

1

**HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS - PMSP**  
**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR**

**PROTOCOLO SOBRE DIARRÉIAS AGUDAS**

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CID10)**

- A09 Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível  
(catarro entérico ou intestinal, colite SOE ou hemorrágica ou séptica, enterite SOE ou hemorrágica ou séptica, gastroenterite SOE ou hemorrágica ou séptica, diarréia SOE ou disentérica ou epidêmica, doença diarréica infecciosa SOE) e
- K52.9 Gastroenterite e colite não infecciosas, não especificadas  
(diarréia SOE, enterite SOE, jejunitis SOE, ileíte SOE e sigmoidite SOE)

**DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS**

- A00 a A08 Doenças infecciosas intestinais
- E86 Depleção de volume  
(depleção de volume do plasma ou do líquido extravascular, desidratação, hipovolemia)
- E87.2 Acidose SOE ou metabólica

**INTRODUÇÃO**

- **Conceito:** Alteração do hábito intestinal por aumento do volume de fezes que se manifesta por aumento no número de evacuações e/ou diminuição da consistência fecal e que ocorre por desequilíbrio entre absorção e secreção de água e eletrólitos na luz intestinal. Sua evolução é potencialmente autolimitada num período não superior a 14 dias.
- **Mecanismos fisiopatológicos:**
  1. Diarréia secretória: aumento de secreção de água e eletrólitos para a luz intestinal.
  2. Diarréia osmótica: presença na luz intestinal de substância(s) osmoticamente ativa(s).
  3. Alteração da motilidade intestinal.
  4. Alteração da superfície absorptiva intestinal.

**Na maioria das vezes, há mais de um mecanismo envolvido na gênese da diarréia aguda.**

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- Aumento do volume das fezes com diminuição de sua consistência e aumento do número de evacuações, que se instala de modo agudo.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- **Diarréia persistente** (prolongada, protraída ou intratável): definida como estado diarréico que se inicia como diarréia aguda e que se prolonga além de duas semanas. Ocorre por perpetuação do agente infeccioso e/ou alterações estruturais do trato digestivo. Acomete, geralmente, crianças com menos de um ano de idade, com perda de peso ou baixo ganho ponderal durante o período de doença.
- **Diarréia crônica:** definida como estado diarréico com duração maior que 30 dias, com predomínio do comprometimento nutricional (perda de massa corpórea levando a desnutrição) e com pouco comprometimento hidro-eletrolítico e/ou cardiocirculatório.

**ANAMNESE**

- \* Duração do quadro; história de possível contágio ou contaminação.
- \* Número de evacuações em 24 horas, volume fecal por evacuação (menor, igual ou maior que o habitual), consistência fecal (semi-pastosa, semi-líquida, líquida), cor das fezes, presença de sangue, pus, muco ou restos alimentares, flatulência.
- \* Aceitação alimentar, tipo de alimentação habitual e em uso, ocorrência de ingestão de alimentos não habituais.
- \* Presença de vômitos: frequência, relação com alimentação (ou tosse), intensidade, conteúdo, resposta a antieméticos.
- \* Presença de dor abdominal: modo de início (súbito ou gradual), localização, característica, intensidade, duração, periodicidade, irradiação, fatores de piora e de melhora.
- \* Presença de distensão abdominal: relação com alimentação e/ou tipo de alimento.
- \* Presença de diurese: quantidade e frequência.
- \* Presença de febre: intensidade, frequência, duração, resposta a antitérmicos.
- \* Presença de outros sintomas e sinais não relacionados ao trato digestivo, como: alterações da atividade, prostração, distúrbios respiratórios.
- \* Uso de medicamentos.
- \* Internação hospitalar nas últimas duas semanas.

- \* Contato com outras pessoas com diarreia ou se tem conhecimento da ocorrência de surto (vários casos iguais) na escola, creche, berçário ou outros ambientes comunitários frequentados pelo paciente. Nestes casos procurar anotar endereço do local, com pontos de referência e telefone, se possível.
- \* Peso anterior ao início da diarreia.

### EXAME FÍSICO

- \* Peso atual com a criança sem roupa (comparar com peso anterior, se possível).
- \* Perfusão periférica (enchimento capilar).
- \* Cor (palidez, icterícia, cianose).
- \* Temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, padrão respiratório.
- \* Atividade espontânea.
- \* Estado de hidratação (hidratado, algum grau de desidratação ou desidratação grave).

Sinais Clínicos	Hidratado	Algum grau de desidratação	Desidratação grave
• Elasticidade da pele	Normal	Diminuído	Muito diminuído
• Turgor do subcutâneo = Sinal da prega	Normal = ausente	Diminuído = desaparece lentamente	Muito diminuído = muito lento
• Mucosas	Úmidas	Secas	Muito secas
• Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
• Lágrimas	Normais	Ausentes	Ausentes
• Fontanela	Normal	Deprimida	Muito deprimida
• Pulsos	Cheios	Finos	Impalpáveis
• Pressão arterial	Normal	Baixa	Muito baixa
• Diurese	Normal	Oligúria	Oligoanúria
• Sensorio	Alerta	Agitado, irritado, com sede	Deprimido, comatoso
• Enchimento capilar*	< 3 segundos	De 3 a 10 segundos	> 10 segundos

- \* O examinador comprime a mão do paciente por 15 segundos e, depois, verifica o tempo para o retorno da circulação.

### SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS, INDICAÇÕES E FREQUÊNCIA

Raramente há necessidade de solicitar exames subsidiários na abordagem inicial das diarreias agudas, como os a seguir:

Exame diagnóstico	Indicação	Frequência
• Pesquisa de Rotavírus nas fezes	Febre, sintomas de IVAS atual ou progresso, vômitos persistentes.	Uma vez.
• Coprocultura com antibiograma	Febre, toxemia e presença de sangue ou muco nas fezes. Diarreia por + de 4 dias ou > 10 x ao dia.	Uma vez.
• pH e substâncias redutoras nas fezes	Fezes líquidas abundantes, com distensão abdominal pós-prandial, com cheiro ácido.	Uma vez e 12 horas ou mais após cada alteração de dieta, se ocorrer.
• Sódio e cloro nas fezes	Fezes líquidas, abundantes e frequentes, com distúrbio hidroeletrólítico de difícil controle.	Uma vez ao dia em fezes de 24 horas para balanço hídrico, até estabilidade hidroeletrólítica.
• Protoparasitológico	Suspeita de parasitose intestinal.	Uma vez (3 amostras).
• Hemograma com VHS	Febre, toxemia, suspeita de anemia.	Uma vez após correção da desidratação.
• Gasometria, ionograma (Na <sup>+</sup> , K <sup>+</sup> , Cl <sup>-</sup> ) e glicemia	Desidratação grave.	Após cada intervenção terapêutica para correção do distúrbio, se necessário.
• Uréia e creatinina sanguíneas, sódio e uréia urinários e depuração (clearance) da creatinina	Desidratação grave. Suspeita de insuficiência renal.	Após cada intervenção terapêutica para correção do distúrbio, se necessário.

### CONDUTA

Tipo de intervenção terapêutica	Indicação/duração/freqüência
<b>Diarréia aguda sem desidratação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratação Oral: água e líquidos habituais e mais o SRO da OMS com 90 mEq de sódio/L, 20 mEq de potássio/L, 20 a 30 % dos ânions na forma de base (acetato, bicarbonato, citrato ou lactato) e o restante na forma de cloreto, com glicose entre 2 e 2,5% após cada evacuação diarreica, intercalado com outros líquidos por via oral, como leite materno, água, chás ou suco de frutas coado.</li> <li>• Alimentação: dieta para idade (ver anexo).</li> <li>• Antiemético: se possível, evitá-los, pois a sonolência pode prejudicar a hidratação por via oral.</li> <li>• Antitérmico: indicações e doses habituais.</li> </ul>
<b>Diarréia aguda com desidratação leve ou moderada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de Reidratação Oral (TRO): com soro contendo 90 mEq de sódio/L de solução, 20 mEq de potássio/L, 20 a 30 % dos ânions na forma de base (acetato, bicarbonato, citrato ou lactato) e o restante na forma de cloreto, com glicose entre 2 e 2,5%, por VO, em pequenos volumes mas com grande freqüência, se houver vômitos, e com livre demanda, se não estiver vomitando, até o desaparecimento dos sinais de desidratação (cerca de 40 a 60 ml/Kg em 4 horas). Se em aleitamento, intercalar o seio materno com o SRO.</li> <li>• Avaliar a eficácia da TRO pela % de retenção de hora em hora = (Ganho de peso/Volume ingerido) x 100. Se após 2 hs de TRO, a % retenção for &lt; 30%, indicar hidratação parenteral.</li> <li>• Recusa da TRO: Usar soro de reidratação por sonda naso-gástrica: 20 a 30 ml/Kg/hora.</li> <li>• Quando paciente estiver hidratado: proceder como na diarréia aguda sem desidratação.</li> <li>• Hidratação parenteral: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indicações: - vômitos persistente - % retenção da TRO &lt; 30% - distensão abdominal intensa - outras indicações de acesso venoso</li> <li>▪ Fase de reparação: SF e SG em partes iguais – 50 ml/Kg/hora até ficar sem sinais de desidratação e com diurese franca.</li> <li>▪ Fase de manutenção: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ volume: 100mL/100Kcal necessárias/dia</li> <li>○ Necessidade calórica: 100 Kcal/Kg até 10 Kg + 50 Kcal/Kg entre 10 e 20 Kg + 20 Kcal/Kg &gt; 20 Kg.</li> <li>○ glicose: 5 mg/100Kcal/min (~8%)</li> <li>○ sódio: 3 mEq/L de solução</li> <li>○ potássio: 2,5 mEq/L de solução.</li> </ul> </li> <li>▪ Fase de reposição: SF e SG em partes iguais <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Volume: iniciar com 50 ml/Kg/dia e aumentar, se necessário</li> <li>○ potássio: 20 a 40 mEq/L de solução.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Alimentação: reintroduzir logo após o término da reidratação, como na diarréia aguda sem desidratação.</li> <li>• Antiemético: se possível, evitá-los, mas, se necessário, usar nas doses habituais.</li> <li>• Antitérmico: indicações e doses habituais.</li> </ul>

<b>Diarréia aguda com desidratação grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratação parenteral: <ul style="list-style-type: none"> <li>- em menores de 5 anos: SF e SG em partes iguais – 50 ml/Kg/hora até ficar sem sinais de desidratação e com diurese franca.</li> <li>- em crianças maiores: SF – 20 ml/Kg em 20 minutos e repetir até obter boa perfusão periférica (enchimento capilar &lt; 3 segundos).</li> </ul> </li> <li>• Monitorizar glicemia: corrigir hipoglicemia, se existente: glicose a 10% - 2 ml/Kg em 10 min.</li> <li>• Corrigir acidose metabólica se pH &lt; 7,1 e <math>\text{HCO}_3^- &lt; 10\text{mEq/l}</math>:  <math>\text{mEq de NaHCO}_3 = (15 - \text{HCO}_3^-) \times 0,3 \times \text{peso em Kg}</math>, IV, em 2 horas.</li> <li>• Corrigir distúrbios do sódio e potássio, se existentes</li> <li>• Antimicrobianos raramente são indicados.</li> <li>• Antitérmicos e Antieméticos: doses e indicações habituais.</li> </ul>
<b>Antibioticoterapia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar o uso em: anemia falciforme; desnutrição grave; doenças debilitantes; foco extra-intestinal; imunodepressão; recém-nascidos, suspeita de sepse.</li> <li>• Indicações: diarréia por protozoários, <i>Shigella</i> e <i>Vibrio cholerae</i>. Nas diarréias por <i>Salmonella</i> e <i>Escherichia coli</i> enteroinvasiva se há suspeita de sepse, em recém-nascidos e em portadores de doenças debilitantes e imunodepressoras. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Shigella sp</i>:  em lactentes: Ceftriaxona – 50 mg/Kg/dia, IM ou EV, 1x/dia, 5 dias  em crianças maiores: Ácido Nalidíxico – 50 a 60 mg/Kg/dia, 6/6 hs.</li> <li>○ <i>Escherichia coli</i> enteroinvasiva,:  lactentes: Ceftriaxona – 50 mg/Kg/dia, IM ou EV, 1x/dia, 3 a 5 dias  crianças: Sulfametoxazol/trimetopim – 5 mg de trimetopim/Kg/dia, 12/12 hs, VO, 5 dias e, nos casos graves, Ceftriaxona (como acima)</li> <li>○ <i>Vibrio cholerae</i>: Sulfametoxazol/trimetopim – 5 mg de trimetopim/Kg/dia, 12/12 hs, VO, 5 dias (em maiores de 10 anos: Tetraciclina – 30 a 60 mg/Kg/dia, VO, 6/6 hs, 3 dias)</li> <li>○ Protozoários:  <i>Giardia lamblia</i>: Metronidazol – 15 a 30 mg/Kg/dia, 12/12 hs, VO; 5 dias  <i>Entamoeba histlytica</i>: Metronidazol – 15 a 30 mg/Kg/dia, 12/12 hs, VO; 10 dias  <i>Criptosporidium</i>: Espiramicina – 50 a 75 mg/Kg/dia, 6/6 hs, VO, 4 semanas  <i>Isospora belli</i>: Sulfametoxazol/trimetopim – 5 mg de trimetopim/Kg/dia, 12/12 hs, VO, 5 dias.</li> </ul> </li> </ul>

<b>Serviços e instalações</b>	<b>Indicação / nº estimado de dias</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de observação do PS</li> <li>• Enfermaria (precauções de contato)</li> <li>• UTIP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desidratação leve e moderada - até 12 horas</li> <li>• Desidratação moderada - cerca de 5 dias</li> <li>• Desidratação grave - cerca de 2 dias</li> </ul>
<b>Avaliações específicas</b>	<b>Profissional / frequência</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitação alimentar, náuseas, vômitos, fezes (nº, aspecto e volume), diurese, sinais vitais, peso</li> <li>• Estado de hidratação, % de retenção da TRO e condição hemodinâmica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermagem e médicos - hora/hora a 1x ao dia, conforme necessidades do paciente.</li> <li>• Médicos - hora/hora a 1x ao dia, conforme necessidades do paciente.</li> </ul>
<b>Apoio nutricional</b>	<b>Indicação / frequência / duração</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta leve própria para a idade</li> <li>• Restrições específicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assim que estiver hidratado.</li> <li>• Se houver deficiências enzimáticas (triagem a partir do pH e substâncias redutoras nas fezes).</li> </ul>
<b>Notificações / a quem</b>	<b>Quando / como</b>
Sim / Vigilância Epidemiológica através do SCHI.	Se na vigência de surto (ver anamnese) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente externo: Anotar na FO e encaminhá-la separadamente ao SAME, que comunicará o SCIH.</li> <li>• Paciente internado: comunicar o SCHI.</li> </ul>

## CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA HOSPITALAR

ADMISSÃO	ALTA
* Vômitos persistentes	* Ausência de vômitos
* Incapacidade de ingerir líquidos	* Ausência de sinais clínicos de desidratação
* Persistência de distúrbios hidro-eletrolíticos e ácido-básicos após abordagem inicial	* Paciente mantém-se clinicamente hidratado por via oral, com boa aceitação alimentar
* Suspeita de infecção com toxemia	

#### CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA DE CTI/SEMI - INTENSIVA

ADMISSÃO	ALTA
* Toxemia e desidratação grave	* Estabilidade hemodinâmica
* Má perfusão periférica (enchimento capilar > 5 seg)	* Ausência de toxemia
* Sinais de choque ou desconforto respiratório	* Ausência de desconforto respiratório
* Distúrbio hidro-eletrolítico ou ácido-básico de difícil controle	* Estabilidade hidroeletrólítica e ácido básica

#### EDUCAÇÃO DO PACIENTE – RECOMENDAÇÕES DURANTE O TRATAMENTO

Ver adiante: “**Instruções ao paciente pós alta**”.

- Tranqüilizar os acompanhantes quanto à evolução benigna da maioria dos casos de modo que eles transmitam tal segurança e tranqüilidade ao paciente.
- Esclarecer quanto à não necessidade de medicação específica para a diarreia.
- Orientar a importância da TRO pelas seguintes razões:
  - \* maior segurança da reidratação oral em relação à administração parenteral de líquidos que tem os riscos de hiperidratação, infecção ou fenômeno tromboembólico;
  - \* a sede regula a ingestão hídrica;
  - \* é menos dolorosa e emocionalmente menos traumática;
  - \* tem impacto nutricional positivo.
- Solicitar aos acompanhantes ajuda na avaliação da aceitação da TRO e alimentar, náuseas, vômitos, fezes (nº, aspecto e volume) e diurese.

#### INSTRUÇÕES AO PACIENTE PÓS-ALTA

Tipo	Instruções
<b>Informações</b>	<p>Diarréia aguda é um processo de eliminação de fezes aquosas ou amolecidas, em grande quantidade ou em maior número de vezes. A diarréia pode ser causada por uma infecção viral ou bacteriana e pode ser acompanhada de vômitos e febre baixa.</p> <p>Na maioria das vezes, a diarréia é uma doença auto-limitada (cura-se espontaneamente em 2 a 14 dias) e não requer tratamento específico, bastando repor a quantidade de líquidos perdida em excesso através das fezes.</p> <p>Lavar as mãos cuidadosamente antes e depois de manipular a criança e antes de preparar alimentos.</p>
<b>Dieta</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dar soro de hidratação oral enquanto apresentar diarréia, em pequenos volumes mas com grande frequência, se houver vômitos, e o quanto aceitar, se não estiver vomitando. Intercalar com a oferta de outros líquidos, como leite materno, água, chás ou suco de frutas coado.</li> <li>2. Quando não houver vômitos, oferecer alimentação adequada para a idade, sem forçar.           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer devagar, mastigando bem os alimentos.</li> <li>• Fazer as refeições em ambiente tranqüilo, reservando um horário somente para esta atividade.</li> <li>• Fracionar as refeições em 5 ou 6 por dia, com intervalos de 3 a 4 horas entre elas.</li> <li>• A ingestão de líquidos deve ser 50% maior que a habitual (incluindo a oferta de soro de hidratação oral quando indicado pelo médico), enquanto durar a diarréia.</li> <li>• Procure fazer sempre uma alimentação variada, pois não existe nenhum alimento que, sozinho, contenha todos os nutrientes necessários ao organismo.</li> </ul> </li> </ol>
<b>Atividade Física</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. A criança costuma limitar espontaneamente suas atividades.</li> <li>4. É aconselhável que a criança permaneça afastada de ambientes comunitários até ficar 24 horas sem diarréia, para evitar o contágio dos seus companheiros.</li> </ol>

<b>Medicamentos</b>	5. Não se deve usar nenhum medicamento para diarreia, sem consultar um médico, devido ao grande número de efeitos indesejáveis e riscos de intoxicações.
<b>Exames e controles</b>	6. Medir a temperatura da criança 3 a 4 vezes ao dia.
<b>Reavaliação/Emergência</b>	<p>RETORNAR SE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A febre alta durar mais de 72 horas.</li> <li>2. Os vômitos continuarem mais de 24 horas.</li> <li>3. A diarreia durar mais de 5 dias.</li> </ol> <p>RETORNAR IMEDIATAMENTE SE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diarreia ou vômitos aumentarem ou aparecer sangue ou catarro nas fezes.</li> <li>2. Não aceitar ou tolerar líquidos em Quantidade suficiente e apresentar sinais de desidratação, como: boca seca, choro sem lágrimas, pele seca, diminuição da quantidade de urina, fontanela (“moleira”) deprimida, irritabilidade.</li> <li>3. Apresentar distensão abdominal (barriga “estufada” e dura).</li> </ol>

#### ABREVIATURAS EXPLICATIVAS USADAS:

TRO = Terapia de Reidratação Oral

SF = Soro fisiológico = Cloreto de Sódio a 0,9%

SG = Solução de glicose a 5%

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON NUTRITION: Terapia de reidratação oral e realimentação após tratamento de uma enterite. In: BARNES, L.A. (Ed.): **Manual de Nutrição Pediátrica, 3ª Edição, Cap. 23**. São Paulo, Pharmapress, 1993, p 220-226 e p. 426.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON NUTRITION: Use of oral fluid therapy and post treatment feeding following enteritis in children in a developed country. **Pediatrics, 75**: 358-361, 1985.
- CARVALHO, ES; CARVALHO, WB: **Terapêutica e Prática Pediátrica, 2ª ed.**, São Paulo, Atheneu, 2000.
- FORD, DM: Fluid, Electrolyte, & Acid-Base Disorders & Therapy. In: HAY, WW; HAYWARD, AR; LEVIN, MJ; SONDEHEIMER, JM (Eds.): **Current Pediatric Diagnosis & Treatment, 14<sup>th</sup> ed.**. Stamford, Appleton & Lange, 1999, p. 1109-1117.
- OGLE, JW: Infections: Bacterial & Spirochetal. In: HAY, WW; HAYWARD, AR; LEVIN, MJ; SONDEHEIMER, JM (Eds.): **Current Pediatric Diagnosis & Treatment, 14<sup>th</sup> ed.**. Stamford, Appleton & Lange, 1999, p. 1006-1061.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: Recent advances in research of feeding and after acute diarrhea. **Report of the Scientific Working Group on Drug Development and Management of Acute Diarrhea**. Genebra: Programa CDD da OMS; outubro de 1985; CDD/DDM/85.2.
- PRADO, FC; RAMOS, JA; VALE, JR: **Atualização terapêutica – Manual Prático de Diagnóstico e Terapêutica**. São Paulo, Artes Médicas, 1995.
- SILVA, PSL: Gastroenterocolite aguda. In: CARVALHO, W.B.; SOUZA, N.; SOUZA, R.L. (Ed.): **Emergência e Terapia Intensiva Pediátrica**. São Paulo, Atheneu, 1997, p. 297-300.
- TORELLI, E; FREIRE, L: **Doenças Infeciosas na Infância e Adolescência, 2ª ed.**, São Paulo, Ed.Méd. e Cient., 2000.
- WEINBERG, A; LEVIN, MJ: Infections: Parasitic & Micotic. In: HAY, W.W.; HAYWARD, AR; LEVIN, MJ; SONDEHEIMER, JM (Eds.): **Current Pediatric Diagnosis & Treatment, 14<sup>th</sup> ed.**. Stamford, Appleton & Lange, 1999, p. 1062 - 1095.