

Sepse e choque séptico na criança

Reconhecimento precoce no consultório, critérios de Phoenix 2024, pacote da primeira hora com culturas, antibiótico empírico por idade, fluidos com reavaliação, vasoativos, glicemia e transporte seguro, segundo SBP 2024, ILAS, Surviving Sepsis Campaign e NICE

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Sepse é a disfunção orgânica ameaçadora da vida em criança com infecção suspeita ou confirmada; pelos **critérios de Phoenix (2024)**, adotados pela SBP (Documento Científico nº 133/2024), corresponde a **escore de Phoenix ≥ 2 pontos**, e **choque séptico** é a sepsse com **≥ 1 ponto cardiovascular** (hipotensão grave para a idade, lactato ≥ 5 mmol/L ou droga vasoativa). O escore **não serve para triagem**: no consultório, a sepsse é reconhecida antes, pela clínica — **aparência alterada, taquicardia sem explicação, tempo de enchimento capilar (TEC) > 2 s, extremidades frias, pele moteada, petéquias ou púrpura, oligúria, taquipneia, $SpO_2 < 92\%$** . A suspeita de sepsse é sempre  : acionar o **SAMU 192**, oxigênio para manter **$SpO_2 \geq 94\%$** , acesso venoso ou intraósseo, **glicemia capilar**, hemocultura se não atrasar e **antibiótico na primeira hora** — na suspeita de doença meningocócica, **ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g) IV ou IM** antes da remoção, sem atrasá-la. **Bolus de 10–20 mL/kg** de cristalóide com **reavaliação após cada um**. Vai para casa só a criança febril **sem sinal de gravidade**, com retorno e sinais de alerta por escrito.

1. O que é e como se apresenta

Definições atuais (SBP 2024; ILAS 2024; JAMA 2024):

- **Sepsse**: infecção suspeita ou confirmada + **escore de Phoenix ≥ 2** . Os termos "**sepsse grave**" e **SIRS não devem mais ser usados** para diagnóstico (SBP 2024).
- **Choque séptico**: sepsse + **≥ 1 ponto no componente cardiovascular**.
- Vale até < 18 anos; **não se aplica ao RN pré-termo** nem à internação do nascimento.

Escore de Phoenix — o que pontua (resumo da tabela da SBP 2024):

SISTEMA	PONTUA QUANDO	PONTOS
Respiratório	$PaO_2/FiO_2 < 400$ ou $SpO_2/FiO_2 < 292$ em qualquer suporte; pior com ventilação invasiva	0–3
Cardiovascular	Cada item: 1 droga vasoativa (1) ou ≥ 2 (2); lactato 5–10,9 (1) ou ≥ 11 mmol/L (2); PAM baixa para a idade (1 ou 2)	0–6
Coagulação	1 ponto cada (máx. 2): plaquetas < 100 mil, RNI $> 1,3$, D-dímero > 2 mg/L, fibrinogênio < 100 mg/dL	0–2
Neurológico	Glasgow ≤ 10 (1); pupilas fixas bilaterais (2)	0–2

O escore é **preditivo** e exige exames; **o tratamento começa pela suspeita clínica**, antes do escore (ILAS 2024).

Quadro clínico. Os sinais clássicos (púrpura, meningismo, rebaixamento de consciência) são **tardios**; os precoces são **dor nas pernas, mãos e pés frios, cor anormal da pele**, taquicardia e taquipneia desproporcionais à febre, sonolência ou irritabilidade, recusa alimentar e diurese reduzida (ver "Classificação de risco em pediatria"). **A hipotensão é tardia e marca choque descompensado** (PALS do site).

Fenótipos (PALS do site; ILAS): choque "**frio**" (extremidades frias, TEC lento, pulsos finos — o mais comum na criança) e "**quente**" (pele quente, pulsos amplos, diastólica baixa). **Focos comuns:** pneumonia, infecção urinária, meningite e doença meningocócica, pele e partes moles (choque tóxico, fasciite), abdome, osteoarticular e cateter central.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Criança febril sem nenhum sinal de gravidade : ativa ou melhora após antitérmico, sinais vitais normais com a febre controlada, TEC ≤ 2 s, hidratada, SpO ₂ $\geq 95\%$, ≥ 3 meses, sem comorbidade de risco	Não é sepse. Tratar o foco em casa; retorno programado e orientação escrita de sinais de alerta
 Moderada	Sinais intermediários sem sinal de gravidade: taquicardia ou taquipneia que persistem com a febre controlada, TEC 2–3 s, diurese reduzida, criança menos ativa, pais muito preocupados	Observação no pronto-socorro com exames (hemograma, PCR ou procalcitonina, lactato, urina, hemocultura) e reavaliação seriada; piora →  ; melhora → casa com retorno em 24 h
 Grave	Suspeita de sepse ou choque : aparência alterada (letargia, gemência, choro fraco), TEC > 2 s com taquicardia, extremidades frias, pele moteada ou acinzentada, pulsos finos, hipotensão, petéquias ou púrpura com febre , SpO ₂ $< 92\%$, oligúria; todo RN < 28 dias febril ; febre com neutropenia ou imunossupressão	Pronto-socorro ou UTI pediátrica pelo SAMU 192 , com estabilização e antibiótico (abaixo); não aguardar exames

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 meses; prematuridade; RN (sempre internação — "Como Conduzir uma Criança com Febre").
- Imunodeficiência, quimioterapia, neutropenia, corticoide em dose imunossupressora, transplante; asplenia e doença falciforme.
- Cateter central, derivação ventriculoperitoneal, cardiopatia, doença crônica complexa, desnutrição; internação recente ou germe resistente; vacinação incompleta.
- Evolução rápida, pais que "nunca viram o filho assim" e retorno pelo mesmo quadro.

3. Diagnóstico no consultório

A suspeita é clínica. Em toda criança febril: **Triângulo de Avaliação Pediátrica** e **ABCDE** com FC, FR, **PA**, TEC, extremidades, pulsos, SpO₂, consciência (AVPU ou Glasgow), **glicemia capilar**, pele inteira (petéquias) e diurese; reavaliar FC e TEC com a febre controlada (sinais vitais por idade: PALS do site).

Exames — no hospital, sem atrasar o antibiótico (ILAS; SSC 2026):

- **Hemocultura** antes do antibiótico, se não atrasá-lo (ILAS).
- **Lactato** (SSC 2026), gasometria, glicemia, eletrólitos e cálcio iônico.
- Hemograma, PCR e procalcitonina, creatinina, bilirrubinas, coagulograma (compõe o escore); urina e urocultura; **líquor só com a criança estável**; imagem e culturas conforme o foco.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: choque **cardiogênico** (miocardite, taquicardia supraventricular, cardiopatia no lactente — hepatomegalia, estertores, galope), **MIS-C** e Kawasaki com choque; **hipovolêmico** (desidratação, **dengue com choque** — seguir o MS no documento de dengue do site, trauma e maus-tratos); **anafilaxia**; cetoacidose diabética, **crise adrenal/HAC** no lactente, erros inatos; intoxicações (Disque-Intoxicação 0800-722-6001).

4. Tratamento e seguimento

Pacote da primeira hora (SSC 2020 e 2026; ILAS; PALS do site) — o pediatra inicia enquanto aguarda o SAMU; o pronto-socorro completa:

1. **Via aérea e oxigênio:** oxigênio em alto fluxo para manter **SpO₂ ≥ 94%**; monitorização.
2. **Acesso:** periférico (2 tentativas em até 90 s) ou **intraósseo**, sem atrasar a remoção (PALS do site).
3. **Glicemia capilar** e correção da hipoglicemia.
4. **Hemocultura**, se não atrasar o antibiótico.
5. **Antibiótico:** no **choque séptico, o mais cedo possível, idealmente na primeira hora**; na sepse provável sem choque, investigação rápida e antibiótico **idealmente em até 3 horas** se a suspeita se confirmar (SSC 2026). Sem acesso venoso: **IM ou IO** (ILAS).
6. **Fluidos:** bolus de **10–20 mL/kg** de cristalóide, **reavaliando após cada um** (FC, PA, TEC, extremidades, pulsos, consciência, diurese) e parando se o choque se resolver ou houver **sobrecarga** (hepatomegalia, estertores, queda da SpO₂). Com UTI disponível, até **40–60 mL/kg na primeira hora; sem UTI: sem hipotensão, não fazer bolus**, só manutenção (recomendação forte, baseada no ensaio FEAST, com maior mortalidade após bolus); **com hipotensão, até 40 mL/kg** (SSC 2026). Preferir **Ringer lactato**; SF 0,9% é alternativa e

preferível na hiponatremia ou infecção do SNC (SSC 2026). Cardiopatia, disfunção miocárdica e RN: alíquotas de **10 mL/kg** (ILAS).

7. **Vasoativo** se a má perfusão persistir após 40–60 mL/kg (ou antes, se hipotensão grave ou sobrecarga): **adrenalina ou noradrenalina em 1ª linha, sem preferência entre elas**; dopamina só se nenhuma estiver disponível; **por veia periférica ou IO** até haver acesso central (SSC; PALS do site).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ceftriaxona — sepse comunitária > 1 mês e suspeita de doença meningocócica ou meningite	1ª dose 100 mg/kg IV ou IM (máx. 4 g)	Manutenção conforme o serviço (MS: 100 mg/kg/dia em 2 doses, máx. 4 g/dia, se meningite)	Conforme foco e culturas	Antes da remoção, se não atrasá-la (padrão do site; "Como Conduzir uma Criança com Febre"); alternativa: penicilina cristalina
Ampicilina — < 3 meses (cobertura de <i>Listeria</i>), associada à cefalosporina	75 mg/kg/dose IV (300 mg/kg/dia)	6/6 h	Conforme culturas	"Como Conduzir uma Criança com Febre"; SEUP 2024; NICE NG254
Ampicilina + gentamicina — RN < 28 dias	Doses neonatais	Conforme idade	Conforme culturas	"Como Conduzir uma Criança com Febre"; Neonatologia; aciclovir 20 mg/kg se herpes (SEUP 2024)
Cefepima — sepse hospitalar, neutropenia, imunossupressão	50 mg/kg IV (máx. 2 g)	Conforme bula e serviço	Conforme culturas	PALS do site; ajustar à flora local
Vancomicina — suspeita de <i>S. aureus</i> resistente, cateter, pneumococo resistente	15 mg/kg/dose IV em 1 h (1ª dose máx. 1,5 g; SEUP: máx. 1 g)	6/6 h, ajustar pelo nível sérico	Conforme culturas	PALS do site; SBP, Manual de Orientação n° 5/2019; SEUP 2024
Clindamicina — suspeita de síndrome do choque tóxico estreptocócico	10 mg/kg IV (máx. 650 mg)	Conforme bula e serviço	Conforme evolução	Associada ao betalactâmico (SEUP 2024)
Cristaloide (Ringer lactato ou SF 0,9%)	10–20 mL/kg em 5–10 min	Repetir após reavaliação	Até 40–60 mL/kg na 1ª hora (com UTI)	SSC 2020/2026; PALS do site
Glicose IV na hipoglicemia (≥ 1 mês)	0,5–1 g/kg (SG 25% 2–4 mL/kg ou SG 10% 5–10 mL/kg); RN: SG 10% 2 mL/kg	Repetir conforme glicemia	Manter 80–180 mg/dL	Padrão do site (MS, SAMU 192); PALS do site
Noradrenalina — 1ª linha, junto com a adrenalina (SBP 2019: no choque "quente")	0,05–2 mcg/kg/min	Infusão contínua	Titular pela perfusão e PA	PALS do site; SSC 2020; SBP 2019; ILAS

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Adrenalina — 1ª linha, junto com a noradrenalina (SBP 2019: no choque "frio")	0,01–1 mcg/kg/min	Infusão contínua	Titular	PALS do site; SSC 2020; SBP 2019 (0,05–0,3), ILAS e SEUP iniciam em 0,05 mcg/kg/min
Dopamina — só se nenhuma das duas estiver disponível	5–20 mcg/kg/min	Infusão contínua	Titular	PALS do site; SSC 2020; SBP 2019
Hidrocortisona — não usar se fluidos e vasoativos estabilizam; no choque refratário, pode ser usada ou não; dose de estresse se risco de insuficiência adrenal absoluta	50–100 mg/m ² /dia IV (≈ 2–4 mg/kg/dia); ataque 1–2 mg/kg (SEUP)	6/6 h	Até suspender vasoativos	PALS do site; SSC 2020 (sem dose); SBP 2019; SEUP 2024

Controle do foco o mais cedo possível (cateter, abscesso, empiema, fasciite) e descalonamento pelas culturas (SSC 2026; ILAS 2024).

O que não fazer: esperar hipotensão, exames, líquido ou acesso central para tratar; repetir bolus sem reavaliação; **hidrocortisona de rotina** quando fluidos e vasoativos estabilizam (SSC 2026), vitamina C, tiamina ou imunoglobulina de rotina; ibuprofeno na criança desidratada, em choque ou com suspeita de dengue (antitérmico: dipirona ou paracetamol nas doses do site, sem alternar).

Do especialista (UTI pediátrica): escalonamento de vasoativos, ventilação, monitorização invasiva, terapia renal substitutiva e ECMO. **Após a alta, o pediatra** avalia e orienta sobre sequelas pós-sepse (SSC 2026), revisa vacinas e, após doença invasiva grave, investiga imunodeficiência ou asplenia conforme o caso. **Doença meningocócica é de notificação obrigatória (compulsória);** a quimioprofilaxia dos contatos segue a vigilância epidemiológica.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro ou UTI pediátrica, pelo SAMU 192, se houver:

- Qualquer sinal  da tabela, sobretudo **alteração de consciência, TEC > 2 s com taquicardia, extremidades frias, hipotensão, petéquias ou púrpura com febre, SpO2 < 92%**.
- Todo **RN < 28 dias febril** (axilar ≥ 37,5 °C) e o lactente de 28–90 dias com aspecto toxêmico ("Como Conduzir uma Criança com Febre").

- Febre com neutropenia, imunossupressão, asplenia, doença falciforme ou cateter central, mesmo em bom estado geral.
- Sinal 🟡 que não melhora ou família sem condições de observar e retornar.

Como encaminhar

1. **Accionar o SAMU 192** e avisar o destino; criança instável não vai em carro particular.
2. **Oxigênio para manter SpO2 ≥ 94%**; posição confortável; manter aquecida.
3. **Acesso venoso ou intraósseo** se possível, **sem atrasar a remoção**; iniciar bolus de 10–20 mL/kg com reavaliação se houver sinais de choque e acesso.
4. **Glicemia capilar**; se < 60 mg/dL, **glicose IV 0,5–1 g/kg** (≥ 1 mês); sem acesso e criança que engole, leite ou água açucarada (AIDPI).
5. **Antibiótico antes da remoção se não atrasá-la**: na suspeita de doença meningocócica ou meningite, **ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g) IV ou IM**; colher hemocultura antes apenas se não houver atraso.
6. **Relatório**: sinais vitais seriados, glicemia, volume e horário dos bolus, antibiótico (dose e horário), alergias, comorbidades e vacinas.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Hoje não há sinais de gravidade, mas isso pode mudar em horas. O remédio para febre é para conforto (dipirona ou paracetamol na dose do peso, sem alternar); importa como a criança fica quando a febre baixa."
- **Procurar o pronto-socorro imediatamente se houver**: manchas roxas ou vermelhas que **não somem ao apertar** (teste do copo), sonolência ou dificuldade para acordar, choro fraco ou gemido, **mãos e pés frios** com febre, pele pálida, acinzentada ou marmorizada, dor forte nas pernas, respiração rápida ou com esforço, lábios roxos, **xixi muito pouco** (fraldas secas por muitas horas), vômitos que não param, convulsão, ou se os pais sentirem que "ele nunca esteve assim".
- "Com algum desses sinais, não espere a febre baixar."

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição	Phoenix ≥ 2; choque ≥ 1 cardiovascular (DC nº 133/2024)	Sem definição própria; AIDPI: "doença febril muito grave"	Sem diretriz própria; revisão em Pediatrics 2024 usa Phoenix	Estratificação de risco por sinais (NG254, 2025); sem Phoenix	Phoenix (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Reconhecimento	Clínico; Phoenix não é triagem (ILAS 2024)	Sinais gerais de perigo (AIDPI)	Triagem e alertas eletrônicos	Critérios de alto e moderado risco	TEP e ABCDE	—	Alerta eletrônico + huddle à beira do leito (Boston Children's)	Segue o NICE
Antibiótico	Não abordado no DC nº 133	1ª dose antes de referir; ceftriaxona 100 mg/kg IM (máx. 2 g)	Precoce, amplo espectro	1 h no alto risco; ceftriaxona 80 mg/kg/dia (máx. 4 g)	1ª h no choque, 3 h sem choque; cefotaxima + vancomicina	—	—	Segue o NICE
Fluidos	Não abordado no DC nº 133	—	—	10 mL/kg (máx. 250 mL), reavaliar	10–20 mL/kg, até 40–60	—	—	Segue o NICE
Vasoativo	Não abordado no DC nº 133	—	—	Especialista	Adrenalina ou noradrenalina, 0,05 mcg/kg/min	—	—	Segue o NICE
Glicose	Não abordado no DC nº 133	Prevenir hipoglicemia; SG 10% 5–10 mL/kg	—	Glicemia na gasometria	Dextrose 0,3 g/kg	—	—	Segue o NICE

Leitura: SBP (DC nº 133/2024), ILAS (2024), SEUP-AEP (2024) e a Surviving Sepsis Campaign de 2026 convergem na sepse como **disfunção orgânica** (Phoenix), no abandono de SIRS e "sepse grave", no **antibiótico na primeira hora do choque** e nos **bolus de 10–20 mL/kg com reavaliação**. As divergências: o **NICE** (NG254, 2025) não usa Phoenix, estratifica por sinais clínicos, usa bolus menores (**10 mL/kg, máx. 250 mL**) e ceftriaxona **80 mg/kg**; o **AIDPI** do MS limita a ceftriaxona pré-referência a **2 g**; a **SEUP** corrige a hipoglicemia com **0,3 g/kg**; a **SSC 2026** não encontrou evidência para preferir adrenalina ou noradrenalina e sugere, **depois da ressuscitação e já na UTI**, meta de SpO₂ de 88–92%. A AAP não tem diretriz própria. **A definição segue a SBP (Phoenix)**. Como o documento da SBP não trata do manejo, o pré-hospitalar segue o **MS (AIDPI: 1ª dose de antibiótico e prevenção da hipoglicemia antes de referir)** e o restante segue a **Surviving Sepsis Campaign 2026**, por ser o consenso internacional mais recente e a base dos protocolos do ILAS e da SEUP, com as **doses e padrões do site** (ceftriaxona 100 mg/kg, máx. 4 g, na suspeita meningocócica; glicose 0,5–1 g/kg; SpO₂ ≥ 94% no encaminhamento; PALS do site).

PONTOS PRÁTICOS

1. Sepsis se reconhece pela clínica, antes da hipotensão: aparência, FC com a febre controlada, TEC, extremidades frias, pele moteada e petéquias.
2. O escore de Phoenix (≥ 2 ; choque ≥ 1 cardiovascular) confirma e classifica no hospital; não é ferramenta de triagem.
3. Suspeita de sepsis é 🚑 : SAMU 192, oxigênio ($\text{SpO}_2 \geq 94\%$), acesso venoso ou IO, glicemia capilar e antibiótico sem atrasar a remoção.
4. Na suspeita de doença meningocócica: ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g) IV ou IM já no consultório; < 3 meses: associar ampicilina.
5. Bolus de 10–20 mL/kg com reavaliação após cada um; parar se houver sobrecarga; sem UTI e sem hipotensão, não fazer bolus.
6. Após a alta, o pediatra acompanha as sequelas pós-sepsis, revisa vacinas e investiga imunodeficiência quando indicado.

Veja também, nesta Biblioteca: **PALS, Principais Causas de Urgência em Pediatria e Protocolo de Anafilaxia** (nesta área); **Como Conduzir uma Criança com Febre**; **Classificação de risco em pediatria, Diarreia aguda e desidratação e Dengue** (Patologias do consultório); **Miocardite, pericardite e MIS-C**; **Cetoacidose diabética**; **Meningite neonatal**.

8. Fontes

- SBP, DC de Medicina Intensiva Pediátrica. Diretrizes para Novas Definições de Sepsis e Choque Séptico em Pediatria (Documento Científico nº 133), 2024. [PDF](#)
- ILAS. Nota técnica sobre as novas definições de sepsis e choque séptico em pediatria (critérios de Phoenix), 2024. [PDF](#)
- ILAS. Protocolo clínico pediátrico de sepsis, versão 3, 2019. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Manual de Quadros de Procedimentos AIDPI Criança (2 meses a 5 anos), 2017. [PDF](#)
- Schlapbach LJ et al. International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. JAMA, 2024. [Europe PMC](#)
- Surviving Sepsis Campaign. International Guidelines for the Management of Sepsis and Septic Shock in Children, 2026. [sccm.org](#); resumo. [Europe PMC](#)
- Weiss SL et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for Septic Shock in Children. Pediatr Crit Care Med, 2020. [Europe PMC](#)

- Maitland K et al. Mortality after fluid bolus in African children with severe infection (FEAST). NEJM, 2011. [Europe PMC](#)
- NICE. Suspected sepsis in under 16s (NG254), 2025. [PDF](#)
- SEUP-AEP. Gómez Cortés B. Sepsis. Protocolos de Urgencias de Pediatría, 4ª ed., 2024. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics — Pediatrics. Weiss SL, Fitzgerald JC. Pediatric Sepsis Diagnosis, Management, and Sub-phenotypes, 2024. [Europe PMC](#)
- Boston Children's Hospital (Harvard). EHR-Embedded Electronic Pediatric Sepsis Screening Algorithm. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.