Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 09/04/2023
Data de Aprovação: 12/06/2023

RESENHA

Resenha Campanha Sobrevivendo à Sepse - Diretrizes internacionais para o gerenciamento de choque séptico e Disfunção de órgãos associada à sepse em crianças.

Surviving Sepsis Campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children.

Bruna Balbina Melo e Silva[1], Pedro Henrique Costa de Moraes[2], Priscila Machado de Matos[2] , Vanessa Soares Lanziotti[3]

SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN INTERNATIONAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF SEPTIC SHOCK AND SEPSIS-ASSOCIATED ORGAN DYSFUNCTION IN CHILDREN[1]

A sepse é a principal causa de admissão em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e de mortalidade na população pediátrica, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Dessa forma, é fundamental que os pediatras, em todos os cenários de atuação, desde a emergência até a unidade de terapia intensiva, estejam habilitados a executar seu diagnóstico e manejo de forma assertiva e rápida.

A definição de sepse se mantém a mesma desde o ano de 2005, mas a sua abordagem sofreu atualizações recentes. A campanha "Sobrevivendo à sepse" tem como objetivo a redução da morbimortalidade pediátrica secundária à sepse e teve suas mais recentes atualizações publicadas em 2020. Suas mais recentes diretrizes compõem-se de 77 recomendações, resultantes de um painel de 49 especialistas internacionais, representando 12 organizações internacionais, assim como três metodologistas e 3 membros públicos.

Algumas mudanças importantes foram realizadas nas diretrizes de condutas na sepse pediátrica. Entre elas, podemos citar:

- Tempo para início da antibioticoterapia desde o diagnóstico da sepse — em crianças com sinais de choque séptico, o tempo se mantém de, no máximo, uma hora. Entretanto, para aqueles com sepse, porém sem sinais de instabilidade hemodinâmica, pode-se iniciar o antibiótico em até 3 horas desde o diagnóstico, visando tempo hábil para coleta de culturas e demais exames necessários.

- Fluidoterapia — a partir dessa atualização, as orientações do manejo hídrico do paciente pediátrico séptico divergem de acordo com a disponibilidade de UTIP ou não na unidade de saúde. Para crianças sem acesso à UTI, está recomendado o uso de volume com parcimônia, pelo risco de efeitos adversos associados à fluidoterapia, como, por exemplo, a insuficiência respiratória aguda. Nesses pacientes, quando não há hipotensão,

[1] Instituto de Puericultura e Pediatrica Martagão Gesteira - Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG-UFRJ), Residência Médica em Pediatria (em andamento) - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.
[2] Instituto de Puericultura e Pediatrica Martagão Gesteira - Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG-UFRJ), Residência Médica em Terapia Intensiva Pediátrica (em andamento) - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.
[3] Instituto de Puericultura e Pediatrica Martagão Gesteira - Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG-UFRJ), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Divisão de Ensino e Pesquisa - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil

Endereço para correspondência:
Vanessa Soares Lanziotti.
Instituto de Puericultura e Pediatrica Martagão Gesteira. R. Bruno Lobo, 50 - Cidade Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, 21941-912. E-mail: vslanziotti@gmail.com/ vslanziotti@ufrj.br

DOI: 10.25060/residpediatr-2024.v14n1-1090

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

o uso de *bolus* de fluido não está indicado, devendo-se utilizar apenas a hidratação de manutenção. Se a hipotensão estiver presente, a expansão volêmica por *bolus* está indicada mas até o limite de 40 ml/kg (em alíquotas de 10-20 ml/kg) na primeira hora. Já para aqueles paciente internados em unidades onde haja UTIP disponível, é possível fazer expansão volêmica com maior segurança, estando indicada a administração de *bolus* de fluidos de 40 -60 ml/kg (alíquotas de 20 ml/kg) na primeira hora. Em ambos os casos, é fundamental a atenção a sinais de sobrecarga líquida, quando se deve descontinuar a expansão de volume.

O uso de cristaloides é indicado, sendo o uso de soluções balanceadas, como o Ringer, preferível ao soro fisiológico 0,9%.

Uso de aminas — quando indicadas, as drogas de primeira escolha são a adrenalina ou noradrenalina, não sendo mais indicada a dopamina. Acesso periférico pode ser utilizado inicialmente, através de solução de aminas diluída, até que acesso venoso profundo esteja disponível.

A vasopressina pode ser considerada em casos de choque refratário, porém com evidências fracas.

O uso de vasodilatadores pode ser necessário em casos de hipoperfusão e função cardíaca débil, porém também com evidências insuficientes.

- Monitorização hemodinâmica — Os marcadores clínicos (frequência cardíaca, pressão arterial, tempo de enchimento capilar, nível de consciência e débito urinário) são importantes para a reavaliação do paciente, porém insuficientes para diferenciação do perfil hemodinâmico do choque (quente *x* frio) e para a titulação de aminas.

Dessa forma, a monitorização hemodinâmica avançada (ecocardiograma na beira do leito, medida de índice cardíaco, resistência vascular sistêmica e saturação venosa central) deve ser utilizada assim que possível.

Essas mudanças nas diretrizes da sepse pediátrica são essenciais para o conhecimento de todos os pediatras, incluindo o pediatra geral, considerando-se que a porta de entrada dessas crianças pode se dar a nível ambulatorial ou na emergência pediátrica, local onde o diagnóstico pode e deve ser feito, e o atendimento prontamente iniciado, objetivando melhores desfechos desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Weiss SL, Peters MJ, Alhazzani W, Agus MSD, Flori HR, Inwald DP, et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children. Pediatr Crit Care Med [internet]. 2020 Feb; [access in 2023 Aug 23]; 21(2):e52-e106. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32032273/. DOI: https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002198.