

57P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

ANÁLISE DE 50 CASOS DE GASTROENTERITE AGUDA
INTERNADOS NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS, SEGUNDO
OS ASPECTOS LABORATORIAIS E DE ANTIBIOTICOTER
RÁPIA.

ARI ROCHA
JÚLIO DE ALBUQUERQUE FERNANDES
WILSON PACHECO

1980

I N D I C E

INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DA LITERATURA.....	2
MATERIAL E MÉTODOS-Casuística.....	9
DISCUSSÃO	11
CONCLUSÃO.....	21
RESUMO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de estudar os aspectos laboratoriais e medicamentosos de um número pré-estabelecido de casos de GEA num serviço de pediatria do Hospital de Florianópolis que atende prioritariamente faixa de população de baixa renda. Todos os aspectos levantados são motivo de controvérsias no meio médico, variando as condutas de várias escolas na importância e no emprego dados aos mesmos.

Não se pretende apontar condutas a serem seguidas, mas apenas oferecer dados de nossa realidade para enriquecer o debate, ao mesmo tempo que se mostram resultados obtidos através do emprego de uma rotina de um serviço de pediatria que obedece a critérios comuns e constantes na abordagem deste tipo de paciente.

O tema escolhido é de suma importância e interesse pelas implicações que oferece em relação não somente em aspectos médicos, mas também sócio-econômicos e culturais do país.

REVISÃO DA LITERATURA

Deve-se considerar diarréia, no grupo etário de 0-2 anos, a presença - de "três ou mais dejeções de fezes moles ou líquidas em 12 horas, ou uma dejeção de fezes moles ou líquidas contendo pus ou muco"(28)

ETIOPATOGENIA

Impõe-se reconhecer pelo menos 5 mecanismos anormais a partir dos quais a criança pode desencadear uma síndrome diarreica.

Os mecanismos desencadeadores das síndromes diarreicas, podendo atuar isolados ou associados, nos colocam diante de situações que expressam uma entidade clínica de difícil abordagem.

TIPOS DE DIARRÉIA(21)

- a) Osmolar
- b) Secretória
- c) por erro de absorção iônica
- d) por alteração da permeabilidade
- e) Motora

Diarréia Osmolar-Ocorre quando existe aumento exagerado da esmolaridade no lúmem. "a pressão osmótica intra luminal é superior à do plasma, havendo naturalmente - uma transferência de água e eletrólitos para a luz intestinal"(22)

Neste tipo de situação, na realização de coprológico, as fezes eliminadas apresentam uma esmolaridade elevada. O seu valor deve corresponder ao dobro do Na^+ e K^+ eliminados ($\text{Osm} = 2(\text{Na}^+ + \text{K}^+)$).

Isto pode ocorrer em 4 situações:

- 1- Ingestão de solutos pouco absorvíveis, utilizado como recurso na administração de laxativos à base de sais de magnésio, fosfatos e os sulfatos.
- 2- Deficiência enzimática orgânica-Mã digestão dos alimentos, falha de enzimas digestivas (dissacaridases, enteroquinases, amilase, lipase e tripsina), aumentam a esmolaridade, os fenômenos de putrefação e fermentação (ação bacteriana) e secundariamente diminuição de pH das fezes (dissacarídeos aumentam a produção de ácido lático).
- 3- Excesso de oferta-Uma super alimentação, erros dietéticos e iatrogenismo (glicose oral 50%, dieta com alta concentração de triglicéridos, etc...)
- 4- Falha no mecanismo de transporte para absorção de certos nutrientes. Isto ocorre nos defeitos de absorção de monossacarídeos (glicose, galactose e frutose), de ácidos aminados (metionina) e também de íons (cloro na cloridorréia congênita).

Em todas estas situações, há inicialmente uma passagem de água intersti

cial e em seguida uma passagem do sódio e cloro (transferência passiva).

Diarréia Secretória- Neste caso, a secreção ativa pode ser desencadeada por uma enterotoxina em contato com um receptor específico na mucosa digestiva. A partir daí haveria ativação da adenil ciclase intracelular, que estimula a secreção ativa de cloro e sódio através do monofosfato de adenosina cíclico (MFAc), embora ocorra todo este mecanismo, continua íntegra a absorção celular.

Existem seis situações em que isto ocorre:

- 1- Ação de toxinas-As bacterias *Escherichia Coli*, *Clostridium Welchi* e *Shigella disentera* e, estão diretamente ligados a este tipo de diarréia; tem sido também descritos a partir de 1940 e confirmados em 1973 (6) (4) através de biopsia duodenal, em 1974 (Flewett et ali) por coloração negativa e muitos outros. O importante na patogenicidade é o "local de sua ação e não tanto o tipo de cepa infectante, sendo mais grave quanto mais alta for a colonização bacteriana.(23)
- 2- Polipeptídeos que aumentam o MFAc e aumentando a secreção celular.
Tumores que secretam: prostaglandinas (carcinoma modular da tireóide, ganglioneuroma, carcinóide, etc...), hormônios como secretina, gastrina, glucagon e enterogastrona. Também lipídeos, sais biliares e ácidos graxos hidroxilados.
- 3- Existem estados patológicos que são desconhecidos os mecanismos, assim como, cólera pancreática, parasitoses por helmintos, lesões de RX, deficiência de vitamina B12, choque hemorrágico, ação de hormônio anti diurético, uso de drogas colinérgicas, teofilina, etc...
- 4- Síndrome de Zollinger-Ellisen.
- 5- Depleção de muco por processos inflamatórios crônicos,(1) estados alérgicos, tumores de trato digestivo, doença de Crehn etc....

Diarréia por erro na absorção iônica- Existe um bloqueio na absorção de cloro, sem se saber a causa. "O íon cloro participa no balanço iônico intestinal, sendo trocado pelo bicarbonato ao mesmo tempo que reabsorve sódio e excreta Hidrogênio, mantendo-se assim a eletroneutralidade e poupando para a economia orgânica o cloreto de sódio" (24)

Quando o cloro não é reabsorvido, existe uma quebra no equilíbrio e saída de cloro na fezes, determinando fezes bastante acidificadas e com aumento dos cloretos. No laboratório aparece um $Cl^- Na^+ + K^+$.

Com a retenção de bicarbonato e eliminação de cloro levam a uma alcalose hipovolemica.

Diarréia por Alteração da permeabilidade da mucosa- Podem existir por alterações

na permeabilidade celular, com diminuição dos poros da membrana basal, no caso da doença celiaca e no sprue tropical.

Por ação dos sais biliares que aumentam a permeabilidade das células intestinais e nas obstruções intestinais, com "aumento da secreção intestinal, secundária a um aumento da pressão hidrostática vascular ao nível da lesão"(25)

Diarreia Motora-Ocorre nas situações em que existe alteração na metilidade intestinal como: colo irritável, gastroenterite infecciosa colite ulcerativa crônica, cröhn, amebiase, síndrome de intestino curto, em vagotomias, hiperserotonemia, diabetes etc...

QUADRO CLÍNICO:

Geralmente seu início é súbito, podendo ser rapidamente progressiva, há um aumento de dejeções líquidas ou semi-líquidas (3 a 20 evacuações diárias). Com frequência aparece uma febrícula, mal estar, vômitos, anorexia, distensão abdominal com meteorismo, eritema peri-anal e dor abdominal (cólicas).

Diz Pernetá, "A desidratação é consequência direta dos vômitos e diarreia", (8) geralmente presente em quase todos os casos, é de suma importância para o prognóstico e para o tratamento.

A desidratação dependendo do seu grau, que pode ser, de 1º até 3º grau, com toda a sua característica clínica, podendo ir até alterações neurológicas com a perda de eletrólitos (bicarbonato, potássio, cloretos, etc...)

A desidratação e o desequilíbrio hidro eletrolítico são frequentes e de difícil correção.

"A má nutrição proteico calórica está comumente associada e a GEA pode precipitar o Kwashiorkor(3)

As características das fezes, anamnese alimentar cuidadosa, pesquisa da epidemiologia local e condições sócio-econômicas são de importância para um bom diagnóstico do tipo de GEA.

"Nas viroses a incidência é comum a qualquer grupo etário, tendo início abrupto, sendo acompanhada ou precedida de vômitos e infecções de vias aéreas superiores(18)

As bactérias invasivas (shigella, salmonela, E.Coli) produzem uma diarreia aquosa, esverdeada emitidas em poucas quantidades.

"Na shigelose as vezes o quadro inicia-se pela diarreia aquosa, que depois é substituída pela disenteria; outras vezes a diarreia aquosa persiste em toda a evolução da doença, sem disenteria"(10)

Porém, normalmente, a shigelose apresenta inicio abrupto, hipertermia, calafrio ou convulsões, reação meningea, com fezes emitidas em poucas quantidades apesar de frequentes, constituídas por muco, pus e sangue, e acompanhada do tenesmo e dor abdominal.

A salmonela por sua vez, apresenta início menos abrupto sem fenômenos tóxicos.

Com o tratamento, a evolução normalmente é para melhor. Os sintomas se escasseiam já nas primeiras 24 horas, como por exemplo, o vômito. A febre desaparece entre 1 e 3 dias, e o equilíbrio hidroeletrólítico se restabelece no primeiro dia. A pausa alimentar faz com que cesse ou diminua sensivelmente a diarreia.(11)

O prognóstico depende de vários fatores, dentre os quais se salientam: idade, estado nutricional, forma clínica, desidratação e modo de tratamento(9)

TRATAMENTO:

A grande preocupação do tratamento, é sem dúvida, manter ou restabelecer o equilíbrio hidro eletrolítico e o estado de nutrição(18)

A administração de solução salina, deve substituir a alimentação em 24 horas quando diante de desidratação leve ou média. A dose é de 150 a 200ml/Kg/dia, via oral quando possível.

A literatura mostra fórmulas para o preparo dessas soluções, porém, hoje com a facilidade da oferta pelo comércio de soros já prontos para administração via oral, dificilmente se irá utilizar tais fórmulas.

Nesta hidratação, um dos pontos que a prejudica são os vômitos. Deve-se nesse caso, além do fracionamento normal durante as 24 horas, fracioná-lo ainda mais usando "uma colherinha numa espécie de gota a gota bucal".(19)

Realimentação de mucilagem de arroz com açúcar (dextrina maltose), inicia-se por 24 horas. Há autores que colocam para crianças acima de 2-3 meses, maçã ralada e banana amassada já nessa primeira alimentação.(19)

A partir daí a mucilagem com leite em doses crescentes prossegue até a normalização da alimentação, com sopa de carne e legumes. Com essa prescrição alimentar, entre o 7º e o 10º dia a criança estará em seu regime normal.

A administração de leite sem lactose as vezes se faz necessário, devido o leite comum, em alguns casos, mesmo em doses cautelares precipitar diarreia.

Quando não é possível a reidratação via oral, recorre-se a via endovenosa, e o esquema restante persiste o mesmo.

Uma vez providenciado o esquema de reidratação e realimentação, resta eliminar o fator desencadeante da diarreia.

Como o presente trabalho está envolvido com gastroenterite, nossa preocupação terapêutica estará dirigido às infecções bacterianas.

A grande quantidade de cepas resistentes aos antineoplásicos e quimioterápicos, e a ação desses, principalmente os de amplo espectro, sob a flora intestinal normal chamamos a atenção para que o uso dessas drogas em diarreia quando esta não possuir aspecto infeccioso, ou também o uso prolongado e repe

tido, é desaconselhável.

A E. coli, devido o aumento da resistência à neomicina, faz com que utilizemos a ampicilina na dose de 100mg/Kg/dia em 4 frações diárias, durante 4 a 5 dias.

Já o mesmo esquema usado para a E. coli, aplica-se para a shiguela quando no pedido do antibiograma. Se os resultados não forem satisfatórios, de mão do antibiograma, muda-se para aquele em que este exame indica como o mais sensível.

Quimioterápicos (sulfonamidas, furoxonas) e vários antibióticos (tetraciclina, cloranfenicol e ampicilina), exercem ação específica sobre a shiguela (20).

As formas enterotoxigênicas (diarréia secretora ou coleriforme) pode-se utilizar a gentamicina por via oral na dose de 10mg/Kg/dia, fracionados em três doses diárias (8/8 horas), durante 3 dias.

Os outros sintomas iniciais tendem a desaparecer gradativamente. O vômito normalmente regride com a pausa alimentar. Se caso persistir, podemos lançar mão da metoclopramida na dose de 0,5mg/Kg/dia via oral ou 0,25mg/Kg endovenoso.

Os cosméticos fecais tipo caolin pectina, tem indicação quando da persistência da diarréia apesar dos recursos dietéticos.

LABORATÓRIO

a) Pesquisa de Leucócitos-Há grande número de polimorfonucleares neutrófilos, no caso de bactérias invasivas. É negativa no caso de bactérias enterotoxigênicas ou vírus.

É necessário que o esfregaço fecal seja de material recente e colhido no início da doença, antes de qualquer tratamento.

b) Hemograma- As salmonelas e E. Coli invasivas, determinam uma leucocitose de 15.000 à 20.000 com neutrofilia e cerca de 20% de neutrofilo em bastão sô em caso crônico.

A shiguela provoca uma leucocitose de 22.000 à 33.000 dando um maior desvio à esquerda (80% de neutrófilo imaturos), também sô em casos crônicos.

E. Coli enterotoxigênica e os vírus pouco alteram o hemograma.

c) Pesquisa de elementos anormais-A presença de sangue e pus nas fezes traduz um processo infeccioso.

A osmolaridade maior que o dobro da soma dos eletrolitos Na^+ e K^+ presuppõe uma diarréia osmolar.

Quando o cloro fecal aparece em concentração superior a soma do Na^+ e K^+ eliminado nas fezes, pode-se pensar em diagnóstico de cloridorréia congênita ou adquirida.

O distúrbio ácido-básico pode ser avaliado pelos eletrolitos fecais. Na acidose, o produto da soma do sódio e potássio menos o valor do cloro, é maior que a concentração plasmática do bicarbonato.

Na alcalose, o produto da soma do sódio e potássio, menos o valor do cloro é menor que a concentração plasmática do bicarbonato.

d) Parasitológico-Pesquisa de ovos ou larvas de parasitas nas fezes.

e) Coprocultura-muito utilizada na pesquisa das bactérias responsáveis pela gastroenterite. Encontra-se positivo em 30% dos casos(12). É importante no caso de surto endêmico, para esclarecer qual a bactéria prevalente.

Na clínica só tem utilidade em algumas circunstâncias, por exemplo : para confirmar suspeita de shigelose seria e aquilatar o comportamento da shiguela isolada em face a vários antibióticos.

A exata e precisa técnica na coleta e conservação do material contribui para um melhor resultado.

O isolamento da shiguela ou salmonela nas fezes de pacientes com diarréia aguda, resolve o problema etiológico.

Já com a E.Coli não há um resultado preciso, pois não há como separar cepas enterotoxigênicas, as mais importantes na pediatria.

f) Clinitest e pH- Um pH fecal abaixo de 6, bem como um clinitest positivo, determinam uma diarréia osmolar.

O pH diminui sob ação bacteriana sobre os dissacarídeos enquanto o clinitest torna-se positivo pela presença de dissacarídeo redutor nas fezes em concentração superior a 0,5%. (26)

g) A enterotoxigenicidade da E.Coli somente é verificada através de exames onerosos, inacessíveis a nossa realidade de país em desenvolvimento (13)

Outros exames apenas citados são de três ordens:

- 1- Repleção da alça ileal de coelho
- 2- alterações celulares em cultura de tecidos
- 3- Teste da permeabilidade capilar da pele.

A invasividade pode-se testar de duas maneiras:

- penetração em células Hela
- reação inflamatória da córnea do cobaio

A descoberta laboratorial de enterite por vírus é feita por:

- microscopia eletrônica direta das fezes

Outros recursos para o diagnóstico laboratorial de gastroenterite:

- Aspiração duodenal-o líquido aspirado se presta para pesquisa de pus, e o sifiloma e parasitas.

A cultura do líquido sendo positiva deve-se considerar o germe como agente patogênico(27)

- Biopsia peroral duodenojejunal-importante para o diagnóstico de patologias tais como Doença de Whipple, doença celíaca, infangectasias ou deficiência enzimática.
- Retosigmoidoscopia-valioso nas diarreias crônicas.
- Exames radiológicos-servem para excluir doenças orgânicas tais como neoplasias (raras na infância), doenças inflamatórias crônicas do intestino, etc...)

MATERIAL E MÉTODOS. CASUÍSTICA

- Diagnóstico clínico- Os elementos clínicos de diagnóstico utilizados para seccionar os prontuários pesquisados tiveram como triade sintomatológica comum a diarreia, vômito e febre. Naturalmente que a ordem de aparecimento dos mesmos, assim como a intensidade e características destes sintomas foram bastante variáveis. O diagnóstico de gastroenterite aguda foi considerado pelos médicos assistentes como sendo o definitivo na saída do paciente, ou seja, após o acompanhamento do paciente durante a internação chegou-se a esta conclusão final.
- Critérios para internação- Os critérios para internação são: desidratação de 2º ou 3º grau, vômitos persistentes, desnutrição acentuada, e outros distúrbios hidro-eletrolíticos significativos.
- Tratamento- Para tratamento foi estabelecido pelo serviço, parâmetros comuns sujeitos naturalmente a uma certa variabilidade, considerando-se a individualidade de cada paciente e a percepção clínica de cada profissional.

Basicamente a prescrição consta de dieta zero por 6 à 24 horas, sintomáticos (antieméticos ou antitermicos), hidratação, antibióticos (dependendo dos exames clínicos e laboratorial) e realimentação posteriormente.

Os exames a serem pedidos são: hemograma, coprológico (leucócitos, hemácias, pH e substâncias reductoras.), parasitológico de fezes, parcial de urina, coprocultura (em diarreia com muco, pus e sangue) com TSA, e, em casos especiais, gasometria, Ca, P, K, Na, ureia, creatinina e eletrólitos fecais.

A hidratação venosa é dividida em 2 fases: Reexpansão rápida e manutenção. Na fase de reexpansão rápida utiliza-se de 30 à 50 ml de soro por quilo de peso em 2 horas na proporção de 1:1 (soro glicosado à 5% e soro fisiológico)

Para se passar a fase seguinte, observa-se a função renal foi restabelecida (urina com osmolaridade menor ou igual a 3000 mosm/l ou densidade igual ou menor a 1010 ou, na prática, após 2 micções abundantes de urina clara); se desapareceram os sinais clínicos de desidratação, e se são boas as condições de circulação periférica. Esta primeira fase pode ser repetida por mais 2 vezes passando-se então a pedir exames de função renal e eletrólitos se não for obtido o resultado desejado.

Para a fase de manutenção, a hidratação venosa varia conforme a faixa etária, ou seja:

a) Recém-nascido- 5 ou 6:1 (SG:SF)

1a. semana-50ml[±] 30

2a. semana-60ml[±] 30

3a. semana-70ml[±] 30

4a. semana-80ml[±] 30

30 a 60 dias- 100ml[±] 30

b) Lactente nutrido-180= 30 (4 ou 3:1)

c) Lactente desnutrido -150[±] 30 (3 ou 2:1)

Acrescentar-se ainda a esta fase KCl (2 a 6 mEq/Kg/dia) e gluconato de cálcio a 10% (1 ml/Kg/dia)

A realimentação é iniciada 6 a 24 horas após, consistindo de reidratação oral, mucilagem e nidex. A volta a alimentação normal é feita de acordo com a evolução clínica.

O uso, de antibióticos fica na dependência dos exames clínicos e laboratoriais: desidratação, toxemia, febre, hemograma com leucócitos e desvio a esquerda, leucócito nas fezes e hemácias nas fezes.

São padronizados no serviço: Gentamicina, colimicina, cloranfenicol, Wintomilon sulfametoazol, trimetropin. Em casos especiais outros antibióticos poderão ser usados, porém estes são os mais usados.

Os exames laboratoriais são feitos no próprio hospital ou no laboratório Santa Luzia desta cidade. A discussão a respeito dos mesmos esta colocada no capítulo de discussão deste trabalho.

- Prontuários-

Foram vistos prontuários de 50 pacientes internados no período de 06/07/79 a 30/03/80.

A escolha foi pela queixa principal apresentada (diarréia, vômitos e febre) e diagnóstico definitivo (gastroenterite aguda).

A faixa etária atendida é até 12 anos incompletos. Estes casos representam cerca de 80% de todos os pacientes internados por gastroenterite aguda no hospital Florianópolis, serviço de pediatria.

DISCUSSÃO

- Considerações gerais- Os resultados coletados nos prontuários dos pacientes internados no Hospital Florianópolis por gastroenterite aguda, vem em termos gerais, mostrar, ou melhor, confirmar em grande parte a bibliografia consultada a respeito.

É importante frisar que num serviço recém instalado, como o serviço de pediatria onde foi realizada a pesquisa em questão, muitas condutas são frontalmente contrárias a um modelo comum, surgindo daí a necessidade de uma rotina que permita avaliar resultados conseguidos pelo mesmo. E, mesmo após o estabelecimento desta rotina, nota-se que a aceitação da mesma não se faz por completo, predominando em muitos casos a individualidade do profissional médico em detrimento de uma uniformidade que permitiria a existência de uma forma segura de avaliação dos procedimentos adotados.

Enquanto os elementos clínicos usados para o diagnóstico e tratamento são ricos em subsídios e, pouco questionados, observa-se que o mesmo não ocorre com os meios auxiliares de diagnóstico, onde quase sempre as interpretações divergem, dando-se em alguns casos a grande importância aos dados levantados e, em outros casos, nenhuma importância.

O mesmo se pode afirmar com relação ao emprego de antibióticos na terapêutica desta patologia, o que foi feito em 35 dos 50 casos levantados. Salienta-se o insucesso terapêutico observado em 2 óbitos e 4 altas com estado inalterado, que contou com tratamento dito específico (antibióticos e quimioterápicos). Mas este tratamento ocupa de modo geral um lugar modesto na terapêutica da enterite aguda(16)

Como explicar então o seu uso em 70% dos casos?

Nos testes de sensibilidade a antibióticos nota-se que dos germes isolados, existe uma acentuada resistência "in vitro" à maioria dos antibióticos usualmente empregados na gastroenterite aguda (estes resultados serão discutidos - mais à frente)". Todavia, alguns agentes anti infecciosos exercem nítida influência na evolução da enfermidade, apressam grandemente a cura e encurtam a fase de contagiosidade. Seu uso é, portanto, muito vantajoso, em particular - nas formas de gravidade média ou alta e nos casos em que coincide apreciável desnutrição"(17). Aceitando-se este raciocínio, poder-se-ia explicar o largo emprego da antibioticoterapia constatada, já que, como foi dito no início do trabalho, a clientela atingida é de baixo nível socio-econômico e cultural, além do fato de que estes pacientes foram internados e responsáveis por uma alta média de permanência hospitalar (10-28 dias), caracterizando seus quadros como de média e alta gravidade. Mas mesmo assim não se deve relegar a um plano inferior o resultado obtido em 15 dos 50 casos levantados, em que atingiu-se - 100% de cura ou melhora, sem (15 casos) há reforço para adotar-se este crité-

rio como o melhor, considerando-se trabalho já publicado a respeito com uma ca suística maior.

- Faixa Etária-

Distribuição, segundo faixa etária, de 50 casos de gastroenterite aguda internados no hospital Florianópolis no período de 06/07/79 à 30/03/80.

IDADE	Nº DE CASO	%	% ACUMULADO
0 - 6 meses	33	66%	66%
7m-2anos	12	24%	90%
3anos-6anos	4	08%	98%
7anos-12anos	1	02%	100%
TOTAL	50	100%	

Cita Cesar Permete que "A amamentação materna representa o recurso - supremo na profilaxia da enterite aguda. Na América Central, nas áreas de alta mortalidade, os óbitos por infecção intestinal ocorrem após o desmame, de modo que sua incidência etária máxima varia de acordo com a duração da amamentação - materna; nas localidades em que a mãe costuma amamentar até o fim do primeiro - ano, o auge verifica-se no segundo ano (diarréia do desmame)(15).

Sabe-se que em termos de nossa realidade o desmame se processa na grande maioria das vezes nos primeiros 6 meses de vida, por razões variadas, - tais como falta de esclarecimento, necessidade de retorno ao trabalho, inexis - tência de creches junto ao local de trabalho, ausência de preparo do seio para a amamentação no período pré-natal e outros.

Dos 50 casos pesquisados constata-se que 33 pacientes estão coloca - dos na faixa etária compreendida entre os 0 a 6 meses de vida (66%). Não foi cor - relacionado neste trabalho o tipo de alimentação usada e o aparecimento do qua - dro gastroenterico, mas pode-se deduzir facilmente, baseado nos conhecimentos ad - quiridos em outros trabalhos publicados, que a alta incidência nesta faixa eta - ria tem relação com a interrupção prematura do aleitamento materno.

No grupo formado, faixa etária de 7 meses a 2 anos, a incidência re - duz-se a 24% (12 casos).

Aqui a criança já tem melhores condições orgânicas de resistência aos agentes - agressores que são muitos pelas condições higiênicas, sanitárias e alimentares adversas de seu meio ambiente.

Logo, a medida que a criança amadurece, seu sistema imunológico dimi - nuí a incidência de gastroenterite. A amamentação materna fornece elementos de defesa e, ao mesmo tempo, por ser um procedimento mais simples, elimina fatores

de risco para a instalação de um processo infeccioso.

-Sexo e Cor

Distribuição, segundo sexo, de 50 casos de gastroenterite aguda no H.F. no período de 06/07/79 a 30/03/80.

SEXO	Nº DE CASOS	%
Masculino	26	52%
Feminino	24	48%
TOTAL	50	100%

Com relação a sexo, existe um equilíbrio (26 pacientes do sexo masculino e 24 do sexo feminino). Não se observa na literatura consultada referências de predominância de um ou outro sexo nesta patologia.

Distribuição, segundo cor, de 50 casos de gastroenterite aguda internados no H.F. no período de 06/07/79 a 30/03/80

COR	Nº DE CASOS	%
Leucoderma	45	90%
Melanoderma	5	10%
TOTAL	50	100%

A cor branca foi responsável por 45 dos 50 casos levantados. Mas na da se pode concluir a respeito, pois exceto em algumas doenças já estudadas, discute-se a relação da patologia com a cor. No caso em questão, fator de influência preponderante é o nível sócio econômico e cultural, presente na grande maioria da clientela atendida, brancos ou negros.

- Procedência-

Distribuição, segundo procedência, de 50 casos de Gastroenterite aguda internado no H.F. no período de 06/07/79 a 30/03/80.

PROCEDÊNCIA	Nº DE CASOS	%	% ACUMULADOS
Fpolis urbano	14	28%	28%
Interior da ilha	02	04%	32%
Outras cidades	34	68%	100%
TOTAL	50	100%	

NOTA- São José, Palhoça, Santo Amaro, Biguaçu, etc...

A maior parte dos casos levantados procede de bairros e periferia - de Florianópolis ou da Grande Florianópolis. Se nos reportamos as considera - ções de que condições sanitárias, higiênicas e alimentares são importantes pa - ra a instalação ou profilaxia da gastroenterite aguda e relacionar-se estes as - pectos com a origem destes pacientes, ver-se-á que realmente nestas localida - des o saneamento básico é deficiente e agrupa-se mais a população menos favore - cida. Serve portanto este dado para ilustrar mais ainda os fatores desencadean - tes desta patologia.

-Condições de saída e média de Permanência-

Distribuição, segundo destino, de 50 casos de gastro - enterite aguda internados no H.F. no período de 06/07/ 79 a 30/03/80.

DESTINO	Nº DE CASOS	%
Curado	08	16%
Melhorado	36	72%
Inalterado	04	08%
Óbito	02	04%

Os resultados obtidos com a terapêutica instituída levaram a reso - lução de 44 dos 50 casos internados(88%) o que é altamente compensador. Frise - se entretanto que a média de permanência dos pacientes internados chegou a 10,28.

Considerando-se o onus da assistência hospitalar para a nação, ve - se que este também é um aspecto altamente considerável para um país como o Brasil, carente de uma economia, o que faz com que se forme um circuito vicio - so.

É o que acontece com a maioria dos países pobres que tem a saúde de seu povo agravada e emprega seus recursos financeiros na medicina curativa , muito mais cara que a medicina preventiva. Em consequência os investimentos em saúde tornam-se praticamente nulos se não forem racionalizados no sentido de diminuir o número de doentes e não somente curar doenças existentes.

"Calcula-se que no Brasil, em cada mil crianças que nascem vivas , cerca de 50 morrem de diarreia antes de chegar a um ano. Acresce que entre nós, como nos demais países desprivilegiados, a enterite aguda não restringe seus malefícios ao lactente, mas continua a pesar no obituario até os 4 anos de - idade. Estes simples dados são suficientes para por em realce a enorme impor - tância medico-social do tema que retém nossa atenção".(5)

-Resultados de exames laboratoriais-

-Hemograma- Pesquisou-se no hemograma os valores do hematócrito e existência ou não de leucócitos com ou sem desvio à esquerda. Sabe-se que algumas gastroenterites, dependendo de sua etiologia, podem apresentar alterações neste exame. Em outros casos, como na gastroenterite por *Escherichia coli* enteroxigênica e por rotavírus o hemograma quase não se altera.

A leucocitose pode ser mais ou menos intensa, com maior ou menor desvio à esquerda, conforme o agente etiológico, mas estes valores podem também ser influenciados apenas por uma maior ou menor resposta do organismo à doença que se instala.

Distribuição, segundo, Hematócrito, de 50 casos de gastroenterite aguda internados no HF no período de 06/07/79 a 30/03/80.

HEMATÓCRITO	Nº DE CASOS	%
Normal	18	36%
Diminuído	32	64%
Aumentado	0	0%
TOTAL	50	100%

Em 32 dos 50 pacientes (64%) observou-se diminuição do hematócrito, dado que vem relevar mais uma vez um estado nutricional deficiente desta clientela, com consequente diminuição da resistência e favorecimento à implantação da infecção.

Distribuição, segundo, leucócitos, de 50 casos de gastroenterite aguda internados no HF no período de 06/07/79 a 30/03/80.

LEUCÓCITOS	Nº DE CASOS	%
Normal	23	46%
Aumentado com desvio à esquerda	13	26%
Aumentado sem desvio à esquerda	14	28%
TOTAL	50	100%

Os leucócitos mostraram-se aumentados em 27% dos 50 pacientes (54%), sendo que em 13 pacientes (26%) havia desvio a esquerda e nos outros 14 este desvio não se evidenciou. A normalidade ficou para 23 pacientes (46%).

Logo pode-se concluir que as respostas não são uniformes, que um resultado normal não altera o diagnóstico clínico de infecção e que, em caso de dúvida quanto a etiologia da doença, a contribuição é pobre ou nenhuma.

-Coprológico funcional-

Distribuição, segundo leucócitos no coprológico funcional, de 50 casos de gastroenterite aguda internados no HF no período de 06/07/79 à 30/03/80.

LEUCÓCITOS	Nº DE CASOS	%
Positivo	28	60,8%
Negativo	18	39,2%
TOTAL	46	100%

NOTA: Não foi realizado 4 casos.

A pesquisa de leucócitos revelou positividade em 28 dos 46 exames - realizados (60,8%). Afirma Cesar Oerneta que "se forem bactérias invasivas, o esfregaço fecal revela presença de grande número de polimorfo nucleares neutrofilos.

Se forem bactérias enterotoxigenicas ou vírus, o teste é negativo" (12).

Considerando-se os valores achados, concluiria-se que 60,8% dos casos (28 de 46 pacientes) seriam causados por bactérias invasivas (Shiguela, salmonela e algumas cepas de E.Coli)(7). No entanto tal afirmação não pode ser confirmada pelas coproculturas onde em 5 culturas houve crescimento de shiguela flexneri(20,8%) e nos casos em que houve crescimento de E.coli não garantia sua patogenicidade. Torna-se impossível também estimar o número de gastroenterite por vírus, já que testes neste sentido não foram feitos pela sofisticação de seus métodos. Outros autores discutem a simplicidade desta interpretação.

Distribuição, segundo hemáceas no coprológico funcional, de 50 casos de gastroenterite aguda, internados no HH no período de 06/07/79 à 30/03/80.

HEMÁCEAS	Nº DE CASOS	%
Positivo	13	28,3%
Negativo	33	71,7%
TOTAL	46	100%

NOTA: Não foram realizados 4 casos.

As hemáceas estiveram ausentes do material examinado em 33 dos 46 exames realizados (71,7%) o que entra em desacordo com a pesquisa de leucócitos, pois sabe-se que a gastroenterite por agente bacteriano invasivo acompanha-se frequentemente de fezes com muito muco, escassos grumos de pus e algumas raís de sangue. Logo, considerando-se o exame, a pesquisa de leucócitos sugere a predominância de mecanismo invasivo e a de hemáceas sugere mecanismo não invasivo.

Distribuição, segundo pH no coprológico funcional de 50 casos de gastroenterite aguda, internados no HF no período de 06/07/79 a 30/03/80.

pH	Nº DE CASOS	%
Normal	20	43,5%
Aumentado	26	56,5%
Diminuído	0	0%
TOTAL	46	100 %

NOTA: Não foram realizados 4 casos.

Distribuição, segundo substâncias redutoras no coprológico funcional, de 50 casos de gastroenterite aguda, internados no HF. no período de 06/07/79 a 30/03/80.

SUBSTÂNCIAS REDUTORAS	Nº DE CASOS	%
Positivo	5	10,9%
Negativo	41	89,1%
TOAL	46	100%

NOTA: Não foram realizados 4 casos.

A presença de substâncias redutoras e de alteração do pH torna-se muito mais importante quando se pesquisa diarreias osmóticas causadas pela ausência de qualquer das dissacaridasas. Sabe-se que a deficiência de lactose nas enterites agudas e em geral pouco acentuada e fugaz. Considerando que avalia-se pacientes internados nos quais já foi instituído tratamento dietético, explica-se a alta negatividade de substâncias redutoras e pouco acidificação do pH (20 casos de 5-6 e 26 maiores que 6).

Distribuição, segundo parasitológico de fezes, de 50 casos de gastroenterite aguda, internados no HF no período de 06/07/79 a 30/03/80.

PARASITOLÓGICO DE FEZES	POSITIVO Nº DE CASOS	%	NEGATIVO Nº DE CASOS	%
Ascaris	4	14,3%		
Trichiuris	4	14,3%		
Giardia	1	3,6%		
Strongiloides	3	10,7%		
TOTAL	12	49,9%	16	57,1%

NOTA: Não foram realizados 22 casos.

Este exame foi examinado em 28 dos 50 pacientes (44%). Apesar de saber-se que a diarreia causada pelas parasitoses intestinais é em geral crônica, deve-se concluí-las no diagnóstico diferencial das enterites agudas. "É verdade que a diarreia aguda parasitaria não é comum, em contraste com a enorme frequência da enterite aguda" (14). Mas reforça-se a necessidade da realização do parasitológico de fezes o fato, já frisado, das condições ruins de vida da população em geral e especificamente desta clientela estudada.

Dos 28 pacientes que fizeram o parasitológico de fezes, houve uma negatividade de 57,1% (16 pacientes) o que se poderia considerar surpreendente não fosse a baixa idade das crianças internadas, o que até certo ponto as favorece neste aspecto. Os parasitas mais comuns foram o Ascaris e o trichiura. Em apenas um caso foi detectado a giardia, o que pode prolongar a diarreia após a cura.

- Parcial e cultura de urina-

Distribuição, segundo cultura de urina, de 50 casos de gastroenterite aguda internado no HF no período de 06/07/79 a 30/80

CULTURA DE URINA	Nº DE CASOS	%
Negativo	11	76,6%
Positivo	1	23,4%
TOTAL	12	100%

NOTA: Não foram realizados 38 casos.

Distribuição, segundo parcial de urina, de 50 casos de gastroenterite aguda internados no HF no período de 06/07/79 à 30/03/80.

PARCIAL DE URINA	Nº DE CASOS	%
Normal	36	76,6%
Alterado	11	23,4%
TOTAL	47	100%

NOTA: Não foram realizados em 3 casos.

A infecção urinária pode ser responsável por quadros diarreicos . Logo o exame de urina seria um elemento importante para o diagnóstico diferencial. As alterações do parcial de urina sugestivas de infecção urinária foram catalogados como alterado" e atingiu um percentual de 23,4% (11 de 47 casos) . Em 3 casos não foi feito o exame por razões não esclarecidas (foi solicitado - pelo médico). Nas situações em que houve alteração do sedimento urinário foram solicitados 12 uroculturas, havendo crescimento em apenas uma delas. Nos casos restantes o tratamento foi feito baseando-se na clínica e nos resultados do parcial de urina.

Como são crianças com baixa resistência é útil pesquisar-se outras fontes de infecção.

Coprocultura-

Distribuição, segundo coprocultura, de 50 casos de gastroenterite aguda, internados no HF, no período de 06/07/79 à 30/03/80.

COPROCULTURA	POSITIVO Nº DE CASOS	%	NEGATIVO Nº DE CASOS	%
E.coli enterop.	5	20,8%		
Shigella Flexneri	5	20,8%		
Citro bacter	1	4,2%		
Salmonela não tifosa	2	8,4%		
TOTAL	13	54,2%	11	45,8%

A coprocultura foi realizada em 24 pacientes dos 50 pacientes internados. A positividade foi de 54,2% (26 pacientes), mas se considerarmos que os métodos de sorotipagem para E.coli enteropatogênica não são fidedignos pelos processos comumente utilizados, esta positividade fica reduzida a 33,4% (8 pacientes). Cita Cesar Pernetta que a positividade da coprocultura é de aproximadamente 30% dos casos esporádicos, tendo importância na clínica em algumas circunstâncias"(12). Pode ser esta técnica útil quando se quer avaliar o comportamento do agente infeccioso frente ao antibiótico, dado que pode ser também colhido pela evolução clínica apresentada.

TRATAMENTO ESPECÍFICO - (antibióticoterapia)

De 50 pacientes internados, 35 foram tratados com antibiótico por via oral ou parenteral. O uso de antibiótico nas enterites agudas deve ser cercado de cuidados pois o próprio medicamento pode ser a causa de diarréia.

Nos casos em que foi realizado o teste de sensibilidade a antibióticos (TSA), verificou-se que as bactérias apresentam um pronunciado grau de resistência aos mesmos.

A enterite bacteriana é uma doença auto limitada: os agentes que a provocam-shigella, salmonella e E.coli enteropatogenica, sobretudo os dois primeiros- desaparecem naturalmente no fim de dois dias ou de poucas semanas, já que não são habitantes normais do intestino.(16)

Entretanto, cremos nos outros fatores devem ser considerados, tais como: a existência de infecção associada, a falta de local adequado para isolamento no ambiente hospitalar, a baixa resistência das crianças atingidas.

Dos tratados sem antibióticos os resultados foram bons, como já citamos no início desta discussão. Nos casos de media e alta gravidade (crianças internadas) o uso de antibióticos melhora os resultados.

C O N C L U S Ã O

Após o contato com os resultados coletados dos 50 pacientes internados no Hospital Florianópolis por gastroenterite aguda, - concluímos inicialmente que a melhor medida terapêutica para esta patologia, é a sua profilaxia.

O aleitamento materno mais uma vez se revelou como eficaz medida no combate a gastroenterite. Utilizando-se técnica de ten - dência central, verificou-se que a idade média nos casos é de 5,5 meses, que vem confirmar a literatura.

Medidas corretivas socio-econômica-culturais , serão mais vantajosos em termos de orçamento e condições da população em geral, visto que a procedência dos casos estudados é de baixa renda.

Vimos que a alta permanência hospitalar aliada aos exames de rotina e específicos eficientes, em quase nada alteram o diagnós - tico etiológico, tratamento e prognóstico do paciente.

Os exames como hemograma, parasitológico de fe - zes e parcial de urina, não têm utilidade na patologia em si, e, pouco ajudam seus resultados, alterados ou não.

Diante desta panorâmica, concluímos que a roti - na hospitalar, altamente onerosa aos cofres públicos, e, a terapêutica, cujo - custo também não se difere, não modificam o curso normal da doença, principal - mente sabendo-se que a duração da patologia vem se alterar principalmente quan - do acompanhada do baixo nível sócio-econômico, a precária educação sanitária e o precoce desmame.

R E S U M O

Com o intuito de analisar o laboratório e a antibioticoterapia na gastroenterite aguda, foram levantados dados de 50 pacientes internados no Hospital Florianópolis por gastroenterite aguda no período de 06/07/79 à 30/03/80.

Os resultados dos dados coletados, se sobrepõe na literatura vigente sobre o assunto, a qual nos informa sobre a instabilidade dos resultados dos exames laboratoriais, bem como o da terapêutica utilizada.

Mais uma vez, concluímos e comprovamos que a clínica é de fundamental importância na prática médica.

Notamos que a preocupação nesta patologia deve ser de forma profilática, visto que o tratamento hospitalar tão oneroso, e os resultados, não correspondem com a expectativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCANTARA, P. de e MARCONDES E. Pediatria Básica, 2a.ed, São Paulo, Sarvier , 1968, p.220
- BENENSON, Abran S. El control de las enfermedades transmissibles en el hombre, 11a. ed, Washington, Organizacion Panamericana de la Salud, 1970, p.85-6
- _____. _____. 11a. ed. Washington, Organization Panamericana de la Salud, 1970, p.86
- _____. _____. 11a. ed., Washington, Organization Panamericana de la Salud. 1970. p.85-87.
- PERNETTA, Cesar. Enterite aguda na criança, 6a. ed. São Paulo, Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977, p. XIV e XV.
- _____. _____. 6a. ed. , São Paulo, Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977, p. 4-6
- _____. _____. 6a. ed., São Paulo, Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977, p. 14
- _____. _____. 6a. ed. São Paulo. Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977, p. 43
- _____. _____. 6a. ed. São Paulo. Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977, p. 45
- _____. _____. 6a. ed. São Paulo. Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977, p. 46
- _____. _____. 6a. ed. São Paulo. Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977, p. 47
- _____. _____. 6a. ed. São Paulo. Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977, p. 54
- _____. _____. 6a. ed. São Paulo. Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977. p. 55
- _____. _____. 6a. ed. São Paulo. Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977. p. 64
- _____. _____. 6a. ed. São Paulo. Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977. p. 75
- _____. _____. - 6a. ed. São Paulo. Fundo Editorial Byk-Procieux. 1977. p. 95
- _____. _____. 6a. ed. São Paulo. Fundo Editorial Byk-Procieux, 1977
- _____. _____. Terapêutica Pediátrica, 6a. ed. R.J.-SP, Livraria Atheneu, 1977, p. 211
- _____. _____. 6a. ed.. R.J.-SP, Livraria Atheneu, 1977, p. 212
- _____. _____. 6a. ed. R.J.-SP , Livraria Atheneu, 1977, p. 333

SABRĀ, A. Diarreias na Infância, Petrópolis, Editora Vozes Ltda, 1974, p. 13

_____. _____, Petrópolis, Vozes, 1974, p. 14

_____. _____, Petrópolis, Vozes, 1974, p. 16

_____. _____, Petrópolis, Vozes, 1974, p. 18

_____. _____, Petrópolis, Vozes, 1974, p. 19

_____. _____, Petrópolis, Vozes, 1974, p. 26-27

_____. _____, Petrópolis, Vozes, 1974, p. 27

TELLES, W. Manual Prático de Pediatria, 2a. ed., Rio de Janeiro, Guanabara - Koogan, 1962, p. 408

De forma, no trabalho apresentado ocorrem muitos erros (de
deletérios?, de falta de sentido) e que, se bem que o material não
impede o entendimento do texto, desvalorizam um pouco. Alguns
chegam a perturbar o entendimento do mesmo. Mas referências
bibliográficas feitas a respeito, impedindo que os chamados de texto
possam ser utilizados.

Quanto ao conteúdo, deveriam os autores esclarecer os conceitos
de "normalidade" por alguns exames, como os das p. 15.

A p. 21, a expressão (falso) que tem o leitor, não possui
de que o elemento materno se prolifera em nível da "S. J. mãe".

Ats : 

TCC
UFSC
PE
0057

N.Cham. TCC UFSC PE 0057

Autor: Rocha, Ari

Título: Análise de 50 casos de gasstroen



972800563

Ac. 253705

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM