

## LEMBRE-SE

- 01.** A equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença de sinais de resposta inflamatória (SRIS) assim como para a ocorrência de disfunção orgânica, com atenção à ocorrência de hipoperfusão tecidual.
- 02.** A hipotensão não se faz necessária para o diagnóstico de choque séptico em crianças. Assim, inicie as medidas de tratamento pertinentes na identificação de sinais de hipoperfusão tecidual.
- 03.** O atendimento inicial à sepse é multiprofissional e deve ser feito em qualquer área do hospital (pronto-socorro, unidades de internação e terapia intensiva). Não retarde o atendimento à espera de exames laboratoriais ou vaga na UTI.

Consulte materiais de apoio do protocolo pediátrico no site do [ilas.org.br](http://ilas.org.br)

## INDICADORES DE QUALIDADE

A Campanha se baseia em 6 intervenções, diagnósticas e terapêuticas, baseadas em evidências científicas, devendo ser implementadas em bloco. São indicadores:

### PACOTE DE 1 HORA

- Coleta de exames laboratoriais - kit sepse
- Coleta da hemocultura antes do início da antibioticoterapia
- Tratamento com antimicrobianos
- Infusão de 40-60mL/kg de solução cristaloide em pacientes com hipoperfusão e/ou hipotensão
- Uso de drogas vasoativas para manter perfusão tecidual / pressão arterial\*
- Reavaliação do paciente ao final da primeira hora objetivando alvos terapêuticos.\*

\* (conforme valor de referência para a faixa etária)

O ILAS oferece aos hospitais interessados em implementar o protocolo gerenciado de sepse planos de consultoria e assistência. Para maiores informações, entre em contato conosco. [secretaria@ilas.org.br](mailto:secretaria@ilas.org.br)

## SOBRE O ILAS...

O Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS) é uma entidade sem fins lucrativos, fundada em 2004, com o objetivo de auxiliar no processo de aperfeiçoamento da qualidade assistencial do paciente com sepse por meio da implementação de protocolos de reconhecimento e tratamento baseados em evidências científicas, da geração e difusão de conhecimentos e do desenvolvimento de estudos clínicos.

**PENSE:  
"PODE SER  
SEPSE?"**

## Participe você também de nossas ações!

Visite nosso site!  
Implemente protocolos de sepse em sua instituição!  
Participe do nosso Fórum anual!  
Participe de nossos estudos clínicos!  
Assine a declaração mundial contra a sepse!  
[www.world-sepsis-day.org](http://www.world-sepsis-day.org)

INFORMAÇÕES ADICIONAIS  
INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE  
Telefone: (11) 3721-6709 / (11) 2638-8758  
Rua Pedro de Toledo, 980 - cj 94 - São Paulo - SP  
Acesse nosso site: [www.ilas.org.br](http://www.ilas.org.br)  
E-mail: [secretaria@ilas.org.br](mailto:secretaria@ilas.org.br)

## ATENDIMENTO AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM SUSPEITA DE SEPSE GRAVE OU CHOQUE SÉPTICO

# Instituto Latino Americano de Sepse

DETECÇÃO PRECOCE + TRATAMENTO CORRETO  
Aplicável para pacientes > 28 dias até 18 anos.

CLASSIFICAÇÃO PARA FINS DE  
PROTOCOLO GERENCIADO

**Sepse: foco infeccioso com alteração de sinais de SRIS\***  
(\*obrigatório alteração de leucócitos e/ou temperatura)

**Sepse grave: Infecção + disfunção orgânica**  
(pelo menos 1 órgão)

**Choque séptico: disfunção cardiovascular persistente,**  
não responsiva a volume

Não retarde o atendimento à espera de vaga em UTI

# TEMPO É VIDA

# SEPSE

# FLUXOGRAMA DE TRIAGEM E TRATAMENTO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SUSPEITA DE SEPSE

**SRIS:  
NECESSÁRIOS 2 CRITÉRIOS,  
SENDO 2 CRITÉRIOS MAIORES  
OU 1 CRITÉRIO MAIOR E 1  
CRITÉRIO MENOR**

**CRITÉRIOS MAIORES**

- hipotermia / hipotermia
- leucopenia / leucocitose / desvio à esquerda

**CRITÉRIOS MENORES**

- Taquicardia (ou bradicardia <1 ano)
- Taquipneia

O paciente apresenta:

Presença de 2 critérios de SRIS\* (1 critério maior) E/OU 1 disfunção orgânica

Acionar equipe médica

Foco infeccioso suspeito ou confirmado?

**Finalizar protocolo**

NÃO ←

SIM →

**DISFUNÇÃO ORGÂNICA**

(PELO MENOS 1)

- Agitação, irritabilidade, sonolência (ou outra alteração neurológica aguda)
- Alteração de perfusão periférica (TEC > 2seg) ou muito rápida (em flush)
- Hipotensão arterial
- Hipoxemia (Sat O<sub>2</sub> < 92%)
- Alterações hemorrágicas ou INR > 2,0
- Oligúria (diurese < 1mL/kg/h)
- Plaquetopenia < 80.000mm<sup>3</sup>
- Lactato > VR
- Creatinina ou TGP > 2x o normal

**DAR SEGUIMENTO PROTOCOLO SEPSE**

- 1 - Monitorizar paciente, fornecer O<sub>2</sub> (>92%) e obter 2 acessos (IV ou IO)
  - 1.1 - Colher kit sepsis pediátrico + culturas de outros sítios pertinentes
  - 1.2 - Iniciar terapia antimicrobiana empírica (até 1<sup>a</sup> hora)
  - 1.3 - Corrigir distúrbios metabólicos e de eletrólitos para níveis fisiológicos

**ETAPA 2**

- 2 - Se hipoperfusão tecidual (por exemplo, alteração estado mental ou TEC > 2seg) ou hipotensão arterial:
  - 2.1 - Cristalóides: bolus 20mL/kg em 5-10min até melhora dos sinais de hipoperfusão
  - 2.2 - Reavaliação a cada infusão.

Paciente permanece hipoperfundido? →

← SIM

**ETAPA 3**

- 3 - Otimização hemodinâmica em choque resistente a fluidos
  - 3.1 - Obter acesso venoso central e de vias aéreas, se necessário.
  - 3.2 Iniciar droga vasoativa (IV ou IO) - não esperar acesso central caso atase início do tratamento
    - Se choque hipodinâmico: adrenalina 0,05-0,3mcg/kg/min
    - Se choque hiperdinâmico: noradrenalina 0,1 - 1mcg/kg/min
  - 3.3 Reavaliação.

Paciente permanece hipoperfundido? →

← SIM

**ETAPA 4**

- 4 - Choque resistente a catecolaminas
  - 4.1 Reavaliar perfil hemodinâmico conforme: tabelas abaixo
  - 4.2 Hidrocortisona (se risco de insuficiência adrenal)
  - 4.3 Monitorização multimodal (exame físico, pressão arterial invasiva e ecocardiograma funcional)
  - 4.4 Nova coleta de exames para reavaliação
  - 4.5 Transfusão sanguínea se Hb < 7g/dL
  - 4.6 Reavaliação de resposta clínica

**Choque hipodinâmico com PA**

**normal**, SvcO<sub>2</sub> < 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/m<sup>2</sup> e IRSV alto e/ou alteração da perfusão tecidual. Considerar uso de levosimendan.

**Choque hipodinâmico, com PA**

**baixa**, SvcO<sub>2</sub> < 70% / Hb > 10g/dL

em uso de adrenalina?

Adicionar noradrenalina com objetivo de normalizar a PA. Se IC < 3,3L/min/m<sup>2</sup>, associar dobutamina, milrinone ou levosimendan.

**Choque hiperdinâmico com PA**

**baixa**, SvcO<sub>2</sub> > 70% em uso de noradrenalina?

Se euvolêmico, considerar vasopressina, terlipressina ou angiotensina. A dose recomendada de vasopressina para o tratamento do choque é de 0,003 - 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/m<sup>2</sup>, associar adrenalina, dobutamina ou levosimendan.

Manter observação clínica

Manter observação clínica