PROTOCOLO FEBRE NO RECÉM NASCIDO

* **Conceito:**

A definição de RN febril é uma criança com menos de 30 dias de vida e temperatura retal ≥ a 38ºC 1,2.

Perante um RN que foi de alta saudável e que retorna com febre no ambulatório ou na emergência, o pediatra deve orientar o seu raciocínio para responder às seguintes perguntas que podem ajudar a esclarecer as causas.

É um caso de febre por baixa ingesta de leite?

O paciente tem uma infecção bacteriana?

O RN tem uma pneumonia viral/bronquiolite?

Trata-se de um caso de infecção por Herpes vírus?

É um RN com cardiopatia congênita?

* **Causas Mais Frequentes:**

1-**Baixa Ingestão De Leite:**

**As características que fazem pensar nesta doença são:**

Febre que aparece nos primeiros dias de vida, mais freqüente entre o segundo e o 2º e o 5º dia;

Sem história sugestiva de infecção (ver tabela 1);

Parto cesáreo;

Mães inexperientes tem > risco;

Mães com dificuldade de amamentação.;

Ao exame as mamas podem mostrar: pouco leite, mamilo invertido, mamas muito ingurgitadas (“peito empedrado”), fissuras, cicatrizes cirúrgicas, etc;

RN suga pouco ou suga mal;

RN com doenças que predispõem à dificuldade de sucção (Síndrome de Down, fenda palatina, micrognatia, etc), tem maior risco;

RN GIG tem maior risco;

O RN urina pouco;

A incidência aumenta nos meses mais quentes;

RN que perdeu > 10% do peso de nascimento;

Exame segmentar normal ou desidratação de grau variável;

É freqüente que algum grau de icterícia acompanhe o quadro clínico;

Hemograma normal;

Os casos mais graves podem cursar com desidratação hipernatrêmica;

A intensidade da febre está relacionada ao grau de hipernatremia.

* **Como Tratar:**

- O paciente deve ficar internado para observação e tratamento.

- As desidratações leves podem ser tratadas no Alojamento Conjunto (ALCON), com leite materno ordenhado ou leite humano de banco.

- Os casos mais graves requerem de internação na UTIN ou UCIN CO.

- Nos casos de intensa desidratação hipernatrêmica, a solução de eleição para a expansão inicial é o soro fisiológico (20 ml/kg).

- Corrigir a hipernatremia DEVAGAR para evitar as complicações .

- Considerar que se chegou a esse grau de hipernatremia ao longo de alguns dias, portanto - - A CORREÇÃO DO SÓDIO DEVE SER REALIZADA EM DIAS, NÃO EM HORAS.

- As convulsões aparecem mais freqüentemente após a instalação do tratamento de correção de hipernatremia, principalmente com soluções hipotônicas.

- Após a expansão a hidratação venosa de manutenção deve ser feita com Na+ a 2-3 mEq/100 ml.

- É muito importante a prevenção, identificando os fatores de risco para problemas na amamentação no binômio mãe-filho, no intuito de corrigí-los antes da alta.

* I**nfecção Bacteriana**:

A base do diagnóstico é o tripé: FATORES DE RISCO MATERNOS, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DO RN E EXAMES LABORATORIAIS

|  |
| --- |
| Tabela 1. Fatores de risco maternos para sepse neonatal precoce. |
| Rotura prematura de membranas > 12 horas |
| Febre materna intraparto |
| Corioamnionite |
| Taquicardia fetal (BCF > 160 bpm) |
| Fisometria positiva (Líquido amniótico fétido) |
| Parto prematuro |
| Colonização materna por Estreptococo do Grupo B |
| Gestação gemelar |
| Leucocitose materna |
| Qualquer infecção bacteriana na mãe (Infecção do trato urinário, abscesso dentário, etc) |

* **As manifestações clínicas:**

São altamente inespecíficas e incluem: febre, hipotermia, apatia, hipotonia, choro fraco, sucção débil, enchimento capilar > 3 segundos, desconforto respiratório, distensão abdominal, vômitos, apnéias, etc.

Os neonatos podem apresentar infecção bacteriana severa, sem nenhum episódio de febre.

**Exames necessários e observações:**

Hemograma, PCR, hemocultura, raio x de tórax e abdome e, se a condição do paciente o permitir, punção lombar e punção supra-púbica.

Os pacientes com suspeita de infecção bacteriana devem ser internados em UTI ou UCIN.

O esquema antibiótico inicial no RN com suspeita de infecção bacteriana sem porta de entrada definida deve incluir ampicilina associada a gentamicina.

É importante garantir de imediato acesso venoso confiável e suporte ventilatório se necessário.

Expansão e drogas vasoativas conforme necessidade.

**Pneumonia Viral/Bronquiolite:**

- O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é responsável por 80% dos casos, mas outros como o adenovirus, influenza e parainfluenza podem causar a doença.

- Acontece mais nos meses frios, em surtos epidêmicos.

- Freqüentemente têm alguém gripado na família.

**Sintomas gripais:**

Congestão nasal, olhos vermelhos, etc. e pode evoluir com febre, tosse, desconforto respiratório, crepitações, sibilos e até apnéia.

A apnéia pode ser precoce e se apresentar antes dos outros sintomas.

O MENOR DE 30 DIAS COM TOSSE PERMANENTE AO LONGO DO DIA DEVE SER INTERNADO, POIS PODE EVOLUIR PARA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA EM POUCAS HORAS.

NO MENOR DE 30 DIAS, QUALQUER SINAL DE DESCONFORTO RESPIRATÓRIO (BATIMENTO DE ASAS DO NARIZ, TIRAGEM INTERCOSTAL, RETRAÇÃO ESTERNAL, TAQUIPNÉIA OU GEMÊNCIA) INDICA A IMEDIATA INTERNAÇÃO.

AVALIAR BOLETIM DE SILVERMAN ANDERSEN.

* **Exames:**

O hemograma não mostra padrão compatível com infecção bacteriana.

O raio X de tórax pode ser normal ou evidenciar infiltrados, condensações ou hiperinsuflação pulmonar.

Nestes casos, mesmo na suspeita de pneumonia viral é aconselhável colher hemocultura e iniciar Ampicilina + Gentamicina (a depender do histórico materno) durante o período inicial de internação .

No RN com tosse deve atentar-se também para coqueluche , uma vez que não acontece imunidade passiva via transplacentária e que a vacinação acontece só com dois meses de idade. O paciente apresenta a fase catarral, caracterizada por congestão nasal e febre baixa e evolui depois para a fase de tosse paroxística, chamando a atenção a bom estado geral nos períodos intercrise.

* **Cardiopatia Congênita:**

As cardiopatias devem ser incluídas no diagnóstico diferencial de RN que foram de alta em bom estado geral e que retornaram ao pronto socorro ou ambulatório. Apenas algumas considerações serão enunciadas:

## Cardiopatias congênitas acianóticas abrem o quadro como ICC de desenvolvimento progressivo (Taquipnéia, taquicardia e hepatomegalia).

Cardiopatias congênitas cianóticas podem se manifestar tanto na primeira semana com 2-3 semanas de idade.

O RN que chega no PS em choque deve sempre fazer pensar em cardiopatia congênita como diagnóstico diferencial.

Recém nascidos que chega no PS com cianose, mas com raios-X de tórax normal, devem receber Prostaglandina E (Prostín® ) até que se elucide melhor o diagnóstico.

A falta de ecocardiograma, não justifica o adiamento do início do tratamento com prostaglandina nestes pacientes.

A ausência de sopro não exclui o diagnóstico de cardiopatia congênita.

EM GERAL, É MUITO DIFÍCIL CONSEGUIR REALIZAR UM ECOCARDIOGRAMA OU OBTER VAGA EM UTI CARDIOLÓGICA EM POUCAS HORAS. CONTUDO, A SUSPEIÇÃO PERMANENTE E A AVALIAÇÃO CLÍNICO-RADIOLÓGICA SÃO SUFICIENTES, NA MAIORIA DAS VEZES, PARA AUTORIZAR O USO DA TERAPIA SALVADORA COM PROSTAGLANDINA E (PROSTÍN®).

**ROTEIRO SUGERIDO PARA ATENDER O RN QUE FOI DE ALTA EM BOM ESTADO GERAL E RETORNA COM FEBRE OU OUTRO SINTOMA /SINAL**

**(apatia,recusa alimentar,dificuldade respiratória,cianose,apnéia)**

**PELO AMBULATÓRIO OU PS**:

**HISTÓRIA CLÍNICA COMPLETA**:

Ecografia pré-natais alteradas? (malformação de vias urinárias predispõem a sepse).

Existem fatores de risco maternos para infecção?

Mãe inexperiente? Dificuldade na amamentação?

RN urina pelo menos três vezes no dia? A fralda fica bem molhada?

Qual o peso de nascimento? Foi GRANDE PARA A IDADE GESTACIONAL? Perdeu mais de 10% do peso?

Está tossindo? Alguém gripado na família?

Infecção por herpes no último trimestre?

Mudou o padrão comportamental do RN? Está diferente? Está apático?

Qual a idade do RN?

Primeira semana de vida, em bom estado geral e sem história sugestiva de infecção, mais provável baixa ingesta. Se exame físico alterado, com sintomas inespecíficos, mais provável tratar-se de sepse precoce.

* **Exames Físico Completo:**

Retirar toda a roupa e realizar exame detalhado céfalo-caudal.

Pesar o RN.

Icterícia ou cianose?

Tem vesículas em couro cabeludo, córnea ou boca?

Fontanela funda? (desidratação) ou abaulada? (encefalite herpética).

Batimento de asas do nariz?

Boca com saliva espessa?

Ingurgitação jugular?

Tiragem intercostal? Retração esternal? Gemência? FR > 60 ipm?

Crépitos na ausculta pulmonar?

Ictus palpável? Sopro cardíaco? B2 hiperfonético?

Enchimento capilar no tórax > de 3 segundos?

Distensão abdominal? Hiperemia periumbilical? Onfalite?

Hepatomegalia?

Pulsos femorais presentes?

Hérnia inguinal?

Tônus muscular e atividade do RN.

QUANDO SE TRATA DE RECÉM NASCIDOS, O EXAME FÍSICO COMPLETO INCLUI O EXAME DAS MAMAS DA MÃE E A AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO.

* **Exames Complementares**:

Glicemia capilar assim que chegar. Se hipoglicemia, internar para tratamento endovenoso.

Hemograma completo, sódio (desidratação hipernatrêmica?), potássio, cálcio, magnésio, uréia, creatinina (IRA pré-renal?), TGO, TGP (Herpes?).

É FUNDAMENTAL VALORIZAR SEMPRE O ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE, MAIS DO QUE OS EXAMES COMPLEMENTARES.

1% dos RN com febre apresentam meningite bacteriana. Contudo, não existe consenso de que todo episódio febril no RN requeira de punção lombar. Vai depender da história e exames complementares.

ATENÇÃO:QUALQUER ALTERAÇÃO NO EXAME FÍSICO AVALIAR NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE NEONATAL.

* **Referências Bibliográficas:**

1)Harper MB. Update on the Management of the Febrile Infant Clin Ped Emerg Med 5:5,.2004

2) Dobson J, Jacques P, Bales M, Lee R. Managing the febrile infant: what is the standard of care? JAAPA; 21:50,2008.

3) Maayan-Metzger A, Mazkereth R and Kuint.J. Fever in healthy asymptomatic newborns during the first days of life *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 88;312,2003

4) F Tiker, B Gurakan, H Kilicdag and A Tarcan. Dehydration: the main cause of fever during the first week of life. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 89;373,2004

5) Bhat SR, Lewis P, Angela et al. Dehydration and Hypernatremia in Breast-fed Term Healthy Neonates Indian J Pediatr, 73: 39, 2006

6) Livingstone VH, Willis CE et al. Neonatal hypernatremic dehydration associated with breast-feeding malnutrition: a retrospective survey. CMAJ 2000; 162: 647, 2000

7) Chilton LA Prevention and management of hypematremic dehydration in breast-fed infants. West J Med 163:74,1995

8) Barbosa AP, Szajnbok J. Distúrbios hidreletrolíticos. J Pediatr (Rio J) 75 (Sup.2):S223,1999

9) Margotto PR, Paula C AM. Hidratação venosa, In. Margotto PR. Assistência ao Recém Nascido de Risco, Hospital Anchieta, Brasília, 3ª Ed, em preparação

10) Silveira R, Procianoy R. Sepse neonatal precoce: diagnóstico e conduta. In: PRORN. Editora Panamericana. Ciclo 1 Módulo3. 2004.

11) Brousseau T, Sharieff G. Newborn Emergencies: The First 30 Days of Life. Pediatr Clin North Am 53:69,2006

12) Colletti J, Homme J, Woodridge D. Unsuspected neonatal killers in emergency medicine. Emerg Med Clin North Am 22: 929,2004

13) Margotto PR. Herpes simples neonatal In. Margotto PR. Assistência ao Recém Nascido de Risco, Hospital Anchieta, Brasília, 2ª Edição, em preparação

14)Margotto PR. ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO FEBRIL. Margotto PR.

Assistência ao Recém Nascido de Risco,Brasília, 3°edição.

15) Caviness AC, Demmler GJ, Swint JM, Cantor SB. Cost-effectiveness analysis of herpes simplex virus testing and treatment strategies in febrile neonates. Arch Pediatr Adolesc Med. 162:665,2008

Responsável pela elaboração da rotina: Dra. Maria Aparecida Moreira Machado