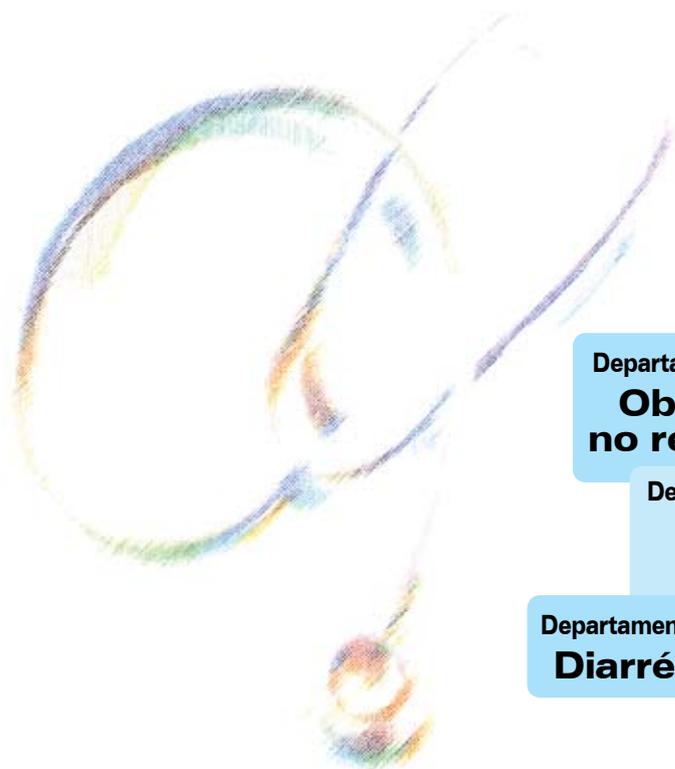


recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **36**

Departamentos Científicos da SPSP,
gestão 2007-2009.



Departamento de Neonatologia
**Obstrução nasal
no recém-nascido**

Departamento de Adolescência
**Minhas dúvidas
sobre o HPV**

Departamento de Gastroenterologia
Diarréia persistente



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Diarréia persistente

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1988 a diarréia persistente (DP) como uma síndrome clínica, que ocorre na criança após um episódio de diarréia aguda, de etiologia presu-

velmente infecciosa, que se prolonga de modo não habitual, de forma intermitente ou contínua por mais de 14 dias, que acarreta grave comprometimento nutricional, além de alta morbidade e mortalidade.

Fatores de risco para desenvolvimento de DP

- ▶ Hospedeiro
 - Idade < 1 ano
 - Baixo peso ao nascimento
 - Desnutrição
 - Deficiência imunológica
- ▶ Infecções prévias
 - Gastroenterocolite prévia recente
 - Diarréia persistente prévia
- ▶ Hábito alimentar anterior à diarréia
 - Aleitamento materno ausente
 - Desmame precoce
 - Introdução recente de leite de vaca
- ▶ Microrganismos isolados
 - E. coli* enteropatogênica
 - E. coli* enteroaderente
 - Cryptosporidium spp*
 - Rotavírus
- ▶ Drogas utilizadas durante a diarréia aguda
 - Metronidazol
 - Antibióticos
 - Agentes anti-secretores e antimotilidade
- ▶ Prática alimentar durante a diarréia aguda
 - Jejum
 - Aleitamento artificial
- ▶ Escolaridade materna

Autora:

Izaura G. Ramos Assumpção

DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA

Gestão 2007-2009

Presidente:

Mauro Sérgio Toporovski

Vice-Presidente:

Eraldo Samogin Fiore

Secretário:

Vera Lúcia Sdepanian

Membros:

Adriano de Castro Filho,

Ana Maria Magni,

Ceres Concilio Romaldini,

Cesar Augusto Lunardi,

Clóvis Duarte Costa,

Dorina Barbieri, Eliana Vidolin,

Gilda Porta, Helga Verena L. Maffei,

Izaura G. Ramos Assumpção,

José Espin Neto,

Liliane Maria Salgado de Castro,

Lívia Carvalho Galvão,

Luiz Henrique Hercowitz,

Maraci Rodrigues,

Maria Fernanda M. D'Amico,

Maria Inez M. Fernandes,

Maria Teresa T. Alves,

Mauro Batista de Moraes,

Nancy T. B. Cordovani,

Ramiro Anthero de Azevedo,

Regina Savamura,

Renata Alessandra Cazzaniga,

Rosa Helena M. Bigelli,

Silvio Kazuo Ogata, Soraia Tahan,

Soraya Goshima,

Ulysses Fagundes Neto,

Yu Kar Ling Koda.

Fisiopatologia

Os mecanismos fisiopatológicos da DP são múltiplos e bastante complexos, mas estão basicamente relacionados a duas condições: persistência de fatores que agravam ou perpetuam a lesão da mucosa e incapacidade desta mucosa em se regenerar e estão sintetizados no Quadro 1.

Quadro clínico

A criança com diarréia persistente, em geral, é um lactente jovem, com desmame precoce ou sem aleitamento materno, que apresenta diarréia de longa duração, com inúmeras evacuações diárias, líquidas, esverdeadas, às vezes com muco e sangue e que lesam facilmente a pele do períneo. O estado nutricional é freqüentemente bastante comprometido, dependendo do estado nutricional prévio e do tempo de duração da diarréia. A septicemia é encontrada em 20 a 35% dos casos. Múltiplas internações e manipulações dietéticas são comuns. Apesar da diarréia, a criança pode estar hidratada e poderá ser tratada em casa. De todo modo, constituem critérios de internação a idade inferior a 4

meses, a desidratação, desnutrição grave e a presença de infecção sistêmica.

Exames complementares

Não existe nenhum exame específico para o diagnóstico de DP. A avaliação deve ser direcionada, para detecção dos distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos, que serão corrigidos, além da presença de anemia e infecção. A coprocultura e a pesquisa de vírus nem sempre são positivos, pois na maioria das vezes o enteropatógeno já foi clareado. Hemoculturas para crianças com sinais clínicos de septicemia são valiosas para direcionar a antibioticoterapia específica.

As provas de absorção de dissacárides, monossacárides e gordura não estão indicadas, tanto pelo comprometimento do estado geral, como pelo resultado óbvio de má absorção. Alergia à proteína do leite de vaca é comum e também não requer exames. O manuseio dietético pode ser utilizado para esse fim. Importante é ressaltar que as crianças com DP já são vítimas de excessivas manipulações inadequadas. Desta

forma, os exames devem ser restritos àqueles essenciais à manutenção da vida.

Tratamento

► Restauração do equilíbrio hidroeletrolítico

A terapia de reidratação oral é a primeira opção. A reposição endovenosa está indicada nos casos em que a via oral não é suficiente ou correções de distúrbios metabólicos e de eletrólitos estejam indicadas.

► Terapia nutricional

Entende-se como terapia tanto o uso da dieta mais adequada em função da lesão de mucosa, como também a manutenção ou recuperação nutricional. A compreensão da fisiopatologia da DP é que vai nortear o manejo dietético.

O aleitamento materno deve ser mantido e encorajado. A retirada do leite de vaca está indicada, pela intolerância à lactose decorrente da lesão da mucosa. Opções ao leite de vaca: leite humano e leites isentos de lactose. A diluição do leite não tem indicação. A alergia à proteína do leite de vaca também é frequente e, nestes casos, as opções são as fórmulas à base de proteína de soja para

maiores de 6 meses de idade e os hidrolisados protéicos para menores de 6 meses.

A nutrição parenteral está indicada somente nos pacientes com intolerâncias múltiplas e/ou naqueles casos em que a oferta oral não esteja suprindo a calórica almejada.

É importante salientar que, mesmo com o tratamento adequado, o número de evacuações diárias demora a diminuir, em função também do reflexo gastrocólico exacerbado nestas crianças. Desta forma, os parâmetros para avaliação de eficácia terapêutica deverão ser a melhora do estado geral, a manutenção do estado de hidratação e o ganho de peso.

A OMS preconiza o uso de suplemento de vitamina A, ácido fólico e zinco, no dobro da dose diária recomendada, por 2 a 3 semanas, nas crianças com desnutrição grave.

Terapêutica medicamentosa

Antimicrobianos não estão indicados rotineiramente, nem de modo profilático. Há indicação de antibioticoterapia para as crianças com

nutrição grave, imunodeprimidas ou imunossuprimidas com infecção comprovada, e dirigidas ao agente infeccioso etiológico. A parasitose intestinal deve ser tratada quando presente, não existindo indicação de teste terapêutico com antiparasitários.

Os fármacos anti-secretores, absorventes ou inibidores do peristaltismo são contraindicados.

Profilaxia

Incentivo ao aleitamento materno, educação e melhoria das condições higiênicas.

Quadro 1: Mecanismos fisiopatológicos da DP

