

PROTOCOLO MUNICIPAL DE DESIDRATAÇÃO AGUDA PEDIÁTRICA

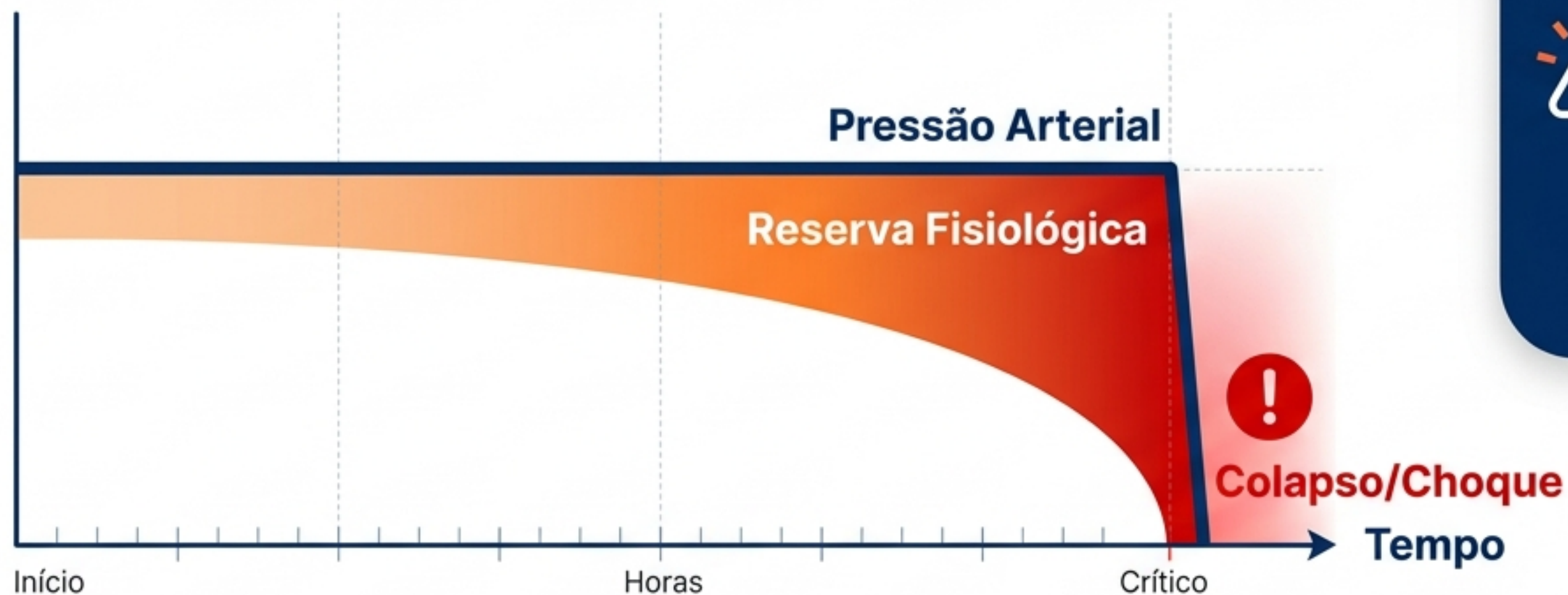
O tempo de decisão salva vidas:
reconhecer, reidratar e destinar.

Pronto-Socorro Municipal
Dr. Taminato Tion | Itariri-SP

Código: PMUE-PED-DA-001 |
Versão 1.0 — 2026

Público: Equipe Multiprofissional
de Urgência e Emergência

O objetivo imediato é restaurar a perfusão antes do colapso clínico.



Por que a decisão deve ser rápida?



Crianças mantêm a pressão arterial normal às custas de extremo esforço compensatório. A hipotensão é um sinal tardio e um sinal de parada iminente.



Tratar a criança, não apenas o número de evacuações.

Foco na condição clínica global.



A pediatria é matemática: condutas exigem peso atual registrado.

Base para doses precisas.



NÃO ATRASAR a reidratação à espera de exames ou diagnóstico etiológico.

Prioridade é a estabilização.

A triagem pediátrica exige medições objetivas e precisas.

O Obrigatório

PESO (kg)

Nenhum volume pode ser calculado sem o peso exato em quilogramas.

A Tríade Vital



O Gatilho



Glicemia capilar obrigatória se:
letargia,
convulsão ou
jejum prolongado.

Lembrete operacional: Peso + sinais vitais + diurese são dados obrigatórios para decisão e registro no prontuário.

Sinais de alarme exigem acionamento imediato da Sala Vermelha.



Vaga Zero / Sala Vermelha

Neurológico

Letargia, rebaixamento, convulsão, incapacidade de beber.

Hemodinâmico

Pulso fraco, extremidades frias, TEC prolongado, oligúria/anúria (hipotensão é tardia!).

Gastrointestinal

Vômito bilioso, vômitos incoercíveis, dor abdominal intensa/localizada.

Situações Críticas

Lactente pequeno com hipoatividade; suspeita de dengue, CAD ou intoxicação.

CONDUTA IMEDIATA: ABCDE, monitorização, acesso IV/IO e glicemia. Não atrase a estabilização.

A Matriz de Classificação: onde a criança se encaixa?

Sem Desidratação	Alguma Desidratação	Desidratação Grave / Choque
Achados: • Ativa, perfusão preservada, diurese presente, aceita líquidos.	Achados: • Sede, irritabilidade, olhos fundos, lágrimas reduzidas, prega cutânea lenta.	Achados: • Letargia, incapacidade de beber, pulso fraco, extremidades frias, TEC prolongado.
Destino: Plano A / Alta orientada.	Destino: Plano B / Observação supervisionada.	Destino: Sala Vermelha / Estabilização imediata.

Nenhum sinal isolado substitui o julgamento clínico. Classifique novamente após qualquer intervenção.

O Fluxo de Atendimento: um ciclo contínuo de decisão e resposta.



**A reidratação oral é prioritária quando a criança consegue beber.
Acesso venoso é reservado para choque, casos graves ou
falha persistente da via oral.**

Plano A: Manutenção da hidratação e alta segura.

Condutas Clínicas

- SRO em pequenos volumes após cada evacuação/vômito.
- Manter aleitamento materno em livre demanda.
- Manter alimentação habitual adequada à idade.



Água, refrigerantes e sucos
NÃO substituem SRO.

Checklist de Alta Segura

- ✓ Aceita líquidos e tem diurese presente.
- ✓ Responsável compreende orientações de SRO.
- ✓ Retorno ao PS é viável em caso de piora.

Sinais de retorno: Sede intensa, recusa alimentar, sonolência, febre persistente, sangue nas fezes.

Plano B: Reidratação oral supervisionada e calculada.

SRO 75 mL / kg

Administrar via oral em 4 a 6 horas.

Exemplo Prático: Criança de 12 kg = 900 mL totais fracionados em 4 a 6h.



Oferecer em pequenos volumes com copo, colher ou seringa.



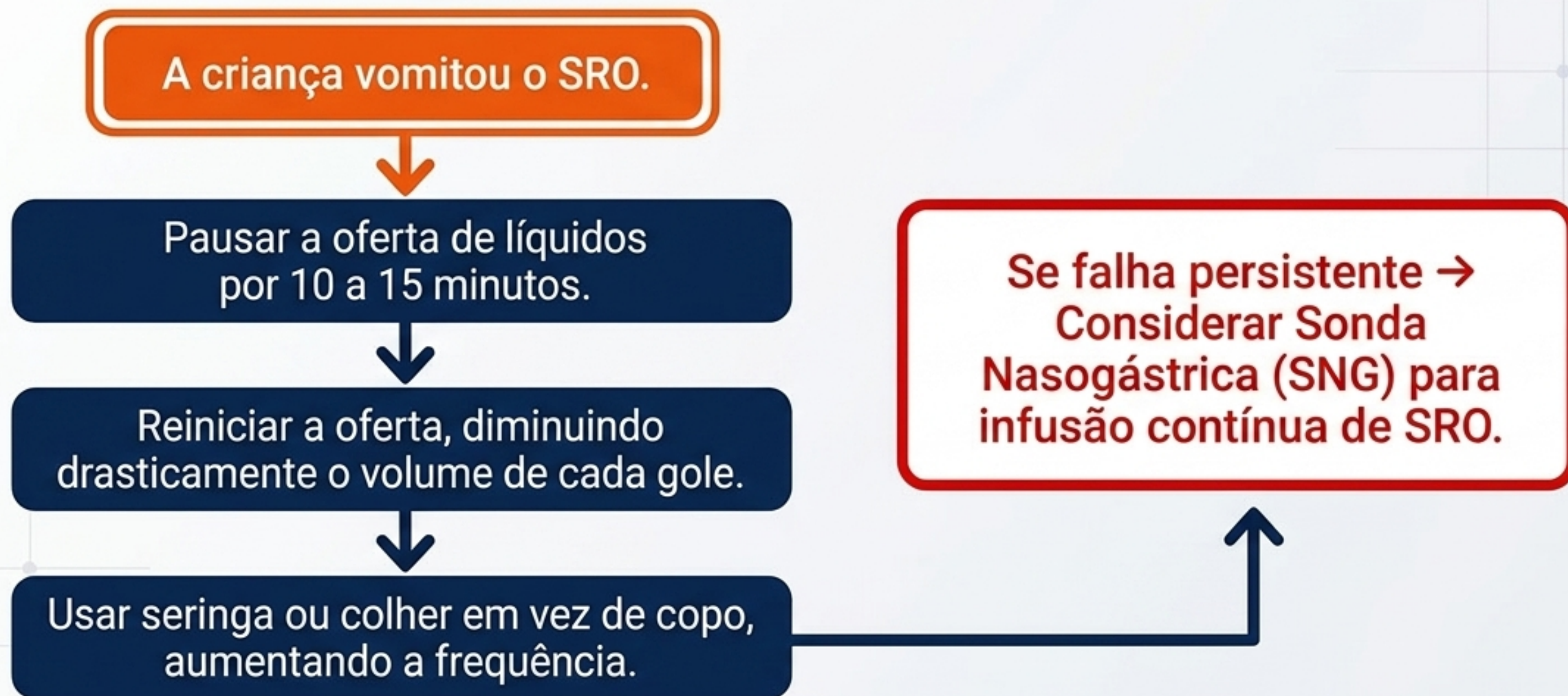
Realizar em ambiente de observação hospitalar.



Reavaliar hidratação e diurese ao término do volume.

Não libere o paciente durante o Plano B. O tratamento exige acompanhamento da resposta terapêutica.

Vômitos não contraindicam a Terapia de Reidratação Oral.



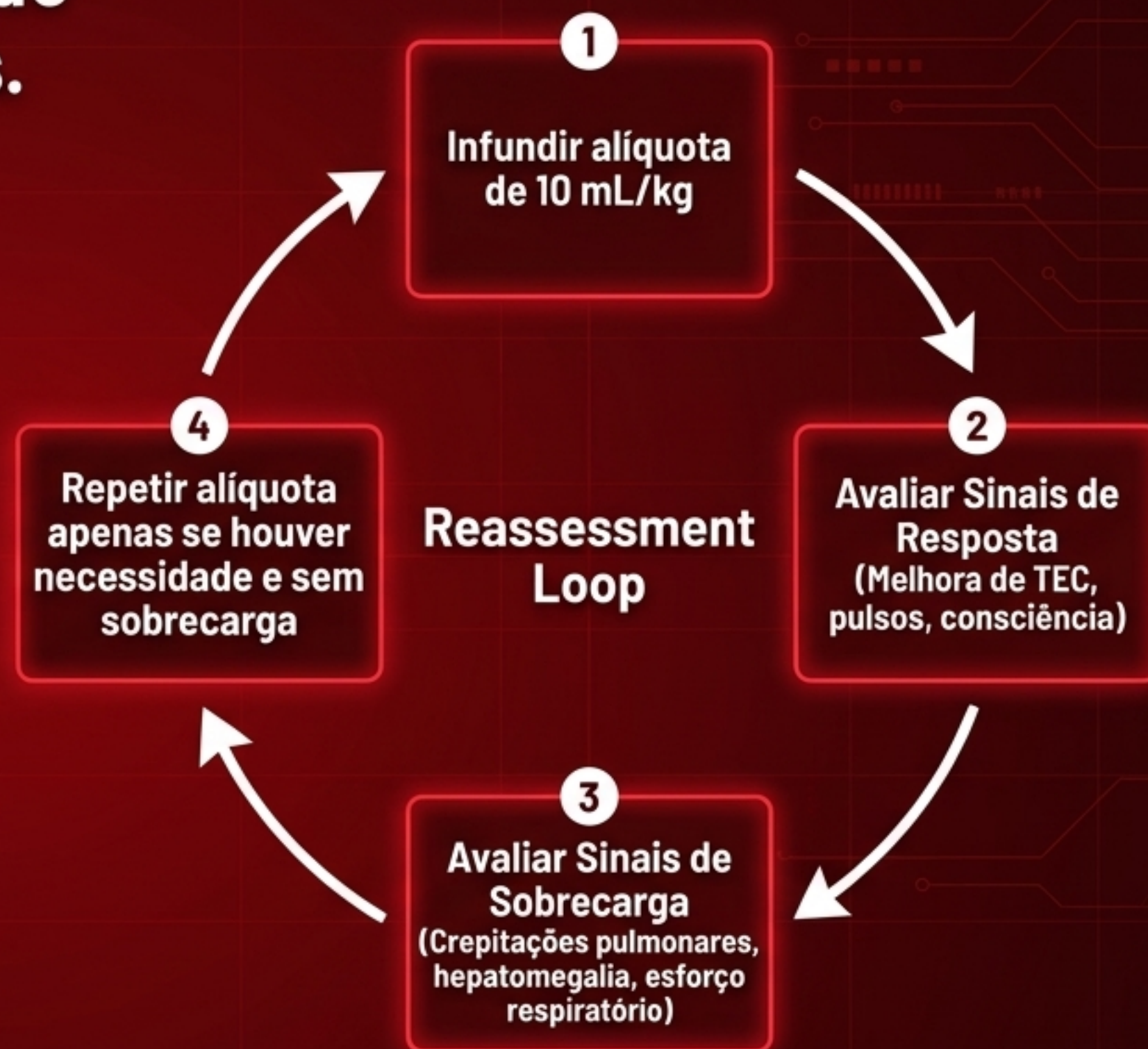
Ondansetrona exige avaliação médica e não substitui a reidratação. Vômito bilioso, hematêmese ou dor localizada exigem investigação de outras causas cirúrgicas.

Choque é emergência: acesso rápido e bolus rigorosamente controlados.



Cristaloide Isotônico
(SF 0,9% ou Ringer Lactato)

Bolus Rápido IV/IO:
10 mL / kg



NÃO REPITA FLUIDOS ÀS CEGAS. A reavaliação clínica dita a próxima conduta.

Segurança Diagnóstica: quando a diarreia é apenas a ponta do iceberg.

Baixo limiar para transferência

- **Lactentes < 3 meses** (risco de sepse rápida).
- **Desnutrição grave, cardiopatias ou nefropatias.**

Sinais que mudam o protocolo



Sepse: Hipotermia, petéquias, má perfusão desproporcional.



Dengue: Dor abdominal contínua, sangramento, letargia.



Cetoacidose Diabética (CAD): Polidipsia, respiração profunda, hiperglicemia.

**Um diagnóstico alternativo grave muda a prioridade e o destino da criança.
Avalie o contexto clínico geral.**

Exames complementares e a decisão de regulação.



The Laboratory side

Quando solicitar exames?

- **Glicemia:** obrigatória em criança grave/letárgica.
- **Eletrólitos/Função Renal:** apenas em choque, suspeita de CAD ou desidratação grave.

Regra de Ouro: A maioria das gastroenterites não exige exames.
Nunca atrase a reidratação por coleta de sangue.



The Transfer side

Acionamento CROSS / Vaga Zero

- **Acionar se:** Choque refratário, falha terapêutica persistente, suspeita de abdome agudo, necessidade de suporte ventilatório.

O que informar no resumo: Peso, classificação inicial, glicemia, volume administrado, resposta clínica. **Transfira a criança o mais estabilizada possível.**

Rounds Clínicos: Aplicação prática do protocolo (Parte 1)

Apresentação	Decisão	Justificativa
Caso 1 Lactente, 10 meses, 8 kg. Olhos fundos, sede intensa. Sem sinais de choque.	Plano B 600 mL de SRO em 4–6 h (75 mL x 8 kg).	Sinais de alguma desidratação; capacidade de beber preservada. Exige observação.
Caso 2 Criança, 3 anos, 14 kg. Letargia, extremidades frias, pulso fraco.	Sala Vermelha Acesso IV/IO, Glicemia, Bolus inicial de 140 mL de SF 0,9%.	Quadro de choque. Exige 10 mL/kg imediato e acionamento CROSS precoce.

Rounds Clínicos (Parte 2) e Checklist de Enfermagem

Caso 3

Apresentação	Decisão	Justificativa
Adolescente, vômitos, dor abdominal, respiração profunda, hiperglicemia.	Acionar protocolo de CAD Não seguir fluxo isolado de gastroenterite.	A gravidade decorre da cetoacidose, exigindo fluido e insulinoterapia específicos.

Checklist da Enfermagem

- [✓] Identificação e PESO AFERIDO na chegada.
- [✓] Sinais vitais seriados e registro rigoroso do balanço hídrico (entradas e saídas).
- [✓] Reavaliação documentada após cada etapa terapêutica.

Lembrete: Se não está registrado, a continuidade assistencial fica comprometida na transferência.

Criança prostrada, que não bebe ou urina pouco: trate como emergência.

O tempo é o fator crítico. Avalie o peso, inicie o volume correto e reavalie continuamente.