



URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Sumário

	Prevalência/importância
1. Febre sem sinais localizatórios.....	★ ★ ★ ☆ ☆
2. Infecção do trato urinário na infância.....	★ ★ ★ ★ ☆
3. Diarreia aguda e desidratação.....	★ ★ ★ ★ ★
4. Doenças exantemáticas.....	★ ★ ★ ★ ★
5. Infecções de vias aéreas superiores.....	★ ★ ★ ★ ★
6. Bronquiolite.....	★ ★ ★ ☆ ☆
7. Coqueluche.....	★ ★ ☆ ☆ ☆
8. Pneumonia comunitária na pediatria.....	★ ★ ★ ★ ★

IMPORTÂNCIA/PREVALÊNCIA



O QUE VOCÊ PRECISA SABER?

- ▶ FSSL: febre com duração < 7 dias em paciente em bom estado geral e sem outros sinais e sintomas que localizem a infecção.
- ▶ Riscos: bacteremia oculta e infecção do trato urinário.
- ▶ Abordagem clínica em cada faixa etária.

1. INTRODUÇÃO



BASES DA MEDICINA

A febre é o aumento controlado da temperatura corporal acima dos valores considerados normais para um determinado indivíduo. Pode decorrer de uma variedade de etiologias, como doenças infecciosas, doenças reumáticas, malignidades, doenças inflamatórias, desordens endócrinas e metabólicas e até pelo uso de medicamentos. Em todas essas situações ocorre uma reprogramação do termostato corporal, localizado no hipotálamo anterior, para uma temperatura mais elevada em resposta à ação de pirógenos exógenos (microrganismos e toxinas) e endógenos (IL-6, TNF- α , IFN- γ). Em seres humanos, as temperaturas mais elevadas reduzem a reprodução microbiana e exacerbam a resposta inflamatória, o que permite o combate à infecção. Logo, a febre é uma resposta adaptativa que deve ser tratada apenas em algumas situações.

A febre é um dos principais motivos de procura ao pronto-socorro na infância (25% de todas as consultas de emergência na pediatria). Na maioria dos casos, é possível identificar a origem da febre após uma anamnese detalhada e um exame físico completo, definindo a conduta mais adequada. Mas em até 20% dos casos não é possível verificar a causa após a avaliação inicial. Nessas situações,

dizemos que estamos diante de uma febre sem sinais localizatórios (FSSL). A maioria dessas crianças apresenta uma doença benigna e autolimitada, mas em alguns poucos casos estamos diante de uma infecção bacteriana grave, com elevada morbimortalidade. O desafio no atendimento da FSSL está em diferenciar esses quadros ainda no começo do processo infeccioso, permitindo a instituição precoce do tratamento.



DIA A DIA MÉDICO

Não existe um consenso absoluto sobre o valor específico de definição de febre em crianças. Os valores mais utilizados se referem à temperatura oral acima de 38°C ou retal acima de 38,3°C. No Brasil, não utilizamos a medida oral ou retal, mas sim a aferição da temperatura axilar. Nesses casos, considera-se febre quando temperatura acima de 37,8°C.

2. DEFINIÇÃO

A febre sem sinais localizatórios é definida como febre de duração inferior a sete dias encontrada em um paciente que está em bom estado geral e não apresenta outros sinais e sintomas que localizem a infecção. Na FSSL, os esforços devem ser



concentrados em identificar os pacientes com maior risco de **bacteremia oculta e de infecção do trato urinário (ITU)**, que, principalmente em crianças abaixo de 2 anos, pode cursar apenas com febre, sem outros sinais e sintomas.



BASES DA MEDICINA

É importante retomar alguns conceitos para compreender a FSSL:

- Doença bacteriana grave: toda infecção bacteriana que apresenta maior morbimortalidade caso ocorra atraso no seu diagnóstico, como: bacteremia, meningite bacteriana, sepse, pneumonia, infecção urinária, doenças bacterianas osteoarticulares e celulite.
- Bacteremia oculta: presença de bactéria na hemocultura de um paciente que não apresenta história, exame físico ou laboratoriais sugestivos de infecção bacteriana.

Lactentes com idade inferior a 3 meses têm imaturidade do sistema imunológico e exame físico frequentemente inespecífico durante infecções bacterianas. Nessa faixa etária, o risco de doença bacteriana grave chega a 12%, principalmente nos menores de 1 mês (incidência 13-20%), que ainda apresentam uma alta prevalência de infecções por agentes bacterianos neonatais, como *Escherichia coli* e estreptococos do grupo B, e de agentes virais, como herpes simples e enterovírus.

A bacteremia oculta ocorre em 2 a 11% das crianças entre 3 e 36 meses que procuram o pronto-socorro por FSSL. A vacinação universal contra *Haemophilus influenzae* tipo b praticamente erradicou esse patógeno como agente de bacteremia oculta, sendo a principal bactéria implicada atualmente o *Streptococcus pneumoniae*. **A vacinação completa contra pneumococo (pelo menos três doses da vacina antipneumocócica) está associada a uma importante redução da incidência de doença invasiva pneumocócica, reduzindo a frequência de bacteremia oculta por esse agente para menos de 1%. Do mesmo modo, o risco de pneumonia oculta (encontro de pneumonia em radiografia de tórax na ausência de sinais e sintomas respiratórios) em pacientes com vacinação antipneumocócica**

completa é praticamente nulo, não justificando a realização de raio X de tórax na ausência de sintomas respiratórios.

Os fatores de risco associados à ocorrência de bacteremia oculta em crianças com FSSL são:

- Idade 6-12 meses.
- Temperatura $\geq 39^{\circ}\text{C}$.
- Leucometria > 15 mil.
- Vacinação antipneumocócica incompleta (< 3 doses).



DICA

Na presença de vacinação pneumocócica completa, o risco de bacteremia oculta por *S. pneumoniae* é muito baixo, não justificando a investigação na presença de uma FSSL.

Em menores de 2 anos de idade, é comum a ocorrência de ITU, tendo como único sintoma a febre. A prevalência de ITU em crianças varia de 2 a 5%, sendo que em alguns grupos esse risco é maior, devendo-se indicar a coleta de urina em:

- Meninas com dois ou mais fatores de risco (Quadro 1);
- Meninos com menos de 6 meses e febre acima de 39°C ;
- Meninos acima de 6 meses não circuncidados na presença de dois ou mais fatores de risco;
- Meninos acima de 6 meses circuncidados na presença de três ou mais fatores de risco.

Quadro 1. Fatores de risco para infecção do trato urinário (ITU) em lactentes com febre sem sinais localizatórios.

Meninas	Meninos
Etnia branca	Etnia não negra
Temperatura $\geq 39^{\circ}\text{C}$	Temperatura $\geq 39^{\circ}\text{C}$
Febre ≥ 2 dias	Febre ≥ 1 dia
Idade < 1 ano	Ausência de outra causa da febre
Ausência de outra causa da febre	

Fonte: Schwartsman.³



DICA Principalmente em lactente menores de 2 anos a ITU aparece como uma das principais causas de FSSL.

Na maioria dos casos de febre na infância, a origem é viral; por isso, a pesquisa de vírus respiratórios pode auxiliar na condução de um caso de FSSL, já que **a infecção viral documentada reduz o risco de infecção bacteriana grave**, apesar de não excluir a possibilidade de coinfeção.



DIA A DIA MÉDICO

Um estudo com 1779 crianças de 0 a 3 meses identificou que o risco de doença bacteriana grave caiu de 12,3% (grupo sem vírus isolado) para 4,2% (grupo com isolamento viral positivo). Nenhuma meningite bacteriana foi identificada no grupo do isolamento viral positivo, que também apresentou taxa de bacteremia oculta cinco vezes menor.

3. ABORDAGEM CLÍNICA



BASES DA MEDICINA

Devemos lembrar que algumas condições implicam por si só um maior risco de doença bacteriana grave, como: doenças de base que levam a algum grau de comprometimento imunológico (doença falciforme, SIDA, síndrome nefrótica, doença neoplásica, imunodeficiências primárias ou uso de imunossupressores), contato com doença meningocócica e toxemia ou mau estado geral. Nessas situações, a investigação diagnóstica deve ser completa e a antibioticoterapia introduzida o mais rápido possível.

Lembre-se de que na definição de **febre sem sinais localizatórios a criança deve estar em bom estado geral**. Em crianças com toxemia (irritabilidade, alteração do nível de consciência, hipoatividade, hipotonia, letargia, hiper ou hipoventilação, hipotensão, taquicardia, sinais de má perfusão periférica ou cianose), independentemente da idade, devemos internar, colher hemograma (HMG), hemocultura (HMC), urina tipo 1 (ou sumário de urina), urocultura

(URC), líquido (LCR), raio X de tórax e iniciar antibiótico empírico (ceftriaxone ou cefotaxima). O mesmo se aplica para crianças com doenças de base que levem à imunossupressão e em contatos com doença meningocócica.

Em lactentes menores de 3 meses, os parâmetros do exame físico são insuficientes para identificar o risco de infecção bacteriana grave, sendo necessária sempre a solicitação de exames laboratoriais.

3.1. ENTRE 0 E 28 DIAS

A faixa etária de maior risco para doença bacteriana grave é a dos recém-nascidos; portanto, até os 28 dias de vida, **todo paciente com febre > 38°C deve ser internado, submetido à coleta de HMG, HMC, urina tipo 1, URC e LCR** (submetido a quimiocitológico, bacterioscopia, cultura, látex ou contraímunoeletroforese, incluindo pesquisa para enterovírus e herpesvírus). A radiografia de tórax deverá ser feita apenas na presença de sintomas respiratórios, e a pesquisa de leucócitos nas fezes somente em caso de diarreia. Após a coleta dos exames, deve ser iniciado **antibiótico empírico com uma cefalosporina de terceira geração, como a cefotaxima, mantido até o resultado das culturas**.



DIA A DIA MÉDICO

Nos menores de 1 mês, damos preferência para o uso da cefotaxima como antibiótico empírico, ao invés do ceftriaxone, devido ao risco de kernicterus associado com a prescrição de ceftriaxone, pois ele leva ao deslocamento da bilirrubina ligada à albumina, aumentando seus níveis séricos e o risco de impregnação de sistema nervoso central.

3.2. ENTRE 1 E 3 MESES DE VIDA

Todos os pacientes com FSSL entre 1 e 3 meses de vida devem ser submetidos à coleta de HMG, HMC, urina tipo 1 e URC para avaliação dos critérios de Rochester (Quadro 2), que determinam o risco de infecção bacteriana grave. Na presença de todos os critérios citados no Quadro 2, o paciente é considerado de **baixo risco e pode receber alta**



com orientação de reavaliação médica diária até o resultado das culturas. A internação para observação até o resultado das culturas é indicada em lactentes de baixo risco sem possibilidade de acesso imediato ao hospital ou com pais não confiáveis para o retorno, mas nesses casos não há necessidade de introdução de antibiótico. Os lactentes de alto risco devem ser internados, submetidos à coleta de líquido e medicados com antibiótico empírico (ceftriaxone) até o resultado das culturas.

Quadro 2. Critérios de Rochester para avaliação do risco de infecção bacteriana grave em lactentes de 1 a 3 meses. Baixo risco na presença de todos os critérios. Alto risco na ausência de algum critério.

Clínicos	Laboratoriais
Previamente hígido	Leucócitos de 5.000-15.000 céls/mm ³
Nascido a termo e sem complicações neonatais	Bastonetes < 1.500 céls/mm ³
Sem toxemia ou evidência de infecção bacteriana ao exame físico	Microscopia de urina menor ou igual 10 leucócitos/campo
Sem doença crônica	Microscopia de fezes menor ou igual a 5 leucócitos/campo (se diarreia)

Fonte: Schwartsman.³

3.3. ENTRE 3 E 24 MESES DE VIDA

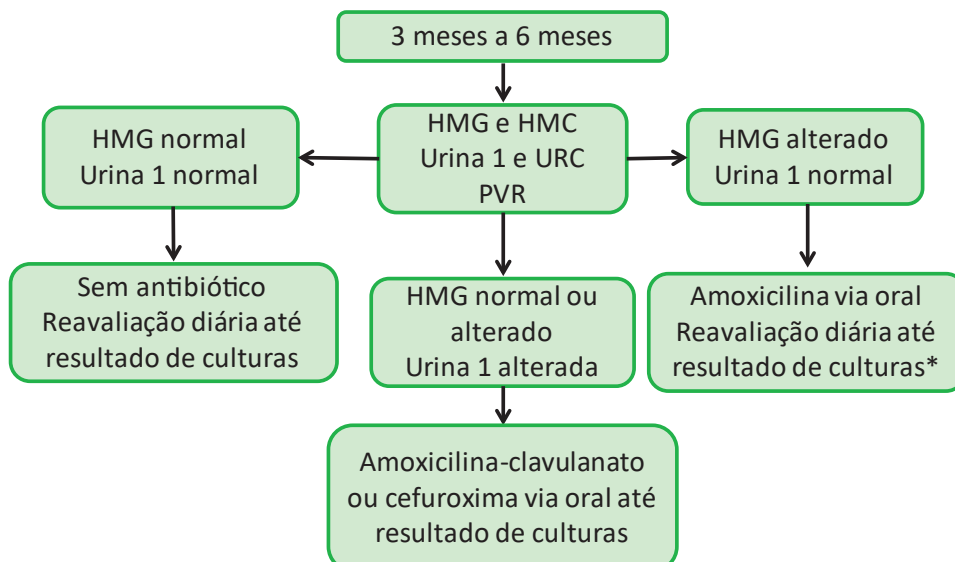
Nessa faixa etária, consideramos como baixo risco todas as crianças com FSSL em bom estado geral e com temperatura inferior a 39°C. Nesses casos, não há necessidade de coleta de exames ou de antibiótico empírico.

Se a temperatura for superior a 39°C, devemos levar em consideração os fatores de risco para bacteremia oculta (sendo o principal o número de doses recebidas da vacina antipneumocócica) e de ITU (descritos no Quadro 1) para decidir quanto à coleta de exames complementares. Entre 3 e 6 meses de vida, a vacinação pneumocócica estará sempre incompleta e o risco de ITU é muito elevado; por isso, sempre devemos colher HMG, HMC, urina tipo 1 e URC. Se disponível, a coleta de pesquisa de vírus respiratórios pode auxiliar na decisão terapêutica também. A conduta depende dos achados laboratoriais e está descrita na Figura 1.

Figura 1. Algoritmo para o manejo da febre sem sinais localizatórios ≥ 39°C em lactentes de 3 a 6 meses de vida.

HMG: hemograma. HMC: hemocultura. URC: urocultura. PVR: pesquisa de vírus respiratórios.

* Se pesquisa viral positiva, posso manter sem antibiótico com reavaliação diária até o resultado das culturas.



Fonte: Schwartsman.³

Consideramos como hemograma alterado aquele que apresenta leucócitos > 15.000 células/mm³ ou < 5.000 células/mm³ ou neutrófilos totais > 10.000 células/mm³ ou índice neutrofílico $> 0,2$ (20%). A urina tipo 1 é considerada alterada na presença de > 10 leucócitos/campo ou > 10.000 leucócitos/mm³ e bacterioscópico de urina positivo.

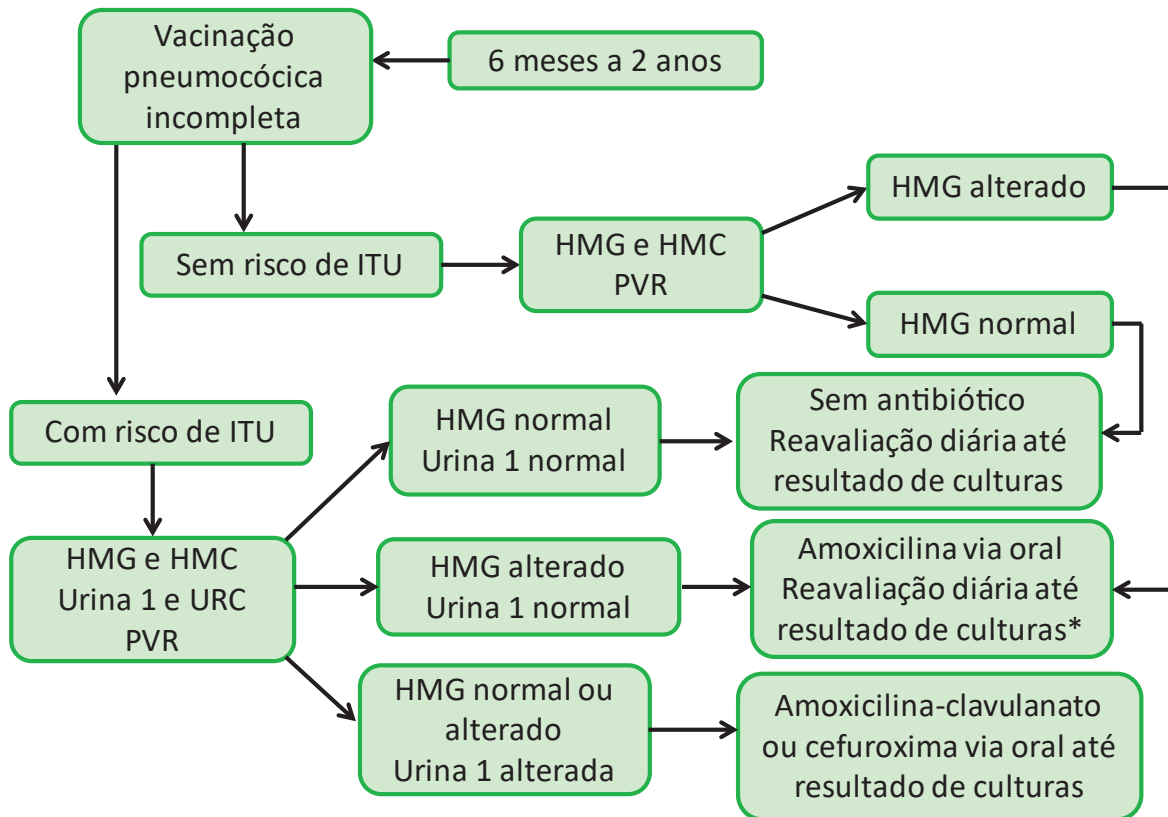
Já entre 6 e 24 meses de vida, devemos iniciar a avaliação pelo risco de bacteremia oculta, ou seja, avaliar se a vacinação antipneumocócica está

completa (pelo menos três doses) para decidir sobre a coleta de HMG e HMC. No caso de vacinação incompleta, além do risco de bacteremia oculta, precisamos estimar o risco de ITU (Quadro 1) para decidir sobre a coleta de urina tipo 1 e URC (Figura 2). Caso a vacinação antipneumocócica esteja completa, a possibilidade de bacteremia oculta está descartada, devendo-se avaliar em seguida quanto à presença de fatores de risco para ITU (Quadro 1) e, assim, decidir sobre a coleta de urina do tipo 1 e URC (Figura 3).

Figura 2. Algoritmo para o manejo da febre sem sinais localizatórios $\geq 39^{\circ}\text{C}$ em lactentes de 6 meses a 2 anos com vacinação pneumocócica incompleta.

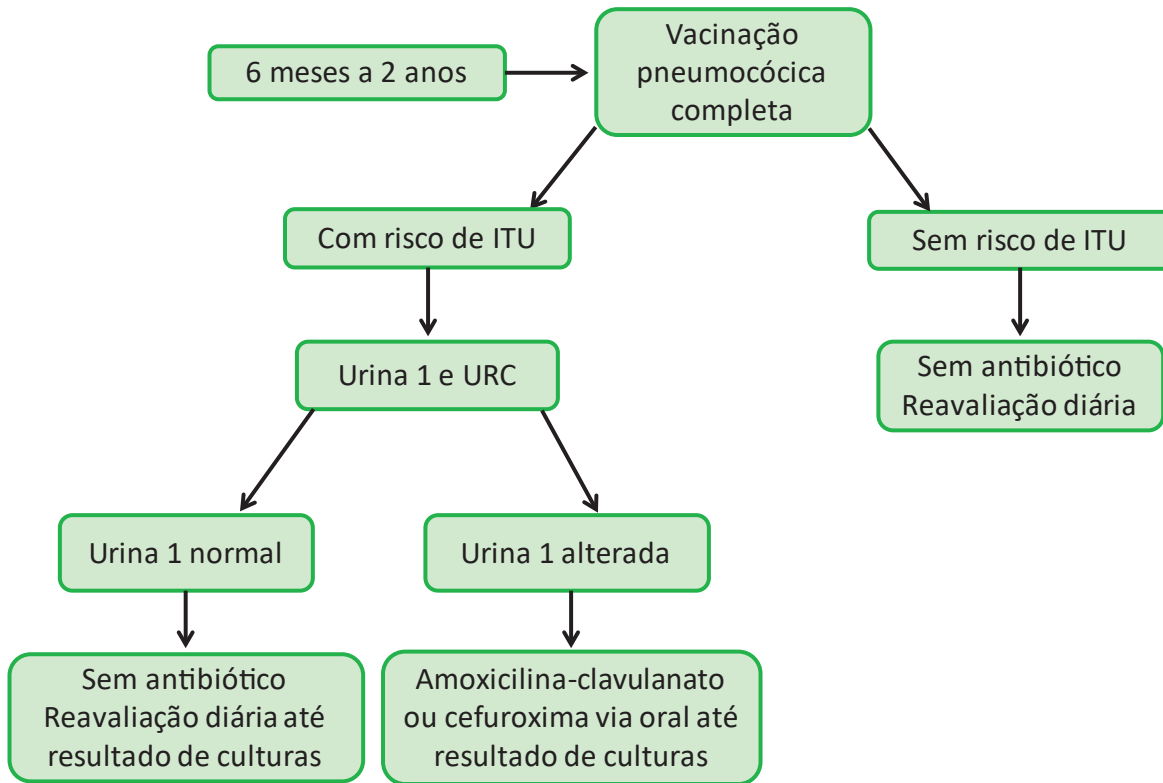
HMG: hemograma. HMC: hemocultura. URC: urocultura. PVR: pesquisa de vírus respiratórios. ITU: infecção do trato urinário.

* Se pesquisa viral positiva, pode manter sem antibiótico, com reavaliação diária até o resultado das culturas.



Fonte: Schwartsman.³

Figura 3. Algoritmo para o manejo da febre sem sinais localizatórios $\geq 39^{\circ}\text{C}$ em lactentes de 6 meses a 2 anos com vacinação pneumocócica completa.
 URC: urocultura. ITU: infecção do trato urinário.



Fonte: Schwartsman.³

Nos casos em que existe apenas risco de bacteremia oculta e alteração do hemograma, porém com pesquisa de vírus respiratórios positiva, podemos manter o paciente sem antibiótico empírico. É recomendada a reavaliação médica diária até o resultado da hemocultura caso o acesso ao serviço médico seja fácil e os responsáveis, confiáveis.

Como o maior risco de ITU apresentando-se apenas como febre ocorre nos menores de 2 anos e após essa idade praticamente todas as crianças têm a vacinação antipneumocócica completa, reduzindo o risco de bacteremia oculta, o protocolo de investigação da FSSL torna-se mais importante até os 2 anos de vida, e não até os 3 anos, como antigamente orientado.



DIA A DIA MÉDICO

Essa orientação da avaliação do número de doses da vacina antipneumocócica em menores de 6 meses pode parecer estranha para você, que sabe que no Programa Nacional de Imunizações a pneumocócica 10-valente é aplicada aos 2, 4 e 12 meses de vida, indicando o baixo risco de bacteremia oculta apenas a partir de 1 ano. Mas saiba que no calendário de imunizações do sistema suplementar (clínicas particulares) o esquema vacinal das vacinas pneumocócicas 10 e 13-valente ainda é mantido com 3 doses + 1 reforço, aplicadas aos 2, 4, 6 e 12 meses de vida, o que apontaria para o baixo risco de bacteremia oculta já aos 6 meses de vida. Como o protocolo de manejo da FSSL é universal, tanto para o sistema público quanto para o suplementar, permanece a recomendação de avaliar o número de doses da vacina pneumocócica aos 6 meses e a partir daí decidir qual conduta tomar.



Mapa mental. Febre sem sinais localizatórios



BEG: bom estado geral.



REFERÊNCIAS

1. Balighian E, Michael B. Urinary tract infections in children. *Pediatr Rev.* 2018; 39(1): 3-12.
2. AAP Subcommittee on urinary tract infection. Reaffirmation of AAP Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Management of the Initial Urinary Tract Infection in Febrile Infants and Young Children 2-24 Months of Age. *Pediatrics.* 2016; 138(6). pii: e20163026.
3. Schvartsman C, Reis AG, Farhat SCL (coords). Pronto-socorro (Coleção pediatria do Instituto da Criança do HCFMUSP 7). 3. ed. São Paulo: Manole; 2018.
4. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB. *Nelson Tratado de Pediatria.* 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

QUESTÕES COMENTADAS

Questão 1

(SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE – MG – 2021)
Em pediatria, o aparecimento de febre é a primeira manifestação de inúmeros processos, dentre eles infecciosos, reumatológicos, oncológicos, hematológicos e outros. A respeito da febre em pediatria, assinale a alternativa incorreta.

- A A febre pode desencadear uma crise convulsiva, a chamada convulsão febril em crianças na faixa entre seis meses e seis anos, e tem bom prognóstico.
- B Na semiologia da febre, devem ser observados: o início, a intensidade, a duração, o modo de evolução e o término.
- C Febre sem foco ou febre sem sinal localizatório ou sem foco aparente é definida como febre de duração superior a três semanas.
- D O uso de anti-inflamatórios não hormonais, com exceção do ibuprofeno, como antitérmicos, deve ser proscrito da prática pediátrica.

Questão 2

(HOSPITAL SÃO PAULO – SP – 2021) Menina de 2 anos, previamente hígida, é levada ao pronto-socorro com história de 2 dias de febre de 39 °C, sem outras queixas. Está em bom estado geral, com exame físico normal. Realizou hemograma, que veio normal e urina tipo I coletada por saco coletor com presença de 8 mil eritrócitos/mm³, 30 mil leucócitos/mm³ e nitrito positivo. Assinale a alternativa correta em relação à conduta.

- A Como há leucocitúria e nitrito positivo, a conduta deve ser prescrever cefalexina e dar alta com orientações.

- B Está indicado colher urocultura por sonda vesical, prescrever antibiótico oral e orientar retorno em 48 horas para reavaliação e checar resultado do exame.
- C Deve-se solicitar urocultura por sonda vesical e ultrassonografia de vias urinárias na urgência, para verificar a presença de sinais de pielonefrite e definir a necessidade de internação hospitalar e a via de administração do antibiótico.
- D Está indicado realizar pesquisa de bacterioscopia em urina fresca e prescrever antibiótico apenas se o resultado for positivo.
- E A criança deve ser hospitalizada para receber antibiótico parenteral, pois a febre alta e a presença de nitrito positivo são sugestivos de pielonefrite.

Questão 3

(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS – SP – 2021) Luísa, 22 dias de vida, foi levada ao serviço de saúde por ter apresentado febre aferida de 38,3°C. Segundo a mãe, não apresentou nenhum sintoma associado, negava tosse, coriza, alterações de hábito intestinal, evidenciando boa diurese. Em aleitamento materno exclusivo, estava apresentando boa aceitação. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, sem demais alterações. Diante do caso, assinale a alternativa correta que apresenta a conduta mais adequada.

- A Referenciar ao pronto-socorro infantil, com a orientação de que é possível que a criança fique hospitalizada para exames e observação.
- B Suspeitar de hipertermia por excesso de roupas. Observar retorno da febre para poder aferi-la em condições mais adequadas.



- C** Quadro de febre sem sinais localizatórios em lactente. Orientar o aumento da oferta de leite materno, medicar com antitérmico e agendar retorno em 24 horas na unidade para reavaliação.
- D** Mesmo com exame físico normal, solicitar hemograma e hemocultura, urina 1 e urocultura, radiografia torácica e agendar retorno em 24 horas.

Questão 4

(HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC - SC - 2021) Lactente, 1 meses e 20 dias, sexo feminino, vem ao pronto atendimento devido a febre há 48 horas. Após anamnese detalhada e exame físico completo sem alterações, apresentou-se a hipótese de Febre Sem Sinais Localizatórios. Para a melhor abordagem nesta situação, utiliza-se a associação de critérios clínicos e laboratoriais para avaliar o risco de infecção bacteriana grave como o critério de Rochester. Assinale a alternativa que apresenta um dos critérios de Rochester.

- A** Lactato.
- B** Proteína C reativa.
- C** Radiografia de tórax.
- D** Hemoglobina / hematócrito.
- E** Contagem de leucócitos.

Questão 5

(HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - SE - 2021) Sobre a febre sem sinais localizatórios é incorreto dizer:

- A** Trata-se de febre que ocorre na faixa etária entre 0 a 36 meses de idade, sem causa estabelecida após história clínica e exame físico detalhados, com duração de menos de 7 dias.
- B** Para o RN de até 29 dias de vida ou o lactente jovem de alto risco entre 1 a 3 meses de idade, independentemente da intensidade da febre sem sinais localizatórios, devem ser solicitados hemograma, hemocultura, urina 1, urocultura, coletar líquido, solicitar radiografia de tórax e iniciar antibioticoterapia empírica.
- C** Para o paciente toxemiado, independentemente da intensidade da febre sem sinais localizatórios, devem ser solicitados hemograma,

hemocultura, urina 1, urocultura, coletar líquido, solicitar radiografia de tórax e iniciar antibioticoterapia empírica.

- D** A maioria das crianças compreendidas na faixa etária de 0 a 36 meses de idade, com febre sem sinais localizatórios, tem uma infecção bacteriana grave (IBG) que trazem risco de morbidade ou mortalidade.
- E** A grande maioria das crianças com FSSL tem uma doença aguda autolimitada ou está em fase prodômica de uma doença benigna.

Questão 6

(FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - TO - 2021) Febre é uma das principais queixas em consultórios e pronto atendimentos pediátricos. Diante dessa importante queixa, qual a orientação mais correta a ser dada para uma família que procura atendimento médico por febre com 2 dias de evolução sem qualquer outro sintoma associado?

- A** A febre acontece por uma elevação da temperatura corporal controlada pelo Sistema Nervoso Central em resposta a uma variedade de estímulos.
- B** Lactentes jovens, com até 3 meses de idade, podem ser medicados com analgésicos simples e aguardar 72 horas de evolução do quadro febril para procurar atendimento médico.
- C** A bacteremia oculta é uma grande preocupação em quadros febris sem foco, portanto, todas as crianças com febre e sem qualquer outro sintoma devem ser imediatamente avaliadas clinicamente e laboratorialmente para descartar tal hipótese diagnóstica.
- D** Apesar da febre ser um mecanismo de defesa inato, orienta-se a medicação com analgésicos simples, visando a normalização da temperatura corporal pelo risco de sequelas neurológicas em caso de elevação rápida da temperatura.

Questão 7

(HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE - RJ - 2020) Recém-nascido de 21 dias é levado à emergência pela mãe, que relata dois episódios de febre de 38,5°C e sucção

débil durante amamentação nas últimas 24 horas. Ao exame, nenhum sinal indicativo do foco infeccioso. A conduta adequada inicial é:

- A** Antibioticoterapia oral e retorno em 48 horas.
- B** Internação hospitalar, hidratação venosa e exames para investigação do foco infeccioso.
- C** Orientar observação domiciliar do recém-nascido e, se mantida a febre por mais 48 horas, retornar para a unidade hospitalar.
- D** Suspender amamentação, iniciar antibiótico oral e aguardar 48 horas sem febre para retomar a amamentação.
- E** Internação hospitalar, exames diagnósticos para investigação de sepse e antibioticoterapia empírica venosa.

Questão 8

(HOSPITAL ORTOPÉDICO DE GOIANIA - GO - 2020) Sobre a febre de origem desconhecida, julgue os itens a seguir.

- I. Em aproximadamente 70% dos lactentes febris com menos de 3 meses, um agente viral é identificado e, entre 10-15% desses, há doença bacteriana grave. Nesses casos, anamnese e exame físico cuidadosos devem ser realizados e, em caso de toxemia, imediata hospitalização, com antimicrobiano parenteral empírico, após coleta de sangue, urina e líquido.
- II. Em pacientes febris entre 3 e 36 meses de idade, as bacteremias ocultas não apresentam predileção de etnia, fatores socioeconômicos, idade ou sexo.
- III. Independentemente de idade, febre e petéquias, com ou sem sinais de localização, representam alto risco de doença bacteriana grave. Pode-se afirmar que:

- A** Todos os itens estão corretos.
- B** Apenas os itens I e II estão corretos.
- C** Apenas os itens I e III estão corretos.
- D** Apenas os itens II e III estão corretos.
- E** Nenhum item está correto.

Questão 9

(INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE - ES - 2020) Febre é uma queixa comum e corresponde a aproximadamente 25% de todas as consultas na emergência de pediatria. Na maioria dos casos, é possível identificar a origem da febre após anamnese detalhada e exame físico completo. Para definição de febre, é necessária uma temperatura axilar acima de:

- A** 37,8°C.
- B** 38,0°C.
- C** 38,3°C.
- D** 38,5°C.

Questão 10

(PROCESSO SELETIVO UNIFICADO - AL - 2020) Menino, 30 meses de idade, é levado à UPA com febre há 72 horas. Sua mãe refere que a temperatura tem ultrapassado os 39°C e que o menor não tem aceito alimentos, apresentando irritabilidade e diminuição das eliminações (atribuída à reduzida ingestão). No momento, a temperatura é 39,6°C. Não foram observadas alterações ao exame físico segmentar. Considerando os aspectos do caso relatado, indique o parâmetro de maior confiabilidade no leucograma dessa criança para a suspeita diagnóstica de causa bacteriana.

- A** Contagem global acima de 15 mil cel/mm³.
- B** Contagem global de neutrófilos acima de 6000 cel/mm³.
- C** Contagem de bastões maior que 5%.
- D** Contagem de segmentados maior que 70%.

**GABARITO E COMENTÁRIOS****Questão 1**

DIFICULDADE: ●

Comentário: Questão que aborda a febre na população pediátrica, sintoma comum a doenças bem diferentes. Vamos às alternativas:

Alternativa A: CORRETA. A convulsão febril é uma afecção importante da infância que costuma causar muita preocupação nos pais, apesar de ser uma condição normalmente benigna e autolimitada. Ela é típica na faixa etária que vai de 6 meses a 5 anos, embora algumas referências considerem 6 anos como a idade máxima. O histórico familiar costuma ser um aspecto importante, geralmente o pai do paciente tem antecedente positivo. Com relação às características clínicas podemos classificar a convulsão febril em simples (de curta duração – inferior a 15 minutos, tônico-clônica generalizada, com pós-ictal de sonolência sem déficits focais e não recorrente em 24 horas) ou complexa (duração superior a 15 minutos, crise focal, pós-ictal com sinal focal e recorrência em 24 horas). As crises febris simples não se associam com maior risco de epilepsia e, portanto, não requerem investigação complementar e nem tratamento.

Alternativa B: CORRETA. Todos esses são dados importantes para formular as hipóteses diagnósticas mais prováveis.

Alternativa C: INCORRETA. A febre sem sinais de localização não tem sua causa revelada após anamnese e exame físico detalhados, acomete uma criança que está em bom estado geral e tem duração inferior a 7 dias.

Alternativa D: CORRETA. Recomenda-se na pediatria o uso de analgésicos comuns, como dipirona e paracetamol, para o manejo da febre, evitando-se de uma forma geral o uso de AINEs.

✓ **RESPOSTA:** **C**

Questão 2

DIFICULDADE: ●●

Comentário: Principalmente em crianças menores de 2 anos a infecção do trato urinário pode cursar apenas como febre sem outros sinais associados, sendo que na infância é obrigatório o diagnóstico laboratorial da ITU, com encontro de leucocitúria e bacteriúria para permitir o início do tratamento antibiótico. Em crianças não continentares também precisamos pensar em como colher essa urina de forma adequada. Apesar de muito utilizado no dia a dia devido à sua praticidade, o saco coletor não é considerado uma estratégia adequada para coleta de urina na suspeita de ITU, já que apresenta alto risco de contaminação por bactérias do períneo. A urina colhida dessa forma pode ser encaminhada para análise por fitas reagentes e exame de urina 1, mas não para cultura, uma vez que resultados falso-positivos para urocultura ocorrem em até 80% dos casos. Caso exista suspeita de ITU com um resultado de urina colhida por saco coletor recomenda-se a coleta por um método confiável, como sondagem vesical de alívio, para realização de urocultura.

Alternativa A: INCORRETA. Apenas o resultado de urina colhida por saco coletor não permite o diagnóstico final de ITU, é necessária a confirmação das alterações por uma urina colhida por sonda vesical.

Alternativa B: CORRETA. Nesse caso, como a paciente apresenta nitrito positivo, achado altamente sugestivo da presença de bactérias gram negativas, além de leucocitúria podemos iniciar o tratamento antibiótico com cefalexina. Mesmo assim, recomenda-se a coleta da urina por sonda vesical para a realização de urocultura.

Alternativa C: INCORRETA. Não existe indicação de ultrassonografia de rins e vias urinárias na urgência

nesse caso. Na fase aguda esse exame só está indicado na suspeita de complicações renais, como abscesso, o que geralmente ocorre quando há persistência da febre e da alteração do estado geral, a despeito do tratamento antibiótico adequado.

Alternativa D: INCORRETA. Nitrito positivo já indica a presença de bactérias gram negativas em urina, não sendo necessária a bacterioscopia.

Alternativa E: INCORRETA. A antibioticoterapia oral tem a mesma eficácia da endovenosa, sendo a internação e o tratamento endovenoso indicados apenas se: idade < 3 meses, má aceitação oral do medicamento ou dificuldade de adesão ao tratamento, desidratação ou vômitos frequentes, suspeita de sepse com comprometimento do estado geral, doenças obstrutivas e malformações complexas do trato urinário, insuficiência renal aguda associada, imunodepressão ou dúvida quanto ao diagnóstico de ITU.

✓ **RESPOSTA: B**

Questão 3

DIFICULDADE: ●

Comentário: A questão apresenta uma recém-nascida com febre sem sinais localizatórios (FSSL). A febre é uma queixa pediátrica comum, respondendo por cerca de 25% das consultas nos PAs pediátricos. Nos casos de FSSL, é importante ao profissional diferenciar o início de uma condição benigna ou autolimitada de uma infecção bacteriana grave. As crianças com menos de 3 meses têm um risco maior de doença bacteriana grave, sendo que no período neonatal os agentes mais comuns são a *E. coli* e o estreptococo do grupo B. Como o exame físico nessa faixa etária é insuficiente para permitir a diferenciação entre um quadro benigno e uma doença bacteriana grave, e o risco de infecção grave é muito alto no período neonatal, recomenda-se que mesmo o RN em bom estado geral deve ser encaminhado a um PA infantil para internação, coleta de exames (hemograma, urina I, urocultura, hemocultura e líquido com cultura) e introdução de antibiótico empírico EV, sendo uma boa opção a cefotaxima.

✓ **RESPOSTA: A**

Questão 4

DIFICULDADE: ●●●

Comentário: Os critérios de Rochester são utilizados para avaliar o risco de infecção bacteriana em lactentes jovens febris. Podemos dividir os critérios em dois grandes grupos:

1) Critérios CLÍNICOS – previamente saudável; nascido a termo e sem complicações durante hospitalização no berçário; sem aparência tóxica e sem evidência de infecção bacteriana ao exame físico; sem doença crônica;

2) Critérios LABORATORIAIS – contagem de leucócitos entre 5.000 e 15.000/mm³; contagem absoluta de neutrófilos jovens < 1.500/mm³; microscopia sedimento urinário com contagem menor ou igual a 10 leucócitos/campo; microscopia de fezes com contagem menor ou igual a 5 leucócitos/campo nas crianças com diarreia;

Dessa forma, percebemos que a única alternativa que contém um critério de Rochester é a alternativa E: contagem de leucócitos.

✓ **RESPOSTA: E**

Questão 5

DIFICULDADE: ●●

Comentário: Na pediatria, a febre é uma das maiores queixas do pronto-socorro. É interessante lembrar que embora na maioria dos casos seja possível encontrar a origem da febre, em pelo menos 20% dos casos isso não é possível após avaliação inicial, dando-se o nome de febre sem sinais localizatórios (FSSL). A maioria das crianças vai evoluir bem, sendo raras as que apresentam alguma doença bacteriana grave (DBG) como sepse, meningite, pneumonia, artrite séptica, celulite e infecção do trato urinário.

Alternativa A: CORRETA. A febre sem sinais localizatórios é definida como a febre de duração inferior a sete dias, encontrada em um paciente que está em bom estado geral e não apresenta outros sinais e sintomas que localizem a infecção. Classicamente, o protocolo de FSSL servia para lactentes de 0 a 36 meses, mas atualmente tem-se reduzido a faixa etária para até 24 meses devido à menor frequência de doença bacteriana grave em lactentes de 2 a 3 anos com febre sem sinais.



Alternativa B: CORRETA. Lactentes com idade inferior a 3 meses têm imaturidade do sistema imunológico e exame físico frequentemente inespecífico durante infecções bacterianas. Por isso, nessa faixa etária sempre são colhidos exames para investigação do quadro febril.

Alternativa C: CORRETA. É importante lembrar quais são os sinais de toxemia: letargia, má perfusão periférica (> 3 segundos), hipo ou hiperventilação ou cianose. Esses são critérios que definem a internação associada à solicitação de exames complementares e ao início do antibiótico empírico.

Alternativa D: INCORRETA. Pelo contrário: a minoria das crianças, ou seja, cerca de 1-2%, vai desenvolver a infecção bacteriana grave. Isso acontece devido à introdução da vacinação para *Haemophilus influenzae* tipo b e *Streptococcus pneumoniae*.

Alternativa E: CORRETA. A maioria das infecções é autolimitada e as crianças tendem a evoluir com melhora dos sintomas em poucos dias.

✓ RESPOSTA: **D**

Questão 6

DIFICULDADE: ●

Comentário: A febre é uma queixa frequente no pronto-socorro pediátrico e estima-se que 20% a 30% das consultas pediátricas têm a febre como queixa única preponderante. No contexto de um grande número de febres de evolução benigna, cabe ao pediatra detectar os casos graves que exigem intervenção imediata e lidar adequadamente com as ansiedades dos responsáveis.

Alternativa A: CORRETA. A temperatura corpórea é regulada pelo centro termorregulador, localizado no hipotálamo anterior, e que funciona como termostato, ao qual compete manter o equilíbrio entre produção e perda de calor (atuando principalmente no controle da perda de calor), mantendo a temperatura interna em aproximadamente 37°C. Na febre, o termostato é reajustado por ação de citocinas inflamatórias ou produtos dos agentes infecciosos (como o LPS das bactérias). Nessa situação, o centro regulador eleva o ponto de termorregulação (*set point*) da temperatura para um patamar mais elevado.

Alternativa B: INCORRETA. Lactentes jovens (principalmente aqueles com menos de um mês) são

população de risco para febre e devem ser avaliados prontamente com exames complementares.

Alternativa C: INCORRETA. Deve-se avaliar o risco de bacteremia caso a caso e tomar uma conduta mais ou menos agressiva de acordo com a avaliação. Por exemplo, em crianças que possuem a vacinação contra pneumococo completa o risco de bacteremia oculta é extremamente baixo (inferior a 1%), não justificando a investigação com exames complementares.

Alternativa D: INCORRETA. Os analgésicos simples podem ser administrados para dar conforto e bem-estar à criança, e não para evitar lesão de sistema nervoso central, uma crença muito comum dentre leigos.

✓ RESPOSTA: **A**

Questão 7

DIFICULDADE: ●

Comentário: A febre é um dos principais motivos de consulta pediátrica e a quase todos os lactentes febris têm uma doença infecciosa. A maioria dos lactentes com febre apresentará sinais ou sintomas que permitirão o diagnóstico da condição mórbida subjacente. Entretanto, em 20% dos casos, a febre é um achado isolado, o que significa que, mesmo após anamnese e exame físico cuidadosos, nenhum foco é identificado e a condição recebe a denominação de “febre sem sinais localizatórios”. Entre os pacientes com febre sem foco, a maioria é portadora de uma infecção viral benigna. Contudo, um pequeno grupo desses pacientes pode ser portador de uma doença bacteriana grave, como por exemplo a meningite bacteriana, a infecção do trato urinário e a bacteremia oculta. A faixa etária de maior risco para doença bacteriana grave é a dos recém-nascidos; portanto, até os 28 dias de vida, todo paciente com febre > 38°C deve ser internado, submetido à coleta de HMG, HMC, urina tipo 1, URC e LCR (submetido à quimiocitológico, bacterioscopia, cultura, látex ou contraímunoelctroforese, incluindo pesquisa para enterovírus e herpesvírus) e introdução de antibiótico empírico EV, de preferência a cefotaxima, até o resultado das culturas.

✓ RESPOSTA: **E**

Questão 8

DIFICULDADE: ●

Comentário: A febre sem sinais localizatórios é aquela que apresenta duração inferior à 7 dias e que permanece inexplicável mesmo após anamnese e exame físico minuciosos. Embora a maioria dos pacientes apresente uma infecção viral autolimitada e benigna, em alguns casos podemos estar diante de doenças bacterianas graves, como a bacteremia oculta e a infecção do trato urinário. A bacteremia oculta é a presença de hemocultura positiva sem localização do foco infeccioso. Sobre essa condição, vamos analisar as afirmativas:

Assertiva I: VERDADEIRA. Na tentativa de identificar o foco infeccioso, a anamnese e o exame físico devem ser minuciosos em todas as crianças febris. Em menores de 3 meses é mais comum a infecção viral. Quando há infecção bacteriana, ela costuma ser mais grave. Havendo sinais de toxemia, o lactente deve ser internado, iniciado antibioticoterapia parenteral empírica com cefalosporina de 3ª geração e coletados hemocultura, líquido, urocultura e radiografia de tórax.

Assertiva II: VERDADEIRA. Entre 3 e 36 meses a bacteremia oculta acomete os pacientes sem preferência por sexo, etnia ou condição social. O principal fator que reduz seu risco é a vacina completa contra o pneumococo.

Assertiva III: VERDADEIRA. A febre e petéquias são sinais de doença bacteriana grave, mais comumente meningococemia.

✓ RESPOSTA: A

Questão 9

DIFICULDADE: ●

Comentário: Por definição, febre é o aumento da temperatura corpórea central secundária a uma supramodulação do termostato hipotalâmico, decorrente da ação central de pirógenos endógenos (por exemplo, prostaglandinas) ou exógenos (por exemplo, lipopolissacarídeos de bactérias Gram-negativas). A temperatura axilar definida como valor de corte para definição de febre é de 37°C. Esse ponto de corte varia de acordo com o local de aferição, sendo considerada febre acima de 38°C C quando aferida por via oral. Outro ponto de corte

muito utilizado é de 38,3°C, quando a temperatura for medida por via retal.

✓ RESPOSTA: A

Questão 10

DIFICULDADE: ●●

Comentário: Trata-se de uma criança com quadro infeccioso vigente e há 72 horas com febre, associada à irritabilidade e inapetência. Acima de 2 anos de idade a probabilidade de uma doença bacteriana grave em um paciente com febre sem sinais, que apresenta a vacinação em dia e é previamente hígido, é muito baixa. Dentre os achados do hemograma sugestivos de infecção bacteriana temos, classicamente, a leucocitose associada a desvio à esquerda. Portanto, a alternativa que representa o aspecto de maior confiabilidade no leucograma é a letra A, visto que uma leucocitose maior que 15 mil é muito indicativa de infecção bacteriana vigente.

✓ RESPOSTA: A

