

CAPÍTULO 5

DESIDRATAÇÃO

Julia Silva Froes

Discente da Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS)



doi

10.59290/978-65-6029-202-4.5

1 INTRODUÇÃO

A desidratação é uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre lactentes e crianças em todo o mundo[4]. Ela ocorre devido à redução do volume extracelular, provocada pela ingestão insuficiente de líquidos ou pela perda excessiva de água[2]. Os sinais clínicos incluem sede intensa, cansaço, mucosas secas e diminuição da produção de urina[4]. Quadros mais graves podem evoluir com taquicardia, hipotensão e até choque[4]. O diagnóstico é feito através de uma avaliação clínica detalhada, considerando histórico e exame físico[7].

O tratamento envolve a reposição de líquidos e eletrólitos, administrados por via oral ou intravenosa, conforme a gravidade[6]. Crianças desidratadas requerem monitorização rigorosa devido ao risco de complicações associadas ao desequilíbrio eletrolítico[1].

2 SINAIS E SINTOMAS

Os sinais e sintomas da desidratação variam de acordo com a gravidade do quadro[2]. Os principais sinais incluem[7]:

Leves a moderados:

- Sede intensa.
- Cansaço.
- Mucosas secas (boca, língua).
- Redução do turgor da pele.
- Olhos fundos (enftalmia).
- Fontanelas deprimidas (em lactentes).
- Diminuição da produção de urina (oligúria).

Graves:

- Taquicardia.
- Hipotensão.
- Pulsos fracos.
- Alterações no estado mental (letargia, irritabilidade).
- Retrações abdominais (sinal da prega desaparecendo lentamente).
- Perfusão capilar diminuída.
- Choque circulatório.

3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da desidratação envolve avaliar a intensidade e a osmolaridade[7].

Classificação por intensidade: Baseia-se na perda de peso corporal.

- Leve (1º grau): perda de até 5% do peso corporal.
- Moderada (2º grau): perda de 5% a 10% do peso corporal.
- Grave (3º grau): perda superior a 10% do peso corporal.

Classificação por osmolaridade: Depende dos níveis de sódio sérico[7].

- Isotônica: Níveis de sódio entre 130-150 mEq/L.
- Hipotônica: Níveis de sódio abaixo de 130 mEq/L.
- Hipertônica: Níveis de sódio acima de 150 mEq/L.

Classificação clínica:

- A — Sem desidratação: alerta, olhos normais, mucosas úmidas, pulso normal.
- B — Com desidratação: inquieto, irritado, olhos fundos, sede intensa, mucosas secas, pulso discreto, perda de peso até 10%.
- C — Com desidratação grave: letárgico ou inconsciente, olhos muito fundos, mucosas muito secas, pulso fraco ou ausente, perda de peso acima de 10%.

4 TRATAMENTO

O tratamento da desidratação varia conforme a gravidade[2].

Plano A — Sem desidratação:

- Prevenção através da ingestão de líquidos com água, chá, sucos, água de coco ou solução de reidratação oral – SRO).
- Suplementação de zinco por 10 a 14 dias: menores de 6 meses com 10 mg/dia e de 6 meses a 5 anos com 20 mg/dia.
- Quantidade de líquidos após cada evacuação: menores de 1 ano ofertar 50-100 ml e se de 1 a 10 anos ofertar 100-200 ml.
- Maiores de 10 anos: quantidade conforme tolerado.

Plano B — Desidratação moderada:

- SRO administrada em ambiente de saúde: 50-100 ml/kg (média de 75 ml/kg) em 4-6 horas.
- Em caso de vômitos persistentes, administrar antiemético.
- Encaminhar ao hospital se não houver melhora após 6 horas.

Plano C — Desidratação grave:

Tratamento intravenoso em 3 fases:

1ª Fase de Expansão:

- Menores de 1 ano: 30 ml/kg de SF 0,9% ou Ringer Lactato em 1 hora e após, 70 ml/kg em 5 horas
- Maiores de 1 ano: 30 ml/kg em 30 minutos e após, 70 ml/kg em 2 horas e 30 minutos.

2ª e 3ª Fase de Manutenção/Reposição:

- Manutenção: soro glicosado a 5% + SF 0,9% (4:1)
 - Até 10 kg: 100 ml/kg.
 - 10 a 20 kg: 1.000 ml + 50 ml/kg (peso excedente).
 - Acima de 20 kg: 1.500 ml + 20 ml/kg (máx. 2.000 ml).
- Reposição: soro glicosado a 5% + SF 0,9% (1:1).
 - Iniciar com 50 ml/kg/dia e ajustar conforme perdas.
 - Adição de Potássio (KCl 10%): 2 ml para cada 100 ml da solução de manutenção.

5 CONCLUSÃO

A desidratação em crianças é uma condição potencialmente grave que exige diagnóstico precoce e tratamento adequado[2]. A prevenção com hidratação adequada e a identificação rápida dos sinais clínicos são essenciais para evitar complicações. Com o conhecimento dos planos de tratamento e conscientização dos cuidadores, é possível reduzir a morbimortalidade associada à desidratação[6].

Palavras-chave: Desidratação; Stress Hídrico; Reposição Volêmica.

6 REFERÊNCIAS

1. QUEIROS, A.C.; NETO, J.O.R. Material didático-científico: apoio ao diagnóstico e tratamento da desidratação infantil. Cadernos UniFOA. V. 6, n. 2 esp., p. 103, 2018.
2. MELO, E.J.F.; FRANCA, R.C.P. Manejo da desidratação na criança. Brazilian Journal Surgical and Clinical Research., v. 46, n. 1, p. 35-39, 2024.
3. ROSSI, L.; REIS, V.A.; AZEVEDO, C.O. Desidratação e recomendações para a reposição hídrica em crianças fisicamente ativas. Revista Paulista de Pediatria, v. 28, n. 3, p. 337-345, 2010.
4. CELLUCI, M.F. Desidratação em crianças. Manual MSD, 2023.
5. SILVA, L.R. Capítulo 24: Diarreia aguda e desidratação.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia: avaliação do estado de hidratação do paciente.
7. PORTO, C.C.; PORTO, A.L. Exame clínico. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.