

Síndrome Febril em Lactentes de Idade Inferior ou Igual a 3 Meses

CRISTINA RESENDE, GRAÇA ROCHA, LUÍS LEMOS

*Serviço de Pediatria
Hospital Pediátrico de Coimbra*

Resumo

A doença febril sem foco, em lactentes de idade inferior ou igual a 3 meses, constitui para médicos e pais motivo de preocupação. Contudo, a orientação destes lactentes não tem ainda estratégias bem definidas.

Apresentam-se 47 casos de lactentes de idade inferior ou igual a 3 meses, com febre que foram internadas na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), no Hospital Pediátrico Coimbra (H. P.), no ano de 1996 e que tiveram como diagnóstico de saída a síndrome febril indeterminada.

A idade média dos lactentes foi de 1 mês e 25 dias, e 64% dos lactentes tinha idade inferior ou igual a 1 mês.

O motivo de consulta foi em 95% dos casos a febre.

A duração da febre antes de recorrerem ao serviço de urgência foi em 88% dos lactentes em que esse item foi conhecido inferior a 24 horas.

Dos exames efectuados, o exame sumário da urina foi o exame mais vezes efectuado. Foi realizado em 41 lactentes (87%), de salientar que apenas 14 lactentes (30%) fizeram hemograma, proteína C reactiva e hemocultura.

Em apenas dois lactentes (4%) foi efectuado tratamento com antibióticos.

A duração do internamento foi em 42 lactentes (89%) inferior a 24 horas.

Dos 47 lactentes internados, 11 voltaram ao serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra no espaço de um mês. Destas, três voltaram a ser internadas na unidade de internamento de curta duração (mas mantendo o mesmo diagnóstico). Nos restantes trataram-se de urgências simples sem necessidade de qualquer exame complementar. Houve apenas três lactentes que voltaram ao serviço de urgência num período inferior a 72 horas.

Palavras-Chave: Febre sem foco; idade inferior ou igual a três meses.

Summary

Fever in Infants less than Three Months of Age

Febrile illness without an infectious focus in infants less than three months of age are for doctors and parents alike a cause of concern. However the management of these infants is as yet without a well-defined strategy.

The clinical notes of 47 infants less than three months of age admitted to the Short Term Stay Unit (UICD) of Coimbra's Paediatric Hospital (HPC) during 1996 and with the diagnosis upon discharge of Pyrexia of Unknown Origin, were reviewed.

The median age of these infants was one month and 25 days, and 64% of these infants were \leq one month of age.

The main complaint in 95% of the cases was fever.

The duration of the pyrexia prior to their observation at the Accident and Emergency Department of the Coimbra's Paediatric Hospital was in 88% of these infants less than 24 hours.

Of the laboratory investigations carried out, urine microscopy was the most frequently requested (41 infants; 87% of the sample) and in only 14 infants (30%) were Full Blood Counts, CPR and blood cultures carried out.

Only two infants (4%) required antibiotic therapy.

The duration of admission in 89% of the sample studied (42 infants) was less than 24 hours.

Of the 47 infants admitted to the Short Term Stay Unit, 11 returned to the A&E Department within 1 month of discharge. Three of these required readmission (with the same diagnosis). The others had minor complaints that did not require any further investigations. Only three infants of the sample analysed returned within a period less than 72 hours.

Key-Words: Fever without a focus; age less than three months.

Introdução

A febre em lactentes pequenos tem sido motivo de vários artigos e estudos. Nos últimos 20 anos terá havido mais de 200 publicações sobre a avaliação e tratamento de lactentes pequenos com febre, contudo mantém-se um

Correspondência: Dr.ª Cristina Resende
Hospital Pediátrico de Coimbra
Av. Dr. Bissaya Barreto
3000-076 Coimbra

Aceite para publicação em 13/12/2000.

Entregue para publicação em 05/05/1999.

assunto polémico e cujas medidas de actuação não estão ainda bem definidas ^(1, 2, 3).

Segundo o ensino convencional, os lactentes de idade inferior ou igual a 3 meses deveriam ser internadas e medicadas com antibióticos por via parenteral, até os exames realizados para rastreio de sépsis serem conhecidos ^(4, 5, 6). Esta actuação baseia-se no facto que nestes lactentes a febre pode ser a única manifestação de uma doença bacteriana grave ^(7, 8).

Em 1993, foi publicado um guia prático de actuação em lactentes de 0-36 meses com febre, que refere que todos os lactentes com idade < 28 dias incluindo aqueles de baixo risco, deveriam ter avaliação de sépsis e ser hospitalizadas para tratamento com antibióticos parenterais.

Para idades entre 28 e 90 dias sugere-se que os lactentes de baixo risco podem ser tratadas em ambulatório podendo ter-se duas opções:

1.^a – Colher para hemocultura, urocultura, exame do líquido cefalo-raquídeo e injeção intra muscular com ceftriaxone, reavaliar dentro de 18-24 horas.

2.^a – Fazer urocultura e reavaliar dentro de 24 horas ⁽⁹⁾.

Contudo é conhecido que na prática clínica existe uma grande diferença de actuação em relação às recomendações académicas, fazendo-se menos exames laboratoriais e menos internamentos ⁽¹⁰⁾.

Foi recentemente publicado um artigo com comentários ao referido guia, que refere que os exames complementares e o tratamento podem ser mais prejudiciais que benéficos, contudo estes autores apenas se referem a idade de 3-36 meses ⁽¹¹⁾.

Foi objectivo deste trabalho, saber as atitudes, orientação e evolução dos lactentes de idade inferior ou igual a 3 meses internadas em UICD, e que tiveram como diagnóstico de saída a síndrome febril de causa indeterminada.

Métodos

Analysaram-se retrospectivamente, através do sistema informático, os processos clínicos dos lactentes hospitalizados em UICD em 1996, com idade inferior ou igual a 3 meses com diagnóstico de saída de S. febril indeterminado.

Em cada processo foram analisados: sexo, idade, proveniência, evolução da febre, motivo da consulta, (considerou-se motivo de consulta, o registo que os médicos que assistiram o lactente colocaram nos relatórios clínicos como tal), sintomas e sinais clínicos apresentados, diagnósticos colocados quando da observação, exames complementares executados, alimentação, horas de internamento em UICD, tratamento e diagnóstico de saída.

No que refere ao motivo da consulta, sintomas e sinais clínicos apresentados, exames complementares de

diagnóstico realizados, diagnósticos colocados quando da observação e tratamento efectuado o número total pode ser superior ao número de lactentes, por sobreposição dos respectivos parâmetros.

Dentro dos exames complementares, de referir que a colheita para exame sumário da urina e a urocultura foi sempre feita por saco colector (que era substituído passado 30-45 minutos após a colocação). Em relação à proteína C reactiva (PCR), considerou-se que um valor < 20 ug/ml (doença com evolução > 12h) e < 35 ug/ml (doença com evolução > 24h) tem 98-100% de valor preditivo negativo para infecção bacteriana invasiva, um valor > 20 ug/ml mas < 40 ug/ml difícil de interpretar dado serem partilhados por bactérias invasivas, pouco invasivas, vírus, etc., um valor > 40 ug/ml e > 80 ug/ml tem respectivamente 90 e 98% de especificidade para doença bacteriana invasiva.

Foi também verificado se estes lactentes voltaram ao serviço de urgência no espaço de um mês e qual o diagnóstico que tiveram nessa altura.

Foram contactados, os pais destes lactentes, via telefone ou por um pequeno inquérito enviado pelo correio, no intuito de se confirmar se tiveram boa evolução.

Resultados

Foram analisados 47 processos. Destes 28 (59.5%) pertenciam ao sexo masculino.

Trinta lactentes (64%) tinha idade \leq 60 dias (Fig. 1).

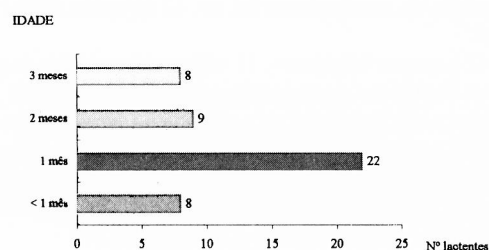


FIG. 1 – Distribuição etária.

Residiam dentro do Distrito de Coimbra 30 lactentes (64%), dos quais 10 pertenciam ao Concelho de Coimbra.

O motivo de consulta foi em 45 (95%) dos casos a febre. Em dois casos esta só foi constatada no hospital (Fig. 2).

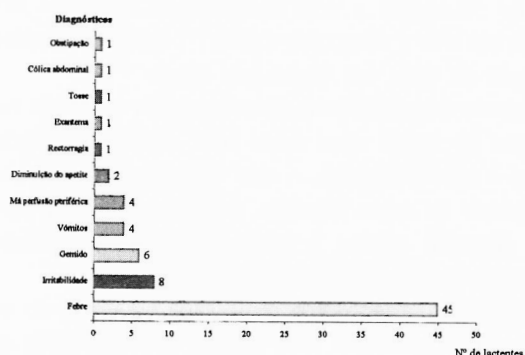


FIG. 2 – Motivo de consulta.

A duração média da febre antes da observação no hospital foi ≤ 24 horas em 88% dos casos em que esse dado foi possível de obter (Fig. 3).

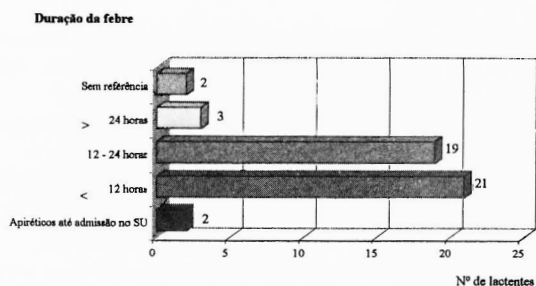


FIG. 3 – Duração da febre.

A temperatura axilar máxima em casa, referida pela mãe foi $\leq 39^\circ\text{C}$ na maioria dos casos (78%) mas 13 tinham febre superior ou igual a 39°C (Fig. 4).

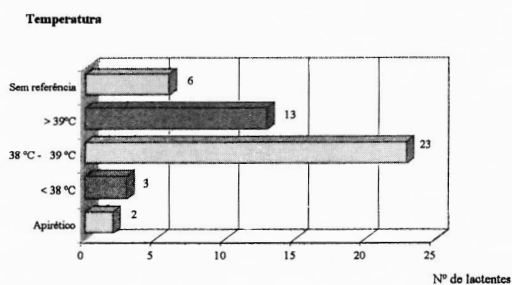


FIG. 4 – Temperatura axilar máxima no domicílio.

Em relação ao exame físico havia referência a má perfusão periférica em 10 lactentes (21%). O estado geral dos lactentes foi considerado bom em 32 casos (68%). Em nove casos (19%) existia exantema inespecífico. Vinte lactentes (42%) tinham sintomas respiratórios, sendo o mais frequente a obstrução nasal: 14 casos (29%).

Em relação a outros sintomas, o gemido foi o mais frequente, em 22 casos (46.8%) seguida da irritabilidade referida em 19 lactentes (40%).

Os diagnósticos mais frequentemente evocados pelos clínicos que observaram a criança à entrada do S.U. foram: infecção urinária, em 23 casos (48%), doença viral em 15 (29%), síndrome febril de causa indeterminada em 14 (29%) e bacteriemia em 10 lactentes (21%).

Em relação aos exames complementares em UICD, 41 (87%) realizaram exame sumário de urina e em 33 (70%) foi realizada urocultura. A radiografia do tórax foi realizado em sete lactentes (14.8%) e os exames hematológicos (hemograma, pcr, hemocultura) foram pedidos em 14 lactentes (30%). A punção lombar foi realizada em dois lactentes (4.2%). A oito lactentes com idade < um mês, foi feito exame sumário da urina, a 62% foram realizados exames hematológicos. A nenhuma foi feita punção lombar.

O tratamento farmacológico efectuado em UICD foi na maioria dos casos apenas antipiréticos. Duas lactentes receberam antibioterapia (ceftriaxone) por suspeita de bacteriemia, não confirmada posteriormente pela microbiologia.

Em 85% dos casos havia boa tolerância à alimentação.

A duração do internamento foi em 42 casos (89%) inferior a 24 horas, tendo mesmo em 40% sido < 12 horas. A duração média do internamento dos lactentes < um mês de idade foi < 20h. Regressaram ao S.U. 11 lactentes (24%). Destas três voltaram nas 72h seguintes à alta. Duas ficaram em UICD e uma voltou ao domicílio após observação médica. Nas três manteve-se o diagnóstico de síndrome febril de causa indeterminada. Os restantes fizeram-no por doenças banais como uma rinofarínge (três) e gastroenterite (duas), e um caso com otite média, outro com abscesso e celulite e o último com febre de origem indeterminada. O caso com celulite voltou 28 dias após a alta.

Pelo inquérito efectuado foi possível saber que 34 casos tiveram boa evolução após a saída de UICD. Em 13 não foi possível obter informações.

Discussão

A febre em lactentes de idade inferior ou igual a 3 meses preocupa os clínicos dada a dificuldade de diferen-

ciar nestes lactentes, quais os que têm doença bacteriana grave.

As estratégias usadas para identificar uma doença bacteriana grave em idade inferior a dois - três meses não têm sensibilidade suficiente para serem usadas na clínica ⁽⁶⁾.

A escala de Yale, também não é útil para diferenciar os lactentes com doença bacteriana grave ⁽⁸⁾ embora aumente a sensibilidade à avaliação clínica convencional ⁽⁷⁾.

Algumas actuações mais agressivas nos lactentes febris ≤ 60 dias incluem a realização sistemática de um de conjunto de exames que permitam eliminar ou reter o diagnóstico de sépsis: hemocultura, hemograma, urocultura e punção lombar ^(4, 5, 6, 12).

Num questionário feito a pediatras verificou-se que em lactentes febris com idades < 2 meses, 60% solicitam hemocultura, para além de outros exames ⁽¹⁾.

Perante estas dificuldades tentou-se definir outra estratégia que procura identificar as que, estando febris, têm baixo risco de infecção bacteriana grave baseada em três itens: exame físico, número de leucócitos no sangue periférico e exame sumário de urinas ⁽¹²⁾. Dos estudos realizados, concluiu-se que havendo critérios de baixo risco os lactentes podem ser vigiados sem recurso sistemático e antibioterapia ^(6, 9, 12).

No nosso estudo não foram utilizadas, nem a escala de Yale, nem os critérios de Rochester. Na maioria dos casos (60%) a impressão clínica foi considerada boa e nenhum dos lactentes tinha aspecto «tóxico». O número de exames complementares solicitados foi relativamente reduzido (41 com exame sumário da urina e 33 com a urocultura. A pcr foi pedida em 14 lactentes, em apenas dois casos o resultado evocava uma doença bacteriana.

A maioria dos casos a quem foram pedidos exames hematológicos, tinha idade \leq dois meses (68%) o que revela a preocupação de tentar confirmar ou não uma etiologia bacteriana.

Na nossa casuística havia sete lactentes com febre muito elevada $\geq 39^{\circ}\text{C}$, o que só por si, pode indicar um risco acrescido de bacteriemia. Nestes casos foi sempre realizado exame sumário de urina e urocultura e a quatro lactentes foram pedidos exames hematológicos. Por risco de bacteriemia, baseada em critérios clínicos e hematológicos, foi iniciada terapêutica antibiótica (ceftriaxone) em dois destes casos, mas as hemoculturas foram negativas.

Na literatura verifica-se que quase metade (45%) dos directores clínicos de serviços de pediatria (E.U.A.) aconselham antibioterapia sistemática em lactentes até 2 meses de vida e síndrome febril sem foco ⁽¹⁾. No nosso trabalho verificamos que os médicos em UICD iniciaram antibióticos a menos de cinco por cento dos lactentes deste grupo etário.

As probabilidades de bacteriemia em lactentes com menos de 36 meses e com temperatura rectal $> 39^{\circ}\text{C}$ é estimada em três a cinco por cento ⁽¹⁰⁾ e para lactentes até três meses de vida em cinco por cento ⁽¹⁴⁾.

Da nossa experiência muitos lactentes com três meses ou menos de idade com febre têm doenças infecciosas benignas e auto-limitadas. A sua vigilância em regime de internamento de curta duração, permite uma boa percepção da situação clínica e uma melhor selectividade da investigação e das atitudes terapêuticas.

A análise dos dados referentes aos lactentes do nosso estudo permite presumir com grande probabilidade que a evolução após a alta foi boa. Dos três que regressaram nas 72h após a alta, os diagnósticos não sofreram alteração e a evolução foi boa sem necessidade de outros exames.

Bibliografia

1. Baraff LJ. Management of the febrile child: a survey of pediatric and emergency medicine residency directors. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10: 795-800.
2. Jones RG, Bass JD: Febrile children with no focus of infection: a survey of the management by primary care physicians. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 10: 179-83.
3. Stephen ML, Baraff LJ. Care of the febrile child: an annotated bibliography. *Am J Emerg Med* 1991; 9: 281-93.
4. Baraff LJ, Oslund SA, Schriger DL, Stephen ML. Probability of bacterial infections in febrile infants less than three months of age: a meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J* 1992; 11: 257-65.
5. Long SS. Approach to the febrile infant with no obvious focus of infection. *Pediatr Rev* 1984; 305-15.
6. Jaskiewicz JA, McCarthy CA, Richardson AC, White KC, Fisher DJ, Dagan R, Powell KR. Febrile Infant at Low Risk for Serious Bacterial Infection: an appraisal of the Rochester Criteria and Implications of management. *Pediatrics* 1994; 3: 390-6.
7. McCarthy PL, Lembo RM, Fink HD, Baron MA, Cicchetti DV. Observation, history, and physical examination in diagnoses of serious illnesses in febrile children ≤ 24 months. *J Pediatr* 1987; 110: 26-30.
8. Baker MD, Avner JR, Bell LM. Failure of Infant observation scales in detecting serious illness in febrile 4 to 8 weeks old infants. *Pediatrics* 1990; 85: 1040-3.
9. Baraff LF, Bass JW, Fleisher GR, Klein JO, McCracken GH Jr., Powell KR, Schriger DL: Practice guidelines for the management of infants and children 0-36 months of age with fever without a source. *Pediatrics* 1993; 92: 1-12.
10. Radetsky M: The febrile infant and the assumption of risk. *Curr Opin Infect Dis* 1996; 9: 171-5.
11. Kramer MS, Shapiro ED. Management of Young febrile child: a commentary on a recente practice guidelines. *Pediatrics* 1997; 100: 128-33.
12. Dagan R, Powell KR, Hall CB, MeneGus M. Identification of infants unlikely to have serious bacterial infection although hospitalized for suspected sepsis. *J Pediatr* 1985; 107: 855-60.
13. Nelson, Textbook of pediatrics. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, Nelson WE, Eds 1996 WB Saunders 698-704.