoglicemia.
- Bacteremia secundária.
- Convulsões febris.
- Choque hipovolêmico ou séptico.
- Desnutrição.
- Monilíase
- Síndrome hemolítico urêmica.
- Dermatite em área de fraldas.

Se bem manejada e com sucesso nas medidas de reidratação, a gastroenterite viral tem bom prognóstico. Espera-se resolução espontânea após o 7º dia, não demandando retornos programados para reavaliações a longo prazo.⁷

ESPECIFICAÇÕES DO PACIENTE DESNUTRIDO NA DIARREIA AGUDA

A avaliação do paciente desnutrido (com ou sem edema) deve ser minuciosa devido à dificuldade em diferenciar o exame físico como secundário à desidratação ou à desnutrição. Para estes pacientes, é importante que não se superestime a desidratação de modo a evitar sobrecarga hídrica. As recomendações de concentrações de oligoelementos e sais minerais são diferentes das estipuladas para o soro de reidratação oral padrão. Contudo, não há formulação pronta com estas características, demandando orientações adicionais de diluição e complementação do soro regular. Não obstante, para estes pacientes, a SBP endossa a antibioticoterapia empírica dentro das medidas iniciais e reforça a importância da suplementação de zinco e vitamina A.¹

A este subgrupo, também vale ressaltar que há mais um diagnóstico diferencial durante a avaliação inicial: A Diarreia de Fome. Esta apresentação produz evacuações frequentes, amolecidas e esverdeadas; contudo, o produto evacuatório é resultado de descamação celular, muco e pigmento biliar e não de origem alimentar¹

Tabela Parasitas intestinais, diagnóstico e conduta farmacológica

Protozoários
<i>Giardia lamblia</i> (giardíase)
Metronidazol (15 mg/kg/dia, 3x/dia, por 5 a 7 dias) ou Albendazol (400 mg/dia, 5 dias) ou Nitazoxanida (≥ 1 ano 7,5 mg/kg/dose, 2x/dia por 3 dias) ou Tinidazol (≥ 3 anos 50 mg/kg, dose única) ou Secnidazol (30 mg/kg, dose única)
<i>Cryptosporidium</i> sp. (criptosporidiose)
Nitazoxanida (1-3 anos: 100 mg, 2x/d; 4-11 anos: 200 mg, 2x/d; ≥ 12 anos: 500 mg, 2x/d ou 7,5 mg/kg 2x/dia por 3 dias.)
<i>Entamoeba histolytica</i> (amebíase)
Metronidazol (500 a 750 mg, 3x/dia, 10 dias ou 35 a 50 mg/kg/dia, em 3 doses, 10 dias) ou Etodamida (500 mg, 2x/dia, 3 dias ou 100 mg, 3x/dia, 5 dias) ou Teclosan (500 mg, 2x/dia, 3 dias ou 100 mg, 3x/dia, 5 dias) Tinidazol (≥ 3 anos: 2 g ou 50 mg/kg, dose única) ou Secnidazol (2g ou 30 mg/kg, dose única)
<i>Cyclospora cayetanensis</i> (ciclosporoze)
Sulfametoxazol-trimetoprim (8-10 mg/kg/dia, 2x ao dia, por 7 a 10 dias)
Helmintos
<i>Taenia saginata</i> / <i>Taenia solium</i> (teníase)
Praziquantel (5-10 mg, VO, dose única) ou Niclosamida (50 mg/kg, VO, dose única) ou Nitazoxanida (7,5 mg/kg/dose [máximo 500 mg], 2x/dia por 3 dias)
<i>Acilostoma duodenale</i> (ancilostomíase)
Albendazol (400 mg, VO, dose única (200 mg em < 2 anos) ou Mebendazol (100 mg, VO, 1x/dia por 3 dias) ou Pirantel (11 mg/kg [máximo 1 g], VO, 1x/dia por 3 dias) ou Nitazoxanida (7,5 mg/kg/dose [máximo 500 mg], 2x/dia por 3 dias)
<i>Ascaris lumbricoides</i> (ascaridíase)
Albendazol (400 mg, VO, dose única (200 mg em < 2 anos) ou Mebendazol (100 mg, VO, 1x/dia por 3 dias) ou Ivermectina (150-200 mcg/kg, VO, dose única) ou Pirantel (11 mg/kg [máximo 1 g], VO, 1x/dia por 3 dias) ou Nitazoxanida (7,5 mg/kg/dose [máximo 500 mg], 2x/dia por 3 dias)

AVALIAÇÃO DA DIARREIA CRÔNICA Escala de Bristol		
Tipo 1		Pequenos fragmentos duros, semelhantes a nozes
Tipo 2		Em formas de salsichas, mas com grumos
Tipo 3		Em formas de salsichas, com fissuras nas superfícies
Tipo 4		Em forma de salsicha ou cobra (mais fina), mas suaves e macias
Tipo 5		Fezes fragmentadas, mas em pedaços com contornos bem-definidos e macias
Tipo 6		Em pedaços esfarrapados
Tipo 7		Líquidas

Fonte: (Adaptado por Marcella Moura Ceratti)

PERSPECTIVAS FUTURAS

A SBP, desde 2005, orienta a reidratação oral com soluções com 75 mEq/L de sódio à despeito da diretriz anterior com concentrações de 90 mEq/L; o Ministério da Saúde ainda não readequou seu o soro de reidratação oral, sendo uma das mudanças que podem acontecer nos próximos anos.¹

No âmbito de pesquisa e inovação, a SBP reforça a demanda pelo estudo do microbioma e do metaboloma humano e sua associação com a diarreia aguda, visando a identificação de novos alvos farmacológicos e formulação de novas medidas terapêuticas¹

Respostas e comentários do Caso Clínico

Em prontuário está descrito um paciente com sinais de desidratação, porém sem gravidade, logo pode ser classificado como Grupo B e conduzido com reidratação oral a ser realizada no serviço de saúde. A conduta do colega está, portanto, correta. Deve-se oferecer doses pequenas e frequentes com quantidade progressivamente maior ao passo que se mantém reavaliação constante.

Perceba que a cada reavaliação, espera-se que sejam checados: estado geral, olhos, sede, lágrimas, boca, língua, sinal de prega abdominal, características do pulso, diurese e peso ponderal. Com esta avaliação é possível reestratificar o paciente.

Como meta terapêutica de reidratação oral, têm-se como alvo: 50 a 100 mL/Kg entre 4 e 6 horas.

Com a sua reavaliação detalhada na questão anterior foi possível identificar que M. mantém-se dentro do Grupo B. Já é esperado que algumas crianças podem ter dificuldade em seguir com a reidratação oral por conta de náuseas e vômitos. Seguindo as condutas mais corretamente indicadas, você pode explicar à mãe do paciente que mesmo que o soro endovenoso pareça simples e de pouco risco, sempre devemos evitar medidas invasivas. Além disso, a hidratação enteral é mais fisiológica, com menos riscos de complicações e é bastante efetiva. Também há outra medida que pode ser feita para facilitar a condução do caso, evitando o uso de fluidoterapia endovenosa: prescrição de ondansetrona sublingual na dose de 4 mg. Apesar de pouco usado na prática clínica brasileira, o uso de sonda nasogástrica também está indicado na refratariedade medicamentosa.

Para: M. A. C., 06 anos de idade, 20 kg

Uso Oral:

1) Sais de Reidratação Oral -----

Diluir o conteúdo de 01 sachê em um litro de água filtrada, ou conforme instruções de diluição da embalagem. Fornecer 01 copo (200ml) a cada episódio diarreico.

Orientações:

- 1) Mantenha a alimentação da criança conforme habitual, porém buscando evitar alimentos industrializados. Além dos sais de reidratação, busque oferecer mais líquidos que o habitual, opções são: água, sucos e chás evitando acrescentar açúcar nas bebidas. Evite refrigerante.
- 2) Redobre a atenção com o estado de hidratação do seu filho. Além disso, oriente a criança e todos da casa a higienizar as mãos antes de comer ou após se expor com solo, animais ou outras sujidades. Atente-se em lavar frutas e verduras, sempre consumir água potável ou ferver a água da torneira antes de beber.
- 3) Retorne ao pronto atendimento em caso de ausência de melhora em dois dias, aumento da frequência ou volume da diarreia, vômitos incoercíveis, sangue nas fezes, diminuição da diurese, sede excessiva, letargia, irritabilidade ou recusa alimentar.

Durante a condução do Plano B, se ao final de 6 horas o paciente manter-se desidratado ou se durante qualquer momento do processo apresentar piora clínica, principalmente com alteração do sensório, deverá ser introduzido no fluxograma do Plano C visando a instauração de fluidoterapia endovenosa.

Segue a prescrição, conforme orientado pelo Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria:

Fase de Expansão:

- 1) Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato – 600 mL – Correr em 30 minutos.
(Primeira etapa da fase de expansão para maiores de 1 anos se realiza com 30 mL/kg em 30 minutos)

- 2) Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato – 1400 mL – Correr em 2 h 30 min.
(Segunda etapa da fase de expansão para maiores de 1 anos se realiza com 70 mL/kg em 2 horas e meia)

Fase de Manutenção e Reposição

- 1) Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (em proporção 4:1) – Volume de 1500 mL
+
 - 2) Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (em proporção 1:1) – Volume de 100 mL
+
 - 3) KCl a 10% – Volume de 30 mL
- Volume total do Soro de Manutenção de 1630 ml, correr em bomba de infusão à velocidade de 68 mL/h.