## Guia do Episódio de Cuidado

# Febre sem Sinais Localizatórios

Temperatura axilar > 38ºC há menos de 7 dias, na ausência de sintomas clínicos, com exame físico normal, em criança hígida e em **bom estado geral** até 36 meses (3 anos).

#### I. ASSISTENCIAL

#### 1. DIAGNÓSTICO

### Confirmação diagnóstica (clínica e/ou laboratorial)

Clínico e laboratorial

#### Indicação de exames diagnósticos

De acordo com a faixa etária e vacinação

#### Recém-nascidos:

- Hemograma completo (HMG)
- · Hemocultura (HMC)
- Proteína C Reativa (PCR)
- Raio X de tórax
- Urina I e urocultura (UROC) por sondagem vesical de alívio
- Líquor com quimiocitológico (LCR), cultura, látex e PCR para herpes e enterovírus (se quimiocitológico alterado)
- Pesquisa de vírus respiratórios, quando disponível
- Procalcitonina (PCT): pode ser considerada de acordo com julgamento clínico

#### Lactentes entre 1 e 3 meses:

- Hemograma completo (HMG)
- Hemocultura (HMC)
- Proteína C Reativa (PCR)
- Urina I e urocultura (UROC) por sondagem vesical de alívio
- Ponderar coleta de líquor com quimiocitológico, látex e cultura
- Ponderar RX tórax
- Pesquisa de vírus respiratórios, quando disponível
- Procalcitonina (PCT): pode ser considerada de acordo com julgamento clínico

#### Crianças de 3 meses a 36 meses com febre ≥ 39° C com vacinação completa:

- Urina tipo I e urocultura (UROC) por sonda vesical de alívio ou clean catch (jato médio)
- Pesquisa de vírus respiratórios, quando disponível

#### Crianças de 3 meses a 36 meses com febre ≥ 39° C sem vacinação completa:

- Urina tipo I e urocultura (UROC preferência por sondagem vesical de alívio ou clean catch)
- Hemograma completo (HMG)
- Hemocultura (HMC)
- · Pesquisa de vírus respiratórios, quando disponível

# 2. IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA DOENÇA BACTERIANA GRAVE

#### Escores:

Até o momento, nenhum escore de gravidade conseguiu diferenciar crianças com maior ou menos risco de desenvolver doença bacteriana grave.

#### História:

Recém-nascido prematuro Imunocomprometido Doenças de base Contato com doença meningocócica

#### ❖ Laboratório:

Hemograma alterado: leucócitos > 20.000/mm³ e/ou neutrófilos > 10.000/mm³

#### Urina I alterada:

leucocitúria > 10.000 leucócitos/ml esterase positiva e/ou nitrito positivo e/ou bacteriúria e/ou piúria

PCT > 0,3 ng/ml (alta sensibilidade para meningite e bacteremia)

PCR > 5 mg/L

## Crianças acima de 3 meses:

Febre ≥ 39°C

## 3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO ADEQUADA

## Critérios para internação

- Recém-nascidos
- 1 a 3 meses com exames alterados
- 3 a 36 meses com queda do estado geral

## Critérios para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Sinais de sepse em todas as faixas etárias

#### 4. TRATAMENTO

#### Tratamento inicial

- Recém nascido
  - Cefalosporina de 3° geração: Cefotaxima EV 150 mg/kg/dia ou Ceftriaxone EV 100 mg/kg/dia
  - Ampicilina EV 200mg/kg/dia, se LCR alterado
  - Aciclovir EV 10mg/kg/dose 8/8h, se suspeita de infecção herpética

#### 1 a 3 meses com exames alterados

- Cefalosporina de 3ª geração: Ceftriaxone EV 50-100 mg/kg/dia
- · Ampicilina EV 200mg/kg/dia, se LCR alterado

#### 3 a 36 meses com exames laboratoriais alterados:

- 1ª opção: Acetilcefuroxima VO 30 mg/kg/dia
- 2ª opção: Amoxacilina + Clavulanato VO 50 mg/kg/dia
- Recusa medicação oral: Ceftriaxone IM 50 mg/kg/dia

#### 5. INDICADORES DE QUALIDADE

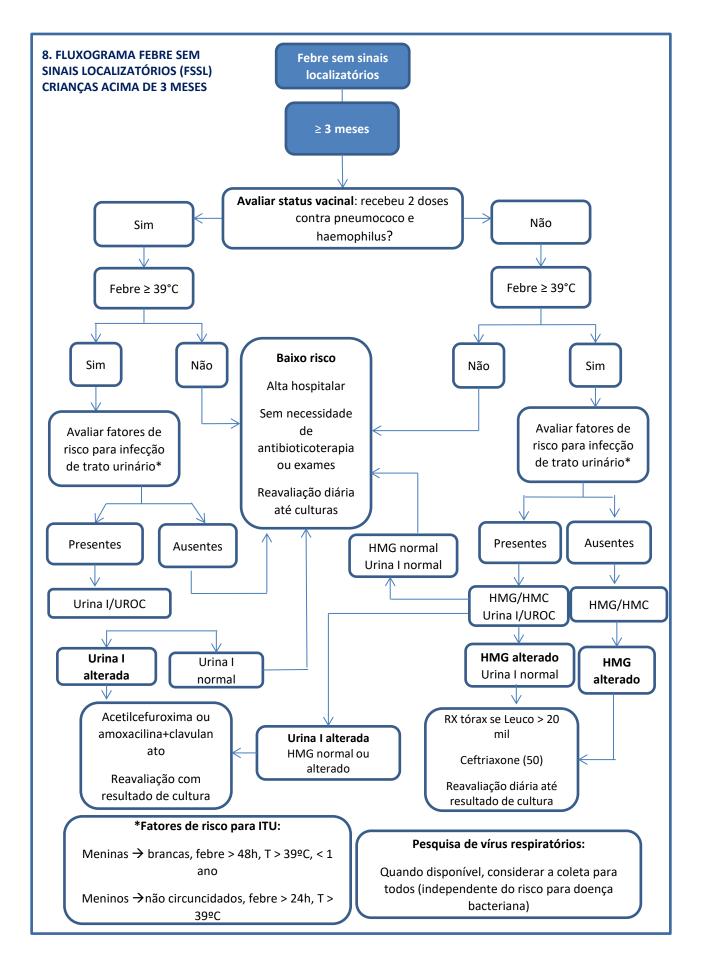
- Coleta de cultura de sangue, urina e líquor em pacientes com FSSL em menores de 2 meses de vida
- Coleta de urina I para os pacientes com mais de 3 meses de vida, com FSSL e que preencham critérios de risco para infecção urinária

## 6. CRITÉRIOS DE ALTA

#### Critérios de alta

- · Recém-nascidos: culturas negativas, afebril há 24 horas, bom estado geral e boa aceitação da dieta oral
- 2 a 3 meses: exames em melhora, bom estado geral e boa aceitação da dieta oral
- 3 a 36 meses: bom estado geral e boa aceitação da dieta oral

## 7. FLUXOGRAMA FEBRE SEM SINAIS LOCALIZATÓRIOS (FSSL) CRIANÇAS ATÉ 90 DIAS (3 MESES) Febre sem sinais localizatórios Recém-1 – 3 meses nascidos Internação hospitalar Coletar HMG, HMC, PCR, PCT, Urina I, UROC, Coletar HMG, HMC, PCR, PCT, Urina I, UROC LCR e RX tórax Ponderar LCR nos menores de 2 meses Cefotaxima ou Ceftriaxone (associar ampicilina, se LCR alterado e aciclovir, se Ponderar RX tórax (se sintoma respiratório) risco de infecção por Herpes) Pesquisa de vírus respiratórios, se disponível Pesquisa de vírus respiratórios, se disponível HMG normal ou **HMG** normal alterado HMG alterado Urina I normal Urina I alterada LCR alterado Urina I normal LCR normal (se LCR (ponderar coletado) necessidade) Alto risco Infecção de trato Baixo risco Meningite urinário Coleta de LCR (se Sem necessidade Internação alterado, vide Internação hospitalar de antibiótico hospitalar fluxo) Ceftriaxone (50) Ponderar Ceftriaxone (100) Internação internação em e Ampicilina EV Ponderar alta com hospitalar menores de 2 reavaliação diária em Aciclovir EV se meses ou Ceftriaxone (50) maiores de 2 meses risco de infecção reavaliação diária com acetilcefuroxima por Herpes até culturas VO ou amoxacilina + clavulanato VO ou Ceftriaxone EV/IM Provas inflamatórias: Procalcitonina > 0,3 ng/ml (sensibilidade em torno de 90% para meningite e bacteremia) PCR > 5 mg/L (pouco sensível – pode ajudar na tomada de decisão)



## II. GLOSSÁRIO

EV: Endovenosa

ITU: Infecção do Trato Urinário

IM: IntramuscularT: TemperaturaVO: Via Oral

## III. HISTÓRICO DE REVISÕES

18/06/2025- Revisão Periódica

## IV. Referências Bibliográficas

- [1] Martinez E, Mintegi S, Vilar B, et al. Prevalence and predictors of bacterial meningitis in young infants with fever without a source. Pediatr Infect Dis J. 2015;34(5): 494–8.
- [2] Gomez B, Mintegi S, Bressan S, et al. Validation of the "Step-by-Step" Approach in the Management of Young Febrile Infants. Pediatrics 2016;138(2):e20154381.
- [3] Hamiel U, Bahat H, Kozer E, et al. Diagnostic markers of acute infections in infants aged 1 week to 3 months: a retrospective cohort study. BMJ Open 2018;8:e018092.
- [4] Lo DS, Rodrigues L, Koch VHK & Gilio AE. Clinical and laboratory features of urinary tract infections in young infants. Brazilian Journal of Nephrology, 2018; 40(1), 66-72.
- [5] Schvarstsman C; Reis AG; Farhat SCL. "Pediatria Instituto da Criança Hospital das Clínicas: Pronto Socorro". 3º edição. São Paulo: Manole, 2018. Cap. 39, págs. 523-540.

Código Documento: CPTW 172.3	Elaborador: Milena de Paulis	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 01/05/2025	Data de Aprovação: 20/06/2025
				<b>Data de Revisão:</b> 20/06/2025	