



# Pediatria - FSSL



# PEDIATRIA - FSSL

## Estratégias De Estudo

- Quem passa na prova?
  - Quem estuda mais tempo? Será que é isso mesmo?
    - Passa quem estuda com eficiência
- O que é estudar com eficiência?
  - Estudo eficiente é aprender o máximo de coisas no menor tempo possível
  - Muito individual, mas há 2 coisas importantes
    - Estudar com base nas deficiências – focar no que não sabe
    - Estudar baseada em questões

## Introdução

- 25% das consultas em emergência por febre
- 80% tem causa bem definida com história e exame físico. 20% são FSSL
- Desafio
  - Diferenciar doença aguda febril autolimitada e doença bacteriana potencialmente grave.
- Febre: TR>38,3°C/TO:38°C/Tax>37,8°C
- Definição de FSSL = Febre até 7 dias em criança cuja história e exame físico cuidadosos não revelam a causa. Até 3 anos.
- Infecção bacteriana grave (IBG): ITU, pneumonia, meningite, artrite séptica, osteomielite, celulite, sepse e BO.
- Bacteremia oculta (BO): HMC+, febre, sem clínica ou alteração laboratorial.

## Avaliação

- Clínica
  - Estado geral: criança toxemiada ou com queda do estado geral na ausência de febre?
    - Atenção para sepse! Interna e colhe tudo + antibiótico

- Idade: Maior risco de IBG em <3 meses
- Temperatura: O risco de bacteremia oculta é maior quanto maior a temperatura
- Exames: Hemograma, provas de fase aguda, urina, RxTx
- Vacinação: vacinados tem menor chance de IBG

## → Exames

- Hemograma – leuco
  - Leucopenia <5000/mm<sup>3</sup>
  - Leucocitose >15000-20000/mm<sup>3</sup>
  - Neutrófilos >10000/mm<sup>3</sup>
  - IN>20%
- PCR/PCT
  - PCT é mais sensível e mais específica
  - PCR demora mais a subir
  - Não costumam entrar nos protocolos
- Urina 1 e URC
  - U1: leucocitúria >10K é sugestivo, mas nem sempre esse valor é usado
  - URC é o padrão ouro
- RxTx
  - Nem sempre realizado
  - Util em crianças com T>39 e leuco>20000
  - Se sintomas respiratórios → realizar sempre
- Pesquisa de vírus respiratórios
  - Maioria das infecções tem causa viral – permite identificar o agente
  - Não descarta causa bacteriana

## Manejo

- 1ª pergunta sempre: Paciente está Toxemiado? Tem queda do estado geral?
- Não existe protocolo universal. Cada instituição pode ter o seu. Se possível, estudar protocolos institucionais (dica para R3)
- Tratado brasileiro de Pediatria da SP – protocolo HU-USP
- Podem haver diferenças substanciais de outros

protocolos. As questões focam em temas pouco controversos.

- Manejo nos <30 dias
  - Semelhante ao manejo de sepse
  - Sempre internam e coletam exames
    - HMG/HMC; U1/URC; RxTx; LCR; PVR
  - Antibiótico empírico
    - Cefalosporina de 3ª geração
      - Ceftriaxona ou cefotaxima
  - Geralmente nessa idade escolhe-se a cefotaxima porque a ceftriaxona desloca a bilirrubina da albumina, em pacientes que já tem hiperbilirrubinemia pode ocorrer encefalopatia bilirrubínica.
  - Se alteração de líquido pode adicionar ampicilina
- Manejo nas crianças de 1-3 meses
  - Critérios de Rochester – na presença de um dos critérios = alto risco
    - Termo, sem complicações perinatais
    - Sem uso de ATb
    - Previamente hígido
    - Leuco entre 5-15 mil
    - Bastonetes <1500
    - Sedimento urinário <10leucócitos/campo
  - Avaliação de risco através dos critérios de Rochester + PVR
    - Baixo risco = alta com antitérmico e reavaliação diária
    - Alto risco = Manejo igual ao RN
- Manejo das crianças 3-36 meses
  - Saber status vacinação (principalmente Meningo, pneumo, Haemophilus)
    - Vacinação completa = coletar PVR + U1/URC se risco
      - Fatores de risco ITU para as meninas
  - T>39; etnia branca; febre >2 dias; Idade <1 ano
    - Fatores de risco ITU para meninos
  - <6 meses com T>39;
  - >6 meses e três dos a seguir:
    - T>39; etnia não branca; febre >1 dia
  - Se não postectomizado, bastam 2 dos acima ou <1 ano.

- Se veio normal = alta com antitérmico e reavaliação diária
- U1 alterada = tratar ITU
- Vacinação incompleta
  - Temperatura <39°C: PVR + U1/URC se risco
  - Temperatura >39°C: PVR + U1/URC
- U1 alterada = tratar ITU
- U1 normal → hemograma
  - Hemograma alterado = Hemocultura e RxTx
    - Rx alterado = tratar broncopneumonia
    - Rx normal = risco de BO: ceftriaxona 50mg/kg IM, retornos diários até culturas
  - Hemograma normal = sintomáticos + reavaliação diária
- Protocolos com foco para R3 – dividem em: (considera mudanças pós vacinação)
  - 28dias-2 meses
    - Coleta tudo
      - Se alteração = internação + ATB
      - Normal = muda de acordo com serviço/critério médico
  - 2meses-3 meses
    - Coleta hemograma, hemocultura, U1 e urocultura
      - Normal = alta com antitérmico e reavaliação diária
      - U1 alterada + hemograma normal = tratar ITU
      - Hemograma alterado = coletar LCR + RxTx; internação + ATB

### Fluxograma

- Nascimento – Gestação a termo?; Respirando ou chorando?; Tônus muscular em flexão?
  - Sim = cuidados de rotina junto à mãe, prover calor, manter vias aéreas pérvias, avaliar vitalidade
  - Não = Mesa de reanimação → Prover calor, posicionar a cabeça, aspirar vias aéreas S/N, secar (em 30 segundos)

- Reavaliar FC <100bpm? Respiração irregular ou apneia? (30 segundos)
  - Não = analisar desconforto respiratório
- Não = colo da mãe
- Sim = monitorizar, SatO2 pré-ductal, considerar CPAP
  - Sim = VPP (FiO2 21%), Monitorar SatO2, considerar monitor para avaliar FC
- Reavaliar – FC <100bpm?
  - Se >100bpm = suspende procedimento
  - Se <100bpm = Checar técnica (adaptação face/máscara, verificar movimentação do tórax, considerar intubação)
    - Reavaliar FC
- <60bpm = Intubação traqueal Compressões cardíacas (3:1)
  - Reavalia em 60 segundos, se <60 = cateterizar e administrar adrenalina
- > 100bpm = suspende

### Aspectos Éticos

- ➔ Interrupção das manobras de reanimação
  - Assístolia aos 10' de vida (Apgar 0/0/0) é um forte preditor de morbimortalidade
  - Considerar: se técnica foi adequada, disponibilidade de cuidados intensivos terapêuticos, causa/duração do evento e desejo da família
- ➔ Malformações congênicas letais ou potencialmente letais:
  - Comprovação diagnóstica
  - Consenso entre a equipe e os pais

### Tópicos Essenciais

- ➔ Definição de FSSL
- ➔ Manejo do <30d = SEPSE
- ➔ Nos >3m, considerar vacinação, temperatura e risco de ITU para condutas

### Questões

- 1) **(UFT-TO-2020-R1)** A febre é uma queixa comum e responde por 25% ou mais de todas as consultas na emergência pediátrica. O grande desafio dos pediatras, no atendimento da criança com febre, está na diferenciação dos diferentes processos que podem levar à febre. Levando em conta o conhecimento sobre a febre, é CORRETO afirmar que:
  - A- O valor específico para definição de febre em crianças é consenso, estando fixado acima de 37,3°C, quando avaliada em região axilar, enquanto que, para região retal, o valor é de meio a um grau superior.
  - B- A medida de temperatura mais confiável é aquela tomada por via oral ou retal.
  - C- FSSL é a ocorrência de febre com menos de 7 dias, de duração cuja condição suficiente para o diagnóstico é estar com exame físico completamente normal.
  - D- Na vigência de FSSL, em lactentes abaixo de 36 meses de idade, mas com hemograma normal e proteína C reativa em valores baixos, descarta-se a possibilidade de infecção bacteriana grave.
  - E- As febres altas, acima de 39°C em região axilar, são mais indicativas de infecção bacteriana do que infecções virais, merecendo sempre ser investigada precocemente por meio laboratorial.
  
- 2) **(HUB-DF-2018-R3-PED)** Considerando que a febre é uma das causas mais frequentes da procura por serviços médicos pediátricos, julgue os itens subsecutivos. (V ou F)
  - 1- O isolamento de agente viral na FSSL não exclui coinfeção bacteriana, porém torna essa condição menos frequente
  - 2- Na abordagem inicial de uma criança de dezoito meses de idade, do sexo feminino, que se apresente em bom estado, com febre maior ou igual a 39°C há três dias, sem sinais localizatórios e com esquema vacinal para pneumococo completo, não é necessária coleta de hemograma ou hemocultura.
  - 3- O risco de infecção urinária em crianças abaixo de um ano de idade do sexo masculino não postectomizadas é aumento.

- 3) **(UNIRIO-RJ-2016-R3-PED)** Um lactente de 10 dias iniciou febre de 38,8°C há 24 horas. Os pais dizem que a criança mantém bom estado geral e está mamando sem dificuldade. Durante a avaliação, o exame físico do paciente encontra-se normal e, após 30 minutos sem roupa, sua temperatura mantém-se alta, 38,6°C. Considerando-se o quadro de febre sem foco, qual deve ser a próxima medida?
- A) Prescrever antitérmico, orientar sinais de alarme e reavaliar em 24 horas
  - B) Solicitar hemocultura, urinocultura e punção lombar com cultura, celularidade e bioquímica do líquido e, se o líquido estiver normal, liberar após dose de ceftriaxona IM.
  - C) Colher hemograma e urina para avaliação de elementos anormais e sedimentos (EAD) e, se a contagem de leucócitos estiver entre 5000 e 15000/mm<sup>3</sup> e o EAS estiver normal, liberar com orientação de retorno em 24 horas
  - D) Indicar internação hospitalar para realização de hemocultura, urinocultura e punção lombar com cultura, celularidade e bioquímica do líquido, além de iniciar antibioticoterapia parenteral empírica.
  - E) Colher hemograma e urina para avaliação de elementos anormais e sedimentos (EAS) e iniciar antibioticoterapia empírica com amoxicilina + clavulanato por VO.

### *Gabarito*

- 1 – B
- 2 - VVV
- 3 - D