

Diretrizes clínicas

Luciana Brandão Paim Marques

Editora da seção

Comentário sobre uma conduta clínica com um algoritmo ao final

CHOQUE SÉPTICO EM PEDIATRIA

Vera Lúcia de Andrade Gomes¹, Euzenir Pires Moura Maia²

1. Especialista. Pediatra intensivista da UTI Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin.
2. Especialista. Pediatra intensivista e coordenadora da UTI Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin.

INTRODUÇÃO

A sepse é uma das causas mais comuns de admissão em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, com elevada morbimortalidade apesar dos avanços tecnológicos.

O desfecho da sepse e do choque séptico depende do reconhecimento precoce e da utilização de reposição fluida agressiva na primeira hora.

O choque séptico é definido segundo o Consenso Internacional sobre Choque Pediátrico como a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) associada com infecção comprovada ou alta probabilidade de disfunção cardiovascular.

A SRIS é caracterizada pela presença de no mínimo 2 dos 4 seguintes critérios, em que, um dos quais deverá ser a temperatura ou leucometria anormal:

- temperatura central $> 38,5^{\circ}\text{C}$ ou $< 36,0^{\circ}\text{C}$ (estimar temperatura axilar $- 0,5^{\circ}\text{C}$);
- taquicardia ($\text{FC} > 2$ desvio padrão (DP) para idade) ou bradicardia ($\text{FC} < \text{percentil}$ para idade);
- taquipneia ($\text{FR} > \text{DP}$ para idade);

- leucocitose ou leucopenia ou neutrófilos imaturos $> 10\%$.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico se dá quando a criança apresenta suspeita de infecção manifestada por hipotermia ou hipertermia e sinais clínicos de inadequada perfusão tecidual.

- a) choque quente: vasodilatação, extremidades quentes, tempo de enchimento capilar (TEC) < 2 s.
- b) choque frio: extremidades frias, TEC > 2 s.
- c) outros sinais: diminuição do nível de consciência, oscilação do comportamento entre irritabilidade e sonolência, diminuição do débito urinário para $< 0,5 - 1\text{ml/kg/h}$.

A Hipotensão não é necessário para o diagnóstico clínico do choque séptico. Contudo sua presença na criança com suspeita clínica de infecção confirma choque séptico.

Em 2002 o Colégio Americano de Medicina Intensiva publicou parâmetros clínicos para suporte hemodinâmico no choque séptico pediátrico e neonatal.

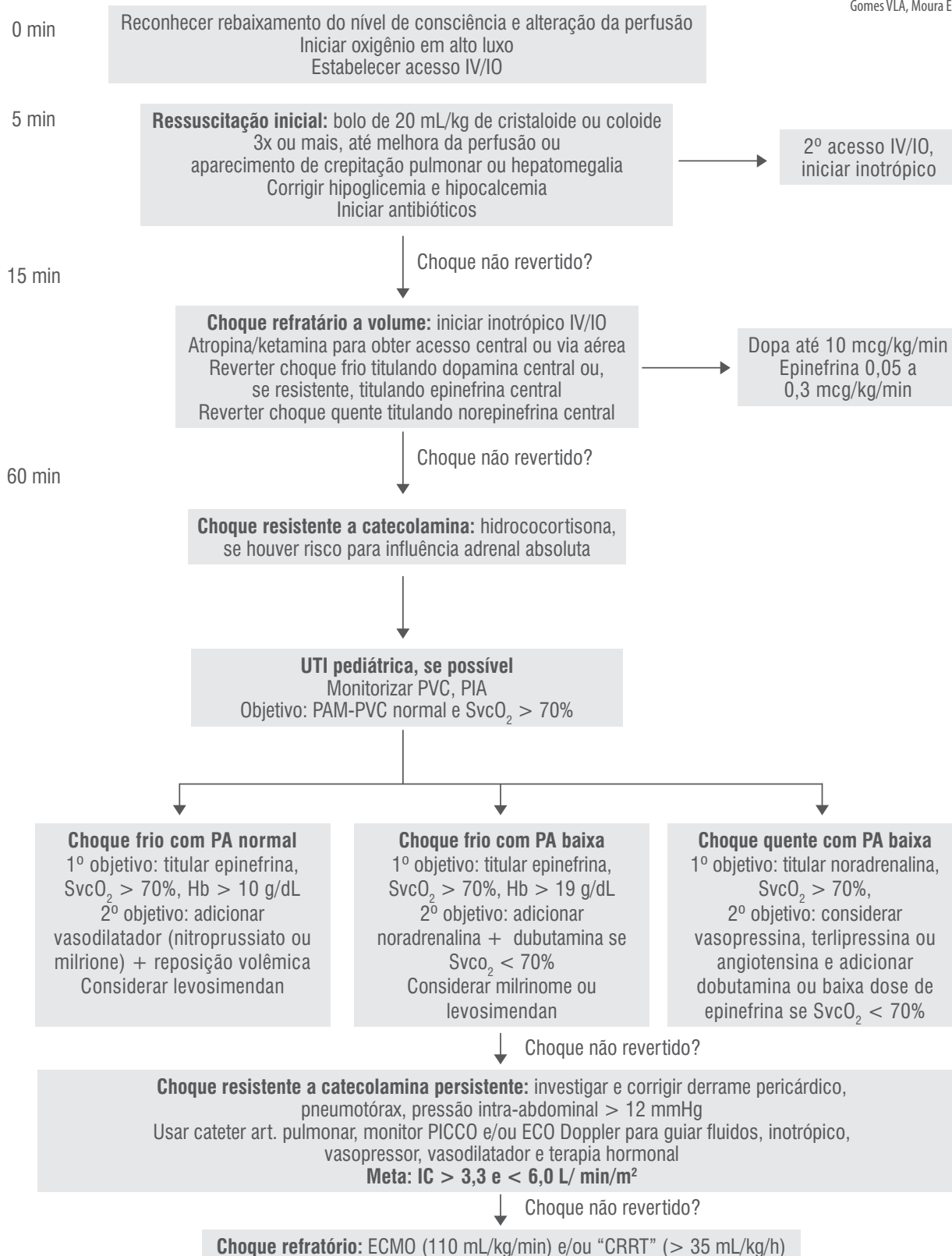


Figura 1. Recomendações para o manejo do choque séptico em crianças segundo PALS.

IV/IO: intravascular/intra-[osseo]; PVC: pressão venosa central; PIA: pressão intra-abdominal; PAM: pressão arterial média; $SvcO_2$: saturação venosa central de oxigênio; PA: pressão arterial; ECO: ecorcardiograma; IC: índice cardíaco; ECMO: extra corpórea membrana oxigenação; CRRT: terapia de substituição renal contínua.

REFERÊNCIAS

1. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med.* 1992 Jun;20(6):864-74.
2. Goldstein B, Giroir B, Randolph A; International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med.* 2005 Jan;6(1):2-8.
3. Angus DC, Wax RS. Epidemiology of sepsis: an update. *Crit Care Med.* 2001 Jul;29(7 Suppl):S109-16.
4. Sessler, C. N.; Shepherd, W. New concepts in sepsis. *Curr Opin Crit Care* 2002; 8 (5):465-72.
5. HOTCHKISS, R. S.; KARL, I. E. The pathophysiology and treatment of sepsis. *N Engl J Med*, 2003; 348 (2): 138-50.
6. Vincent JL, Gerlach H. Fluid resuscitation in severe sepsis and septic shock: an evidence based review. *Crit Care Med.* 2004;32 (11 Suppl):S451-4.
7. Brierley J, Carcillo JA, Choong K, Cornell T, Decaen A, Deymann A, et al. Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock: 2007 update from the American College of Critical Care Medicine. *Critical care medicine.* 2009 Feb;37 (2):666-88.
8. de Oliveira CF, de Oliveira DS, Gottschald AF, Moura JD, Costa GA, Ventura AC, et al. ACCM/PALS haemodynamic support guidelines for paediatric septic shock: an outcomes comparison with and without monitoring central venous oxygen saturation. *Intens. Care Med.* 2008 Jun;34 (6):1065-75.
9. Aneja R Carcillo JA. What is the rationale for hydrocortisone treatment in children with infection-related adrenal insufficiency and septic shock?. *Archives of disease in childhood.* 2007 Feb;92(2):165-9.
10. Carcillo JA Tasker RC. Fluid resuscitation of hypovolemic shock: acute medicine's great triumph for children. *Intens. Care Med.* 2006 Jul;32(7):958-61.
11. Han YY, Carcillo JA, Dragotta MA, Bills DM, Watson RS, Westerman ME, et al. Early reversal of pediatric-neonatal septic shock by community physicians is associated with improved outcome. *Pediatrics.* 2003 Oct;112(4):793-9.
12. Carcillo JA, Fields AI, American College of Critical Care Medicine Task Force Committee Members. Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal patients in septic shock. *Crit Care Med.* 2002 Jun;30(6):1365-78.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Euzenir Pires Moura

E-mail: euzenirmoura@gmail.com