



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Protocolos Não Gerenciados

Unidade de Pediatria

FEBRE SEM SINAIS LOCALIZATÓRIOS EM CRIANÇAS ATÉ 3
ANOS

Versão eletrônica atualizada em
Dezembro - 2005

Protocolo de Conduta da Assistência Médico-Hospitalar

Objetivos:

- Manuseio das doenças de forma rápida e efetiva
- Diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes
- Melhora da qualidade de vida e a diminuição dos custos

A intenção deste protocolo é de encorajar a uniformização de alguns serviços de saúde prestados. Embora pretenda melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços não é uma garantia absoluta sobre os resultados. O protocolo constitui apenas um guia de condutas, cabendo ao médico responsável as decisões finais sobre o manuseio de seus pacientes. Deve conter os requisitos mínimos aceitos para o manejo dos pacientes.

I. Este protocolo envolve: FEBRE SEM SINAIS LOCALIZATÓRIOS EM CRIANÇAS ATÉ 3 ANOS

II. Tempo de permanência hospitalar previsto:

Prevista consulta, com permanência de até 2 horas nos casos em que a conduta estiver na dependência de resultado de exames.

Será indicada internação em recém nascidos com febre maior ou igual a 37,8 °C, e crianças de qualquer idade toxemiadas.

III. Introdução (informações relevantes, fatores de risco, etc.)

Febre: é definida como elevação da temperatura corpórea em resposta a um estímulo patológico. A mensuração da febre através da temperatura axilar (mais comum em nosso meio) é menos sensível do que a temperatura retal. A medida mais confiável seria aquela tomada por via oral ou retal.

Febre sem sinais localizatórios (FSSL): refere-se à febre com tempo de duração inferior a 7 dias de duração em uma criança que, após história e exame físico cuidadosos não exista causa estabelecida para esta.

Bacteremia oculta (BO): refere-se à presença de bactéria em hemocultura numa criança com FSSL e que esteja clinicamente bem o suficiente para ser tratada ambulatorialmente. A prevalência da BO nas crianças com FSSL é de 3 a 5% em média. Os agentes mais comuns na população vacinada para *H. influenzae* tipo b (Hib), são: *S. pneumoniae* (90%), *N. meningitidis* (5%) e *Salmonella sp* (5%). Nos lactentes até 60 dias também são encontrados *S. agalactie* e *E. coli*.

Os protocolos de manejo de crianças com FSSL estão se modificando devido ao uso de vacinas (contra Hib e pneumococo) e novos exames laboratoriais relacionados à doença bacteriana (proteína C reativa). É importante ressaltar que nenhum protocolo ou algoritmo é perfeito e eliminará todos os riscos ou restringirá a antibioticoterapia apenas aos pacientes bacterêmicos. A avaliação clínica cuidadosa e as reavaliações em curto prazo são insubstituíveis.

IV. Critérios de inclusão:

- Toda criança com até 3 anos de vida que apresentou ou apresenta febre sem sinais localizatórios nas última 24 horas.

V. Critérios de exclusão:

- Foco infeccioso definido.
- Razão óbvia para febre (ex: vacinação)

VI. História:

Na avaliação da criança febril, são questões importantes:

- Febre: qual o tempo e a intensidade?
- Existem sinais localizatórios que justifiquem a febre?
- Qual o estado geral da criança?
- Antecedentes pessoais:
 - i. Doenças anteriores?
 - ii. Internações?
 - iii. Uso de antibiótico recente?
 - iv. Situação vacinal?
 - v. Antecedentes neonatais (em crianças menores de 3 meses).

Intensidade da febre: nos menores de 3 meses não há correlação nítida entre magnitude da febre e infecção. No período neonatal a hipotermia pode ter significado maior do que a febre. De maneira geral o risco de bacteremia oculta aumenta proporcionalmente com a temperatura.

Sinais localizatórios: nos menores de 1 mês a interpretação dos sinais localizatórios pode ser difícil, pois nesse período obstrução nasal e evacuações semi-líquidas são muito comuns. Portanto, nas crianças menores de 1 mês, não se deve considerar estes sintomas como sinais localizatórios se não houver mudança no padrão habitual da criança.

Estado geral: a maioria das crianças com FSSL não se encontra toxemiada. O exame físico acaba sendo limitado em menores de 3 meses, daí que ferramentas que auxiliem na avaliação das crianças de risco de doença bacteriana grave tornam-se extremamente importantes.

VII. Exame Físico:

Peso:	Temp:	FC:	FR:	PA:
Estado geral:	() bom	() regular	() mau	
Perfusão periférica:	() normal	() > 3 segundos		
Nível de consciência:	() normal	() rebaixado		
Orofaringe:	() normal	() alterada: _____		
Otoscopia:	() normal	() alterada: _____		
Adenopatia:	() não	() sim, local: _____		
Visceromegalia :	() não	() sim: _____		
Erupção cutânea:	() não	() sim: _____		
Ausculta pulmonar:	() normal	() alterada: _____		
Ausculta cardíaca:	() normal	() alterada: _____		
Sinais meníngeos:	() não	() sim: _____		
Fontanela:	() normal	() hipertensa	() não se aplica	

VIII. Serviços Diagnósticos

Crianças que devem ser avaliadas laboratorialmente

1. Crianças toxemiadas
2. Lactentes abaixo de 3 meses
3. Crianças de 3 meses a 3 anos com febre maior que 39°C

Exames laboratoriais possíveis para determinação diagnóstica

1. Hemograma completo
2. Urina I
3. Rx de tórax
4. Provas de fase aguda: PCR e pró-calcitonina
5. Líquor
6. Hemocultura
7. Urocultura

IX. Diagnóstico Principal (CID 10):

- A49.9 Infecção bacteriana não especificada
Bacteremia SOE
- R50.0 Febre com calafrios
Febre com arrepios
- R50.9 Febre não especificada
Pirexia SOE
- P81.9 Distúrbio não especificado da regulação térmica do recém nascido
Febre do recém nascido SOE

X. Diagnósticos Associados (CID 10):

- A49.0 Infecção estafilocócica não especificada
- A49.1 Infecção estreptocócica não especificada
- A49.2 Infecção por *Haemophilus influenzae* não especificada
- A49.3 Infecção por *Mycoplasma* não especificada
- A49.8 Outras infecções bacterianas de localização não especificada
- P81.0 Hipertermia ambiental do recém nascido
- P81.8 Outros distúrbios especificados da regulação térmica do recém nascido
- R50.1 Febre persistente

XI. Condutas ou Protocolo (ver figura)

Crítérios de Rochester para baixo risco (crianças de 28 a 90 dias de vida)
responder **SIM** para todas as afirmações

- Criança previamente saudável
- Sem prematuridade ou peso de nascimento < 2.500g
- História pós-natal sem intercorrências
- Sem patologias de base ou imunodeficiências
- Aparência não toxemiada
- Leucócitos totais entre 5.000 e 15.000/mm³
- Neutrófilos jovens < 1.500/mm³
- Urina I normal

Nos casos onde não está indicada a internação, a observação pode ser realizada em casa desde que a família compreenda adequadamente as orientações e tenha recursos para retornar ao serviço assim que houver qualquer mudança no estado clínico, caso contrário essa observação deverá ser realizada no hospital.

As provas de fase aguda vem sendo utilizadas no diagnóstico e evolução das infecções bacterianas. Embora não faça parte dos protocolos de febre sem sinais localizatórios, a proteína C reativa indica infecção bacteriana se a dosagem for maior que 50 mg/L.

XII. Referências Bibliográficas

1. ACEP Clinical Policies Committee and the Clinical Policies Subcommittee in Pediatric Fever. Clinical policy for children younger than three years presenting on the emergency department with fever. Ann Emerg Med, 2003; 42:530-545 (editorial p546)
2. Baraff LJ. Editorial: Clinical policy for children younger than three years presenting on the emergency department with fever. Ann Emerg Med, 2003; 42:546-549.
3. Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. Ann Emerg Med, Dec 2000; 36:602-614.
4. Trotta EA, Gilio AE. Febre aguda sem sinais localização em menores de 36 meses de idade. Jornal de Pediatria, 1999; 75(supl. 2):S 214 – S 222.
5. Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Ann Emerg Med, 1993; 22:1198-1210.

Criança de 0 a 36 meses com FSSL

