

La febre com motiu principal de consulta a un servei privat d'urgències pediàtriques domiciliàries

Josep de la Flor, Josep Bras, Francesc Codina, Xavier Codina, Josep Miquel Soler, Diego L. Van Esso i el Grup "Pediàtres d'Urgència S.A."¹

"Pediàtres d'Urgència SA", Barcelona.

RESUM

Objectiu. Estudiar totes les variables registrades en les nostres visites en les quals la febre aguda és present.

Material i mètodes. Estudi prospectiu, d'un any de durada, en el qual en totes les visites amb febre aguda s'han registrat les dades següents: dia, hora, edat, sexe, temps d'evolució de la febre, altres motius de consulta, antecedents de convulsió febril, tractaments previs, diagnòstics, tractaments i eventual derivació hospitalària.

Resultats. La febre ha estat present en el 58.5% de les visites, amb una edat mitjana de 3.8 anys i una moda d'1 any. És motiu únic de consulta en el 50.6% dels casos. La distribució per edats és similar a la resta de visites. En el 56% el temps d'evolució és inferior a 12 hores. El 53% han iniciat prèviament tractament antitèrmic. El refredat comú ha estat el diagnòstic més freqüent (35%). El 12.3% han estat diagnòstics simptomàtics, una proporció inversament proporcional a l'edat del nen, al temps d'evolució i a la presència d'altres motius de consulta. S'ha fet prescripció d'antitèrmics en el 86% de les visites, i d'antibiòtics en el 54%. La derivació ha estat de l'1.45% (65% en menors de 36 mesos), principalment per valorar el risc de bacterièmia oculta (45%). Els menors d'un any consulten proporcionalment més a la nit.

Conclusions. Els nens amb febre tenen una distribució per edats similar a la resta de visites urgents. Els diagnòstics simptomàtics són escassos i es relacionen inversament amb l'edat, el temps d'evolució i la presència d'altres motius de consulta. Es prescriu medicació antitèrmica a la gran majoria i a més de la meitat, antibiòtics. Els nens petits consulten més de nit i es deriven més sovint a l'hospital.

Paraules clau: Febre. Urgències pediàtriques. Atenció primària pediàtrica.

¹ M. Bosch, JM. Cadahía, J. Cornudella, JG. Fernández, E. Ferrer, I. Fornell, FJ. González, A. González, F. Jiménez, F. Molero, J. Peñaranda, A. Rabaneda, S. Ruiz, I. Torrents, JM. Vidal.

Correspondència:

Josep de la Flor i Brú

Avinguda Icària, 182, 6è-1a. 08005 Barcelona

Treball rebut: 20-03-2000. Treball acceptat: 08-06-2000.

de la Flor J, Bras J, Codina F, Codina X, Soler JM, Van Esso DL i Grup de Pediàtres d'Urgència.

La febre com motiu principal de consulta a un servei privat d'urgències pediàtriques domiciliàries.

Pediatr Catalana 2000; 60: 240-244.

FIEBRE, MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA A UN SERVICIO PRIVADO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DOMICILIARIAS

Objetivo. Estudiar las variables registradas en las visitas con fiebre aguda.

Material y métodos. Estudio prospectivo de un año, con registro en todas las visitas con fiebre aguda de: día, hora, edad, sexo, tiempo de evolución de la fiebre, presencia de otros motivos de consulta, antecedentes de convulsión febril, tratamientos previos, diagnósticos, tratamientos y eventual derivación hospitalaria.

Resultados. La fiebre ha estado presente en el 58.5% de las visitas, con una edad media de 3.8 años y una moda de 1 año. Único motivo de consulta en el 50.6%. La distribución por edad es similar a la del resto de visitas. En el 56% el tiempo de evolución es inferior a 12 horas. El 53% han iniciado previamente tratamiento antitérmico. El resfriado común ha sido el diagnóstico más frecuente. Los diagnósticos sintomáticos han sido del 12.3%, en relación inversamente proporcional a la edad, al tiempo de evolución y a la presencia de otros motivos de consulta. Se han prescrito antitérmicos en el 86.5% y antibióticos en el 54.5%. Se han derivado el 1.45% (65% de derivaciones en niños de menos de 3 años), principalmente para valorar bacteriemia oculta (45%). Los menores de 1 año consultan proporcionalmente más por la noche.

Conclusiones. Los niños con fiebre tienen una distribución por edad similar a la del resto de urgencias. Los diagnósticos sintomáticos son escasos y están en relación inversa a la edad, tiempo de evolución y presencia de otros motivos de consulta. La gran mayoría reciben medicación antitérmica y más de la mitad, antibióticos. Los niños pequeños consultan más de noche y son derivados más frecuentemente.

Palabras clave: Febre. Urgencias pediátricas. Atención primaria pediátrica.

FEVER IS THE MOST COMMON REASON FOR CONSULTATION TO A PRIVATE SERVICE OF DOMICILIARY PEDIATRIC EMERGENCY CARE

Objective. To study the characteristics of all febrile children evaluated by a private service of domiciliary pediatric emergency care.

Methods. One-year prospective study with documentation of the clinical characteristics of all children consulted for acute fever. Data collected included: day and time, age, gender, hours of fever, additional symptoms, previous febrile seizures, previous treatments, diagnosis, treatment, and referral to hospital.

Results. The presence of fever was documented in 58.5% of the cases. Median age was 3.8 years. Fever was the only

reason for consulting in 50.6% of the cases. Evolution of symptoms was less than 12 hours in 56% of the cases. Antipyretics had been previously administered in 53% of the children. The most frequent diagnosis was common cold. In 12.3% of the patients, a diagnosis could not be made, and were treated symptomatically. Symptomatic diagnosis was inversely correlated with age, time of evolution and presence of other complaints. Antipyretics and antibiotics were prescribed in 86.5% and 54.5% of the patients, respectively. The hospital referral rate was 1.45% (65% for children 0-36 months), and in the majority of cases the reason for referral was to rule-out occult bacteremia. The majority of night consults were related of febrile infants.

Conclusions. Febrile children consulting a private service of emergency care have an age distribution similar to children consulting for other reasons. Symptomatic diagnoses are rare, and correlate inversely with age, time of duration of symptoms, and the presence of other complaints. The majority of the patients are prescribed antipyretics, and more than 50% are prescribed antibiotics. Consults regarding infants and children younger than 36 months are more frequent at night, and a significant proportion of these patients are referred to a hospital.

Key words: Fever. Pediatric Emergency Care. Pediatric Primary care.

Introducció

La febre és el motiu de consulta més freqüent als serveis d'urgència pediàtrics, tant als hospitalaris¹⁻² com als d'atenció primària³. També és el segon motiu de consulta, només superat per la tos, en l'atenció primària no urgent⁴. És, sens dubte un dels grans mites de la pediatria, causa de gran angoixa familiar i motiu d'una incalculable despesa, derivada d'exploracions complementàries sovint innecessàries i tractaments no sempre adequats ni innocus, especialment pel que fa a antibiòtics⁵. És un motiu de consulta que pot comportar errades diagnòstiques per defecte, amb possibles conseqüències judicials. El maneig del nen febril és especialment complicat si l'examen físic no revela una focalitat aparent. La probabilitat que aquest nen pugui evolucionar posteriorment cap a una malaltia invasiva bacteriana greu és motiu de preocupació permanent per a tots els pediatres de qualsevol àmbit assistencial i ha generat abundantíssima literatura tractant de definir criteris d'alt i baix risc per tal de proposar sistemes lògics d'actuació pràctica⁶. En un treball anterior del nostre grup, la febre va ser present en el 53.15% de les visites fetes³. Hem cregut d'interès estudiar durant un any, de manera específica, totes les variables relacionades amb la febre, i aquest és el motiu de la present comunicació.

Material i mètodes

Pediatres d'Urgència S.A. és una companyia privada de serveis mèdics que presta assistència domiciliària

urgent a nens i adolescents fins a 18 anys, afiliats a entitats d'assegurança lliure o particulars, de la ciutat de Barcelona i de la seva regió metropolitana. Durant l'any 1996 s'han introduït a l'estudi totes les visites en què la febre aguda (definida com la de menys de 5 dies d'evolució) constituïa motiu de consulta, únic o associat, principal o secundari, manifestat espontàniament o detectat per anamnesi. En un full de doble entrada es van registrar les dades següents: hora de la visita, dia de la setmana, mes, sexe, edat, altres motius de consulta, temps d'evolució, antecedents de convulsions febrils, visites anteriors del mateix servei, tractament previ, diagnòstic/s, tractament/s i eventual derivació hospitalària.

Amb el programa informàtic SPSS s'ha fet un estudi de correlacions bivariants, i s'han calculat les corresponents χ^2 .

Resultats

D'un total de 17.379 visites, en 10.171 (58.5%) hi havia febre; aquestes visites són el material d'aquest estudi.

Observant les diverses variables trobem que la distribució horària (Fig. 1) segueix una corba bimodal amb pics a les 10 i a les 20 hores respectivament. Per dies de la setmana, el dilluns (17.25%) és el de més demanda i el dimecres el de menys (12.26%) (Fig. 2). Per mesos, la demanda màxima se situa a l'hivern, amb un pic al març (Fig. 3). Hi ha un lleu predomini del sexe masculí (53%). L'edat mitjana és de 3.8 anys ($DS \pm 3.55$). L'edat més demandant és el segon any

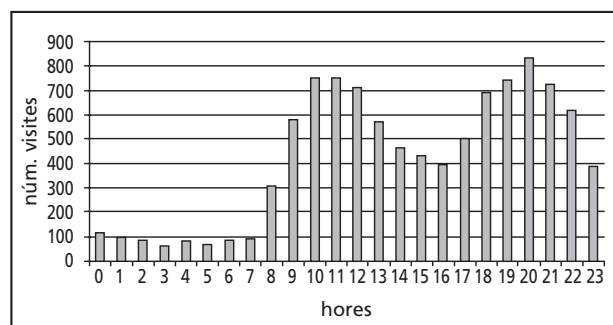


Fig. 1. Distribució horària de les visites

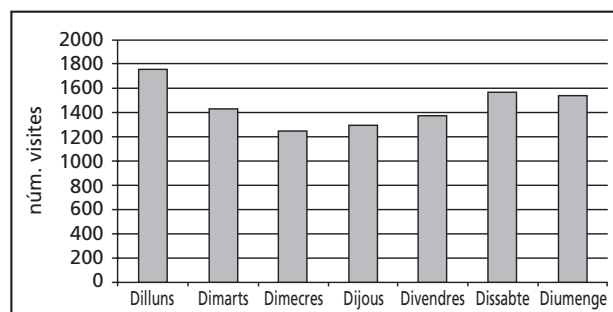


Fig. 2. Distribució de les visites per dies de la setmana

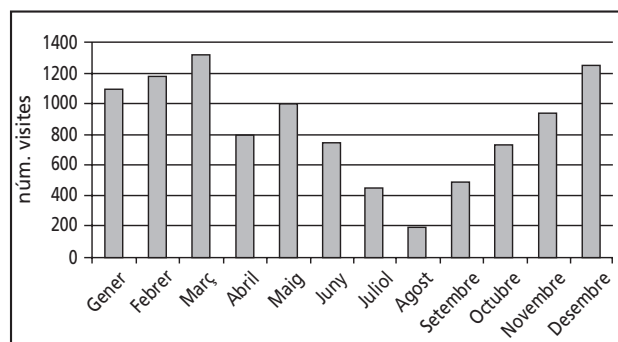


Fig. 3. Distribució de les visites per mesos

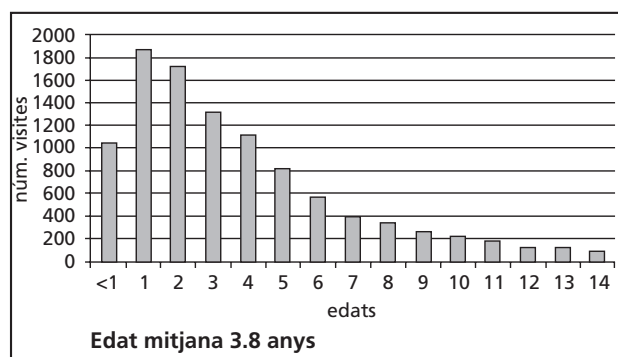


Fig. 4. Distribució de les visites per edat

de vida (1.877 visites) (Fig. 4). La febre com a únic motiu de consulta constitueix el 50.6% de casos, i segueix la febre acompanyada de tos en el 23% (Fig. 5). El temps d'evolució de la febre és inferior a 12 hores en el 56% dels casos, i inferior a 24 hores en el 83%. En 74 pacients (0.73%) hi ha antecedents de convulsió febril. El 6% de les visites han estat vistes prèviament pel nostre servei durant el mateix procés. Abans de la visita han iniciat tractament antibiòtic el 7.26% dels casos i antitèrmic el 53%.

Els diagnòstics principals (Taula I) han estat el refredat comú (35.1%), la faringitis (20.6%), la febre

TAULA I

Diagnòstics

Dignòstics	núm.	%
Refredat comú	3.566	35.1
Faringitis	2.095	20.6
Febre sense focus	1.128	11.1
Otitis mitjana	1.113	10.9
Gastroenteritis	631	6.2
Grip	381	3.7
Bronquitis	316	3.1
Bronquitis asmàtica	178	1.8
Varicel·la	125	1.2
Altres	516	5.1

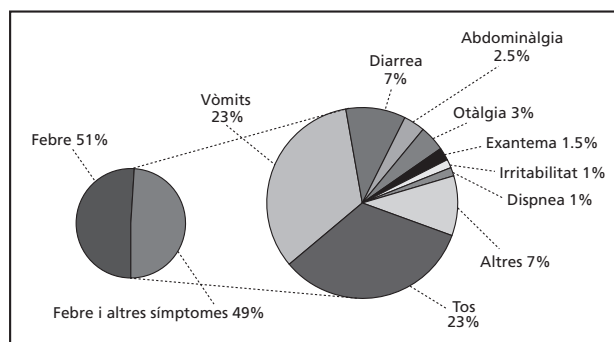


Fig. 5. Motius de consulta

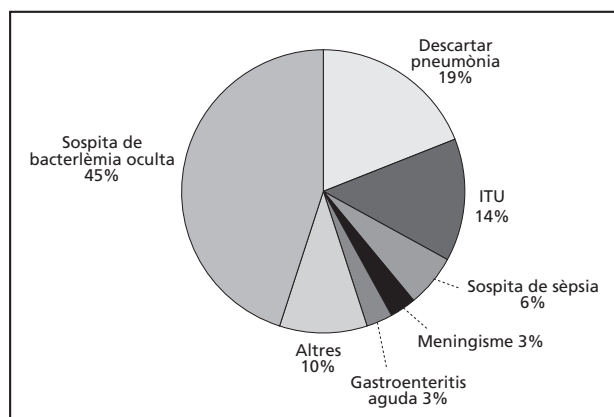


Fig. 6. Motius de derivació hospitalària

sense focalitat aparent (11.1%), l'otitis mitjana aguda (10.9%) i la gastroenteritis aguda (6.9%).

En el 12.3% només s'ha pogut fer un diagnòstic simptomàtic. S'ha prescrit tractament antitèrmic en el 86.5% de les visites i antibiòtic en el 54.5% (Taula II). S'han derivat a l'hospital 147 pacients (1.45%), dels quals el 65% eren menors de 36 mesos. Els principals motius de derivació han estat (Fig. 6) la sospita de bacterièmia oculta (45%) i descartar pneumònia (19%).

Pel que fa a correlacions entre variables, comprovem que:

- Els menors d'un any consulten proporcionalment més a la nit ($p < 0.01$).

TAULA II

Tractaments prescrits

Tractaments	núm.
Antitèrmics	8.798
Antibiòtics	4.729
Mucolítics	2.224
Simptomàtics del refredat comú	609
Antitussígens	439
Broncodilatadors	324
Altres	807

- Els diagnòstics simptomàtics varien significativament ($p < 0.01$) en relació inversa a la durada de la febre (2.6% si el temps d'evolució > 72 hores), a l'edat del pacient fins a 5 anys (16.2% < 1 any, 10.6% entre 1-5 anys; $p < 0.01$) i a l'associació amb altres motius de consulta (3.9% vs 19.7; $p < 0.01$) (Taula III).

TAULA III

Percentatge de diagnòstics simptomàtics en relació a l'edat, durada de la febre o motius de consulta

Edat	Percentatge	p
< 1 any	14.5%	< 0.01
1-5 anys	10.4%	
< 24 hores	14.7%	< 0.01
> 72 hores	2.6%	
Febre	19.7%	< 0.01
Febre + un altre símptoma	3.9%	

Discussió

La presència de la febre en les nostres consultes ha estat superior a la que s'havia trobat en anteriors comunicacions del nostre grup³. Com ja hem observat altres vegades, el disseny d'un treball amb un objectiu específic d'estudi millora el registre de dades en relació amb treballs epidemiològics més generals⁷⁻⁸. La distribució de les visites en relació amb l'edat, l'hora, el dia de la setmana i el mes es correspon amb el conjunt de visites fetes al mateix període i està en sintonia amb altres experiències comunicades per serveis d'urgència pediàtrics¹⁻². Els nostres usuaris amb febre consulten ràpidament: la gran majoria abans de les 24 hores d'evolució, cosa que sembla indicar que la febre continua sent motiu de preocupació per als pares, molt especialment quan es presenta en nens petits o quan ho fa en horari nocturn. Pot sorprendre que només en el 53% dels casos la família ha iniciat un tractament antitèrmic, fet que sembla explicable pel curt interval de temps que es produeix entre l'inici de la simptomatologia i la visita, cosa que pot induir moltes famílies a esperar el consell terapèutic del pediatre. La freqüència dels nostres diagnòstics és la mateixa que s'ha comunicat en altres treballs similars¹⁻². Els diagnòstics simptomàtics són més freqüents com més curt és el temps d'evolució de la febre, com més petit és el nen i quan la febre no s'acompanya de cap altra simptomatologia. El caràcter especial d'una visita pediàtrica urgent domiciliària, que es fa a un pacient no habitual, amb una família amb la qual no hi ha establerta d'entrada la confiança que se suposa que hi ha amb el pediatre de capçalera, i que cal tancar sense la possibilitat habitual que el mateix metge que fa la valoració inicial faci el seguiment explica una utilització de fàrmacs antipirètics possi-

blement superior a l'estrictament necessària i una utilització d'antibiòtics que probablement sigui més elevada que el que està indicat, tot i els criteris estrictament protocolitzats d'utilització d'antibiòtics en què es basa el nostre servei.

El principal motiu de derivació dels nostres pacients febrils al servei d'urgència ha estat la sol·licitud de valoració analítica de nens que presenten criteris clínics de risc per bacterièmia oculta (3-36 mesos, bon estat general, absència de focalitat aparent i temperatura rectal documentada igual o superior a 39). Si es té en compte que la febre és una part fonamental de l'activitat de qualsevol servei d'urgència pediàtric, cal fer un esforç per tal d'unificar criteris entre els serveis d'atenció primària i els hospitalaris, eliminant derivacions innecessàries de nens que poden ser perfectament controlats domiciliàriament sense cap exploració complementària i, a la vegada, evitant situacions freqüents en les quals el nen derivat per a estudi, seguint criteris estrictes i àmpliament recomanats, tot i la forta polèmica que generen⁹⁻¹¹, no rep les exploracions sol·licitades pel pediatre d'urgències que ha fet la valoració inicial.

Conclusions

1. La distribució per edats dels pacients, hores, dies i mesos de consulta es correspon a la del conjunt de visites.
2. Els diagnòstics es corresponen amb els habituals de la urgència pediàtrica.
3. Hi ha un percentatge baix de diagnòstics simptomàtics, que disminueix significativament en augmentar el temps d'evolució, l'edat del pacient i si la febre va acompanyada d'altres símptomes.
4. A la major part de pacients se'ls prescriu tractament antitèrmic i a més de la meitat, tractament antibiòtic.
5. Els pacients menors d'un any consulten proporcionalment més de nit, i són el grup d'edat amb més derivacions a l'hospital.

Bibliografia

- 1 Pou J, Cambra FJ, Moreno J et al. Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *An Esp Pediatr* 1995; 42: 27-30.
- 2 Gago C, Ania BJ, Luque M et al. Demanda urgente de asistencia pediátrica hospitalaria: estudio de 4.858 casos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *An Esp Pediatr* 1990; 32: 99-104.
- 3 De la Flor J, Codina F, Codina X et al. Asistencia pediátrica domiciliar urgente en el ámbito del seguro libre. *Pediatras de urgencia S.A. Estudio 92*. *An Esp Pediatr* 1995; 42: 189-195.

- 4** De la Flor J, Ivern L. Assistència primària pediàtrica a un ambulatori de zona: experiència d'una interinstitució. *But Soc Cat Pediatr* 1988; 48: 257-266.
- 5** Kramer MS, Shapiro ED. Manejo del niño pequeño con fiebre. Un comentario sobre las recientes pautas de actuación. *Pediatrics* (ed esp) 1997; 44: 8-12.
- 6** Baker MD. Evaluation and management of infants with fever. *Pediatr Clin North Amer* 1999; 46: 1061-1109.
- 7** Codina X, Codina F, De la Flor J et al. Estudi de la derivació a l'hospital d'un servei privat d'urgències pediàtriques domiciliàries. *Pediatr Catalana* 1998; 58: 84-88.
- 8** Codina F, Codina X, De la Flor J et al. Tractament previ a la visita d'un servei d'urgències pediàtriques domiciliàries. *Pediatr Catalana* 1998; 58: 207-210.
- 9** Rodrigo C. Bacteriemia oculta en niños: estado de la cuestión. *Enfer Infect Microbiol Clin* 1994; 12: 277-279.
- 10** Baraff LJ, Bass JW, Fleischer GR et al. Practice guideline for the management of infants and children 0-36 months of age with fever without source. *Pediatrics* 1993; 92: 1-11.
- 11** Teele DN, Pelton SA, Grant MJ. Bacteremia in febrile children under 2 years of age. Results of cultures of blood of 600 consecutive children seen in a walk-in clinic. *Pediatrics* 1975; 87: 227-230.