

CAPÍTULO 20

EMERGÊNCIAS ABDOMINAIS

Fernanda Helen Melo da Costa¹

Marcos Brunno Aguiar Monteiro²

A temática de emergências abdominais infantis é extensa com várias patologias associadas, entretanto uma das mais prevalentes no mundo todo é a Diarreia Aguda, provocando altas taxas de hospitalização e morte. Desse modo, é essencial o conhecimento sobre o tema para um diagnóstico e manejo terapêutico adequado.

DIARREIA AGUDA

DEFINIÇÃO

A diarreia aguda é definida pela Organização Mundial da Saúde como 3 ou mais evacuações de fezes amolecidas ou aquosas em 24 horas, entretanto se deve considerar a frequência habitual do padrão intestinal da criança. Este quadro é, em geral, autolimitado com duração média menor que 7 dias, podendo estender-se até 14 dias (SHANKAR E ROSENBAUM, 2020). A doença diarreica aguda pode ser prevenível e também tratada, embora é ainda, em países subdesenvolvidos a segunda causa de morte e uma das mais importantes causas de desnutrição em crianças menores de 5 anos. Mesmo em países de alta renda e bem desenvolvidos, a diarreia continua sendo uma das principais causas de hospitalização de crianças. (SHANKAR E ROSENBAUM, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017)

¹ Graduanda do 4º ano do curso de medicina da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

² Médico pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Especialista em Pediatria pelo Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela - HGE. Professor e preceptor do Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC). Então pediatra do Hospital Maceió – Hapvida, urgência e emergência pediátrica.

FISIOPATOLOGIA

Os processos que envolvem a fisiopatologia da diarreia são diversos, dependendo da etiologia e virulência do microorganismo causador. Em geral, diariamente, são ingeridos cerca de 2 litros de líquido e outros 7 a 9 litros são secretados pelas glândulas salivares, estômago, bile, pâncreas e mucosa intestinal (MONASTERIO, HARTL E HASSELBLAT, 2020). A absorção desses líquidos ocorre principalmente no intestino delgado, de modo que apenas cerca de 2 litros chegam ao intestino grosso. A reabsorção ocorre ainda no cólon, que resulta em um volume de fezes de cerca de 100/200 mL/dia. A diarreia advém de desequilíbrios desse processo (SHANKAR E ROSENBAUM, 2020).

Os mecanismos fisiopatológicos da diarreia aguda podem se sobrepor ou apresentar evolução sequencial com a ocorrência de mais de uma forma clínica. São 4 tipos: mecanismo osmótico, secretor, inflamatório e de alteração da motilidade.

A diarreia por mecanismo osmótico é causada por nutrientes não absorvidos no lúmen intestinal que podem decorrer de seguintes fatores: dano intestinal, redução da superfície absorptiva, redução de enzima digestiva, aumento da velocidade do trânsito intestinal e sobrecarga osmolar. O aumento da osmolaridade luminal pode desencadear os demais fatores, com um consequente dano na mucosa do intestino delgado proximal e diminuição da concentração da enzima lactase no bordo em escova, de modo que a diminui a digestão de lactose e aumenta sua quantidade intestinal. Essa quantidade em excesso de lactose é fermentada por bactérias pertencentes à flora do cólon e origina ácidos graxos de cadeia curta, radicais ácidos, o que são os responsáveis pela dor e distensão abdominal. Essas moléculas são osmoticamente atrativas e provocam o movimento de água do plasma para a luz intestinal e a diminuição da velocidade de absorção de água e eletrólitos, com isso, ocorre uma diarreia do tipo aquosa explosiva (BRANDT, ANTUNES E SILVA, 2015). O mecanismo secretório ocorre a partir da existência de estímulos dos mediadores da secreção, seja por meio de exotoxinas advindas de patógenos bacterianos ou por mediadores da inflamação. Em relação à

diarreia osmótica, a diferença básica é a maior perda de sódio, que pode ultrapassar 70 mEq de sódio por litro de fezes. Ao que se refere ao quadro clínico e à evolução, a diarreia osmótica é interrompida quando o paciente fica em jejum ou já a diarreia secretora continua mesmo quando o paciente para de comer (BALDI et al, 2009; SHANKAR E ROSENBAUM, 2020).

Com relação à inflamação como fator precipitante da diarreia, sabe-se que inflamações na parede intestinal estimulam a secreção de eletrólitos e de muco, e também, a motilidade propulsiva. Esse processo ocorre de forma direta, bem como indiretamente através da mediação do sistema nervoso entérico de mediadores de inflamação que regula as glândulas e a musculatura lisa do intestino (OLIVEIRA, 2003).

A motilidade anormal pode ser consequência dos demais mecanismos citados, assim como de toxinas ou medicamentos que modificam os padrões de motilidade e têm efeitos propulsivos. Desse modo, a ampliação dos volumes intraluminares é estimulada e, por consequência, a motilidade intestinal também, provocando o aumento na velocidade do trânsito intestinal, contribuindo para a diarreia.

ETIOLOGIA

As causas de diarreia aguda podem ser divididas em infecciosas e não infecciosas. Em todo o mundo há prevalência das causas infecciosas que possuem maior gravidade em extremos de idades, em crianças o grupo de maior risco são as menores de 5 anos. Dentre as causas não infecciosas as mais comuns são: alergias, intolerâncias, erros alimentares e medicamentos. Além dessas, deve-se destacar possíveis causas de diarreias com ocorrência desde o nascimento e até período pós-natal, que devem ser avaliadas para possíveis casos de enteropatias congênitas, enterocolite necrosante (NEC) ou anormalidades anatômicas (SHANKAR E ROSENBAUM, 2020).

Ao que se refere às diarreias agudas infecciosas os principais agentes são, respectivamente, os vírus, as bactérias e os protozoários. A transmissão de grande parte desses patógenos ocorre de forma fecal-oral ou pessoa a

pessoa. Os vírus com maior prevalência são os rotavírus, norovírus (calicivírus), astrovírus, coronavírus e adenovírus entérico. Os rotavírus merecem destaque pela sua distribuição universal, atuando como os principais responsáveis por quadros de diarreia aguda. Outro vírus em evidência é o norovírus que atua promovendo surtos epidêmicos de gastroenterites virais. tratado de pediatria

Os casos de diarreias agudas de etiologia bacteriana e parasitária se concentram em países em desenvolvimento. Os agentes bacterianos mais comuns são *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella* e *Escherichia Coli*. Já em relação aos parasitários os que apresentam maior frequência são *Cryptosporidium parvum*, *Giardia intestinalis*, *Entamoeba histolytica* e *Cyclospora cayetanensis* (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Os quadros de diarreia aguda podem apresentar como sinais clínicos, além do aumento do número de evacuações líquidas, febre, vômitos, diminuição ou perda do apetite, oligúria ou anúria, flatulência, distensão abdominal, cólica e náuseas. A presença desses sintomas varia de acordo com a etiologia do caso (SHANKAR E ROSENBAUM, 2020).

DIAGNÓSTICO

Em geral, o diagnóstico da diarreia aguda é feito de forma clínica, com uma anamnese detalhada, avaliando características da diarreia com a duração, aspecto das fezes, número de evacuações por dia e a presença de outros sintomas associados. Além disso, é necessário o contexto epidemiológico e etiológico do paciente, incluindo o uso de medicamentos. O exame físico é o outro ponto chave, devendo ser feito de forma completa, analisando, principalmente, o estado de hidratação e incluindo a avaliação nutricional, visto que um fator de risco para quadros de maior gravidade é a desnutrição. Um ponto a ser destacado que pode fazer diferença no

diagnóstico e manejo de pacientes lactantes, é que a diarreia pode ser um sintoma associado a quadros como pneumonia, otite média, infecção do trato urinário, meningite e septicemia bacteriana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Os exames laboratoriais são estratégias para o melhor manejo de acordo com a etiologia do quadro diarréico agudo, mas, habitualmente, eles não são necessários como rotina para a instituição do tratamento, haja vista que de maneira geral são cenários autolimitados. Nesse contexto, os exames são reservados para serem utilizados em situações de evolução atípica ou grave, como também nos casos que as fezes apresentam sangue, quando são lactentes menores de 4 meses e pacientes imunodeprimidos.

Em casos com necessidade e possibilidade técnicas de exames os mais utilizados estão listados na tabela I.

Tabela I - Exames laboratoriais para diagnóstico da etiologia da diarreia aguda

Exame	Informação importante
Parasitológico de fezes	Três amostras, em dias diferentes
Coprocultura	Limitado, baixa positividade, pode ser útil em casos mais graves.
Pesquisa de vírus	Elisa (imunoabsorção enzimática) ou aglutinação pelo látex. Depois do 5º dia de diarreia, esses métodos passa a ter pouca sensibilidade
Hemograma	Leucocitose com desvio à esquerda em alguns casos de diarreia causada por bactérias enteroinvasivas
Hemocultura	Suspeita de septicemia

Fonte: Emergências em Pediatria: protocolos da Santa Casa.

TRATAMENTO

A base do tratamento para a diarreia aguda é a terapia de reidratação oral (TRO) e o suporte nutricional. A alimentação é um pilar do tratamento, visto que a desnutrição e a deficiência de micronutrientes são fatores que indicam um mau prognóstico. Dessa forma, é necessário em lactantes indicar a manutenção do aleitamento materno, inclusive no período de TRO; para as crianças não lactantes, é recomendado a alimentação tradicional para a idade, agindo apenas na orientação para a correção de possíveis erros alimentares. Apenas durante a fase de reidratação é que o jejum deve ser instituído, com duração máxima de 4 a 6 horas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Um ponto importante para a TRO é que em lactentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) recomendam o uso da solução de reidratação oral (SRO) hiposmolar, pois ela cursa de maneira mais eficaz na diminuição dos episódios de vômitos, no volume e a duração da diarreia. A tabela II especifica a composição da SRO padrão e hiposmolar.

Tabela II - Composição dos sais de reidratação oral

Sais	SRO padrão mOsm/L	SRO hiposmolar mOsm/L
Sódio	90	75
Potássio	20	20
Cloro	80	65
Glicose	111	75
Osmolaridade	311	245

Fonte: Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria.

São delimitados 3 planos de tratamento, classificados como A, B e C, que instituem os cuidados de acordo com o estado de hidratação do paciente, como demonstrado na tabela III e IV.

Tabela III - Planos de tratamento para a diarreia aguda

Sem desidratação – plano A
A criança com diarreia aguda sem desidratação pode ser tratada em casa. Orienta-se aumentar a oferta de líquidos e, após cada evacuação diarreica, oferecer água de arroz, chá, sucos, sopas ou SRO, de 50 a 100 mL para menores de 2 anos, de 100 a 200 mL para crianças de 2 a 10 anos e, acima de 10 anos, o quanto aceitar. Deve-se orientar os familiares sobre os sinais de desidratação e gravidade. Não oferecer refrigerantes nem adoçar chás e sucos.
Desidratado leve a moderado – Plano B
Na criança com diarreia e desidratação de leve a moderada (5 a 10% de perda), realiza-se a reposição com 50 a 100 mL/kg em 4 a 6 h, oferecendo SRO em pequenos volumes, com frequência e sob supervisão de profissional de saúde, com avaliações periódicas. Em casos de vômitos persistentes, deve-se tentar a administração da SRO por sonda nasogástrica (via eficaz), 20 mL/kg/hora, durante 4 a 6 h. Apenas durante o período de reidratação não se deve alimentar a criança, exceto se ela estiver em aleitamento materno. Quando estiver hidratada, aceitando a alimentação, passa-se para o Plano A
Desidratação grave – Plano C
A criança com diarreia e desidratação grave (> 10% de perda) necessita de hospitalização e hidratação endovenosa para restabelecer rapidamente a perfusão aos órgãos vitais. Este plano compreende duas fases: fase rápida, de expansão, e fase de manutenção e reposição Outros critérios para a hidratação venosa são: vômito intratável, falha na TRO por via oral ou sonda nasogástrica, diarreia profusa, íleo paralítico, irritabilidade, sonolência ou ausência de melhora após 24 h da administração da SRO .

Fonte: Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria.

Tabela IV - Tratamento da desidratação grave – plano C

Fase rápida/expansão Crianças menores de 5 anos
Soro fisiológico a 0,9% – 20 mL/kg Em recém nascidos e cardiopatas graves, iniciar com 10 mL/kg Infundir em 30 min. Repetir infusão até a criança estar hidratada, reavaliando após cada fase de expansão.
Fase rápida/expansão Crianças maiores de 5 anos
Soro fisiológico a 0,9% – 30 mL/kg Infundir a cada 30 min até completa hidratação. Ringer lactato – 70 mL/kg Infundir em 2 h e 30 min.
Fase de manutenção e reposição Para todas as faixas etárias
Soro glicosado a 5% + soro fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção). Peso até 10 kg – 100 mL/kg Peso de 10 a 20 kg – 1.000 mL C 50 mL de peso que exceder 20 kg Peso > 20 kg – 1.500 mL + 20 mL/kg de peso que exceder 20 kg. KCl a 10% - 2 mL para cada 100 mL .
Soro glicosado a 5% + soro fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição). Iniciar com 50 mL/kg/dia Reavaliar esse volume de acordo com as perdas do paciente.

Fonte: adaptada de documentos do Ministério da Saúde do Brasil

A respeito do uso de medicamentos é indicada pela OMS o uso oral do zinco em menores de 5 anos durante um período de 10 a 14 dias, na dose de 20 mg/dia, e até 6 meses de idade a dose de 10 mg até, pelo mesmo período. Os antieméticos não devem ser utilizados no manejo da diarreia aguda, entretanto evidências demonstram que crianças com vômitos persistentes, tratadas com ondansetrona, tem menor risco de necessidade de admissão hospitalar. Ainda não existe um consenso sobre o uso dos probióticos, mas eles podem ser úteis para reduzir a gravidade e a duração da

diarreia aguda infecciosa. Os antiperistálticos também não são recomendados. Uma droga anti-secretora com boa tolerância em crianças é o racecadotril que pode reduzir o tempo de diarreia. Ainda não existe um consenso sobre o uso dos probióticos, mas eles podem ser úteis para reduzir a gravidade e a duração da diarreia aguda infecciosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

O uso de antibiótico deve ser racional, visto que a maioria dos casos de diarreia aguda são autolimitados e não apresentam complicações. Os antimicrobianos de escolha, quando indicados estão listados na tabela V.

Tabela V - Antibiótico de escolha em casos de diarreia aguda por bactéria

Antibióticos	Posologia
Ciprofloxacino	15 mg/kg a cada 12 horas, via oral, por 3 dias
Ceftriaxona	50 a 100 mg/kg, via intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias
azitromicina	12 mg/kg no primeiro dia, seguido por 6 mg/kg por mais 4 dias

Fonte: ESPGHAN, 2014; Ministério da Saúde do Brasil

REFERÊNCIAS

BALDI, F. et al. **Foco na doença diarreica aguda**. World J Gastroenterol.15(27):3341-8, 2009.

BRANDT, K; ANTUNES, M; SILVA, G. **Diarreia aguda: manejo baseado em evidências**. Jornal de Pediatria [online]. v. 91, n. 6. 2015.

LA TORRE, F. P. F. et al. **Emergências em Pediatria: protocolos da Santa Casa**. 2ª edição, Barueri, SP: Manole, 2013.

MONASTERIO, C; HARTL, C; HASSELBLATT, P. **Doenças diarreicas agudas e crônicas: diagnóstico diferencial e terapia.** Dtsch Med Wochenschr; 145:1325-1336, 2020.

OLIVEIRA, R. B. **Diarreia aguda.** Simpósio: Urgências e emergências digestivas 36: 257-260, 2003.

SHANKAR, S; ROSENBAUM, J. **Diarreia crônica em crianças: uma prática baseada em algoritmo abordagem.** Jornal de Pediatria e Saúde Infantil 56 1029–1038, 2020.

Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, 4ª edição, v.2, Barueri, SP: Manole, 2017.