



World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: **Diarréia Aguda em Adultos**

Seções:

1. Definições
2. Patogênese
3. Fatores de Risco
4. Diagnóstico & Diagnóstico Diferencial
5. Estratégias de Tratamento
6. Referências de Literatura
7. Links para Websites Úteis
8. Questões e Sugestões

Tradução:

- S.G. Jorge

1. Definições

Diarréia aguda: É a passagem de uma maior quantidade de fezes amolecidas que o normal, aumento no número de evacuações, durando menos que 14 dias.

2. Patogênese

As causas de diarréia aguda podem ser agrupadas em 4 categorias principais: bacterianas, virais, parasitárias e não infecciosas. A diarréia pode ser interpretada como um aumento na quantidade de água e eletrólitos nas fezes, levando à produção freqüente de fezes malformadas. É esse comprometimento no equilíbrio entre reabsorção e secreção pela mucosa intestinal que leva à liquidificação das fezes. Freqüentemente, isso envolve microorganismos não invasivos que são especialmente ativos no intestino, causando diarréia aquosa sem febre (ou febre baixa). Esses microorganismos levam à diarréia através de interações variadas com a mucosa intestinal. E.coli enterotóxica e Vibrio cholerae não se disseminam além da mucosa intestinal e causam diarréia sem qualquer invasão do epitélio intestinal, através da produção de enterotoxinas que induzem à secreção de fluidos. Alguns microorganismos danificam a superfície absorptiva dos microvilos, o que pode levar à deficiência de dissacarídeos, como por exemplo acontece quando há infecção pela Giardia lamblia. Outros microorganismos são invasivos e penetram o epitélio intestinal, resultando em distúrbio inflamatório. O exemplo melhor conhecido é o da infecção pela Shigella. Campylobacter e Salmonella também podem invadir a mucosa intestinal.

Tabela Um: Patógenos Principais

Bactérias	Virus	Parasitas
<i>ETEC</i> <i>Shigella</i> <i>Campylobacter jejuni</i> <i>Salmonella species</i> <i>Aeromonas</i> <i>Plesiomonas shigelloides</i> <i>Vibrio parahaemolyticus</i>	<i>Rotavirus</i> <i>Norwalk virus</i>	<i>Giardia lamblia</i> <i>Entamoeba histolytica</i> <i>Cryptosporidium</i> <i>Isospora belli</i> <i>Cyclospora-cayetanensis</i>
Other <i>E.coli</i> <i>Clostridium difficile</i>		

3. Possíveis situações de risco e grupos de alto risco para diarreia infecciosa

Viagem Recente

- Nações em desenvolvimento, áreas tropicais
- Forças de Paz e trabalhadores voluntários
- Campistas (fontes naturais de água)

Alimentos ou circunstâncias alimentares incomuns

- Frutos do mar, especialmente crus
- Restaurantes e casas de fast food
- Banquetes e piqueniques

Homossexuais, Trabalhadores do sexo, Usuários de drogas Intravenosas, riscos de infecção por HIV

- Síndrome do intestino gay
- Síndrome da imunodeficiência adquirida

Uso recente de antibióticos em Instituições

- Instituições mentais
- Asilos
- Hospitais

4. Diagnóstico e diagnóstico diferencial

- Anamnese
- Exame físico
- Testes laboratoriais de rotina
- Análise das fezes

Tabela Dois: Dicas Epidemiológicas para Diarréias Infeciosas

VEÍCULO	PATÓGENO CLÁSSICO
Água (incluindo alimentos lavados nessa água)	<i>Vibrio cholerae</i> , agente Norwalk, <i>Giardia sp.</i> e <i>Cryptosporidium sp.</i>
Alimentos	
Aves domésticas	<i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> e <i>Shigella sp.</i>
Carne bovina	<i>E. coli enteroemorrágica</i> , <i>Taenia saginata</i>
Carne suína	Tênia
Frutos do mar	<i>Vibrio cholerae</i> , <i>Vibrio parahaemolyticus</i> e <i>Vibrio vulnificus</i> ; <i>Salmonella sp.</i> ; tênia e anisakiase
Queijo	<i>Listeria sp.</i>
Ovos	<i>Salmonella sp.</i>
Alimentos contendo maionese	Intoxicações alimentares por <i>Staphylococcus e clostridium</i> ; <i>salmonella</i>
Tortas	<i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Cryptosporidium</i> e <i>Giardia sp.</i>
Zoonoses (animais de estimação e gado)	Maioria das bactérias, vírus e parasitas entéricos
Interpessoal (incluindo contato sexual)	
Creches	<i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Cryptosporidium</i> e <i>Giardia sp.</i> ; vírus; <i>Clostridium difficile</i>
Hospital, antibióticos ou quimioterapia	<i>Clostridium difficile</i>
Piscina	<i>Giardia</i> e <i>Cryptosporidium sp.</i>
Viagem estrangeira	<i>E. coli</i> de vários tipos; <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Giardia</i> e <i>Cryptosporidium sp.</i> ; <i>Entamoeba histolytica</i>

A Matriz Sangue-Febre

Um fator importante deve ser esclarecido imediatamente:

Há desidratação ?

Diarréia Aguda



1. Diarréia com febre e sangue
2. Diarréia sem febre ou sangue

Tabela Três: Correlações Entre Fisiopatologia e Sintomas da Diarréia Infeciosa

Fisiopatologia e Microorganismos	Náuseas e Vômitos	Dor Abdominal	Febre	Diarréiaa	Localização
Produção de Toxinas					Intestino Delgado
Toxina Pré-formada					
<i>Bacillus cereus, Staphylococcus aureus, Clostridium perfringens</i>	+++ - +++++	+ - ++	- +	+++ - +++++, aquosa	
Enterotoxinas					
<i>Vibrio cholerae, E. coli enterotoxigênica (ETEC), Klebsiella pneumoniae, Aeromonas sp.</i>	++ - +++++	+ - ++	- +	+++ - +++++, aquosa	
Produção de Citotoxinas					
<i>Clostridium difficile</i>	- +	+++ - +++++	+ - ++	+ - +++, geralmente aquosa, ocasionalmente com sangue	
<i>E. coli hemorrágica</i>	- +	+ - +++++	+ - ++	+ - +++, inicialmente aquosa, rapidamente com sangue	
Enteroaderentes					Intestino Delgado
<i>E. coli enteropatogênica e enteroaderente, Giardia sp., Criptosporídeos, Helmintos</i>	- +	+ - +++++	+ - ++	+ - ++, aquosa	
Organismos Invasivos					CólonÍleo Terminal
Inflamação Mínima					
<i>Rotavirus e agente Norwalk</i>	+ - ++	++ - +++++	+++ - +++++	+ - +++, aquosa	
Inflamação Variável					
<i>Salmonella, Campylobacter, e Aeromonas sp. Vibrio parahaemolyticus, Yersinia enterocolitica</i>	- +	+ - +++++	++ - +++++	+++ - +++++, aquosa ou sanguinolenta	
Inflamação Severa					
<i>Shigella sp., E. coli enteroinvasiva, Entamoeba histolytica</i>	- +	+ - +++++	- +++++	+ - ++, sanguinolenta	

Reidratação

- Sempre tratar qualquer grau de desidratação
- A desidratação severa é mais provável em idosos
- Utilizar a terapia de reidratação oral (TRO), mesmo na presença de vômitos
- Utilizar solução salina endovenosa apenas quando houver perda volêmica severa (redução do peso entre 8 e 10%)

Dieta

- O jejum não é necessário, devendo comer em pequenas porções com maior frequência
- Proibir alimentos contendo lactose (leite e derivados) ou cafeína (pioram a diarreia)

Antidiarréicos inespecíficos

- Utilizar loperamida como tratamento sintomático. O uso quando o paciente está febril (temperatura axilar > 38,5 oC), disentérico ou com leucócitos nas fezes é controverso

Antimicrobianos

Utilizar para:

** agentes bacterianos como infecções persistentes por shigella, salmonella ou campylobacter, especialmente em:

- idosos
- imunocomprometidos e portadores de SIDA
- pacientes com resistência diminuída ou com sepsis
- pacientes com próteses artificiais

** agentes parasitas persistentes

** em outras circunstâncias, os médicos deverão relutar em prescrever antibióticos, especialmente para pacientes imunocompetentes, tendo em vista controlar o avanço da resistência antimicrobiana

Tabela Quatro: Terapia Antimicrobiana (oral, dose adulta)

Causa	Terapia
Shigellose severa	Ciprofloxacine 500 mg 2x/d; 3 dias
<i>S.(para)typhi</i>	Ciprofloxacine 500 mg 2x/d; 10 dias (primeira escolha) Amoxicillin 750 mg 4dd; 14 dias (alternativa 1) Co-trimoxazole 960 mg 2x/d; 14 dias (alternativa 2)
Outras salmoneloses	Ciprofloxacine 500 mg 2x/d; 10 dias (primeira escolha) Amoxicillin 750 mg 4dd; 14 dias (alternativa 1) Co-trimoxazole 960 mg 2x/d; 14 dias (alternativa 2)
<i>Campylobacter</i> (queixas severas e persistentes)	Erythromycin 250 mg 4x/d; 5 dias Clarithromycin 250 mg 4x/d; 5 dias
<i>Yersinia</i>	Doxiciclina 200 mg no primeiro dia, depois 100 mg 1x/d; 4 dias Co-trimoxazole 960 mg 2x/d; 5 dias (alternativa 1) Ciprofloxacine 500 mg 2x/d; 5 dias (alternativa 2)
Disenteria amebiana	Tinidazole 2 g 1x/d; 3 dias (primeira escolha) Metronidazole 750 mg 3dd; 5 dias (alternativa 1) (seguida de fuorato de diloxanide 500 mg 3x/d; 10 dias)
<i>Vibrio cholerae</i>	Ciprofloxacino 1 g dose única Vibramicina 300 mg dose única
<i>Giardia lamblia</i>	Tinidazol 2 g dose única
<i>Schistosoma spp.</i>	Praziquantel 40 mg/kg dose única
<i>Strongyloides stercoralis</i>	Albendazol 400 mg 1x/d; 3 dias Ivermectina 150-200 mcg/kg dose única Tiabendazol 25 mg/kg 2x/d; 2 dias (máximo 1.500 mg por dose)
<i>Trichuris trichiura</i>	Mebendazole 100 mg 2x/d; 3 dias
Criptosporidiose Recuperação espontânea em imunocompetentes; se imunocomprometido com diarréia persistente:	Paromomycine 500-1000 mg 3x/d; 14 dias Azithromycin 500 mg 1x/d; 3 dias
<i>Cyclospora</i>	Sulfametoxazol + trimetoprima 960 mg 3x/d; 14 dias
<i>Isospora belli</i>	Sulfametoxazol + trimetoprima 960 mg 3x/d; 14 dias
<i>Clostridium difficile</i> Geralmente há recuperação espontânea após suspensão dos antibióticos	Metronidazol 500 mg 3x/d; 7-10 dias (se necessário) Vancomicina 125 mg 4x/d; 7-10 dias (alternativa)

Nota: Salmonella typhi e outros microorganismos multirresistentes são comuns, especialmente em países em desenvolvimentos ! O tratamento com amoxicilina e sulfametoxazol + trimetoprima é ineficaz em muitas partes do mundo.

Nota: A duração da antibioticoterapia é variável na literatura, freqüentemente maior.

Nota: Clostridium difficile é em alguns lugares 30% resistente ao metronidazol.

5. Estratégias de tratamento

Diarréia com febre e sangue

Observações Gerais

Diarréia como resultado de microorganismos invasivos, freqüentemente localizados no cólon, com diarréia sanguinolenta de pequeno volume e precedida de diarréia aquosa.

Patógenos

1. Shigella spp (disenteria bacilar, shigellose)
2. Campylobacter jejuni
3. Salmonella spp; Aeromonas hydrophila; V.parahaemolyticus; Plesiomonas shigelloides; Yersinia

Diagnóstico

- A diferenciação clínica é difícil, especialmente contra doença inflamatória intestinal não infecciosa
- Muitos leucócitos nas fezes (patógenos invasivos)
- Cultura fecal para salmonella, shigella, campylobacter e yersinia
- Esfregaço de sangue espesso para malária

Tratamento

- No caso de infecção severa ou persistente, tratar sempre com antibióticos; levar em consideração multirresistência da Shigella spp (veja terapia antimicrobiana)
- Trate desidratação

Diarréia sem febre ou sangue

Observações Gerais

- Patógenos não invasivos (fezes aquosas volumosas, sem leucócitos fecais); náuseas comum, algumas vezes com vômitos
- Apresentação mais freqüente na diarréia do viajante (85% dos casos)
- No caso de cólera: fezes em água de arroz, vômitos freqüentes, se viajante, observando-se a higiene o risco de contrair a infecção é muito baixo

Patógenos

1. E.coli enterotóxica (ETEC); causa mais freqüente da diarréia do viajante
2. Giardia lamblia
3. Rotavirus, vírus Norwalk
4. Exotoxinas pré-formadas pelo S. aureus, intoxicação alimentar; também pelo Bacillus cereus, Clostridium perfringens (tipo A); diarréia produzida pela sua toxina é caracterizada pelo curto período de incubação (6 horas)
5. Outras causas:
 - Vibrio parahaemolyticus (pr frutos do mar insuficientemente refrigerados)
 - Vibrio cholerae: cólera

- Substância tóxicas nos alimentos (metais pesados, como preservados em lata, nitritos, pesticidas, histamina no peixe); cogumelos
- Cryptosporidium, Isospora belli (pacientes HIV positivos, apesar de também ocorrer em humanos saudáveis)

Diagnóstico

- Ausência de leucócitos nas fezes
- Cultura fecal (pouca utilidade na diarréia aquosa; ETEC não diagnosticada rotineiramente)
- Exame parasitológico das fezes (exame à fresco); geralmente é necessário repetir vários exames para estabelecer a presença de Giardia

Tratamento

- Prevenir ou corrigir desidratação (se necessário, utilizar TRO)
- Recuperação espontânea. Se não, ler "terapia antimicrobiana"

6. Referências de literatura

1. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines on acute infectious diarrhea in adults, Dupont HL, Am J Gastroenterology 1997; 92: 1962 - 75. [Pubmed-Medline](#)
2. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines for the evaluation and management of chronic diarrhea, Gastroenterology 1999; 116: 1461 - 4. [Pubmed-Medline](#)
3. Guidelines for the management of acute diarrhoea in adults by self-medication, Wingate D; Phillips SF; Lewis SJ; Malagelada JR; Speelman P; Steffen R; Tytgat GNJ., Aliment Pharmacol Ther. 2001 Jun;15(6):773-82. [Pubmed-Medline](#)
4. Clinical practice. Acute infectious diarrhea. Thielman NM, Guerrant RL, N Engl J Med. 2004 Jan 1;350(1):38-47. [Pubmed-Medline](#)

7. Links para websites úteis

1. The American College of Gastroenterology:
www.acg.gi.org
2. The Practice Parameters Committee of the ACG published a paper on:
Acute and Chronic Diarrhea: 'a primer on diagnosis and treatment':
www.acg.gi.org/acg-dev/physicianforum/frame_gifocus.html
3. The American Gastroenterological Association (AGA) has a key position paper on:
'Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Diarrhea' at:
www.aga.gastro.org
4. The WHO programme for the control of diarrheal diseases is at:
www.who.int/chd

8. Questões e sugestões

Convite para Comentários

O Comitê de Diretrizes Práticas agradece quaisquer comentários, dúvidas e sugestões. Por favor não hesite em clicar no botão abaixo e compartilhar conosco suas opiniões e experiência com essa condição. Juntos, podemos fazer melhor !

guidelines@worldgastroenterology.org