DIARREIAS AGUDAS

* **Definição:**

Ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas nas últimas 24 horas.

* **Classificação:**

De acordo com a OMS pode ser classificada em três categorias:

Diarreia aguda aquosa: diarreia que pode durar até 14 dias e determina perda de grande volume de fluídos e pode causar desidratação. Na maioria dos casos causada por vírus e bactérias.

Diarreia aguda com sangue (disenteria): caracterizada pela presença de sangue nas fezes. Representa lesão na mucosa intestinal. Principal causador bactérias do gênero Shigella.

Diarreia persistente: quando a diarreia aguda se estende por 14 dias ou mais. Pode provocar desnutrição e desidratação. Constituem um grupo com alto risco de complicações e elevada mortalidade.

* **Fatores de Risco:**

Tenra idade, deficiência imunológica, sarampo, desnutrição, ausência de aleitamento materno, deficiência de vitamina A e zinco.

* **Características da Diarreia Aguda:**

Início abrupto, geralmente infeccioso, autolimitado, aumento no volume e/ou frequência da evacuação, com perda de água e eletrólitos.

CAUSAS:

**Vírus** – rotavírus, coronavírus, adenovírus,calicivírus, astrovírus.

**Bactérias** – E coli enteropatogênica, clássica, enterotoxigênica, enterohemorrágica, enteroinvasiva, Salmonella, Shigella, etc.

**Parasitos** – Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Isospora, criptospodium

**Fungos** – Candida albicans

**Alimentares** – APLV, deficiência de lactase, uso de laxantes, antibióticos, etc.

* **Avaliação Clínica:**

Perda de peso < 5% = desidratação leve

Perda de peso 5% a 10% = desidratação moderada

Perda de peso > 10% = desidratação grave

Avaliação do estado de hidratação para crianças com doença diarreica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBSERVAR** | **A** | **B** | **C** |
| Condição | Bem alerta | Irritado, tranquilo | 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 dois segundos) |
| Pulso | Cheio | Rápido, débil | Muito débil ou ausente\* |
| Enchimento capilar | 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 |

* **Tratamento:**

Plano A – Prevenção da desidratação no domicílio

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

**Oferecer ou ingerir mais líquido que o habitual para prevenir a desidratação:**

O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou solução de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica.

Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco;

**Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição:**

Continuar o aleitamento materno.

Manter a alimentação habitual para as crianças e os adultos.

**Se o paciente não melhorar em dois dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo, levá-lo imediatamente ao serviço de saúde:**

|  |  |
| --- | --- |
| SINAIS DE PERIGO |  |
| Piora na diarreia | Recusa de alimentos |
| Vômitos repetidos | Sangue nas fezes |
| Muita sede | Diminuição na diurese |

**Orientar o paciente ou acompanhante para:**

Reconhecer os sinais de desidratação.

Preparar e administrar a solução de reidratação oral.

Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

**Administrar zinco uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias:**

Até seis meses de idade: 10 mg/dia.

Maiores de seis meses de idade: 20 mg/dia.

|  |  |
| --- | --- |
| IDADE | Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após cada evacuação diarreica |
| Menores de 1 ano | 50-100mL |
| De 1 a 10 anos | 100-200mL |
| Maiores de 10 anos | Quantidade que o paciente aceitar |

Plano B – Para evitar a desidratação por via oral na unidade de saúde:

**Administrar solução de reidratação oral (SRO):**

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.

**Durante a reidratação reavaliar o paciente seguindo os sinais indicados no quadro de avaliação do estado de hidratação.**

Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.

Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).

Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.

**Durante a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde, orientar a:**

Reconhecer os sinais de desidratação.

Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.

Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

O Plano B deve ser realizado na unidade de saúde

Os pacientes deverão permanecer na unidade de saúde até a reidratação completa e reinício da alimentação

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 (EXPANSÃO) – MENORES DE 5 ANOS** | | | | |
| SOLUÇÃO | VOLUME | | TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO | |
| Soro fisiológico a 0,9% | Iniciar com 20mL/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada. | | 30 minutos | |
| Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10mL/kg de peso. | |
| **FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – MAIORES DE 5 ANOS** | | | | |
| SOLUÇÃO | VOLUME TOTAL | TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO | | |
| 1º Soro Fisiológico a 0,9% | 30mL/kg | 30 minutos | | |
| 2º Ringer Lactato | 70mL/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 10kg | | | 100mL/kg |
| Peso de 10 a 20kg | | | 1000mL + 50mL/kg de peso que exceder 10kg |
| Peso acima de 20kg | | | 1500mL + 20mL/kg de peso que exceder 20kg |
| Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição) | Iniciar com 50mL/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente. | | | |
| KCI a 10% | 2mL para cada 100mL de solução da fase de manutenção. | | | |

Avaliar o paciente continuamente. Se não houver melhora da desidratação, aumentar a velocidade de infusão.

* Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação venosa.
* Interromper a reidratação 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.
* Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento.
* Observar o paciente por pelo menos seis (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.

CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR;

Desidratação grave;

Não reversão da desidratação após 2 horas de TRO;

Choque hipovolêmico;

Contra indicação de hidratação oral (íleo paralítico,abdome agudo, alteração do estado de consciência ou convulsões).

Vômitos biliosos ou de difícil controle;

Falta de condições satisfatórias para tratamento domiciliar ou acompanhamento ambulatorial

QUANDO SUSPEITAR DIARREIA BACTERIANA:

Diarreia com sangue (disenteria), febre, início abrupto, queda do estado geral > 8 evacuações dia, fezes explosivas. Disenteria pensar em Shigella;

A investigação da etiologia da diarreia aguda deve ser realizada nos casos graves e nos pacientes hospitalizados.

Antibióticos: restrito aos pacientes com disenteria, na cólera, imunossuprimidos, anemia falciforme, portador de próteses, infecção aguda por Giardia Lamblia ou Entamoeba hystolica e sinais de disseminação bacteriana extra intestinal.

Na suspeita de infecção bacteriana iniciar com os antibióticos:

Pacientes graves, em HV: ceftriaxona, 70mg/kg, de 24/24h, IV, por 5 dias.

Pacientes com colite não-complicada: metronidazol, 20 mg/kg/dia, de 8/8h, VO, por 5 dias.

Obs; Se for necessário internar o paciente no pronto socorro com hidratação venosa solicitar os exames iniciais: HC, eletrólitos, coprocultura + antibiograma

* **Outras Medicações Auxiliares:**

Zinco: < 6 meses 10 mg. > 6 meses 20 mg. durante 10 a 14 dias

Vitamina A: administrada em população com risco de deficiência de vitamina A.

Antieméticos: ondansetrona 0,1mg/kg/dia máximo 4 mg por via oral ou EV. Comprimidos 4 mg e ampola 4mg/2ml.

Probióticos: Lactobacillus reuteri - 5 a 7 dias. Saccharomyces boularddi - 5 a 7 dias.

Racecadotrila sache 1,5 mg/kg 3x dia sache 10 mg e 30 mg, até cessar a diarreia.

* **REFERÊNCIAS:**

1. Diarreia aguda. Diagnóstico e tratamento SBP, Guia prático de atualização nº1 março de 2017.
2. Joseph W. St. Geme III MD, Richard E.Behrman MD. Gastroenterite aguda em crianças. Nelson Tratado de Pediatria 2014; 332:4558-93.
3. Leão E. Diarreia aguda, desidratação e reidratação. Pediatria Ambulatorial 2013; 36:379-85. 37:386-90.

Responsável pela elaboração da rotina:Dr. Sérgio Carneiro de Mendonça