

# Protocolo Clínico e de Regulação para Abordagem da Criança com Diarreia Aguda

# 110

*Regina M. A. Mattiello  
Rodrigo José Custódio  
Wagner A. dos Santos  
Palmira Cupo*

## INTRODUÇÃO

A doença diarreica tem alta prevalência na população e acomete indivíduos de todas as idades. Devido às particularidades próprias das crianças, nesse grupo a doença tem maior potencial para gravidade e exige conhecimento técnico do profissional da saúde para adequada condução clínica de cada caso.

## CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A doença diarreica é caracterizada pelo aumento no número de evacuações ou diminuição na consistência das fezes. A maioria dos episódios é decorrente de causas infecciosas: virais, bacterianas ou parasitárias.

Pode ser aguda quando o tempo de duração é inferior a 14 dias, ou persistente, quando se prolonga por 14 dias ou mais. Na verdade, a diarreia persistente é uma complicação da diarreia aguda, é aquela que não se autolimitou devido às mais diversas causas. A diarreia crônica é aquela recorrente ou de longa duração causada por desordens não infecciosas (por exemplo, doença celíaca, fibrose cística, desordens metabólicas congênitas, entre outras).

Ante um episódio diarreico, cabe ainda definir se a doença acomete o intestino delgado (diarreias altas) ou o intestino grosso (diarreias baixas ou “colites”). A diferenciação é fundamental, pois tem implicações diagnósticas e terapêuticas.

As diarreias altas se caracterizam pela presença de fezes volumosas, em geral acompanhadas de vômitos, sem sangue e com risco maior de desidratação e de distúrbios eletrolíticos e do equilíbrio acidobásico. Os principais

agentes etiológicos causadores das diarreias agudas altas são os vírus, embora bactérias (*E. coli* enteropatogênica clássica, *E. coli* enterotoxigênica, *Salmonella* sp., entre outras) e protozoários (*Cryptosporidium* sp. e *Giardia lamblia*) também possam causá-las.

As diarreias baixas se caracterizam pela elevada frequência de evacuações, mas com fezes pouco volumosas, que podem apresentar-se ainda com muco e sangue. Também é comum a presença de tenesmo. Os vômitos são menos frequentes, assim como a desidratação e os distúrbios eletrolíticos e acidobásicos, já que as perdas fecais costumam ser menos pronunciadas, com exceção dos casos mais graves. As “colites”, entretanto, têm maior potencial para evoluir com complicações infecciosas, já que ocorre ruptura da barreira intestinal pelo processo inflamatório e por microulcerações na mucosa. Os agentes etiológicos mais frequentes no nosso meio são a *Shigella* sp. e a *Salmonella* sp., embora possam ser causadas por outros agentes (*E. coli* enteroinvasora, *Campylobacter* sp., *Yersinia enterocolitica* e *Entamoeba histolytica*).

## MANEJO CLÍNICO

Devido às características peculiares dos lactentes em relação ao seu metabolismo hídrico, é bem conhecido que, quanto menor a criança, maior é o risco de desidratação diante de um quadro de diarreia. Sendo assim, considerando os dois tipos de diarreia, alta e baixa, e o risco de desidratação, podemos subdividir as crianças com diarreia aguda em três grandes grupos: 1) crianças abaixo de 2 anos com diarreia alta; 2) crianças acima de 2 anos com diarreia alta; e 3) crianças de qualquer idade com diarreia baixa. Essa divisão permite uma avaliação diagnóstica e abordagem terapêutica mais dirigida aos problemas de cada grupo.

### Grupo I: lactente de até 2 anos com diarreia alta

Grande risco de desidratação e de distúrbio eletrolítico, diarreia de provável etiologia viral.

### DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Não há necessidade de coleta de material para diagnóstico etiológico, já que a maioria dos casos é de etiologia viral. Considerar a coleta em imunodeprimidos, menores de 3 meses, se houver suspeita de *Salmonella* sp. (lactente com febre alta mantida por mais tempo do que seria esperado para um quadro viral, história de surto após ingestão de alimento supostamente contaminado). Lembrar que a *Salmonella* pode causar diarreia alta, assim como “colite”. Também considerar a coleta de material para diagnóstico etiológico caso o paciente esteja toxemiado; entretanto, nessas condições, deverá ser regulado

para atendimento hospitalar aonde pode ser feita a coleta de fezes. Avaliar estado de hidratação e risco de desidratação.

Podem ocorrer as seguintes situações:

A) Criança hidratada e com risco baixo de desidratação, com perdas leves (por exemplo,  $< 5 \times$ /dia), liberar para casa com soro de reidratação oral (SRO), 5 a 10 ml/kg pós-perdas. Orientar sobre sinais de desidratação e evolução da doença (90% saram em até 14 dias). Orientar sobre necessidade de retorno caso haja piora das perdas, recusa do SRO, mudança no padrão da diarreia (aparecimento de sangue nas fezes, tenesmo), evolução arrastada (por exemplo, mais que 7 a 10 dias). Em relação à alimentação, deve ser mantida a dieta habitual da criança, com fracionamento e aumento da frequência caso ocorram vômitos. Evitar alimentos gordurosos e hidratos de carbono de rápida absorção. Orientar sobre risco de contaminação dos contactantes, cuidados de higiene pessoal e ambiental.

B) Criança hidratada, mas com risco moderado de desidratação por perdas fecais mais acentuadas (fezes volumosas mais que seis vezes ao dia), observar aceitação do SRO no serviço e a magnitude das perdas. Se a criança aceitar bem o SRO, sem vomitar, com perdas moderadas, liberar para casa, agendando retorno 24 a 48 horas para reavaliação. Se recusar o SRO e/ou as perdas forem acentuadas, encaminhar para serviço de saúde de média complexidade para dar continuidade ao tratamento pelo alto risco de desidratação. Nos casos em que a criança for liberada para casa, valem as mesmas orientações sobre reconhecimento dos sinais de desidratação pelos pais, evolução da doença, necessidade de terapia de reidratação oral (TRO) e alimentação.

C) Criança desidratada:

- Se desidratação leve, iniciar reidratação por via oral (VO) no serviço. Calcula-se o grau de desidratação e oferece-se a solução de hidratação oral a cada 30 min por um período de 4 a 6 horas, conforme Tabela 110-1. Após hidratação, se a criança tiver diurese, estiver ativa, aceitando bem VO, sem vômitos, com perdas leves a moderadas, liberar para casa com retorno para reavaliação em 48 horas. Valem as mesmas orientações sobre sinais de desidratação, prescrição do SRO em casa, evolução da doença e alimentação (item A). Caso haja perdas muito significativas, melhor encaminhar para serviço de saúde de média complexidade pelo alto risco de desidratação.

Exemplificando: lactente de 6 kg desidratado de primeiro grau:  $6 \times 50 \text{ ml/kg} = 300 \text{ ml} + 150 \text{ ml (50\% de 300ml)} = 450 \text{ ml}$  divididos por 8 tomadas = aproximadamente 60 ml a cada 30 min. Crianças desidratadas leves a moderadas que recusem o SRO podem e devem ser reidratadas por gavagem. Nesse caso, encaminhar para serviço de saúde de média complexidade para dar continuidade ao tratamento.

No caso ilustrado acima, dividir o volume de 450 ml por 4 horas = 112,5 ml/h. Se 1 ml tem 20 gotas, então, a criança receberá 37 gotas/minute.

**TABELA 110-1** Avaliação do grau de desidratação e volume de soro de reidratação oral a ser administrado

GRAU DE DESIDRATAÇÃO	VOLUME DE SRO	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
Primeiro (3% a 5% do PC)	30 a 50 ml/kg + 50%	4 a 6 horas
Segundo (6% a 8% do PC)	60 a 80 ml/kg + 50%	6 horas

PC = peso corporal.

- Se desidratação moderada, hidratar VO da mesma maneira para o desidratado leve, respeitando-se apenas o volume maior (ver Tabela 110-1) com cuidados redobrados. Provavelmente a criança será encaminhada para serviço de saúde de média complexidade para observação mais rigorosa frente ao risco de outro episódio de desidratação. Crianças com desidratação acima de 8% do peso corporal são mais seguramente hidratadas por via endovenosa (EV) e devem ser imediatamente encaminhadas.
- Se desidratação grave, iniciar reposição volêmica imediatamente. Se houver sinais de choque, iniciar expansão com 20 ml/kg de soro fisiológico pinça aberta e encaminhar imediatamente para atendimento hospitalar: remoção com unidade de suporte avançado. Caso não haja sinais de choque, ainda assim a reposição volêmica deve ser imediata. O ideal é que sejam colhidos ao menos eletrólitos e gasometria antes do início do soro, já que são frequentes os distúrbios eletrolíticos (acidose metabólica, hipo e hipernatremia, distúrbios do potássio) que devem ser abordados. Caso não seja possível a regulação imediata da criança, expandir com 20 ml/kg de soro fisiológico (SF) em 30 min enquanto se aguarda o transporte. **Não** iniciar hidratação EV em lactentes sem avaliação bioquímica (gasometria, eletrólitos, função renal) pelo risco de acentuação de distúrbios preexistentes e não diagnosticados, como, por exemplo, acidose metabólica e hipocalcemia, mesmo se a desidratação for leve. **Sempre** proceder à avaliação bioquímica antes, exceto nos casos citados anteriormente, ou seja, desidratados graves e com risco imediato à vida (Fluxograma 110-1).

### Grupo II: criança acima de 2 anos com diarreia alta

A diarreia em geral é de etiologia viral e o risco de desidratação e de distúrbio eletrolítico é relativamente menor. Valem as mesmas observações em relação aos lactentes, entretanto, como acima de 2 anos os riscos de desidratação e de distúrbios eletrolíticos são menores, nessa faixa etária já se tem maior segurança para orientar sobre acompanhamento ambulatorial. Nesse grupo, a principal causa de desidratação são os vômitos, não sendo infrequente a necessidade de reidratação EV por essa razão. Embora seja recomendável a

avaliação bioquímica prévia nesses pacientes, diante da resolução rápida dos vômitos, é aceitável a hidratação EV na própria Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sem coleta de exames, desde que sejam crianças com gastroenterite aguda (abdome inocente, sem sinais de toxemia) e desidratação leve (3% do peso corporal, ou seja, 30 ml/kg a 2/3 SF e 1/3 SG 5%). Tais pacientes devem ser cuidadosamente avaliados após a reidratação para garantir a aceitação VO antes de serem liberados para casa. Em relação às orientações para seguimento ambulatorial, valem as mesmas orientações que para menores de 2 anos: orientar sobre sinais de desidratação, evolução natural da doença, TRO e alimentação durante episódio de diarreia. Caso tais pacientes sejam liberados e ocorra novo episódio de desidratação por vômitos e/ou diarreia, **não** reidratar EV sem avaliação bioquímica prévia e encaminhar a criança para tratamento hospitalar via Central de Regulação de Urgência.

Crianças maiores com desidratação moderada ou grave devem, preferencialmente, ser encaminhadas via Central de Regulação de Urgência para o hospital, a fim de garantir a avaliação bioquímica antes da reidratação EV. Na prática, a reidratação VO nessas crianças fica limitada devido ao grande volume necessário para um paciente que frequentemente se apresenta com vômitos. Exemplificando, para uma criança de 20 kg, 40 a 60 ml/kg em 6 horas + 50% corresponderia a prescrever 100 a 150 ml de 30 em 30 min por 6 horas (Fluxograma 110-2).

### Grupo III: crianças de qualquer idade com diarreia baixa

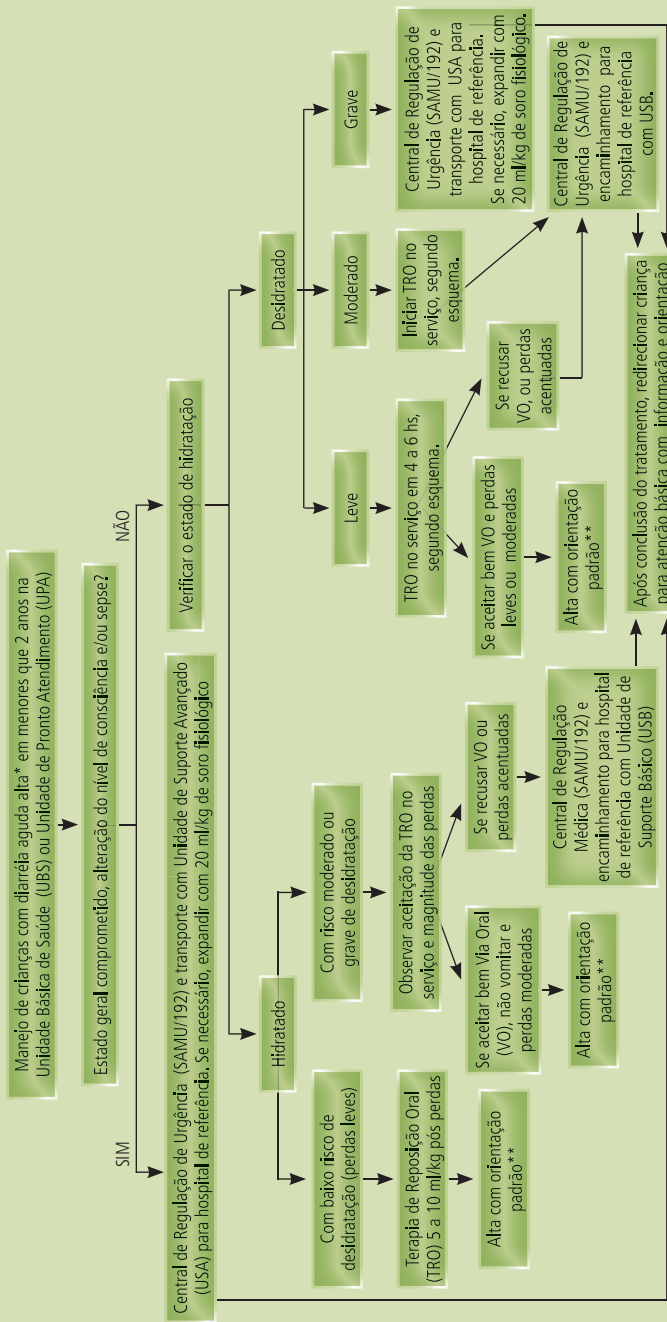
Grande probabilidade de diarreia bacteriana, em particular *Shigella* e *Salmonella* sp. Lembrar que a disenteria amebiana é infrequente no nosso meio. O risco de desidratação é variável, em geral menor que nos pacientes com diarreia alta. Mas atenção: podem ocorrer perdas acentuadas (o que é sinal de gravidade nas “colites”) com risco alto de desidratação. Há risco de complicações infecciosas em especial em lactentes, desnutridos e imunodeprimidos. Avaliação diagnóstica: sempre colher material para pesquisa de agente etiológico, ao menos uma coprocultura para identificação de *Shigella* e *Salmonella* sp. Avaliação do estado de hidratação: em relação à desidratação, conduzir o caso de modo semelhante ao de crianças com diarreia alta, considerando a idade, o grau de desidratação e a magnitude das perdas e respeitando as mesmas indicações de transferência para unidade hospitalar. Entretanto, no que diz respeito ao tratamento específico, há particularidades na criança com diarreia baixa. A shigelose é um dos poucos quadros nos quais o uso de drogas antibacterianas encurta o tempo de duração da doença e diminui ao período de transmissão do agente, sendo, portanto, indicado o tratamento específico. A dificuldade com que se depara o pediatra na prática é que a cultura de fezes demora pelo menos três a quatro dias para revelar o resultado em laboratórios

que funcionam sete dias por semana. Tal intervalo de tempo é muito longo para se aguardar o início da terapêutica adequada. Sendo assim, é aceitável que nos casos de “colite” franca, de provável etiologia infecciosa, se inicie terapêutica após coleta do material fecal e antes que saia o resultado definitivo da cultura. O tratamento ambulatorial pode ser feito nos casos em que a criança apresenta-se em bom estado geral, sem sinais de toxemia e respeitando-se as indicações de tratamento ambulatorial em relação ao estado de hidratação. A droga de eleição é o ácido nalidíxico VO, na dose de 55 mg/kg/dia, de 6 em 6 horas, por cinco dias (apresentações disponíveis: comprimidos de 500 mg e xarope 5 ml/250 mg). Esta droga é contraindicada em lactentes abaixo de 3 meses e pode apresentar os seguintes efeitos colaterais: alergia, *rash* cutâneo, hipertensão intracraniana, fotossensibilidade, artralgia, insônia, cefaleia, hepatite, colestase, eosinofilia, leucopenia, trombocitopenia, hemólise. Crianças abaixo de 3 meses ou toxemiadas ou com comprometimento do estado geral devem ser encaminhadas, via Central de Regulação de Urgência, para tratamento hospitalar. A segunda opção, quando a via oral está impossibilitada ou há quadro sistêmico grave, é a ceftriaxona na dose de 100 mg/kg/dia de 12 em 12 horas, droga reservada quase que exclusivamente para tratamento em ambiente hospitalar (Fluxograma 110-3).

**Cuidado:** não instituir terapêutica com antimicrobianos em casos duvidosos de “colite” com a criança em bom estado geral e perdas leves. Mesmo os quadros de diarreia baixa e de etiologia bacteriana podem ser autolimitados e há a possibilidade de se tratar de *Salmonella sp.*, agente cujas indicações de tratamento específico são limitadas, pois o uso de antimicrobianos pode prolongar o estado de portador. Iniciando tratamento com antimicrobianos ou não, optando-se por apenas acompanhar clinicamente, deve-se agendar retorno para reavaliação em tempo curto, como, por exemplo, 24 a 48 horas.

## BIBLIOGRAFIA

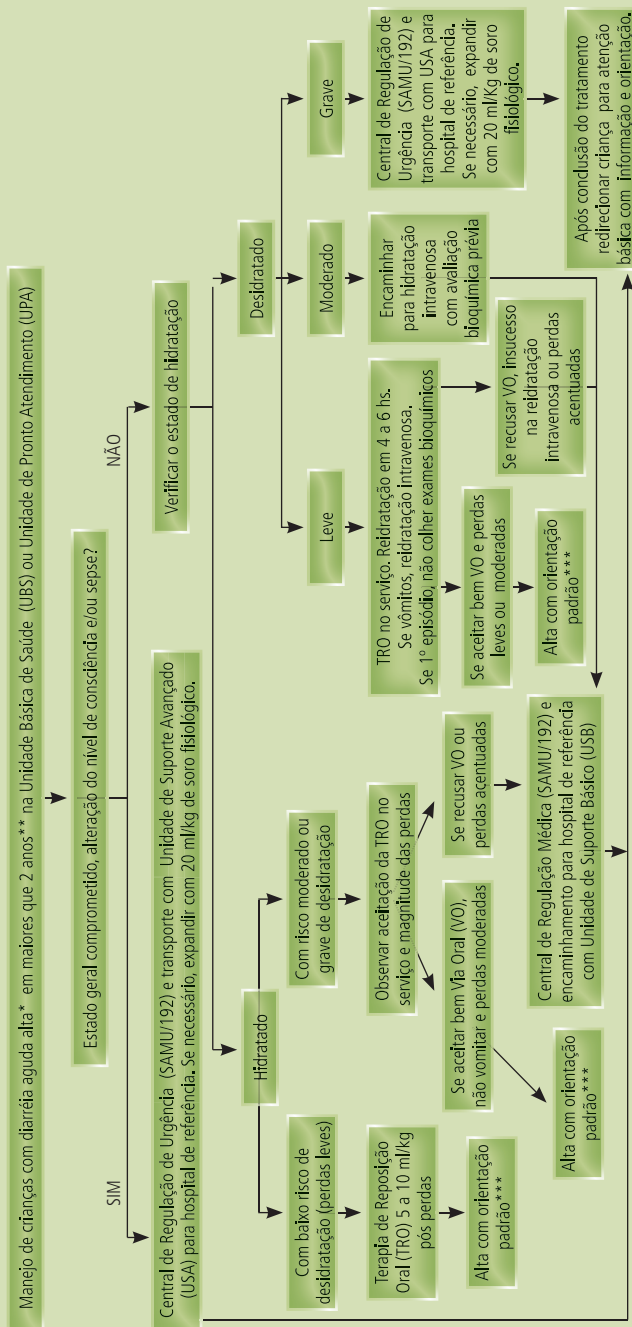
- Ashkenazi S. *Shigella* infections in children: new insights. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2004; 15: 246-52.
- Bhatnagar et al. IAP guidelines 2006 on the management of acute diarrhea. *Indian Pediatr.* 2007; 44(5): 380-9.
- Clark B and McKendrick M. A review of viral gastroenteritis. *Curr Opin Dis.* 2004; 17: 461-9.
- Guerrant RL et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis.* 2001; 32: 331-50.
- Harris C et al. Evidence based guideline for the management of diarrhoea with or without vomiting in children. *Aust Fam Physician.* 2008 jun; 37 (6 spec No): 22-9.



\* Coleta de material fecal é desnecessária (maioria dos casos é de origem viral). Considerar se imunossuprimidos, menores que 3 meses e suspeita de Salmonella sp.

\*\* Orientação padrão sobre sinais de desidratação, reavaliação caso ocorra piora das perdas, recusa da TRO com manutenção da diarreia/vômitos, mudança do padrão da diarreia alta para colíe, evolução arrastada (mais de 7 a 10 dias), Alimentação habitual fracionada, se vômitos. Evitar alimentos gordurosos e hidratos de carbono de absorção rápida. Higiene pessoal e ambiental para minimizar o risco de contaminação de terceiros.

**Fluxograma 10-1** Manejo de crianças com diarreia aguda alta em menores que 2 anos, a partir da atenção básica.



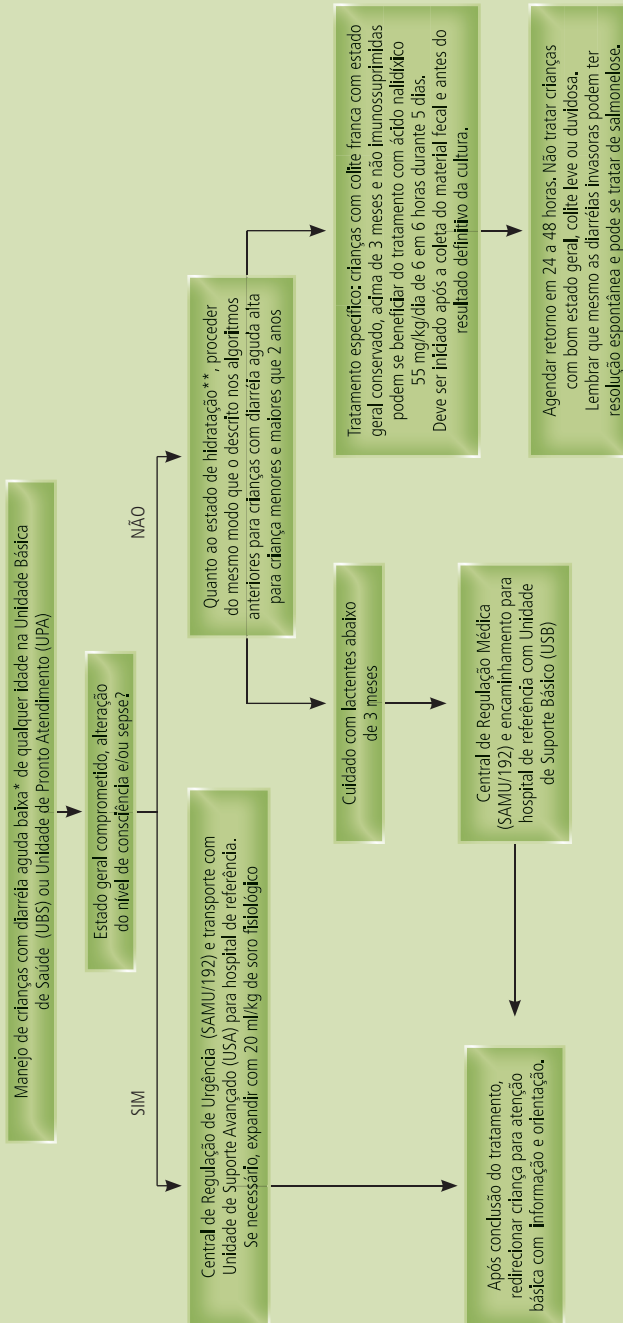
\*Coleta de material fecal é desnecessária (maioria dos casos é de origem viral). Considerar se imunossuprimidos, menores que 3 meses e suspeita de Salmonella sp.

\*\*Lembrar que na criança maior, a principal causa de desidratação são vômitos e que ocorrem predominantemente nas primeiras 24 hs.

\*\*\*Orientações padrão sobre sinais de desidratação, necessidade de reavaliação caso ocorra piora das perdas, recusa da TRO com manutenção da diarreia/vômitos, mudança do padrão da diarreia alta para colite, evolução arrastada com mais de 7 a 10 dias, Alimentação habitual fracdonada, se vômitos. Evitar alimentos gordurosos e hidratos de carbono de absorção rápida. Higiene pessoal e ambiental para minimizar o risco de contaminação de terceiros.

**Fluxograma 110-2** Manejo de crianças com diarreia aguda alta em maiores que 2 anos, a partir da atenção básica.





\*Coleta de material fecal; colher sempre ao menos uma coprocultura ou swab anal para pesquisa de *Salmonella* e *Shigella*, a menos que a criança seja regulada, pois neste caso o material deve ser colhido no hospital.  
\*\*O risco de desidratação é relativamente menor, mas são maiores os riscos de complicações infecciosas.

**Fluxograma 10-3** Manejo de crianças com diarreia aguda baixa de qualquer idade, a partir da atenção básica.

