



SEPSE E CHOQUE SÉPTICO PEDIÁTRICO

Criança que parece doente: reconheça cedo, trate na primeira hora e transfira com segurança.



1 SUSPEITO DE SEPSE

- Alteração do estado geral ou do sensorio
- Taquicardia desproporcional ou persistente
- Extremidades frias ou perfusão ruim
- TEC prolongado, moteamento ou pulsos fracos
- Oligúria
- Desconforto respiratório / hipoxemia
- Hipotensão = sinal tardio e grave



2 TEMPO ZERO — ABCDE

- Monitorização contínua
- Oxigênio conforme necessidade
- Glicemia capilar imediata
- Dois acessos venosos; IO se necessário
- Coleta dirigida sem atrasar tratamento
- Aquecer e reavaliar



3 PRIMEIRA HORA | 0-60 MIN

- 0-5 min: reconhecer, chamar ajuda, ABCDE
- 5-15 min: acesso, monitor, glicemia, amostras
- Até 60 min: antibiótico empírico conforme protocolo
- Reavaliar perfusão, consciência, diurese e respiração



4 FLUIDOS COM REAVALIAÇÃO

- Cristaloide isotônico: 10-20 mL/kg
- Reavaliar após cada bolus
- Atenção: hepatomegalia, estertores, desconforto respiratório
- Não atrasar vasoativo na hipoperfusão persistente



5 CHOQUE REFRATÁRIO A FLUIDOS

INICIAR DROGA VASOATIVA PRECOCEMENTE

- Adrenalina: perfil frio / baixo débito
- Noradrenalina: vasoplegia / choque quente
- Preferir bomba de infusão
- Acionamento precoce da referência pediátrica



6 CROSS / VAGA ZERO

- Choque persistente ou necessidade de vasoativo
- Insuficiência respiratória ou ventilação avançada
- Rebaixamento do nível de consciência
- Convulsão, meningite ou foco grave suspeito
- Necessidade de UTI pediátrica
- Transferir com acesso, O₂, monitor, bomba e comunicação estruturada

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI — SP
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO PEDIÁTRICO

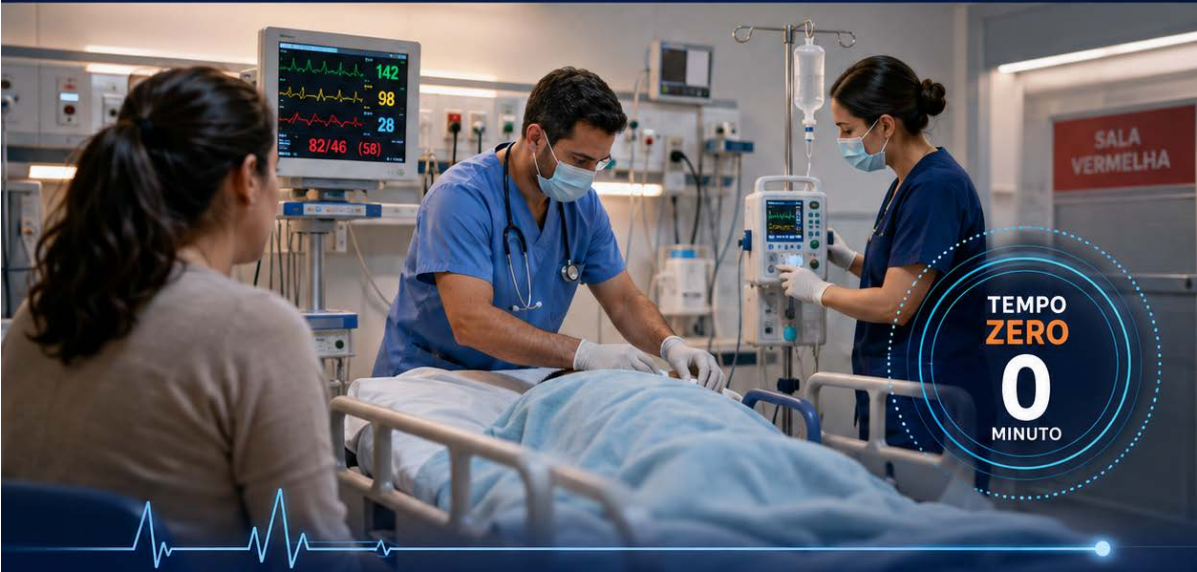
RECONHECIMENTO PRECOCE • PRIMEIRA HORA • ESTABILIZAÇÃO • TRANSFERÊNCIA SEGURA

CONDUTA QUE SALVA VIDAS Na criança com infecção suspeita e disfunção orgânica, trate imediatamente: monitorize, obtenha acesso, colha exames sem atrasar terapia, administre antimicrobiano e reavalie perfusão após cada intervenção.

SEPSE PEDIÁTRICA

Reconhecimento precoce • Primeira hora • Transferência segura

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



TEMPO ZERO
0
MINUTO



RECONHECER

MONITORAR

TRATAR

REAVALIAR

TRANSFERIR

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Código: PMUE-SEP-PED-001 | Versão 1.0 | 2026

Público-alvo: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores e equipes de transporte/regulação.

Revisão programada: anual ou diante de atualização científica/rede assistencial relevante.

APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

Este protocolo organiza a resposta municipal à suspeita de sepse e choque séptico em crianças e adolescentes atendidos na APS, Pronto-Socorro, Sala Vermelha e transporte sanitário. Foi desenhado para um cenário de estabilização inicial, equipe generalista e transferência regulada para referência pediátrica.

REGRA DE SEGURANÇA A ausência de hipotensão NÃO exclui choque na criança. Alteração do estado geral, má perfusão, taquicardia persistente, oligúria ou desconforto respiratório devem disparar reavaliação imediata.

Como usar este documento

- Fluxo rápido: usar nas primeiras decisões do atendimento, a partir do Tempo Zero.
- Tabelas de referência: confirmar peso, alergias, concentrações disponíveis e prescrição antes da administração.
- Transferência: acionar CROSS precocemente quando houver disfunção orgânica, necessidade de suporte intensivo ou incapacidade local de estabilização.
- Validação local: esquemas antimicrobianos e apresentações devem ser validados com coordenação médica,

Termo	Aplicação prática
Infecção suspeita	Quadro compatível com foco infeccioso ou risco elevado, com ou sem confirmação microbiológica.
Sepse	Infecção + disfunção orgânica; Phoenix ≥ 2 quando dados disponíveis.
Choque séptico	Sepse + disfunção cardiovascular: hipotensão grave para idade, lactato >5 mmol/L (≈ 45 mg/dL) ou uso de vasoativo.
Risco de sepse	Criança ainda sem critérios completos, mas com deterioração clínica: iniciar investigação e observação intensiva.

enfermagem e farmácia municipal conforme perfil epidemiológico e estoque.

SUMÁRIO OPERACIONAL

Seção	Conteúdo
1–4	Objetivo, escopo, definições Phoenix 2024 e identificação precoce
5–9	Tempo Zero, ABCDE, monitorização, exames e antimicrobianos
10–13	Fluidos, vasoativos, via aérea e controle de foco
14–18	CROSS/Vaga Zero, transporte, checklists, indicadores, casos e resumo de bolso

1. OBJETIVO, ESCOPO E PRINCÍPIOS

Padronizar o reconhecimento e o manejo inicial da criança com infecção suspeita, sepse ou choque séptico, reduzindo atraso em antimicrobianos, falhas de reavaliação hemodinâmica e risco durante a transferência.

Objetivos imediatos	Princípios municipais
Reconhecer deterioração	A avaliação clínica seriada prevalece sobre qualquer escore isolado.
Iniciar pacote da primeira hora	Não aguardar todos os resultados, radiologia ou vaga para tratar.
Restaurar perfusão com segurança	Bolus pequenos e reavaliação frequente; evitar sobrecarga.
Transferir com antecipação	Regular antes da exaustão dos recursos locais; Vaga Zero quando houver risco iminente.

PÉROLA DO PROFESSOR Febre pode estar ausente. Hipotermia, prostração, irritabilidade incomum, recusa alimentar, redução do débito urinário e piora respiratória podem ser os primeiros sinais de sepse.

2. DEFINIÇÕES ATUALIZADAS — PHOENIX 2024

Sepse pediátrica é disfunção orgânica potencialmente fatal em criança com infecção suspeita ou confirmada, operacionalizada por Phoenix Sepsis Score ≥ 2 . Choque séptico é sepse com disfunção cardiovascular (componente cardiovascular Phoenix ≥ 1). O escore apoia definição, comunicação e auditoria; não deve atrasar tratamento de criança clinicamente instável.

OBJETIVO, ESCOPO E PRINCÍPIOS

Reconhecer cedo • Tratar na primeira hora • Reavaliar sempre • Transferir com segurança



PADRONIZAR O MANEJO INICIAL

Infecção suspeita, sepse ou choque séptico

PRINCÍPIOS MUNICIPAIS

- RECONHECER DETERIORAÇÃO**  Avaliação clínica seriada > escore isolado
- PACOTE DA 1ª HORA**  Não aguardar exames, radiologia ou vaga
- PERFUSÃO COM SEGURANÇA**  Bolus pequenos + reavaliação frequente
- TRANSFERÊNCIA ANTECIPADA**  Regular cedo • Vaga Zero se risco iminente

PÉROLA DO PROFESSOR

Febre pode estar ausente. Atenção à hipotermia, prostração, irritabilidade incomum, recusa alimentar, oligúria e piora respiratória.

PHOENIX 2024

SEPSE PEDIÁTRICA = infecção + disfunção orgânica potencialmente fatal
Phoenix Sepsis Score ≥ 2

CHOQUE SÉPTICO = sepse + disfunção cardiovascular
Componente cardiovascular Phoenix ≥ 1

 O ESCORE APOIA; A INSTABILIDADE CLÍNICA NÃO ESPERA.

PHOENIX 2024 — SEPSE PEDIÁTRICA

Definição operacional para comunicação, auditoria e pesquisa



IMPORTANTE O escore apoia a definição — **NÃO** deve atrasar o tratamento da criança clinicamente instável.

3. RECONHECIMENTO PRECOCE E TRIAGEM

Na recepção/classificação de risco, toda criança com infecção possível deve ter sinais vitais completos, peso estimado/medido, glicemia quando alteração do sensorio ou má perfusão, e avaliação de perfusão periférica.

Gatilhos clínicos	Ação imediata
Alteração do sensorio: sonolência, irritabilidade inconsolável, confusão, pouca interação	Leito monitorizado e avaliação médica imediata.
Perfusão inadequada: extremidades frias/moteadas, TEC >3 s, pulsos fracos, diferença térmica, oligúria	Ativar protocolo; acesso e reavaliações seriadas.
Taquicardia persistente ou bradicardia inadequada à idade	Pesquisar febre/dor/hipoxemia, mas não atribuir automaticamente ao quadro benigno.
Desconforto respiratório, hipoxemia, apneia, cianose	Oxigênio, suporte ventilatório e equipe de Sala Vermelha.
Hipotensão, lactato elevado, necessidade de vasoativo	Choque séptico até prova em contrário: Sala Vermelha + CROSS imediata.

ERRO MAIS COMUM Esperar hipotensão para reconhecer choque. Na pediatria, a hipotensão costuma ser achado tardio.

4. FLUXO DE ACIONAMENTO

Suspeita de infecção + qualquer gatilho de disfunção → comunicar médico/enfermagem → registrar TEMPO ZERO → levar à área monitorizada → iniciar pacote da primeira hora. Se choque, insuficiência respiratória, alteração neurológica relevante ou necessidade de vasoativo: avisar regulador/CROSS em paralelo ao atendimento.



5. PACOTE DA PRIMEIRA HORA — TEMPO ZERO A 60 MINUTOS

Eixo	Conduta
A — Via aérea	Posicionar, aspirar se necessário, preparar via aérea avançada se rebaixamento/proteção inadequada ou falência respiratória. Antecipar hipotensão peri-intubação.
B — Respiração	Oxigênio para hipoxemia ou esforço relevante; considerar bolsa-válvula-máscara, VNI ou IOT conforme competência/equipamento. Monitorizar SpO ₂ continuamente.
C — Circulação	PA não invasiva frequente, perfusão periférica, pulsos, hepatomegalia, ausculta pulmonar e balanço hídrico. Buscar acesso IV/IO rapidamente.
D — Neurológico	AVPU/Glasgow pediátrico, glicemia, pupilas e crises. Corrigir hipoglicemia conforme protocolo pediátrico local.
E — Exposição	Pesquisar foco: pele/partes moles, pulmão, abdome, urinário, SNC, osteoarticular; prevenir hipotermia.

6. ABCDE E MONITORIZAÇÃO

Tempo	Ações essenciais	Registro
0–5 min	ABCDE; monitor cardíaco, oximetria e PA; aquecer; O ₂ se hipoxemia/sofrimento; peso; glicemia; dois acessos IV ou IO se necessário.	Hora do reconhecimento e primeiro conjunto de SV.
5–15 min	Exames dirigidos e culturas quando viáveis, sem atrasar terapia; avaliar foco; iniciar cristalóide se hipoperfusão.	Lactato e amostras colhidas, se disponíveis.
≤60 min	Antimicrobiano EV no choque/suspeita de alto risco; reavaliar após cada bolus; iniciar vasoativo se choque persiste ou há sobrecarga.	Hora da primeira dose; bolus, resposta e decisão de CROSS.
Contínuo	Reavaliar perfusão, consciência, trabalho respiratório, fígado, crepitações, PA, diurese e tendência do lactato.	Evolução seriada e comunicação com destino.

META OPERACIONAL No choque séptico suspeito: antimicrobiano o mais rápido possível, idealmente dentro de 1 hora do reconhecimento. Coletar culturas não deve postergar a primeira dose.



7. EXAMES E MONITORIZAÇÃO DIRIGIDA

Exames são auxiliares de gravidade, etiologia e resposta. A prioridade é tratar a criança instável. Solicitar conforme disponibilidade e condição clínica.

Prioridade	Solicitações possíveis
Imediata	Glicemia; gasometria venosa/arterial e lactato quando disponíveis; hemograma; eletrólitos, ureia/creatinina; função hepática; coagulograma; tipagem/prova cruzada se indicação.
Microbiologia	Hemoculturas antes do antibiótico somente se isso não gerar atraso; urina/cultura conforme suspeita; líquido apenas após estabilização e se seguro.
Imagem	RX de tórax, USG e outros somente quando não atrasarem ressuscitação. Controle de foco não deve depender de imagem indisponível se decisão clínica clara.
Seguimento	Lactato seriado quando inicialmente elevado; diurese horária; balanço hídrico; SV e exame de perfusão repetidos.

IMPORTANTE O lactato é marcador de risco e perfusão, mas lactato normal não exclui sepse. Tendência associada à avaliação clínica é mais útil que valor isolado.

8. ANTIMICROBIANOS EMPÍRICOS — PRINCÍPIOS

- No choque séptico ou alta probabilidade de sepse: iniciar terapia EV imediatamente após coleta de culturas, quando possível, sem exceder 1 hora do reconhecimento.
- Escolher esquema pelo foco provável, idade, imunização, exposição hospitalar prévia, alergias, epidemiologia/resistência local e disponibilidade.
- Usar dose máxima apropriada para sepse, ajustar em disfunção renal/hepática e descalonar assim que cultura/corso clínico permitirem.

Situação	Cobertura a considerar — validar localmente
Sem foco definido / comunidade	Ceftriaxona ou cefotaxima; acrescentar cobertura antiestafilocócica quando risco clínico/epidemiológico.
Meningite/meningococemia	Ceftriaxona ou cefotaxima em dose para SNC; associar vancomicina conforme epidemiologia, orientação de referência e suspeita de pneumococo resistente.
Pneumonia grave/complicada	Beta-lactâmico apropriado; acrescentar cobertura para <i>S. aureus</i> conforme derrame/empiema, necrose, influenza associada ou gravidade.
Abdominal/pele/partes moles	Cobertura para flora provável e anaeróbios quando necessário; solicitar avaliação cirúrgica precoce para controle de foco.
Recém-nascido ≤28 dias	Regime neonatal específico (p.ex., ampicilina + aminoglicosídeo/cefalosporina conforme cenário). Acionar pediatria/neonatologia de referência.



EXAMES SEM ATRASAR O TRATAMENTO



1. COLHER CULTURAS, SE POSSÍVEL



2. DOSAR LACTATO, SE DISPONÍVEL



3. INICIAR ANTIBIÓTICO PRECOCE



CHOQUE SUSPEITO: IDEALMENTE ATÉ 1 HORA



NUNCA AGUARDAR EXAMES PARA ESTABILIZAR

9. DOSAGENS DE REFERÊNCIA — CONFIRMAR PRESCRIÇÃO E CONCENTRAÇÃO

As doses abaixo são referências usuais de emergência pediátrica. Antes de administrar, checar peso atual, alergias, função renal, apresentação disponível, diluição e compatibilidade. A padronização municipal/farmácia pode prevalecer.

Fármaco	Dose pediátrica de referência	Observações
Ceftriaxona	50–100 mg/kg/dia EV; em meningite, usualmente 100 mg/kg/dia dividido 12/12 h. Máx. conforme indicação/apresentação.	Evitar/avaliar com especial atenção no neonato; seguir protocolo neonatal.
Cefotaxima	50 mg/kg/dose EV 6/6–8/8 h; em meningite, 75 mg/kg/dose 6/6 h.	Alternativa para SNC/neonato conforme avaliação.
Vancomicina	15 mg/kg/dose EV 6/6 h (ajustar função renal e níveis conforme referência).	Infundir lentamente; não atrasar beta-lactâmico.
Metronidazol	7,5–10 mg/kg/dose EV 6/6–8/8 h.	Considerar cobertura anaeróbia/foco abdominal.
Ampicilina (RN)	50 mg/kg/dose EV; intervalo conforme idade gestacional/pós-natal e gravidade.	Usar tabela neonatal institucional.
Gentamicina (RN)	Dose e intervalo dependem de idade gestacional/pós-natal e função renal.	Exige protocolo neonatal e monitorização de níveis quando prolongado.

NÃO ATRASAR A prescrição pode ser refinada após contato com referência; a primeira dose correta no PS é prioridade em choque.



SEGURANÇA MEDICAMENTOSA


PESO ATUAL


ALERGIAS


DOSE PRESCRITA


DUPLA CHECAGEM

 **CONFIRMAR ANTES DE ADMINISTRAR**

PESO → CÁLCULO → CONFERÊNCIA → ADMINISTRAÇÃO SEGURA

10. FLUIDOS: BOLUS PEQUENOS, REAVALIAÇÃO OBRIGATÓRIA

Preferir cristalóide balanceado quando disponível. Em criança com choque séptico, administrar 10–20 mL/kg rapidamente e reavaliar após cada bolus. A necessidade de volumes adicionais deve ser individualizada pela resposta e por sinais de sobrecarga.

Antes e após cada bolus	Sinais de resposta	Sinais para frear/reavaliar
Perfusão, TEC, pulsos, PA, FC, consciência, fígado, crepitações, SpO ₂ e trabalho respiratório.	Melhora de perfusão/consciência, redução da taquicardia inadequada, PA adequada, diurese em recuperação.	Crepitações, hepatomegalia nova/pior, aumento do esforço respiratório, edema, hipoxemia, ausência de resposta hemodinâmica.

- Em ambiente com recursos para suporte intensivo, volumes cumulativos de 40–60 mL/kg na primeira hora podem ser necessários, sempre em alíquotas e com reavaliação clínica rigorosa.
- Crianças com cardiopatia, doença renal, desnutrição importante, anemia grave, suspeita de miocardite ou sinais de sobrecarga podem precisar de volumes menores e vasoativo mais precoce.
- Não usar amidos ou gelatinas para ressuscitação. Evitar hipotônicos na fase de choque.

CONDUTA QUE SALVA VIDAS Choque persistente após 10–20 mL/kg sem boa resposta, ou com sinais de sobrecarga: não insistir em volume. Inicie vasoativo e peça suporte/transferência.

11. VASOATIVOS E PERFIS HEMODINÂMICOS

Perfil provável	Achados predominantes	Vasoativo inicial habitual
Choque frio	Extremidades frias, pulsos finos, TEC prolongado, pressão de pulso estreita, baixo débito.	Adrenalina em infusão titulada.
Choque quente	Extremidades quentes, pulsos amplos, pressão de pulso larga, vasoplegia/hipotensão.	Noradrenalina em infusão titulada.
Disfunção miocárdica/sobrecarga	Hepatomegalia, crepitações, má resposta a fluido, eco se disponível.	Evitar volume adicional; discutir inotrópico/vasoativo com referência.



FLUIDOS: BOLUS COM REAVALIAÇÃO



**CRISTALOIDE
ISOTÔNICO**



10–20 mL/kg



PERFUSÃO



PULMÕES



FÍGADO



CONSCIÊNCIA



REAVALIAR APÓS CADA BOLUS



SINAIS DE SOBRECARGA? PARE E REAVALIE



MELHORA CLÍNICA → REAVALIAR NECESSIDADE DE NOVO BOLUS

12. PREPARO E INFUSÃO DE VASOATIVOS

Iniciar por acesso central quando imediatamente disponível; não atrasar em choque refratário. Infusão periférica pode ser utilizada temporariamente com acesso confiável, inspeção frequente do sítio e plano de transferência. Usar bomba de infusão e dupla checagem independente.

Fármaco	Faixa inicial de referência	Titulação / segurança
Adrenalina	0,05–0,3 mcg/kg/min EV em bomba.	Titule conforme perfusão, PA, FC, ritmo e lactato; faixa maior somente com orientação experiente.
Noradrenalina	0,05–0,3 mcg/kg/min EV em bomba.	Titule conforme PA/perfusão; vigiar extravasamento e arritmias.
Regra de cálculo	$\text{mcg/kg/min} \times \text{peso (kg)} \times 60 \div \text{concentração final (mcg/mL)} = \text{mL/h}$	Registrar concentração final, dose em mcg/kg/min, acesso, hora e resposta.

DUPLA CHECAGEM Medicamento, ampola, diluição, concentração final, peso usado no cálculo, mL/h programados e identificação da via devem ser conferidos por dois profissionais antes de iniciar.

13. VIA AÉREA, VENTILAÇÃO E GLICEMIA

- Oxigênio e suporte ventilatório conforme falência respiratória, hipoxemia, alteração do sensorio ou fadiga. Não atrasar transferência para “normalizar” todos os parâmetros.
- IOT em choque exige preparo: equipe, equipamentos, plano alternativo, oxigenação prévia, drogas adequadas, acesso vasoativo pronto e bolus somente se responsivo a fluidos.
- Hipoglicemia deve ser pesquisada e corrigida prontamente pelo protocolo pediátrico institucional; hiperglicemia de estresse requer acompanhamento, não correção agressiva rotineira no PS.



PREPARO E INFUSÃO DE VASOATIVOS

1 VASOATIVOS EM BOMBA



ADRENALINA
0,05–0,3 mcg/kg/min EV



NORADRENALINA
0,05–0,3 mcg/kg/min EV



Titular por PA, perfusão, FC, ritmo e lactato



2 CÁLCULO

$$\text{mcg/kg/min} \times \text{peso} \times 60 \div \text{concentração final} = \text{mL/h}$$

Registrar: concentração • dose • acesso • hora • resposta



3 DUPLA CHECAGEM



- ✓ Medicamento
- ✓ ampola
- ✓ diluição
- ✓ concentração
- ✓ peso
- ✓ mL/h
- ✓ via

ANTES DE INICIAR



VIA AÉREA, VENTILAÇÃO E GLICEMIA



O₂ e suporte ventilatório conforme necessidade



IOT: preparar equipe, plano alternativo e vasoativo pronto



Pesquisar e corrigir hipoglicemia prontamente

14. CONTROLE DE FOCO E SITUAÇÕES ESPECIAIS

	Ação crítica
Meningite/meningococcemia	Precauções por gotículas quando indicadas; antimicrobiano imediato; não atrasar por punção lombar; comunicar referência.
Pneumonia complicada/empiema	RX/USG se disponíveis e sem atraso; discutir drenagem/UTI; ampliar cobertura conforme risco.
Abdome agudo infeccioso	Avaliação cirúrgica precoce; antimicrobiano com anaeróbico quando indicado; fonte não controlada mantém choque.
Pele e partes moles graves	Examinar extensão e dor desproporcional; cirurgia urgente quando suspeita de infecção profunda/necrosante.
Dispositivo, abscesso, osteoarticular	Coletar amostras quando possível; discutir remoção/drenagem com referência.
Imunossuprimido/oncologia	Ampliar cobertura conforme risco e contatar imediatamente serviço de referência.

15. REGULAÇÃO CROSS, UTI PEDIÁTRICA E VAGA ZERO

Acionar CROSS precocemente, em paralelo à estabilização, sempre que houver choque, disfunção orgânica, necessidade de suporte respiratório avançado, vasoativo, alteração neurológica persistente, lactato muito elevado/persistente ou incapacidade local de manter monitorização e tratamento necessários.

Comunicar ao regulador	Conteúdo mínimo
Identificação	Idade, peso, unidade de origem, responsável e contato.
Gravidade	Tempo Zero, foco presumido, disfunções, SV seriados, consciência, necessidade de O ₂ /VNI/IOT/vasoativo.
Tratamento já realizado	Acessos, fluidos cumulativos e resposta, antibiótico/dose/horário, vasoativo/concentração/dose, exames e lactato.
Necessidade	UTI pediátrica, especialidade, procedimento de controle de foco, transporte avançado.
Vaga Zero	Risco iminente de morte ou deterioração sem possibilidade de aguardar vaga convencional: registrar justificativa e seguir fluxo regulatório vigente.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE SEPSE PEDIÁTRICA

Fluxos essenciais para reconhecimento, manejo e regulação

CONTROLE DE FOCO E SITUAÇÕES ESPECIAIS

- MENINGITE / MENINGOCOCCEMIA**
Gotículas quando indicadas • antimicrobiano imediato • não atrasar por PL
- PNEUMONIA COMPLICADA / EMPIEMA**
RX/USG sem atraso • discutir drenagem / UTI
- ABDOME, PELE E PARTES MOLES GRAVES**
Avaliação cirúrgica precoce • controlar a fonte
- DISPOSITIVO, ABSCESSO, OSTEOARTICULAR, IMUNOSSUPRIMIDO**
Coletar amostras se possível • discutir drenagem/remoção • ampliar cobertura conforme risco

CROSS • UTI PEDIÁTRICA • VAGA ZERO

ACIONE CEDO, EM PARALELO À ESTABILIZAÇÃO

- COMUNICAR:**
idade/peso • foco • disfunções e SV • tratamento, doses e horários • necessidade de UTI/procedimento/transporte
- UTI PEDIÁTRICA:**
disponibilidade e recursos • debate clínico • preparação para transferência segura
- TRANSPORTE SEGURO:**
estabilizar • monitorizar • garantir via aérea, acesso e antimicrobiano • equipe e equipamentos adequados



VAGA ZERO: risco iminente de morte ou deterioração – registrar justificativa e seguir fluxo regulatório vigente

16. CHECKLIST DE TRANSFERÊNCIA SEGURA

Antes de sair	Confirmar
Estabilidade mínima	Via aérea/respiração assistidas, monitorização contínua, temperatura, glicemia e perfusão reavaliadas.
Acessos e bombas	Acesso pérvio fixado; acesso reserva se possível; bombas com bateria, volume suficiente e rótulo completo.
Medicamentos	Antibiótico administrado/documentado; vasoativo com concentração/dose/mL-h conferidos; medicação de resgate disponível.
Oxigênio	Cilindro calculado com margem; interface/ventilador compatíveis; aspiração e bolsa-válvula-máscara disponíveis.
Documentação	Resumo clínico, SV seriados, exames, horários, balanço, alergias, peso e contato do médico que regula/recebe.
Comunicação	Passagem estruturada ao transporte e destino; responsável orientado sobre transferência e local de referência.

NUNCA TRANSFERIR SEM Oxigênio calculado, acesso seguro, medicação em infusão identificada, profissional habilitado conforme gravidade e contato efetivo com regulação/serviço receptor.

17. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

Profissional	Responsabilidades essenciais
Médico	Reconhecer gravidade, prescrever e reavaliar, definir foco/antimicrobiano, indicar vasoativo, comunicar CROSS e documentar decisões.
Enfermeiro	Coordenar resposta, monitorização, acessos, checagens de segurança, controle de fluidos, preparo de transporte e registros.
Técnico/auxiliar	Executar monitorização e terapias prescritas, comunicar deterioração, registrar horários e manter materiais prontos.
Condutor/equipe de transporte	Checar equipamento/oxigênio, segurança do deslocamento, comunicação e condições de transporte conforme regulação.



CHECKLIST DE TRANSFERÊNCIA SEGURA

Antes de sair — Confirmar

-   **Estabilidade mínima** — Via aérea/respiração assistidas; monitorização contínua; temperatura, glicemia e perfusão reavaliadas.
-   **Acessos e bombas** — Acesso pérvio e fixado; acesso reserva se possível; bomba com bateria, volume suficiente e rótulo completo.
-   **Medicamentos** — Antibiótico administrado/documentado; vasoativo com concentração, dose e mL/h conferidos; medicação de resgate disponível.
-   **Oxigênio** — Cilindro calculado com margem; interface/ventilador compatíveis; aspiração e bolsa-válvula-máscara disponíveis.
-   **Documentação** — Resumo clínico, SV seriados, exames, horários, balanço, alergias, peso e contato do médico regulador/receptor.
-   **Comunicação** — Passagem estruturada ao transporte e destino; responsável orientado sobre transferência e referência.

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

 Médico	Reconhecer gravidade, prescrever e reavaliar; definir foco/antimicrobiano; indicar vasoativo; comunicar CROSS e documentar decisões.
 Enfermeiro	Coordenar resposta, monitorização, acessos, checagens de segurança, fluidos, transporte e registros.
 Técnico/auxiliar	Executar monitorização e terapias prescritas; comunicar deterioração; registrar horários e manter materiais prontos.
 Condutor/equipe de transporte	Checar equipamento e oxigênio; garantir segurança, comunicação e condições de transporte conforme regulação.

 **NUNCA TRANSFERIR SEM:** oxigênio calculado • acesso seguro • infusão identificada • profissional habilitado conforme gravidade • contato efetivo com regulação/serviço receptor.

18. REGISTRO, INDICADORES E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Indicador	Meta de acompanhamento
Tempo reconhecimento → antimicrobiano	Percentual de casos de choque/suspeita de alto risco com primeira dose em até 60 minutos.
Documentação de reavaliação após bolus	Percentual de bolus com perfusão, pulmões/fígado e decisão subsequente registrados.
Lactato quando disponível	Percentual de casos graves com lactato inicial e repetição se alterado.
Acionamento oportuno da CROSS	Tempo de reconhecimento/indicação até abertura da regulação.
Checklist de transporte	Percentual de transferências graves com checklist completo.
Discussão de casos	Revisão mensal/ trimestral de atrasos, eventos adversos e oportunidades de melhoria.

EDUCAÇÃO PERMANENTE Realizar simulação periódica de criança séptica: reconhecimento, acesso IO, cálculo de bolus, preparo de vasoativo, comunicação SBAR e transferência.

CASOS CLÍNICOS PARA TREINAMENTO

Caso	Ponto de decisão
Lactente febril prostrado com TEC 4 s e taquicardia	Ativar Tempo Zero; não esperar hipotensão; antibiótico e reavaliação após bolus.
Escolar com pneumonia, hipoxemia, crepitações e choque que não responde ao primeiro bolus	Evitar sobrecarga; suporte respiratório, vasoativo e CROSS precoce.
Criança com petequias, confusão e extremidades frias	Tratar como sepse/meningococemia; antimicrobiano imediato e transferência de alta prioridade.
RN pós-alta com hipoatividade e recusa alimentar	Aplicar fluxo neonatal, glicemia e antimicrobiano específico; regular neonatologia/pediatria.

CASOS CLÍNICOS PARA TREINAMENTO

1 LACTENTE FEBRIL PROSTRADO

TEC 4 s • TAQUICARDIA



TEMPO ZERO


TEC 4 s


TAQUICARDIA


BOLUS

Não esperar hipotensão.
Antibiótico + reavaliação após bolus.

2 PNEUMONIA GRAVE

HIPOXEMIA • CREPITAÇÕES • CHOQUE




INFILTRADO


HIPOXEMIA


VASOATIVO


CROSS PRECOCE

ESCALONAR
Evitar sobrecarga. Suporte respiratório +
vasoativo + CROSS precoce.

3 MENINGOCOCCEMIA PROVÁVEL

PETÉQUIAS • CONFUSÃO • EXTREMIDADES FRIAS




CONFUSÃO


EXTREMIDADES FRIAS


ANTIMICROBIANO IMEDIATO


TRANSFERÊNCIA ALTA PRIORIDADE

TRATAR JÁ
Antimicrobiano imediato +
transferência de alta prioridade.

4 RN PÓS-ALTA

HIPOATIVIDADE • RECUSA ALIMENTAR




RECUSA ALIMENTAR


GLICEMIA


ANTIMICROBIANO ESPECÍFICO


REGULAR NEONATOLOGIA/ PEDIATRIA

FLUXO NEONATAL
Glicemia + antimicrobiano específico.
Regular neonatologia/pediatria.


DECISÃO-CHAVE:


RECONHECER CEDO


TRATAR NA PRIMEIRA HORA


TRANSFERIR COM SEGURANÇA

ANEXO A — AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA À BEIRA-LEITO

Documentar tendência, e não apenas uma medida. Registrar antes e após qualquer intervenção significativa.

Parâmetro	Adequação / alerta
Estado mental	Interação habitual e responsivo versus letargia, confusão, agitação incomum ou redução de resposta.
Extremidades e TEC	Quentes e bem perfundidas versus frias, moteadas ou TEC >3 segundos.
Pulsos e PA	Pulsos centrais/periféricos, amplitude e diferença térmica; hipotensão é tardia.
Respiração e fígado	Trabalho respiratório, SpO ₂ , crepitações e hepatomegalia ajudam a reconhecer sobrecarga.
Diurese	Monitorizar; oligúria persistente sugere hipoperfusão, mas interpretar com estado de hidratação e idade.
Lactato	Usar tendência em conjunto com exame; não substituir avaliação clínica.

REGISTRO MÍNIMO Hora, SV, perfusão, consciência, suporte respiratório, fluido acumulado, resposta, medicações e decisão de escalonamento.

ANEXO A — AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA À BEIRA-LEITO

DOCUMENTAR TENDÊNCIA, NÃO APENAS UMA MEDIDA
REGISTRAR ANTES E APÓS QUALQUER INTERVENÇÃO SIGNIFICATIVA

SALA VERMELHA
ATENDIMENTO PEDIÁTRICO

SEPSIS E SUSPEITA DE SEPSIS



1. ESTADO MENTAL

interação habitual e responsivo

ADEQUADO
Alerta

ATENÇÃO
Letargia, confusão, agitação incomum ou menor resposta.

2. EXTREIDADES E TEC

quentes e bem perfundidas

ADEQUADO
Quentes, róseas, TEC ≤ 2 s.

ATENÇÃO
Frias, moteadas ou TEC >3 s.

3. PULSOS E PA

comparar pulsos e temperatura

ADEQUADO
Pulsos palpáveis e simétricos; PA conforme idade.

ALERTA
Hipotensão é tardia.

4. RESPIRAÇÃO E FÍGADO

trabalho respiratório, SpO₂, crepitações e hepatomegalia alertam para sobrecarga.

ADEQUADO
FR normal/leve, SpO₂ ≥ 94%, sem crepitações, fígado não aumentado.

ATENÇÃO
FR aumentada, SpO₂ < 94%, crepitações, fígado aumentado.

5. DIURESE

monitorar; oligúria persistente pode indicar hipoperfusão.

ADEQUADO
Diurese ≥ 1 mL/kg/h.

ATENÇÃO
Oligúria persistente (< 1 mL/kg/h).

6. LACTATO

acompanhar tendência junto ao exame; não substitui avaliação clínica.

ADEQUADO
Lactato em queda / normalizando.

ATENÇÃO
Lactato em elevação ou persistentemente alto.

REGISTRO MÍNIMO
HORA • SV • PERFUSÃO • CONSCIÊNCIA • SUPORTE RESPIRATÓRIO • FLUIDO ACUMULADO • RESPOSTA • MEDICAÇÕES • DECISÃO DE ESCALONAMENTO

ANEXO B — ACESSO VASCULAR E VIA INTRAÓSSEA

Se houver dificuldade de acesso IV em tempo clinicamente relevante, utilizar acesso intraósseo por profissional treinado, sem atrasar ressuscitação.

Passo	Segurança
Preparar	Confirmar indicação, local, material, analgesia/sedação quando aplicável e monitorização.
Puncionar	Técnica asséptica; confirmar estabilidade, permeabilidade e ausência de infiltração.
Usar	Pode administrar fluidos, fármacos e colher exames conforme viabilidade local; usar bomba/pressurização conforme necessidade.
Vigiar	Inspecionar sítio frequentemente; dor, edema, resistência ou extravasamento exigem suspensão e nova via.
Transferir	Fixar, identificar e comunicar tipo/local/hora do acesso e terapias em curso.

ALERTA Não repetir tentativas venosas indefinidamente em criança hipoperfundida. A via intraóssea é uma via de emergência eficaz quando bem indicada.

ACESSO INTRAÓSSEO — VIA DE EMERGÊNCIA



ALERTA: Não repetir tentativas venosas indefinidamente em criança hipoperfundida. A via intraóssea é uma via de emergência eficaz quando bem indicada.

ANEXO C — PRESCRIÇÃO OPERACIONAL INICIAL (MODELO)

Modelo para orientar o prontuário e a checagem; individualizar e validar na prescrição médica.

Item	Prescrição/registro orientador
Monitorização	Monitor multiparamétrico, oximetria contínua, PA seriada, temperatura, escala neurológica e balanço hídrico.
Oxigênio	Administrar/titular conforme hipoxemia, esforço respiratório e necessidade de suporte.
Acesso	Dois acessos IV; se indisponível em tempo oportuno, IO. Identificar calibre/local/hora.
Fluido	Cristaloide balanceado 10–20 mL/kg em bolus; reavaliar perfusão, pulmão, fígado e PA após cada bolus.
Antibiótico	Esquema empírico conforme foco/idade/risco; registrar fármaco, dose mg/kg, dose total, via e horário da primeira dose.
Vasoativo	Se choque persiste ou sobrecarga: iniciar em bomba, com concentração, dose mcg/kg/min, taxa mL/h e checagem dupla.
Exames	Glicemia; lactato/gasometria e coleta dirigida conforme disponibilidade, sem atraso terapêutico.

ANEXO C — PRESCRIÇÃO OPERACIONAL INICIAL MODELO PARA ORIENTAR O PRONTUÁRIO E A CHECAGEM





1. MONITORIZAÇÃO

Monitor multiparamétrico •
oximetria contínua •
PA seriada •
temperatura • escala
neurológica •
balanço hídrico.



2. OXIGÊNIO

Administrar/titular
conforme hipoxemia,
esforço respiratório e
necessidade de suporte.



3. ACESSO

Dois acessos IV;
se indisponível em
tempo oportuno, IO.
Identificar calibre/
local/hora.



4. FLUIDO

Cristaloide balanceado
10–20 mL/kg em bolus;
reavaliar perfusão,
pulmão, fígado e PA
após cada bolus.



5. ANTIBIÓTICO

Esquema empírico
conforme foco/idade/
risco; registrar fármaco,
dose mg/kg, dose total,
via e horário da
primeira dose.



6. VASOATIVO

Se choque persiste ou
sobrecarga: iniciar em
bomba, com concentração,
dose mcg/kg/min,
taxa mL/h e
checagem dupla.



7. EXAMES

Glicemia; lactato/
gasometria e coleta
dirigida conforme
disponibilidade,
sem atraso
terapêutico.



8. REAVALIAÇÃO CONTÍNUA

Reavaliar perfusão,
respiração, estado
neurológico, diurese
e resposta ao
tratamento.



INDIVIDUALIZAR E VALIDAR NA PRESCRIÇÃO MÉDICA.

ANEXO D — CHECKLIST DE ENFERMAGEM: PRIMEIRA HORA

- ☐ Tempo Zero registrado e médico/equipe acionados.
- ☐ Peso confirmado ou estimado e anotado; alergias verificadas.
- ☐ Monitor, PA, oximetria, temperatura e glicemia instalados/registrados.
- ☐ Acesso IV/IO obtido, fixado e identificado.
- ☐ Exames/culturas coletados quando possível, sem postergar terapia.
- ☐ Cristaloide administrado; resposta e sinais de sobrecarga registrados.
- ☐ Antibiótico preparado, conferido e administrado; horário documentado.
- ☐ Vasoativo, se indicado, preparado em bomba com dupla checagem.
- ☐ CROSS acionada/atualizada; checklist de transporte iniciado.

ESCALONAR IMEDIATAMENTE Piora do sensório, apneia, hipoxemia, bradicardia, hipotensão, perfusão em deterioração, arritmia, convulsão, infiltração de vasoativo ou falha de bomba/oxigênio.

ANEXO D — CHECKLIST DE ENFERMAGEM: PRIMEIRA HORA

1	☐ ✓		Tempo Zero registrado e médico/equipe acionados.
2	☐ ✓		Peso confirmado ou estimado e anotado; alergias verificadas.
3	☐ ✓		Monitor, PA, oximetria, temperatura e glicemia instalados/registrados.
4	☐ ✓		Acesso IV/IO obtido, fixado e identificado.
5	☐ ✓		Exames/culturas coletados quando possível, sem postergar terapia.
6	☐ ✓		Cristaloide administrado; resposta e sinais de sobrecarga registrados.
7	☐ ✓		Antibiótico preparado, conferido e administrado; horário documentado.
8	☐ ✓		Vasoativo, se indicado, preparado em bomba com dupla checagem.
9	☐ ✓		CROSS acionada/atualizada; checklist de transporte iniciado.

ESCALONAR IMEDIATAMENTE

Piora do sensório, apneia, hipoxemia, bradicardia, hipotensão, perfusão em deterioração, arritmia, convulsão, infiltração de vasoativo ou falha de bomba/oxigênio.



SALA VERMELHA
PEDIÁTRICA

CHECKLIST
PRIMEIRA HORA

ANEXO E — CASOS PARA SIMULAÇÃO CLÍNICA

Cenário	Objetivo de aprendizagem	Erro a evitar
Lactente com febre e perfusão ruim	Reconhecer choque compensado e iniciar pacote sem esperar PA baixa.	Atribuir taquicardia apenas à febre.
Pneumonia grave com esforço respiratório	Integrar oxigenação, bolus reavaliado e antibiótico.	Repetir volume sem examinar pulmões/fígado.
Meningococemia provável	Antimicrobiano imediato e regulação precoce.	Aguardar punção lombar ou exames.
Choque frio refratário	Preparar adrenalina em bomba e transporte avançado.	Demorar vasoativo por ausência de acesso central.
Choque quente/vasoplégico	Reconhecer padrão e iniciar noradrenalina titulada.	Usar apenas cor de extremidade como critério.
RN pós-alta com sepse possível	Acionar fluxo neonatal, glicemia e referência.	Aplicar automaticamente esquema da criança maior.

ANEXO E — CASOS PARA SIMULAÇÃO CLÍNICA

SALA VERMELHA
ATENDIMENTO
DE URGÊNCIA

1 LACTENTE FEBRIL • PERFUSÃO RUIM



Reconhecer
choque
compensado

EVITAR:
atribuir
taquicardia só
à febre

2 PNEUMONIA GRAVE



Oxigênio +
bolus reavaliado
+ antibiótico

EVITAR:
repetir volume
sem reexaminar
pulmões e fígado

3 MENINGOCOCCEMIA PROVÁVEL



Antimicrobiano
imediato e
regulação precoce

EVITAR:
aguardar PL
ou exames

4 CHOQUE FRIO REFRACTÁRIO



Adrenalina
em bomba +
transporte
avançado

EVITAR:
atrasar vasoativo
por falta de
acesso central

5 CHOQUE QUENTE / VASOPLÉGICO



Reconhecer
padrão;
noradrenalina
titulada

EVITAR:
usar só a cor
das extremidades

6 RN PÓS-ALTA • SEPSE POSSÍVEL



Fluxo neonatal,
glicemia e
referência

EVITAR:
aplicar esquema
da criança maior

SIMULAR • DECIDIR • REAVALIAR • TRANSFERIR

ANEXO F — AUDITORIA DE CASO DE SEPSE PEDIÁTRICA

Pergunta de auditoria	Sim / Não / Observação
Gatilhos de gravidade foram identificados e o Tempo Zero registrado?	
Sinais vitais, peso, glicemia e exame de perfusão foram documentados?	
Antimicrobiano foi administrado em tempo oportuno? Se não, por quê?	
Cada bolus teve reavaliação clínica registrada?	
Vasoativo foi iniciado no momento apropriado, se necessário?	
A CROSS foi acionada oportunamente e a comunicação continha dados essenciais?	
Checklist de transporte foi concluído e as infusões estavam rotuladas/conferidas?	
Houve evento adverso, atraso, barreira de estoque ou oportunidade de melhoria?	

CULTURA DE SEGURANÇA A auditoria não é punitiva: deve identificar barreiras reais, reforçar treinamento e atualizar o protocolo quando necessário.

ANEXO F — AUDITORIA DE CASO DE SEPSE PEDIÁTRICA

PERGUNTA DE AUDITORIA	SIM / NÃO / OBS.
 1. Gatilhos de gravidade identificados e Tempo Zero registrado?	☐ ☐ ☐
 2. Sinais vitais, peso, glicemia e perfusão documentados?	☐ ☐ ☐
 3. Antimicrobiano administrado em tempo oportuno? Se não, por quê?	☐ ☐ ☐
 4. Cada bolus teve reavaliação clínica registrada?	☐ ☐ ☐
 5. Vasoativo iniciado no momento apropriado, se necessário?	☐ ☐ ☐
 6. CROSS acionada oportunamente com dados essenciais?	☐ ☐ ☐
 7. Transporte concluído; infusões rotuladas e conferidas?	☐ ☐ ☐
 8. Evento adverso, atraso, barreira de estoque ou oportunidade de melhoria?	☐ ☐ ☐



**CULTURA DE
SEGURANÇA**



A auditoria não é punitiva:
identifica barreiras reais, reforça
treinamento e atualiza o protocolo.

ANEXO G — RESUMO DE BOLSO | CRIANÇA COM SEPSE

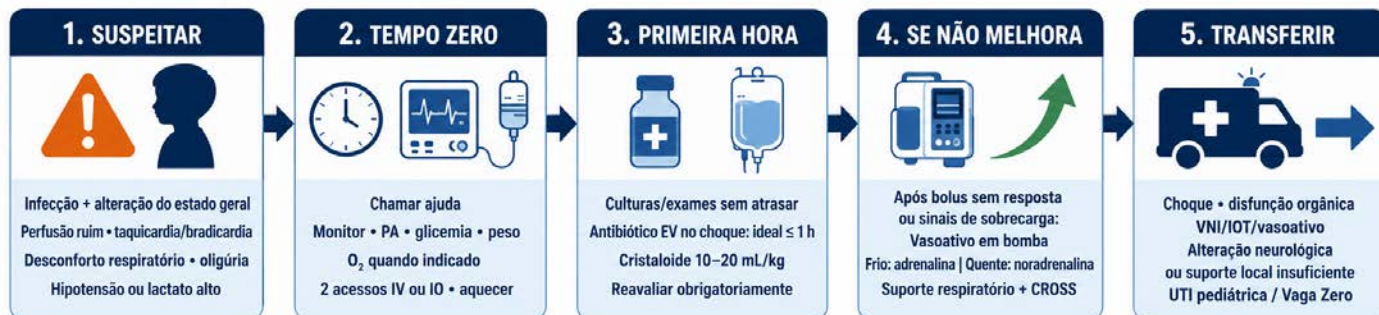
1. SUSPEITAR Infecção + alteração do estado geral, perfusão ruim, taquicardia/bradicardia, desconforto respiratório, oligúria, hipotensão ou lactato alto.

2. TEMPO ZERO Chamar ajuda. Monitor, O₂ quando indicado, PA, glicemia, peso, dois acessos IV ou IO, aquecer.

3. PRIMEIRA HORA Culturas/exames se não atrasarem; antibiótico EV no choque idealmente ≤1 h; cristalóide 10–20 mL/kg com reavaliação obrigatória.

4. SE NÃO MELHORA Após bolus sem resposta ou com sinais de sobrecarga: iniciar vasoativo em bomba (adrenalina no perfil frio; noradrenalina no quente), suporte respiratório e CROSS.

5. TRANSFERIR Choque, disfunção orgânica, necessidade de VNI/IOT/vasoativo, alteração neurológica ou incapacidade de suporte local → UTI pediátrica / Vaga Zero conforme fluxo.



⚠️ ALERTA: NÃO AGUARDAR HIPOTENSÃO PARA TRATAR

Anexo H — Passagem estruturada SBAR

S	Situação
Identificação e motivo	"Criança de ____ anos, ____ kg, com suspeita de sepse/choque, Tempo Zero às ____."
B	Breve histórico
Foco/risco	"Foco provável ____; comorbidades/alergias ____; início dos sintomas ____."
A	Avaliação
Estado atual	"SV ____; perfusão ____; consciência ____; suporte respiratório ____; lactato/exames ____."
R	Recomendação
Necessidade	"Recebeu ____ mL/kg; antibiótico ____ às ____; vasoativo ____ mcg/kg/min; solicito UTI/transporte/controle de foco."

REFERÊNCIAS ESSENCIAIS

1. Weiss SL, et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Sepsis and Septic Shock in Children. Intensive Care Medicine / Pediatric Critical Care Medicine. 2026. DOI: 10.1007/s00134-026-08360-2.
2. Schlapbach LJ, Watson RS, Sorce LR, et al. International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. JAMA. 2024;331(8):665–674. DOI: 10.1001/jama.2024.0179.
3. Society of Critical Care Medicine. Surviving Sepsis Campaign: Pediatric Guidelines. Atualização 2026. Disponível em: [sccm.org](https://www.sccm.org).
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes para novas definições de sepse e choque séptico em pediatria: Phoenix Sepsis Score. 2024.
5. Instituto Latino-Americano de Sepse. Nota técnica referente às novas definições de sepse e choque séptico em pediatria — Critérios de Phoenix. 2024.

NOTA DE GOVERNANÇA Este material é instrumento de apoio à decisão clínica e deve ser implantado após validação da direção técnica, enfermagem, farmácia e regulação municipal. Não substitui avaliação individual, contato com referência ou protocolos específicos de neonatologia, trauma e imunossupressão.

TERMO DE IMPLANTAÇÃO

Vigência proposta: 2026–2027. Responsável técnico: _____

Coordenação de enfermagem: _____

Aprovação institucional: _____