



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

DANIEL MORAES VIECHNIESKI

VITOR DIAS ROSSATI

DIARREIA NO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Universidade do Planalto Catarinense como requisito parcial à aprovação na Unidade Educacional Eletivo do 2023
Orientador: Prof. Esp. Lourenço Duarte Zanotto

LAGES

2023

SUMÁRIO

RESUMO	3
Diarreia no paciente em Unidade de Terapia Intensiva	4
Resumo:	4
Abstract:	5
Introdução:	6
Método:	7
Resultados:	8
Discussão:	9
Conclusão:	13
Referências:	14
Comprovante de recebimento do artigo (TCC) pela revista	16

DIARREIA NO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA¹

Daniel Moraes Viechnieski

Vitor Dias Rossati

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso, trata-se de um estudo sobre a diarreia no paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), queixa essa, que possui grande incidência no setor acima citado, que interfere no processo de cura da doença de base, podendo acarretar o surgimento de comorbidades, aumento dos gastos financeiros institucionais, associado teoricamente a piora do prognóstico do paciente, entre tantos motivos, pelo aumento do tempo de internação. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, tendo o objetivo de aperfeiçoar os conhecimentos em relação a patologia no paciente crítico, bem como suas etiologias, sinais e sintomas e o efetivo engendramento terapêutico, com o intuito de evitar ou diminuir sua incidência e prevalência no respectivo setor terapêutico já citado. A metodologia foi através da análise retrospectiva de prontuários de pacientes internados em um serviço de UTI com um total de 10 leitos disponíveis, de forma qualificada e com pesquisa de campo. Após a análise dos dados, foi elaborada uma discussão com base no que foi coletado associado a literatura científica, com o plano de aprimorar o conhecimento desse distúrbio gastrointestinal, identificando suas causas, relação com o prognóstico e doença de base e como realizar um tratamento da maneira mais categórica possível.

Palavras-chaves: Trabalho de Conclusão de Curso. Diarreia. Terapia Intensiva.

¹ Artigo apresentado no TCC foi enviado para a Revista Brazilian Journal of Development

Diarreia no paciente em Unidade de Terapia Intensiva Diarrhea in the Intensive Care Unit

Laurenço Duarte Zanotto

Graduado em Medicina. Especialista em Terapia Intensiva

Universidade do Planalto Catarinense (UNIPAC). Centro de Ciências da Saúde

AV. Marechal Castelo Branco, 170, Universitário, Lages-SC, 88509900

lourenco.d.zanotto@gmail.com

Daniel Morais Viechnieski

Acadêmico 6ºano de Medicina

Universidade do Planalto Catarinense (UNIPAC)

AV. Marechal Castelo Branco, 170, Universitário, Lages-SC, 88509900

danielmoraisviechnieski@gmail.com

Vitor Dias Rossati

Acadêmico 6ºano de Medicina

Universidade do Planalto Catarinense (UNIPAC)

AV. Marechal Castelo Branco, 170, Universitário, Lages-SC, 88509900

vitrossati12@hotmail.com

Resumo:

Diarreia é definida como 3 ou mais evacuações de fezes líquidas/ amolecidas em 24 horas por causas multifatoriais, aumentando tempo de internamento, custos e morbimortalidade. O objetivo deste trabalho é ampliar a compreensão sobre o quadro de diarreia no paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A metodologia aplicada foi qualitativa, prospectiva e análise de prontuários, de agosto a outubro de 2023, totalizando 20 prontuários. Dos resultados, notou-se maior prevalência do sexo feminino, idade média de 63,35 anos e as duas principais comorbidades Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Uso prévio de antibióticos e metformina foram os mais comuns, e as principais causas de admissão foram sepse, urgência dialítica e insuficiência respiratória, com início do quadro em

7,85 dias de internamento. Todos utilizaram antibióticos, muitos em ventilação mecânica e a maioria em terapia nutricional com sonda nasogástrica. Todos os exames de toxina A negativos e nenhum exame (colonoscopia e endoscopia) foram realizados. Complicações incluíram distúrbios hidroeletrólíticos e desidratação, com o principal tratamento sendo adição de fibra e redução da vazão da dieta. A conclusão disserta que ele está alinhado coma literatura, acerca do uso de antibióticos e adição de fibras na dieta como tratamento, divergindo apenas na prevalencia do sexo feminino. É importante destacar sobre a Colite Pseudomembranosa e da necessidade de sua compreensão e tratamento adequado. Um ponto evidente no estudo foi do início dos sintomas em torno da primeira semana, sugerindo a necessidade de mais estudos direcionados em medidas que diminuam seu surgimento nesse período.

Palavras-chave: Diarreia. Unidade de Terapia Intensiva. Gastroenterologia

Abstract:

Diarrhea is defined as 3 or more evacuations of liquid/soft stools within 24 hours, caused by multifactorial factors, leading to increased hospital stay, costs, and morbidity. The aim of this study is to enhance the understanding of diarrhea in Intensive Care Unit (ICU) patients. The applied methodology was qualitative and prospective, involving the analysis of medical records from August to October 2023, totaling 20 records. Results showed a higher prevalence among females, with an average age of 63.35 years, and the two primary comorbidities were Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM). Prior use of antibiotics and metformin was common, and the leading causes of admission were sepsis, dialysis urgency, and respiratory insufficiency, with diarrhea onset occurring approximately 7.85 days after admission. All patients received antibiotics, with a majority requiring mechanical ventilation and most receiving enteral nutrition via nasogastric tube. All tested negative for toxin A, and no endoscopic procedures were performed. Complications included electrolyte imbalances and dehydration, with the primary treatments being fiber supplementation and a reduction in diet infusion rate. The conclusion aligns with the existing literature, particularly regarding the use of antibiotics and dietary fiber as treatment, except for the higher prevalence among females. It's important to emphasize the significance of Pseudomembranous Colitis and the need for its understanding and proper treatment. An

evident finding in the study was the onset of symptoms within the first week, suggesting the necessity for further studies aimed at reducing their occurrence during this early period.

Key-words: Diarrhea. Intensive Care Unit. Gastroenterology

Introdução:

A definição de diarreia não é um consenso, podendo variar de literatura para literatura. Pode ser definida como mais que 250 a 300 ml de fezes líquidas/não formadas por dia, mais que 500ml de fezes líquidas por pelo menos 2 dias consecutivos ou, a mais amplamente utilizada durante a prática clínica, mais que 3 evacuações de aspecto líquido ou consistência amolecidas durante o período de 24 horas (SOUSA, 2018; BARROS et al.,2018).

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), é definida como uma doença, além das 3 evacuações de aspecto amolecido ou aquoso em 24h, a mudança brusca da consistência normalmente referida pelo paciente, também é um critério importante no diagnóstico. Sendo categorizada por aguda aquosa, disenteria (aguda com sangue) e persistente. Em 1989 a OMS publicou orientações em relação ao tratamento da diarreia aguda com foco na desidratação, no ano de 1993 o Ministério da Saúde (MS) do Brasil adaptou essas condutas para a realidade brasileira. Em 2005 houve atualização da concentração de eletrólitos do Soro de Reidratação Oral (SRO), com indicação de suplementação de zinco por via oral e por fim em 2006 a vacina do rotavírus foi incluída no calendário nacional de vacinação brasileiro (DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA,2017).

Possui etiologia multifatorial, como os relacionados aos mais diversos tipos de dieta, uso de medicamentos, infecções das mais diversas etiologias, estresse, doença crítica (choque e insuficiência renal, por exemplo), impactação fecal, isquemia intestinal, septicemia e hipoalbuminemia. Em relação ao uso de antibióticos, a maior evidência é de que seu uso propicia a infecção por *Clostridium difficile*, uma bactéria anaeróbica gram positiva através de translocação bacteriana, originando a colite pseudomembranosa (SOUSA, 2018; BARROS et al.,2018; BORGES et al., 2018).

Ela pode ser subdividida de acordo com a sua fisiopatologia: Aquosa quando ocorre desequilíbrio na secreção e reabsorção de eletrólitos, caracterizando a diarreia secretora, ou com ingestão de substâncias que não são absorvidas adequadamente, sendo esta, a diarreia

osmótica. Outras seriam a esteatorreia, que decorre de uma falha na reabsorção de lipídeos no trato gastrointestinal, e a inflamatória, com presença de muco e pus. Outra maneira de classificação é de acordo com o tempo de duração: aguda (menor que 14 dias), persistente (de 14 a 28 dias) e crônica (maior que 28 dias). Por fim, a classificação que visa determinar sua origem no trato gastrointestinal: alta (baixa frequência das evacuações, com grandes volumes em cada episódio) e baixa (alta frequência das evacuações, com pequenos volumes em cada episódio, geralmente associado a tenesmo) (BALDI et al., 2009; ZATERKA, 2016).

A nível nosocomial, ocorre pelos mesmos fatores etiológicos citados acima, acarretando aumento na permanência de internamento, de custos hospitalares e da morbimortalidade, pois leva o paciente a desidratação e desnutrição, agravando sua doença de base. Além disso, ocorre o risco de sua disseminação pelo setor, retardo no fechamento de cirurgias, aumento das lesões por pressão (devido a piora do estado nutricional ocasionado pela diarreia) e de outras infecções potencialmente oportunistas após o quadro de diarreia iniciado (BARROS et al., 2018; BORGES et al., 2018).

O objetivo deste estudo é de ampliar a compreensão sobre o quadro de diarreia no paciente crítico, identificando suas principais causas, sinais e sintomas associados, com a finalidade de evitar ou diminuir sua incidência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de modo a contemplar toda equipe multidisciplinar para uma melhor resolutividade.

Método:

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, através da análise prospectiva de prontuários de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com total de 10 leitos disponíveis, do período de agosto de 2023 até outubro de 2023, com total de 20 prontuários analisados. Foram incluídos no estudo pacientes que apresentaram 3 ou mais episódios de diarreia no período de 24 horas, independentemente do número de dias de internação, e excluídos os que não apresentaram essas características e/ou que possuíam ileostomia ou gastrostomia.

Dos pacientes incluídos, foram analisados o sexo, idade, comorbidades, hábito intestinal prévio, medicações de uso contínuo, motivo do internamento em UTI, com quanto tempo de internação iniciou o quadro, medicamentos utilizados durante o período, terapia nutricional, se estava em ventilação mecânica e/ou hemodiálise, se foi realizado endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, e se colonoscopia, a presença de colite pseudomembranosa,

toxina A positiva ou negativa, complicações decorrentes da diarreia e qual a conduta realizada. Os dados foram coletados pelos autores deste trabalho tendo acesso ao sistema de prontuários da instituição, a qual utilizamos como campo de pesquisa, através de questionário pelo Google Forms para posterior análise.

Resultados:

Dos 20 prontuários analisados, 70% dos pacientes foram do sexo feminino e 30% do sexo masculino, com uma idade média de 63,35 anos (95% IC 54,94 - 70,85).

Das comorbidades, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) foram as mais comuns, com uma prevalência em 70% e 50% dos pacientes (95% IC 0,49 - 0,91; 0,29 - 0,71), respectivamente, com a terceira mais comum sendo dislipidemia, presente em 25% (95% IC 0,07 - 0,43). Outras comorbidades observadas foram HIV em 10% (95% IC 0 - 0,26), imunossupressos em 10% (95% IC 0 - 0,26), 5% com intolerância à lactose (95% IC 0 - 0,16), 5% com doença celíaca (95% IC 0 - 0,16) e 20% outras comorbidades ((95% IC 0,03 - 0,36), dentre elas doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), síndrome colestática e os que não possuíam comorbidades registradas em prontuário, 100% dos pacientes não haviam registro do hábito intestinal prévio.

Das medicações de uso contínuo, 25% usavam Metformina (95% IC 0 - 0,47), 5% em uso de imunossupressores (95% IC 0 - 0,19) e 80% havia usado antibiótico prévio em algum momento no período de 6 meses antes da internação atual (95% IC 0 - 0,94).

Dentre os motivos do internamento, 10% foram por sepse pulmonar (95% IC 0 - 0,28), 5% por sepse urinária (95% IC 0 - 0,14), 10% por exacerbação do DPOC (95% IC 0 - 0,28), 10% por cetoacidose diabética (95% IC 0 - 0,28), 15% por urgência dialítica, 5% por anemia (95% IC 0 - 0,14), 5% por sepse de foco abdominal (95% IC 0 - 0,14), 10% por rebaixamento do nível de consciência (95% IC 0 - 0,28), 15% por insuficiência respiratória (95% IC 0 - 0,36), 5% por tuberculose pulmonar (95% IC 0 - 0,14), 5% por sepse de partes moles (95% IC 0 - 0,14), 5% por hemorragia digestiva alta (95% IC 0 - 0,14), 10% por pneumonia (95% IC 0 - 0,28) e 5% por deslocamento de sonda gástrica (95% IC 0 - 0,14).

O quadro de diarreia iniciou em média de 7,85 (95% IC 5,48 - 10,22) dias de internamento.

Dos medicamentos utilizados durante a internação, todos estavam em uso de antibiótico (95% IC 0,89 - 1), 80% usaram drogas vasoativas (95% IC 0,58 - 1), 10% usaram laxativos (95% IC 0 - 0,21) e 40% utilizaram procinéticos/antieméticos (95% IC 0,18 - 0,62).

Sobre a terapia nutricional, 5% estavam em nutrição parenteral total (NPT), 75% em terapia nutricional com sonda nasoentérica (SNE) e 25% em alimentação por via oral. Em NPT ou SNE, a vazão média foi de 35,31 ml/h (95% IC 27,59 - 39,29).

60% estavam em ventilação mecânica e 40% estavam em hemodiálise, com nenhum dos pacientes realizando endoscopia digestiva alta (EDA) e/ou colonoscopia durante o período do estudo (95% IC 0,39 - 0,81; 0,19 - 0,61).

Todos os pacientes apresentaram exame laboratorial para Toxina A negativo.

Sobre as complicações, 5% apresentaram lesões de pele (95% IC 0 - 0,19), 25% desidratação (95% IC 0,12 - 0,37), 50% distúrbios hidroeletrólíticos (95% IC 0,32 - 0,67), 5% desnutrição (95% IC 0 - 0,19) e 45% não apresentaram complicações (95% IC 0,30 - 0,69).

Para conduta do quadro de diarreia, 85% foram adicionadas fibras na dieta (95% IC 0 - 0,9), 5% glutamina (95% IC 0 - 0,19), 10% probióticos (95% IC 0 - 0,28), 40% foram reduzidas as vazões da SNE ou NPT (95% IC 0,23 - 0,56) e 10% foram instituídas dietas tróficas (95% IC 0 - 0,28).

Discussão:

Em relação a terapia nutricional, ficou evidente com o estudo que grande parte dos pacientes internados em UTI recebem sua dieta por via nasoentérica ou por via parenteral, a depender de sua situação clínica subjacente. Elas são causas de diarreia aguda em nível hospitalar após exclusão das demais, sendo ao mesmo tempo considerada uma forma de tratamento pela possibilidade de alterar as estratégias terapêuticas, como tipo de dieta, velocidade de vazão, tipo de proteína, presença de fibra e osmolaridade, por exemplo. A Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo sugere a não interrupção da nutrição enteral durante os períodos de diarreia (SOUSA, 2018; PITTA et al., 2019).

As fórmulas podem ser classificadas em poliméricas (estrutura protéica intacta), oligoméricas (proteína parcialmente hidrolisada) ou elemental (proteína completamente hidrolisada), sendo a base de soja, caseína, whey ou aminoácidos, com o objetivo de oferecer a recomendação diária recomendada de micronutrientes. Os lipídeos são oferecidos em longas ou médias cadeias de triglicerídeos, com as fontes sendo milho, óleo de soja e óleo de coco,

respectivamente. Carboidratos são ofertados em forma de frutose, glicose, sacarose, maltodextrina, sendo incomum a presença de lactulose. Possuem um caráter fermentativo, que podem causar desconforto abdominal devido à má absorção (PITTA et al., 2019).

A osmolaridade é determinada pela composição dos macronutrientes e o estado da proteína hidrolisada, sendo classificada em hipotônica, isotônica ou hipertônica em relação ao plasma (PITTA et al., 2019).

Fibras são carboidratos que podem ser divididos em dois grupos: solúveis e em insolúveis em água. As insolúveis, como a celulose, aumentam o volume das fezes e contribuem para o peristaltismo, e as solúveis, como o butirato, fornecem energia para os enterócitos e inibem a atividade pró-inflamatória local. Ambos os tipos causam proliferação bacteriana de *Lactobacillus* e *Bifidobactérias*, os probióticos, que podem atuar de maneira a diminuir o crescimento excessivo de *Clostridium*, além de contribuir na resposta do hospedeiro ao agente, sendo consideradas uma importante maneira de combater a diarreia, recomendada em pacientes hemodinamicamente estáveis (PITTA et al., 2019; REIS et al., 2018).

Probióticos são organismos vivos que, quando ingeridos, podem trazer benefícios para a saúde pelos efeitos antimicrobianos, estimulação da produção de muco e células imunes, atividade antioxidante, prevenção de apoptose intestinal e outros efeitos secundários protetivos na barreira epitelial. Em UTI, é comum alterações no trato gastrointestinal, como alteração da microbiota associado ao uso de antibióticos, alterações metabólicas e de motilidade, isquemia intestinal pela hipoperfusão e/ou agravamento pela doença arteriovenosa intestinal e baixo suprimento dietético, sendo esse suplemento uma forma de combater essas alterações e combater a diarreia (PITTA et al., 2019).

A glutamina, aminoácido livre mais abundante no corpo humano, atua na manutenção tecidual, e sua diminuição durante hipercatabolismo por doença crônica ou estado metabólico hiperativado (por exemplo na sepse), contribui para a translocação bacteriana. Autores sugerem que sua suplementação exógena pode melhorar a atrofia da mucosa e permeabilidade, reduzindo a translocação, devendo ser considerada em pacientes com diarreia que não estão em ventilação mecânica e apresentando falência múltipla de órgãos ou que não apresentem síndrome tumoral (PITTA et al., 2019).

Sobre a administração da dieta, sabe-se que altas velocidades e grandes volumes podem contribuir para episódios de diarreia, sendo a tolerância do paciente a melhor forma para ajuste. Pode ser administrada de forma contínua (infusão lenta dentro de 24 horas sem intervalos) ou intermitente (também em 24 horas, porém com volumes fracionados durante o

dia). O dispositivo mais recomendado é a bomba de infusão contínua (maior segurança e confiança no volume infundido), gravitacional (favorece distensão abdominal e diarreia) ou em bolus (usando seringas de 3-60 ml, com volumes de 100-300ml). Outro ponto que interfere é o posicionamento da sonda, com seu final podendo ser gástrico, duodenal ou jejunal. O estômago tolera melhor formas hiperosmolares, enquanto o intestino deve receber outras formulações (iso ou hiposmolares). A observação dessa questão pode diminuir problemas gastrointestinais associados à nutrição enteral (ZATERKA, 2016; PITTA et al., 2019).

Outro ponto crucial observado, foi que todos os pacientes incluídos no estudo apresentaram uso de antibióticos durante o internamento, e que 80% tinham feito uso de antimicrobiano em um período anterior de até 6 meses da data de admissão da UTI. Embora todos apresentaram exame de Toxina A negativos, sabe-se da importância de compreender a relação desses medicamentos com o quadro de Colite Pseudomembranosa.

É uma enfermidade definida por uma inflamação do intestino grosso causada por uma infecção oportunista pelo *Clostridium difficile*, bacilo gram-positivo anaeróbio, principalmente relacionada ao principal fator de risco que é o uso de antibióticos, como cefalosporinas de terceira geração, clindamicina, fluoroquinolonas e algumas penicilinas e outras classes medicamentosas, como inibidores da bomba de prótons (IBP) e anti histamínicos, que culminam em alterações da microbiota simbiótica do trato gastrointestinal particular de cada paciente (SANTIAGO et al., 2022).

Após a exposição ao antibiótico, a microbiota é momentaneamente eliminada, permitindo a colonização do agente ⁽⁹⁾. Ao encontrarem esse ambiente favorável para infecção, produzem toxinas A e B; A toxina A promove liberação de inúmeras citocinas e quimiocinas, migração e ativação de neutrófilos e macrófagos, IL-8 e IL-6, resultando em lesão celular, que leva a perda de líquidos, diarreia, úlceras e o exsudato pseudomembranoso que pode ser evidenciado em imagens de colonoscopia, enquanto a B é responsável pela virulência e por interromper as fibras de actina, causando destruição epitelial (PEREIRA, 2014).

Pacientes com suspeita de colite pseudomembranosa devem ser colocados em precauções de contato, principalmente em relação a higienização das mãos dos profissionais de saúde, antes e após. Outro ponto de relevância seria a descontinuidade do antibiótico assim que possível, ou a troca por outra classe quando seu uso para combater a infecção primária ainda é essencial, que possuem menor chance de desenvolver o quadro, sendo os principais

exemplos tetraciclina, aminoglicosídeos, metronidazol, vancomicina ou nitrofurantoína (SANTIAGO et al., 2022; PEREIRA, 2014; KELLY, 2023).

Ainda não há um consenso sobre critérios para definição de gravidade para o quadro, mas propõe-se o seguinte: Colite pseudomembranosa não severa com leucócitos <15.000 células/ml e creatinina sérica <1,5 mg/dl, severa com leucócitos >15.000 células/ml e/ou creatinina sérica >1,5 mg/dl e colite fulminante (previamente definida como severa) na presença de sinais de choque, íleo paralítico ou megacólon (KELLY, 2023).

O tratamento deve ser feito em pacientes com 3 ou mais evacuações diarreicas em 24 horas, sem causa óbvia definida e com exame laboratorial positivo de toxina A e B. A abordagem empírica também deve ser considerada quando a suspeita clínica é alta, mesmo sem o resultado laboratorial (KELLY, 2023).

Nos casos não severos, recomenda-se o uso de Fidaxomicina ou Vancomicina por via oral, no período de 10 dias, sendo o Metronidazol uma alternativa em casos que esses antibióticos não estejam disponíveis, porém com menor efetividade, além de não ser recomendado em pacientes debilitados clinicamente, com mais de 65 anos e que desenvolveram o quadro em associação com doença inflamatória intestinal (KELLY, 2023; JOHNSON et al., 2021).

Já nos casos severos consiste, também, o uso de antibióticos, medidas de suporte e monitorização. A recomendação mais recente seria priorizar o uso da Fidaxomicina sobre a Vancomicina, com duração mínima de 10 dias, podendo ser prolongada de acordo com a resposta do paciente ao tratamento. Esses pacientes também necessitam de avaliação cirúrgica se possuírem os critérios: Hipotensão, febre maior ou igual a 38,5, íleo paralítico ou distensão abdominal significativa, peritonite, alteração do estado mental, leucócitos >22.000 células/ml, lactato sérico >2,2 mmol/l, admissão à UTI, falência orgânica (necessitando de ventilação mecânica, insuficiência renal e hepática) e falha ao tratamento otimizado após 3 a 5 dias (KELLY, 2023; JOHNSON et al., 2021).

Os enfermos podem apresentar recorrência, definida como o ressurgimento dos sintomas após a cessação dos mesmos com um tratamento adequado após 2 meses, sendo o seu manejo de acordo com o número das recorrências: Primeira ou segunda, recomendado o uso de Fidaxomicina sobre a Vancomicina, e se nos últimos seis meses teve uso de antibioticoterapia, pode ser utilizado o Bezlotoxumab e nos pacientes com 3 ou mais episódios de recorrência, está sugerido o transplante fecal de microbiota (KELLY, 2023; JOHNSON et al., 2021).

Conclusão:

Este estudo teve a predominância de pacientes do sexo feminino com média de idade inferior aos 64 anos, possuindo ao todo mais de 9 diferentes comorbidades, predominando hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, o tempo de início do quadro de diarreia após admissão na UTI foi inferior a 8 dias. Em relação aos medicamentos de uso contínuo, metformina foi o mais prevalente e o único com significância estatística. Outro padrão medicamentoso evidenciado, foi o tratamento realizado com antibiótico, pelo menos uma vez, nos últimos 6 meses que antecederam a admissão na UTI.

Dentre os 10 motivos de internação encontrados, a sepse ficou em primeiro lugar, com predominância pelo foco pulmonar, em segundo lugar, duas razões (urgência dialítica e insuficiência respiratória aguda) com a mesma importância estatística. No que tange às complicações da enfermidade estudada, as duas maiores foram evidenciadas com uma porcentagem muito próximas, distúrbios hidroeletrólíticos e dos pacientes sem complicações, seguido pela desidratação. Somando-se a isso, mais da metade dos pacientes encontravam-se em ventilação mecânica, e nenhum obteve resultado positivo para a toxina A.

Acerca dos medicamentos usados durante a internação, todos os pacientes estavam em uso de antibiótico e cerca de 80% utilizando no mínimo um tipo de droga vasoativa, continuado por antieméticos/procinéticos. Bem como a terapia nutricional mais exibida foi a sonda nasoenteral, com velocidade média de infusão próximo a 36 ml/h. Por fim, as principais medidas terapêuticas reveladas foram acrescentar fibras alimentares na dieta e diminuição da vazão da dieta enteral dos pacientes, com pequeno uso de dieta trófica, probióticos e glutamina.

Em suma, este trabalho acadêmico aponta de maneira divergente em relação às referências bibliográficas usadas como base, no quesito gênero, na qual as literaturas trazem uma certa equivalência entre os gêneros, já nossos resultados nos mostraram uma predominância feminina. De maneira convergente, idade, comorbidades dos pacientes, uso recente previamente de antibiótico, complicações e a conduta terapêutica, se aproximaram em dados da imensa maioria dos trabalhos relacionados.

Também, identificamos uma dúvida no desfecho dos dados em relação a grande prevalência da ventilação mecânica, hemodiálise e resultado negativo para toxina A, podendo remeter uma nova contribuição teórica ou pelo viés da singularidade dos pacientes e do estabelecimento de serviço no qual o nosso trabalho está inserido. Concluindo, somos capazes

de identificar um dado pouco evidente na literatura atual, o tempo médio de início do quadro de diarreia (7,85 dias), a partir da admissão do paciente na UTI, gerando assim, fomento e necessidade de mais estudos focalizados em medidas que diminuam a chance dos pacientes desenvolverem diarreia na primeira semana de UTI.

Referências:

BALDI, Fábio et al. Focus on acute diarrhoeal disease. World journal of gastroenterology, 2009; 15(27), 3341–3348.

BARROS, Josiane Rodrigues de et al. Fatores associados à diarreia em uma unidade de terapia intensiva: estudo de coorte. Nutrición clínica y dietética hospitalaria, 2018; 38(2): 127-132.

BORGES, Sérvulo Luiz et al. Diarréia nosocomial em unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de risco. Arquivos De Gastroenterologia, 2018; 45(2), 117–123.

DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA (Pediatria). Sociedade Brasileira de Pediatria et al. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. 01. ed. atual. Departamento de Científico de Gastroenterologia: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017. 15 p. v. 01. E-book.

JOHNSON, Stuart et al. Clinical Practice Guideline by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA): 2021 Focused Update Guidelines on Management of Clostridioides difficile Infection in Adults. Clinical Infectious Disease, 2021.

KELLY, Ciaran P; LAMONT, Thomas; BAKKEN, Johan S. Clostridioides difficile infection in adults: Treatment and prevention. In: UP-TO-DATE. Waltham: UpToDate, 2023. Disponível em : <https://www.uptodate.com/contents/clostridioides-difficile-infection-in-adults-treatment-and-prevention>. Acesso em: 13 out. 2023.

PEREIRA, Nelson Gonçalves. Infecção pelo Clostridium Difficile. Jornal Brasileiro de Medicina, v.102, n. 5, p. 123-135, set/out. 2014.

PITTA, Marina Regueira et al. Diarrhea and Enteral Nutrition: A Comprehensive Step-by-Step Approach. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2019; 00, 1-12.

REIS, Audrey Machado dos et al. Uso de fibras dietéticas em nutrição enteral de pacientes graves: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2018; 30(3): 358-365.

SANTIAGO, Bruno Almeida et al. Aspectos Gerais da Colite Pseudomembranosa: Revisão de literatura. VI Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar, IV Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar e III Feira de Empreendedorismo da UNIFIMES, 2022.

SOUSA, Beatriz Silva; MELO, Fernanda Godoi. Diarréia no paciente em estado crítico: definição, causas e condutas de profissionais de saúde de Unidades de Terapia Intensiva. 2018. 19 f. Trabalho de Conclusão de Residência em Ciências Saúde - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

ZATERKA, Schlioma; NATAN, Jaime Eisig. Tratado de gastroenterologia: da graduação à pós-graduação. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2016.

Comprovante de recebimento do artigo (TCC) pela revista

[BJD] Submission Acknowledgement



OJS - Brazilian Journals

ojs@brazilianjournals.com.br



Para: **Você** vitorrossati12@hotmail.com

quinta-feira, 26 de outubro, 18:15

Olá,

Obrigado por enviar o manuscrito, "Diarrhea in the Intensive Care Unit " para Brazilian Journal of Development. Com o sistema de gerenciamento de periódicos online que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial fazendo login no site do periódico:

URL de submissão:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/authorDashboard/submission/64267>

Nome do usuário: vitorrossati12

O prazo estimado para a resposta da submissão é de 10 dias uteis.

Se você tem alguma dúvida , Por favor entre em contato comigo. Obrigado por considerar esta revista como um local para o seu trabalho.

Editorial Team