

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO - SEPSE PEDIÁTRICA

Passo 1
0 - 15 minutos

Monitorizar paciente
Fornecer O₂ (>92%)
Obter acesso IV / IO

- Colher **kit sepse pediátrico***+ culturas de outros sítios pertinentes
- Iniciar **terapia antimicrobiana** empírica (até 1ª hora)
- Corrigir distúrbios metabólicos e de eletrólitos para níveis fisiológicos - atenção para **hipoglicemia** e **hipocalemia**

Se presença de **hipoperfusão tecidual (alteração estado mental ou TEC >2seg) e/ou hipotensão arterial** – conforme faixa etária

Ringer ou ringer lactato (na ausência destes, solução salina ou colóide): bolus 20mL/kg em 5-10min até melhora dos sinais de hipoperfusão

Reavaliação de resposta (OBS 1) a cada expansão

Após 40-60mL/kg - permanece hipoperfundido (em choque) após infusão?

Não

Sim

Manter observação clínica

Passo 2

OBS 1: Avaliar volemia do paciente a cada administração de fluídos. Se hipervolêmico: Suspender/substituir fluídos, iniciar diuréticos / diálise intermitente.

Passo 2 – Otimização hemodinâmica em choque resistente a fluídos

- Choque hipodinâmico: Iniciar inotrópicos IV /IO (adrenalina 0,05 – 0,3 mcg/kg/min)
- Choque hiperdinâmico: Iniciar vasopressor (Noradrenalina – 0,1 até 1 mcg/kg/min)
- Obter acesso venoso central e de vias aéreas, se necessário. Use atropina/quetamina via IV/IO/IM para sedação.

OBS 2: Administrar inotrópicos/vasopressore (diluição 1 droga:3 soro fisiológico, na velocidade de 4 ml/h) periféricos até que o acesso central seja obtido por via periférica.

Reavaliação de resposta - permanece hipoperfundido?

Não

Manter observação clínica

Sim

Choque resistente a catecolaminas

Reavaliar perfil hemodinâmico
Iniciar hidrocortisona (se risco de insuficiência adrenal)

Monitorização invasiva

Alvos terapêuticos: PVC, SvcO₂ e pressão de perfusão normais

Nova coleta de exames para reavaliação: lactato se hiperlactatemia inicial, SvcO₂, Hb

Considerar transfusão sanguínea se Hb < 7g/dL

Passo 2
15 - 60 minutos

Choque hipodinâmico com PA normal, SvcO₂ < 70% / Hb > 10g/dL em uso de adrenalina?
Iniciar infusão de inodilatador (milrinone 0, 5- 1, 0 mcg/kg/min) ou vasodilatador (nitroprussiato) se IC < 3,3L/min/m² e IRSV alto e/ou alteração da perfusão tecidual. Considerar uso de Levosimendan.

Choque hipodinâmico, com PA baixa, SvcO₂ < 70% / Hb > 10g/dL em uso de adrenalina?
Adicionar noradrenalina com objetivo de normalizar a PA. Se IC < 3,3L/min/m², associar dobutamina, milrinone ou levosimendan.

Choque hiperdinâmico com PA baixa, SvcO₂ > 70% em uso de noradrenalina?
Se euvolêmico, considerar vasopressina, terlipressina ou angiotensina. A dose recomendada de vasopressina para o tratamento do choque é de 0,0003 – 0,002 U/kg/min (0,018 – 0,12 U/kg/h) e dose máxima de 0,008 U/kg/min). Se IC < 3,3L/min/m², associar adrenalina, dobutamina ou levosimendan.

Reavaliação de resposta - permanece hipoperfundido?

Não

Manter observação clínica

Sim

Choque Refratário

Investigar presença de: derrame pericárdico, pneumotórax, insuficiência adrenal, hipotireoidismo, hemorragia, aumento da pressão intra-abdominal, presença de tecido necrótico, ausência de controle do foco, uso de imunossupressores ou comprometimento imunológico

*Kit sepse pediátrico – critério do médico assistente: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina, coagulograma, hemoculturas e culturas de sítios suspeitos. A critério do médico a coleta de outros exames: uréia, troponina, NA/K, TGO/TGP, PCR e procalcitonina