



A Gastroenterocolite aguda se caracteriza pela presença de diarreia com duração de até 2 semanas e em 95 a 98% dos casos é causada por vírus. Em uma porcentagem menor (1%) tem etiologia bacteriana e suas toxinas, sendo o restante dos casos causado por protozoários ou medicamentos.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

É clínico e a história deve ser direcionada para a identificação de pacientes de risco como:

- Idosos
- Portadores de imunossupressão
- Comorbidades importantes
- Utilização de antibioticoterapia ou internação recente
- Gestantes
- Sepsis ou choque séptico
- Viagem recente para áreas endêmicas.

É importante a caracterização do quadro diarreico quanto a achados sugestivos de infecção bacteriana:

Diarreia não inflamatória: Líquida, sem sangue ou muco, febre baixa, se presente. Podem ocorrer cólica, distensão abdominal, náuseas e vômitos. O quadro é tipicamente leve na maioria dos casos. Há um desequilíbrio na absorção e secreção de água pelo intestino delgado. Causas mais comuns são os vírus e intoxicação alimentar por *S. aureus*.

Diarreia inflamatória (Disenteria): É caracterizada por diarreia com sangue ou muco, geralmente é de pequeno volume e acompanhada de febre mais alta. Nesses casos há invasão de mucosa e a origem da diarreia é colônica. Os agentes comumente envolvidos são *Shigella*, *Salmonella* e *Entamoeba*, mas também pode ser causada por toxinas de agentes como *E. coli* enterohemorrágica (EHEC) ou *C. difficile*.

2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

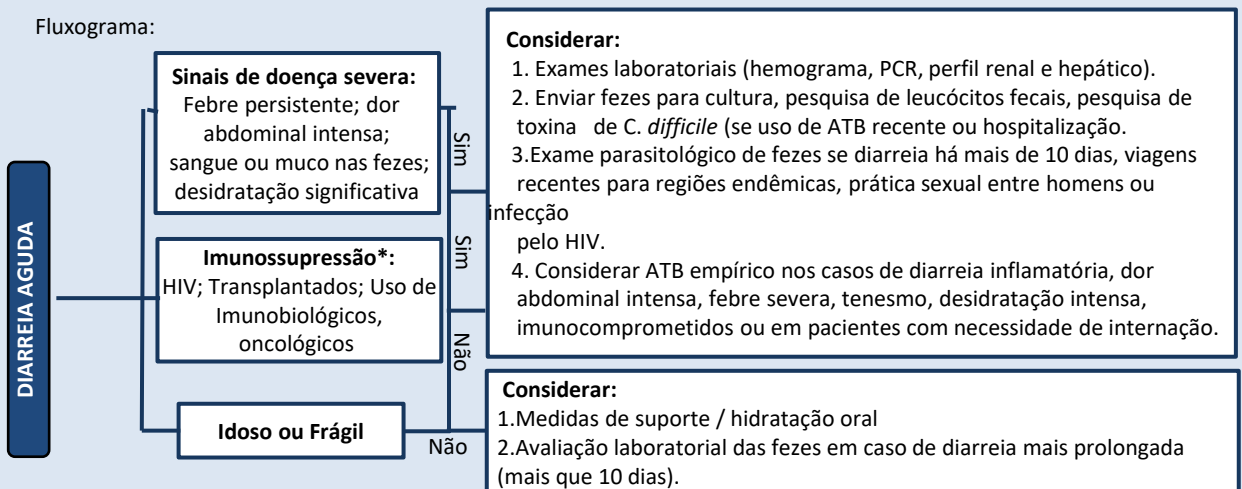
Causas não infecciosas:

Abdome Agudo Vascular ou Retocolite Ulcerativa podem cursar com quadro de dor abdominal e diarreia com sangue, e investigação adicional deverá ser realizada em indivíduos de risco.

3. EXAMES COMPLEMENTARES

Não devem ser solicitados de rotina e devem ser considerados apenas em situações específicas.

Fluxograma:



* Em imunossuprimidos ou pacientes que internam sugere-se a investigação complementar quando disponível com painel molecular para gastroenterocolite, *cystoisospora belli*, *cryptosporidium*, citomegalovírus, *microsporidium* e *cyclosporidium*

4. QUANDO INTERNAR?

Tratamento ambulatorial:

Os casos de diarreia aguda são usualmente autolimitados podendo durar 7 dias.

Indicações de internação: <https://medicallsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Protocolo-Gerenciado-de%20-SepseeChoque-Septico-paraoDiagnosticoeTratamento.pdf>

- Desidratação grave;
- Diarreia severa com sangue;
- Dor abdominal importante;
- Sinais clínicos de infecção grave ou sepse;
- Diarreia severa em pacientes maiores que 70 anos;
- Sinais clínicos de Síndrome Hemolítico Urêmica.

5. TRATAMENTO

O uso empírico de antibiótico não é recomendado de rotina porque geralmente os quadros são virais e auto limitados. Não existe um tratamento específico, o objetivo é proporcionar alívio dos sintomas com medicamentos para combater a dor, febre e os vômitos. Para prevenção da desidratação está indicada oferta frequente de líquidos por via oral.

Dieta: Constipante.

Hidratação: Oral sempre é preferível nos casos leves e deve incluir água, fluidos ricos em eletrólitos ou glicose. O volume de fluidos capaz de reidratar, um indivíduo de 70kg com diarreia moderada à severa, é em torno de 3,5 litros em 24h.

Probióticos: Apesar de seu uso ser controverso, podem ser benéficos reduzindo tempo de doença.

Agentes antidiarréicos: podem ser usados nos casos de diarreia não inflamatória leve a moderada. Preferência a racecadrotila pois diminui a hipersecreção de água e eletrólitos e não age na motilidade intestinal. A loperamida por agir na motilidade intestinal deve ser reservada para pacientes com diarreia não inflamatória sem sinais de toxicidade sistêmica ou onde há piora do quadro mesmo em vigência de medicamentos.

Antimicrobianos:

Indicado apenas se sinais de alerta para infecção bacteriana e grave:

- Febre elevada e persistente
- Sangue, muco ou pus na fezes
- Desidratação grave
- Imunocomprometidos, idosos frágeis
- Uso recente de antibiótico (pensar em infecção por *Clostridium*)
- Internação recente
- Diarreia do viajante.

As drogas de escolha para tratamento empírico são as fluoroquinolonas como Ciprofloxacino e Levofloxacino. Como segunda opção utilizar Azitromicina.

Direcionar terapêutica específica de acordo com os resultados.

6. ORIENTAÇÕES

Recomendações:

- Utilizar álcool em gel 70% para higienizar as mãos. Após usar o banheiro, higienize as mãos com água e sabonete.
- Ingerir água após cada evacuação;
- Permanecer em repouso até melhora clínica;
- Diminuir ou evitar a ingestão de leite e derivados, café e bebidas que tenham cafeína e refrigerantes até resolução do quadro;
- Evitar comer alimentos gordurosos, grãos (feijão, grão de bico, lentilha, milho), frutas, verduras e salada crua;
- Por 3 dias, dar preferência para comer arroz, legumes cozidos (como batata, mandioca, cenoura, chuchu), carnes grelhadas;
bem passadas ou cozidas, macarrão, pão, bolacha água e sal, torradas sem fibra, banana e maçã;
- Progredir dieta habitual lentamente após 3 dias.

Retornar ao Médico ou Pronto Atendimento se:

- A diarreia durar mais que 5 dias sem melhora;
- Tiver dor intensa, localizada e persistente na barriga;
- Tiver febre e calafrios após as primeiras 48 horas;
- Tiver fezes com sangue, muco ou vermes;
- Apresentar sinais de desidratação como boca seca, sede intensa, pele enrugada, diminuição do volume urinário, tontura ou muita fraqueza;
- Tiver náuseas e/ou vômitos persistentes;
- Impossibilidade de ingerir alimentos ou água .

Seguimento clínico:

- Procurar especialista, para investigação, em casos de diarreia persistente (> 14 dias) ou crônica (> 30 dias).

II. GLOSSÁRIO

PCR: Proteína C-reativa

HIV: vírus da imunodeficiência humana

ATB: Antibiótico

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: alteração do template, revisão dos antibióticos pela SCIH

IV. REFERÊNCIAS

- [1] ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. Mark S. Riddle , MD, Dr, Herbert L. DuPont , MD, Bradley A. Connor , MD. Am J Gastroenterol 2016; 111:602–622; doi: 10.1038/ajg.2016.126; published online 12 April 2016.
- [2] CURRENT Medical Diagnosis and Treatment 2017 (Lange) 56th Edition. by Maxine A. Papadakis Associate Dean for Student Affairs M.D. (Author), Stephen J. McPhee Professor of Medicine M.D. (Author), Michael W. Rabow (Author).
- [3] UPTODATE 2017.

Código Documento: CPTW147.4	Elaborador: Jaime Gil Moacyr Silva Jr. Emy Akiyama Gouveia	Revisor: Amanda Graciela Aranda Giarola Mauro Dirlando C. Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 26/04/2021 Data de revisão: 12/06/2024	Data de Aprovação: 12/06/2024
---------------------------------------	---	---	---	---	---

ANEXO – AGENTES MAIS PROVÁVEIS E TRATAMENTO DE ACORDO COM O TIPO DE DIARREIA

Tipo	Características	Tratamento inicial	Agente	Considerações	Tratamento específico
Náuseas e vômitos	<ul style="list-style-type: none"> • Vômitos e/ou náuseas agudos • Ausência de diarreia 	<ul style="list-style-type: none"> • Autolimitada • Hidratar e corrigir distúrbios eletrolíticos 	S aureus enterotoxêmico	Sintomas em 1 a 6 h	Suporte
			Bacillus cereus enterotoxêmico	Sintomas em 1 a 6 h	Suporte
			Vírus entéricos (norovirus, sapovirus, rotavirus, astrovirus)	Também causa diarreia Incubação de 12 a 48 h, exceto Astrovirus, que é de 4 a 5 d	Suporte
Aquosa	<ul style="list-style-type: none"> • Grande número de evacuações • ± dor abdominal • Febre geralmente ausente • Ausência de sangue nas fezes 	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte • Antibioticoterapia em imunossuprimido ou crianças (azitromicina 1 g via oral ou 500 mg via oral 1x/dia por 3 dias) • Diarreia por > 14 dias: solicitar coprocultura, crypto, giardia 	Vírus entéricos (idem acima)	Incubação de 12 h a 5 d	Suporte
			Clostridium Perfringens	Incubação de 8 a 16 h	Suporte
			E. coli enterotoxigenica	Diarreia dos viajantes. Incubação de 1 a 3 d	Azitromicina 1 g dose única ou 500 mg 1x/d, 3 d
			Vibrio spp	Incubação de 1 a 3 d	Doxiciclina 300 mg dose única ou azitromicina 500 mg/d, 3 d
			Giardia duodenalis	Incubação de 7 a 14 d	Nitazoxanida 500 mg 2x/d, 3 d
			Cryptosporidium parvum	Incubação de 2 a 28 d	Nitazoxanida 500 mg 2x/d, 3 d
			Cyclosporidium cayetanensis	Incubação de 2 a 28 d	SMZ/TMP 800/160 2x/d, 7-10 d
Inflamatória	<ul style="list-style-type: none"> • Febre • Dor abdominal importante • Diarreia com muco ou sangue • Laboratório mostra presença de células inflamatórias ou marcadores inflamatórios nas fezes 	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte • Antibioticoterapia em crianças < 3 meses, imunossuprimidos, sintomas graves (azitromicina 1 g via oral ou 500 mg via oral 1x/dia por 3 dias) • Coletar: cultura de fezes, leucócitos fecais 	Campylobacter, Salmonella não tifoide, Shigella	Incubação de 1 a 3 d	Azitromicina 500 mg 1x/d, 3 d; na shigelose, ceftriaxona 1 g 2x/d, 5 d
			E coli produtora Shiga	Incubação de 1 a 8 d	Antibióticos só se risco de sepse (pode induzir sínd hemolít. urêmica)
			Yersinia enterocolitica	Incubação de 4 a 6 d	SMZ/TMP 800/160 2x/d, 5 d
			Entamoeba histolytica	Incubação de 1 a 3 semanas. Tratar mesmo doença assintomática	Metronidazol 500-750mg VO 3x/d, 7-10 d