

Fiebre de menos de 48 horas: frecuente consulta en atención primaria

M. Sota Virto, B. Goñi Moreno, S. Urcelay Salazar, C. Maurer, C. Beorlegui González
Pediatras. Centro de Salud Rochapea. Pamplona

Resumen

En el presente trabajo se revisa la fiebre como uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria infantil. En nuestras consultas, somos testigos de la alarma que la fiebre en los niños produce en sus familias y, por consiguiente, la precocidad con la que se consulta. Ello nos conduce a plantear un estudio que refleje la realidad de este tema en nuestra comunidad.

Recabamos la información a partir de la anamnesis y exploración habitual y consensuada. Los datos obtenidos se reflejaron en hojas diseñadas específicamente a tal efecto; posteriormente, se analizaron diversas variables (fiebre de menos de 48 horas y otras relacionadas), describiendo los resultados y conclusiones según los modelos observacionales de tipo longitudinal.

Destaca, entre otros resultados, que la mayor parte de las consultas se realizan antes de las 24 horas de evolución del proceso febril y, por consiguiente, este hecho nos conduce a la ausencia de un diagnóstico en la mayoría de las ocasiones; conforme aumentan las horas de evolución del proceso, aumenta también el número de diagnósticos realizados. Éstos y otros resultados nos conducen a establecer conclusiones que nos servirán de gran ayuda en el manejo eficaz de los instrumentos que precisamos, para ofrecer una educación sanitaria de calidad a la población de nuestra zona básica de salud.

Palabras clave

Fiebre, síndrome febril sin foco, bacteriemia oculta, infecciones respiratorias de vías altas

Introducción

La fiebre es una de las causas más frecuentes de las visitas pediátricas (supone el 10-20% de las visitas, según las series)^{1,2}. Los niños de 3-36 meses de edad presentan, de media, 4-6 procesos febriles al año, elevándose aún más en los niños que asisten a guarderías.

La mayoría de estos procesos son benignos y autolimitados, sin precisar más tratamiento que los cuidados habituales en el domicilio³⁻⁵.

Abstract

Title: Fever for less than 48 hours, a frequent consultation in primary care

This paper reviews fever as one of the most common reasons for consultations in paediatric primary care.

In our surgeries we witness the alarm fever in children causes among families, leading them to prematurely attend medical consultations. That has led us to conduct a study that sets out the reality of this matter in our community.

We gathered the information through the anamnesis and the routine, consensual medical examination. The data obtained was set out on sheets especially designed for that purpose. Subsequently, the variables (fever for less than 48 hours and other related variables) were analysed, and the results and conclusions were described according to longitudinal-type observational models.

What was noteworthy, among other results, was that the majority of the consultations are made within less than 24 hours of the onset of the febrile episode which, consequently, in most cases leads to a lack of a diagnosis. As the hours of the progress of the condition increase, so does the number of diagnoses made. These and other results lead us to establish conclusions that will be of great use for the efficient handling of the instruments we require in order to provide quality health education to the population of our basic health area.

Keywords

Fever, febrile syndrome without focus, occult bacteraemia, upper respiratory tract infections

El niño que acude a la consulta por fiebre de pocas horas de evolución, de menos de 48 horas, sin signos ni síntomas acompañantes, plantea un reto diagnóstico y terapéutico por la posibilidad subyacente de que presente una enfermedad grave (hay una bacteriemia oculta en el 2% de las fiebres de origen desconocido en niños menores de 3 años con fiebre superior a 39 °C)⁴⁻⁷.

El objetivo principal de nuestro estudio era determinar la frecuencia de las consultas que atendemos por fiebre en función del número de horas de evolución de ésta.

Como objetivos secundarios, se plantearon el análisis de diferentes variables sociodemográficas como factores influyentes, y la relación entre el momento de la consulta y los posibles diagnósticos derivados.

No pretendemos extrapolar los resultados, sino describir nuestra propia realidad.

Material y método

Participantes

Datos recogidos por las cinco pediatras del Área Básica de Salud de Rochapea, a partir de la información proporcionada por los padres que acudieron a la consulta desde el 1 de marzo de 2008 hasta el 30 de junio de 2008.

La muestra final estuvo compuesta por 808 niños, de los 6.394 que acudieron a la consulta durante dicho periodo.

Instrumentos

Los datos fueron recogidos en un cuestionario elaborado para el estudio, que reflejó lo siguiente: número de casos, fiebre de ≤ 12 horas ($<38,5$ °C, $\geq 38,5$ °C), fiebre de 12-24 horas ($<38,5$ °C, $\geq 38,5$ °C), fiebre de 24-48 horas ($<38,5$ °C, $\geq 38,5$ °C), edad reflejada en meses si el niño es menor de 36 meses, asistencia a guardería, número de consultas por el mismo motivo, diagnóstico de síndrome febril sin foco, diagnóstico de catarro de las vías altas, diagnóstico de faringoamigdalitis aguda, diagnóstico de otitis media aguda, diagnóstico de infección del tracto urinario y otros diagnósticos (especificados).

En la recogida de datos, entendemos por motivo de consulta la fiebre como la elevación de la temperatura rectal por encima de 38 °C¹, sin signos ni síntomas relevantes acompañantes. Si la fiebre aparecía como signo secundario a otro cuadro, no se recogió en nuestro estudio. Para establecer el diagnóstico de fiebre sin foco, nos acogemos a la definición de fiebre de menos de 72 horas de evolución, sin signos de localización y con buen estado general, de la que, tras una anamnesis y una exploración física cuidadosas, no se llega a descubrir la causa; la presencia de hiperemia faríngea o rinorrea no excluye el diagnóstico¹. En el diagnóstico de sospecha de infección urinaria, consideramos como alta sospecha la presencia de fiebre sin foco, con tira reactiva positiva para leucocituria y presencia de nitritos, que posteriormente debe ser contrastado con el urocultivo¹.

Procedimiento

Todos los datos recogidos se contabilizaron en cinco tablas de resultados (una por cada cupo de pediatría), y también en una planilla general, agrupando todos los datos.

Método

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y longitudinal, de seguimiento de una cohorte de niños de 0-14 años de edad, pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Rochapea, que han acudido a la consulta de pediatría entre marzo y junio

TABLA 1

Frecuencia de consultas por fiebre

<12 h	220	27,22%
12-24 h	315	38,98%
24-48 h	273	33,78%

TABLA 2

Consultas por fiebre según el horario de visita

Mañana (8:00-15:00 h)	El 85% consulta antes de las 24 h
Tarde (13:00-20:00 h)	El 51,5% consulta antes de las 24 h

de 2008, para determinar la frecuencia con la que se consulta por fiebre de menos de 48 horas, como síntoma principal, y la descripción de otras variables, sin asumir por ello una relación causal, pero que nos permita generar hipótesis razonables que deberán ser contrastadas posteriormente en otros estudios de tipo analítico.

Resultados

1. El número total de consultas de demanda en el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de junio de 2008 es de 6.394, con una media de 1.278,8 visitas por cupo de pediatría.
2. De las 6.394 visitas, 808 estaban causadas por una fiebre de menos de 48 horas de evolución, lo que supone el 12,6% de los motivos de consulta.
3. De las 808 consultas por fiebre de menos de 48 horas de duración, 220 eran de menos de 12 horas (27,22%), 315 de 12-24 horas (38,98%) y 273 de 24-48 horas (33,78%) (tabla 1).
4. De los 808 niños que consultaron por fiebre de menos de 48 horas, 535 (66%) lo hicieron antes de las 24 horas.
5. En las consultas con horario de mañana (8-15 h), el 45,62% de los niños acudieron antes de las 12 horas del inicio de la fiebre, y el porcentaje es del 85% si valoramos las primeras 24 horas del proceso. En las consultas de tarde (13-20 h), los porcentajes son del 17,8 y el 51,5%, respectivamente (tabla 2).
6. El 43% de los niños que consultaron por fiebre de menos de 48 horas tenía menos de 3 años.
7. Dos de cada 3 niños que acudieron a la consulta por fiebre de menos de 48 horas asisten a guarderías, y 1 de cada 5 tiene menos de 12 meses de edad.
8. El 63% de las fiebres de menos de 24 horas y el 72% de las de menos de 12 horas son síndromes febriles sin foco (tabla 3).
9. De los diagnósticos realizados en las fiebres de menos de 12 horas de evolución, el 34,4% corresponde a catarros de las vías altas, el 27,8% a faringoamigdalitis, el 16,4% a otitis media aguda y el resto a otros diagnósticos (tabla 4).

TABLA 3**Diagnósticos antes de las 12 primeras horas de evolución**

• Fiebre sin foco	72%
• Fiebre con foco	28%
– Catarros de las vías altas	
– Faringoamigdalitis	
– Otitis media aguda	
– Otros	

- De los diagnósticos realizados en fiebres de 12-24 horas de evolución, el 35,4% corresponde a catarros de las vías altas, el 32,6% a faringoamigdalitis, el 11,8% a otitis media aguda y el resto a otros diagnósticos (tabla 4).
- De los diagnósticos realizados en fiebres de 24-48 horas de evolución, el 34,4% corresponde a catarros de las vías altas, el 32,7% a faringoamigdalitis, el 10,9% a otitis media aguda y el resto a otros diagnósticos (tabla 4).
- La reconsulta por el mismo motivo en los días sucesivos a la primera visita es poco frecuente.
- Entre los niños que acuden por una fiebre de menos de 24 horas, el 53% presenta una temperatura $<38,5^{\circ}\text{C}$, y el 47% $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$. Entre los que acuden por una fiebre de más de 24 horas, el 46% tiene menos de $38,5^{\circ}\text{C}$ y el resto (54%) $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$.

Conclusiones

Podemos concluir que en nuestro estudio se recoge un porcentaje de visitas por fiebre de pocas horas de evolución (<48 h) similar al resto de series consultadas (12,6%)^{1,2}.

La mayoría de los niños (66%) acude a nuestras consultas en las primeras 24 horas del proceso febril; este porcentaje asciende al 85,5% cuando es en horario de mañana, y casi la mitad (48%) son menores de 3 años que acuden a guarderías.

La consulta precoz (menos de 12 h del inicio del proceso) no parece estar tan influenciada por la intensidad de la fiebre como por otros motivos, como la corta edad y la asistencia a la guardería. Esta consulta no se sigue de un diagnóstico precoz, ya que cerca del 75% de los casos corresponde a síndromes febriles sin foco^{2,3}.

En el caso de llegar a un diagnóstico clínico antes de las 12 horas de evolución (el 27% de niños), el más frecuente es el de catarro de las vías altas, seguido de los diagnósticos de faringoamigdalitis y otitis media aguda.

Conforme aumenta el número de horas de evolución de la fiebre, se incrementa el porcentaje de diagnósticos clínicos, aunque los más frecuentes siguen siendo los procesos catarrales de las vías altas, las faringoamigdalitis y las otitis^{3,5,6}.

TABLA 4**Diagnósticos clínicos**

	<12 h	12-24 h	24-48 h
Catarro de las vías altas (%)	34,4	35,4	34,4
Faringoamigdalitis (%)	27,8	32,6	32,7
Otitis media aguda (%)	16,4	11,8	10,9

Mientras el diagnóstico de catarro de las vías altas permanece constante a lo largo de las horas de evolución de la fiebre, el diagnóstico de faringoamigdalitis es máximo a las 48 horas, lo que sugiere una mayor precisión en el diagnóstico en función del mayor número de horas que han pasado desde el inicio del proceso febril.

Otros diagnósticos señalados en el estudio, como neumonía, bronquitis, gastroenteritis aguda e infección del tracto urinario, representan un porcentaje muy pequeño con respecto a las infecciones respiratorias de las vías altas.

En general, no se vuelve a consultar por el mismo motivo en los días sucesivos, probablemente en relación con el curso banal y autolimitado de estos procesos¹.

Para terminar, debemos trasladar a las familias un mensaje tranquilizador respecto a la fiebre de pocas horas de evolución sin sintomatología acompañante, ya que, por sí misma, constituye un signo de alerta en la salud del niño; la observación y los cuidados habituales en el domicilio, así como la historia de los signos y síntomas acompañantes durante la evolución, aportarán datos valiosos que, junto con la cercanía de la consulta pediátrica en nuestro medio, favorecerán el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico del niño con fiebre. ■

Bibliografía

- Ramos JT, Ruiz J. Fiebre sin foco. Asociación Española de Pediatría. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP. Infectología. 2001: 101-107.
- Mintegui S, Benito J, García S. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalarias. An Pediatr (Barc). 2004; 61: 156-161.
- Orejón G, Ochoa C. Los rinovirus son los principales patógenos responsables de infecciones respiratorias agudas. Evidencias en Pediatría. 2006; 2: 84.
- Benito J, Mintegui S. Manejo del lactante febril sin focalidad. Madrid: Ergon, 2005.
- Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR, Klein JO, Mc Craken GH, Powell HR, et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Pediatrics. 1993; 92: 1-12.
- Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. Ann Emerg Med. 2000; 36: 602-614.
- BaKer MD. Evaluation and management of infants with fever. Pediatr Clin North Am. 1999; 46: 1.061-1.072.