

## ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL

Entidade filiada à Associação Médica Brasileira – AMB  
Fundação em 27/10/1951 – Av. Ipiranga, 5311 –  
CEP 90610-001 – Porto Alegre – RS – Brasil  
Tel.: (51) 3014-2001  
www.amrigrs.org.br

### DIRETORIA DA AMRIGS 2008/2011

Presidente: Dr. Dirceu Rodrigues  
Diretor Administrativo: Dr. Renato Lajús Breda  
Diretor de Finanças: Dr. Alfredo Floro Cantalice Neto  
Diretor do Exercício Profissional: Dr. Jorge A. B. Telles  
Diretor Científico: Dr. Antonio Carlos Weston  
Diretor de Assistência e Previdência: Dr. Marcelo S. Silveira  
Diretor de Normas: Dr. Jair Rodrigues Escobar  
Diretor de Relações Associativas e Culturais:  
Dr. Jorge Utaliz Silveira  
Diretor de Assuntos do Interior: Dr. Bernardo Avelino Aguiar

### REVISTA DA AMRIGS

Editor Executivo: Prof. Dr. Renato Borges Fagundes  
Editores Associados: Prof. Dr. Fernando Kowacs  
Profa. Dra. Sandra Maria Vieira  
Editora Honorífica: Profa. Dra. Themis Reverbel da Silveira

#### Conselho Editorial Internacional:

Juan Pablo Orcajada, MD, PhD (Hospital Universitario del Mar de Barcelona – Espanha), Ricardo Farre, PhD (Catholic University of Leuven – Bélgica), Eduardo De Stefani, MD (National Cancer Registry, Montevideo – Uruguai), Lissandra Dal'Ago, MD, PhD (Universidade Livre de Bruxelas – Bélgica)

#### Conselho Editorial Nacional:

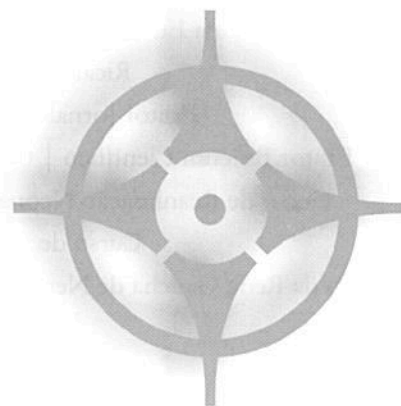
Prof. Dr. Airton Stein (UFCSPA – POA – RS)  
Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes (USP – Ribeirão Preto – SP)  
Prof. Dr. Antônio Pazin Filho (USP – Ribeirão Preto – SP)  
Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez (USP – Ribeirão Preto – SP)  
Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho (USP – Ribeirão Preto – SP)  
Dr. Ilmar Kohler (ULBRA – POA – RS)  
Prof. Dr. Joel Alves Lamounier (UFMG – B. Horizonte – MG)  
Prof. Dr. Júlio Cezar Uili Coelho (UEPA – Curitiba – PR)  
Prof. Dr. Lauro Wichert Ana (USP – Ribeirão Preto – SP)  
Profa. Dra. Luane Marques de Mello (USP – Ribeirão Preto – SP)  
Prof. Dr. Marcelo Carneiro (UNISC – Santa Cruz do Sul – RS)  
Prof. Dr. Paulo Augusto Moreira Camargos (UFMG – Belo Horizonte – MG)  
Profa. Dra. Themis Reverbel da Silveira (UFRGS – POA – RS)

**Equipe administrativa:** Ivan Carlos Guareschi (Gerente Executivo),  
Deisy de Azeredo Rosa (Supervisora Uni/Amrigrs),  
Márcia Leandra Baldasso (Assistente Administrativo), Claudio dos Santos  
Nunes (Assistente Administrativo), Daniel Bueno (Tradutor)

**Revisão:** Camila Kieling  
**Editoração:** Marta Castilhos

**Comercialização e contato:** AMRIGS  
Fones: (51) 3014-2015 ou (51) 3014-2016  
revista@amrigrs.org.br

Indexada na base de dados LILACS.  
Filiada à ABEC.



# Revista da AMRIGS Suplemento

VOL. 55 – Nº 2 ABR./JUN. 2011

# Mensagens da palestra sobre nascimentos pré-termo

Fernando Barros

Os nascimentos pré-termo (até agora definidos como abaixo de 37 semanas de gestação) estão aumentando em vários locais do mundo, inclusive no Brasil. Em Pelotas, eles correspondem atualmente a cerca de 15% do total de nascimentos.

Entretanto, é possível que a classificação atual de pré-termos deva ser revisada. Os recém-nascidos com 37 semanas (que correspondem a 10% do total de nascimentos) também comportam-se como pré-termo, pois têm maior morbidade e mortalidade do que o grupo com idade gestacional entre 39 e 41 semanas. Com relação aos recém-nascidos de 38 semanas, pelo menos dois estudos mostram que estes também podem ter alguns resultados desfavoráveis (relacionados a mortalidade neonatal e função cognitiva na infância) do que os de 39-41 semanas.

## Como beneficiar mães e filhos?

Ter em conta que há sempre uma margem de erro nas estimativas da idade gestacional, com qualquer método.

Estimativas com distintos métodos podem ser dar resultados diferentes. Aquelas feitas por ultrassom costumam estimar uns poucos dias para menos a idade gestacional, com relação às estimativas feitas com a data da última menstruação.

Cada dia conta para assegurar a manutenção de um feto dentro do útero, se suas condições são normais e não atingiu 41 semanas. Nascer com uma semana a mais pode ser uma garantia de mais saúde.

Quando a cesariana eletiva for inevitável, aguardar o início do trabalho de parto, ou marcá-la para idades gestacionais nunca inferiores a 39 semanas.

---

# Uso de antitérmicos: quando e como

Danilo Blank

“Febre é o instrumento da Natureza que ela põe em campo para remover seu inimigo.”

Thomas Sydenham (1)

## A fobia da febre corre solta com a participação ativa dos médicos!

No início deste ano, a mídia estadunidense divulgou com grande destaque (2, 3) o recém-publicado relatório da Academia Americana de Pediatria (4), que recomenda aos pediatras minimizar a chamada fobia da febre, orientando os pais sobre os baixos riscos e os possíveis benefícios da febre, promovendo o seu manejo seguro e racional, com uso judicioso de drogas antipiréticas.

Em tempo: fobia da febre foi um termo cunhado por Barton Schmitt (5), há mais de trinta anos, para designar a preocupação exagerada de muitos pais com febres baixas (temperatura axilar de 38,5°C ou menos) devido à crença infundada de cerca de metade deles de que febres de 39,5°C poderiam causar danos neurológicos e que sem tratamento

medicamentoso a temperatura subiria até 43°C, o que levaria 85% desses cuidadores à administração intempestiva de drogas antipiréticas em crianças com febre bem abaixo de 38°C (nível recomendado pela OMS para o emprego de antipiréticos) (6).

No Brasil, apesar da falta de registros documentais, a simples observação do dia a dia do atendimento pediátrico evidencia que a fobia da febre corre tão solta quanto informa a literatura de fora, que aponta que 90% dos pais acreditam que a febre pode ter efeitos danosos, metade consideram altas temperaturas de 38,5°C e medem a temperatura mais do que de hora em hora durante episódios febris; 25% administram antipiréticos para crianças com temperatura abaixo de 37,0°C; 85% acordariam a criança para dar a medicação (7). Sobretudo, é preocupante a informação de que 67% dos pais afirmam alternar drogas antipiréticas

em geral, acetaminofeno e ibuprofeno (8), prática formalmente contraindicada por todos os consensos de especialistas (4, 9-17). Pior: a grande maioria dos pais afirmam que usam os antipiréticos seguindo a orientação dos pediatras (7, 8)! Com efeito, ainda que não documentada, a atitude dos pediatras brasileiros é conspicuamente sintônica com o que relata a literatura de fora: dois terços dos pediatras sempre prescrevem antipiréticos em casos de febre, 90% das vezes para temperaturas axilares entre 37,5°C e 38,0°C (18); metade deles principalmente aqueles com menos de cinco anos de prática aconselham explicitamente os pais a alternar acetaminofeno e ibuprofeno (19).

### Colocando os pontos nos is nas consultas de puericultura

O aconselhamento apropriado acerca do manejo da febre começa por discutir com os cuidadores o que é e o que não é febre, que a medida da temperatura em si não deve ser o foco de atenção (até porque não existe um consenso sobre pontos de corte) e, principalmente, que a febre tem baixíssima probabilidade de causar danos e pode ser benéfi-

ca (4, 17). Recomenda-se que isso seja feito no contexto do aconselhamento antecipatório das consultas de puericultura e, sempre que possível, com o emprego de folders (20).

Quanto à definição de febre, em vista da oscilação natural da temperatura do corpo conforme a hora do dia, circunstâncias externas, idade e entre indivíduos, além da enorme variabilidade de medidas obtidas por tipos diferentes de termômetros e locais de aferição, a tendência atual é desenfatiçar valores numéricos, necessariamente arbitrários, e utilizar definições fisiológicas reconhecidas (17, 20, 21). Duas das mais correntes, que devem ser explicadas aos pacientes: (a) febre é a elevação da temperatura corpórea acima da variação diária normal; (b) febre é uma resposta fisiológica complexa à doença, mediada por citocinas pirogênicas e caracterizada por uma elevação regulada da temperatura central do corpo e ativação de sistemas imunológicos (17, 21).

Para aqueles que precisam de números, pode-se pautar o aconselhamento pelas faixas de temperatura relacionadas na Tabela 1, sempre enfatizando que se tratam de definições arbitrárias e que quaisquer medidas terapêuticas sempre visarão ao conforto e bem estar do paciente, em vez da simples tentativa de reduzir a temperatura (4, 11).

**Tabela 1** – Níveis de temperatura corporal de interesse pediátrico\*

	°C		°F	
	Axilar	Retal	Axilar	Retal
Faixa de variação circadiana	36,5 37,2	37,3 38,0	97,7 99,0	99,1 100,4
Limite mínimo para uso de antipirético (OMS) (6) O(OMS){Programme for the Control of Acute Respiratory Infections, 1993 #1054}	38,2	39,0	100,8	102,2
Febre moderada (limite inferior)	38,5	39,3	101,3	102,7
Febre alta (limite inferior)	39,5	40,3	103,1	104,5
Risco de bacteriemia > 10%	39,7	40,5	103,5	104,9
Risco de dano neurológico	42,0	42,8	107,6	109,0

\* Valores arbitrários conforme ocorrências mais usuais na literatura (6, 11, 21-23)

**Tabela 2** – Contrapontos (apoiados em evidências científicas) sobre benefícios e prejuízos da febre\*

A febre é uma amiga..., mas nem tanto, porque:	A febre é uma inimiga..., mas nem tanto, porque:
há evidências experimentais, em animais e humanos, de que temperaturas elevadas levam à redução da reprodução microbiana e viral e ao estímulo da atividade imunitária, ... mas não há demonstração clínica substancial de que a terapia antipirética possa piorar a evolução das infecções comuns;	aumenta o consumo de oxigênio e prejudica o rendimento cardíaco, ... mas isso só tem relevância clínica em crianças muito debilitadas, em pneumonias graves, em que se acentua a hipoxemia, e nos cardiopatas;
a curva febril auxilia o diagnóstico, ... mas um antitérmico dado num pico febril não produz alterações significativas;	pode causar convulsão, ...mas só em casos de instalação súbita, em menos de 5% das crianças normais; além disso, convulsões febris, embora indesejáveis, não causam lesão cerebral;
antitérmicos podem mascarar a gravidade da doença, ...mas é o contrário: nos casos duvidosos, com toxemia moderada, o reexame da criança após o efeito de uma dose de antitérmico pode determinar se o caso é realmente grave (a criança continua muito abatida) ou é benigno (a disposição da criança apresenta melhora evidente).	pode causar dano neurológico, ...mas isto só ocorre com febres altas, muito raras, acima de 42,0°C;
	Associa-se com outros sintomas que causam desconforto (dor muscular, irritabilidade, mal-estar, astenia e anorexia), ... mas os antipiréticos só aliviam a dor, não melhoram a astenia e a anorexia.

\* Adaptado de: Murahovschi J. A criança com febre no consultório. J Pediatr (Rio J). 2003;79(Supl.1):S55-S64.

## Febre: amiga ou inimiga?

A citação de Thomas Sydenham que abre este texto define a visão corrente até meados do século XIX, de que a febre era benéfica. Ao longo do século passado, prevaleceu a visão “moderna” não apoiada em evidências científicas, de que deveria ser combatida (23). Hoje, segundo Matthew J. Kluger (24), há evidências fortes de que a supressão medicamentosa da febre, vista como uma resposta adaptativa a infecções que evoluiu por milhões de anos, provavelmente levaria ao aumento da morbidade por muitas infecções.

Jayme Murahovschi (11) sintetizou de modo muito ilustrativo o dilema de tratar ou não tratar a febre como mostra a tabela 2, que deve ser cuidadosamente considerada por pediatras e cuidadores.

### Condutas gerais frente à criança febril

Os pais precisam ser bem orientados sobre os objetivos principais em caso de febre: reconhecer sinais de doenças potencialmente graves, melhorar o conforto da criança e manter um estado adequado de hidratação (4, 22).

O primeiro objetivo exige o reconhecimento de sinais de alerta de gravidade: idade inferior a três meses, principalmente recém-nascido; febre de mais de 39,4°C (especialmente se acompanhada de calafrios); mau estado geral, com letargia e/ou irritabilidade excessiva, ausência de sorriso; pele muito pálida ou moteada; choro inconsolável; respiração gemente, entrecortada ou ofegante; duração da febre maior que 72 horas (11). Nessas circunstâncias, a criança deve ser levada imediatamente para avaliação médica. Uma discussão mais detalhada deste tópico está fora do escopo deste texto, mas sugere-se que todo pediatra leia com atenção a diretriz do National Institute for Health and Clinical Excellence, “Feverish illness: assessment and initial management in children younger than 5 years” (17), bem como seu guia de referência rápida, disponível em <http://www.nice.org.uk/CG047>.

Crianças com febre não devem ser despidas ou muito agasalhadas. Caso a criança febril sinta frio, deve ser protegida com um cobertor (22). O ambiente deve ser bem

ventilado; a criança pode ficar ao ar livre, sem exposição direta ao sol (11).

Líquidos de qualquer natureza devem ser oferecidos com frequência e insistência gentil, de acordo com o gosto e a tolerância da criança. A oferta de comida deve respeitar a aceitação natural; lembrar que drogas antipiréticas não melhoram o apetite (4, 11).

Esponjar o corpo com água tépida pode reduzir temporariamente a temperatura do corpo, mas causa mais desconforto, arrepios e tremores do que qualquer benefício (12, 17, 20). Tal prática só está indicada em casos de temperatura acima de 41°C, sempre meia hora depois da administração de antipirético (22). Banhos com álcool misturado à água são sempre contraindicados (4, 6, 17).

### Pelo uso de antipiréticos apoiado em evidências

A decisão do pediatra de prescrever medicação antipirética de ser bem pesada, levando em conta os contrapontos da Tabela 2, mas, principalmente, o fato de que a prescrição leviana de tais drogas indica preocupação (que os leigos não percebem como infundada) com riscos apenas presumidos da febre, promovendo um sentido de busca exagerada pela normotermia (4, 10, 20).

Quem opta por prescrever antitérmicos conta com a justificativa do devido respeito pelas crenças e desejos dos pais, além do fato de que, apesar da febre aumentar as funções imunológicas, não há estudos em humanos que tenham demonstrado de modo convincente que o uso dessas drogas em infecções comuns virais ou bacterianas traga riscos clinicamente relevantes (6).

Drogas antipiréticas não devem ser utilizadas com o objetivo de reduzir a temperatura em si em crianças que pareçam estar se sentindo bem. Devem ser reservadas para crianças com desconforto físico ou dor (4, 6, 9).

Drogas antipiréticas não previnem convulsões febris e não devem ser usadas com esse objetivo (17, 21).

Há um consenso de que antipiréticos devem ser reservados para febres acima de 38,2°C, mas principalmente para minimizar o desconforto; lembrar que crianças não

Tabela 3 – Informações sobre drogas antipiréticas\*

	Acetaminofeno	Ibuprofeno	Dipirona
Diminuição da temperatura (°C)	1–2	1–2	1-2
Início da ação (h)	<1	<1	<1
Pico do efeito (h)	3–4	3–4	3-4
Duração do efeito (h)	4–6	6–8	4-6
Dose (mg/kg)	10-15, 4/4 h	5-10, 6/6 h	15-20, 6/6 h
Idade mínima (meses)	3	6	3
Dose máxima diária (mg/kg)	90	40	80
Dose máxima diária - adulto (g/d)	4	2,4	4

\* Adaptado de: Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs. Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*. 2011 March 1, 2011;127(3):580-7.

Prado J, Daza R, Chumbes O, Loayza I, Huicho L. Antipyretic efficacy and tolerability of oral ibuprofen, oral dipyrone and intramuscular dipyrone in children: a randomized controlled trial. *São Paulo. Med J*. 2006;124:135-40.

costumam manifestar desconforto com temperaturas inferiores a 39,5°C (6, 22).

Ao optar por prescrever um antitérmico, o pediatra deve informar os pais explicitamente que a medicação não diminuirá a temperatura até o nível normal e não impedirá que picos febris se repitam por vários dias, enquanto a infecção durar, sob pena de ser procurado novamente porque “o remédio não baixou a febre” (5, 11).

Drogas antipiréticas devem sempre ser usadas em regime de monoterapia, não superpondo ou intercalando drogas diferentes (4, 6, 9-12, 16, 20, 21). Contudo, se a criança não responde a uma opção, pode-se usar uma alternativa (17). Evitar doses de ataque maiores do que aquelas recomendadas, pois não têm efeito antipirético mais rápido ou superior (4).

As três drogas antipiréticas consideradas efetivas (embora causem reduções térmicas da ordem de 1 a 2°C, de relevância clínica marginal) e igualmente seguras são o acetaminofeno (ou paracetamol), a dipirona (ou metamizol) e o ibuprofeno. Estudos em humanos indicam eficácia analgésica e antipirética similar entre as duas últimas, ambas mais eficazes do que a primeira (25-27). A Tabela 3 mostra as informações principais para a sua prescrição.

### Sobre a alternância de antitérmicos

A prática de combinar drogas antipiréticas simultânea ou alternadamente, embora desaconselhada pelos especialistas (4, 10-17), é bastante popular entre profissionais de saúde e cuidadores (6, 18, 19). A revisão criteriosa da literatura revela apenas seis estudos randomizados que compararam diversos modos de combinação de acetaminofeno e ibuprofeno com monoterapia.

Em dois estudos (28, 29) compararam-se monoterapia com ibuprofeno e acetaminofeno e a administração simultânea de ambas as drogas. Verificaram que a combinação seria marginalmente superior ao acetaminofeno e não mais efetiva do que o ibuprofeno sozinho. Porém, ambos os estudos tinham problemas de validade, seleção de amostra e aferição de temperatura além de duas horas. Os autores de um dos estudos concluíram pela não recomendação da combinação de drogas (28).

Três estudos (30-32) mostraram superioridade da alternância de acetaminofeno e ibuprofeno em relação a ambas as drogas isoladas. Além de problemas de validade e tamanho das amostras, houve vieses causados por doses inadequadas e as diferenças médias da redução de temperatura, ainda que estatisticamente significativas, eram clinicamente insignificantes, não passando de 1°C. Neste grupo, os autores de dois estudos concluíram pela não recomendação da alternância (30, 32).

Um estudo mais recente (33) mostrou que tanto a administração simultânea como alternada de acetaminofeno e ibuprofeno teriam efeito antipirético mais prolongado do que o ibuprofeno sozinho, mas de novo a magnitude da redução da temperatura não passava de 1°C, além de não haver diferença nas primeiras quatro horas.

Além das diferenças clinicamente desprezíveis, as maiores críticas aos regimes de drogas combinadas apontam o risco nefrotoxicidade e de erros de dosagem por confusão dos cuidadores (4). Sobretudo, segundo Edward Purssell (14), estudos como os descritos acima podem ser lidos sem cuidado e usados por aqueles que não entendem os riscos e benefícios de tal abordagem para apoiar um tratamento que não é necessário, para um sintoma que na verdade não precisa de tratamento, nas mãos de pessoas que têm uma chance relativamente alta de fazer o tratamento errado. Com essas ressalvas em mente, sugere que os médicos devem continuar a seguir as principais diretrizes de especialistas e aconselhar os pais a usar somente uma droga antipirética por vez.

Em síntese, prevalece a recomendação da OMS, feita há quase vinte anos, de que pais e profissionais de saúde não devem como ocorre com frequência administrar antipiréticos de maneira automática a todas as crianças com febre. Deveriam “tratar a criança, não o termômetro”. A redução da febre deveria visar a melhorar o desconforto da criança (se significativo), o que geralmente só é necessário em casos de febre alta (6).

### Referências bibliográficas:

1. Payne JF, Thomas Sydenham. London, T. Fisher Unwin, 1900. apud Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. *Pediatrics*. 1985;75(6):1110-3.
2. Hill E. Parents stricken with “Fever Phobia”. *CBS News*. 2011; February 28, 2011 5:31 AM. Disponível em: <http://www.cbsnews.com/video/watch/?id=7357962n#ixzz1L6XpCcSI>. Acessado 01/05/2011.
3. Roan S. ‘Fever phobia’ may be worse than the fever. *Los Angeles Times*. 2011; March 5. Disponível em: <http://articles.latimes.com/2011/mar/05/health/la-he-fever-kids-20110306>. Acessado 01/05/2011.
4. Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs. Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*. 2011 March 1, 2011;127(3):580-7.
5. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child*. 1980;134(2):176-81.
6. Programme for the Control of Acute Respiratory Infections. The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries. Geneva: World Health Organization; 1993. Disponível em: [whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO\\_ARL\\_93.30.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_ARL_93.30.pdf).
7. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever Phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*. 2001 June 1, 2001;107(6):1241-6.
8. Wright AD, Liebelt EL. alternating antipyretics for fever reduction in children: an unfounded practice passed down to parents from pediatricians. *Clin Pediatr (Phila)*. March 1 2007;46(2):146-50.
9. Richardson M, Lakhanpaul M. Assessment and initial management of febrile illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. *BMJ*. June 2, 2007;334(7604):1163-4.
10. Knoebel EE, Narang AS, Ey JL. Fever: to treat or not to treat. (This Month's Debate). *Clin Pediatr (Phila)*. 2002;41(1):9-16.
11. Murahovschi J. A criança com febre no consultório. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(Supl.1):S55-S64.
12. El-Radhi ASM. Why is the evidence not affecting the practice of fever management? *Arch Dis Child*. November 1, 2008;93(11):918-20.
13. Nabulsi M. Is combining or alternating antipyretic therapy more beneficial than monotherapy for febrile children? *BMJ*. October 1, 2009;339:b3540.
14. Purssell E. Combining paracetamol and ibuprofen for fever in children. *BMJ*. September 10, 2008;337.
15. Jow K, Serwint JR. Question from the clinician: alternating acetaminophen and ibuprofen in the treatment of fever. *Pediatr Rev*. October 1, 2007;28(10):395-.

16. Miller AA. Alternating acetaminophen with ibuprofen for fever: is this a problem? *Pediatr Ann.* 2007;36(7):384-6.
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Feverish illness: assessment and initial management in children younger than 5 years. London: NICE; 2007. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/CG47/Guidance/pdf/English>.
18. May A, Bauchner H. Fever Phobia: the pediatrician's contribution. *Pediatrics.* December 1, 1992;90(6):851-4.
19. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics.* May 1, 2000;105(5):1009-12.
20. Crocetti MT, Serwint J. Fever: Separating fact from fiction. *Contemp Pediatr.* 2005. Disponível em: <http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/Infectious+Diseases/Fever-Separating-fact-from-fiction/ArticleStandard/Article/detail/143315>. Acesso em: 01/05/2011.
21. Kayman H. Management of fever: making evidence-based decisions. *Clin Pediatr (Phila).* 2003;42(5):383-92.
22. Schmitt BD. Fever in Childhood. *Pediatrics.* November 1 1984;74(5):929-36.
23. Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. *Pediatrics.* June 1 1985;75(6):1110-3.
24. Kluger MJ, Kozak W, Conn CA, Leon LR, Soszynski D. The adaptive value of fever. *Infect Dis Clin North Am.* 1996;10(1):1-20.
25. Allan GM, Ivers N, Shevchuk Y. Treatment of pediatric fever. *Can Fam Physician.* August 1, 2010;56(8):773.
26. Pierce CA, Voss B. Efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children and adults: a meta-analysis and qualitative review. *Ann Pharmacother.* March 1 2010;44(3):489-506.
27. Wong A, Sibbald A, Ferrero F, Plager M, Santolaya ME, Escobar AM, et al. Antipyretic effects of dipyron versus ibuprofen versus acetaminophen in children: results of a multinational, randomized, modified double-blind study. *Clin Pediatr (Phila).* June 1 2001;40(6):313-24.
28. Erlewyn-Lajeunesse MDS, Coppens K, Hunt LP, Chinnick PJ, Davies P, Higginson IM, et al. Randomised controlled trial of combined paracetamol and ibuprofen for fever. *Arch Dis Child.* May 1 2006;91(5):414-6.
29. Hay AD, Costelloe C, Redmond NM, Montgomery AA, Fletcher M, Hollinghurst S, et al. Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomised controlled trial. *BMJ.* September 2 2008;337:a1302.
30. Nabulsi M, Tamim H, Mahfoud Z, Itani M, Sabra R, Chamseddine F, et al. Alternating ibuprofen and acetaminophen in the treatment of febrile children: a pilot study [ISRCTN30487061]. *BMC Medicine.* 2006;4(1):4-12.
31. Sarrell EM, Wielunsky E, Cohen HA. Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen, or both alternating in a randomized, double-blind study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* February 1, 2006;160(2):197-202.
32. Kramer LC, Richards PA, Thompson AM, Harper DP, Fairchok MP. Alternating antipyretics: antipyretic efficacy of acetaminophen versus acetaminophen alternated with ibuprofen in children. *Clin Pediatr (Phila).* 2008;47(9):907-11.
33. Paul IM, Sturgis SA, Yang C, Engle L, Watts H, Berlin Jr CM. Efficacy of standard doses of ibuprofen alone, alternating, and combined with acetaminophen for the treatment of febrile children. *Clin Ther.* 2010;32(14):2433-40.

## Doença de Kawasaki

Dra. Patrícia Martins Moura Barrios

### Definição

Esta síndrome foi descrita pela primeira vez no Japão, em 1967, pelo Dr. Kawasaki, e consiste em sintomas secundários a reações autoimunes a um provável agente infeccioso ainda desconhecido.

### Epidemiologia

Incidência de 9,2 /100.000/ano nos USA.

Incidência de 108 /100.000/ano no Japão.

Mais comum em crianças menores de cinco anos (80%), do sexo masculino.

Maior ocorrência no final do inverno, primavera e em épocas de maior nível pluviométrico

### Etiologia e patogênese

Etiologia desconhecida. As características epidemiológicas, especialmente a ocorrência em crianças pequenas, o aumento de casos no inverno e a ocorrência de surtos epidêmicos sugere etiologia viral.

A patogênese é caracterizada por anormalidades imunorregulatórias agudas e transitórias desencadeadas por um agente que atua como um superantígeno capaz de recrutar um grande número de linfócitos T.

### Manifestações Clínicas

A fase aguda geralmente inicia com febre alta brevemente seguida por eritema polimórfico na pele (inicia mais comumente na região perineal e abdômen), conjuntivite não purulenta, ressecamento dos lábios, eritema bucal, língua framboesa, linfadenite cervical (mais comumente unilateral) e edema e eritema dos pés e das mãos.

A criança geralmente encontra-se irritada, com uma aparência desconfortável. A febre é geralmente alta (> 38° C), pouco responsiva a antitérmicos e, se não tratada, pode durar até três semanas. As alterações nas extremidades, talvez os achados mais característicos desta síndrome, duram geralmente de uma a duas semanas. Na fase subaguda, após duas semanas do início dos sintomas, ocorre uma descamação grosseira da pele das extremidades tipo "dedo de luva". O paciente também pode apresentar comprometimento do