

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO À
CRIANÇA

ABORDAGEM DA FEBRE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA



“A febre representa uma das queixas mais frequentes entre todos os atendimentos pediátricos.”

Sociedade Brasileira de Pediatria (2021)



Objetivos dessa apresentação:

- Identificar crianças com risco de doença bacteriana grave;
- Orientar a condução da febre sem foco na emergência.



Febre na Infância

Motivo de muita preocupação dos pais (Febrefobia)

Estima-se que esteja presente em 20% - 30% dos atendimentos

Sintoma muito comum no adoecimento das crianças



Febre é uma resposta fisiológica:

Pirógenos exógenos
(vírus, bactérias,
toxinas, fungos, etc.)

Ativam o sistema
imunológico

Aumento da
temperatura
corporal



Vantagens da Febre

Acelera a migração dos leucócitos para os tecidos onde está ocorrendo um processo inflamatório.

Diminui a disponibilidade de ferro - micronutriente importante para multiplicação bacteriana.

Potencializa a atividade bactericida dos macrófagos.



Definição de Febre

Temperatura axilar $> 37,7^{\circ} \text{C}$

Seu quadro clínico inclui:

- ❖ Extremidades frias
- ❖ Ausência de sudorese, sensação de frio e eventualmente tremores (calafrios)
- ❖ Taquicardia e taquipneia

Quando usar antitérmico?

Quando há febre associada a desconforto evidente como: choro intenso, irritabilidade, redução da atividade, diminuição do apetite, distúrbio do sono.



Febre Sem Foco

Febre de início agudo, duração < 1 semana e sem sinais de localização (após anamnese e exame físico detalhado)

Dilema diagnóstico em menores de 36 meses

- Maioria é portadora de uma infecção viral benigna.
- Pequeno grupo desses pacientes pode ter doença bacteriana grave (bacteremia oculta)



NA EMERGÊNCIA

O tempo de febre não parece ser um bom preditor para presença de bacteremia.

Anamnese

Sinais e sintomas que sugerem gravidade:

- Baixa ingesta hídrica, hipoatividade, irritabilidade ou letargia
- Sintomas como tosse e vômitos
- Presença de alguma comorbidade
- História vacinal

Exame Físico

Sinais e sintomas que sugerem gravidade:

- Letargia, má perfusão, cianose, hipo ou hiperventilação -> TOXEMIA
- Presença de taquicardia, taquipneia, dispneia, dor abdominal, dor à palpação articular, etc.



Avaliação Inicial

1º Passo

A criança é portadora
de comorbidades?

- Imunodeficiência
- Anemia falciforme
- Neoplasia
- Desnutrição
- Doença cardíaca congênita

SIM

ATENÇÃO

COMORBIDADES = maior risco de bacteremia oculta

INTERNAÇÃO

- Hemograma, PCR
- EAS, urinocultura
- Hemocultura
- Análise de líquido e cultura de LCR*

TRATAMENTO

Antibioticoterapia (ATB) IV até descartar possibilidade de bacteremia



Avaliação Inicial

1º Passo

A criança é portadora de comorbidades?

- Imunodeficiência
- Anemia falciforme
- Neoplasia
- Desnutrição
- Doença cardíaca congênita

NÃO

A criança está nitidamente doente? Toxêmica? Apresenta sinais de doença grave:

- Prostração intensa
- Irritabilidade ou letargia
- Pele acinzentada
- Má perfusão

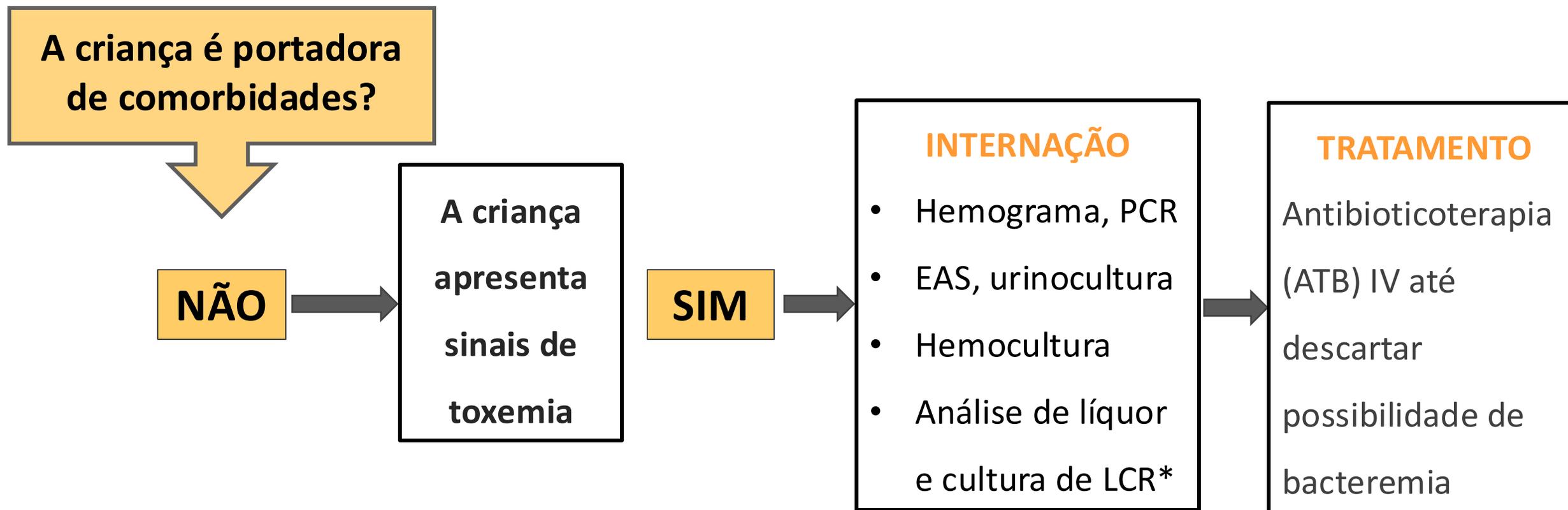
SIM

**Maior
probabilidade
de bacteremia**



Avaliação Inicial

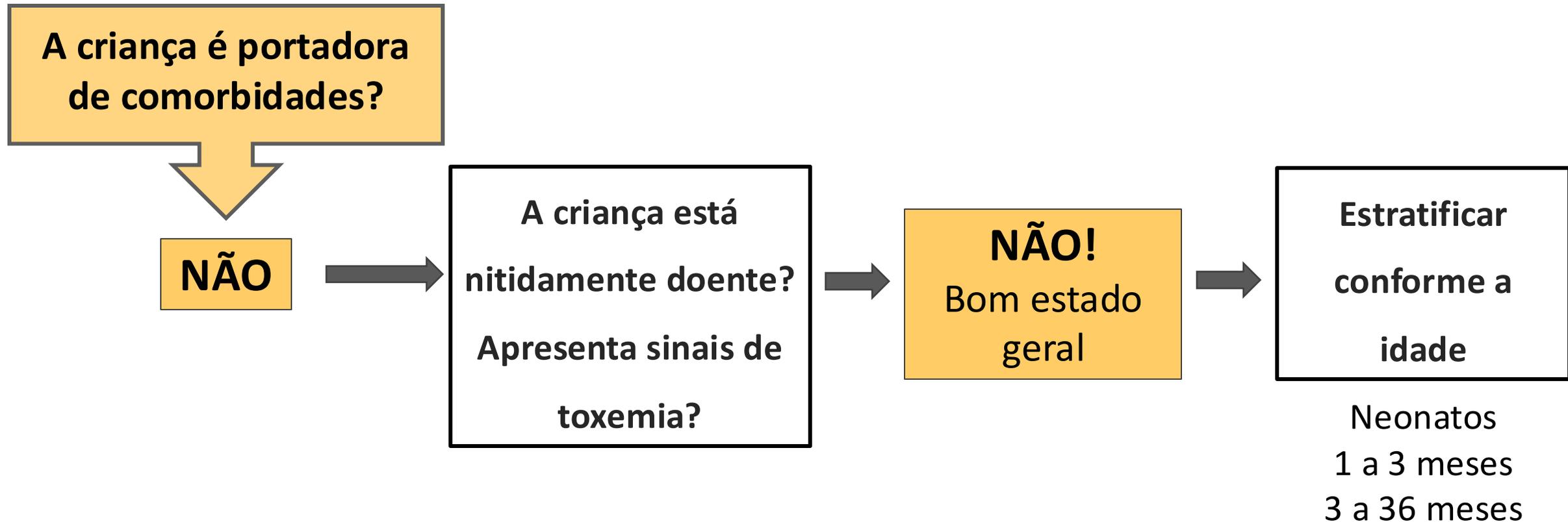
2º Passo





Avaliação Inicial

3º Passo





NEONATOS

- ❖ Difícil diferenciação entre infecção bacteriana grave e doença viral autolimitada
- ❖ Respostas imunes imaturas
- ❖ 7% dos recém-nascidos que têm febre e não parecem doentes possuem infecção bacteriana grave



INTERNAÇÃO

- Hemograma, PCR
- EAS, urinocultura
- Rx de tórax
- Hemocultura
- Análise de LCR e cultura*
(considerar PCR para HSV e enterovírus)



TRATAMENTO

- ATB IV empírico: Ampicilina + Gentamicina OU Ampicilina + Ceftriaxona
- Aciclovir, se história materna, LCR sugestivo, crise convulsiva



NEONATOS

INFECÇÕES BACTERIANAS GRAVES

- Bacteremia oculta
- Meningite
- Pneumonia
- Infecções do Trato Urinário (ITU)

PATÓGENOS

- Neonato tardio: estreptococo do grupo B, *E.coli* e *Listeria monocytogenes*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Neisseria meningitidis*
- Herpes virus (perinatal)

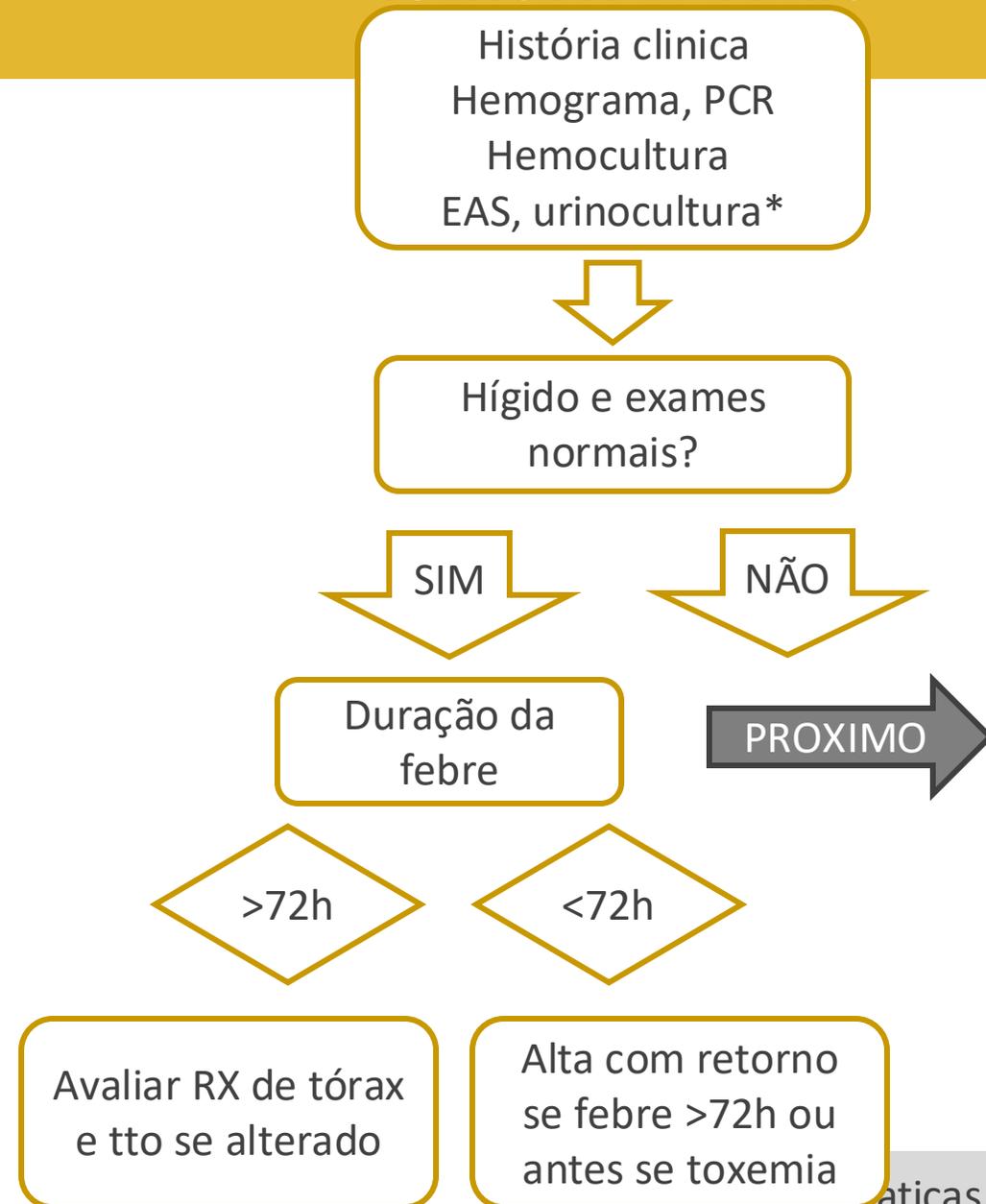


CRIANÇAS 1 A 3 MESES

Maioria provavelmente tem síndrome viral.

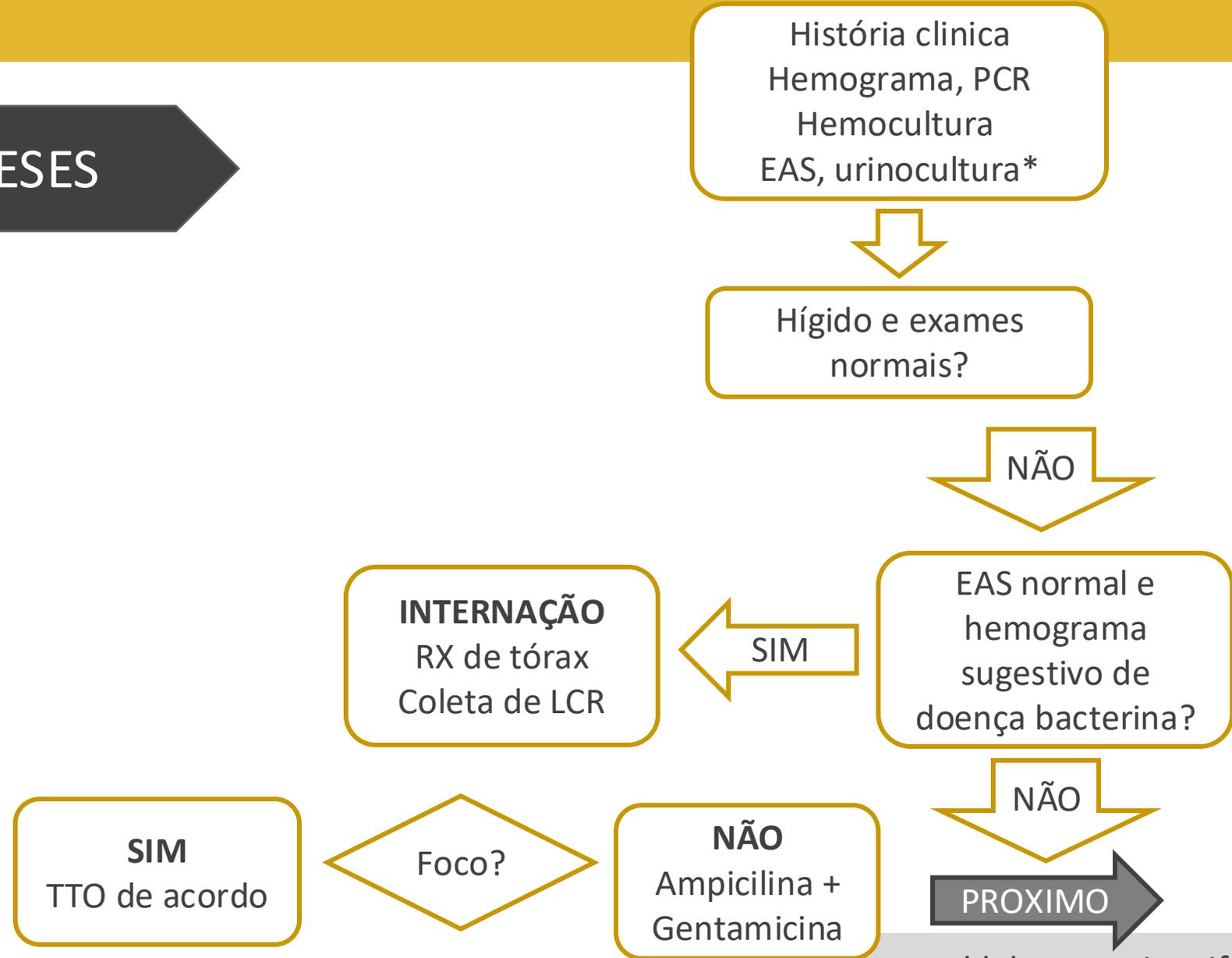
Risco dessa faixa etária:

- Apenas uma dose de vacina para pneumococo e Hib
- É uma faixa de transição



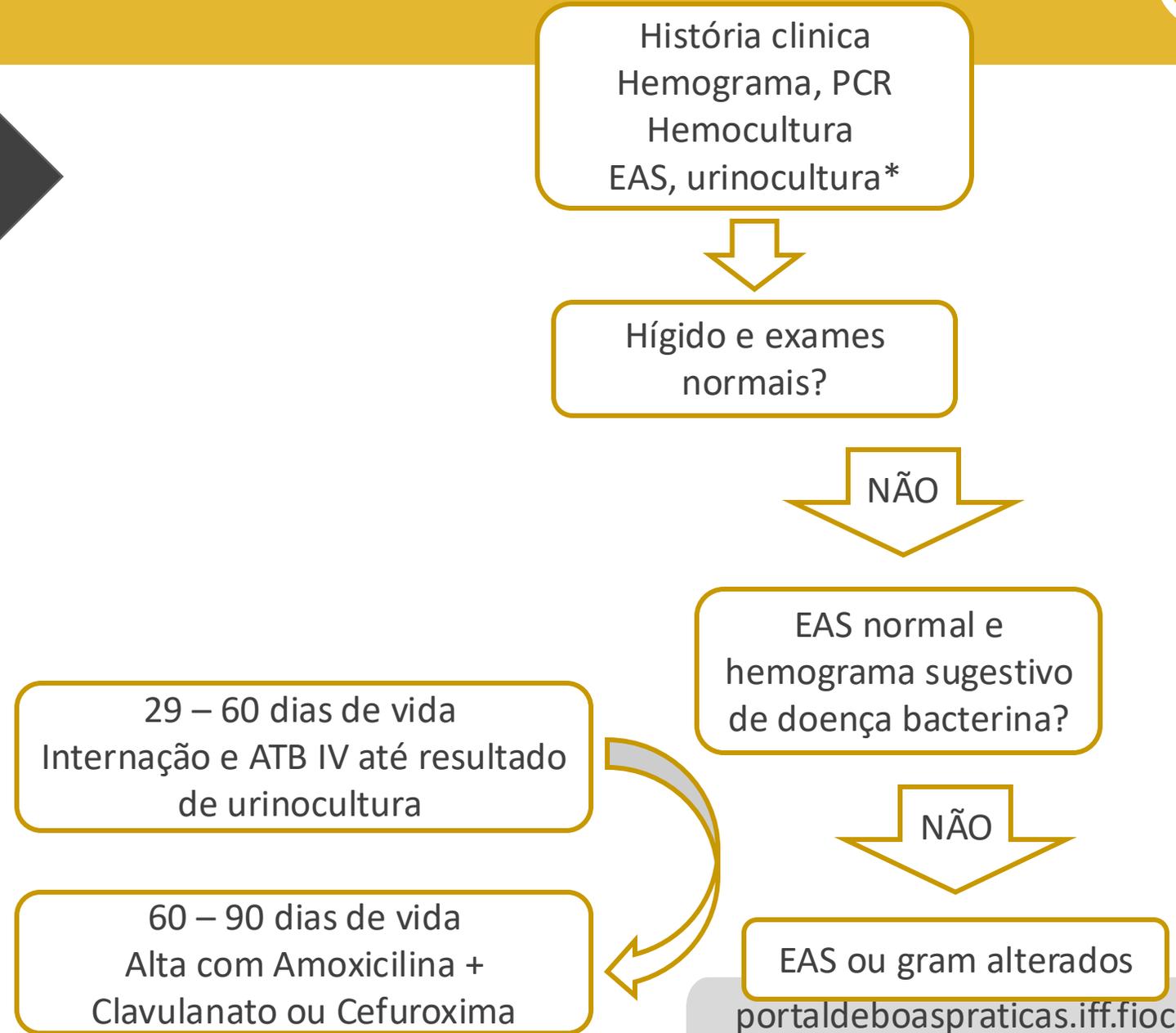


CRIANÇAS 1 A 3 MESES





CRIANÇAS 1 A 3 MESES





CRIANÇAS 1 A 3 MESES

INFECÇÕES BACTERIANAS GRAVES

- **Pielonefrite** (meninos não circuncisados e lactentes com anomalias do trato urinário)
- **Otite média aguda**
- **Pneumonia**
- **Mastite**
- **Infecções de pele**

PATÓGENOS

- *Estreptococo do grupo B*
- *E.coli*
- *Listeria monocytogenes*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Neisseria meningitidis*
- *Staphylococcus aureus*



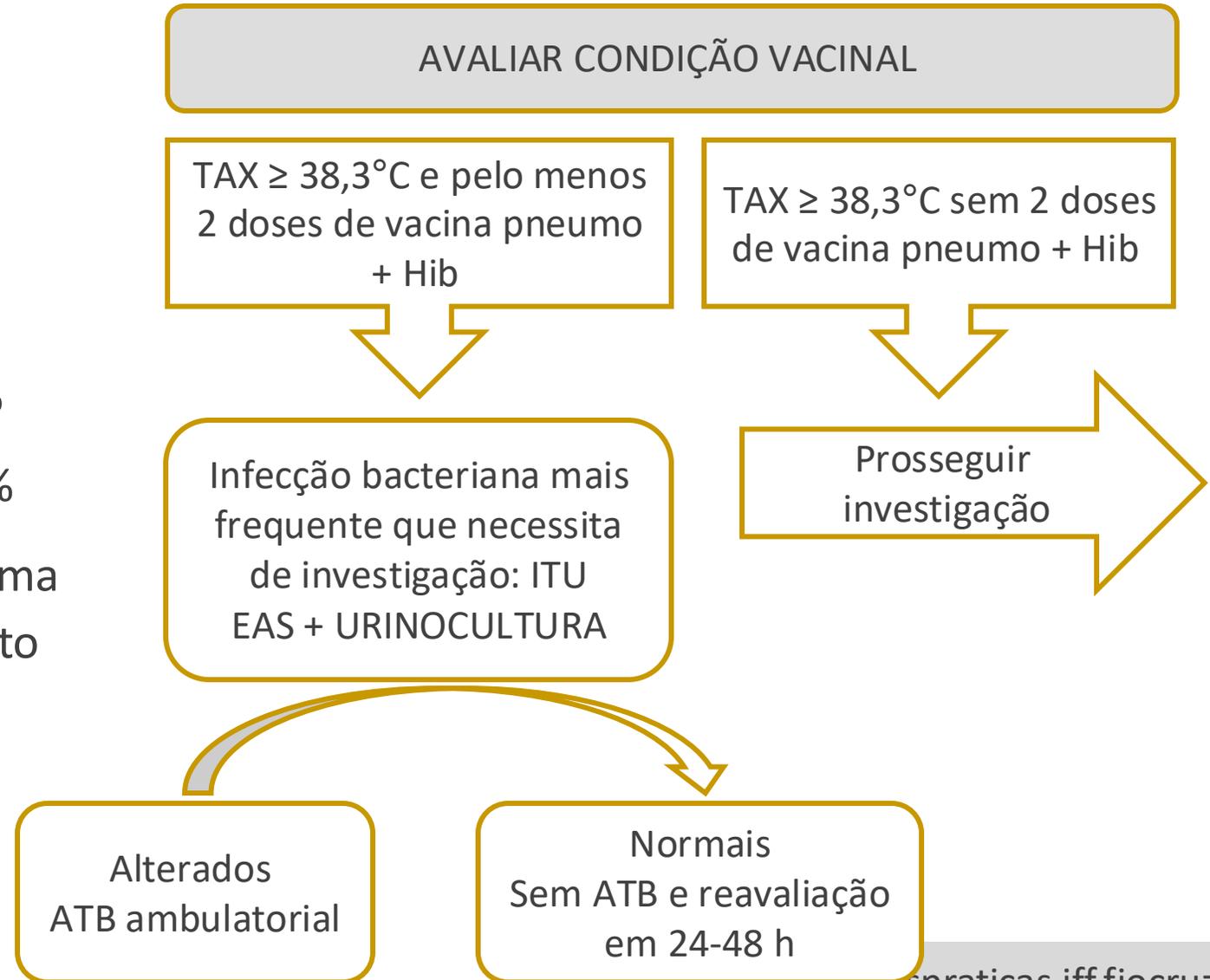
CRIANÇAS 3 A 36 MESES

VACINAÇÃO

Pré vacinação para Hib e Pneumo a prevalência de bacteremia oculta = 5%

Após vacinação, prevalência = 0,5-0,7%

- Risco de bacteremia aumenta de forma diretamente proporcional ao aumento da temperatura corporal





CRIANÇAS 3 A 36 MESES

AVALIAR CONDIÇÃO VACINAL

TAX $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ sem 2 doses de vacina pneumo + Hib

Hemograma e
EAS normais

Sem ATB e
reavaliação em
24-48h

EAS com piúria
e/ou bacteriúria

Coleta de
Urinocultura
(URC)

ATB ambulatorial
até resultado da
URC

Leucocitose ($\geq 15.000/\text{mm}^3$) ou
neutrofilia ($\geq 10.000/\text{mm}^3$) e EAS
normal

HMC, URC
Rx de tórax

ATB ambulatorial
com reavaliação
em 24h *

*Amoxicilina oral
(se já vacinado para Hib e
não pneumo)
OU
Ceftriaxone IM



CRIANÇAS 3 A 36 MESES

INFECÇÕES BACTERIANAS GRAVES

- **ITU** (>39,5°C, meninos < 6 meses não circuncidados)
- **Otite média aguda**
- **Pneumonia**
- **Enterite;**
- **Meningite**
- **Osteomielite**

PATÓGENOS

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Salmonella*
- *Neisseria meningitidis*
- *Haemophilus influenzae* (antes da vacinação)



É dever dos profissionais de saúde combater a febrefobia, mas de modo empático, entendendo a ansiedade dos pais e a busca por uma solução rápida, que em muitos casos não é a mais segura e eficaz, devendo ficar claro que febre é um sinal e não uma doença!



Referências:

- Nelson textbook of pediatrics, 20th edition. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, 4ª edição, Barueri, SP: Manole, 2017.
- Sociedade de Pediatria do estado do Rio de Janeiro. Febre no Lactente. Revista de Pediatria SOPER, v.13, n2, p61-67. Dez 2012
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manejo da Febre Aguda. Documento Científico. Departamentos Científicos de Pediatria Ambulatorial e de Infectologia. 2019 – 2021.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO À
CRIANÇA



ABORDAGEM DA FEBRE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Material de 16 de agosto de 2024

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção à Criança

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.