

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO PEDIÁTRICO

Reconhecimento Precoce • Primeira Hora • Estabilização • Transferência Segura

PÚBLICO-ALVO

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores e equipes de transporte/regulação.

MANDATO OPERACIONAL

Treinar a equipe a reconhecer deterioração precoce, tomar decisões em tempo crítico e organizar a CROSS/Vaga Zero.

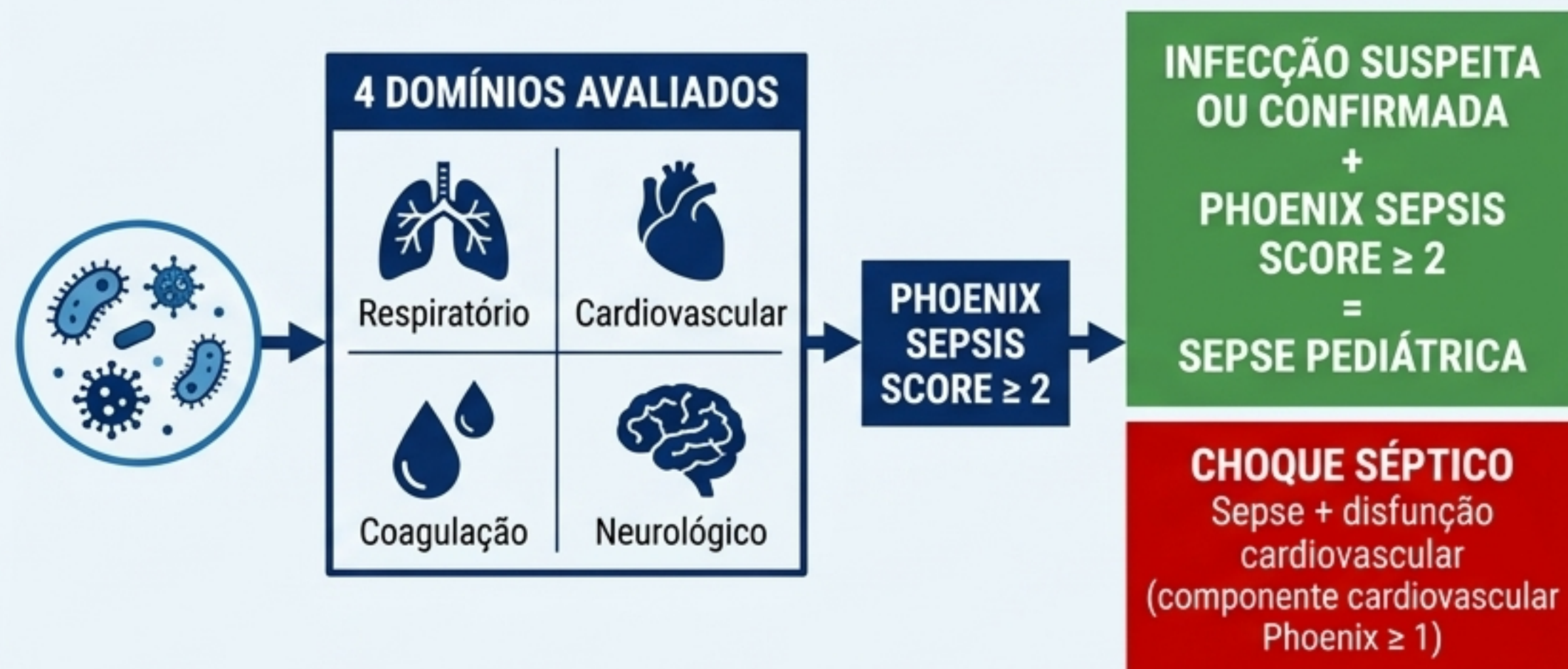
NOTA DO TREINAMENTO: Bem-vindos. Este é o protocolo oficial de Itariri. Nosso foco hoje não é teoria, é a prática de salvar vidas na nossa Sala Vermelha. Vamos alinhar a nossa resposta rápida.

SINAIS QUE EXIGEM AÇÃO

- ⚠ Alteração do sensório (sonolência, irritabilidade)
- ⚠ Má perfusão (TEC >3s, pulsos fracos, oligúria)
- ⚠ Taquicardia persistente
- ⚠ Desconforto respiratório

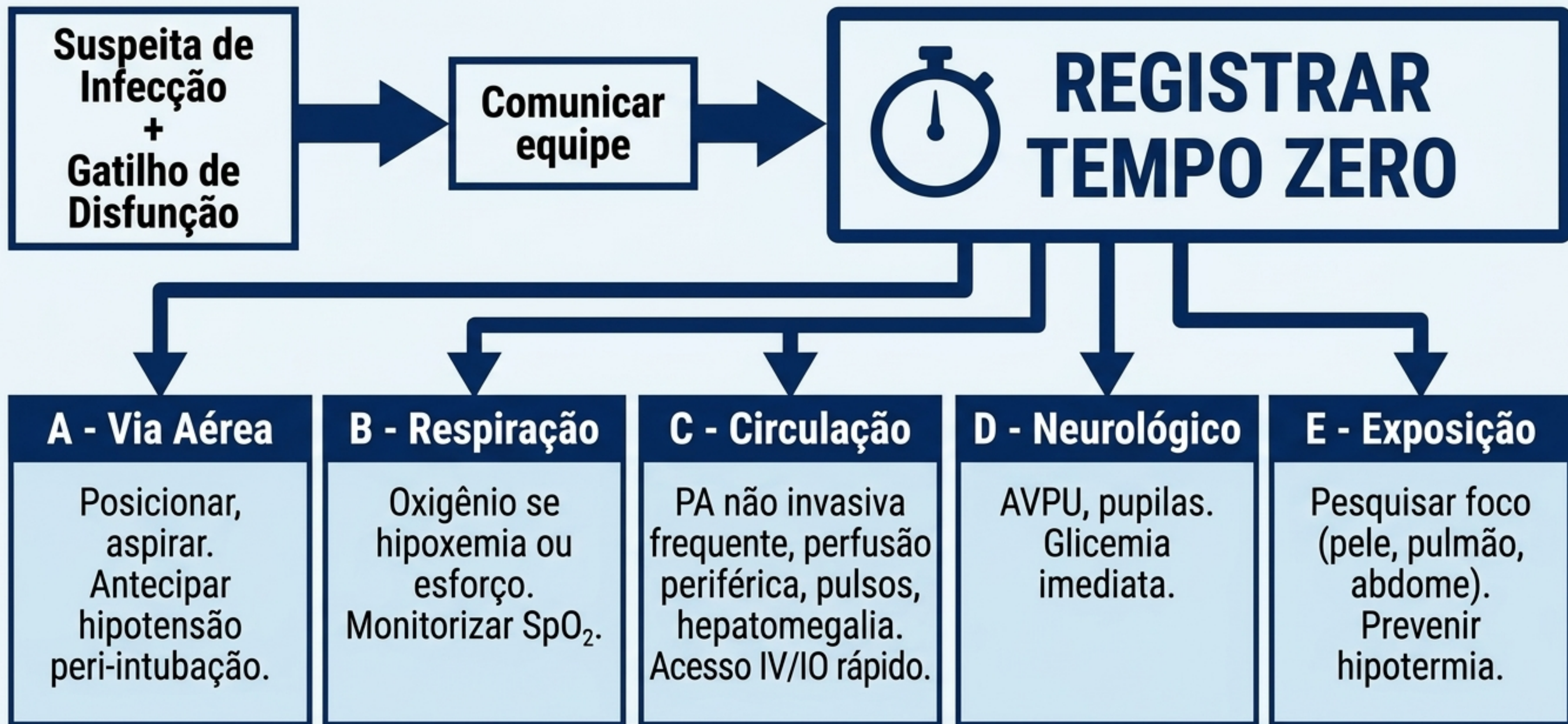
ALERTA CRÍTICO:
A ausência de hipotensão
NÃO exclui choque na
criança. O erro
mais comum é esperar a
pressão cair.

O PAPEL DO PHOENIX 2024



REGRA DE APLICAÇÃO: O escore apoia a comunicação e auditoria. **NÃO** deve atrasar o tratamento da criança instável.

NOTA DO TREINAMENTO: O erro mais comum é esperar a pressão cair. Na pediatria, a hipotensão é tardia e muitas vezes fatal. O escore Phoenix apoia a definição, mas a clínica dita a ação imediata. Não percam tempo.



NOTA DO TREINAMENTO: Suspeitou? Acione a equipe e marque o Tempo Zero. A partir daqui, o relógio corre. A monitorização ABCODE é contínua e foca na perfusão e correção da glicemia.

PACOTE DA PRIMEIRA HORA (Tempo Zero a 60 Minutos)



ALERTA: Coletar exames é fundamental, mas **NÃO** deve postergar a primeira dose de antibiótico.

0–5 min

Monitor cardíaco,
oximetria, PA, glicemia,
peso.
Dois acessos IV ou IO.

5–15 min

Exames dirigidos e
hemoculturas (sem atrasar
terapia). Iniciar cristalóide se
hipoperfusão.

≤60 min

Antimicrobiano EV
(Meta Operacional Máxima).
Iniciar vasoativo se
choque persistir.

NOTA DO TREINAMENTO: Nossa meta operacional máxima: antibiótico na primeira hora. Coletar culturas e exames é bom, mas não se isso atrasar a primeira dose ou a expansão volêmica.

AValiação de PerfuSÃO E EXAMES DIRIGIDOS

À BEIRA-LEITO (SOBERANO)	EXAMES (AUXILIARES)
Estado Mental: Letargia, confusão vs. interação habitual.	Lactato: O valor isolado importa menos que a TENDÊNCIA . Lactato normal NÃO exclui sepse.
Extremidades: Frias/moteadas, TEC >3s, pulsos finos.	
PA: Lembrete — hipotensão é sinal tardio.	Imagens/RX: Solicitar apenas se não atrasar a ressuscitação e administração de antibiótico.
Diurese: Oligúria indica hipoperfusão.	

NOTA DO TREINAMENTO: A avaliação seriada à beira-leito é soberana e superior a qualquer exame de sangue. Reavalie a perfusão antes e após cada intervenção. E lembre-se: lactato normal não descarta choque.

FLUIDOS: O CICLO DE BOLUS E VIGILÂNCIA



ATENÇÃO: Choque persistente após fluidos sem resposta ou com sinais de sobrecarga? **PARE O VOLUME.** Inicie vasoativo.

NOTA DO TREINAMENTO: Faça bolus pequenos, de 10 a 20 mL por quilo, e reavalie o fígado e pulmão. Se não houver melhora ou surgir sobrecarga, pare o volume. O choque refratário exige mudança de rota para vasoativos.

PERFIS HEMODINÂMICOS E VASOATIVOS INICIAIS

CHOQUE FRIO

Clínica

Extremidades frias, pulsos finos, TEC prolongado, pressão de pulso estreita.



Conduta

ADRENALINA em infusão titulada (0,05–0,3 mcg/kg/min).

CHOQUE QUENTE (VASOPLÉGICO)

Clínica

Extremidades quentes, pulsos amplos, TEC “flash” rápido, pressão de pulso larga.



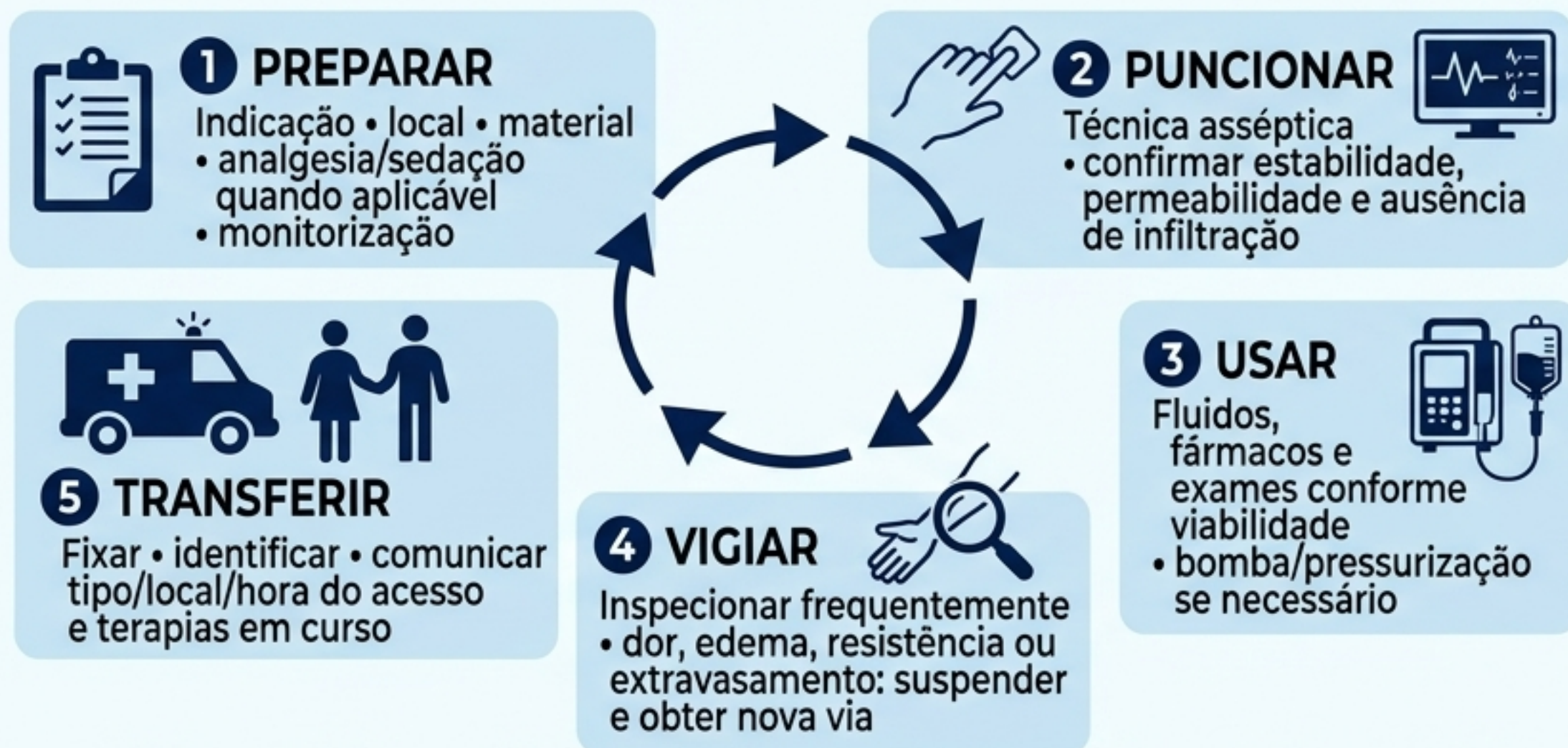
Conduta

NORADRENALINA em infusão titulada (0,05–0,3 mcg/kg/min).

NOTA DO TREINAMENTO:

Identificar o padrão salva o paciente. O choque frio pede Adrenalina. O choque quente, que engana pela pele quente e rosada, pede **Noradrenalina. Sempre titule pela perfusão e pressão.**

SEGURANÇA: ACESSO RÁPIDO E BOMBAS DE INFUSÃO



BOMBAS DE INFUSÃO: DUPLA CHECAGEM OBRIGATÓRIA

- ☐ Medicamento correto
- ☐ Diluição e concentração final
- ☐ Peso da criança exato
- ☐ Cálculo de dose conferido
- ☐ Programação em mL/h

**Obrigatório para vasoativos.
Nunca inicie sem checagem independente por 2 profissionais.**

NOTA DO TREINAMENTO: Não tentem acesso venoso indefinidamente em uma criança chocada. A intraóssea é rápida e segura. Para os vasoativos, exijam sempre a dupla checagem na bomba, o risco de erro de cálculo é imenso.

VIA AÉREA, GLICEMIA E CONTROLE DE FOCO



GLICEMIA

Pesquisar e corrigir prontamente hipoglicemia conforme protocolo local.

Não corrigir agressivamente hiperglicemia de estresse no PS.



VIA AÉREA

IOT em choque exige preparo rigoroso. Antecipe a hipotensão peri-intubação. Tenha vasoativo pronto e faça bolus apenas se responsivo a fluidos.



CONTROLE DE FOCO

Antimicrobiano imediato para suspeitas altas (Ex: Meningococcemia — tratar JÁ, não atrasar por punção lombar). Cirurgia precoce para abdome agudo.

NOTA DO TREINAMENTO: Corrija a hipoglicemia no minuto zero. Se precisar intubar, espere a pressão cair e tenha drogas prontas. E lembre-se: suspeita de meningococcemia é tratar agora, sem esperar líquido.

O ECOSSISTEMA DA REGULAÇÃO (CROSS)

VAGA ZERO

Acionada exclusivamente diante de risco iminente de morte ou deterioração severa sem possibilidade de aguardar vaga convencional no sistema.

O QUE COMUNICAR COM EXATIDÃO

Tempo Zero, Sinais Vitais seriados, fluidos totais recebidos, drogas em bomba (com dosagem), valor e tendência do lactato.

GATILHOS LOCAIS PARA ACIONAR CROSS

Choque persistente, disfunção orgânica, necessidade de vasoativo ou suporte respiratório avançado.

NOTA DO TREINAMENTO:

Regulem antes da exaustão dos nossos recursos locais. Se houver risco iminente de morte e o choque for refratário, acionamos a Vaga Zero. Comuniquem a gravidade com clareza matemática.

COMUNICAÇÃO SBAR E TRANSFERÊNCIA SEGURA

ESTRUTURA SBAR

S (Situação): Identidade, peso, suspeita, Tempo Zero.

B (Breve Histórico): Foco provável, comorbidades, alergias.

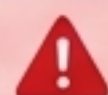
A (Avaliação): Sinais vitais, perfusão atual, lactato.

R (Recomendação): Volume já recebido, vasoativo atual (mcg/kg/min), solicitação.

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.

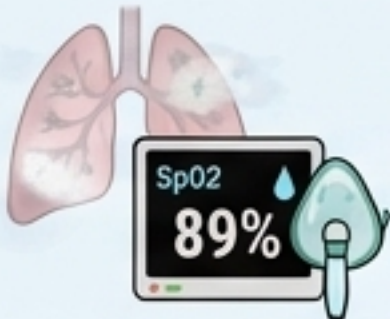
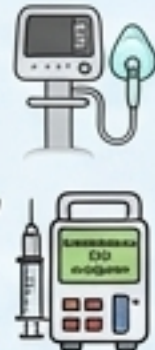


NUNCA TRANSFERIR SEM: oxigênio calculado • acesso seguro • infusão identificada • profissional habilitado conforme gravidade • contato efetivo com regulação/serviço receptor.

NOTA DO TREINAMENTO:

A transferência é o momento de maior risco do atendimento. Usem o SBAR para estruturar a passagem do caso e jamais coloquem a criança na ambulância sem conferir o cilindro de oxigênio e a segurança dos acessos.

MATRIZ DE SIMULAÇÃO CLÍNICA (CASOS 1-3)

CENÁRIO CLÍNICO	DECISÃO IMEDIATA	ERRO A EVITAR
Caso 1: Lactente febril prostrado, TEC 4s, taquicardia. 	✓ Ativar Tempo Zero, antibiótico, bolus fluido. 	✗ Esperar PA cair ou culpar exclusivamente a febre. 
Caso 2: Escolar com pneumonia, crepitações, hipoxemia e choque. 	✓ Evitar sobrecarga hídrica, iniciar vasoativo, CROSS precoce. 	✗ Repetir bolus de volume sem auscultar o pulmão. 
Caso 3: Meningococemia provável (petéquias, perfusão ruim). 	✓ Antimicrobiano EV imediato, transferência de alta prioridade. 	✗ Aguardar exames laboratoriais ou punção lombar para iniciar tratamento. 

NOTA DO TREINAMENTO: Vamos aplicar o protocolo. 🚨 Caso 1: taquicardia e perfusão ruim não é só febre, é choque. 🚨 Caso 2: cuidado com volume num pulmão doente. ⚠️ Caso 3: manchas e choque? Antibiótico agora.

MATRIZ DE SIMULAÇÃO CLÍNICA (CASOS 4-6)

CENÁRIO CLÍNICO	DECISÃO IMEDIATA	ERRO A EVITAR
Caso 4: Choque Frio Refratário (hipoperfusão persistente após fluidos). 	 Preparar Adrenalina em bomba e acionar transporte. 	 Demorar para ligar o vasoativo por falta de acesso venoso central. 
Caso 5: Choque Quente/Vasoplégico. 	 Reconhecer padrão (extremidade quente/pulso amplo) e iniciar Noradrenalina. 	 Achar que a criança está bem apenas pela cor rósea e quente da pele. 
Caso 6: RN pós-alta (hipoativo, recusa alimentar). 	 Aplicar fluxo neonatal, checar glicemia, contato com referência neo. 	 Aplicar automaticamente o protocolo e doses de antibiótico de criança maior. 

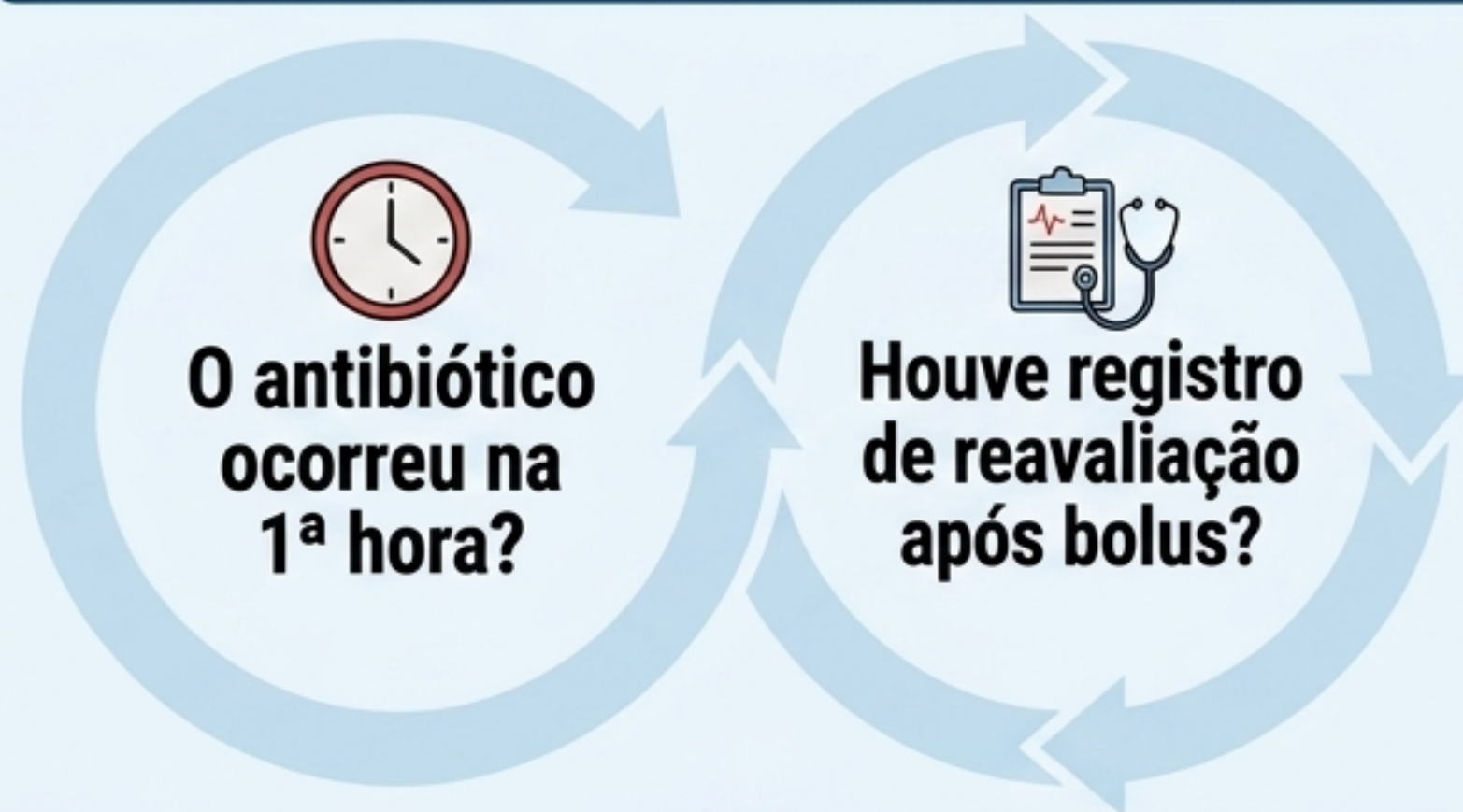
NOTA DO TREINAMENTO: Caso 4: não atrasem adrenalina aguardando acesso central. Caso 5: o choque quente engana pela cor, confiem na pressão e pulso. Caso 6: neonatos têm um ecossistema próprio, regulem para a neonatologia.

CHECKLIST DE ENFERMAGEM (1ª HORA) E AUDITORIA

AÇÕES DA ENFERMAGEM

- ☐ Tempo Zero registrado; peso confirmado.
- ☐ Acesso IV/IO fixado. Monitor e PA instalados.
- ☐ Antibiótico administrado e documentado.
- ☐ Vasoativo em bomba com dupla checagem.
- ☐ CROSS acionada.

CULTURA DE SEGURANÇA E AUDITORIA



O objetivo é identificar barreiras estruturais, estoques e oportunidades de melhoria contínua, **NUNCA** para punição profissional.

NOTA DO TREINAMENTO: A equipe de enfermagem é o motor deste protocolo; o checklist garante que nada escape sob estresse. A auditoria que faremos depois serve para melhorar o sistema e proteger vocês, **nunca para punir**.

RESUMO DE BOLSO: AS 5 REGRAS DE OURO



NOTA DO TREINAMENTO: Para levar para casa: Reconheçam rápido, não esperem a pressão cair, antibiótico na primeira hora, reavaliem o pulmão a cada bolus de soro e peçam ajuda precoce à CROSS.
O trabalho de vocês salva vidas. Muito obrigado.