

Febre no Lactente

Resumo

A presença de febre é um dos principais motivos de consulta pediátrica e a quase totalidade dos lactentes febris têm uma doença infecciosa. A maioria dos lactentes com febre apresentará sinais ou sintomas que permitirão o diagnóstico da condição mórbida subjacente, entretanto, em 20% dos casos, a febre é um achado isolado, o que significa que, mesmo após anamnese e exame físico cuidadosos, nenhum foco é identificado e a condição recebe a denominação de "febre sem foco". Entre os pacientes com febre sem foco, a imensa maioria é portadora de uma infecção viral benigna, entretanto um pequeno grupo desses pacientes pode ser portador de uma entidade mórbida que, na ausência de um nome específico, é conhecida como bacteremia oculta. Considerando os pacientes com bacteremia oculta, alguns resolverão espontaneamente essa condição tornando-se afebris, outros persistirão febris e com bacteremia e um terceiro grupo evoluirá para uma infecção bacteriana focal quando reavaliado 24-48 horas após a consulta inicial. A abordagem do paciente potencialmente portador de bacteremia oculta pode variar desde o acompanhamento clínico até a utilização de protocolos de risco, entretanto o prognóstico do paciente com febre sem foco não parece ser modificado pela abordagem escolhida.

Luciano Abreu de Miranda Pinto

Professor adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Vamos iniciar esta breve discussão imaginando a seguinte situação clínica:

Você está de plantão em um serviço de pronto atendimento e é chamado, durante a madrugada, para atender a um lactente de oito meses com história de febre há dois dias, sem qualquer outro sinal ou sintoma. Após exame clínico minucioso, você não detecta qualquer foco provável para a febre. Qual a sua conduta?

Antes de discutir o caso apresentado, cumpre esclarecer dois aspectos. O primeiro é que, embora o título se refira ao lactente febril, entendendo-se lactente como a criança com idade entre 29 dias e dois anos, os protocolos de avaliação de risco na febre sem foco incluem tanto o recém-nascido quanto os pré-escolares entre dois e três anos de idade que, portanto, serão também objeto desta discussão.

O segundo esclarecimento diz respeito à definição de febre, que está longe de ser consensual. O primeiro médico que, sistematicamente, aferiu a temperatura dos seus pacientes foi o alemão Wunderlich que, em 1868, após aferir um milhão de vezes a temperatura axilar de 25.000 homens e mulheres, utilizando um termômetro que media cerca de 30cm e precisava permanecer por 20 minutos no oco axilar para cada aferição, estabeleceu como limite superior da normalidade a temperatura axilar de 37,5°C, o que significava, de forma indireta, a definição de febre como uma temperatura axilar de 37,6°C ou mais. Dois clássicos nacionais de semiologia, o livro do professor Vieira Romeiro⁷ e o do professor Cesar Pernetta,⁶ que tiveram suas últimas edições na década de 80 do século passado, definiam febre de formas diversas. Enquanto o livro de semiologia médica definia febre como a presença de temperatura axilar igual ou superior a 37°C, o livro de semiologia pediátrica considerava febre a

presença de temperatura axilar maior ou igual a 37,5°C. Muito embora seja difícil encontrar, na literatura médica de língua inglesa, uma definição de febre com base na aferição da temperatura axilar, dois artigos recentes apresentaram valores diferentes de temperatura axilar para conceituá-la. Conforme Avner,² febre é a presença de temperatura igual ou superior a 37,4°C, enquanto para Wang e cols.,¹⁰ o ponto de corte localiza-se em 37,5°C. Assim sendo, estamos longe de um consenso quanto à temperatura axilar que define febre, sendo 37,5°C a medida mais utilizada.

Um complicador potencial da interpretação de protocolos que consideram a temperatura corporal como critério de avaliação de risco é a utilização, principalmente em protocolos americanos, da aferição da temperatura retal nos lactentes. Nestes protocolos, com a temperatura aferida por via retal, a presença de febre é definida como o achado de uma temperatura de 38°C ou mais.^{2-4,9,10} A justificativa para a utilização dessa via de aferição da temperatura reside no fato de que esta é a temperatura de mais fácil acesso que tem a melhor correlação com a temperatura central que é, na verdade, a que se quer medir⁹. Além disso, a aferição da temperatura axilar tem uma baixa sensibilidade para o diagnóstico da febre.^{2,3} Entretanto, não é habitual a aferição da temperatura retal em nosso meio e não existe qualquer correlação confiável entre essa temperatura e a axilar. Dessa forma, é necessário exercer atenção crítica ao adotar protocolos de febre com base em artigos em língua inglesa, para que a temperatura apresentada não seja identificada com a axilar.

A CRIANÇA COM FEBRE

A presença de febre é um dos principais motivos de consulta pediátrica e a quase totalidade das crianças febris

apresentam, como etiologia da síndrome febril, uma doença infecciosa.^{2,4,9} Em cerca de 80% das crianças febris, o médico não encontrará dificuldade para estabelecer a causa do processo mórbido subjacente, pois estarão presentes outros sinais ou sintomas que permitirão a identificação da doença.³ Entretanto, em 20% dos lactentes febris, a febre é um achado isolado, o que significa que, mesmo após anamnese e exame físico cuidadosos, nenhum foco é identificado e esta condição recebe a denominação de “febre sem foco”.

Entre os pacientes com febre sem foco, a imensa maioria é portadora de uma infecção viral benigna, entretanto um pequeno grupo desses pacientes pode ser portador de uma condição que, na ausência de um nome específico, é conhecida como bacteremia oculta.^{2,5,8} Considerando os pacientes com bacteremia oculta, alguns resolverão espontaneamente essa condição tornando-se afebris, outros persistirão febris e com bacteremia, e um terceiro grupo evoluirá para uma infecção bacteriana focal (inclusive meningite), quando reavaliado 24-48 horas após a consulta inicial.⁵

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Quando inicialmente descrita, na década de 1970, a incidência da bacteremia oculta em lactentes com febre sem foco atingia 3-5%.² Nessa época, o principal agente causador de bacteremia era o pneumococo, que respondia por 75% dos episódios, seguido pelo hemófilo encapsulado em 20% dos casos.² Com a introdução da vacina conjugada contra o hemófilo nos Estados Unidos em 1988, a doença por hemófilo praticamente desapareceu,⁵ a incidência de bacteremia oculta caiu para 1,5-2% e o pneumococo passou a ser responsável por 83-92% dos casos.^{2,9} Com a introdução da vacina heptavalente conjugada contra o pneumococo no final

do século passado nos Estados Unidos houve nova mudança na epidemiologia da bacteremia oculta.^{4,9} A incidência dessa condição caiu para 0,5-0,7% e os agentes causais modificaram-se com o predomínio, na era pós-vacinal, de *E. coli*, estafilococos e salmonelas. Considerando que a vacina conjugada contra hemófilo já faz parte do Programa Nacional de Imunizações do Brasil há mais de 10 anos e que a vacina conjugada decavalente contra o pneumococo foi introduzida em nosso calendário vacinal no segundo semestre de 2010, pode-se esperar que tal mudança epidemiológica também esteja em curso no Brasil.

CONDUTA NO PACIENTE COM SUSPEITA DE BACTEREMIA OCULTA

Diante de um lactente com suspeita de bacteremia oculta, há três caminhos possíveis a seguir. O primeiro, para trabalhar com risco zero de deixar de identificar e tratar adequadamente um paciente com bacteremia oculta, seria internar todas as crianças com febre sem foco e submetê-las a diversos exames complementares com o objetivo de identificar a presença de doença bacteriana e iniciar antibioticoterapia parenteral, enquanto não fosse possível descartar essa possibilidade. Considerando a incidência dessa condição, particularmente na era pós-vacinal, tal conduta literalmente ensandecida levaria à internação e ao tratamento desnecessário de mais de 99% dos lactentes com febre sem foco e acarretaria significativo ônus ao paciente, à família e ao sistema de saúde como um todo. Tal conduta nunca foi preconizada.

O segundo caminho, na extremidade oposta do risco, seria acompanhar todos os pacientes que estivessem em bom estado geral, apesar da febre, e que não possuíssem nenhuma condição mórbida de base, sem submetê-los a qualquer exame complementar ou tratamento,

reavaliando-os periodicamente e intervindo ao menor sinal de deterioração do quadro clínico. Tal conduta parece ser a preferida entre os pediatras que exercem sua atividade profissional em consultórios privados.

O terceiro caminho seria definir, com base no exame clínico e em alguns exames complementares simples, o risco de bacteremia e tomar uma conduta mais ou menos agressiva de acordo com a avaliação. Essa abordagem, baseada em protocolos de risco, parece ser a preferida por pediatras que trabalham em serviços de urgência ou emergência, particularmente naqueles serviços que têm algum vínculo com uma unidade acadêmica.

Excluindo-se o primeiro caminho, totalmente inaceitável, até hoje não foi possível estabelecer, com segurança, entre as alternativas aceitáveis, qual a melhor conduta: se a observação com reavaliações periódicas ou a utilização de protocolos de risco. O prognóstico dos pacientes atendidos por quaisquer dessas duas estratégias costuma ser rigorosamente igual. Além disso, a partir do momento em que a incidência de bacteremia oculta torna-se inferior a 1,5%, que parece ser, ou estar se tornando, o caso nos dias de hoje, a avaliação de custo e benefício demonstra que o esquema que utiliza protocolos de risco torna-se, sob o ponto de vista econômico, insustentável.^{4,9}

PROTOCOLO DE RISCO

Protocolo de risco é um fluxograma que estabelece, passo a passo, quais parâmetros analisar e qual conduta seguir após a avaliação de cada parâmetro. O modelo que vai ser apresentado representa um somatório dos dados de literatura adaptado à população atendida em nosso meio e objetiva incorporar a possível transição epidemiológica em curso no Brasil. Além disso, pretende

considerar as recentes modificações na avaliação e no diagnóstico da infecção do trato urinário propostas pela Academia Americana de Pediatria.¹

Primeiro passo: a criança é portadora de doença debilitante prévia?

A presença de uma condição mórbida subjacente aumenta o risco de bacteremia oculta. Assim, todos os pacientes que apresentam uma comorbidade significativa anterior à doença febril que motiva a consulta atual, como, por exemplo, imunodeficiência, anemia falciforme, neoplasia, desnutrição, entre outras, devem ser internados, submetidos a hemograma, EAS, punção lombar, hemocultura, urinocultura e cultura de líquido e tratados com antibióticos parenterais até que seja possível, com a ajuda das culturas, descartar a possibilidade de infecção bacteriana grave.⁵

Nos pacientes previamente hígidos, avança-se para o segundo passo.

Segundo passo: a criança está nitidamente doente, toxêmica?

A criança que apresenta sinais evidentes de uma doença grave, como, por exemplo, prostração intensa, irritabilidade, letargia, pele acinzentada e outros sinais de gravidade, tem uma probabilidade maior de estar com bacteremia e a conduta deve ser a mesma utilizada anteriormente nos pacientes com comorbidades.^{4,5,8,9}

Nos pacientes que, apesar da febre sem foco, mantêm o estado geral preservado e, aparentemente, não têm uma doença grave, avança-se para o terceiro passo.

Terceiro passo: estratificar de acordo com a idade

As crianças que apresentam febre sem foco, que não possuem condições mórbidas subjacentes e que estão bem devem ser estratificadas, de acordo com a

idade, em três grupos: recém-nascidos, lactentes de 1-3 meses e crianças de 3-36 meses.⁴

Protocolo para o recém-nascido

O recém-nascido apresenta uma série de características especiais que o tornam um paciente potencialmente de maior risco para a bacteremia oculta. Assim, a incidência de infecção bacteriana grave em recém-nascidos com febre sem foco é muito alta, atingindo 12%, e, desta forma, a conduta indicada nessa faixa etária consiste em internação hospitalar, coleta de culturas de sangue, urina e líquido e prescrição de antibioticoterapia parenteral.^{3-5,8}

Protocolo para o paciente entre 1-3 meses

No passado recente, a conduta para as crianças nessa faixa etária era idêntica à exposta anteriormente para os recém-nascidos e todos eram internados e submetidos a exames complementares e antibioticoterapia parenteral.^{4,8} Posteriormente, o desenvolvimento de protocolos de risco específicos para essa faixa etária permitiu uma abordagem mais seletiva para estes pacientes.

A abordagem atual consiste na realização de hemograma e EAS em todos os casos de febre sem foco.² É importante ressaltar que os pacientes desse grupo não se beneficiaram das mudanças epidemiológicas ocorridas após o início da vacinação indiscriminada contra pneumococo e hemófilo. Recorde-se que, nessa faixa etária, somente uma dose de tais vacinas foi administrada, o que confere uma proteção apenas parcial contra esses patógenos. Além disso, esta é considerada uma faixa de transição, pois estes pacientes podem já apresentar infecções por germes próprios dos lactentes maiores, mas também apresentam infecções por agentes próprios do período perinatal, para os quais não

há proteção vacinal.

Uma importante discussão e dissenso a respeito da abordagem dos pacientes desse grupo etário diz respeito à realização, ou não, de punção lombar para a avaliação do risco de infecção bacteriana.^{3,4} Apesar de a incidência de meningite nesses pacientes ser de apenas 0,41%, o diagnóstico clínico dessa condição mórbida nessa faixa etária é extremamente difícil, uma vez que somente 27% dos lactentes entre 1-6 meses com meningite comprovada apresentam sinais de irritação meníngea. Não obstante, a maioria dos protocolos de risco considera desnecessária, a princípio, a realização da punção lombar em todos os pacientes com febre sem foco entre 1-3 meses.⁸

Assim, a avaliação do risco de bacteremia repousa, basicamente, no resultado do hemograma e do EAS. Naqueles pacientes com hemograma e EAS dentro dos limites da normalidade, a conduta consiste em acompanhamento clínico e revisão em 24 horas, sem prescrição de antibióticos.^{4,8}

Nos pacientes cujo EAS mostra piúria e/ou bacteriúria, independentemente do resultado do hemograma, deve-se assumir o diagnóstico de provável infecção urinária, colher urinocultura por meio de cateterismo vesical e iniciar antibioticoterapia apropriada, em regime ambulatorial, até que a urinocultura confirme ou afaste o diagnóstico.^{3,4}

Entretanto, naqueles pacientes que apresentam alteração do hemograma, definida nesse grupo etário pela presença de leucocitose ($\geq 15.000/\text{mm}^3$), leucopenia ($\leq 5.000/\text{mm}^3$) ou desvio para a esquerda (≥ 1.500 bastões/ mm^3 ou uma relação neutrófilos jovens/totais $\geq 0,2$),^{4,8} e um EAS sem alterações, o risco de bacteremia oculta é maior e a conduta consiste em internação hospitalar, realização de punção lombar, culturas de sangue, urina e líquido e início ime-

diato de antibioticoterapia parenteral, enquanto se aguarda o esclarecimento do caso através da evolução clínica e do resultado das culturas.

Protocolo para o paciente entre 3-36 meses

Primeiro passo: avaliar a temperatura corporal do paciente

Inicialmente, é importante recordar que o primeiro passo nas crianças entre 3-36 meses pressupõe que os passos anteriores, antes da estratificação por faixa etária, já foram avaliados, o que significa que esta parte da discussão se refere apenas a crianças sem doença debilitante prévia e em bom estado geral (primeiro e segundo passos antes da estratificação).

Nos pacientes entre 3-36 meses, o risco de bacteremia aumenta de forma diretamente proporcional ao aumento da temperatura corporal. Por esse motivo, nos protocolos americanos, as crianças são divididas em dois subgrupos neste passo: aquelas com temperatura $< 39^\circ\text{C}$, que apresentam um risco desprezível de bacteremia, e aquelas com temperatura $\geq 39^\circ\text{C}$, que têm um risco maior de serem portadoras de uma infecção bacteriana grave.^{4,9} É fundamental recordar nesse momento o que já foi referido na introdução desta discussão, ou seja, que a temperatura indicada nesses protocolos é a temperatura retal e que não parece haver qualquer correlação entre a temperatura retal e a temperatura axilar, que é a temperatura corporal habitualmente aferida no Brasil para o diagnóstico da febre. Assim, a utilização de 39°C como ponto de corte é inadequada em nosso meio e pode levar à não identificação de pacientes com maior risco de bacteremia oculta. Infelizmente, não há um consenso brasileiro quanto à temperatura axilar a partir da qual o risco de bacteremia aumenta

e, portanto, não há como estabelecer um valor exato de ponto de corte para definir esse passo. Entretanto, considerando outros protocolos de avaliação de doenças febris em nosso meio, um ponto de corte que pode ser sugerido, para se trabalhar com uma boa margem de segurança sem submeter pacientes com elevadíssima probabilidade de serem portadores de doenças virais benignas a exames complementares e tratamento desnecessários, consiste na temperatura axilar de 38,3°C.

Dessa forma, nas crianças com temperatura axilar menor que 38,3°C, a conduta indicada é o acompanhamento clínico, sem necessidade de qualquer exame complementar, e a reavaliação em 24 horas.

Nas crianças com temperatura axilar igual ou superior a 38,3°C, passa-se para o próximo passo.

Segundo passo: avaliar a condição vacinal do paciente

Pacientes com temperatura axilar igual ou superior a 38,3°C e que receberam pelo menos duas doses de vacina contra pneumococo e hemófilo têm um risco muito baixo de bacteremia por esses agentes e já se beneficiaram da “transição epidemiológica”, apresentando uma incidência de bacteremia de 0,5-0,7%. Nesses pacientes, a infecção bacteriana mais frequente que necessita ser investigada é a infecção urinária e, portanto, eles devem ser submetidos, inicialmente, apenas à coleta de uma amostra de urina para EAS.^{3,5,9}

No passado, esses pacientes seriam todos submetidos a cateterismo vesical para a obtenção de amostra de urina para cultura, entretanto as novas diretrizes da Academia Americana de Pediatria para a investigação de infecção do trato urinário em lactentes entre 2-24 meses estabelecem que, na presença de um EAS normal, pode-se assumir,

com algum grau de segurança, que o paciente não é portador de infecção urinária e, portanto, não há necessidade da coleta de urinocultura, a não ser que esteja sendo considerado o uso de antimicrobiano para o paciente.¹ Isso facilita, sobremaneira, a investigação da infecção do trato urinário em lactentes, uma vez que a amostra de urina para o EAS pode ser colhida por meio de saco coletor, procedimento muito mais confortável para o paciente, sendo indicado o cateterismo vesical para urinocultura apenas para crianças com alterações do EAS.

Assim, nos pacientes adequadamente vacinados, caso o EAS esteja alterado, admite-se o diagnóstico provável de infecção urinária, e o paciente será tratado com antimicrobianos, após a coleta de urina para cultura, em regime ambulatorial.^{4,9} Nas crianças maiores de 24 meses, pode-se tentar colher a amostra de urina para cultura por meio da técnica do jato médio, evitando-se o cateterismo.

Caso o EAS não apresente alterações, o paciente é liberado para casa, sem prescrição de antibiótico, com orientação para retornar em 24 horas para reavaliação.

Entretanto, os pacientes com febre sem foco apresentando temperatura axilar igual ou superior a 38,3°C e que não receberam pelo menos duas doses das vacinas contra hemófilo e/ou pneumococo não se beneficiaram da transição epidemiológica e, portanto, apresentam risco aumentado de bacteremia oculta, devendo ser avaliados de acordo com o próximo passo.

Terceiro passo: realizar exames complementares

Nas crianças com febre sem foco e temperatura axilar igual ou superior a 38,3°C que não receberam pelo menos duas doses das vacinas contra hemófilo

e pneumococo, o próximo passo do protocolo implica na coleta de hemograma e EAS.

Nesses casos, assim como acontecia nas crianças entre 1-3 meses, a avaliação do risco de bacteremia repousa, mais uma vez, no resultado do hemograma e do EAS. Naqueles pacientes com hemograma e EAS sem alterações, a conduta consiste em acompanhamento clínico e revisão em 24 horas, sem prescrição de antibióticos.

Nos pacientes cujo EAS mostra piúria e/ou bacteriúria, deve-se colher uma amostra de urina para cultura, por meio de cateterismo vesical ou jato médio (nas crianças acima de 24 meses), admitir o diagnóstico provável de infecção urinária e iniciar antibioticoterapia apropriada, em regime ambulatorial, até que a urinocultura confirme ou afaste o diagnóstico.^{4,9}

Nos pacientes que apresentam alteração de hemograma, definida, nessa faixa etária, como a presença de leucocitose ($\geq 15.000/\text{mm}^3$) ou neutrofilia ($\geq 10.000/\text{mm}^3$),^{4,9} e EAS sem alterações, a conduta consiste na coleta de hemocultura e urinocultura, prescrição de antibioticoterapia em regime ambulatorial e reavaliação clínica em 24 horas.

A questão do antibiótico a ser prescrito para esses pacientes é outro motivo de controvérsia. Recorde-se que chegamos a este ponto da avaliação porque estes pacientes não estão protegidos contra hemófilo encapsulado e/ou pneumococo (segundo passo, acima) e estes são os agentes mais provavelmente envolvidos na bacteremia que, potencialmente, é uma das possíveis causas para a febre sem foco apresentada pelo lactente. Considerando a possibilidade de doença por pneumococo e hemófilo, os protocolos iniciais recomendavam a prescrição de amoxicilina por via oral até a reavaliação. Entretanto, observou-se que o risco de evolução

para meningite, particularmente nas bacteremias por hemófilo, persistia apesar do uso da amoxicilina. Dessa forma, os protocolos passaram a recomendar a prescrição de ceftriaxona, em regime parenteral, sendo a primeira dose administrada ao término da primeira consulta e uma segunda dose no momento do retorno, em 24 horas, para reavaliação clínica. Considerando que as falhas que ocorrem com a amoxicilina se referem, particularmente, aos casos de bacteremia por hemófilo,⁵ que em nosso meio, dado o uso indiscriminado da vacina contra esse agente, as infecções invasivas por hemófilo se tornaram extremamente incomuns e, considerando ainda, as dificuldades relacionadas à administração de ceftriaxona em regime parenteral, particularmente no serviço público, a prescrição de amoxicilina oral é perfeitamente aceitável, desde que os pacientes sejam seguidos de perto, tenham sido vacinados contra hemófilo (mas não contra pneumococo) e que o acompanhamento clínico, em 24 horas, seja garantido.

CONCLUSÃO

Os protocolos de risco representam um significativo avanço na abordagem racional ao lactente portador de febre sem foco, mas é preciso não os superestimar. Qualquer protocolo de risco é, ainda, um protocolo “de risco”, o que significa que, eventualmente, um paciente com bacteremia e que vai evoluir para infecção focal pode não ser identificado pelo

protocolo. Além disso, com a utilização dos protocolos, muitas crianças com doenças virais benignas serão identificadas como pacientes “de risco” e submetidas a exames complementares, tratamento antimicrobiano e, possivelmente, internações desnecessárias.^{4,8} É preciso ter sempre em mente que a estrita adesão a protocolos de risco não parece ser superior à conduta individualizada adotada pela maioria dos pediatras que têm como principal campo de prática o consultório privado. Seja qual for a conduta tomada, protocolo ou observação clínica, o prognóstico final do lactente portador de febre sem foco parece ser o mesmo. A principal diferença entre as duas abordagens consiste no fato de que a criança avaliada através de protocolos acaba por ser submetida a um maior número de exames complementares e é hospitalizada mais frequentemente.

Diante deste “dilema”, uma abordagem que pode ser sugerida consiste numa conduta com base no local de atendimento. Qualquer pediatra que realmente pratique a medicina reconhece que há, pelo menos, dois tipos de pacientes na prática pediátrica, o paciente atendido no consultório e o avaliado na emergência. O paciente atendido no consultório é, provavelmente, uma criança cujos pais são conhecidos pelo médico e o vínculo entre a família e o pediatra está estabelecido há algum tempo, o que torna o acompanhamento clínico fácil e o seguimento garantido, permitindo uma eventual

e pronta reavaliação a qualquer sinal de deterioração do estado clínico da criança. Além disso, no ambiente do consultório, a abordagem baseada em protocolos que implicam na realização de exames complementares e que devem estar imediatamente disponíveis é inexequível. Assim, a melhor abordagem neste ambiente talvez seja a conduta individualizada, sem exames complementares e com reavaliações subsequentes.

De forma inversa, o paciente que é avaliado na emergência, em geral pela primeira vez, é uma criança cuja família não tem qualquer vínculo com o pediatra que realiza o atendimento, o que dificulta, entre outras questões, a avaliação da capacidade dos pais de identificarem uma possível piora do quadro clínico do doente e deixa dúvidas quanto à garantia do seguimento. Além disso, ao contrário do consultório, a emergência é um local onde há uma relativa facilidade na realização de exames complementares, que, em geral, ficam disponíveis em pouco tempo. Nesse cenário, a utilização de protocolos de risco talvez seja mais segura e, portanto, mais adequada para o paciente.

Ao final, o mais importante é considerar que os protocolos de risco podem ajudar, e muito, na abordagem ao lactente com febre sem foco, entretanto não são capazes de substituir a avaliação clínica criteriosa do médico e a responsabilidade de escolher, a cada momento, sobre o que é melhor para o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Subcommittee on Urinary Tract Infection. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics*. 2011;128(3):595-610.
2. Avner JR. Acute fever. *Pediatr Rev*. 2009;30(1):5-13.
3. Baraff LJ. Management of infants and young children with fever without source. *Pediatr Ann*. 2008;37(10):673-9.
4. Ishimine P. Fever without source in children 0 to 36 months of age. *Pediatr Clin North Am*. 2006;53(2):167-94.
5. Jhaveri R, Byington CL, Klein JO, Shapiro ED. Management of the non-toxic-appearing acutely febrile child: a 21st century approach. *J Pediatr*. 2011;159(2):181-5.
6. Pernetta C. Dados antropométricos. Temperatura. In: *Semiologia Pediátrica*. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana Ltda., 1980. p. 29-32.
7. Romeiro V. Exame geral. In: *Semiologia Médica*. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1980. p. 2-26.
8. UpToDate. Evaluation and management of fever in the neonate and young infant (less than three months of age). Acesso em 2012 mai 26. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-fever-in-the-neonate-and-young-infant-less-than-three-months-of-age?view=print..>
9. UpToDate. Fever without a source in children 3 to 36 months of age. Acesso em 2012 mai 26. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/fever-without-a-source-in-children-3-to-36-months-of-age?view=print..>
10. Wang D, Bukutu C, Thompson A, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: fever. *Pediatr Rev*. 2009;30(2):75-8.

AVALIAÇÃO

48. **Lactente de dois meses é levado a consulta devido a quadro de febre de 38°C de início há três dias. Exame físico: paciente atento ao meio, sorridente, sem qualquer alteração significativa. A conduta indicada é:**
 - a) internar, colher culturas de sangue, urina e líquido e iniciar antibioticoterapia.
 - b) investigar apenas ITU com EAS e, se necessário, urinocultura.
 - c) colher hemograma e EAS para avaliar conduta posterior.
 - d) prescrever amoxicilina oral e reavaliar em 24 horas.
49. **Lactente de nove meses, com calendário vacinal completo, é levado a consulta devido a quadro de febre de 38,2°C de início há dois dias. Exame físico: paciente alerta, sem qualquer alteração significativa. A conduta indicada é:**
 - a) internar, colher culturas de sangue, urina e líquido e iniciar antibioticoterapia.
 - b) investigar apenas ITU com EAS e, se necessário, urinocultura.
 - c) liberar para casa com orientação para retornar em 24 horas.
 - d) colher hemograma e EAS para avaliar conduta posterior.
50. **Lactente de 15 meses, com calendário vacinal completo, é levado a consulta devido a quadro de febre de 39,2°C de início há 24 horas. Exame físico: paciente alerta, sem qualquer alteração significativa. A conduta indicada é:**
 - a) internar, colher culturas de sangue, urina e líquido e iniciar antibioticoterapia.
 - b) investigar apenas ITU com EAS e, se necessário, urinocultura.
 - c) colher hemograma e EAS para avaliar conduta posterior.
 - d) prescrever amoxicilina oral e reavaliar em 24 horas.
51. **Lactente de 13 meses, calendário vacinal completo e portador de imunodeficiência combinada grave, é levado a consulta devido a quadro de febre de 37,8°C de início há dois dias. Exame físico: paciente alerta, bom estado geral, sem qualquer outra alteração significativa. A conduta indicada é:**
 - a) investigar apenas ITU com EAS e, se necessário, urinocultura.
 - b) liberar para casa com orientação para retornar em 24 horas.
 - c) colher hemograma e EAS para avaliar conduta posterior.
 - d) internar, colher culturas e iniciar antibioticoterapia.
52. **Lactente de 18 meses, sem cartão vacinal, é levado a consulta devido a quadro de febre de 38,4°C de início há 36 horas. Exame físico: paciente em bom estado geral, alerta e sorridente. A conduta indicada é:**
 - a) internar, colher culturas de sangue, urina e líquido e iniciar antibioticoterapia.
 - b) investigar apenas ITU com EAS e, se necessário, urinocultura.
 - c) colher hemograma e EAS para avaliar conduta posterior.
 - d) prescrever amoxicilina oral e reavaliar em 24 horas.
53. **Lactente de 17 meses, com calendário vacinal completo, é levado a consulta devido a quadro de febre de 38°C de início há 24 horas. Exame físico: irritado, choroso, taquicárdico, com palidez cutânea e mucosa. A conduta indicada é:**
 - a) investigar apenas ITU com EAS e, se necessário, urinocultura.
 - b) colher hemograma e EAS para avaliar conduta posterior.
 - c) prescrever amoxicilina oral e reavaliar em 24 horas.
 - d) internar, colher culturas e iniciar antibioticoterapia.

Ficha de avaliação

A Criança Vítima de Violência 4

1. a) b) c) d)
2. a) b) c) d)
3. a) b) c) d)
4. a) b) c) d)
5. a) b) c) d)
6. a) b) c) d)

Reanimação Neonatal 10

7. a) b) c) d)
8. a) b) c) d)
9. a) b) c) d)
10. a) b) c) d)
11. a) b) c) d)
12. a) b) c) d)

Falência Cardiopulmonar em Paciente Pediátrico 14

13. a) b) c) d)
14. a) b) c) d)
15. a) b) c) d)
16. a) b) c) d)
17. a) b) c) d)
18. a) b) c) d)

Anafilaxia 24

19. a) b) c) d)
20. a) b) c) d)
21. a) b) c) d)
22. a) b) c) d)
23. a) b) c) d)
24. a) b) c) d)

Abordagem das Crises Epilépticas na Emergência Pediátrica..... 29

25. a) b) c) d)
26. a) b) c) d)
27. a) b) c) d)
28. a) b) c) d)
29. a) b) c) d)
30. a) b) c) d)

Urgência em Cirurgia Pediátrica..... 35

31. a) b) c) d)
32. a) b) c) d)
33. a) b) c) d)
34. a) b) c) d)
35. a) b) c) d)

Asma Aguda na Infância..... 43

36. a) b) c) d) e)
37. a) b) c) d) e)
38. a) b) c) d) e)
39. a) b) c) d) e)
40. a) b) c) d) e)
41. a) b) c) d) e)

Obstrução Respiratória Alta em Pediatria 54

42. a) b) c) d)
43. a) b) c) d)
44. a) b) c) d)
45. a) b) c) d)
46. a) b) c) d)
47. a) b) c) d)

Febre no Lactente 64

48. a) b) c) d)
49. a) b) c) d)
50. a) b) c) d)
51. a) b) c) d)
52. a) b) c) d)
53. a) b) c) d)

Doença Falciforme na Emergência 68

54. a) b) c) d)
55. a) b) c) d)
56. a) b) c) d)
57. a) b) c) d)
58. a) b) c) d)
59. a) b) c) d)

Meningite Bacteriana Aguda..... 72

60. a) b) c) d)
61. a) b) c) d)
62. a) b) c) d)
63. a) b) c) d)
64. a) b) c) d)
65. a) b) c) d)

Atualidades na Sepsé e Choque Séptico Pediátrico 77

66. a) b) c) d) e)
67. a) b) c) d) e)
68. a) b) c) d) e)
69. a) b) c) d) e)

Enviar à SOPERJ por correio, fax ou e-mail
Rua da Assembléia, 10 - Grupo 1812 - Centro
20011-901 - Rio de Janeiro - RJ
Tel: 2531-3313 - e-mail: pedsoperj@soperj.org.br