

Febre em Pequenos Lactentes – A Realidade de um Serviço

ELISABETE SANTOS, VÍTOR BASTOS, JOÃO FONSECA

Serviço de Pediatria
Hospital de São Teotónio de Viseu

Resumo

Introdução/Objectivos: a febre é ainda hoje um assunto polémico, principalmente quando está em causa uma criança de idade igual ou inferior a três meses.

Com o intuito de conhecer a sua realidade, os autores fizeram uma análise retrospectiva das crianças nesta faixa etária, internadas com febre na Unidade de Internamento de Curta Duração, do Hospital de São Teotónio de Viseu, num período de três anos.

Metodologia: foram analisados os processos das crianças internadas nos anos de 1999, 2000 e 2001, dividindo-as naquelas com menos de quatro semanas de vida e naquelas com um mês ou mais de idade. Cada um destes grupos foi subdividido de acordo com o diagnóstico de saída entre situações aparentemente bacterianas (BAC) e situações aparentemente não bacterianas (não BAC).

Resultados: foram analisados 195 casos, 32 de crianças com menos de quatro semanas e 163 com um mês ou mais de idade. Mais de metade das crianças recorreram à urgência sem referenciação por outros serviços de saúde, tendo como principal motivo a constatação de febre no domicílio, geralmente nas primeiras 24 horas.

Não foi encontrada uma associação significativa entre uma maior elevação da temperatura e uma maior percentagem de situações bacterianas.

Em 96,7% dos lactentes com menos de um mês foi efectuado hemograma e PCR, comparativamente com 85,5% no segundo grupo. Em 86,7% do primeiro e 64,2% do segundo grupo foi efectuada urocultura. A punção lombar foi efectuada em sete casos.

Das crianças com leucócitos $< 15.0 \times 10^9/L$, 88% daquelas abaixo de quatro semanas e 78% das outras apresentavam situações não BAC. Verificou-se uma associação entre a elevação da PCR e as situações BAC, apesar de só ser estatisticamente significativa nas crianças com um mês ou mais de idade.

Discussão/Conclusões: exceptuando as culturas dos produtos biológicos, nenhum dos exames efectuados permitiu isoladamente fazer a distinção entre situações BAC e não BAC. Por outro lado, nem todas as crianças sem foco para a febre após a avaliação inicial efectuaram a avaliação analítica protocolada pela literatura internacional. Apesar destes dois factos, apenas se registou uma alteração significativa do diagnóstico em duas crianças, o que pode levar a concluir que insubstituível será sempre a avaliação clínica cuidadosa e a reavaliação da criança febril, o que é concerteza possível quando a criança é mantida em internamento de curta duração, tal como é prática do serviço.

Palavras-Chave: Febre; pequenos lactentes; idade inferior ou igual a três meses.

Summary

Fever Among Young Toddlers

Background: fever is, still today, a controversial subject, mainly when we refer to young infants under three months old.

Having the purpose of knowing this reality, the authors have made a retrospective analysis of the cases of infants in this line of age, admitted in febrile condition in the "Unidade de Internamento de Curta Duração", of the "Hospital de São Teotónio de Viseu", in a period of three years.

Material and Methods: a retrospective analysis was performed of the cases of child admitted during the years of 1999, 2000 and 2001, subdivided in infants younger than four weeks old and infants aged one month or more. Each one of these groups was subdivided according to the diagnosis of apparently bacterial (BAC) and non bacterial (NON BAC) situations.

Results: 195 cases were analyzed, 32 of infants younger than four weeks old and 163 aged one month or more. More than half of these infants were admitted to the emergency department with no references by other health services, than the domicile ascertainment of their febrile condition, usually on the first 24 hours.

No significant correlation was found between a higher elevation of the temperature and higher percentage of bacterial situations.

Correspondência: Elisabete Silva Santos
Alto de Abraveses Lote 9-B
3515 VISEU

Recebido: 29.01.04
Aceite: 18.05.05

96.7% of infants under one month old were submitted to complete blood cell count and PCR (polimerase chain reaction), comparatively to 85.5% of the second group. 86.7% on the first group and 64.2% on the second made urine culture. Seven of the infants were submitted to lumbar puncture.

88% of the infants under four weeks old and 78% of the older ones with white blood cells $<15.0 \times 10^9/L$ presented NON BAC situations. It was verified a correlation between the elevation of the PCR and BAC situations, despite the fact that its significance was only statistical on the cases of children aged one month or more.

Conclusions: none of the performed laboratory testing has allowed to separately make a distinction between BAC and NON BAC situations. On the other side, not all the children with fever without source after the first history and physical examination have done the analytic evaluation protocolized by the international literature. Despite these two facts, the diagnosis has only been significantly modified in two children, which may lead to the conclusion that what's irreplaceable is always the careful clinical evaluation and reevaluation of the febrile infants, which is certainly possible when the child is kept in a short inpatient observation, as is this service's custom.

Key-words: Fever; young infants; age under or equal to three months old.

Introdução

A febre tem sido tema central de inúmeras publicações e vários debates ao longo dos anos, sendo diversificados os motivos desta constante preocupação. Trata-se dum sintoma muito frequente na criança, responsável por elevado número de consultas nos serviços de urgência pediátricos (entre 10-20% das mesmas, nos estudos da literatura). Embora a maioria das crianças febris tenha uma doença benigna auto-limitada, uma pequena proporção apresenta uma infecção bacteriana que impõe uma acção diagnóstica e terapêutica agressiva, sob pena de, na ausência de tratamento, poder levar a graves sequelas e eventualmente à morte^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

O risco de infecção bacteriana grave (meningite, infecção urinária, pneumonia, artrite séptica, osteomielite, celulite e gastroenterite aguda bacteriana) é variável conforme a idade. As crianças febris têm sido tradicional e arbitrariamente repartidas em grupos etários de forma a elaborar estratégias de trabalho: abaixo de um mês, de um a três meses e acima dos três meses^(4, 5, 8, 9, 10, 11).

Actualmente considera-se que 2-10% das crianças febris de idade inferior a três meses (pequenos lactentes) têm uma infecção bacteriana^(2, 3, 9). O risco aumenta naquelas com menos de quatro semanas, período em que uma em cada oito pode ter uma infecção bacteriana grave⁽²⁾. A elevada incidência de doença bacteriana neste grupo é devida ao baixo nível de função imunitária, incluindo défice da opsonização, da função macrofágica e da actividade dos neutrófilos^(6, 12).

Por este motivo, perante um pequeno lactente com febre sem sinais de localização (etiologia não aparente

após história e exame físico cuidadosos) a preocupação é grande, não existindo ainda consenso quanto à respectiva abordagem mais adequada.^(1, 2, 4, 8, 10)

Cientes desta pertinente polémica, pretendemos com este estudo conhecer a realidade do nosso hospital, caracterizando as orientações dadas e a evolução dos lactentes de idade inferior ou igual a três meses, internados com febre, na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), durante um período de três anos, no intuito de reflectir sobre a necessidade de alterar condutas. Para tal, foram consideradas todas as crianças com febre, ou seja, com ou sem foco aparente de infecção após anamnese e exame físico completo.

Material e Métodos

Foi feito um estudo retrospectivo, do tipo analítico, dos processos clínicos das crianças internadas com febre em UICD, de idade igual ou inferior a três meses, nos anos de 1999, 2000 e 2001.

Foi considerada febre uma temperatura axilar ou rectal, avaliada no domicílio ou serviço de urgência, respectivamente superior a 37,5° e 38°C.

De notar que o número total de casos é superior ao número total de crianças, dada a existência de reinternamentos.

Estabeleceram-se dois grandes grupos, abaixo de 30 dias e com um mês ou mais de idade, nos quais foram analisados vários elementos: proveniência, antecedentes pessoais, contexto familiar de doença e motivo de consulta.

Cada um deles foi subdividido de acordo com o diagnóstico de saída entre situações aparentemente **bacterianas (BAC)** e situações aparentemente **não bacterianas (não BAC)**, de forma a analisar as eventuais diferenças relativamente a vários parâmetros: temperatura no domicílio, duração da febre, terapêutica prévia, sinais clínicos e diagnóstico de admissão, exames complementares, terapêutica e reingressos. Consideraram-se reingressos todas as vindas ao serviço de urgência no mês seguinte à alta hospitalar, independentemente do motivo.

Foram consideradas situações aparentemente **bacterianas (BAC)**, aquelas em que foram isoladas bactérias na urina colhida por punção vesical, no sangue, líquor ou fezes, com focos de condensação radiológica compatível com pneumonia bacteriana ou com foco de infecção bacteriana ao exame objectivo.

Por dificuldades inerentes ao nosso hospital, por norma não são efectuados estudos virulógicos, pelo que as situações **não BAC** foram consideradas aquelas em que se excluiu patologia bacteriana pelos critérios atrás definidos e que simultaneamente tiveram uma evolução favorável sem terapêutica antibiótica. Nas crianças previamente medicadas com antibiótico, e tendo em conta que o

estavam há menos de 24 horas, consideraram-se como tendo situações **não BAC** aquelas que cumpriram os critérios atrás referidos, que clinicamente apresentavam situações tipicamente virusais e que após suspensão da antibioterapia tiveram uma evolução favorável.

Nos exames complementares de diagnóstico, valorizou-se o número total de leucócitos, usando como ponto de corte o valor de $15.0 \times 10^9/L$, tal como é habitual na literatura.

Quanto à proteína C reactiva, dividiram-se os valores em <5 e ≥ 5 mg/dl.

A urina para realização de urocultura era inicialmente obtida por saco colector. Perante a sua positividade procedeu-se sempre à execução de punção vesical.

Sempre que a dimensão da amostra o permitiu, foi efectuada análise estatística usando o teste do Qui-Quadrado, considerando-se significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados

Foram analisados 195 processos, 32 de crianças com menos de quatro semanas de vida e 163 (83,6%) de lactentes com idade igual ou superior a um mês. Registou-se um predomínio do sexo masculino, com 111 (57%) casos.

1 – Crianças com idade inferior a um mês (Total =32)

A maioria (56%) recorreu ao hospital por iniciativa própria, tendo sido referenciadas apenas 14.

Em sete casos (22%) existiam antecedentes pessoais de doença (Quadro I) e em 13 (40,6%) contexto familiar de patologia infecciosa (Quadro II).

Quadro I
Antecedentes pessoais.

| "Não bacterianas" | | Febre não confirmada | |
|-------------------------|---|-------------------------|---|
| Dilatação pielocalicial | 2 | Dilatação pielocalicial | 1 |
| Risco infeccioso | 1 | Prematuridade | 1 |
| Hiperbilirrubinemia | 1 | | |
| Fenilcetonúria | 1 | | |

Quadro II
Contexto familiar de patologia infecciosa.

| "Não bacterianas" | | "Bacterianas" | |
|-------------------------------|---|-------------------------------|---|
| Catarro respiratório superior | 8 | Catarro respiratório superior | 1 |
| Gastroenterite aguda | 1 | Mãe com mastite | 1 |
| Febre de causa ? | 2 | | |

A febre foi o principal motivo de consulta (94% dos casos), seguindo-se as dificuldades alimentares, o gemido e a sintomatologia respiratória.

À data da alta, 27 crianças (84,4%) foram consideradas como tendo uma situação aparentemente **não BAC**: 16 com síndromes febris provavelmente virusais, sete com bronquiolite, duas com catarro respiratório superior e duas com febre não confirmada.

Em 15,6% confirmou-se a existência de uma infecção **BAC**: cinco casos de infecção urinária.

Na avaliação subsequente foram eliminadas as duas crianças nas quais não se confirmou febre a nível hospitalar.

Relativamente à distribuição mensal dos casos em estudo, verificou-se uma maior incidência de situações **não BAC** nos meses de Janeiro/Fevereiro (32%), não havendo diferenças significativas na distribuição das situações **BAC**.

Relativamente à temperatura no domicílio, verificou-se que dos 23 casos com valores inferiores a $39^\circ C$ apenas quatro (17,4%) eram **BAC**, comparativamente com um caso em três (33,3%) quando a temperatura foi igual ou superior a $39^\circ C$ (Figura 1).

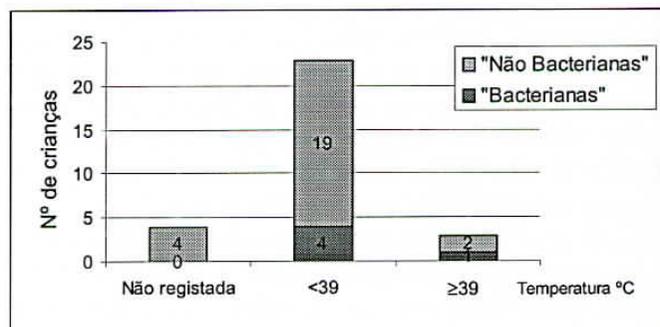


Fig. 1 - Temperatura no domicílio (<1 mês)
Quando a temperatura foi inferior a $39^\circ C$, 17,4% das situações eram **BAC**, comparativamente com 33,3% quando a temperatura foi $\geq 39^\circ C$.

A duração da febre antes da vinda à urgência foi em 26 (86,7%) crianças igual ou inferior a 24 horas.

Cerca de 40% (12) das crianças fizeram antipiréticos no domicílio e nenhuma estava medicada com antibióticos.

Em relação ao exame físico numa primeira abordagem da criança, no grupo daquelas com situações **não BAC**, nove lactentes (36%) apresentavam sinais de patologia respiratória, três queixume e um número igual gemido, dois candidíase oral e dois irritabilidade; verificou-se um caso de abdómen doloroso e igual número de hipotonia, icterícia, apneias e prostração. Sete crianças (28%) foram consideradas como tendo exame normal.

No grupo daquelas com patologia **BAC**, duas crianças apresentavam sinais de patologia respiratória, duas icterí-

cia, uma cianose, outra gemido e uma delas tinha um exame normal.

Em 24% das crianças com situações **não BAC**, após uma primeira avaliação, foi colocada a hipótese de situação viral, ao que se seguiu a infecção urinária (20%). Nas crianças com infecção urinária, tal hipótese foi inicialmente colocada em duas (Quadro III).

Quadro III
Hipóteses de diagnóstico.

| "Não bacterianas" | | "Bacterianas" | |
|-------------------|---------|-------------------|---|
| Virose | 6 (24%) | Infecção urinária | 2 |
| Infecção urinária | 5 (20%) | Não registado | 2 |
| Bronquiolite | 5 (20%) | Sépsis | 1 |
| Sind. febril | 4 | | |
| Não registado | 3 | | |
| Infecção oculta | 1 | | |
| Pneumonia | 1 | | |

A maior parte das crianças (96,7%) efectuou hemograma e PCR. Verificou-se que das 25 com um número total de leucócitos inferior a $15 \times 10^9/L$, 22 (88%) apresentavam um quadro compatível com uma situação **não BAC**, enquanto que naquelas com valor $\geq 15 \times 10^9/L$, a distribuição foi uniforme (Figura 2).

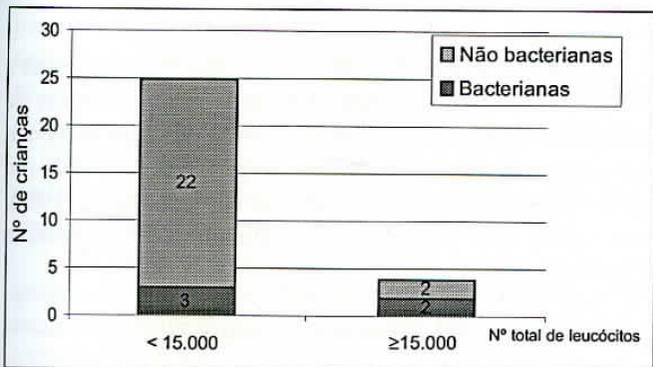


Fig. 2 - Leucócitos (<1 mês)

88% das crianças com $< 15 \times 10^9/L$ leucócitos apresentavam um quadro compatível com uma situação não BAC, enquanto que naquelas com valor $\geq 15 \times 10^9/L$, a distribuição foi uniforme.

Quando o valor da PCR foi inferior a 5 mg/dl, a maioria das situações (21 em 22 – 95,5%) foram **não BAC**, enquanto no grupo dos sete casos com PCR ≥ 5 mg/dl, quatro (57,1%) foram **BAC** (Figura 3).

A hemocultura efectuada em 20 (66,7%) crianças foi positiva apenas numa que apresentava um quadro de infecção urinária. O urocultura foi realizado em 26 (86,7%) casos, vindo a revelar-se positivo em cinco deles. A radiografia do tórax foi obtida em 12 (40%) lactentes. A nenhuma criança foi realizada punção lombar.

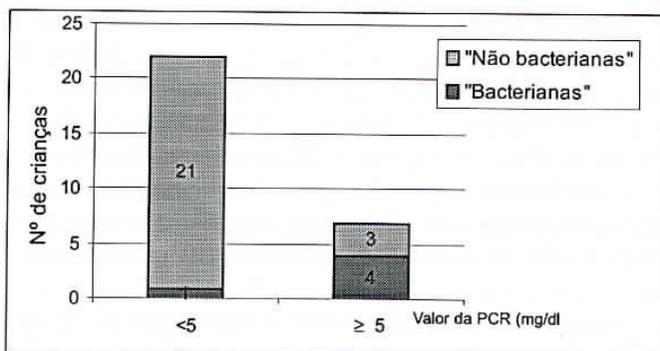


Fig. 3 - PCR (<1 mês)

Quando a PCR foi < 5 mg/dl, a maioria das situações (95,5%) foram não BAC, comparativamente com 57,1% quando o valor foi superior.

A antibioterapia foi instituída em 11 lactentes (36,7%): aos cinco com infecção urinária, a cinco com patologia respiratória (vieram a revelar-se apenas quadros de bronquiolite) e a um que acabou por ter alta com o diagnóstico de síndrome febril viral.

Regressaram à urgência seis das situações **não BAC** e uma daquelas com **infecção urinária**, não se verificando nenhuma falha significativa no diagnóstico prévio.

1 – Crianças com idade ≥ 1 mês e ≤ 3 meses (Total=163)

Apenas 46 (28,2%) crianças foram adequadamente referenciadas ao hospital.

Havia história de patologia prévia em 28 (17%) lactentes (Quadro IV) e contexto familiar de patologia infecciosa em 61 (37,4%) (Quadro V).

Quadro IV
Antecedentes pessoais.

| "Não bacterianas" | | "Bacterianas" | |
|----------------------------------|---|---|---|
| Amniotite | 1 | Prematuridade | 1 |
| Prematuridade | 3 | Prematuridade + trissomia 21 + atresia duodenal | 1 |
| ACIU | 2 | ACIU | 1 |
| Dilatação pielocalicial | 3 | Dilatação pielocalicial | 1 |
| Cardiopatia | 2 | Cardiopatia | 2 |
| Megaureter | 1 | | |
| Hiperbilirrubinemia | 4 | | |
| Angioma cavernoso | 1 | | |
| Pneumonia + hipertensão pulmonar | 1 | | |
| Estenose hipertrófica do piloro | 1 | | |
| Bronquiolite | 3 | | |

Quadro V
Contexto familiar de patologia infecciosa.

| "Não bacterianas" | | "Bacterianas" | |
|--------------------------------|----|--------------------------------|---|
| Catarrho respiratório superior | 46 | Catarrho respiratório superior | 8 |
| Febre de causa ? | 4 | | |
| Amigdalite | 1 | | |
| Gastroenterite aguda | 1 | | |
| Amigdalite | 1 | | |

A febre foi o mais frequente (98%) motivo de vinda à urgência, seguindo-se a sintomatologia respiratória e as dificuldades alimentares.

À data da alta, 125 crianças (76,7%) foram consideradas como tendo uma situação aparentemente **não BAC**: 69 com síndromes febris provavelmente virais, 45 com patologia respiratória viral (33 bronquiolites, 11 catarro respiratório superior e uma laringite), sete com gastroenterite aguda viral e quatro com febre não confirmada. Este grupo ficaria reduzido a 119 crianças, dado terem sido dele excluídas as quatro em quem não se confirmou febre a nível hospitalar e ainda duas outras com o diagnóstico inicial de síndrome febril viral e em cujos reingressos se detectou pneumonia e meningite bacteriana. Assim, o grupo das situações **BAC** ficou constituído por 40 crianças, das quais 19 com infecção urinária, 15 com patologia respiratória bacteriana, uma com meningite bacteriana, uma com gastroenterite aguda por Salmonela, uma com bacteriemia, uma com sépsis/NEC e as duas retiradas do grupo anterior.

A distribuição mensal dos casos atrás referidos, mais uma vez permitiu demonstrar uma maior frequência das situações **não BAC** nos meses de Inverno (44% de Janeiro a Março), não existindo diferenças significativas na variação anual das situações **BAC**.

Relativamente à temperatura no domicílio, 66 dos casos (41,5%) não apresentavam registos no processo clínico. Dos restantes, 68 tinham uma temperatura inferior a 39°C e 25 uma temperatura igual ou superior a 39°C. No primeiro grupo, 16 casos (23,5%) apresentavam uma situação **BAC**, comparativamente com sete (28%) no segundo grupo – diferença sem significado estatístico (Figura 4).

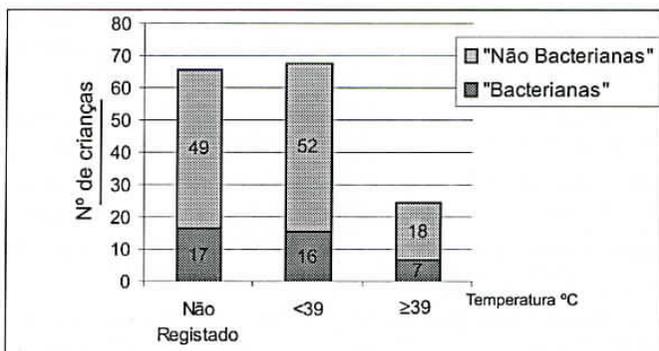


Fig. 4 - Temperatura no domicílio (≥ 1 a ≤ 3 meses)
23,5% das crianças com temperatura < 39°C apresentavam uma situação **BAC**, comparativamente com 28% daquelas com temperatura ≥ 39 °C - diferença sem significado estatístico.

Cento e trinta e três (83,6%) crianças vieram ao serviço de urgência com febre de duração igual ou inferior a 24 horas.

Em cerca de metade dos casos não havia menção sobre a administração de antipiréticos no domicílio, que foram aplicados em 63 (39,7%) dos restantes. Três crianças foram previamente medicadas com antibiótico: uma com gastroenterite aguda e duas com bronquiolite.

Verificou-se que no grupo das situações **não BAC**, 55 (46,2%) dos lactentes apresentavam sinais de patologia respiratória a que se seguiu a normalidade do exame objetivo em 22 (18,5%). No outro grupo, 12 (30%) das crianças apresentava sinais de patologia respiratória e, em segundo lugar, 11 (27,5%) tinham um exame normal.

Na avaliação inicial das crianças com patologia **não BAC**, foi colocada a hipótese de bronquiolite em 30% delas. No outro grupo (**BAC**), o síndrome febril de etiologia ainda a esclarecer foi o diagnóstico de admissão mais frequente (32,5%) (Quadro VI).

Quadro VI
Hipóteses de diagnóstico.

| "Não bacterianas" | | "Bacterianas" | |
|-------------------------------|------------|------------------------|------------|
| Bronquiolite | 36 (30%) | Sínd. f. indeterminado | 13 (32,5%) |
| Sínd. febril a esclarecer | 29 (24,4%) | Infecção urinária | 11 (27,5%) |
| Virose | 21 (17,6%) | Bronquiolite | 6 |
| Infecção urinária | 14 | Virose | 5 |
| Catarro respiratório superior | 6 | Sépsis | 2 |
| Gastroenterite aguda | 4 | CRS | 1 |
| Pneumonia | 3 | Outros | 2 |
| Outros | 6 | | |

Em 136 crianças (85,5%) foi efectuado hemograma e PCR. Verificou-se que dos 105 casos com contagem de leucócitos inferior a $15 \times 10^9/L$, 23 (22%) apresentavam um quadro **BAC**, enquanto que no grupo dos 31 com um valor de leucócitos $\geq 15 \times 10^9/L$ este valor foi de 12 (39%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa (Figura 5).

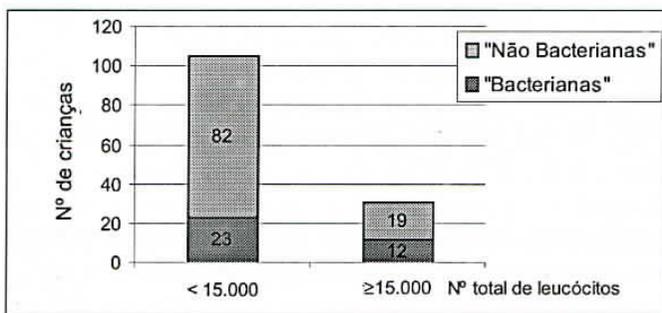


Fig. 5 - Leucócitos (≥ 1 a ≤ 3 meses)
22% dos casos com contagem de leucócitos < $15 \times 10^9/L$ apresentavam um quadro **BAC**, comparativamente com 39% quando o valor de leucócitos foi $\geq 15 \times 10^9/L$ - diferença estatisticamente não significativa.

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre a elevação da PCR e a presença de infecções

BAC ($p < 0,05$) – dos 113 casos com valores < 5 mg/dl, apenas 22 (19,5%) tinham situações **BAC**, comparativamente com 14 (60,5%) no grupo dos 23 com $\text{PCR} \geq 5$ mg/dl (Figura 6).

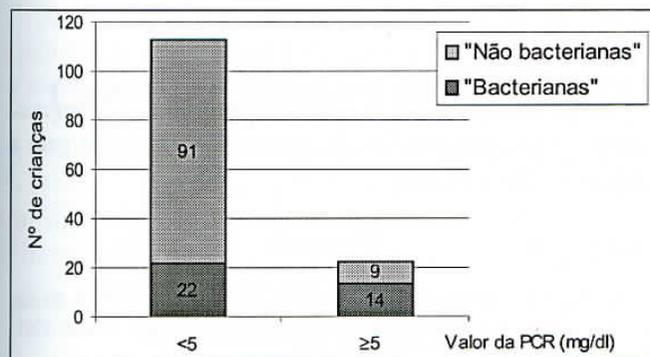


Fig. 6 - PCR ($\geq 1 \leq 3$ meses)

Em apenas 19,5% das crianças com valor de PCR < 5 mg/dl as situações eram **BAC**, comparativamente com 60,5% nas restantes.

A hemocultura foi realizada em 72 (45,3%) casos, tendo sido positiva em dois. A urocultura foi feita em 102 (64,2%) lactentes, vindo a revelar uma infecção urinária em 19. A radiografia do tórax foi obtida em 91 (57,2%) crianças. A punção lombar efectuada sete vezes, foi compatível com uma meningite bacteriana num caso.

Foi administrada terapêutica antibiótica em 12 crianças nas quais se constataria patologia viral: 10 com bronquiolite e alterações radiológicas, uma com suspeita de tosse convulsa (na qual se confirmou apenas bronquiolite) e outra com um quadro que se constatou apenas viral.

Das 21 crianças novamente observadas no serviço de urgência por reingresso, registou-se uma alteração significativa do diagnóstico em duas:

– A primeira veio inicialmente à urgência com um quadro de febre com duas horas de evolução, gemido, recusa alimentar e mau estado geral. Os exames complementares efectuados (hemograma, PCR, hemocultura, urocultura, punção lombar e radiografia do tórax) foram normais e teve alta após 22 horas de apirexia. Regressou no entanto após três dias por reaparecimento da febre (48 horas após a alta), tendo então repetido hemograma, PCR, urocultura e punção lombar que acabou por revelar meningite a *Streptococcus do grupo B*.

– A segunda recorreu à urgência por febre com menos de 12 horas de evolução, apresentando um exame objectivo sem alterações. Fez hemograma, PCR, hemocultura e urocultura que se revelaram normais, tendo tido alta após dois dias, sob apirexia há mais de 12 horas e apenas com discreta obstrução nasal. Todavia, regressaria após 10 horas por reaparecimento da febre; pelo que repetiu hemograma, PCR, hemocultura e radiografia do tórax que revelou um foco pneumónico.

Discussão

Mais de metade das crianças recorreram ao nosso serviço de urgência sem referenciação por outros serviços de saúde, o que de certa forma demonstra, por um lado a nossa permissividade face a esta situação que é aliás entre nós um dos critérios de admissão imediata e por outro a preocupação dos pais em relação à mesma.

Com efeito, a constatação de febre foi o principal motivo que trouxe os pais à urgência e genericamente logo nas primeiras 24 horas.

Enquanto nas crianças de idade inferior a um mês, parecia adivinhar-se uma relação entre a elevação da temperatura e uma maior percentagem de situações bacterianas, tal nem sequer se verificou nas restantes, o que vem de encontro às referências da literatura. De facto, se acima dos três meses o risco de bacteriemia oculta aumenta proporcionalmente com a temperatura, já nos pequenos lactentes não há uma relação nítida entre a magnitude da febre e a gravidade da infecção e daí que neles o seu valor não constitua um critério de risco^(1,2,4,12).

Relativamente aos sinais clínicos à entrada no nosso Serviço é de salientar que das cinco crianças com menos de um mês de idade e infecção bacteriana documentada (infecção urinária), duas apresentavam sinais de patologia respiratória e uma delas tinha mesmo exame normal; nas crianças com idade superior a quatro semanas é de notar igualmente que 27,5% daquelas com infecção bacteriana tinham uma observação inicial sem alterações. Na verdade, os pequenos lactentes habitualmente não apresentam sinais e sintomas específicos da sua patologia, pelo que os testes de rastreio são extremamente importantes para identificar aqueles em risco de infecção bacteriana grave^(1,9,12); no entanto, o aspecto tóxico é sempre preocupante, pois a sua presença condiciona risco acrescido de infecção bacteriana grave (17-20%), bacteriemia (11%) e meningite (4%)^(1,5,10).

Quanto aos exames complementares efectuados, verificámos o facto de a nossa atitude ser geralmente menos intervencionista comparativamente com os protocolos internacionais mais recentes, mesmo após eliminarmos os casos em que havia um foco provável para a febre na avaliação inicial.

Assim e nomeadamente, ainda que a maioria das nossas crianças tenham efectuado hemograma e doseamento da PCR, apenas 72 daquelas com mais de um mês efectuaram hemocultura, apesar de 92 destas não apresentarem um foco para a febre após a avaliação inicial. Do mesmo modo, não foi efectuada punção lombar em nenhuma das crianças abaixo de quatro semanas, apesar de pelo menos cinco destas apresentarem sinais de relativa preocupação (queixume, gemido e prostração), tendo apenas uma suspeita de diagnóstico após a anamnese e exame objectivo inicial (bronquiolite).

Esta nossa atitude menos intervencionista poder-se-á justificar em parte pelo facto de estas crianças permanecerem sob vigilância em internamento, o que não corresponde estritamente aos objectivos dos protocolos atrás referenciados.

A literatura faz referência a um elevado valor preditivo negativo da contagem total de leucócitos, na ordem dos 90-99% (a ausência de bacteriémia na ausência de uma leucocitose é elevada), apesar do respectivo valor preditivo positivo não ultrapassar os 50%, ou seja, se uma elevação dos leucócitos não é muito esclarecedora, um valor normal é tranquilizador^(1, 3, 4, 8, 13). No nosso estudo parecia confirmar-se a existência de uma relação entre a ausência de elevação dos leucócitos e as situações não bacterianas: 88% das crianças abaixo de 4 semanas e 78% das outras com leucócitos < 15x10⁹/L apresentavam situações **não BAC**. No entanto, em termos estatísticos tal não foi demonstrável, muito provavelmente pela pequena dimensão da amostra. De notar igualmente, que três dos cinco lactentes no primeiro mês de vida com infecção bacteriana não apresentavam leucocitose.

Quanto ao valor da PCR, verificou-se uma associação entre a sua elevação e as situações **BAC**, não obstante só ser estatisticamente significativa na amostra mais alargada das crianças com idade igual ou superior a um mês. Um estudo realizado em 2000 em crianças de um a 36 meses demonstrou, à semelhança doutros anteriores, que embora não seja 100% fiável, a PCR é mais sensível e específica para rastrear crianças com doença bacteriana oculta, do que a contagem total de leucócitos, com um valor preditivo negativo de 95% e um valor preditivo positivo de 65%⁽¹³⁾.

Conclusão

Poderemos salientar que os resultados lisongeiramente atrás relatados revelam uma percentagem paradoxalmente pequena de falhas no diagnóstico. Ainda assim, e mesmo tendo em conta que a conduta de um Serviço deve estar adaptada à sua própria realidade, alguns aspectos merecem profunda reflexão crítica. Ao punccionar um lactente desta idade para a realização dum hemograma, cremos que será lícito efectuar de imediato hemocultura e simultaneamente realizar a todos uma análise de urina, ainda mais sendo este um meio de diagnóstico relativamente inócuo e tendo em conta, como atrás referido, que das cinco crianças com menos de um mês de idade e infecção bacteriana documentada (infecção urinária), duas apresentavam sinais de patologia respiratória e uma delas tinha mesmo exame normal. De acrescentar ainda que a taxa de infecção urinária em pequenos lactentes com síndrome febril sem foco é significativa: 2 a 13,8% segundo alguns estudos⁽⁴⁾.

Não há esquema protocolar perfeito, que elimine todos

os riscos ou restrinja a antibioterapia apenas aos pacientes realmente bacteriémicos. Insubstituível será sempre a avaliação clínica cuidadosa e a reavaliação da criança febril⁽⁴⁾, o que é concerteza possível quando a criança é mantida em internamento de curta duração, tal como é prática no nosso Serviço.

Agradecimentos

À D. Maria Fernandes pela disponibilidade e imprescindível ajuda na recolha dos processos utilizados para a realização deste estudo.

Bibliografia

1. Gervais A, Caflisch M, Suter S. Prise en charge des enfants fébriles sans signes localisateurs d'un foyer infectieux. *Arch Pédiatr* 2001; 324-30.
2. Amador JT, Contreras JR. Fiebre sin foco. <http://www.arped.es/protocolos/infectologia/index.htm>.
3. Luszczak M. Evaluation and management of infants and young children with fever. *American Family Physycian* 2001; 1219-26.
4. Trotta EA, Gilio AE. Febre aguda sem sinais de localização em crianças menores de 36 meses de idade. *J. Pediatr* (Rio J.) 1999; 214-22.
5. Lopez AL, McMillin KJ, Tobias-Merrill EA, Chop Jr WD. Managing fever in infants and toddlers. *Postgraduate Medicine* 1997; 241-52.
6. Schmitt BD. Fever in childhood. *Pediatrics* 1984; 929-36.
7. Resende C, Rocha G, Lemos L. Síndrome Febril em Lactentes de Idade Inferior ou Igual a 3 Meses. *Acta Pediatr. Port.* 2001; 5-8.
8. Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. *Ann Emerg Med.* December 2000; 602-14.
9. Rehm KP. Fever in infants and children. *Current Opinion in Pediatrics* 2001; 83-8.
10. Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR, Klein JO, McCracken GH, Powell KR e col. Practice Guideline for the Management of Infants and Children 0 to 36 Months of Age With Fever Without Source. *Pediatrics* 1993; 1-12.
11. McCarthy PL. Fever. *Pediatr in Rev* 1998; 401-07.
12. Martins L, Mendes L. Febre sem Foco em Lactentes com Idade Entre 28 Dias e 3 Meses. *Saúde Infantil* 1998; 19-27.
13. Pulliam PN, Attia MW, Cronan KM. C-reactive protein in febrile children 1 to 36 months of age with clinically undetectable serious bacterial infection. *Pediatrics* 2001; 1275-9.