

Texto para Pais:

Critérios de Alerta na Criança com Febre

Autor
Manuel Salgado¹

Introdução

Existem mais de **400 vírus** capazes de provocar febre numa criança. Felizmente as crianças não apanham todos os vírus existentes. Nem sempre o facto de se contrair uma infecção resultará em febre. Por exemplo, na varicela, umas crianças desenvolvem febre enquanto outras não. Por estas razões algumas crianças saudáveis terão febre muitas vezes, sobretudo nos primeiros dois anos de vida e/ ou após o seu ingresso nos infantários, enquanto outras têm febre menos vezes.

As **doenças febris benignas provocadas por vírus**, as que NÃO necessitam de tomar antibióticos, são responsáveis pela maioria dos episódios de febre nas crianças.

Na Figura 1 estão discriminados em gráfico a evolução de **1.456** episódios de doenças febris auto-limitadas (DFAL), que curaram todos sem antibióticos. Estas crianças foram observadas em 12 anos (1996-2008) numa consulta privada informatizada de ambulatório não hospitalar (ANH). Em todos pretendeu-se saber duração do período febril: a febre durou mais de 72 horas em 718 episódios (49%), mais de 4 dias em 430 (30%), mais de 5 dias em 237 (16%), mais de 6 dias em 135 (9%), mais de 7 dias em 83 episódios (≈ 6%).

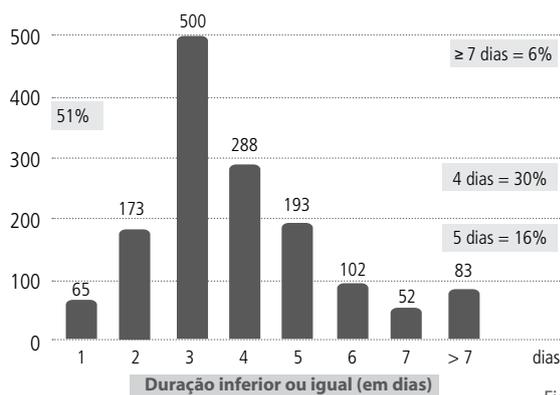


Figura 1

Duração, em dias, de 1.456 episódios de doenças febris benignas auto-limitadas

As **doenças febris graves (as meningites e/ou as sépsis)** que poderão colocar a vida em risco e/ou deixar lesões definitivas são **felizmente raras**. Na mesma consulta de ANH, estas doenças graves representaram apenas uma consulta em cada 2.000 consultas por febre. Ao contrário das doenças benignas, **as meningites e/ou as sépsis** têm manifestações clínicas suficientemente preocupantes, justificando que os pais recorram precocemente ao médico, em regra em tempo útil.

Palavras-chave: febre, criança, avaliação clínica, critérios de gravidade, critérios de alerta, número de dias de febre.

Keywords: fever, child, clinical judgment, seriousness criterion, alert criterion, number of days with fever.

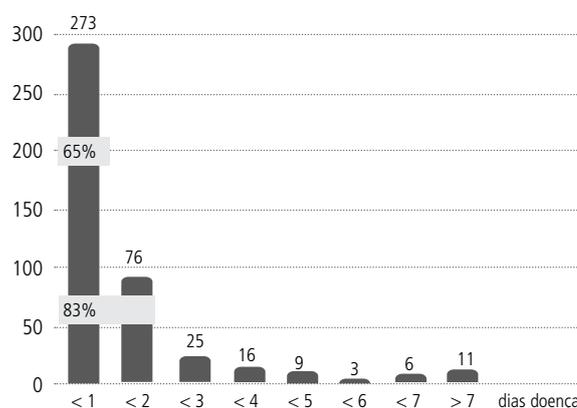


Figura 2

Duração da febre (em dias) no momento do internamento em 419 doenças graves internadas no HPC (uma amostra dos muitos doentes graves observados em 21 anos)

Na Figura 2 estão representadas no **momento do internamento** as horas de febre numa amostra de 419 casos destas doenças muito graves, observados no Hospital Pediátrico de Coimbra em 21 anos: tinham apenas menos de 12 horas de febre 137 das crianças (33%), menos de 24 horas 65%, menos de 48 horas 83% e menos de 72 horas de febre 374 (89%) dos doentes.

Isto é, apenas 11% das doenças graves foram internadas para além das 72 horas de febre.

Ao contrário do conceito muito divulgado ("de se ir só ao médico após 3 dias de febre"), o **"terceiro dia" de febre será um MAU dia para uma criança ser observada:**

- Para as doenças ligeiras é demasiado cedo;

- Para as doenças graves é demasiado tarde (ver Figuras 1 e 2).

Dito de outra forma: **merece ainda maior atenção o comportamento global numa criança com febre no primeiro e no segundo dias** de febre do que no terceiro ou mesmo no quarto dia de doença.

Mas será **impensável que todas** as crianças com febre sejam observadas logo no primeiro dia de doença. A alternativa será criar um conjunto de **Critérios de Alerta da Febre (CAF)** que, com pequena margem de erro (pecando antes por excesso), dê indicações aos pais do momento mais adequado para procurarem assistência médica.

¹ Hospital Pediátrico de Coimbra
Contacto: mbsalgado@sapo.pt

Os CAF servirão para serem consultados as vezes necessárias em cada novo episódio de febre.

Para uma melhor interpretação destes CAF, aconselha-se também a leitura das notas / comentários respectivos numerados de 1 a 14.

Condutas práticas na criança com febre:

Primeiro deverá administrar-se um antipirético, paracetamol ou ibuprofeno (ver nota nº 1).

Três a 4 horas após a administração de um destes antipiréticos, recomenda-se a reavaliação da criança.

Os pais/outros adultos devem aproveitar para fazerem uma observação de todo o corpo, em simultâneo ou por fases, não esquecendo a área da fralda.

Recomenda-se uma observação médica, independentemente do dia de doença, mesmo nas primeiras horas da febre, se uma criança cumprir um ou mais dos seguintes CAF:

Critérios de Alerta da Febre (CAF):

- Idade inferior a 3 meses de idade (2).
 - Choro inconsolável / irritabilidade mantida – que **NÃO** alivia com o paracetamol ou ibuprofeno.
 - Sono espontaneamente interrompido a cada 1 a 2 horas, de forma mantida por várias horas (3).
 - Sonolência excessiva e prolongada, com quase indiferença total pelo que a rodeia (3).
 - Prostração – só suporta a posição de deitado; a criança ao colo não consegue estar sentado num braço dum adulto e só suporta estar deitado EM AMBOS os braços desse adulto (4).
 - Má Impressão da Face – com fácies triste, manifestado com os “cantos externos dos olhos e da boca muito caídos”, por vezes com um franzir da sobrancelha e/ou da testa, próprio de quem não está bem ou está muito incomodado; são os graus 3,4,e 5 das Figuras 3 e 4 (5).
 - Manchas “pintinhas” na pele / **dispersas** durante o **primeiro dia de febre** (por vezes no segundo dia de febre). São sobretudo preocupantes:
 - Petéquias ou púrpura petequiral:** Manchas violáceas de menos de 5 mm, tipo picada de pulga, rodeadas ou não por um halo róseo (Figura 5) e que não desaparecem pela compressão da pele que as cobre, seja com um dedo ou com um utensílio de vidro transparente (exemplo com um copo) (Figura 6).
 - Púrpura equimótica:** Lesões semelhantes às anteriores, mas superiores a 5 mm de diâmetro, que não desaparecem com a pressão dum dedo ou vidro (Figura 7).
 - Manchas rosadas** (superiores a 3 mm e inferiores a 2 cm) inicialmente dispersas e poucas, mas que, de hora para hora, vão aumentando de número. A compressão da pele faz desaparecer momentaneamente estas lesões.
 - Pequenas manchas róseas dispersas** (iguais às anteriores) e, que aparecem e desapareceram em poucas horas (< 3 horas) - Figura 8 (6).
 - Convulsão.
 - Calafrios / tremores mantidos durante vários minutos na subida da febre (7).
 - Dedos e/ou lábios muito roxos na subida da febre.
 - Frequência respiratória acelerada e mantida – mais de 50- 60 respirações por minuto, isto é, cerca de uma por segundo – avaliada em fase sem febre ou com febre baixa (8).
 - Gemido expiratório intermitente, mantido durante várias horas - ...**hhhann... hhhann ...hhhann...**-, cujo som resulta da interrupção / suspensão do final da expiração na saída do ar dos pulmões (9).
 - Sinais de dificuldade respiratória – manifestada com oscilar das asas do nariz, abrindo mais na entrada do ar na inspiração e/ou com o repuxar da pele entre as costelas, que vai para dentro na inspiração.
 - Vômitos repetidos - mais de 4 a 5 vômitos em poucas horas, especialmente se vômito de cor esverdeada.
 - Sede intensa, impossível de saciar ou ter os lábios extremamente secos.
 - Recusa **TOTAL** para alimentos e/ou líquidos por um período superior a 2 refeições.
 - Febre axilar > 40° ou rectal > 41 °C (10,11).
 - Dor forte referida espontaneamente ou noção de que tem dores em qualquer local manifestada por “comportamentos indicativos de dor forte” em criança muito jovem, e que persistem após o paracetamol ou outro medicamento para a dor (12,13).
 - Dores que são despertadas ou agravadas por qualquer tipo de movimento.
 - Incapacidade ou **MUITA** dificuldade em estar de pé ou em caminhar.
 - Várias idas ao médico no mesmo episódio de doença (14).
 - Sensação subjectiva dos pais de que “este episódio de febre é diferentes dos anteriores” para pior.
 - Palidez acentuada com início **MUITO RECENTE**, de apenas poucas horas (em regra associada a sonolência e a prostração).
- Recomendação:** se não estiver presente nenhum destes critérios, os pais poderão esperar com serenidade mas vigilantes, até ao 4º - 5º dia de doença, ou até mais ... apenas administrando antipiréticos em S.O.S.
- E da análise da Figura 1 poderá verificar-se que duram mais de 4 dias completos de febre (mais de 96 horas) pelo menos 30% dos episódios febris benignos.

Observações:

A) **Não são critérios de alerta**, isto é, ocorrem muito frequentemente em situações banais e benignas de febre:

- Febre cuja temperatura **não** vem ao normal com os antipiréticos, mas sem nenhum dos critérios atrás referidos.
- A “má perfusão” observada na subida térmica, e traduzida pelo marmoreado (reticulado) da pele, com evidência da rede de vasos; trata-se de um fenómeno fisiológico durante a fase de subida da febre, pelo que não deverá ser excessivamente valorizado (10).
- Extremidades frias: aplica-se aqui a recomendação anterior (10).
- A presença de “muita tosse” é, em regra, um sinal de benignidade, apontando para uma doença infecciosa relativamente benigna (por vírus ou germens “atípicos”).
- Erupção (exantema) sem febre ou que surge só depois do 3º dia de febre e com bom estado geral (ver nota 6).
- Erupção em toalha tipo queimadura do Sol. Embora este tipo de erupção em toalha se tiver duração superior a 24 horas possa corresponder a uma escarlatina e, conseqüentemente justificar consulta médica, em regra não é uma emergência médica.

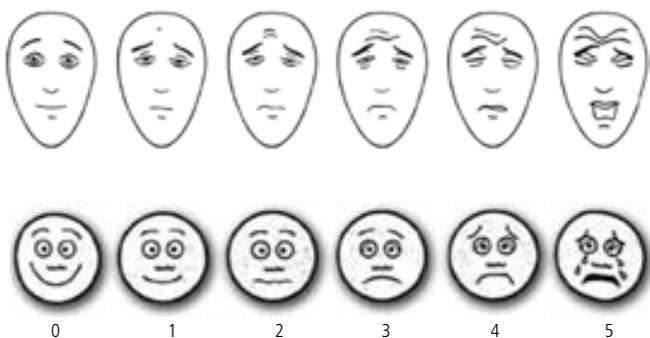


Figura 3

Adaptação da Escala Facial de Dor também para quantificar o desconforto da criança com febre; Considerar CAF os grau 3, 4 e 5.



Figura 4

Grau 3 da Escala Facial



Figura 5

Doente com os dois tipos de manchas: petéquias (tipo “picadas”) e máculas (manchas róseas).



Figura 6

Petéquia: a lesão não desaparece à compressão exercida com um vidro



Figura 7

Púrpura equimótica (também não desaparece à -pressão



Figura 8

Manchas róseas dispersas e transitórias (duração de poucas horas) nos membros

B) Notas

1) O principal objectivo da administração de um antipirético (paracetamol ou ibuprofeno) não é o de suprimir totalmente a febre (a febre é benéfica e ajuda a controlar as doenças) mas sim o de aliviar a criança.

O pico de maior acção do paracetamol e do ibuprofeno ocorre cerca de 2 horas depois de serem administrados. Será errado administrar outro antipirético sem ter deixado actuar bem o primeiro.

É frequente na febre que a temperatura não venha ao normal mesmo sob a acção de um destes antipiréticos. Considera-se que o paracetamol ou o ibuprofeno foram eficazes no controlo da temperatura se a temperatura baixar de pelo menos 1,5°C em relação à temperatura inicial. Em ambos, a sua duração de acção é de apenas 4 a 6 horas.

2) Nas crianças com menos de 3 meses, até 10% dos episódios febris poderão ter subjacente uma doença mais ou menos grave; nestas idades a febre até poderá inclusive ser relativamente baixa, ou não haver febre ou haver mesmo hipotermia (< 35,5°C): daí que se justifique muita prudência perante outros CAF neste grupo etário.

3) Toda a febre se acompanha dum fisiológico aumento da duração do sono e de maior sonolência. Será atípico ocorrer sonos interrompidos com intervalos muito curtos, cada 1 a 2 horas de forma persistente. Frequentemente essa interrupção resultará da dor intensa dum banal otite. A intensidade da dor da otite justificará um analgésico e eventual consulta médica. Na ausência de causa óbvia para os sonos muito interrompidos, justificar-se-á uma reavaliação com intervalo curto. Justificará igualmente atenção redobrada uma sonolência excessiva que persiste durante muitas horas.

4) Por **prostração** deverá entender-se o comportamento dum criança que, “estando acordado, se comporta na alma e no corpo como se estivesse a dormir”. É estar **MUITO, MUITO “mortiço”** há várias horas.

5) Este critério, sobre a **Impressão da Face**, exige primeiro baixar a temperatura e só depois avaliar.

Considerar CAF a partir do grau 3 da Figura 3 e 4 (os graus 3,4,e 5) e pelo contrário será algo tranquilizadores os graus 0, 1 e 2. Se a criança sorrir imediatamente ficará com grau 0.

6) **Manchas cutâneas transitórias, breves**, nos primeiros dois dias de febre: esta recomendação só se aplica à criança com **febre e prostração**.

Nas doenças benignas que cursam com febre e manchas de pequenas dimensões, estas são fixas e duram quase sempre mais 24 horas. O inverso será de estranhar: nas primeiras horas ou mesmo nos primeiros 2 dias de febre, uma erupção fugaz (transitória) será sempre um elemento clínico a justificar muita prudência.

7) Por **calafrios** deverá entender-se uma sensação muito acentuada de frio, com tremores intensos associados a erecção dos pêlos e trepidação dos dentes.

8) A **frequência respiratória** determina-se contando o número de vezes que o tórax expande (“sobe”) durante um minuto.

9) Não confundir com o ... **ããã...ããã...ããã...** dum lamúria, dum birra ou de dor. Pretende-se antes chamar a atenção para a interrupção ou mesmo a suspensão momentânea da saída de ar no final da expiração - **hhhann... hhhann... hhhann...** Este últimos sons sugerem envolvimento pulmonar.

10) No início da subida da febre é fisiológico que o organismo conserve calor (para assim aquecer). De forma transitória, as extremidades e até a pele ficam mais frias do que o previsto. Nesta curta fase em que a febre está a subir, até 20% das avaliações da temperatura a nível da axila podem dar falsas temperaturas normais, quando comparadas com a avaliação da temperatura central a nível rectal.

Assim, se uma criança tem um comportamento compatível com uma doença febril e a temperatura axilar é normal, justificar-se-á avaliar a temperatura rectal (nas crianças com menos de 5 anos) ou fazer uma reavaliação da temperatura axilar pelo menos uma hora depois.

Não será raro documentar-se então a febre. Se a temperatura continua normal, poderá assumir-se a ausência de febre. Nas avaliações da temperatura rectal deverá usar-se **exclusivamente** um termómetro de ponta mole e flexível que deverá ser introduzida pelo menos 3 cm.

11) A definição comum de febre não tem em conta a variabilidade individual. Existem algumas crianças que têm temperaturas axilares normais sempre inferiores 36°C e outras têm valores sempre superiores a 36,5°C. Algumas têm valores ainda mais extremados.

Naturalmente temperaturas com valores entre 38,5 -39,5 poderão ser muito elevadas para umas crianças e menos elevadas para outras. Mas temperaturas de 40°C serão sempre muito elevadas. Pelas razões atrás expostas, perante uma criança com febre baixa ou mesmo “sem febre” na avaliação axilar, mas com vários dos CAF atrás descritos, será prudente uma observação cuidadosa ... e se necessário deverá repetir-se a avaliação da temperatura pouco tempo depois.

12) Excepto a dor banal da garganta ou ouvidos; reavaliar sempre após a medicação com paracetamol ou ibuprofeno.

13) São exemplos de **“comportamentos indicativos de dor forte”**: choro, grito e/ou recusa em estar ao colo; choro ou grito ao toque e/ou à mobilização de qualquer zona do corpo; grito, choro nas oscilações bruscas do corpo, por exemplo em viagem de automóvel; imobilização / recusa ou diminuição dos movimentos dum membro; gemido de **...ããã...ããã...ããã...** ou até ter os “cantos externos dos olhos e da boca muito caídos” (Figura 3).

14) Uma família que repetidamente procura uma avaliação médica no mesmo episódio de doença, em regra tem razão: ou justifica-se mesmo a sua preocupação ou não foram devidamente esclarecidos.