

Diarreia Aguda em Crianças e Adolescentes

- Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento

Perda excessiva de água e eletrólitos através das fezes, resultando em aumento do volume e frequência das evacuações e/ou diminuição da consistência das fezes, por mais de 3 episódios ao dia. Pela sua duração, pode ser classificada em aguda quando tiver duração menor que 14 dias.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO E EXAMES ADICIONAIS

Confirmação diagnóstica (clínica e/ou laboratorial):

- Clínica

Indicação de exames diagnósticos

- Não estão indicados para os casos leves
- Nos casos de desidratação grave e suspeita de distúrbios eletrolíticos.
- Em pacientes com risco de disseminação, como lactentes menores de 3 meses, imunossuprimidos, doenças crônicas ou pacientes com quadro clínico de doença grave ou sintomas persistentes, considerar: HMG, HMC, PCR, sódio, potássio, ureia, creatinina, gasometria venosa, lactato, glicemia capilar; pesquisa de rotavírus e adenovírus nas fezes e coprocultura, PCR para gastroenterites (quando disponível)

Indicação de outros exames

Exames de imagem: de acordo com suspeita clínica para afastar diagnósticos diferenciais de diarreia (p. ex. apendicite).

1.1 CLASSIFICAÇÃO DE DESIDRATAÇÃO

- Sem desidratação
- Algum grau de Desidratação: até 10% de perda
- Desidratação grave: > 10% de perda

2. ESCORE DE RISCO

Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico
Olhos	Normais	Fundos	Muitos fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
Sinal de prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente*
Enchimento capilar	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos)
Conclusão	Sem DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos acima, existe DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos, incluindo pelo menos um dos assinalados com asterisco, existe DESIDRATAÇÃO GRAVE
Tratamento	Plano A Tratamento domiciliar	Plano B Terapia de reidratação oral no serviço de saúde	Plano C Terapia de reidratação parenteral

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO ADEQUADA

Critérios para internação

Dificuldade na ingestão de líquidos via oral (VO)

Necessidade de hidratação endovenosa para manter hidratação

Critérios para internação em UTI

Sepse, instabilidade hemodinâmica, evacuações e/ou vômitos sem resposta à medicação e hidratação inicial com necessidade de controle de perdas.

4. CRITÉRIOS DE ALTA

- Ausência de sinais de desidratação.
- Diminuição de perdas.
- Boa aceitação via oral.
- Diurese presente

5. TRATAMENTO

Tratamento inicial

- Depende do grau de desidratação: Hidratação VO ou EV
- Antieméticos VO ou EV
- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos e ácido básicos

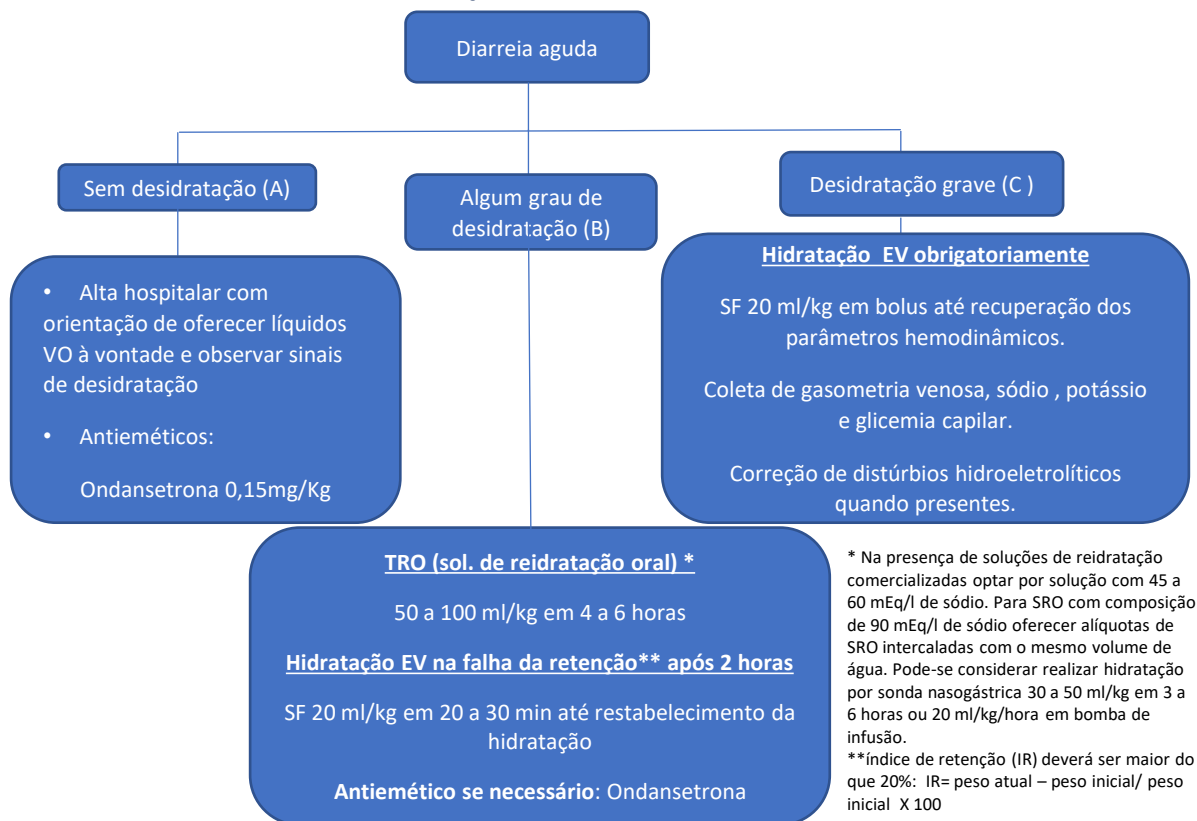
Duração do tratamento

- Sem desidratação: alta hospitalar com orientações de observar sinais de desidratação e antiemético se vômitos
- Com algum grau de desidratação: 6 horas ou mais
- Desidratação grave > 24 horas

6. INDICADORES DE QUALIDADE

- Introduzir hidratação VO ou EV conforme avaliação inicial do estado de hidratação.
- Administrar antiemético quando vômitos presentes.
- Coleta de exames (pacote sepsis) na suspeita de disseminação e introdução de antibiótico.

7. MANEJO DA DIARREIA AGUDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



ANTIBIÓTICOS:

Estão indicados quando houver sinais de disseminação (seps), imunodeprimidos, risco para exacerbação de comorbidades existentes ou cólera. Disenteria e aumento de provas inflamatórias séricas **não** são indicações para antibiótico.

Tabela 1. Antibióticos recomendados para diarreia aguda segundo o Ministério da Saúde

Idade	Antibiótico	Dose
até 10 anos / até 30Kg	Azitromicina	10mg/kg no primeiro dia e 5mg/kg por mais 4 dias, via oral. Total: 5 dias
	Ceftriaxona	50 a 100 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia. Total: 3 a 5 dias Se menor de 3 meses ou em caso de imunodeficiência: 50 a 100mg/kg endovenosa, 1 vez ao dia.
>10 anos / > 30Kg	Ciprofloxacino	1 comprimido de 500mg de 12/12h, via oral, por 3 dias
	Ceftriaxona	50 a 100mg/kg intramuscular 1 vez ao dia por 3 a 5 dias. Casos graves: 50 a 100mg/kg/dia endovenosa, por 3 a 5 dias
	Cefotaxima	Casos graves: 100mg/Kg, dividido em 4 doses

Zinco

Indicar nos casos de desnutrição ou comorbidades que possam predispor ou agravem a deficiência de zinco. Administrar uma vez ao dia por 10 a 14 dias de acordo com a idade: até os 6 meses de idade 10mg/dia e em maiores de 6 meses até os 5 anos de idade 20mg/dia

Antissecretor

Racecadotril: pode ser considerado a partir dos 3 meses de idade na dose 1,5 mg/kg 3 vezes ao dia (dose máxima 400 mg/dia)

Probiótico

Merecem estudos para a recomendação de rotina. De acordo com a avaliação clínica podem diminuir em 1 dia a diarreia os probióticos compostos por: *Saccharomyces boulardii* 250–750mg/dia, por 5 a 7 dias; *Lactobacillus rhamnosus* GG : na dose de $\geq 10^{10}$ unidades formadoras de colônia (UFC) /dia, por 5 a 7 dias; *Limosilactobacillus reuteri* : doses diárias 1×10^8 a 4×10^8 UFC, por 5 a 7 dias. Compostos com *Bacillus clausii* **não devem ser prescritos pois não agem na diarreia.**

II. GLOSSÁRIO

VO: Via Oral

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

EV: Endovenoso

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 4: adequação do algoritmo do manejo da diarreia; não indicação de rotina do zinco e não indicação do probiótico contendo *Bacillus clausii*.

IV. Referências Bibliográficas

- [1] Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. JPN 2014;59: 132–152 12.
- [2] Departamento Científico de Gastroenterologia Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023
- [3] Guarino A, Aguilar J, Berkley J et al. Acute Gastroenteritis in Children of the World: What Needs to Be Done? J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020 May;70(5):694-701.

Código Documento: CPTW 170.4	Elaborador: Milena De Paulis	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 01/11/2020 Data da revisão: 20/06/2025	Data de Aprovação: 20/06/2025
--	--	---	--	---	---