

SESSÃO DE CASOS • PEDIATRIA

Dr José Roberto Stefani – Internato Unimax

# Febre sem sinais de localização

Cinco casos para discussão, com três questões comentadas em cada um

Sessão interativa para internos e estudantes de medicina

## CASO 1

# Recém-nascido de 12 dias, "só uma febrinha"

### História

Mãe traz o filho ao pronto-socorro. Nascido a termo, parto vaginal, sem intercorrências na maternidade. Alta com 48 horas de vida, mamando bem, ganhando peso.

Há 3 horas mediu 38,2 °C na axila em casa. Deu um banho morno e a temperatura normalizou. Veio "só para uma olhada", porque a avó insistiu.

Nega tosse, coriza, vômitos ou diarreia. Mamando normalmente. Fez xixi há pouco.

### Dados objetivos

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Idade             | 12 dias    |
| Idade gestacional | 39 semanas |
| Temperatura agora | 36,9 °C    |
| Temp. referida    | 38,2 °C    |
| FC                | 148 bpm    |
| FR                | 44 irpm    |
| Peso              | 3.480 g    |

### Ao exame

Ativo, reativo, tônus normal, mamando ao seio durante a consulta. Fontanela normotensa. Pele sem lesões. Oroscopia e otoscopia normais. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome flácido, coto umbilical já caído e cicatrizado. Enchimento capilar 2 segundos.

# A criança está afebril e com ótimo estado geral. Podemos dispensar os exames e orientar retorno se voltar a febre?

## Pontos para a discussão

- O que exatamente torna esta criança diferente de um lactente de 3 meses com a mesma história?
- Qual o valor de "bom estado geral" nesta faixa etária? Ele prediz alguma coisa?
- A febre foi medida em casa, é axilar, e a criança chegou afebril. Isso muda a elegibilidade para investigação?

*Discuta antes de avançar.*

**Não. Aos 12 dias de vida, febre documentada é indicação de avaliação completa — independentemente do estado geral e de a criança estar afebril agora.**

#### Por quê

- Cerca de 10 a 13 % dos lactentes desta faixa com febre têm infecção bacteriana grave, e algo entre 2 e 4 % têm infecção invasiva (bacteremia ou meningite).
- Aproximadamente metade dos menores de 28 dias com infecção invasiva PARECE BEM no momento da avaliação. O bom estado geral, aqui, tem valor preditivo negativo insuficiente.
- Febre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  documentada com termômetro nas últimas 24 horas mantém a criança elegível para toda a investigação. Estar afebril na consulta não altera nada.
- O banho morno explica a normalização da temperatura — não explica a febre.

#### Para levar

Nesta faixa, a idade decide sozinha. Nenhum conjunto de sinais clínicos autoriza dispensar a investigação de um recém-nascido febril.

#### ARMADILHA

A febre referida pelos pais, quando medida com termômetro, vale tanto quanto a aferida no serviço. "Chegou sem febre" não é critério de alta.

# Quais exames você solicita — e por que a punção lombar entra nessa lista mesmo com os marcadores ainda não colhidos?

## Pontos para a discussão

- Que exames respondem "há infecção bacteriana?" e quais respondem "onde?"
- Como colher a urina de um recém-nascido, e por que o método importa tanto?
- Em que outras faixas etárias a punção lombar depende dos marcadores inflamatórios — e por que aqui não depende?

*Discuta antes de avançar.*

## Hemograma, PCR (e procalcitonina se disponível), hemocultura, EAS e urocultura por sondagem, e punção lombar. Antibiótico parenteral e internação.

### Por quê

- Urina por SONDAGEM VESICAL ou punção suprapúbica. Saco coletor serve apenas como triagem negativa: se o EAS alterar, é preciso recolher por método estéril.
- Punção lombar em TODOS os lactentes com 21 dias ou menos, independentemente dos marcadores. Marcadores normais não autorizam dispensá-la nesta faixa.
- Se a punção não for realizada ou vier traumática, trate como potencialmente alterada: antibiótico parenteral e internação.
- Antibiótico: ampicilina associada a gentamicina. Se houver suspeita de meningite ou o LCR estiver alterado, ampicilina com cefotaxima em dose meníngea.

### Para levar

A ceftriaxona é evitada no recém-nascido: risco de kernicterus e de precipitação com cálcio endovenoso. Use cefotaxima ou ceftazidima.

### ARMADILHA

Colher urina em saco coletor e mandar direto para urocultura. O índice de contaminação inviabiliza a interpretação — e gera tratamento desnecessário.

**Enquanto você prescreve, a mãe comenta que teve "uma ferida no lábio" na semana passada. Isso muda alguma coisa?**

**Pontos para a discussão**

- Que agente essa informação levanta, e por que ele não aparece em nenhum marcador inflamatório?
- Quais achados no exame e nos exames de rotina reforçariam essa suspeita?
- O que determina o prognóstico nessa doença — o diagnóstico ou o tempo até o tratamento?

*Discuta antes de avançar.*

## Muda. Levanta possibilidade de herpes simples neonatal — e a suspeita, isoladamente, já justifica colher PCR para HSV e iniciar aciclovir empírico.

### Por quê

- O HSV neonatal é raro, mas sua letalidade e sequela neurológica dependem quase inteiramente da precocidade do aciclovir. Não existe biomarcador que o identifique.
- Reforçam a suspeita: vesículas cutâneas, úlceras de mucosa, conjuntivite, convulsão, letargia acentuada, hipotermia, leucopenia, plaquetopenia, elevação de transaminases e pleocitose líquórica com Gram negativo.
- Investigação: PCR para HSV em sangue total, LCR e raspado de lesões; cultura ou PCR de conjuntiva, orofaringe, nasofaringe e reto.
- Aciclovir 20 mg/kg/dose por via endovenosa a cada 8 horas enquanto se aguarda o resultado.

### Para levar

A maioria das mães de recém-nascidos com herpes neonatal é assintomática. A ausência de história materna NÃO afasta a hipótese.

### ARMADILHA

Esperar as vesículas para pensar em herpes. Quase metade dos casos neonatais não tem lesão de pele na apresentação.

## CASO 2

# Lactente de 25 dias — a faixa mais difícil

### História

Lactente trazido pela mãe por febre iniciada há cerca de 2 horas. Nascido a termo, previamente hígido, sem uso de antibiótico.

Mamando bem, sem vômitos, com diurese e evacuações normais. Nenhum sintoma respiratório ou gastrointestinal.

O serviço é um pronto-socorro geral que NÃO dispõe de procalcitonina. Hemograma, PCR e EAS ficam prontos em cerca de 2 horas.

### Dados objetivos

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Idade                 | 25 dias               |
| Idade gestacional     | 38 semanas            |
| Temp. retal           | 38,4 °C               |
| Duração da febre      | ~2 horas              |
| EAS                   | Normal                |
| Neutrófilos absolutos | 3.200/mm <sup>3</sup> |
| PCR                   | 8 mg/L                |

### Ao exame

Bom estado geral, ativo, chora forte e se consola no colo. Fontanela normotensa. Pele sem lesões ou petéquias. Sem sinais meníngeos. Ausculta normal. Enchimento capilar 2 segundos, extremidades aquecidas. Nenhum foco identificado.

# Por que a faixa de 22 a 28 dias é considerada a mais difícil de toda a abordagem da febre sem foco?

## Pontos para a discussão

- O que muda entre 21 e 29 dias, do ponto de vista da microbiologia e da confiabilidade dos algoritmos?
- Onde as regras de predição erraram, quando foram validadas?
- Que decisões ficam realmente em aberto nesta faixa e não ficam nas vizinhas?

*Discuta antes de avançar.*

**Porque é a zona de transição: o risco já não é o do recém-nascido, mas as regras de predição ainda não são confiáveis o bastante para liberar.**

**Por quê**

- Abaixo de 21 dias, ninguém discute: investiga-se tudo e interna-se. Acima de 29 dias, os biomarcadores estratificam bem. Entre 22 e 28 dias, nenhuma das duas coisas vale plenamente.
- Nas coortes de validação do Step-by-Step, 4 das 7 infecções invasivas perdidas estavam justamente entre 22 e 28 dias.
- Seis desses sete casos tinham menos de 2 horas de febre no momento da coleta — os marcadores ainda não tinham subido.
- É a única faixa em que a diretriz da AAP introduz formalmente a decisão compartilhada com a família sobre puncionar ou não.

**Muitos serviços — inclusive o nosso — optam por tratar de 22 a 28 dias como se fosse de 0 a 21: punção lombar, antibiótico parenteral e internação em todos.**

**ARMADILHA**

**Tratar esta faixa com a lógica dos 29–60 dias porque "já passou de 21 dias". Até 28 dias ainda é período neonatal.**

## Os exames voltam: EAS normal, neutrófilos 3.200 e PCR 8. O serviço não tem procalcitonina. Isso é suficiente para considerar baixo risco?

### Pontos para a discussão

- Quais são os quatro marcadores inflamatórios usados nesta faixa — e qual deles está faltando aqui?
- Qual a cinética da PCR, e o que isso significa numa febre de 2 horas?
- O que se perde e o que se ganha ao aplicar o algoritmo sem procalcitonina?

*Discuta antes de avançar.*

**Não. Falta justamente o marcador mais sensível — e, com 2 horas de febre, PCR e neutrófilos normais tranquilizam muito menos do que parecem.**

#### Por quê

- Os marcadores inflamatórios desta faixa são: temperatura acima de 38,5 °C, neutrófilos absolutos acima de 4.000, PCR acima de 20 mg/L e procalcitonina acima de 0,5 ng/mL.
- A procalcitonina é o melhor preditor isolado de infecção invasiva. É o marcador que sustenta os algoritmos modernos — e é o que está ausente aqui.
- A PCR começa a subir entre 6 e 8 horas e atinge o pico em 36 a 48 horas. Numa febre de 2 horas, uma PCR de 8 mg/L não informa quase nada.
- Sem procalcitonina, a estratégia é combinar PCR, neutrófilos e temperatura — e assumir a conduta mais conservadora quando o quadro for recente.

#### Para levar

Registre sempre a DURAÇÃO EXATA da febre. Ela muda a interpretação de qualquer marcador, e é o dado que mais se esquece de anotar.

#### ARMADILHA

Ler "marcadores normais" sem olhar o relógio. Marcador colhido cedo demais mede o tempo, não a doença.

**A mãe pergunta se pode levar o bebê para casa e voltar amanhã. O que você responde — e o que precisaria ser verdade para que isso fosse possível?**

**Pontos para a discussão**

- Que condições a diretriz exige, TODAS juntas, para observação domiciliar nesta faixa?
- Se você optar por não punccionar, o que a conduta obrigatoriamente passa a incluir?
- Como você explica essa decisão a uma família que veio "só para uma olhada"?

*Discuta antes de avançar.*

**Neste caso, não. A conduta é punção lombar, antibiótico parenteral e internação — e a conversa com a família precisa explicar o porquê, não apenas comunicar a decisão.**

#### Por quê

- A observação domiciliar exigiria TODAS as condições: EAS negativo, marcadores normais e confiáveis, LCR normal, dose de ceftriaxona administrada, cuidador confiável com telefone e transporte, e reavaliação garantida em 24 horas.
- Aqui os marcadores não são confiáveis: falta procalcitonina e a febre tem 2 horas. A primeira condição já não se cumpre.
- Se você optar por não puncionar nesta faixa, a conduta obrigatoriamente passa a ser antibiótico parenteral e internação — não existe a opção "não puncionar e liberar".
- Converse assim: "ele está bem agora, e é justamente por isso que precisamos ter certeza. Nesta idade, os exames de sangue não conseguem descartar sozinhos uma infecção grave."

#### Como comunicar

Explique o raciocínio, não só a conclusão. Família que entende o motivo adere; família que só recebe a ordem procura outra opinião.

#### ARMADILHA

**Aceitar a alta a pedido sem registrar a orientação. Se a família insistir, documente o que foi explicado e os sinais de retorno imediato.**

### CASO 3

## Lactente de 45 dias com EAS alterado

### História

Lactente levado à unidade básica por febre há 18 horas, sem outros sintomas. Nascido a termo, previamente hígido, em aleitamento materno exclusivo.

A mãe relata que a criança está mais quieta quando febril, mas volta a mamar e brincar quando a temperatura baixa. Diurese presente, fraldas molhadas.

A urina foi colhida por sondagem vesical na própria unidade.

### Dados objetivos

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Idade                 | 45 dias               |
| Temp. retal           | 38,6 °C               |
| Duração da febre      | 18 horas              |
| Esterase leucocitária | Positiva              |
| Leucócitos na urina   | 25/campo              |
| Neutrófilos absolutos | 3.000/mm <sup>3</sup> |
| PCR                   | 12 mg/L               |
| Procalcitonina        | 0,2 ng/mL             |

### Ao exame

Bom estado geral, ativo, sorri e interage. Corado, hidratado. Fontanela normotensa, sem sinais meníngeos. Sem lesões de pele. Ausculta normal, sem esforço respiratório. Abdome sem massas ou visceromegalias. Genitália sem alterações. Enchimento capilar menor que 2 segundos.

# Qual é o diagnóstico mais provável, e o que ainda falta para confirmá-lo?

## Pontos para a discussão

- Qual a infecção bacteriana mais frequente na criança febril sem foco abaixo de 24 meses?
- O EAS confirma ou apenas sugere? O que confirma?
- Por que o método de coleta da urina importa tanto para a interpretação?

*Discuta antes de avançar.*

## Infecção do trato urinário. O EAS sugere fortemente; quem confirma é a urocultura, e ela só vale porque a urina foi colhida por sondagem.

### Por quê

- A ITU é, isoladamente, a infecção bacteriana mais frequente na criança febril sem foco em qualquer idade abaixo de 24 meses.
- No EAS, esterase leucocitária ou nitrito positivos, ou 10 ou mais leucócitos por campo, sugerem ITU. Aqui há esterase positiva e 25 leucócitos por campo.
- O nitrito tem alta especificidade mas baixa sensibilidade no lactente, porque o esvaziamento vesical é frequente e a conversão de nitrato leva tempo. Nitrito negativo não afasta.
- Confirmação: urocultura com crescimento significativo — 50.000 UFC/mL ou mais em amostra obtida por sondagem.

### Para levar

Deixar de colher urina é o erro isolado que mais gera diagnóstico perdido na febre sem foco. No lactente, ITU é febre SEM sintoma urinário.

### ARMADILHA

Procurar disúria, urgência ou dor lombar no lactente. Esses sintomas simplesmente não existem nessa idade — o único sintoma é a febre.

## O EAS está alterado e os marcadores inflamatórios estão todos normais. Esta criança precisa de punção lombar?

### Pontos para a discussão

- Em que faixa etária esta criança está, e o que a diretriz diz sobre punção lombar nessa faixa?
- Qual o risco de infecção bacteriana invasiva concomitante numa ITU com marcadores normais?
- O que mudaria a resposta: um marcador alterado? Aparência ruim? Idade menor?

*Discuta antes de avançar.*

**Não precisa. Lactente no segundo mês de vida, com bom estado geral, EAS positivo e marcadores inflamatórios normais, tem baixo risco de infecção invasiva concomitante.**

#### Por quê

- Na faixa de 29 a 60 dias, a punção lombar não é necessária quando todos os marcadores inflamatórios estão normais. Este é o cenário em que a diretriz dispensa explicitamente o procedimento.
- Aqui os quatro marcadores estão normais: temperatura abaixo de 38,5 °C não se aplica (está em 38,6), mas neutrófilos 3.000, PCR 12 e procalcitonina 0,2 estão todos abaixo dos cortes.
- A febre já dura 18 horas — tempo suficiente para os marcadores terem subido se houvesse infecção invasiva. Isso aumenta a confiança no resultado.
- A resposta mudaria se: houvesse qualquer marcador alterado, se a aparência fosse ruim, ou se a criança tivesse 28 dias ou menos.

#### Para levar

Compare com o caso 2: mesma criança, marcadores parecidos, resposta oposta. A diferença é a idade e a duração da febre.

#### ARMADILHA

**Puncionar por reflexo toda vez que houver febre em lactente. Nesta faixa, com marcadores normais e EAS positivo, o procedimento não acrescenta.**

# Por qual via você inicia o antibiótico, e onde essa criança fica?

## Pontos para a discussão

- Nesta faixa, a diretriz exige dose parenteral inicial ou permite via oral desde o começo?
- O que precisa estar garantido para o tratamento domiciliar ser seguro?
- Qual o seguimento — e o que fazer depois que a ITU estiver tratada?

*Discuta antes de avançar.*

## Antibiótico ORAL desde a primeira dose, com manejo domiciliar — desde que a criança aceite bem por via oral e o seguimento esteja garantido.

### Por quê

- Na faixa de 29 a 60 dias, com EAS positivo e marcadores normais, a diretriz orienta iniciar antibiótico por via oral (cefalexina ou cefixima, conforme o perfil de resistência local) e tratar em casa.
- A dose parenteral inicial antes do esquema oral é conduta da faixa de 22 a 28 dias, não desta. Confundir as duas é comum.
- Condições para a via domiciliar: boa aceitação oral, ausência de vômitos, cuidador confiável, orientação escrita de retorno e reavaliação agendada em 24 a 48 horas.
- Seguimento: conferir a urocultura e o antibiograma, completar o tratamento e programar a investigação por imagem conforme o protocolo local de ITU.

### Para levar

Toda primeira ITU febril em lactente pede avaliação por imagem posterior. Combine isso antes da alta, ou ela não acontece.

### ARMADILHA

**Internar apenas para dar a primeira dose venosa. Se a criança aceita por via oral e o seguimento está garantido, a internação não acrescenta.**

## CASO 4

# Menina de 14 meses brincando na sala de espera

### História

Trazida pelo pai por febre alta há 24 horas, sem outros sintomas. Frequenta creche. Nenhum contato doente conhecido em casa.

O pai está preocupado com a altura da febre e pede "um exame de sangue e um antibiótico, porque da última vez foi assim".

A caderneta de vacinação está completa para a idade: três doses de pneumocócica conjugada e três de pentavalente.

### Dados objetivos

|                  |          |
|------------------|----------|
| Idade            | 14 meses |
| Sexo             | Feminino |
| Temp. axilar     | 39,5 °C  |
| Duração da febre | 24 horas |
| FC (febril)      | 150 bpm  |
| FR               | 32 irpm  |
| Vacinação        | Completa |

### Ao exame

Brincando na sala de espera antes de ser chamada. Ativa, sorridente, hidratada, corada. Oroscopia e otoscopia normais. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome normal. Pele sem exantema ou petéquias. Enchimento capilar menor que 2 segundos, extremidades aquecidas.

# O pai pede hemograma e hemocultura. Você solicita? Justifique com números.

## Pontos para a discussão

- Qual era a prevalência de bacteremia oculta antes da vacina pneumocócica conjugada, e qual é hoje?
- Abaixo de qual limiar a investigação laboratorial ampla deixa de se justificar?
- Quantas hemoculturas contaminadas existem para cada hemocultura verdadeiramente positiva nessa faixa?

*Discuta antes de avançar.*

**Não. Em criança adequadamente vacinada, com bom estado geral, o hemograma e a hemocultura de rotina geram mais dano do que benefício.**

#### Por quê

- A bacteremia oculta caiu de 3 a 5 % na era pré-vacinal para menos de 0,5 % na criança adequadamente vacinada — abaixo do limiar em que a investigação ampla se justifica.
- Nessa faixa, na era pós-vacinal, há cerca de 7,6 hemoculturas contaminadas para cada hemocultura verdadeiramente positiva.
- Cada falso-positivo custa: retorno, nova punção, às vezes internação e antibiótico venoso desnecessários — em uma criança que estava bem.
- A pergunta prática nesta faixa deixou de ser "há bacteremia?" e passou a ser "há infecção urinária?".

#### Para levar

Duas doses de pneumocócica conjugada já reduzem substancialmente o risco. Verificar a caderneta é o dado de anamnese com maior impacto sobre a conduta.

#### ARMADILHA

Pedir hemograma para "tranquilizar a família". Um resultado limítrofe em criança bem costuma gerar mais ansiedade e mais intervenção, não menos.

# Então qual exame realmente se justifica nesta criança — e por quê?

## Pontos para a discussão

- Quais fatores de risco para ITU esta paciente reúne?
- Como você colhe a urina de uma criança de 14 meses sem controle esfinteriano?
- O que a diretriz usa para decidir: um corte de idade fixo ou uma estimativa de probabilidade?

*Discuta antes de avançar.*

## EAS com urocultura. Menina, menor de 24 meses, com febre alta sem foco: é exatamente o perfil de maior rendimento para infecção urinária.

### Por quê

- A diretriz não usa um corte etário rígido: ela orienta estimar a probabilidade pelos fatores de risco e coletar quando ela ultrapassa cerca de 1 a 2 %.
- Fatores em meninas: idade menor de 12 meses, raça branca, temperatura de 39 °C ou mais, febre há 2 dias ou mais, e ausência de outra fonte para a febre. Esta paciente reúne vários.
- Coleta por sondagem vesical, já que não há controle esfinteriano. Saco coletor só para triagem negativa.
- ITU prévia, uropatia conhecida ou refluxo vesicoureteral são indicação independente de coleta, em qualquer idade.

### Para levar

Em meninos, a variável dominante não é a idade e sim a circuncisão: em circuncidados a prevalência cai para 0,2 a 0,4 %.

### ARMADILHA

Colher em saco coletor e tratar com base nesse resultado. Positivo em saco coletor exige recoleta estéril antes de qualquer decisão.

# O pai insiste no antibiótico "para prevenir que piore". Como você conduz essa conversa — e o que orienta na alta?

## Pontos para a discussão

- O que a criança realmente ganha com a reavaliação programada, comparada a um antibiótico empírico?
- Quais sinais de retorno imediato você lista, e por escrito ou de viva voz?
- O que fazer se a febre passar de 5 dias?

*Discuta antes de avançar.*

## Sem antibiótico. O que protege esta criança é a reavaliação programada em 24 a 48 horas, somada à orientação escrita de sinais de alarme.

### Por quê

- A reavaliação clínica programada é a intervenção de maior custo-efetividade em toda a abordagem da febre sem foco. Ela substitui, com vantagem, a maioria dos exames e o antibiótico empírico.
- Sinais de retorno imediato, entregues POR ESCRITO: prostração, irritabilidade que não cede no colo, petéquias ou manchas que não somem à digitopressão, vômitos persistentes, recusa de líquidos, dificuldade respiratória e redução da diurese.
- Trate o desconforto, não o número do termômetro. A alternância de antitérmicos não tem suporte de evidência e aumenta o risco de erro de dose.
- Se a febre chegar a 5 dias, reavalie ativamente para doença de Kawasaki — no lactente, a apresentação incompleta é a regra.

### Como conduzir

Nomeie o que você está fazendo: "não vou dar antibiótico porque não há infecção bacteriana identificada — e vou reavaliá-la em 24 horas". Isso é conduta, não ausência de conduta.

### ARMADILHA

**Prescrever antibiótico para encerrar a consulta. Resolve o desconforto do momento e cria resistência, efeito adverso e a expectativa de repetir na próxima febre.**  
**Prescrever antibiótico sem ter um diagnóstico de certeza pode mascarar uma infecção, pode deixar o caso confuso quando a febre persiste e gerar uma internação que não teria ocorreria com o seguimento correto.**  
**Antibiótico empírico só é Feito em algumas situações específicas como a sepse**

## CASO 5

# Lactente de 8 meses com a caderneta atrasada

### História

Trazido à UBS por febre há 2 dias, sem outros sintomas. A mãe conta que a vacinação está atrasada porque mudaram de cidade e ainda não conseguiram vaga na unidade.

Na caderneta: apenas uma dose de pneumocócica conjugada e uma de pentavalente.

Está mais quieto que o habitual, mas aceita líquidos. Última fralda molhada há cerca de 6 horas.

### Dados objetivos

|                    |            |
|--------------------|------------|
| Idade              | 8 meses    |
| Temp. axilar       | 39,2 °C    |
| Duração da febre   | 2 dias     |
| Pneumocócica       | 1 dose     |
| FC                 | 178 bpm    |
| FR                 | 48 irpm    |
| Enchimento capilar | 3 segundos |
| PA sistólica       | 92 mmHg    |

### Ao exame

Alerta, mas menos interativo que o esperado; consola-se no colo com dificuldade. Corado. Extremidades FRIAS até os joelhos, com tronco quente. Pulsos periféricos finos, centrais cheios. Taquipneia sem tiragem e sem ruídos adventícios. Sem exantema. Sem foco identificado.

# A pressão arterial está normal para a idade. Isso tranquiliza você?

## Pontos para a discussão

- O que os achados de extremidades frias, enchimento capilar de 3 segundos e taquipneia sem esforço estão dizendo, fisiologicamente?
- A pressão arterial é o que está sendo compensado, ou o resultado da compensação?
- Que nome se dá a este quadro — má perfusão com pressão normal?

*Discuta antes de avançar.*

**Não tranquiliza. Isto é choque compensado: há sinais de má perfusão com pressão arterial ainda normal — e é exatamente o momento de tratar.**

#### Por quê

- A pressão arterial não é o que está sendo compensado: ela é o RESULTADO da compensação. Enquanto a criança conseguir acelerar o coração e fechar a periferia, a pressão permanece normal.
- A criança tolera perder de 30 a 40 % do volume circulante antes de ficar hipotensa. Pressão normal não exclui choque.
- Cada achado é um mecanismo em ação: taquicardia mantém o débito cardíaco; extremidades frias e enchimento capilar alargado são a vasoconstrição sustentando a pressão; taquipneia sem esforço compensa a acidose metabólica; a diurese reduzida é a centralização do fluxo.
- Hipotensão nesta idade não seria o início do choque — seria o anúncio de que a compensação acabou.

#### Para levar

Sinais de má perfusão com pressão normal são choque compensado. É aqui que a janela terapêutica está aberta.

#### ARMADILHA

**A hipotensão é sinal tardio — e a compensação é finita.**

## Você está na UBS, sem UTI e sem transporte imediato. Qual é a sua conduta nos primeiros minutos?

### Pontos para a discussão

- O que vem antes de qualquer exame?
- Expansão volêmica: quanto, em quanto tempo — e a recomendação muda em serviço sem terapia intensiva?
- Qual exame de beira de leito você não pode deixar de fazer numa criança menos interativa?

*Discuta antes de avançar.*

## Estabilizar antes de investigar: oxigênio, acesso venoso, glicemia capilar, expansão volêmica em alíquotas e acionamento imediato da transferência.

### Por quê

- Via aérea e oxigênio primeiro; monitorização e dois acessos periféricos calibrosos. Se não conseguir acesso em poucos minutos, via intraóssea.
- Glicemia capilar em toda criança com aparência alterada, convulsão ou choque. Hipoglicemia é causa tratável e frequentemente esquecida.
- Expansão: cristalóide balanceado em alíquotas de 10 a 20 mL/kg, reavaliando perfusão e sinais de sobrecarga (crepitações, hepatomegalia, ritmo de galope) a CADA alíquota.
- Sem terapia intensiva disponível, o limite recomendado é menor: até 40 mL/kg na criança hipotensa. Na criança SEM hipotensão e sem UTI, a orientação é manutenção e transferência, não bolus agressivo.

### Para levar

Se houver suspeita de sepse, antibiótico de amplo espectro em até 1 hora no choque séptico — colhendo hemocultura antes, sem atrasar a droga.

### ARMADILHA

Esperar o resultado dos exames para começar a tratar. A decisão de expandir é clínica e se toma antes de qualquer laboratório.

## Como o esquema vacinal incompleto muda a investigação e o diferencial desta criança?

### Pontos para a discussão

- Quantas doses de pneumocócica conjugada mudam o patamar de risco?
- Que agentes voltam ao diferencial quando o *Haemophilus influenzae* b não está coberto?
- O que você faz com a caderneta antes de a família sair da unidade?

*Discuta antes de avançar.*

**Muda muito: com menos de duas doses, esta criança volta, epidemiologicamente, ao cenário pré-vacinal — e a investigação se amplia.**

#### Por quê

- Duas doses de pneumocócica conjugada já reduzem substancialmente o risco de doença pneumocócica. Com apenas uma, esse benefício não está estabelecido.
- Nesta faixa, com vacinação incompleta, solicita-se hemograma e hemocultura mesmo com bom estado geral — o que, nesta criança, já estaria indicado pela má perfusão.
- O diferencial se amplia: meningite por *Haemophilus influenzae* b, epiglote, celulite periorbitária e pneumonia lobar voltam a pesar.
- Considere ceftriaxona 50 mg/kg intramuscular em dose única quando os neutrófilos absolutos estiverem em  $10.000/\text{mm}^3$  ou mais — mas aqui a criança já tem indicação de antibiótico e de transferência pela gravidade.

#### Para levar

Aproveite o contato para atualizar a caderneta e registrar a orientação. A consulta por febre pode ser a única oportunidade de contato com o serviço naquele mês.

#### ARMADILHA

**Registrar "vacinas em dia" sem olhar a caderneta. Perguntar não basta — é preciso ver e contar as doses.**

# O que os cinco casos ensinaram

- Caso 1 — Até 28 dias, a idade decide sozinha. Bom estado geral e chegar afebril não dispensam nada. Herpes neonatal não aparece em marcador: pense nele.
- Caso 2 — De 22 a 28 dias é onde mais se erra. Sem procalcitonina e com febre de poucas horas, marcadores normais não sustentam alta.
- Caso 3 — No segundo mês, EAS positivo com marcadores normais é ITU isolada: sem punção lombar e com antibiótico oral desde a primeira dose.
- Caso 4 — Criança vacinada e com bom estado geral: o exame que importa é a urina, não o hemograma. Reavaliação vale mais que antibiótico.
- Caso 5 — Má perfusão com pressão normal é choque compensado. Estabilizar vem antes de investigar. E a caderneta muda o patamar de risco.