

## Resumo: 00124

### Área científica

Infeciologia

### 1º Autor

Diana Moreira - Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

### Co-autores

Diana Moreira - Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

Filipa Balona - Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

Angelina Lameirão - Serviço de Patologia Clínica - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

Sandra Ramos - Departamento de Matemática – LEMA/ISEP

Eduarda Marques - Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

Graça Ferreira - Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

António Vilarinho - Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

### Título

O desempenho diagnóstico da procalcitonina na febre sem foco – Estudo prospectivo

### Texto

A procalcitonina (PCT) tem sido descrita como um marcador promissor na identificação precoce de infecção bacteriana invasiva (IBI) na febre sem foco (FSF).

Objectivo: Avaliar o desempenho diagnóstico da PCT, proteína C reactiva (PCR), contagem total de leucócitos (CTL) e neutrófilos (N) na identificação de IBI nas crianças admitidas por FSF na urgência pediátrica (UP).

Material e Métodos: Estudo prospectivo analítico de 254 crianças (idade: 7 dias-36 meses) com FSF, admitidas na UP de um hospital nível 3, que realizaram estudo analítico para excluir IBI. Na comparação das variáveis clínico-analíticas categóricas e contínuas, entre crianças com e sem IBI, foram usados o teste do qui-quadrado e o teste t, respectivamente. Para avaliar, num contexto univariado, a capacidade da PCT, PCR, CTL e N na discriminação da presença de IBI foram construídas curvas ROC. A identificação de preditores independentes de IBI foi realizada com recurso à regressão logística multivariada. Considerou-se uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05.

Resultados: Durante os 10 meses (Fev.-Nov. 2009) do estudo, a IBI foi diagnosticada em 57 (22.4%) crianças. A temperatura corporal máxima, a incidência de vômitos, arrepios, o doseamento da PCT, PCR, CTL e N foi significativamente mais elevado neste grupo comparativamente com o grupo de crianças sem IBI ( $p < 0.05$ ). A área abaixo da curva ROC (AUC) obtida foi: 0.967 (IC95%: 0.946-0.988) para a PCT; 0.897 (IC95%: 0.845-0.949) para a PCR; 0.792 (IC95%: 0.728-0.856) para N, e 0.766 (IC95%: 0.697-0.835) para CTL. O ponto de corte óptimo foi 0.69 ng/ml (sensibilidade: 78.9% e especificidade: 95.4%) para a PCT e 4.55 mg/dl (sensibilidade: 79.0% e especificidade: 91.0%) para a PCR. Na regressão logística multivariada, somente a PCT (OR: 10.088; IC95%: 3.297-30.865;  $p < 0.001$ ) e a PCR (OR: 1.341; IC95%: 1.112-1.618;  $p = 0.002$ ) foram considerados preditores independentes da presença de IBI. Para as crianças com evolução de febre  $\leq 12$  horas na admissão (21 IBI em 105 crianças), a AUC para a PCT e PCR foi 0.948 (IC95%: 0.904-0.993) e 0.795 (IC95%: 0.674-0.916), respectivamente ( $p < 0.001$ ). As AUC para a CTL e N revelaram-se inferiores às obtidas para a PCT e PCR.

Conclusão: Os resultados do estudo sugerem que a PCT e a PCR são os marcadores com maior capacidade discriminativa da presença de IBI em crianças com FSF.

A PCT apresenta maior poder discriminativo, em especial, na população com evolução de febre  $\leq 12$  horas na admissão.

### Palavras Chave

Procalcitonina, febre sem foco, infecção bacteriana invasiva.