



## **Diagnóstico e tratamento da Gastreenterite Aguda – as perspectivas da ESPGHAN-ESPID e da SLAGHNP**

Sofia Martins<sup>1</sup>, Andreia Lopes<sup>1</sup>, Cristiana Couto<sup>2</sup>, Eunice Trindade<sup>1</sup>, Marta Tavares<sup>1</sup>, Jorge Amil Dias<sup>1</sup>

1. Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Hospital de São João
2. Centro Hospitalar do Alto Ave

### **Resumo**

A gastreenterite aguda (GEA) continua a ser uma das patologias mais frequentes em idade pediátrica, associada a morbi-mortalidade importante. Nos últimos anos foram desenvolvidas orientações clínicas pela Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica/Sociedade Europeia de Doenças Infecciosas Pediátricas e pela Sociedade Latino-americana de Gastroenterologia Pediátrica, Nutrição e Hepatologia para a abordagem e tratamento da GEA em idade pediátrica. Avaliamos as recomendações de ambos os grupos e destacamos as principais semelhanças e diferenças.

Analisaram-se as orientações publicadas em 2008 e 2009 e avaliaram-se os seguintes parâmetros: metodologia de investigação, definição de GEA, epidemiologia, factores de risco para doença grave, avaliação diagnóstica, critérios de internamento e alta, orientação terapêutica e prevenção.

Verificou-se que para os dois grupos, embora utilizando metodologia distinta, a re-hidratação oral constitui a base da terapêutica, com clara preferência pelas soluções de osmolaridade reduzida e hipotónicas. Ambas recomendam o aleitamento materno e a realimentação precoce. Há alguma evidência de benefício com o uso de probióticos (*Lactobacillus GG* e *Saccharomyces boulardii*), racecadotril e esmectita. Não está recomendado o uso indiscriminado de anti-eméticos, antiperistálticos ou antimicrobianos. As principais diferenças detectadas incluíram: a indicação para o recurso aos cuidados de saúde, o uso de anti-eméticos e de zinco.

A presente análise permite concluir que as principais recomendações para a abordagem terapêutica da diarreia aguda infantil são comuns para os países desenvolvidos e em desenvolvimento, apesar dos diferentes cenários epidemiológicos que caracterizam cada grupo. As diferenças encontradas estão relacionadas com características físicas, socioeconómicas e culturais da população alvo.

**Palavras-chave:** Gastreenterite, criança pré-escolar, recomendações, soluções de re-hidratação

*Acta Pediatr Port* 2011;42(4):172-6

### **Diagnosis and treatment of acute gastroenteritis – ESPHAN-ESPID and SLAGHNP perspectives**

#### **Abstract**

Acute gastroenteritis (AGE) is still one of the most frequent diseases in children, with important morbidity and mortality. In recent years clinical guidelines were developed by the European Society for Paediatric of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases and the Latinamerican Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, for the management of pediatric AGE. We aimed to evaluate the recommendations of both groups and highlight the main similarities and differences.

We analyzed the published guidelines in 2008 and 2009 and evaluated the following parameters: investigation methodology, definition of AGE, epidemiology, risk factors for severe disease, diagnostic evaluation, criteria for admission and discharge, therapy and prevention.

Although using different methodology, it was found that for both groups oral rehydration constitutes the main therapy, with a clear preference for hypotonic solutions. Both recommend breastfeeding and early refeeding. There is some evidence of benefit with use of probiotics (*Lactobacillus GG* and *Saccharomyces boulardii*), smectite and racecadotril. The indiscriminate use of antiemetics, antimicrobial or antiperistaltic drugs is not recommended. The main differences identified included: the indication for a medical visit, the use of antiemetics and zinc.

This analysis suggests that the main recommendations for management of acute diarrhea in children are common between developed and developing countries, despite different epidemiological scenarios that characterize each group. The differences are related to physical, socioeconomic and cultural characteristics of the target population.

**Key-words:** Gastroenteritis, preschool child, guidelines, rehydration solutions

*Acta Pediatr Port* 2011;42(4):172-6

**Recebido:** 05.04.2011

**Aceite:** 19.10.2011

**Correspondência:**

Jorge Amil Dias  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro  
4202-451 Porto  
jorge.amil@hsjoao.min-saude.pt

## Introdução

A gastroenterite aguda (GEA) continua associada a elevado número de admissões hospitalares e número não negligenciável de mortes. A facilidade de deslocação das populações conduz à frequente observação de doentes provenientes de diversas nacionalidades pelo que é importante conhecer as diferentes culturas, tradições e sistemas de saúde. Em vários países praticam-se correntemente intervenções médicas na tentativa de reduzir a intensidade e duração dos sintomas, o que nem sempre resulta em benefício clínico. As orientações clínicas emanadas pelas sociedades científicas poderão contribuir de forma importante para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, com uniformização de atitudes baseadas em evidência clínica sólida, evitando práticas incorrectas e erros sistemáticos. A Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica em colaboração com a Sociedade Europeia de Doenças Infecciosas Pediátricas (ESPGHAN-ESPID), e a Sociedade Latino-americana de Gastroenterologia Pediátrica, Nutrição e Hepatologia (SLAGHNP) desenvolveram separadamente orientações clínicas para o diagnóstico e tratamento da gastroenterite em idade pediátrica. Reconhecendo que seguramente haveria grande coincidência nas principais conclusões, era previsível que analisassem as respectivas realidades epidemiológicas e culturais. Portugal, embora inserido na Europa, partilha certamente de alguns factores relevantes da realidade latino-americana. Por esse motivo pareceu útil comparar ambos os documentos. Assim, os autores pretendem avaliar as recomendações destas sociedades e destacar as principais semelhanças e diferenças, de forma a disponibilizar informação sistematizada no que respeita à avaliação diagnóstica e orientação terapêutica.

## Material e métodos

Foram analisadas as recomendações da ESPGHAN-ESPID e da SLAGHNP para abordagem da GEA publicadas em 2008 e 2009, respectivamente<sup>1,2</sup>. Foram avaliados os seguintes parâmetros: definição de GEA, metodologia de investigação, epidemiologia, factores de risco para doença grave, avaliação diagnóstica, critérios de internamento e alta, prevenção e recomendações terapêuticas (solução de re-hidratação oral, alimentação, uso de fármacos).

## Resultados

Ambos os documentos adoptaram a mesma definição de GEA: diminuição da consistência das fezes e/ou aumento da frequência das evacuações (três ou mais dejeções em 24 horas), associada ou não a febre ou vómitos. A diarreia apresenta tipicamente duração compreendida entre sete e catorze dias. No entanto, a alteração da consistência das fezes é mais indicadora de diarreia do que o número de dejeções, especialmente nos primeiros meses de vida.

A metodologia de investigação utilizada pelos dois grupos foi distinta. A ESPGHAN-ESPID efectuou uma revisão sistemática da literatura com execução de tabelas de evidência efectuada por grupos de trabalho das respectivas sociedades. Em contrapartida, a SLAGHNP fez a revisão sistemática da lite-

ratura e posteriormente gradação da evidência científica e análise das recomendações por peritos latino-americanos.

A ESPGHAN-ESPID fez a revisão da epidemiologia, dos factores de risco, da avaliação da gravidade, da presença de desidratação e diagnóstica da GEA, que representa uma incidência de 0,5-1,9 episódios por criança por ano em menores de três anos de idade na Europa. O Rotavírus é o agente mais frequente e, dentre as bactérias, *Campylobacter* e *Salmonella*, dependendo do país. São considerados factores de risco para doença persistente e/ou grave: grau de desidratação; presença de vómitos, anorexia, febre e fezes com muco; idade inferior a seis meses; baixo nível socioeconómico; frequência de infantário e presença de imunodeficiência. Os principais microrganismos isolados em crianças com diarreia persistente são Rotavírus, Noravírus, Astrovírus, *Escherichia coli* enteroagregativa e *Escherichia coli* atípica. A presença de febre elevada (superior a 40°C), fezes com sangue, dor abdominal ou envolvimento do sistema nervoso central sugerem infecção bacteriana. A etiologia vírica é mais provável quando a criança apresenta vómitos e sintomas respiratórios. No entanto, não existe evidência de que a combinação de características clínicas possa prever etiologia bacteriana ou vírica. Os doentes com infecção por Rotavírus geralmente apresentam maior gravidade clínica, com vómitos e desidratação mais severos. Os exames culturais de fezes não devem ser efectuados por rotina, e estão indicados apenas quando se vai iniciar antibioterapia perante a suspeita de surto ou de doença inflamatória intestinal. Não há indicação para realização de endoscopia, excepto em casos seleccionados (suspeita de colite infecciosa, doença inflamatória intestinal ou patologia cirúrgica). A determinação de electrólitos séricos deve ser efectuada nos doentes com desidratação moderada ou grave, naqueles cujo exame objectivo não é consistente com a história clínica e nos que vão iniciar fluidoterapia endovenosa. O melhor indicador de desidratação é a perda de peso corporal. A classificação em subgrupos (não desidratado, desidratação ligeira, moderada ou grave) é essencial para a terapêutica apropriada. Embora tenham sido propostos vários sistemas de pontuação para classificação da desidratação, não existe nenhum validado para utilização clínica. Os sinais clínicos de desidratação são imprecisos e os melhores indicadores de desidratação são o tempo de preenchimento capilar, turgescência cutânea e padrão respiratório.

Ambos os documentos definem recomendações sobre as indicações para recurso aos serviços de saúde, com diferenças no seu conteúdo (quadro I).

Em ambas as recomendações são considerados critérios de internamento: a presença de choque, desidratação grave (perda ponderal estimada superior a 9%), alterações neurológicas (letargia, convulsões), vómitos biliares ou persistentes, falha da re-hidratação oral e suspeita de patologia cirúrgica.

Os critérios de alta do Serviço de Urgência são referidos apenas pela ESPGHAN-ESPID, sendo recomendada a alta hospitalar quando se alcança a re-hidratação suficiente confirmada pelo ganho de peso e/ou estado clínico, não são necessários fluidos por via entérica ou endovenosa, a ingestão oral é igual ou excede as perdas, existe garantia de tratamento adequado pelos pais e é assegurado seguimento médico.

Após comparação da abordagem terapêutica proposta pelos dois relatórios (quadros II, III, IV e V), verificou-se que a re-hidrata-

**Quadro I** – Orientação clínica dos doentes com gastroenterite aguda.

	ESPGHAN-ESPID	SLAGHNP
Recorrer ao médico	Dejecções de grande volume (>8/dia), vômitos persistentes, doença subjacente grave, < 2 meses.	Suspeita de desidratação, quando a frequência ou quantidade de dejecções ou vômitos seja superior à re-hidratação oral tolerada.
Internamento	Choque, desidratação grave, alterações neurológicas, vômitos persistentes ou biliares, falha da re-hidratação oral, suspeita de doença cirúrgica.	
Alta	Re-hidratação suficiente, a ingestão oral é igual ou excede as perdas, follow-up médico.	

**ESPGHAN-ESPID** - Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica/Sociedade Europeia de Doenças Infecciosas Pediátricas;  
**SLAGHNP** - Sociedade Latino-americana de Gastroenterologia Pediátrica, Nutrição e Hepatologia

**Quadro II** – Abordagem terapêutica da gastroenterite aguda: soluções de re-hidratação oral.

Tratamento	ESPGHAN-ESPID	SLAGHNP
Soluções de re-hidratação oral (SRO)	Terapêutica de 1ª linha. As soluções de osmolaridade reduzida e hipotónicas são preferidas.	
SRO com base de arroz	Não está recomendada em doentes com diarreia não colérica. Terapêutica alternativa na cólera.	
SRO com outros substratos	Não estão recomendadas (evidência insuficiente)	

**Quadro III** – Abordagem terapêutica da gastroenterite aguda: alimentação.

Tratamento	ESPGHAN-ESPID	SLAGHNP
Alimentação precoce vs tardia	Alimentação precoce	
Amamentação	Deve manter-se a amamentação	
Fórmulas diluídas e de soja	Sem evidência científica	
Fórmulas sem lactose	A maioria das crianças não necessita de fórmula sem lactose	Sem evidência científica
Dietas restritivas/bebidas com elevado conteúdo de açúcar	Não estão recomendadas	

**Quadro IV** – Abordagem terapêutica da GEA: terapêutica farmacológica

Tratamento	ESPGHAN-ESPID	SLAGHNP
Anti-eméticos	Não se recomenda o uso de rotina	Não se recomenda o uso de rotina. Considerado o uso de ondansetron em doentes desidratados em risco de falha terapêutica de re-hidratação oral
Fármacos anti-motilidade ou anti-peristálticos	A loperamida não deve ser usada para o tratamento da GEA	Não deve ser usada loperamida em <3 anos
Caolino-pectina	Não está recomendada	
Subsalicilato de bismuto	Não deve ser usado por rotina	
Racecadotril	Pode ser considerado	

**Quadro V** – Abordagem terapêutica da GEA: terapêutica farmacológica (continuação).

Tratamento	ESPGHAN-ESPID	SLAGHNP
Probióticos	Podem ser eficazes como adjuvantes da terapêutica. Lactobacillus GG e Saccharomyces boulardii	
Prebióticos	Recomendados por poucos estudos	
Zinco	Não há benefício provado para o uso em crianças europeias	Recomendado como co-adjuvante em > 6 meses
Antimicrobianos e antiparasitários	Não está recomendado o uso por rotina	

ção oral é a pedra angular do tratamento da GEA, sendo preferíveis as soluções de osmolaridade reduzida ( $\text{Na}=75 \text{ mmol/L}$ ) e hipotónicas ( $\text{Na}=60 \text{ mmol/L}$ ). Os doentes com GEA tratados com as soluções de osmolaridade reduzida e hipotónica apresentam diminuição da excreção fecal, dos vômitos e da necessidade de fluidoterapia endovenosa, sem risco acrescido de hiponatremia, quando comparados com as crianças tratadas com solução de re-hidratação oral padrão ( $\text{Na}=90 \text{ mmol/L}$ ). Entretanto, com base na evidência de eficácia e segurança a OMS já modificou a sua recomendação com redução do teor de sódio para  $75 \text{ mmol/L}$  e conseqüente diminuição da osmolaridade<sup>3</sup>. Nos doentes admitidos por cólera, as soluções de osmolaridade reduzida estão associadas a hiponatremia quando comparadas com a solução padrão, embora tenham benefícios similares. Quando a re-hidratação oral não é tolerada, deve iniciar-se re-hidratação entérica por sonda oro ou nasogástrica, visto ser tão eficaz como a via endovenosa, ter menos efeitos adversos e permitir internamentos mais curtos. Não está recomendada a utilização de soluções de re-hidratação oral com outros substratos por falta de evidência científica. No entanto, a solução de re-hidratação oral à base de arroz pode ser utilizada como terapêutica alternativa em crianças com GEA secundária a cólera, visto que é eficaz na redução da excreção fecal nas primeiras 24 horas de tratamento.

Ambos os documentos recomendam a manutenção do aleitamento materno e a alimentação precoce após a re-hidratação durante o episódio de GEA. Alguns estudos demonstraram que a alimentação precoce reduz significativamente a duração da diarreia. Não existe evidência científica que suporte a utilização de fórmulas diluídas nem o uso por rotina de fórmulas sem lactose ou de soja. Não está recomendada a alimentação com dietas restritivas como a dieta BRAT (acrónimo de Bread, Rice, Apple, Toast - pão, arroz e maçã) nem a ingestão de bebidas com elevado conteúdo de açúcar. A SLAGHNP salienta que o uso de infusões ou de soluções de re-hidratação usadas por desportistas apresentam elevado conteúdo de glicose e, portanto, são inapropriadas para a utilização em crianças com GEA.

Em relação à terapêutica farmacológica, a ESPGHAN-ESPID e a SLAGHNP não recomendam o uso por rotina de anti-eméticos, por serem questionáveis os seus benefícios e terem potenciais efeitos laterais. Porém, a SLAGHNP considera o uso no Serviço de Urgência de ondasetron em doentes desidratados com risco de falha terapêutica da re-hidratação oral. Os fármacos anti-motilidade ou anti-peristálticos não estão indicados no tratamento da GEA em crianças. Alguns estudos clínicos demonstram eficácia da loperamida na redução da duração da diarreia mas este fármaco está associado a efeitos laterais graves. A esmectita (não disponível em Portugal) pode ser considerada como adjuvante da terapêutica, pois está associada a redução da duração da diarreia. Ambas as recomendações desaconselham de caolino-pectina ou de subsalicilato de bismuto. O racecadotril pode ser considerado no tratamento da GEA, havendo evidência de que reduz a duração da diarreia, a excreção fecal e o número de dejeções, sem estar associado a efeitos adversos significativos. No entanto, deverão ser efectuados mais estudos prospectivos para avaliação da eficácia e segurança em crianças tratadas em ambulatório.

Os probióticos podem ser adjuvantes eficazes da terapêutica da diarreia, mas apenas existe benefício comprovado em estudos

científicos de *Lactobacillus GG* e *Saccharomyces boulardii*. Não existe evidência da eficácia para a maioria das preparações, pelo que apenas está recomendado o uso de probióticos com eficácia provada nas doses apropriadas, como adjuvantes da re-hidratação oral. Existem poucos estudos de metodologia robusta que avaliem a utilização de prebióticos, pelo que o seu uso não está indicado no tratamento da GEA em crianças.

Segundo a ESPGHAN-ESPID, a suplementação com zinco não apresenta benefício para crianças europeias com GEA. No entanto, a SLAGHNP recomenda a administração de zinco como adjuvante eficaz e seguro no tratamento de crianças com GEA ( $20 \text{ mg/dia}$  em maiores de seis meses). A sua utilização é suportada pela Organização Mundial de Saúde nos países em desenvolvimento, mas alguns estudos não demonstram benefícios na população com idade inferior a 6 meses, pelo que a sua recomendação deve ser criteriosa neste grupo etário (de acordo com a experiência do médico). A ESPGHAN-ESPID não recomenda a utilização de ácido fólico, glutamina ou nita-zoxanide para o tratamento de crianças com GEA. Segundo a SLAGHNP não deve ser usada vitamina A por rotina, mas pode ser considerada de acordo com as condições socioeconómicas e em doentes com deficiência de vitamina A.

Ambas as sociedades desaconselham o uso generalizado de antimicrobianos ou antiparasitários. Porém, apenas a ESPGHAN-ESPID faz a revisão das indicações para o uso de antimicrobianos no tratamento da GEA. Está recomendada antibioterapia quando existe suspeita de infecção por *Shigella* ou quando o exame cultural de fezes é positivo. Actualmente, está indicada terapêutica com cefalosporinas de terceira geração, azitromicina, ácido nalidixico e fluoroquinolonas. Não devem ser usados antibióticos no tratamento de crianças saudáveis com gastroenterite por *Salmonella*, visto que podem induzir o estado de portador. Apenas está indicada antibioterapia para lactentes com idade inferior a três meses, imunodeficiência, asplenia, sob corticoterapia ou terapêutica imunossupressora, doença inflamatória intestinal ou acloridria. Na GEA por *Campylobacter* está indicada antibioterapia para a forma disenterica e para diminuir a transmissão em infantários e instituições. Quando é instituída nos primeiros três dias de doença pode reduzir a duração dos sintomas. O tratamento antibiótico de diarreia induzida por *Escherichia coli* entero-hemorrágica não interfere significativamente com o curso clínico ou duração da excreção fecal do patógeno. A antibioterapia para tratamento da gastroenterite causada por *Escherichia coli* enterotoxigénica ou enteropatogénica está associada a diminuição da duração da diarreia e da excreção fecal do patógeno. A doxiciclina é a terapêutica de eleição da cólera e está associada a redução significativa da duração da diarreia e eliminação fecal de *Vibrio cholerae*. A diarreia associada a antibioterapia é geralmente causada pelo *Clostridium difficile* e ocorre remissão imediata dos sintomas após a suspensão da terapêutica antibiótica. No entanto, nos casos de doença moderada a grave o metronidazole constitui a terapêutica de primeira linha, ficando a vancomicina reservada para as estirpes resistentes.

Na maioria dos casos de GEA esporádica o agente desencadeante não é conhecido na apresentação da doença. Poderá ser considerada a antibioterapia empírica para o tratamento de diarreia invasiva grave, cujas causas mais comuns são

Shigella spp, Campylobacter spp e Salmonella entérica. É importante o tratamento de crianças hospitalizadas e daquelas que frequentam o infantário para diminuir a transmissão da Shigella e do Campylobacter. Na diarreia aquosa a antibioterapia não está recomendada, excepto se o doente viajou recentemente ou se esteve exposto a cólera. Não devem ser utilizados antibióticos perante quadros clínicos que cursam com diarreia sanguinolenta e febre baixa ou sem febre.

Está indicada a utilização de antibioterapia parentérica quando a medicação oral não é tolerada, em lactentes com idade inferior a três meses e febre, em doentes com imunodeficiência que apresentam febre, toxemia grave ou suspeita de bacteriemia.

Ocasionalmente, os agentes bacterianos entéricos podem causar infecção extraintestinal, cujo tratamento deverá ser efectuado com antibióticos parentéricos. No entanto, não existem dados que suportem a eficácia da antibioterapia nestas crianças.

Cryptosporidium e Giardia constituem os principais parasitas que cursam com diarreia. Pode ser considerada a terapêutica com nitazoxanide para crianças de idade superior a doze meses com criptosporidiose. Não está recomendado o tratamento de portadores de Giardia assintomáticos mas naqueles com sintomas persistentes poderá ser ponderada a terapêutica com metronidazole, tinidazole ou nitazoxanide.

Apenas a ESPGHAN-ESPID fez a revisão das indicações para a prevenção. Actualmente, estão disponíveis duas vacinas anti-rotavírus, mas não existem outras para causas comuns de GEA. Embora exista evidência do efeito benéfico da prevenção passiva por imunoglobulina ou colostro hiperimune, o seu uso por rotina não está recomendado. A quimioprofilaxia pode ser considerada em situações específicas (crianças imunocomprometidas ou para controlo de surtos).

### Discussão

A GEA permanece uma das causas mais comuns de morbimortalidade nos países em desenvolvimento. A revisão das orientações publicadas recentemente pela ESPGHAN-ESPID e pela SLAGHNP demonstrou que, embora tenham sido utilizadas metodologias diferentes, as principais recomendações para a abordagem da GEA são idênticas na Europa e nos países em desenvolvimento.

As orientações publicadas pela ESPGHAN-ESPID apresentam a revisão da epidemiologia, factores de risco para doença persistente e/ou grave, avaliação clínica e gravidade da doença, da desidratação, avaliação diagnóstica assim como dos critérios de alta hospitalar. As indicações das duas sociedades para recurso aos serviços médicos também apresentam pequenas diferenças, essencialmente relacionadas com os respectivos contextos socioeconómicos. No entanto, foram adoptados pelos dois grupos os mesmos critérios de internamento.

As principais diferenças em relação às recomendações terapêuticas referem-se à utilização de antieméticos: a SLAGHNP pondera o uso de ondansetron em doentes desidratados no Serviço de Urgência. A suplementação com zinco parece ter mais utilidade em crianças desnutridas e é recomendada pela SLAGHNP como co-adjuvante da terapêutica em maiores de seis meses. Embora ambas as sociedades não recomendem o uso por rotina de antimicrobianos ou antiparasitários, apenas a ESPGHAN-ESPID faz uma revisão das possíveis indicações de antibioterapia no tratamento da GEA assim como da prevenção.

As diferenças presentes nas orientações das duas sociedades estão relacionadas sobretudo com o método que presidiu à elaboração dos respectivos documentos e com os diferentes contextos epidemiológicos. O relatório da SLAGHNP baseia-se na votação dos peritos, pelo que se alicerça mais em experiência clínica acumulada pelo painel após selecção criteriosa dos estudos publicados. É pois, compreensível que a importância da realidade epidemiológica da região com maior incidência de diarreias secretoras e as condições de recurso a cuidados médicos tenham pesado em algumas recomendações. Nas orientações da SLAGHNP está recomendada intervenção terapêutica mais precoce, o que poderá estar relacionado com o contexto socioeconómico e cultural, visto que a população, por vezes, não tem facilmente acesso aos cuidados médicos. O documento preparado pela ESPGHAN-ESPID seguiu um método que incluiu análise de todos os estudos disponíveis, por um painel de epidemiologistas, com exclusão de todos os trabalhos que não tivessem segura robustez metodológica. O painel de peritos só interveio numa fase subsequente. Por esse motivo, o peso da realidade epidemiológica regional é menos evidente.

### Conclusão

As principais recomendações para a avaliação clínica e orientação da GEA são comuns para os países em desenvolvimento e para os países desenvolvidos, diferindo em orientações relacionadas com características físicas, socioeconómicas e culturais da população alvo.

### Referências

1. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra JH, Shamir R, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46 Suppl 2: S81-122.
2. Castellón PG, Allué IP, Lindo ES. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia. *An Pediatr* 2009; 10: 1-17.
3. World Health Organization. *The treatment of diarrhoea, a manual for physicians and other senior health workers*. WHO/FCH/CAH/03.7. Geneva: World Health Organization, 2005. Acessível em: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241593180/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241593180/en/index.html)