

# Fiebre sin foco en la Infancia. Aproximación a su diagnóstico e intervención en Atención Primaria

## FEVER OF UNKNOWN ORIGIN IN CHILDREN. AN APPROACH TO DIAGNOSIS AND INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE

José Manuel García Puga (1), Teresa Jiménez Romero (1), Dolores Hernández Morillas (2), José Emilio Callejas Pozo (2), Luis Castillo Díaz (2), Francisco Javier Garrido Torrecillas (3), Ángela Ruiz Extremera (4), Juan Luis Santos Pérez (5), Sabina Pérez Vicente (6)

- 1) *Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Salvador Caballero, Granada.*
- 2) *Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica La Zubia, Granada.*
- 3) *Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Centro de Salud Churriana de la Vega, Granada.*
- 4) *Pediatra. Adjunta de Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatales. Hospital Clínico San Cecilio, Granada.*
- 5) *Pediatra. Jefe Clínico. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*
- 6) *Técnica de Apoyo a la Investigación de la Unidad de Investigación del Hospital Virgen de las Nieves. FIBAO, Granada.*

### Resumen

**Introducción.** La fiebre es un motivo de consulta frecuente. Debido a que gran parte de lo publicado se refiere a atención Hospitalaria, nuestro objetivo es evaluar su diagnóstico, manejo e intervención en Pediatría de Atención Primaria.

**Material y métodos.** Estudio transversal descriptivo, sobre población menor de 14 años con diagnóstico Fiebre 780.6 del CIE 9 (FSF), en dos consultas de pediatría. Se utiliza como comparativo el Proceso Fiebre en el Niño. Los datos se procesan con SPSS 15 y software de soporte para datos tabulados Epidat 3.1, se utiliza en su análisis la frecuencia relativa y el test de la  $\chi^2$ , como diferencia significativa  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Porcentaje medio de FSF 0,55 %, predominio de niños sobre niñas ( $p < 0,05$ ), del grupo de 3-36 meses de edad 59, 2%. Derivados a hospital 3,9 %. Bajo registro del grado de temperatura 26,2 %. Consulta en menos de 24 h del inicio febril 72,3 %. Solicitud exámenes complementarios 27,2 %, tira de orina en < 1 año 48,9 % y en fiebre de más de 48 h 19 %. Ausencia de registro antitérmico prescrito 34 %, vacunados contra neumococo 64,5 %. Revisión tras consulta inicial 34,5 % de ellos que se llegó a un diagnóstico 88,7 %.

**Conclusiones.** Bajo registro de FSF en AP. Rápida consulta por parte de los padres tras comienzo de fiebre. Más casos en el grupo de 3-36 meses. Bajo registro de temperatura y antitérmico recomendado. Escasa derivación al hospital, mayor en menor edad. Probable auto resolución de muchos casos. Poca variabilidad entre profesionales

**Palabras clave:** Fiebre de origen desconocido, niño, atención primaria, pediatría

### Abstract

**Introduction.** Fever is a common complaint leading patients to seek medical attention. Since majority of published papers deals with hospital attention, our aim is to evaluate its diagnosis, management and intervention in Paediatric consultations in Primary Health Care (PHC).

**Materials and methods.** Transverse descriptive study, performed on <14-year-old population diagnosed with Fever 780.6 of the CIE 9 (FUO), in two paediatric surgeries. Procedure Fever in Child is used as comparative. The data is processed with SPSS 15 and tabulated data support software Epidat 3.1. Relative frequency and the  $\chi^2$  test was used in the analysis, with the  $p < 0,05$  significant difference.

**Results.** Average percentage of FUO 0,55 %, predominant in boys ( $p < 0,001$ ) and in 3-36 month-old age group 59, 2 %. Percentage sent to hospital 3,9 %. Actual temperature level recorded in few cases 26,2 %. Medical assistance sought in less than 24 h from the onset of fever. Complementary tests requested in 27,2 %, urine strips in <1 year olds 48,9 % and in fever lasting longer than 48 h 19 %. Register of antithermics prescribed absent in 34 %, vaccinated against pneumococcus 64,5 %. Follow-up appointment after the first consultation 34,5 % with diagnosis in 88,7 %.

**Conclusions.** Low recordings of FUO in PHC. Fever checked briefly by parents on its onset. More cases found in the 3-36 months-old age group. Low percentage of temperatures documented and antipyretics prescribed. Few cases hospitalised, higher in younger age groups. In many cases fever resolved itself. Minor differences between professionals.

**Key words:** Fever of unknown origin, children, primary health care, paediatrics

## 1. Introducción

La temperatura del cuerpo resulta del balance entre la producción y la pérdida de calor, controlado por el centro termorregulador situado en el hipotálamo anterior. La temperatura normal es variable en individuos sanos, está influida por diversos acontecimientos. Sigue un ritmo circadiano que se mantiene en la enfermedad.

La fiebre se define como la elevación de la temperatura por encima de la variación diaria normal. En general es un mecanismo que pone en marcha el organismo ante una agresión, cuya pretensión inicial es la de proteger frente a la misma. En la infancia generalmente se debe a infecciones (1, 2).

Para determinar la temperatura corporal, se recurre a instrumentos de medida. El termómetro es el instrumento clínico imprescindible y el clásico ha sido el de mercurio, en la actualidad está prohibido en la Unión Europea desde el año 2006 (3).

Es preciso fijar la temperatura corporal normal (4). La axila es un lugar accesible aunque de menor exactitud, excepto en menores de 1 mes donde es el sitio en que mejor se correlaciona con la temperatura central.

La temperatura en el recto se podría considerar como patrón oro y puesto que es muy aproximada a la temperatura central, está especialmente recomendada en mayores de 1 mes y menores de dos años. En nuestro medio, la temperatura axilar es la más usada para una valoración inicial de la fiebre. Los valores considerados normales en el niño varían entre 35,6-38,2° C. La temperatura corporal que excede el percentil 99 (> 37,7° C), puede ser interpretada como fiebre, sin embargo no existe una definición aceptada universalmente (5).

La fiebre como motivo de consulta es origen de gran número de consultas tanto a nivel de Atención Primaria (AP) como Hospitalaria (6, 7). En Atención Primaria es probablemente la razón más frecuente de demanda fuera de horas de consulta. En Andalucía en el periodo evaluado de febrero a mayo de 2009 el total de consultas en menores de 13 años fue un 28,08 % y de ellas un 22 % lo fueron por fiebre (8). Muchos datos conocidos están referidos a asistencia hospitalaria, pero de la fiebre y de la actuación de los profesionales en Atención Primaria se sabe poco, puesto que son escasas las publicaciones al respecto.

La fiebre además es causa de gran preocupación e incertidumbre lo que conduce a una situación denominada "fiebre fobia" (9, 10) ya que la apariencia clínica de un niño / a con una infección banal y una infección potencialmente grave pueden ser similares y es evidente la gran diferencia en su pronóstico (11).

La Fiebre sin Foco (FSF) se define como "la temperatura superior a 38° C en determinación rectal, en la que no se descubre etiología después de una historia y exploración física cuidadosas". El tiempo de evolución también forma parte del concepto siendo para algunos menor de 72 horas, para otros este tiempo se amplía hasta siete días (12). Es un motivo de consulta relativamente frecuente y hasta en un 20 % de niños atendidos por fiebre no se encuentra causa de la misma (13). Se sabe que gran parte de las fiebres sin foco se resuelven espontáneamente (14), pero generan preocupación por la posibilidad de ocultar enfermedades potencialmente graves (15).

La incidencia de bacteriemia oculta (BO) ha descendido en los últimos años y por ende las infecciones bacterianas potencialmente graves. La introducción de nuevas vacunas en países desarrollados, entre ellos España y concretamente en Andalucía (16), y la recomendación por parte de las Sociedades Científicas (17) de otras vacunas, han hecho que la incidencia de sepsis y BO haya pasado de 3-5 % en edades de 3-36 meses y de alrededor del 10 % en menores de 3 meses (18) a niveles inferiores al 1 % (19), lo que plantea estrategias de manejo del niño / a febril que van a variar lo hasta ahora realizado.

La medicina actual intenta disminuir la variabilidad en la práctica clínica, lo que se ha traducido en el desarrollo de guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica si bien, como demuestran algunos estudios, la adherencia a las mismas no siempre se lleva a cabo (20, 21).

Sería de interés conocer la incidencia del registro Fiebre sin Foco en la población infantil en consultas de AP, valorar el conocimiento y aplicabilidad del Proceso Síndrome Febril en el Niño actualmente vigente en la Comunidad, valorar la calidad de registro según el mismo en la historia clínica, conocer la variabilidad entre profesionales y posteriormente cuantificar el efecto de una intervención sobre la actitud a la hora de registrar y codificar la FSF.

Como objetivo general se pretende evaluar la importancia del diagnóstico de Fiebre sin Foco en la Infancia y la intervención efectuada en la consulta del Pediatra en Atención Primaria, y de forma más específica conocer la incidencia de su registro, la aplicabilidad del Proceso Síndrome Febril en el Niño por los Pediatras en Atención Primaria, valorar la calidad de registro en la historia clínica y la variabilidad entre profesionales.

## 2. Materiales y métodos

Estudio transversal descriptivo que comprende los años 2005, 2006, 2007 y 2008. Se recogen datos de la Historia Clínica Digital en tres Centros de Salud. La población de estudio abarca a todos / as los niños / as con edades comprendidas entre 0-14 años y que tienen como Juicio Clínico, Fiebre: código 780.6 del CIE-9. Se revisan también las historias de urgencias de los dos Hospitales de Referencia (Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" y Hospital Universitario "San Cecilio"), correspondientes a los casos de estudio.

De todas y cada una de las historias clínicas se recogen las siguientes variables: Filiación, edad, sexo, procedencia, asistencia 48 horas previas al diagnóstico, estado vacunal (específicamente contra el neumococo), temperatura, lugar de la toma, tipo de termómetro utilizado, tiempo de evolución de la fiebre (menos de 12 h, 12-24 h, 24-48 h y más de 48 h), escala de valoración en la exploración: YIOS, YALE, NICE, Clásica (buen, mediano o mal estado general). Plan de actuación llevado a cabo: exámenes complementarios,

observación domiciliaria, pauta antitérmica, derivación hospitalaria, reevaluación (menos de 7 días, 7-14 días, 14 días). Identificación de foco, en cualquiera de las reevaluaciones y si hospitalización, resolución final. La población atendida, se ha subdividido por grupos de edad y sexo, de forma que puedan realizarse estratificaciones y correcciones en base al nivel correspondiente de acuerdo a las variables a manejar.

**Indicadores.** Se emplearán indicadores de seguimiento de acuerdo con el Proceso Síndrome Febril en el Niño.

Los datos se introducen, archivan y procesan en una base SPSS 15, utilizándose en su análisis la frecuencia relativa y el test de la  $\chi^2$ , estableciéndose una diferencia significativa  $p < 0,05$  y como software de soporte para datos tabulados Epidat 3.1.

**Consideraciones éticas.** Cumple con la aceptación por parte de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria de los Distritos Sanitarios.

## 3. Resultados

La población asistida en la zona básica es de 2.060 niños menores de 14 años, 52,8 % niñas y 47,8 % niños. Los niños que pertenecen al profesional 1 (983) son de más edad que los pertenecientes al profesional 2 (1.077) ( $p < 0,05$ ), en cambio no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad por grupos, ni en cuanto a sexo, entre profesionales estudiados. El total de consultas realizadas durante el periodo 2005-2008 ha sido de 37.761.

### Incidencia del registro de fiebre sin foco en la población infantil.

El porcentaje medio del diagnóstico FSF realizado según el número de consultas ha sido de 0,55 % (206). En el año 2005, 0,35 % (29), en el año 2006, 0,29 % (29), en el año 2007, 0,64 % (64) y en el año 2008, 0,87 % (84), tabla 1.

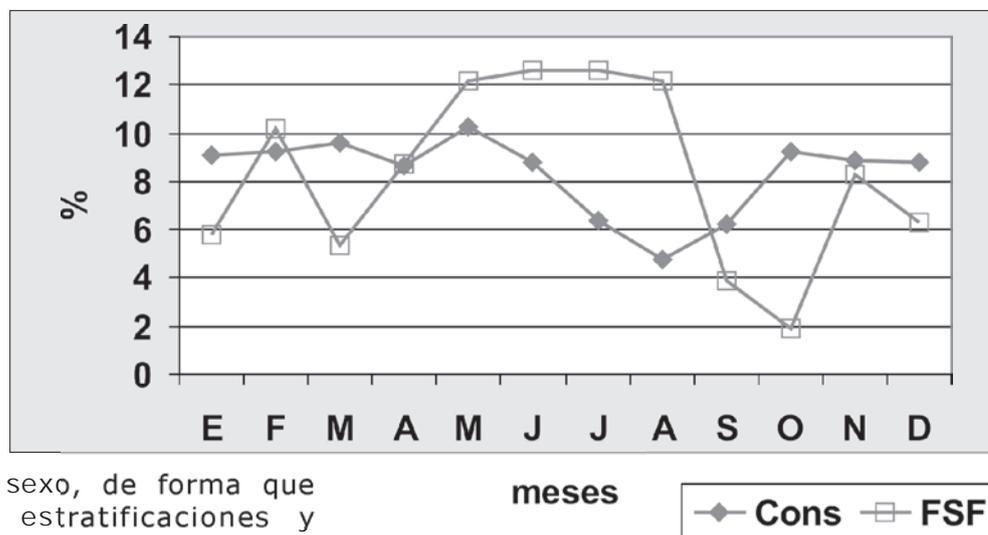


Fig. 1. Comparativo consultas a demanda y registro de FSF, por mes en todo el periodo estudiado (2005-2009).

La distribución de FSF ha aumentado su registro en los dos últimos años de estudio entre los dos profesionales en 2006 a favor del profesional 2 y en 2008 a favor del profesional 1 ( $p < 0,001$ ). En la Fig. (1) se correlaciona registro FSF por mes con número de consultas.

El total de consultas de FSF realizadas ha sido 206, 126 son niños (61,2 %) y 80 niñas (38,8 %), correspondiendo a 110 niños (61,5 %) y 69 niñas (38,5 %) diferentes. Aunque hay mayor número de niñas que de niños en la población atendida, hay más diagnósticos FSF en niños ( $p < 0,001$ ).

Mes / Año	2005	2006	2007	2008	N	%
Enero	2	1	1	8	12	5,8
Febrero	7	5	2	7	21	10,1
Marzo	2	3	2	4	11	5,4
Abril	3	2	9	4	18	8,8
Mayo	2	2	10	11	25	12,1
Junio	0	4	11	11	26	12,6
Julio	8	1	6	11	26	12,6
Agosto	5	1	8	11	25	12,1
Septiembre	0	0	4	4	8	3,9
Octubre	0	0	1	3	4	1,9
Noviembre	0	5	5	7	17	8,2
Diciembre	0	5	5	3	13	6,3
N	29	29	64	84	206	99,98

Tabla 1. Registro de Fiebre Sin Foco por mes y año de estudio.

La distribución por edades está claramente agrupada en mayores de 3 meses 206 (98,1 %), son menores de 1 año 48 (23,2 %), entre 1 y 2 años 44 (21,3 %) y entre 2 y 3 años 34 (16,5 %), siendo el grupo de edad más numeroso el de 3 a 36 meses (59,2 %), no existiendo diferencias en cuanto a sexo y grupo de edad entre las dos consultas, Fig. (2).

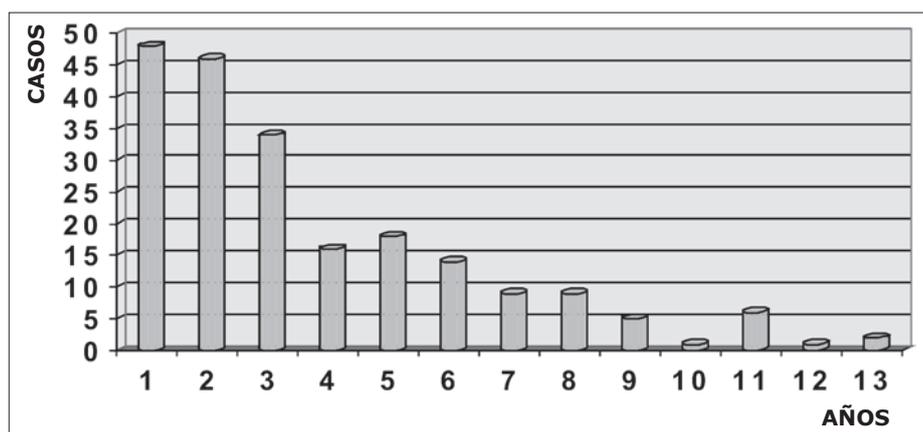


Fig. 2. Distribución de Fiebre sin Foco por año de edad.

El registro del grado de temperatura en la historia clínica aparece reflejado en 54 (26,2 %) casos, correspondiendo a fiebre moderada 31 (57,4 %) y fiebre alta 23 (42,6 %), no es significativa la diferencia entre profesionales.

El tiempo de evolución desde que los padres les constatan la fiebre y el momento de la consulta, es en las primeras 24 horas (72,3 %), siendo frecuente la consulta por fiebre de menos de 12 horas de evolución (30,2 %). No existen diferencias significativas entre profesionales.

El tipo de termómetro y el lugar utilizado para medir la temperatura no está recogido en las historias clínicas. En cuanto a la exploración con la aplicación de las escalas recomendadas en el proceso, en menores de 3 meses (4 casos) tres están valorados según la escala YIOS y uno con la escala YALE.

En el grupo de 3-36 meses, 67 casos (61,5 %) se ha utilizado la escala YALE, siendo el profesional 1 quien la emplea más que el 2 ( $p < 0,05$ ).

En el grupo de mayores de 36 meses, 34 consultas (40,5 %) son valoradas con la escala YALE siendo el profesional 2 quien la emplea sobre el 1 ( $p < 0,001$ ). En 8 casos (3,9 %) no está registrado ningún dato de la exploración.

Se han enviado a observación domiciliar 198 niños (96,1 %) y al hospital un total de 8 (3,9 %). De los derivados a hospital fueron hospitalizados 3 (37,5 %) por: bacteriemia clínica, fiebre metabólica y mioclonias y fueron dados de alta 2 con estudios analíticos normales, 1 por infección respiratoria alta y de 2 no tenemos datos. Se solicitaron exámenes complementarios en 56 consultas

(27,2 %) (tira reactiva de orina, urocultivo, hemograma y radiología), realizados 42 (75%) en el rango de edad de 3-36 meses, siendo 42 (75 %) de los exámenes complementarios tira reactiva de orina, 6 radiología (10,7 %), 5 urocultivo (8,9 %) y 3 hemograma (5,4 %). No se ha solicitado ningún hemocultivo.

Se realizó tira reactiva de orina en 49 niños menores de 1 año y fiebre a 24 (48,9 %) y de 21 niños / as con fiebre de más de 48 horas a 4 (19%). En la utilización de antitérmicos, tabla 2, hay ausencia de registro en 70 consultas (34 %). Solo en un caso se aconseja alternancia de antitérmicos (un niño con crisis convulsivas febriles) y aunque el paracetamol es el fármaco de primera elección en menores de 36 meses, el ibuprofeno tiene mayor uso en los mayores de esta edad.

Edad	P	I	C	NC	NP	N
< 1 m	-	-	-	-	1	1
1-3 m	-	-	-	-	3	3
3-36 m	21	11	37	43	4	116
> 36 m	7	18	34	27	-	86
N	28	29	71	70	8	206

P = paracetamol. I = ibuprofeno. C = cualquiera. NC = no consta. NP = no procede. N = total de consultas

Tabla 2. Relación de la prescripción de antitérmicos prescritos.

El calendario vacunal oficial es seguido por toda la población estudiada, en cuanto al empleo de la vacuna de polisacáridos heptavalente contra el neumococo (PCV7), en fig. (3) se muestra su evolución desde el año 2003. Si se excluye a 1 niño menor de 3 meses (1 mes), según el registro vacunal el 64,5 % se encuentra inmunizado contra el neumococo en el grupo de 3-36 meses.

### Evolución clínica de fiebre sin foco en la población infantil.

De 206 consultas de FSF, volvieron a revisión 71 (34,5 %), el resto 135 (65,5 %) no tuvieron contacto con la consulta y / o sistema sanitario público en los 14 días siguientes a esa primera consulta. Los 71 pacientes que volvieron a consulta, generaron 93 revisiones, el grupo mayor corresponde al de 3 a 36 meses, agrupando 50 casos (70,4 %).

En la primera semana se encontró foco en 55 casos (77,5 %) y el diagnóstico en el 50 % de estos fueron Infección Respiratoria de Vías Altas (IRVA), entre 7-13 días hubo 6 diagnósticos más (8,5%) y a los 14 días 2 (2,8 %), por tanto 8 (11,3 %) casos de los revisados quedan sin diagnosticar.

### 4. Discusión

A la hora de valorar si la práctica clínica es adecuada o no, se ha utilizado el Proceso "Síndrome Febril en el Niño" existente en la actualidad en la Comunidad Andaluza ( 22).

La zona básica tiene una dimensión ajustada para una adecuada asistencia, con poco más de 1.000 niños por pediatra, lo que muestra un razonable número de consultas realizadas. Del total de estas sólo se ha evaluado la atención a demanda, siendo excluidas las consultas programadas que fueron 4.925 (13,04 %) y las administrativas 1.172 (3,10 %). La incidencia máxima de FSF (0,87%) resulta baja (más de 10 puntos por debajo) si la

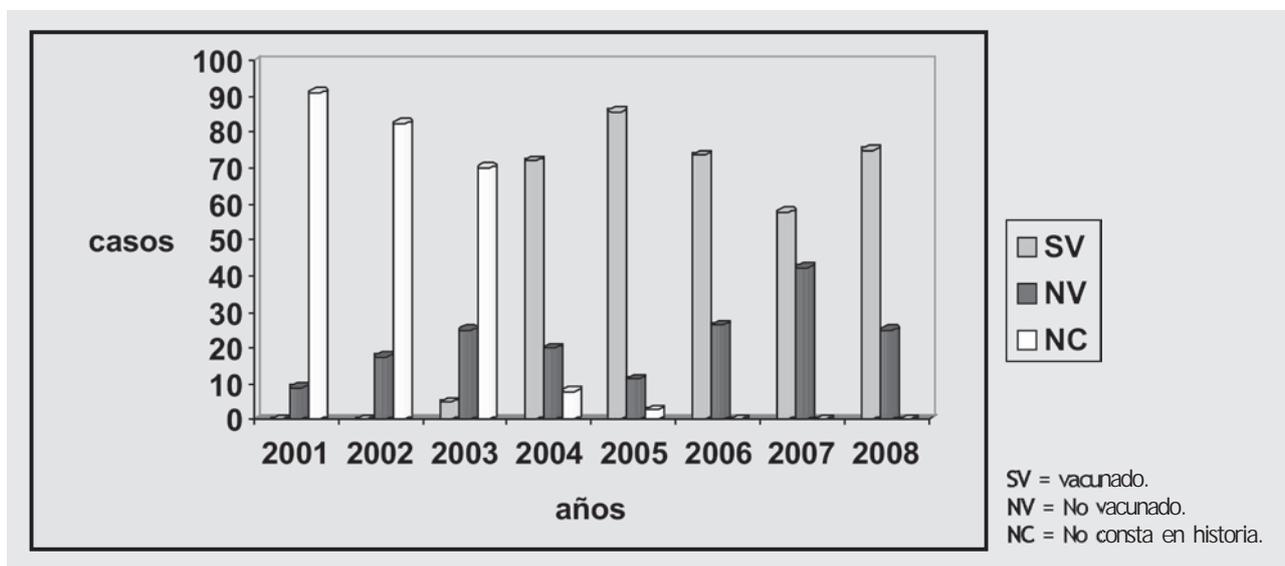


Fig. 3. Evolución de la vacunación antineumocócica desde su recomendación en el año 2003.

comparamos con los datos manejados en Servicios de Urgencias Hospitalarios, 12, 2 % (23), como explicación podría barajarse la existencia de un subregistro o la dificultad para inclinarse por ese diagnóstico.

Es llamativo el predominio del diagnóstico FSF en niños (61,2 %), aun siendo mayor el número de niñas (52, 8 %) coincidente con la bibliografía donde se registran un 56 % de niños sobre un 44 % de niñas (14) a lo que no se haya una explicación satisfactoria. Un 42,6 % de padres consulta por fiebre alta, coincidente con otros autores que refieren un 59, 4 % de fiebre mayor o igual a 39 ° C (7). La evolución más frecuente desde que los padres constatan la fiebre hasta que acuden a consulta es menor de 12 horas, coincidente con la bibliografía que ofrece cifras de un 30,2 % (7) a las 6 horas del comienzo de la fiebre, en general confirma datos referidos por los profesionales de la "poca espera" de los padres ante la fiebre.

La solicitud de exámenes complementarios realizadas es escasa (27,2 %), en su mayoría fueron tira reactiva de orina, 75 % (quizá por ser lo más accesible y rápido). La petición de hemograma ha sido más baja incluso que la radiología (posiblemente por la mayor disponibilidad de esta exploración) estas cifras son de cualquier forma mucho menores que las procedentes de las urgencias hospitalarias (21).

En el estudio se intenta una aproximación a la realidad de AP aportando novedades no publicadas. Los registros (fuentes útiles para objetivar realidades) dependen del hábito, del tiempo y de la facilidad para realizarlos, características que son inconstantes en la práctica habitual en AP. El aumento observado de la FSF en el periodo de estudio en los últimos años tal vez es coincidente con la formación de un grupo "Cartera de Servicios" en el Distrito Sanitario donde se trabajó sobre la fiebre y su registro en el sistema informático, ello podría ser indicativo de la importancia del conocimiento, la aceptación y una intervención adecuada como estímulos de mejora.

Las curvas generadas por las consultas mensuales y los diagnósticos de FSF, Fig. (1), merecen una atención especial, ya que están aumentados los diagnósticos en épocas de baja demanda, hipotéticamente debido a que en los periodos de primavera y verano

hay menos episodios catarrales y el foco sea más difícil de identificar, o bien al ser menor la presión asistencial hay más disponibilidad para realizar un diagnóstico más preciso.

Existe un bajo registro de la cifra de temperatura manifestada por los padres / madres ya que falta en el 73,8 % de las historias, éste es un dato importante si tenemos en cuenta el Proceso, pues del grado de temperatura depende entre otros la actitud a seguir con el niño, al contrario el tiempo de evolución tiene un buen registro (98,1 %).

Se observa un adecuado registro de la exploración (96,1 %). Existe confusión en cuanto a la aplicación de la escala YALE en mayores de 36 meses, dado que es una escala cuyo uso es solo para edades de 3-36 meses.

Hay un elevado subregistro en el antitérmico prescrito pues no consta en 34 % de casos (70/206). En el rango de edad menor de 36 meses el paracetamol 18,1 % vs 9,5 % de ibuprofeno es el medicamento más recomendado, en cambio invierte su posición en niños mayores de 36 meses, paracetamol 8,1 % vs 20,9 % ibuprofeno. Sería de interés conocer si es la fórmula galénica, el influjo de la mercadotecnia o el hecho de que paracetamol sea el primer antitérmico recomendado al vacunar a los 2 meses de edad, son causa de la prescripción.

Los exámenes complementarios dada la limitación existente en AP son difíciles de compatibilizar con determinadas fases del Proceso, de hecho, es uno de los problemas más debatidos con respecto a su aplicabilidad en AP. Este bajo número de peticiones en general puede implicar una decisión personal de los profesionales basada quizás en su experiencia que les permite ajustar la posible causa y prescindir del uso de los mismos, hay escasa solicitud de tira reactiva de orina (de fácil acceso) en niños en las que está recomendada su realización (indicador de proceso), así en menores de 1 año y en fiebre de más de 48 horas de evolución. El alto índice de observación domiciliaria, a falta de cualificación en las escalas de valoración, podría indicar que los niños atendidos por FSF han sido considerados de bajo riesgo. Menos del 4 % de consultas con juicio clínico FSF son derivados al hospital y se concentran en niños menores de 3 meses,

hecho obligado en AP en menores de 1 mes, y en menores de 3 meses sin foco, siendo este indicador adecuado al Proceso, el 100 % de menores de 3 meses con fiebre sin foco han sido derivados al hospital.

El porcentaje de hospitalización se produce en 3 casos (37,5 %) lo que iría a favor de que una mejor disponibilidad de exámenes complementarios en AP resolvería algún caso más sin precisar derivación hospitalaria. Ante todo diagnóstico FSF se aconseja volver a consultar a las 24 horas y aunque no se puede asegurar cual es la evolución real, el 34,5 % (71/206) tuvieron contacto en los 14 días siguientes, el resto, 65,5 % no tienen o no hay constancia de contacto con el sistema sanitario público por tanto se podría hipotetizar que un elevado número de consultas con FSF podrían ser de cuadros autolimitados de corta evolución y tan poco expresivos en su sintomatología que no dan lugar a una nueva consulta y potencialmente evitables con una adecuada educación sanitaria.

En la vacunación antineumocócica se observa un aumento gradual desde la fecha de su recomendación, alcanzando casi el 68 % (81/119), el 45,5 % (81/178) si cuantificáramos todos, lo que indica la alta aceptación de la vacuna, dato de mucho interés por la implicación que esto conlleva en el manejo de los niños con FSF.

En el presente estudio habría que tener en cuenta la diferencia entre profesionales, el estado de la demanda asistencial y por tanto de la presión asistencial que intervendrá en el tiempo de recogida y registro en la historia clínica. A pesar de esta limitación existe el convencimiento por parte de los autores de que no es un obstáculo para tener una aproximación, de hecho en este primer avance de datos las diferencias entre los profesionales implicados no son significativas.

Otra posible limitación del estudio podría ser la aceptación de una adscripción de niños / as por profesional en fecha fija, dada la variabilidad existente en la atención pediátrica donde hay un continuo de altas y bajas establecidas por la propia dinámica de la edad pediátrica. Sería prácticamente imposible disponer de los adscritos en cada momento, de cualquier forma en el tiempo de estudio no ha habido cambios considerables por lo que se da por supuesto que esas posibles variaciones no afectan al conjunto.

Se asume una limitación parcialmente subsanable con la segunda fase del estudio (de hecho los primeros datos evaluados apuntan en esa dirección), pues se ha considerado la temperatura axilar como referencia, dado que es una comprobación habitual el que los padres no utilizan la vía rectal y como termómetro utilizan el digital que es el que en general se aconseja, con uso además creciente dado que no está disponible el clásico de mercurio. En realidad son escasas las publicaciones que ofrecen datos, respecto al lugar del cuerpo de toma de temperatura y termómetro utilizado.

Como conclusiones la FSF es un diagnóstico de bajo registro en la consulta de Atención Primaria, los padres consultan por fiebre dentro de las primeras 24 horas desde el inicio de la misma, siendo el grupo de edad de 3-36 meses el que mayor número de diagnósticos FSF genera, y registrándose más en niños que en niñas. Se emplea paracetamol en los de menor edad e ibuprofeno en los de más edad.

En cuanto al registro existe bajo registro del grado de temperatura y de la prescripción de antitérmico, en cambio hay buen registro en exploración y respecto al manejo y valoración las escalas se emplean a veces de forma inadecuada e inadecuado escaso uso de exámenes complementarios. Bajo índice de derivación al hospital, adecuada en el grupo de menor edad según el proceso. Existen pocas diferencias entre los profesionales estudiados. Sería necesaria la implementación del Proceso, interviniendo en su conocimiento, adecuación y puesta en práctica facilitando el registro en las historias clínicas.

El aumento de vacunados contra el neumococo sumado a la probable resolución autolimitada de la FSF en un elevado porcentaje de casos, podría ser motivo en el cambio de actitud e intervención ante un niño / a con FSF.

## Referencias

1. García Puga JM y Santos Pérez JL. Guía de Salud. Información sobre Fiebre en la Infancia. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla 2008: p8.

2. Fiebre. Guías Clínicas. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/fiebre.asp> (Última consulta Junio 2009).

3. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. Estrategia comunitaria sobre el mercurio, Bruselas 28.01.2005. COM (2005) 20 final, en

<http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/l28155.htm> (Última consulta Junio 2009).

4. Community Paediatrics Committee. Canadian Paediatrics Society. Temperature measurement in paediatrics. Reaffirmed in February 2009. Disponible en: <http://www.cps.ca/ENGLISH/statements/CP/cp00-01.htm> (Última consulta Junio 2009).

5. Khalert CH, Nadal D. Acute fever in infants. *Ther USMC*. 2006; 63 (10): 659-65.

6. Fever illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years. National Collaborative Centre for Women's and Children's Health, 2007. Disponible en: [www.rcog.org.uk](http://www.rcog.org.uk): 1-3 (Última consulta Junio 2009).

7. Mintegi Raso S, González Balenciaga M, Pérez Fernández A, Pijoán Zubizarreta JI, Capapé Zache S, Benito Fernández J. Infants aged 3-24 months with fever without source in the emergency room: characteristics, management and outcome. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 62 (6):522-8.

8. Base de Datos de Salud Responde. Consejería de Salud de Andalucía, Junio de 2009.

9. Bauer Izquierdo S, Diez Domínguez H, Ballester R, Ballester A. Persistencia de la fiebre fobia a pesar de la evidencia científica. *Acta Pediatr Esp*. 2009; 67 (1): 578.

10. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years?. *Pediatrics*. 2001 Jun; 107(6): 1241-6.

11. Daaleman TP. Fever without source in infants and young children. *Am Fam Physician*. 1996; 54 (8): 2503-12.

12. Ramos Amador JT, Ruiz Contreras J. Fiebre sin foco (FSF). Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/infectologia/15-Fiebresinfoco.pdf> (Última consulta Junio 2009).

13. Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. *Ann Emerg Med*. 2000; 36 (6): 602-14.

14. Alpern ER, Alessandrini EA, Bell LM, Shaw KN, McGowan KL. Occult bacteraemia from a paediatric emergency department: current prevalence, time to detection, and outcome *Paediatrics*. 2000 Sep; 106(3):505-11.

15. Sur DK, Bukont EL. David Geffen. Evaluating fever of unidentifiable source in young children. *Am Fam Physician*. 2007 Jun 15; 75(12): 1774, 1776.

16. Vacunas. El calendario Infantil. 40 años de cambios, 1962-2006. Consejería de Salud, Sevilla. 2006.

17. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario vacunal de la Asociación Española de Pediatría 2003. *An Pediatr* 2003; 58 (3): 257-62.

18. Kuppermann N. Occult bacteremia in young febrile children. *Pediatr Clin North Am*. 1999; 46(6):1073-109.

19. Wilkinson M, Bulloch B, Smith M. Prevalence of Occult Bacteremia in Children Aged 3 to 36 Months

Presenting to the Emergency Department with Fever in the Postpneumococcal Conjugate Vaccine Era. *Acad Emerg Med*. 2009; 16 (3): 220-5.

20. Massin MM, Montesanti J, Lepage P. Management of fever without source in young children presenting to an emergency room. *Acta Paediatr*. 2006 Nov; 93(11):1446-50.

21. Seow VK, Lin AC, Lin IY, Chen CC, Chen KC, Wang TL, Chong CF. Comparing different patterns for managing febrile children in the ED between emergency and pediatric physicians: impact on patient outcome. *Am J Emerg Med*. 2007; 25(9):1004-8.

22. Proceso Asistencial Integrado. Síndrome Febril en el Niño. [http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/docs/procesos\\_FIEBRE\\_NI%2525C3%2525910%255B1%2525D.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/docs/procesos_FIEBRE_NI%2525C3%2525910%255B1%2525D.pdf) (Última consulta Junio de 2009).

23. Mintegi Raso S, Benito Fernández J, García González S, Corrales Fernández A, Bartolomé Albistegui JI, Trebolazabala Quirante N. Patient demand and management in a hospital pediatric emergency setting. *An Pediatr (Barc)*. 2004; 61 (2): 156-61.

## AGRADECIMIENTOS

A Katrina Kekic