e Publicação

CIM CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

A maioria dos episódios de diarreia aguda são ligeiros e autolimitados, requerendo apenas tratamento de suporte. É necessária uma avaliação que permita identificar situações que requerem referenciação ao médico ou orientar o tratamento

Diarreia aguda

Aconselhamento farmacêutico

DATA 2025-11-19 | **AUTOR** Ana Paula Mendes, *Diretora técnica do CIM*

A diarreia carateriza-se por uma alteração da frequência e da consistência habitual das fezes, definindo-se como a ocorrência de três ou mais episódios de fezes moles ou líquidas num período de 24 horas.[1-7] Por vezes ocorre febre,[6] dores abdominais,[1,2,8] inchaço e flatulência.[1,2] A diarreia considera-se aguda quando a sua duração não ultrapassa as duas semanas.[1-5,7,8] Porém, algumas normas referem que, caso ultrapasse os sete dias, se considera diarreia prolongada.[5,6]

Principais causas de diarreia aguda

Infeções gastrointestinais. A maioria dos casos de diarreia aguda são de etiologia infeciosa.[3,7,9] A transmissão dos agentes infeciosos ocorre principalmente por via fecal-oral,[1,10] devido à contaminação das mãos por contacto direto com o doente ou com superfícies e objetos.[1] A **gastroenterite viral** é a causa mais frequente de diarreia aguda nos países desenvolvidos.[1-3,5,7-9] Manifesta-se principalmente com diarreia não sanguinolenta, vómitos e febre.[9] Nos **adultos**, são frequentemente causadas por rotavírus, adenovírus,[1,3,4,5] norovírus, adenovírus, astrovírus, entre outros.[3,4] Nas **crianças**, são frequentemente causadas por rotavírus,[2,4] excetuando regiões em que a vacinação contra este é prática habitual, nas quais prevalece o norovírus.[9]

A diarreia aguda pode também ser causada por **infeções bacterianas**,[1,3,4,7-9] sendo que a maioria tem origem alimentar[1,4,5] – ingestão de carne ou ovos crus ou malcozinhados, leite e iogurtes não pasteurizados,[1,4] por ingestão de água contaminada,[4,8] ou contacto com animais.[9,10] As bactérias que podem estar implicadas incluem salmonelas, shigellas, *Clostridioides difficile*, *Campylobacter*, *Escherichia coli* patogénicas[1,3,5] e estafilococos,[1,5] entre outras. Pode manifestar-se com febre alta, dor abdominal grave e sangue ou muco nas fezes.[5,9]

Mais raramente, a diarreia aguda pode ser causada por **parasitas**,[1,3-5,7,9] como a *Giardia*,[1,3,4,9] *Cryptosporidium*, *Cyclospora*, *Entamoeba*, entre outros.[2,4,9] Causam tipicamente diarreia aquosa, dores abdominais, vómitos e febre baixa.[9]

Origem alimentar. Como anteriormente referido, a maioria das diarreias agudas de origem bacteriana estão relacionadas com a **ingestão de alimentos contaminados**.[1,4,5,7,10] Caso ocorram casos semelhantes noutras pessoas, como familiares ou colegas, com quem o doente tenham partilhado uma refeição, podemos estar perante uma **toxinfeção alimentar**, cuja suspeita deverá ser comunicada às autoridades de saúde.[1,2,10]

A diarreia aguda pode ser causada por **intolerância alimentar**,[4,5,7,8] nomeadamente à lactose[4,5,8] e ao glúten.[5,8] Em crianças pode surgir, ou ser agravada, pelo **consumo excessivo de bebidas hiperosmolares**, muito açucaradas ou edulcoradas, como refrigerantes ou sumos de frutas.[2,9]

Outras causas. Apesar de a diarreia associada a **doenças digestivas** ser principalmente crónica, algumas podem desencadear episódios agudos,[5,7,8] nomeadamente síndrome do intestino irritável, impactação fecal,[5,8] diverticulite[8] ou doenças inflamatórias intestinais.[5,7]

O aparecimento de diarreia pode estar relacionado com a toma de alguns **medicamentos**,[1,2,5,8] nomeadamente laxantes,[1,2,8] anti-inflamatórios não esteroides (AINE),[1,2,7,8] citotóxicos,[1,2,5,8] antibióticos,[1,2,5,7,8] sais de magnésio, alguns antidiabéticos[5,8] como a acarbose e a metformina,[5] entre outros. Pode também indiciar a toma de doses supraterapêuticas, tal como no caso da colchicina, digoxina, levotiroxina e metotrexato.[1,2]

O uso de **antibióticos** parece causar diarreia por disrupção da flora intestinal e sobrecrescimento bacteriano;[9] ocasionalmente pode ocorrer colite pseudomembranosa.[1,2]

Em crianças, **infeções extraintestinais** como otite media, pneumonia ou infeções do trato urinário podem causar diarreia aguda,[7,9] geralmente ligeira e autolimitada e acompanhada por febre ou vómitos.[9]

Avaliação

A maioria dos episódios de diarreia aguda são ligeiros e autolimitados, requerendo apenas tratamento de suporte. É necessária uma avaliação que permita **identificar situações que requerem referenciação ao médico** ou **orientar o tratamento**,[5,7] mediante a recolha de informações como:

- Idade;[1,3,5,9]
- Duração dos sintomas;[1,3,5]
- Frequência, abundância e presença de muco ou de sangue nas dejeções;[1,3,5,9]
- Outros sintomas associados,[1,3,5] como febre, dor abdominal grave ou vómitos;[3,5]
- Existência de outras patologias;[1,3,5,9]

e Publicação

CIM CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Diarreia aguda: Aconselhamento farmacêutico

DATA 2025-11-19 | **AUTOR** Ana Paula Mendes, *Diretora técnica do CIM*

- Contexto em que se desenvolveram os sintomas:[1,3,7] potenciais exposições, como alimentos ingeridos,[3,5,7,9] residência, ocupação, historial de viagens, animais de estimação, *hobbies*,[3,5,7] e uso recente de antibióticos.[5,7,9]

A complicação mais frequente e imediata da diarreia aguda é a desidratação,[1,4,7,8] rara em adultos saudáveis.[1] Porém, pode ser especialmente perigosa na população idosa,[1,7,8] em doentes crónicos, em grávidas[1] e em crianças.[6,7,9] Nestas, a diarreia é geralmente acompanhada por vómitos e febre, o que contribui para o risco de desidratação.[6,9]

O sinal que melhor permite identificar a presença de desidratação é a **perda de peso**,[2,6,9,11] que pode não ser facilmente quantificável caso o peso inicial seja desconhecido.[2,6] Outros sinais incluem **secura das membranas mucosas, perda de elasticidade da pele** e a **diminuição ou ausência de lágrimas**.[4,6,11,12] Nas crianças, o **aumento da sede** é um sinal precoce de desidratação que, contudo, não se manifesta se a criança estiver letárgica.[2,4] Outro sinal é a diminuição da **frequência da micção**.[2,4,9,12]

Critérios para encaminhamento médico

A **avaliação clínica é recomendada** em certas populações e na presença de algumas situações que aumentam o risco de desidratação ou de infeção generalizada,[1,4] nomeadamente:

- Idade inferior a seis meses[4,7] ou peso inferior a 8 kg,[4] ou idade superior a seis meses com sintomas há mais de 48 horas;[7]
- Idade superior a 70 anos;[1,3]
- Ocorrência de seis ou mais episódios de diarreia em 24 horas;[3]
- Doentes com sinais de desidratação;[3,7]
- Diarreia inflamatória – com sangue, muco[3,4,7,8] ou pus;[7,8]
- Dor abdominal grave, [3,4,7,8] que não melhora com as dejeções;[8]
- Vómitos persistentes;[4,7]
- Febre persistente[3,4] – duração superior a 48 horas,[8] ou superior a 39ºC;[4]
- Indivíduos com patologias crónicas graves:[4,8] cardiovasculares[1,3,4,7] renais[4,] diabetes[4,7] ou doença inflamatória intestinal crónica;[1,3]
- Imunossupressão;[1,3,4,7,8]
- Gravidez;[1,3,4,8]
- Viagem recente a um país estrangeiro;[8]
- Surgimento do mesmo quadro em pessoas que ingeriram alimentos em comum;[8]
- Diarreia no seguimento de toma recente de antibiótico;[7]
- Ausência de melhoria ou agravamento passadas 48-72 horas.[4,8]

Tratamento

Na maioria dos casos os sintomas são ligeiros e/ou transitórios[3] e a diarreia aguda melhora espontaneamente num intervalo de 24-48 horas após o seu aparecimento.[1,4] Nestes casos, **prevenir ou tratar a desidratação** é a abordagem terapêutica mais importante,[1,3-6,8,12] mediante a **repleção de fluidos**[1,3,4,6] e **ajustes na dieta**[3,4] que permitam manter um bom estado nutricional.[8] Alguns doentes podem beneficiar de **terapêutica farmacológica sintomática**.[3,4,8]

Prevenir ou tratar a desidratação

Casos ligeiros. Para prevenção, ou tratamento de uma desidratação ligeira em crianças e adultos, pode ser suficiente **aumentar o aporte de líquidos**,[1-4,7,12] através da ingestão de água, caldos,[1,3,4,7] sopas ou sumos diluídos, como o de maçã.[1-4,7,12] Sumo de maçã puro ou bebidas comercializadas à base de cola podem agravar a diarreia em consequência da sua hiperosmolaridade e não corrigem a perda de sódio.[2]

Casos moderados. Em adultos com diarreia mais grave, as **soluções de reidratação oral** (SRO) são um método mais apropriado para repor e manter a volémia.[1,3,8] São a abordagem de **primeira escolha** em casos de diarreia aguda em crianças com idade inferior a seis meses, mesmo na ausência de sinais de desidratação[2] e, em crianças de qualquer idade, na presença de desidratação moderada.[2,4,9,11]

A absorção de água no intestino delgado é um processo passivo, que depende da absorção de eletrólitos, como o sódio e o cloreto, ou de outros solutos, como a glucose[3,4,8] e aminoácidos.[4] As SRO, ao conterem cloreto de sódio e glucose, permitem a absorção de água através da ação do cotransportador de sódio e glucose, que permanece funcional na maioria dos casos de diarreia.[3,4,8] Não diminuem a sua intensidade,[8,9] mas permitem que o organismo recupere e que a diarreia cesse sem outra intervenção,[8] devendo ser **iniciadas o mais precocemente possível**[2]

Na presença de **desidratação moderada** (perda de peso corporal >5%) a SRO deve ser ingerida numa dose entre 50 mL/kg[1,2,4,10] a 100 mL/Kg,[4,10] em quantidades pequenas e de forma regular ao longo de um período médio de quatro horas.[1,2,4,10] Os bebés devem receber a SRO através de uma seringa.[7,12] As crianças devem receber uma colher de chá a cada 1-2 minutos[4,12] ou beber pequenos goles diretamente de um copo.[12] Adolescentes (peso ≥ 30 Kg) e adultos podem ingerir 2-4 litros de SRO ao longo deste intervalo. Após esta fase inicial de reidratação, deve haver um reforço da ingestão após cada dejeção (ou episódio de vómito), de acordo com o peso corporal: <10 kg: 60-120 mL; > 10 Kg: 120-240 mL.[4,10]

Por vezes a ingestão destas soluções em quantidades elevadas, especialmente se muito rápida, desencadeia o aparecimento de vómitos. Nesse caso, a toma deve ser interrompida por 10 minutos e retomada com a ingestão mais frequente de pequenas quantidades,[1,2,7] ou a um ritmo mais lento, p. ex. cada 2-3 minutos.[7,12] A refrigeração da SRO pode melhorar a sua tolerabilidade;[7] porém, não deverá estar demasiado fria, o que pode aumentar a motilidade intestinal.[8]

As SRO apresentam-se em **saquetas de pó para diluição** em água,[1,2,7] fervida e arrefecida quando destinada a crianças com idade inferior a um ano,[7] ou na forma de **soluções prontas**. No caso das primeiras, há que instruir acerca do procedimento de reconstituição.[4] Após preparação conservam-se 24 horas no frigorífico,[2,7,8] não devendo permanecer mais de uma hora à temperatura ambiente.[2,7]

Algumas formulações pediátricas possuem **zinco** na sua composição.[8] Porém, não é expectável que este aporte benefício em crianças sem malnutrição, pelo que não é recomendado nos países desenvolvidos.[6,10,11]

O aporte de água e eletrólitos deve ser tomado em consideração no caso de doentes com **insuficiência cardíaca** ou **insuficiência renal**.[1] É importante controlar a pressão arterial dos **hipertensos**, devido ao elevado conteúdo em sódio destas soluções. Nos **diabéticos** há que ter atenção ao teor de glucose destas formulações.[8]

e Publicação

CIM CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Diarreia aguda: Aconselhamento farmacêutico

DATA 2025-11-19 | **AUTOR** Ana Paula Mendes, *Diretora técnica do CIM*

Recomendações alimentares

A **ingestão de alimentos apropriados à idade** promove uma recuperação mais rápida e deve ser retomada logo que tolerada.[2-6,10,12] A reintrodução alimentar não deve tardar mais de 4-6 horas após o início da reidratação,[6] devendo acompanhar a reidratação oral de manutenção.[4,12] Os doentes afetados por náuseas e vómitos, ou por perda de apetite, podem ingerir apenas líquidos durante um período curto.[1]

Apesar de o benefício de recomendações específicas não estar claramente estabelecido,[3] o mais adequado será manter um regime alimentar baseado em hidratos de carbono complexos ou cereais, ricos em amido, cozinhados com sal[1-4,11] (ver tabela). Os laticínios podem ser difíceis de digerir, devido a mal absorção secundária da lactose, comum após infeções intestinais, pelo que pode ser razoável uma evicção temporária destes alimentos,[3,7,8] à exceção dos iogurtes.[1,2,4,8,11]

Nos **lactentes e crianças** não deve existir restrição do leite habitual, seja ou não materno.[2,4,12] Está demonstrado o benefício de continuar a amamentação durante a diarreia,[2,6,10-12] pois reduz a sua gravidade.[2] Na maioria dos bebés, os leites sem lactose não aportam benefício,[2,6] uma vez que a intolerância secundária é geralmente ligeira e autolimitada.[11]

Terapêutica farmacológica

Os fármacos antidiarreicos mais utilizados são inibidores da motilidade – **loperamida** e inibidores da secreção - **racecadotril**.[1,3,8,11] Têm uma eficácia modesta na regularização do trânsito intestinal, sem efeito demonstrado na prevenção da desidratação.[1] Devem ser evitados perante suspeita de etiologia bacteriana[3,11] – muco ou sangue nas fezes, febre,[1] pelo risco de que prolonguem ou agravem a situação,[1,3,4,11] exceto se o doente estiver a receber antibióticos.[3,11]

Loperamida. É um agonista opioide que reduz o peristaltismo[4,10] e aumenta o tempo de trânsito intestinal, reduzindo o volume fecal e a perda de fluidos e eletrólitos.[4] Mostrou diminuir ligeiramente o número de dejeções[1,3] e a duração da diarreia.[3]

Pode ser uma opção em **adultos** imunocompetentes,[10] sem febre ou com febre baixa,[3,4] e que não apresentem sangue nas fezes.[3,4,8,10] É importante assegurar que o seu uso não substitui ou atrasa a implementação de medidas de reidratação,[1,3] pois pode mascarar a desidratação ao causar acumulação de fluido no lúmen gastrointestinal.[3] Como referido, está contraindicada quando os sintomas sugiram diarreia inflamatória, bacteriana ou diarreia associada a antibioterapia,[4,8] pelo risco de agravar a situação, desencadear megacólon tóxico[3,4] ou íleo paralítico.[4]

A dose inicial é de 4 mg, seguida de 2 mg após cada dejeção até à dose máxima de 16 mg/dia,[3,8] por um período não superior a dois dias.[3] Nas doses habituais tem poucos efeitos adversos, podendo causar tonturas,[4,7,8] obstipação náuseas, vómitos,[1,4,7,8] flatulência[1] e cefaleias.[8] Pode ocorrer ainda dor[4] ou distensão abdominal,[1,4] íleo paralítico, megacólon, agravamento de patologias intestinais pré-existentes,[1] boca seca, fadiga e reações de hipersensibilidade.[4] Estão descritas situações de uso abusivo.[1]

Os antidiarreicos não devem ser administrados por rotina a **crianças** com diarreia.[6,10,11] Nestas, a loperamida não demonstrou efeito na prevenção da desidratação.[2] Adicionalmente, a possibilidade de causar letargia e sonolência[2,11] poderá dificultar a reidratação.[2] Não está indicada em crianças com idade inferior a seis anos, uma vez que aporta um benefício clínico muito modesto, com risco elevado de efeitos adversos.[4,11]

Está também disponível uma associação de **loperamida** a 2 mg e **simeticone** 125 mg por comprimido.[3,8] Proporcionou um alívio mais rápido e mais completo da diarreia e do desconforto abdominal associado à flatulência do que os fármacos por separado.[3] Está indicada em adultos e crianças com idade superior a 12 anos. Nestas, recomenda-se a toma inicial de um comprimido de 2 mg/125 mg, seguindo-se um comprimido após cada dejeção, até uma dose máxima de 8/500 mg (4 comprimidos/dia). Em adultos, a dose inicial é de 4 mg/250 mg, com a mesma dose máxima diária.[8]

Racecadotril. É antissecretor intestinal.[1,2,11] Demonstrou reduzir o volume[3,10] e duração da diarreia e, em alguns estudos, proporcionar melhoria mais rápida e com melhor perfil de segurança face à loperamida.[3] Em crianças demonstrou eficácia modesta, em complemento à reidratação.[2] Apesar da evidência quanto ao seu benefício ser limitada e inconsistente,[11] e não ter efeito demonstrado na prevenção da desidratação grave,[2] parece ser um fármaco seguro, pelo que pode ser uma opção terapêutica a considerar.[11]

O racecadotril deve ser usado numa dose inicial de 100 mg, em adultos, e posteriormente 100 mg a cada oito horas.[8] Os seus efeitos adversos consistem essencialmente em obstipação, cefaleias e angioedema, especialmente em associação com inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA).[1]

Probióticos. Os probióticos são microrganismos vivos que têm o potencial de alterar a flora gastrointestinal. Têm sido considerados como adjuvantes à reidratação,[11] mas o seu benefício é incerto e a

Tabela - Recomendações dietéticas em gastroenterite e diarreia agudas

Alimentos recomendados	Alimentos desaconselhados
Sopas ou caldos[1,3,4,7,8]	Alimentos com elevado teor de gordura[1,3,4,7,8]
Vegetais cozidos[2-4,11]	Alimentos picantes[4,7]
Batata, massas, arroz, trigo ou aveia [3]	Alimentos ricos em açúcares simples: refrigerantes, sumos[4,7,8] e gelatinas[4]
Peixe branco (cozido ou grelhado)[8]	Verduras cruas e de folha verde[8]
Carne de aves (cozida ou grelhada)[2,4,8,11]	Frutos secos[8]
Ovo cozido[8]	Pão integral[8]
Pão branco[8]	Doces e compotas[8]
Frutas:[2-4,8,11] maçã cozida[8] e banana[3,8]	Bebidas com cafeína[4]
Bolachas de água e sal[3,4]	Laticínios[3,7,8] – exceto iogurte[1,2,4,8,11]
Chá ou tisanas[8]	

e Publicação

CIM CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Diarreia aguda: Aconselhamento farmacêutico

DATA 2025-11-19 | **AUTOR** Ana Paula Mendes, *Diretora técnica do CIM*

evidência é inconsistente.[1-3,11] Uma revisão Cochrane apurou que não existe evidência conclusiva que suporte o seu uso no tratamento da diarreia aguda infeciosa, sendo incerto que reduzam a sua duração.[13] Não parecem associado a efeitos adversos significativos,[4,11,13] mas não são adequados em indivíduos imunocomprometidos, nos quais podem causar infeções sistémicas.[1,2,4] De acordo com algumas meta-análises o seu eventual benefício parece depender do microrganismo, da estirpe e da dose.[11,14] A decisão de uso deve ser individualizada,[3] podendo ser equacionados em adultos[4,10] e crianças[6,10,11] imunocompetentes com diarreia infeciosa.

A ESPGHAN (*European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*) recomenda que, caso se opte pela sua utilização, são preferíveis algumas **estirpes específicas** para as quais existe maior evidência:

- *Saccharomyces boulardii*, 250–750 mg/dia durante 5-7 dias;
- *Lactobacillus rhamnosus GG*, dose diária ≥10^{10} CFU durante 5-7 dias;
- *Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938, doses diárias de 1x10^{8} a 2x10^{8} a 4x10^{8} CFU durante cinco dias;
- *Lactobacillus rhamnosus* 19070-2 associado a *Lactobacillus reuteri* DSM 12246, dose de 2x10^{10} CFU de cada estirpe durante cinco dias.[11,14]

Alívio das dores e da febre

O **paracetamol** é de eleição no caso de coexistir febre ou dores;[2,7] em crianças, deve ser usado na dose de 15 mg/Kg por toma, até quatro tomas por dia, sem exceder 60 mg/Kg/dia.[2]

Medidas de prevenção

A medida mais importante para prevenir a transmissão fecal-oral dos patógenos é a **lavagem frequente das mãos**. No caso do doente, as mãos devem ser higienizadas após usar a casa de banho e antes das refeições.[1,2,7,8] Os coabitantes devem lavar as mãos antes e depois de contactar diretamente com o doente, após manusear as suas roupas de vestir, de cama, atoalhados e objetos pessoais, e antes de confecionar ou de servir alimentos.[1,2,10] O uso de luvas não exclui o risco de contaminação; as mãos devem ser lavadas antes da sua colocação e após remoção.[1,2] Na ausência de sujidade, a fricção com uma **solução hidroalcoólica** pode ser uma opção prática, ao dispensar o acesso a uma fonte de água.[1,2,10]

No caso das crianças, os cuidadores deverão lavar as mãos após a **troca de fraldas**[10,11] ou contacto com vómito. A troca das fraldas deve ocorrer num local próprio, higienizado após o uso, e as fraldas devem ser colocadas em sacos fechados.[11] Há que tentar evitar que as crianças levem objetos à boca.[8]

A **desinfeção ambiental** é outra medida preventiva importante, nomeadamente:

- Limpar e desinfetar os puxadores das portas (especialmente das casas de banho), o assento dos sanitários, as torneiras, superfícies sujas ou qualquer outro objeto que seja manipulado pelo doente;
- Lavar separadamente e a temperatura elevada a roupa de vestir e de cama do doente.[1,2,7]

Em complemento à lavagem das mãos, a prevenção da transmissão de uma diarreia aguda infeciosa pela **alimentação** requer manutenção de condições de higiene adequadas na preparação dos alimentos – lavagem, cozedura,[1,2,10] congelação da carne ou do peixe destinados a ser ingeridos crus,[1] e na sua conservação – higiene adequada dos frigoríficos e manutenção de uma temperatura entre 0-4 °C na zona mais fria.[1,2]

Uma pessoa afetada por diarreia aguda não deve preparar refeições para outros.[1,7]

Algumas práticas de preparação e acondicionamento de **alimentos destinados a bebés e crianças** estão associadas a um maior risco de contaminação bacteriana, nomeadamente:

- Conservação dos alimentos à temperatura ambiente por um período superior a duas horas;
- Alimentar com papas utilizando biberões em vez de tigelas;
- Conservação a 4°C dos biberões ou das refeições por períodos superiores a 48 horas.[2]

Os indivíduos afetados por diarreia aguda infeciosa devem **evitar frequentar piscinas**[7,11] durante uma[11] a duas semanas após o último episódio de diarreia.[7,11] O regresso ao trabalho ou à escola só deverá ocorrer 48 horas após a resolução dos sintomas.[7]

Precauções com medicação crónica

Uma diarreia grave com duração superior a 24 horas pode comprometer a absorção digestiva dos contracetivos hormonais orais, com risco de ineficácia.[1]

Os IECA, os antagonistas dos recetores da angiotensina, os diuréticos e os AINE são fatores de insuficiência renal em consequência de uma eventual desidratação. Pode ser necessário reduzir a dose ou de interromper o tratamento temporariamente.[1]

Referências bibliográficas

1. Diarrhée aiguë bénigne chez un adulte. Premiers Choix Prescrire. Actualisation: avril 2023.
2. Diarrhée aiguë bénigne un enfant ou un nourrisson. Premiers Choix Prescrire. Actualisation: avril 2021.
3. Regina LaRocque R, Harris JB. Approach to the adult with acute diarrhea in resource-abundant settings. UpToDate®, topic last updated: May 20, 2025.
4. Krinsky DL. et al. eds. Handbook of Nonprescription Drugs, 20th ed. Washington, American Pharmacists Association, 2021.
5. Meisenheimer ES MD, MBA, Epstein C DO, Thiel D MD, MPH. Acute Diarrhea in Adults. Am Fam Physician. 2022 Jul [acedido a 19-11-2025];106(1):72-80. Disponível em: https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0700/acute-diarrhea.pdf
6. Guarino A, Lo Vecchio A, Dias JA, Berkley JA, Boey C, Bruzzese D, et al. Universal Recommendations for the Management of Acute Diarrhea in Nonmalnourished Children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018 Nov;67(5):586-593. doi: 10.1097/MPG.0000000000002053.
7. Hobbs N, St. Clair Jones A. Case-based learning: acute diarrhoea.
Pharm J. July 2021;307(7951). doi:10.1211/PJ.2021.1.95109
8. Faus Dáder MJ, Gómez Martínez JC, Martínez Martínez F. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico de Síntomas Menores. Granada, Editorial Técnica AVICAM, 2018.
9. Levy J. Diagnostic approach to diarrhea in children in resource-abundant settings. UpToDate®, topic last updated: Jul 25, 2024.
10. Shane AL, Mody RK, Crump JA, Tarr PI, Steiner TS, Kotloff K, et al. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. Clin Infect Dis. 2017 Nov 29;65(12):e45-e80. doi: 10.1093/cid/cix669.
11. O'Ryan MG. Acute viral gastroenteritis in children in resource-abundant countries: Management and prevention. UpToDate®, topic last updated: Oct 16, 2025.
12. Hartman S, Brown E, Loomis E, Russell HA. Gastroenteritis in Children. Am Fam Physician. 2019 Feb 1;99(3):159-165. Erratum in: Am Fam Physician. 2019 Jun 15 [acedido a 19-11-2025];99(12):732. Disponível em: https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0201/p159.pdf
13. Collinson S, Deans A, Padua-Zamora A, Gregorio GV, Li C, Dans LF, Allen SJ. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Dec 8;12(12):CD003048. doi: 10.1002/14651858.CD003048.pub4.
14. Szajewska H, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, Kolacek S, Orel R, et al; Working Group on Probiotics and Prebiotics of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Use of Probiotics for the Management of Acute Gastroenteritis in Children: An Update. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020 Aug;71(2):261-269. doi: 10.1097/MPG.0000000000002751.