

Protocolo Integrado de Desidratação Aguda Pediátrica

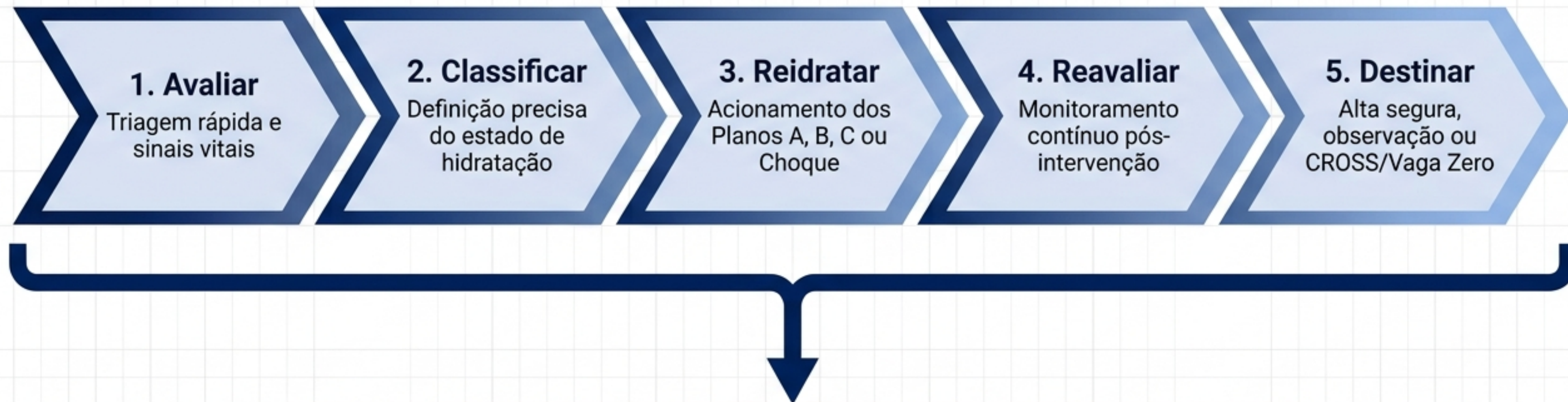
Diretrizes Consolidadas do Ministério da Saúde (MS) e SBP

Foco Operacional: Reconhecimento precoce, reidratação segura e transferência.

Baseado no documento: PMUE-PED-DA-001 (Versão Institucional 2026)

A Jornada Clínica da Criança no Pronto-Socorro

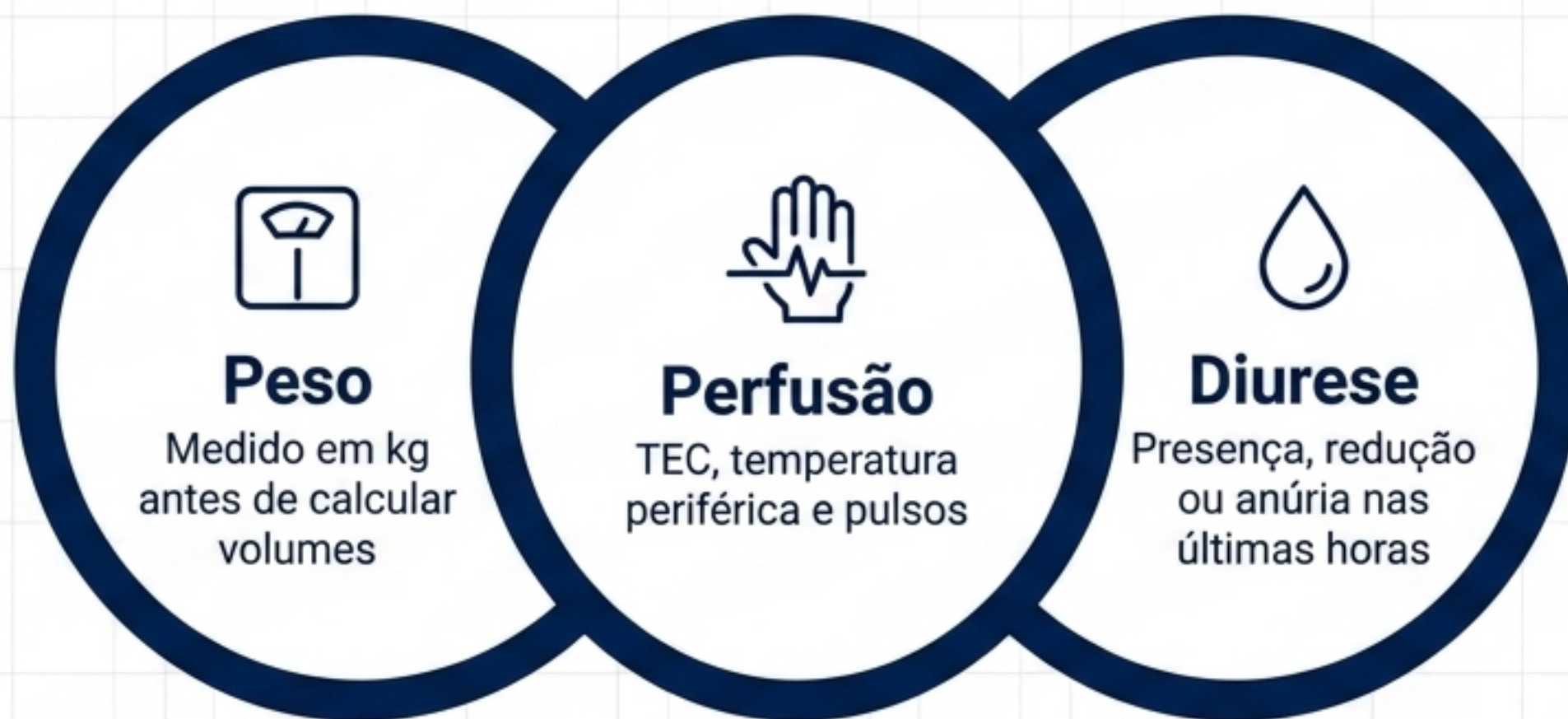
O objetivo imediato é restaurar a perfusão e a ingestão segura; a investigação etiológica ocorre em paralelo.



Não Atrasar: A terapia não deve esperar por exames, diagnóstico definitivo ou transferência.

A Triagem Inegociável

Nenhuma decisão clínica pode ser tomada sem o registro imediato da **Trindade Vital**.



Conduta Imediata

Encaminhar direto à Sala Vermelha se houver:

- Alteração de consciência (letargia)
- Incapacidade de beber
- Má perfusão
- Suspeita de doença grave

A Matriz de Classificação SBP / MS

Nenhum sinal isolado substitui o julgamento clínico. A categoria pode mudar rapidamente.

	Sem Desidratação	Alguma Desidratação	Grave / Choque
Estado Mental	Ativa, aceita líquidos.	Irritabilidade, sede intensa.	Letargia, incapacidade de beber.
Sinais Físicos	Olhos normais, mucosas úmidas.	Olhos fundos, boca seca, lágrimas reduzidas, prega lenta.	Extremidades frias, TEC prolongado, pulso fraco.
Destino	Plano A / Alta	Plano B / Observação	Sala Vermelha / Estabilização

A Armadilha do Choque Pediátrico

Sinais Precoces (Visíveis)

- Perfusão periférica lentificada
- Pulsos fracos
- Alteração do estado mental
- Oligúria

Sinal Tardio (Oculto)

Hipotensão

Atenção: Hipotensão é um sinal tardio em pediatria. Aguardar a queda da pressão arterial para diagnosticar o choque resulta em atraso crítico. O foco deve ser a perfusão e a diurese.

Plano A: Terapia de Reidratação Oral e Prevenção

Conduta Terapêutica

- Indicado para crianças sem sinais clínicos de desidratação.
- Oferecer SRO (Sais de Reidratação Oral) após cada evacuação/vômito, em pequenos volumes.



Alerta: Água, refrigerantes, sucos e bebidas esportivas **NÃO** substituem o SRO.

- Manter **aleitamento materno** em livre demanda.
- Manter alimentação habitual apropriada à idade.

Crítérios de Alarme

- Retorno Imediato ao PS se a criança apresentar:
 - Piora do estado geral
 - Pouca urina
 - Recusa de líquidos
 - Febre persistente
 - Sangue nas fezes
 - Vômitos repetidos

Plano B: Reidratação Supervisionada

Indicado para Alguma Desidratação. Deve ser realizado em observação rigorosa.

SRO 75 mL/kg por via oral (ou sonda) ao longo de 4 a 6 horas



4 a 6-hour

Oferta fracionada

Uso de copo, colher
ou seringa

Registro contínuo de entradas
e saídas (perdas/diurese)



Exemplo Prático:

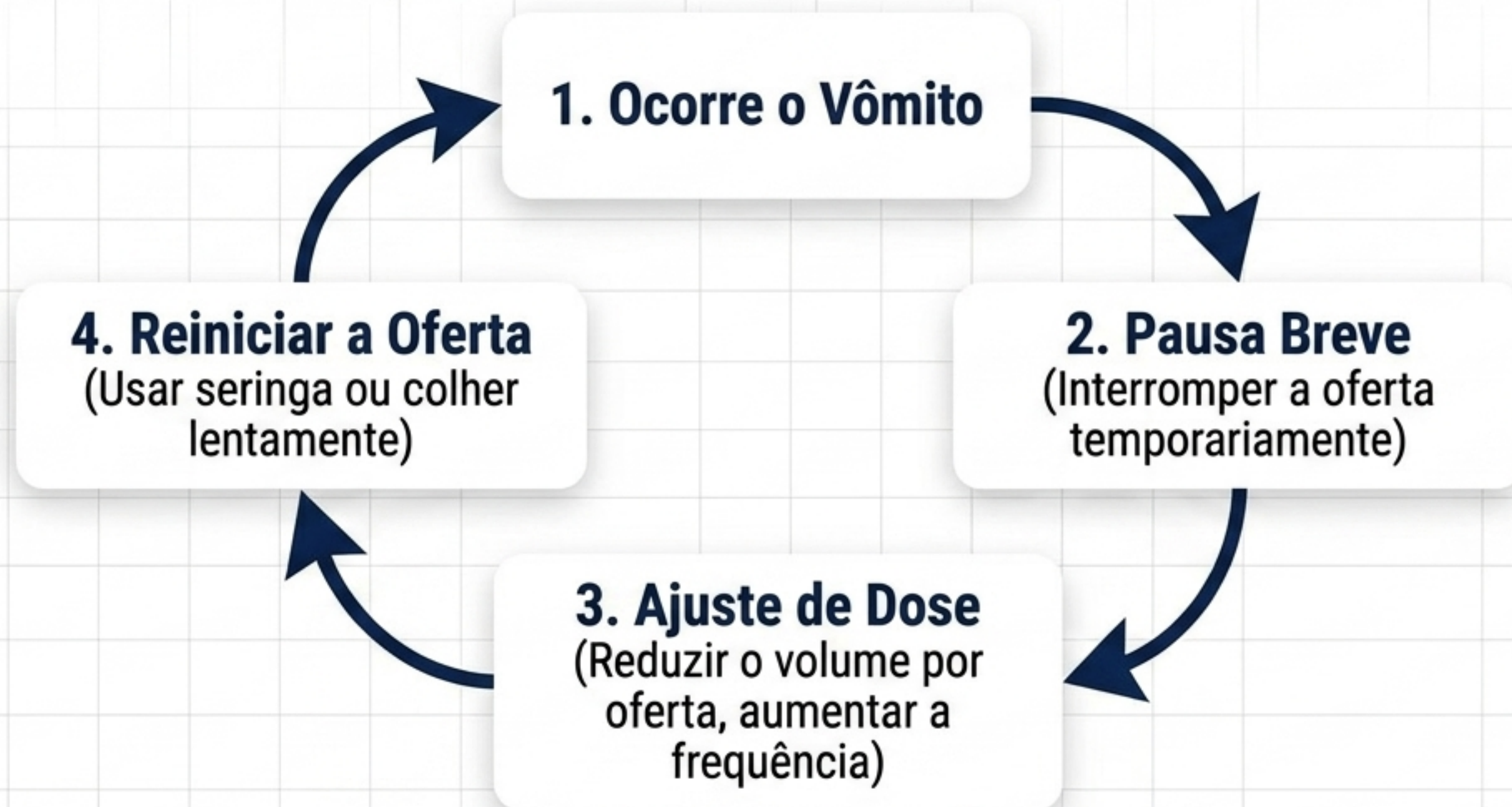
Criança com 12 kg

$12 \text{ kg} \times 75 \text{ mL} = 900 \text{ mL}$ de SRO em 4–6 horas

Requer reavaliação clínica constante durante a infusão.

Manejo de Vômitos na Terapia Oral

Vômitos **NÃO** contraindicam a TRO. A falha persistente exige reavaliação, mas a técnica de fracionamento é habitualmente eficaz.



Nota Terapêutica:

Uso de Ondansetrona:

Depende de avaliação médica e protocolo local.

Não substitui a reidratação ativa nem a investigação estrutural de causas base.

Sala Vermelha: Choque e Desidratação Grave

Protocolo Imediato:

ABCDE, oxigênio (se hipoxemia),
glicemia capilar, acesso venoso
periférico (ou intraósseo se falha rápida).



Choque Circulatório

SF 0,9% ou Ringer Lactato.
Alíquota de 10 mL/kg IV rápida.

Desidratação Grave (Sem Choque)

Reposição parenteral isotônica
conforme peso/idade. Migrar para via
oral/enteral assim que possível.



**Acionamento CROSS precoce quando persistem hipoperfusão,
necessidade de suporte ventilatório ou hipótese de sepse.**

O Algoritmo de Repetição de Fluidos

Não repetir fluidos às cegas. Desidratação grave e choque exigem vigilância estrita após cada alíquota de 10 mL/kg.



Atenção Crítica: Se os sinais de resposta não aparecem ou surgem sinais de sobrecarga, repense a etiologia (Sepse? Cardiopatia?).

Diagnósticos Diferenciais: Expandindo a Visão

Evitar reduzir toda criança com vômitos e diarreia a gastroenterite simples.

Sepse

Foco clínico em hipotermia ou febre, presença de petéquias, má perfusão isolada e desconforto respiratório.

Dengue

Análise do contexto epidemiológico, surgimento de letargia súbita, dor abdominal intensa e sinais de sangramento.

Cetoacidose (CAD)

Busca por histórico de polidipsia, perda ponderal crônica, de respiração profunda (Kussmaul) e hiperglicemia.

Abdome Agudo

Atenção máxima a vômito bilioso, dor localizada ou distensão abdominal franca, hematêmese e estado de extao de toxemia.

Exames Complementares: O Princípio do Processo Paralelo

A maioria das crianças com gastroenterite não necessita de exames.
A coleta não deve atrasar a reidratação.

Tratamento & Reidratação (Sem Interrupções)

Glicemia Capilar

Mandatória em crianças graves, letárgicas, com convulsão, suspeita de CAD ou em jejum prolongado.

Eletrólitos, Função Renal e Gasometria

Reservados para choque, falha terapêutica, suspeita de sepse ou indicação de transferência.

Regra de Ouro: Solicitar exames somente se o resultado for alterar a conduta imediata.

A Matriz de Destinação

A alta não depende de 'parar a diarreia", mas de garantir hidratação, perfusão e rede de apoio segura.

Checklist de Alta Segura

- ✓ - Aceita líquidos de forma consistente
- ✓ - Perfusão e diurese normais
- ✓ - Responsável compreende os sinais de alarme
- ✓ - Possibilidade social de retorno ao PS

Crítérios para Observação / Vaga Zero

- ⚠ - Choque ou desidratação grave documentada
- ⚠ - Falha na TRO ou necessidade IV persistente
- ⚠ - Suspeita de abdome agudo, CAD ou Dengue grave
- ⚠ - Lactente jovem comprometido
- ⚠ - Ausência de condição social para retorno seguro

A Regra de Ouro do Ministério da Saúde e SBP



Continuidade Assistencial: O Registro Clínico Mínimo

Se não está registrado, o protocolo falhou e a continuidade do cuidado está comprometida.

Documentação Obrigatória:

- ☐ Peso exato em quilogramas e sinais vitais completos.
- ☐ Classificação inicial (Sem / Alguma / Grave) e após cada reavaliação.
- ☐ Volume prescrito (sempre em mL) e volume efetivamente administrado.
- ☐ Balanço de perdas (vômitos/diarreia) e presença de diurese.
- ☐ Resumo clínico completo para acionamento CROSS (incluindo glicemia e resposta).

