

Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento

Departamento Científico de Gastroenterologia

Presidente: Mauro Batista de Moraes

Secretário: Aristides Schier da Cruz

Conselho Científico: Ana Daniela Izoton de Sadovsky, Kátia Galeão Brandt, Matias Epifânio, Mauro Sérgio Toporovski, Sílvio da Rocha Carvalho, Rosane Costa Gomes.

Colaboradora: Luciana RodriguesSilva

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas últimas duas décadas, ocorreu globalmente expressiva redução na mortalidade por diarreias infecciosas em crianças com idade inferior a cinco anos^{1,2}. Para exemplificar, em 1982 ocorreram 5 milhões de mortes por doença diarreica, em 1991 foram 3,5 milhões, em 2001 morreram 2,5 milhões e, finalmente, em 2011 ocorreram 1,5 milhões de mortes no ano³. Deve ser destacado, no entanto, que algumas doenças que poderiam ser prevenidas continuam sendo responsáveis por mortes de lactentes e pré-escolares. Cerca de 30% desses óbitos antes dos cinco anos ocorrem devido à pneumonia e diarreia^{1,2}.

No Brasil, observou-se redução importante na mortalidade infantil que passou de 70 óbitos por mil nascidos vivos na década de 1970 para cerca de 15 óbitos por mil nascidos vivos na

década atual. Parcela considerável desta redução foi decorrente da diminuição do número de óbitos por diarreia e desidratação. Para exemplificar, em 1980, a diarreia ocupava o segundo lugar como causa de mortalidade infantil e representava 24,3% dos óbitos, enquanto, em 2005, passou para a quarta posição e foi responsável por 4,1% dos óbitos⁴. Considera-se que este grande avanço na saúde pública brasileira foi decorrente das melhorias das condições gerais de vida da população e da disseminação entre profissionais da área da saúde e da própria comunidade dos princípios fundamentais do tratamento da diarreia aguda e desidratação, ou seja, terapia de reidratação e cuidados com a alimentação. Ao que tudo indica, a incidência de diarreia aguda também apresentou redução nesse período.

Algumas publicações permitem pontuar a evolução do tratamento da diarreia aguda ao longo das últimas décadas. Em 1989, a OMS publicou um manual prático para o tratamento da diarreia aguda, contemplando o diagnóstico da desidratação e seu tratamento, além dos princípios para a alimentação do paciente pediátrico com diarreia aguda e persistente⁵. Em 1993, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil adaptou esse manual à realidade brasileira⁶. Em 2005, a OMS complementou seu posicionamento com a sugestão de reduzir a osmolaridade da solução de reidratação oral e a recomendação da administração de zinco por via oral⁷. Em 2006, a vacina contra rotavírus foi incluída no calendário de vacinação no Brasil⁸. O Ministério da Saúde (MS) não havia revisado suas recomendações de 1993 até que, recentemente, foi divulgado

um cartaz com a atualização de algumas condutas⁹. A OMS reforçou seus posicionamentos em 2009 e em 2013 para o tratamento da diarreia aguda^{1,2}. Além disso, foram propostas diretrizes para o tratamento da diarreia aguda na Europa em 2008¹⁰ e em 2014¹¹, e para crianças Íbero-Latinoamericanas, em 2010¹² e em 2014¹³⁻¹⁶, com base em evidências clínicas que incluíam não somente as medidas recomendadas pela OMS e pelo MS do Brasil, como também outras opções terapêuticas que podem contribuir na redução dos impactos negativos causados pela diarreia aguda.

Esse documento científico foi redigido com o objetivo de auxiliar na assistência à saúde das crianças brasileiras com diarreia aguda e suas complicações, em diferentes cenários assistenciais.

Definições

A diarreia pode ser definida pela ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas nas últimas 24 horas. A diminuição da consistência habitual das fezes é um dos parâmetros mais considerados. Na diarreia aguda ocorre desequilíbrio entre a absorção e a secreção de líquidos e eletrólitos e é um quadro autolimitado⁴.

De acordo com a OMS, a doença diarreica pode ser classificada em três categorias^{2,7}:

1. Diarreia aguda aquosa: diarreia que pode durar até 14 dias e determina perda de grande volume de fluidos e pode causar desidratação. Pode ser causada por bactériase vírus, na maioria dos casos. A desnutrição eventualmente pode ocorrer se a alimentação não é fornecida de forma adequada e se episódios sucessivos acontecem.

2. Diarreia aguda com sangue (disenteria): é caracterizada pela presença de sangue nas fezes. Representa lesão na mucosa intestinal. Pode associar-se com infecção sistêmica e outras complicações, incluindo desidratação. Bactérias do gênero *Shigella* são as principais causadoras de disenteria.

3. Diarreia persistente: quando a diarreia aguda se estende por 14 dias ou mais. Pode provocar desnutrição e desidratação. Pacientes que evoluem para diarreia persistente constituem um grupo com alto risco de complicações e elevada letalidade^{2,6}.

Assim, doença diarreica aguda pode ser entendida como um episódio diarreico com as seguintes características: início abrupto, etiologia presumivelmente infecciosa, potencialmente autolimitado, com duração inferior a 14 dias, aumento no volume e/ou na frequência de evacuações com consequente aumento das perdas de água e eletrólitos¹⁷. Apesar da definição de diarreia aguda considerar o limite máximo de duração de 14 dias, a maioria dos casos resolve-se em até 7 dias.

A doença diarreica na maior parte das vezes representa uma infecção do tubo digestivo por vírus, bactérias ou protozoários e tem evolução autolimitada, mas pode ter consequências graves como desidratação, desnutrição energética-proteica e óbito. Nem sempre é possível identificar o agente causador do episódio diarreico.

Causas

Os seguintes agentes infecciosos são os que causam a maior parte dos quadros da diarreia aguda:

Vírus - rotavírus, coronavírus, adenovírus, calicivírus (em especial o norovírus) e astrovírus.

Bactérias - *E. coli* enteropatogênica clássica, *E. coli* enterotoxigenica, *E. coli* enterohemorrágica, *E. coli* enteroinvasiva, *E. coli* enteroagregativa¹⁸, *Aeromonas*, *Pleisiomonas*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Vibrio cholerae*, *Yersinia*

Parasitas - *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Isospora*

Fungos – *Candida albicans*

Pacientes imunocomprometidos ou em antibioticoterapia prolongada, podem ter diarreia causada por: *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Aerobacter*, *C. difficile*, *Cryptosporidium*, *Isospora*, VIH, e outros agentes.

Eventualmente outras causas podem iniciar o quadro como diarreia tais como: alergia ao leite de vaca, deficiência de lactase, apendicite aguda, uso de laxantes e antibióticos, intoxicação por metais pesados. A invaginação intestinal tem que ser considerada no diagnóstico diferencial da disenteria aguda, principalmente, no lactente.

A investigação da etiologia da diarreia aguda não é obrigatória em todos os casos. Deve ser realizada nos casos graves e nos pacientes hospitalizados. Deve ser lembrado que os laboratórios, em geral, não dispõem de recursos para diagnosticar todas as bactérias e vírus causadores de diarreia aguda. Novos métodos diagnósticos utilizando a técnica de PCR multiplex estão em desenvolvimento e têm potencial para proporcionar, no futuro, o diagnóstico etiológico com maior rapidez e abrangência.

Princípios da avaliação clínica

De acordo com a OMS, a anamnese da criança com doença diarreica deve contemplar os seguintes dados: duração da diarreia, número diário de evacuações, presença de sangue nas fezes, número de episódios de vômitos, presença de febre ou outra manifestação clínica, práticas alimentares prévias e vigentes, outros casos de diarreia em casa ou na escola. Deve ser avaliado, também, a oferta e o consumo de líquidos, além do uso de medicamentos e o histórico de imunizações⁶. É importante, também, obter informação sobre a diurese e peso recente, se conhecido.

A história e o exame físico são indispensáveis para uma conduta adequada. Não se deve esquecer que alguns pacientes têm maior risco de complicações, tais como: idade inferior a dois meses; doença de base grave como o diabetes melito, a insuficiência renal ou hepática e outras doenças crônicas; presença de vômitos persistentes; perdas diarreicas volumosas e frequentes (mais de oito episódios diários) e a percepção dos pais de que há sinais de desidratação.

Ao exame físico é importante avaliar o estado de hidratação, o estado nutricional, o estado de alerta (ativo, irritável, letárgico), a capacidade de beber e a diurese. O percentual de perda de peso é considerado o melhor indicador da desidratação. Mesmo quando o peso anterior recente não é disponível, é fundamental que seja mensurado o peso exato na avaliação inicial do paciente. A avaliação nutricional é muito importante na abordagem da criança com doença diarreica. O peso é fundamental no acompanhamento tanto em regime de internação hospitalar como no ambulatório. Considera-se que perda de peso de até 5% represente a desidratação leve; entre 5% e 10% a desidratação é moderada; e perda de mais de 10% traduz desidratação grave. Essa classificação proporciona uma estimativa do volume necessário para correção do déficit corporal de fluido em consequência da doença diarreica: perda de 5%, ou seja, 50 mL/Kg; de 5 a 10%, ou seja, 50 a 100 mL/Kg e mais do que 10%, ou seja, mais de 100 mL/Kg⁷.

Outro ponto fundamental na avaliação da hidratação da criança com doença diarreica é vincular os achados do exame clínico à conduta a ser adotada. Assim, apesar de existirem outras estratégias para avaliar o estado de hidratação, a proposta da OMS, também adotada pelo MS deve continuar sendo utilizada (Quadro 1)^{5-7,9}. A avaliação do estado de hidratação do paciente com diarreia deve ser criteriosa e inclui o exame do estado geral do paciente, dos olhos, se há

lágrimas ou não, se o paciente tem sede, o nível de consciência, presença do sinal da prega cutânea, e como se encontra o pulso e o enchimento capilar. Outros achados podem ser importantes quando presentes, traduzindo a gravidade do quadro, tais como nível de alerta, fontanela baixa, saliva espessa, padrão respiratório alterado, ritmo cardíaco acelerado, pulso débil, aumento do tempo de enchimento capilar, extremidades frias, perda de peso, turgência da pele e sede.

Quadro 1. Avaliação do estado de hidratação para crianças com doença diarreica

Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
Examinar			
Sinal da prega	Desaparece Rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente*
Enchimento capilar ¹	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos)*
Conclusão	Não tem desidratação	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos acima, existe desidratação	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos, incluindo pelo menos um dos assinalados com asterisco, existe desidratação grave
Tratamento	Plano A Tratamento domiciliar	Plano B Terapia de reidratação oral no serviço de saúde	Plano C Terapia de reidratação parenteral

1 – Para avaliar o enchimento capilar, a mão da criança deve ser mantida fechada e comprimida por 15 segundos. Abrir a mão da criança e observar o tempo no qual a coloração da palma da mão volta ao normal. A avaliação da perfusão periférica é muito importante, principalmente em desnutridos nos quais a avaliação dos outros sinais de desidratação é muito difícil.