

GASTROENTERITE

Data de aceite: 02/10/2023

Nataly Macedo Torrente

<https://orcid.org/0000-0003-4042-6041>

INTRODUÇÃO

Gastroenterite aguda (GEA) é consequência da presença de um agente infeccioso no trato gastrointestinal que pode ser vírus, fungos, protozoários ou bactérias. Sendo que a infecção viral é o quadro mais recorrente e se apresenta de forma autolimitada. É uma doença que pode ser tratada ao nível da atenção primária em saúde (APS) a fim de evitar futuras internações. Em decorrência desse quadro infeccioso a diarreia é o sinal mais comum e pode ser ou não precedida de episódios de náuseas, dor abdominal, vômitos e febre.

Atualmente, a gastroenterite aguda causou mais de 218 mil internações no ano de 2017, sendo que 36% dos casos acometeram crianças menores de cinco anos. Desta forma, pode-se concluir que é uma patologia de alta incidência na

pediatria. Ademais, além do fator idade pode-se relacionar a contaminação ao acesso a saneamento básico e aos serviços básicos à saúde uma vez que lugares com melhores condições de vida possuem índices inferiores de casos.

O principal sintoma da GEA, a diarreia, é de início agudo e autolimitada, com duração menor inferior a 2 semanas, com etiologia infecciosa e com aumento do volume e frequência de evacuações. Diante disso, é indispensável identificar a presença de sinais de alarme do quadro, observando a perda hídrica para classificar o grau de desidratação do paciente.

Esta patologia possui dois mecanismos principais: o secretor, consiste na liberação de mediadores químicos produzidos pelo agente infeccioso bacteriano que levará a uma diarreia secretora com perda de sódio podendo evoluir a um quadro de hiponatremia com alto volume de perda de líquido; e o mecanismo fisiopatológico de uma diarreia osmótica desencadeada por um processo inflamatório promovendo uma

alta liberação de água e sais minerais para a luz intestinal possibilitando a um quadro de desidratação.

Ao exame físico é imprescindível ser minucioso e pesquisar sinais e sintomas como presença ou ausência de lágrimas, nível de consciência, avidez por líquidos, recusa alimentar, vômitos repetidos, presença de muco ou sangue nas evacuações, febre, aumento de sede e diminuição da diurese são necessários identificar para poder estabelecer o plano de reposição volêmica. Além disso, alguns sinais de alarme do quadro como alteração do padrão respiratório, taquicardia, diminuição do tempo de enchimento capilar, extremidades frias, estado das fontanelas e ausência de saliva podem estar presentes. Desta forma, com base nessa avaliação física irá fundamentar o tratamento.

Palavras-chave: Gastroenterite; Pediatria; Emergência.

Epidemiologia

O meio de propagação de GEA está relacionado a cobertura da rede de esgoto e seu respectivo tratamento, quando feito de forma inadequada acarreta em poluição hídrica e, conseqüentemente, ao aumento da mortalidade por diarreia. Além disso, as equipes de saúde da família possuem papel fundamental também para a prevenção e tratamento dessa patologia, realizando a orientação da população quanto aos cuidados necessários com a saúde e a higiene pessoal. Logo, regiões que possuem baixa cobertura por essas equipes também estão mais propensas a alta incidência de casos.

Desta forma, uma análise feita entre o período de 2012 a 2020 calculou a média percentual de mortes, sendo assim 3789,11 mortes no Brasil. Aprofundando nos dados coletados é possível ressaltar diferenças significantes entres as regiões brasileiras, sendo os percentuais médios: região sul, 11,5%; região sudeste, 33,6%; região centro-oeste 6,6%; região nordeste 38,6% e região norte 9,6%. A partir desses dados é possível identificar a região nordeste e sul com os maiores percentuais que são resultados respectivamente de uma condição precária sanitária e de uma aglomeração populacional que desencadeia maior suscetibilidade a infecções.

Quando analisada a incidência de casos nas faixas etárias é possível identificar que durante o período de 2012 a 2020 as crianças menores de 1 ano de idade e idosos com 50 anos ou mais são os mais acometidos pela mortalidade proporcional por diarreia. Em crianças menores de 1 ano de idade justifica-se essa alta taxa de mortalidade devido a imaturidade do sistema imunológico da criança que ainda é incapaz de combater de maneira eficaz os patógenos extrauterinos, ficando assim mais suscetível a infecções. Ademais, uma criança nessa faixa etária está mais propensa a desidratação e desnutrição pela menor taxa de água corporal total.

A alta taxa de mortalidade em idoso por diarreia se deve ao déficit das funções sensoriais do sistema nervoso que controla o balanço hídrico no corpo. Conjuntamente,

possuem fatores de envelhecimento que predispõe esses idosos a desidratação como a perda de massa muscular, demência, síndrome da fragilidade, queda da função renal e o uso de diuréticos.

É notável as reduções referentes ao número de casos no período de 2012 a 2020, sendo assim observa-se números de redução como: 15,7% na região norte, 24,2% na região nordeste, 22,3% na região centro-oeste, 1,9% na região sudeste e 12,8% na região sul. Essa redução pode ser justificada pela vacinação do rotavírus e com as melhorias de saneamento básico que vem acontecendo com o passar dos anos.

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico, sendo necessário uma anamnese detalhada para identificar a causa e planejar o tratamento mais adequado. O primeiro passo na avaliação desse paciente é obter uma história completa do quadro de diarreia identificando quando e como começou, duração dos sintomas, aspecto das fezes, quantidade e frequência das evacuações, se houve presença de muco, pus ou sangue e sintomas de desidratação (hipotensão ortostática, diminuição da quantidade de urina, sede, taquicardia e diminuição do turgor da pele).

Existem algumas situações em que é necessário solicitar exames complementares. Em caso de sepse grave solicitar hemograma, hemocultura, PCR e coprocultura. Se houver distúrbio hidroeletrólítico ou desidratação grave solicita eletrólitos e exames de função renal. Em paciente menores que 70 anos, imunossuprimidos, presença de comorbidade, dor abdominal refratária, uso recente de antibiótico, temperatura maior que 38,5° C persistente ou hospitalização recente é necessário solicitar presença de rotavírus e adenovírus nas fezes e coprocultura. Exames complementares de imagem devem ser solicitados apenas como auxílio no diagnóstico diferencial.

Tratamento

A avaliação clínica é importante para avaliar o grau de desidratação do paciente e decidir a terapêutica de reidratação adequada. Esta depende de critérios (Tabela 1) como redução do peso, aspecto de pele e mucosas, alteração do pulso e respiração.

Após estabelecido o grau de desidratação podem ser estipulados três planos classificados em A, B e C.

O plano A consiste na reidratação oral realizada a domicílio, oferecendo mais líquidos que o habitual para prevenir desidratação. O paciente pode ingerir líquidos caseiros como água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas ou a solução de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica. Deve-se orientar o paciente a evitar refrigerantes e não adoçar o chá ou o suco. Além disso, o aleitamento materno deve continuar, mas é necessário aumentar a ingestão de líquido pela lactante. Caso o paciente não melhore em dois dias ou

houver piora do quadro deve retornar ao serviço de saúde.

O plano B preconiza tratar a desidratação por via oral na unidade de saúde. Em caso de desidratação leve, perda de 3 a 5% do peso corporal, administrar 50 ml/kg de SRO em 4 horas e reavaliar. Caso seja uma desidratação moderada, perda de 6 a 9% do peso corporal, deve administrar 100 ml/kg em 4 horas e reavaliar.

O plano C é realizado na unidade hospitalar nos casos de desidratação grave e é dividido em duas fases, a fase rápida e a de manutenção. A fase rápida ou de expansão utiliza o soro a 0,9% para expansão volêmica e a administração vai depender da idade do paciente e de seu peso corpóreo (Tabela 2 e 3). A fase de manutenção e reposição leva em consideração o peso anterior a desidratação do paciente, é realizado a administração de soro glicosado a 5% mais soro fisiológico a 0,9% na proporção 4:1 na manutenção. Na reposição administrar soro glicosado a 5% mais soro fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1. Conjuntamente a manutenção e reposição administra KCl a 10% (Tabela 4).

Em casos de etiologia bacteriana é necessário iniciar a antibioticoterapia conjuntamente ao plano de reidratação. No manejo de casos pediátricos é recomendado o uso de Ciprofloxacino, quinolona, para maiores de 15 anos somente devido às alterações ósseas que este apresenta como reação adversa. Para as demais faixas etárias utiliza a Ceftriaxona de 50 a 100 mg/kg intramuscular uma vez ao dia, durante 2 a 5 dias. Além disso, é necessário a orientação de administração de líquidos e manter a alimentação habitual e se houver sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento é necessário retornar ao serviço de saúde caso o tratamento seja domiciliar. Após dois dias de tratamento é necessário reavaliar o paciente.

ETAPAS	A	B	C
OBSERVE			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
EXPLORE			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente*
DECIDA			
	SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um dos destacados com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE			
	USE O PLANO A	USE O PLANO B (pese o paciente)	USE O PLANO C (pese o paciente)

Tabela 1- Avaliação do estado de hidratação do paciente

Fonte: Brasil, 2020

FASE RÁPIDA - MENORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
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.	

Tabela 2 – Terapia de expansão no plano C para menores de 5 anos

Fonte: Brasil, 2020

FASE RÁPIDA - MAIORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30ml/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato ou Solução Polieletrolítica	70ml/kg	2 horas e 30 minutos

Tabela 3- Terapia de expansão no plano C para maiores de 5 anos

Fonte: Brasil, 2020

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.	
KCl a 10%	2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção.	

Tabela 4- Terapia de manutenção e reposição no plano C

Fonte: Brasil, 2020

O que leva o paciente ao PS

O paciente com GEA procura o pronto socorro devido a episódios de diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal em cólica e não localizada e febre. Pode haver muco, pus ou sangue em caso de casos bacterianos. Em quadros de etiologia provável viral irá apresentar uma diarreia aquosa e será confirmada apenas com a pesquisa de vírus Rotavírus, Adenovírus e Norovírus. Ademias, o paciente também pode buscar atendimento devido sinais de desidratação, queixando-se de perda rápida de peso, lentidão e sonolência, aumento da sede e diminuição do volume urinário, sendo esses sintomas consequência de uma diarreia.

Orientações ao paciente do PS

Após o tratamento é recomendado ao paciente alguns manejos e cuidados para melhora efetiva do quadro. Cuidados como ingerir aproximadamente dois litros de líquidos diariamente, diminuir as atividades, evitar a ingestão de café e derivados da cafeína, refrigerantes, leite e seus derivados e evitar alimentos gordurosos, grãos e frutas e verduras cruas até cessar o quadro.

Além disso, deve ser orientado o retorno ao pronto atendimento em caso de persistência do quadro de diarreia por mais de 5 dias, febre e calafrios nas primeiras 48 horas, fezes com muco, pus ou sangue, dor persistente no abdômen, boca seca, sede intensa, diminuição do volume urinário, tontura ou fraquezas e se apresentar náuseas e vômitos persistentes.

REFERÊNCIAS

1. CALEGARE, Cristiane; BERTOLIN, Daniela COMELIS. GASTROENTERITE AGUDA NA INFÂNCIA: REVISÃO DA LITERATURA. Revista Corpus Hippocraticum, v. 2, n. 1, 2021.
2. CAMPOS, Júlia Maria Morena Afonso et al. Gastroenterite aguda em Pacientes Pediátricos. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 5, p. 21569-21576, 2021.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [acessado em 25 de agosto de 2022].
4. FIORENTI, Raísa Dall'Agnol et al. Gastroenterite na infância: diagnóstico e manejo. Acta méd.(Porto Alegre), p. [8]-[8], 2015.
5. ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA. Protocolo Assistencial Pronto do Hospital Hcor: Gastroenterocolite aguda. HCor. 2020. Disponível em: https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/9.-PROTOCOLOS_PRONTO_SOCORRO_GASTROENTEROCOLITE_AGUDA.pdf

6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. 5a ed. Brasília, DF; 2021 [citado em 3 set. 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-emsaude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view.
7. LASCA, Andreia Pinto. Gastroenterite Vírica em Idade Pediátrica. Tese de Doutorado.
8. VERAS, Leonardo Deyvid Lima et al. Diarreia e gastroenterites de origem infecciosa presumível: análise do perfil epidemiológico nas regiões do Brasil no período de 2012 a 2020. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, p. e52711730295-e52711730295, 2022.
9. Lins, J. C. de B (2019). Relação entre saneamento básico e indicadores de saúde: panorama Brasil, Nordeste e Pernambuco.
10. Paiva, R. F. da P. de S., & Souza, M. F. da P. de. (2018). Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(1).