

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

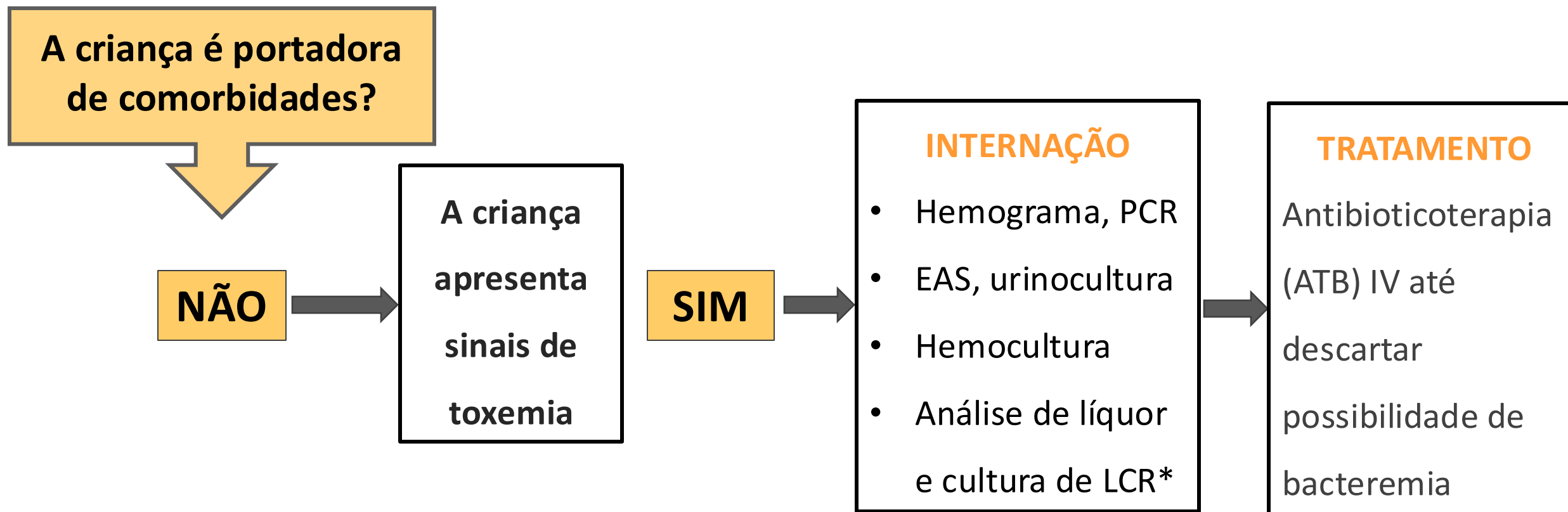
**SIM**

**Maior probabilidade de bacteremia**



## Avaliação Inicial

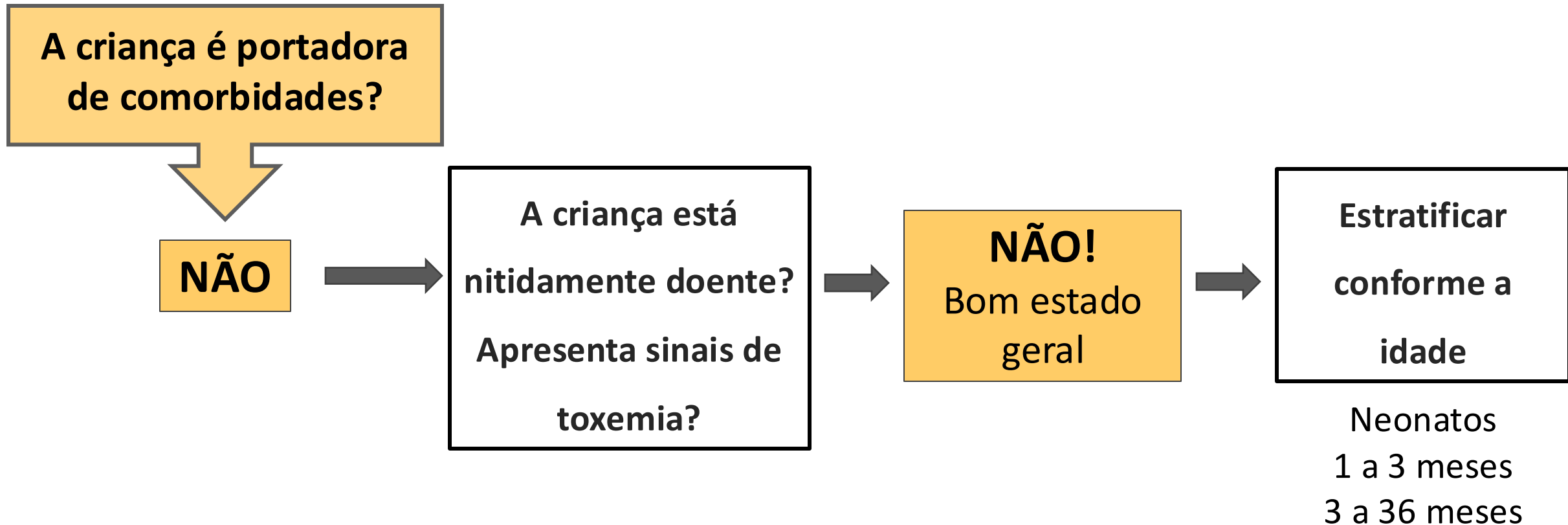
### 2º Passo





## 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)

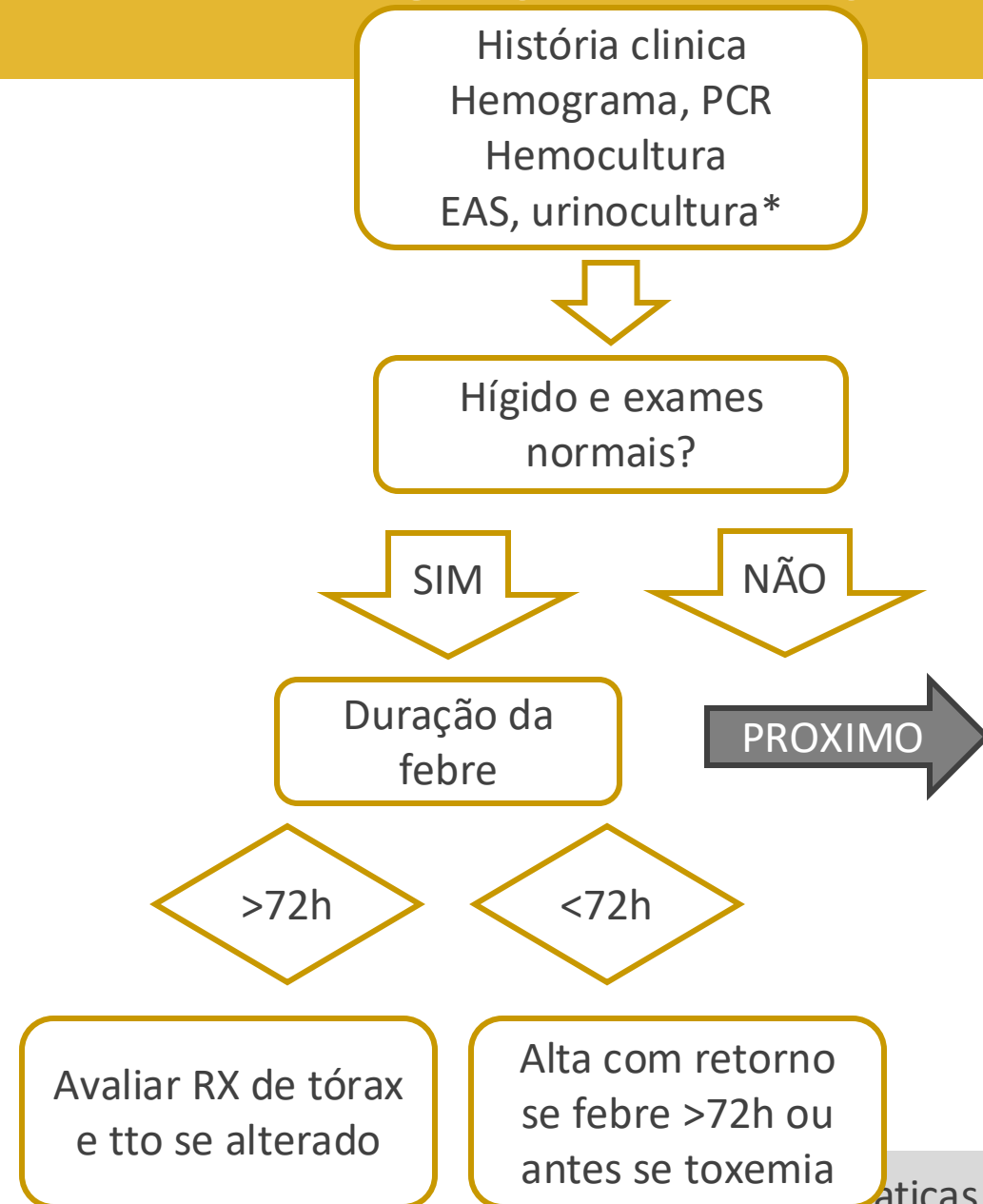


## CRIANÇAS 1 A 3 MESES

Maioria provavelmente tem síndrome viral.

### Risco dessa faixa etária:

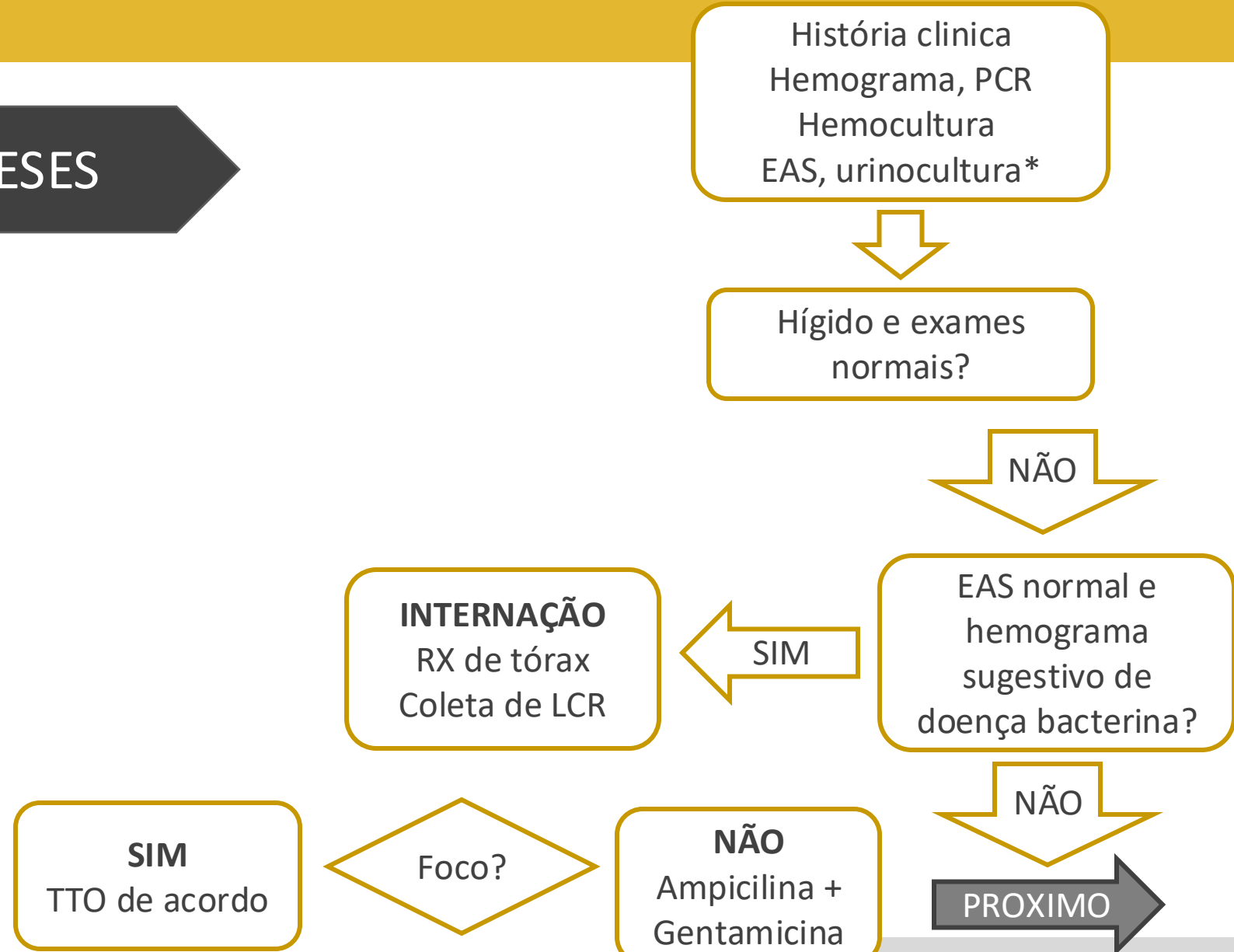
- Apenas uma dose de vacina para pneumococo e Hib
- É uma faixa de transição





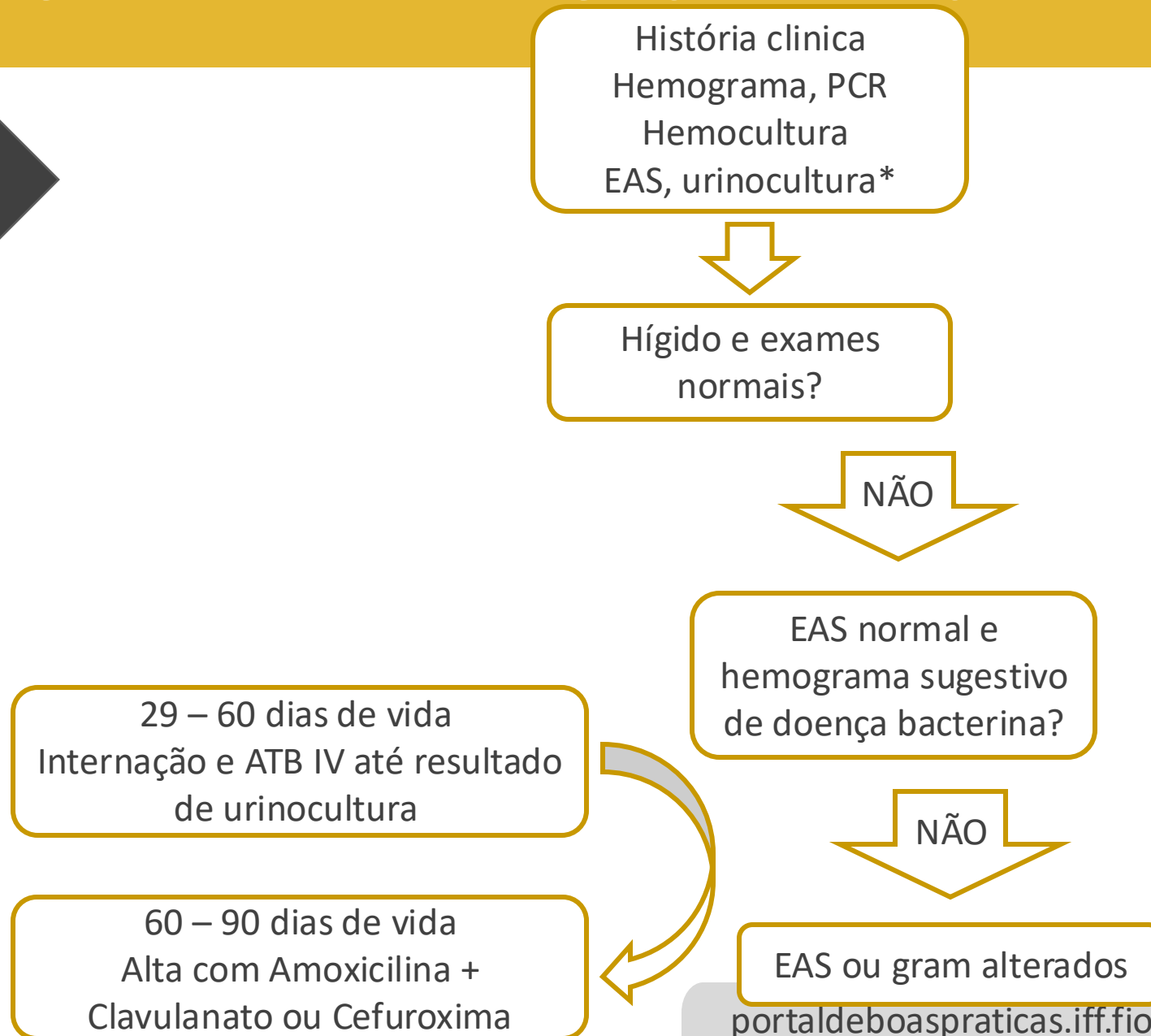


## CRIANÇAS 1 A 3 MESES





## 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*



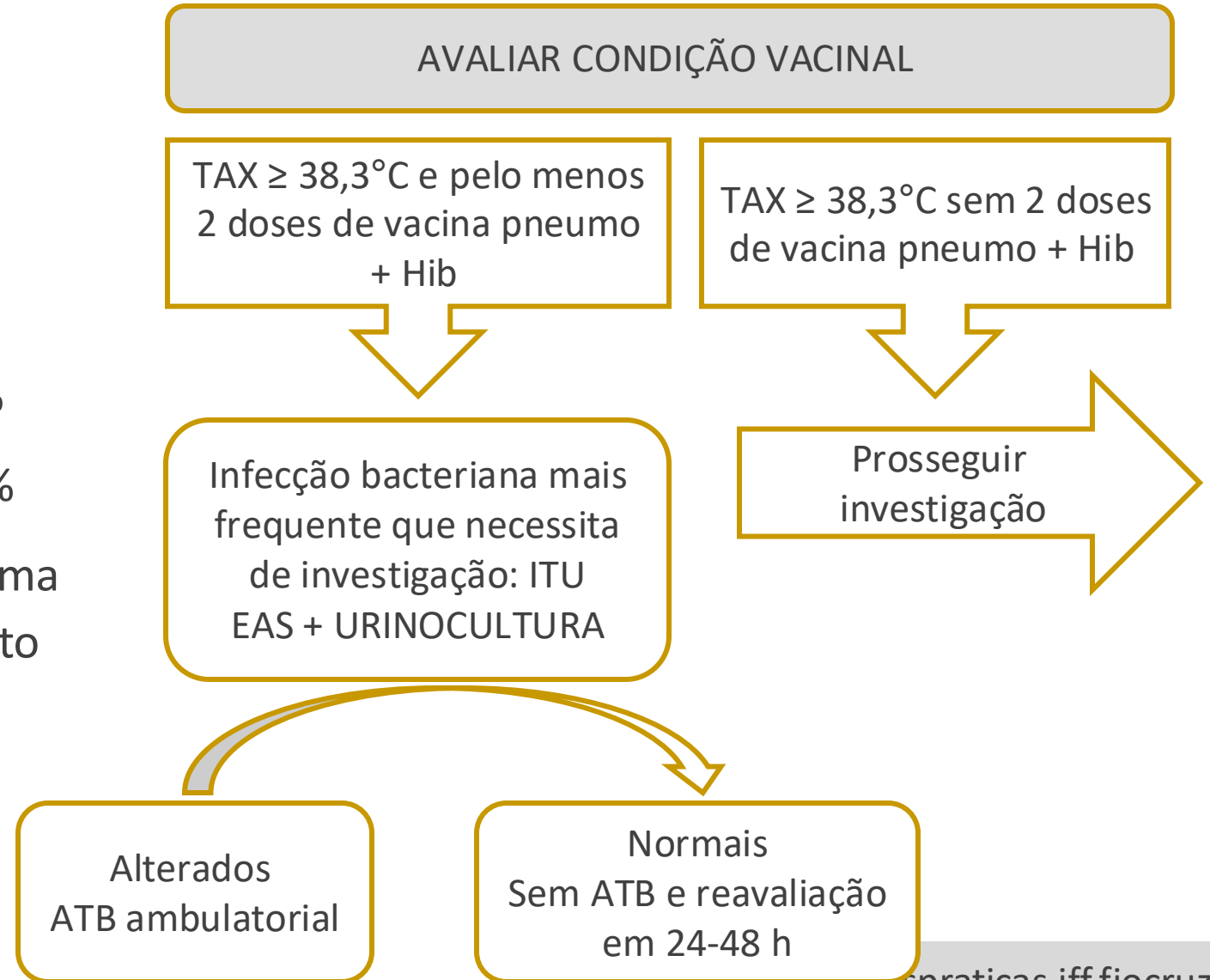
## CRIANÇAS 3 A 36 MESES

### 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](http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br)

Eixo: Atenção à Criança

**Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.**