



Asociación entre el retraso en la Búsqueda de Atención Médica y el Nivel de Gravedad, en niños con fiebre que acuden al Servicio de Emergencias.

Association between the delay in the search for medical attention and the level of severity, in children with fever who attend the Emergency Service.

Gabriela Carolina Mayorga Chávez ^{*1}, Ana María Santillán Vásconez¹, Adriana Arnao Noboa¹, Hugo Pereira Olmos¹

<https://orcid.org/0000-0001-9467-4601>

<https://orcid.org/0000-0002-3926-3049>

<https://orcid.org/0000-0002-3926-3049>

1. Departamento de Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

Recibido: 2 Julio 2020

Aceptado: 19 Agosto 2020

Publicado: 31 Diciembre 2020

Membrete bibliográfico:

Mayorga G, Santillán A, Arnao A, Pereira H. Asociación entre el retraso en la Búsqueda de Atención Médica Y el Nivel de Gravedad, en niños con fiebre que acuden al Servicio de Emergencias. Rev. Ecuat. Pediatría 2020;21(3): Artículo 20:1-9.



Copyright Mayorga G, et al. Este artículo es distribuido bajo los términos de [Creative Commons Attribution License CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), el cual permite el uso y redistribución citando la fuente y al autor original sin fines comerciales.



RESUMEN

Introducción: El retraso en búsqueda de atención médica (RBAM) definido como un tiempo mayor a 48 horas antes de consultar un profesional podría influir en la severidad de las enfermedades en los niños.

Métodos: En el presente estudio de cohorte prospectivo, se realizaron entrevistas estructuradas a tutores de niños que acudieron con fiebre a la emergencia del Hospital Baca Ortiz, verificando su estado de salud 5 días después, mediante una llamada telefónica. Las variables incluyeron demográficas, tiempo de atención y gravedad del cuadro. Se utilizó Chi cuadrado y Riesgo Relativo (RR) para buscar la relación entre dichas variables.

Resultados: Fueron 304 pacientes ingresados al estudio, 41.1 % presentaron RBAM, cuyas principales causas fueron la administración de medicación sin receta médica en 48 % y la falta de detección de signos de alarma en 26.4 %. Los pacientes con RBAM presentaron más riesgo de requerir hospitalización (RR 1.88 IC 95 % 1.53-2.13), cuidados intensivos (RR 2.86 IC 95 % 1.00 - 8.17), presentar una infección bacteriana severa (RR 2.36 IC 95% 1.81 - 3.07), síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (RR 2.47 IC 95 % 1.80 - 3.38), hospitalización al quinto día posterior a su valoración (RR 2.63 IC 95 % 1.94 - 3.57) y de mantenerse hospitalizado por más de 5 días (RR 1.46 IC 95 % 1.15 - 1.85).

Conclusiones: El RBAM influye significativamente en la gravedad de los niños con fiebre, siendo la administración de medicación sin prescripción médica su principal causa.

Palabras claves:

DeCS: Clasificación Internacional de la Atención Primaria, Derivación y Consulta, Fiebre, Procrastinación, Atención Médica, Infecciones Bacterianas.

* Autor para correspondencia.

Received: July 2, 2020
Accepted: August 19, 2020
Published: December 31, 2020

Bibliographic letterhead:

Mayorga G, Santillán A, Arnao A, Pereira H. Association between the delay in the search for medical attention and the level of severity, in children with fever who attend the Emergency Service. Rev. Ecuat. Pediatría 2020; Article 20:1-9.



Copyright Mayorga G, et al. This article is distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) which allows the use and redistribution citing the source and the original author without commercial purposes.



ABSTRACT

Introduction: Health care seeking delay, defined as a going to the doctor after more than 48 hours of starting fever, could influence in the severity of the disease.

Methods: This prospective cohort study recollected the information with a questionnaire who examined demographic and health features of children younger than 15 years and older of 60 days that went with fever to the emergency room of Baca Ortiz´s Hospital, verifying their health condition five days after the initial evaluation through a phone call. Bivariate analysis was made with Chi-square and T student in order to relay these features with health care seeking delay and severity. Relative risk (RR), was used to measure the association between health care seeking delay and its consequent severity.

Results: Of the 304 patients included in the study, 41.1 % had delay in seeking health care attention. The main causes for this delay were medicine administration without medical prescription in 48 % and lack of skills in recognizing alarm signs in 25.6 %. The patients who went to the hospital with delay had more risk of requiring hospitalization, (RR 1.88 CI 95 % 1.53-2.13), intensive care cares (RR 2.86 CI 95 % 1.00 – 8.17), having a serious bacterial infection (RR 2.36 CI 95 % 1.81 – 3.07), having SIRS (RR 2.47 CI 95% 1.80 – 3.38), being hospitalized 5 days before their initial evaluation in emergency room (RR 2.63 CI 95 % 1.94 – 3.57) and staying at the hospital for more than five days (RR 1.46 CI 95 % 1.15 – 1.85).

Conclusions: Health care seeking delay has an impact in the severity of the disease of children with fever. Administration of drugs without medical prescription is the principal reason. Health public politics should be achieved in order to educate population in these aspects to reduce morbimortality of children.

Keywords:

MESH: International Classification of Primary Care; Referral and Consultation; Fever; Procastination; Medical Care; Bacterial Infections.

INTRODUCCIÓN

La fiebre, una de las principales causas de consultas médicas en pediatría, representa del 20 al 70 % de todas las atenciones tanto en consultas privadas de pediatras y médicos familiares, como en los servicios de urgencias de los hospitales.^{1, 2} Se define como fiebre, una temperatura central mayor o igual a 38.3°C, es decir, justo por encima del límite superior de la temperatura humana normal, independientemente de la causa.³

La fiebre puede ser una manifestación de infecciones severas, como la infección de vías urinarias, meningitis, neumonía, sepsis y osteomielitis, las mismas que son una causa importante de morbilidad y mortalidad en niños en países en vías de desarrollo. La probabilidad de contraer infecciones bacterianas severas es del 7% y su reconocimiento temprano es fundamental para un tratamiento oportuno y desenlace favorable; en la enfermedad meningocócica, por ejemplo, su presentación inicial podría ser inusual y su retraso en el diagnóstico aumenta la mortalidad 4.5 veces más.⁴

Los niños enfermos, pueden presentar patologías graves en una etapa temprana cuando esta no es evidente, especialmente para los padres, lo que provoca que se deteriore rápidamente. El retraso en la atención médica podría conllevar a complicaciones severas de la enfermedad que requieran hospitalización, la necesidad de cuidados intensivos pediátricos e incluso la muerte.⁵

Existen razones culturales, geográficas y económicas que retrasan esta búsqueda profesional y entre éstas, una de las mayores causas es la administración de fármacos sin prescripción médica.⁶ Los antipiréticos encabezan los medicamentos que se venden de manera libre en farmacia y ésta probablemente es la razón para que se continúe con estas medidas erróneas por parte de los cuidadores. La administración de fármacos sin prescripción médica, genera un sin número de riesgos para la salud entre los que se destacan: la alteración del curso o enmascaramiento de la enfermedad, efectos adversos e intoxicación, interacciones farmacológicas, aumento de la resistencia medicamentosa, en especial a antibióticos e incluso la generación de dependencia. Las razones para realizar esta práctica incluyen una insuficiente educación, falta de recursos económicos para adquirir cierta medicación o acudir a un médico, dudas sobre el diagnóstico, promoción y venta de fármacos por parte de la industria farmacéutica de forma inapropiada o poco ética.⁷

Este trabajo busca relacionar el retraso entre la búsqueda de atención médica y la gravedad que conlleva esta demora, evidenciar las características socioculturales de este país que llevan a esta conducta y dar herramientas que permitan destacar la importancia de la educación en los cuidadores en temas de salud y reconocimiento de signos de alarma, con la hipótesis que el retraso en la búsqueda de atención médica se asocia con nivel de gravedad en niños con fiebre que acuden al servicio de emergencias.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio de cohorte prospectivo, observacional.

Escenario

El estudio se realizó en el servicio de Emergencias del Hospital de niños Baca Ortiz, del Ministerio de Salud Pública, Quito-Ecuador. El período comprendido del estudio fue 1ro de Noviembre del 2018 al 28 de Febrero del 2019. El período de campo fue considerado como período de reclutamiento y exposición. El seguimiento de los resultados se terminó 5 días después de la primera consulta que realizó el paciente y sus padres. Los resultados terminaron de recolectarse el 6 de marzo del 2019.

Participantes

Participaron pacientes en edades de >60 días de nacido y menores de 14 años que acudieron al servicio de emergencia de la institución con Temperatura igual o mayor a 38°C. Se excluyeron pacientes con dispositivos invasivos de uso crónico, pacientes con cardiopatías congénitas, pacientes con inmunodeficiencias o cáncer.

Variables

Las variables fueron descritas como demográficas: edad, sexo, tipo de cuidador, etnia del cuidador, instrucción del cuidador, tipología de las familias, Número de integrantes familiares, temperatura máxima registrada, síntomas acompañantes, diagnósticos encontrados, presencia de infección bacteriana severa, número de días de fiebre antes de acudir a consulta médica, causa en el retraso de la atención médica, condición del paciente al acudir y al 5 día.

Fuentes de datos / medición

Para cada variable se utilizó una encuesta dirigida a los tutores/padres del paciente, la misma que se realizó en la emergencia de la institución, Los resultados clínicos fueron seguidos hasta obtener el diagnóstico definitivo. Se utilizó la escala de Triage PedCAST. Para los casos que fueron dados de alta y

no requerían hospitalización se utilizó el monitoreo telefónico al 5to día con los datos del contacto registrados en la emergencia.

Control de las fuentes de sesgo

Se excluyeron historias clínicas cuyos datos no estuvieron completos al 5to día de evaluación, se evitó la imputación de datos perdidos o excluidos. Se extremó el cuidado en la pérdida de los casos y de la continuidad de la información durante los 5 días de atención, así como la consecución de los resultados de laboratorio para la realización del diagnóstico.

Tamaño del estudio

La muestra fue probabilística, con población estimada de 33983 casos que acudieron a emergencia en el año 2017, los casos de fiebre fueron 6796 casos, con un nivel de confianza del 95%, con prevalencia de niños con infecciones bacterianas severas: 5 %, precisión: 3%. Tamaño de la muestra estimado en el programa Epidat 3.1= 300 pacientes.

Manejo de variables cuantitativas

Las variables cuantitativas en escala se presentan con promedios y desviación estándar. Las variables cuantitativas nominales se presentan con frecuencia y porcentaje. En las variables principales se presenta intervalos de confianza para proporciones.

Métodos Estadísticos

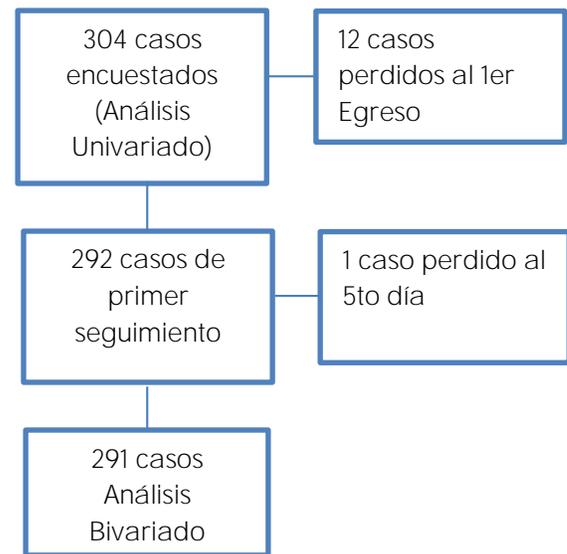
Para el análisis se dividió al grupo en pacientes con Retardo en la Búsqueda de la Atención Médica (RBAM) y pacientes que acudieron Sin RBAM, fue tomada como variable dependiente. Para la determinación de la asociación se utiliza Chi² y Riesgo Relativo con Intervalo de Confianza al 95%. Se utilizó el paquete de software SPSS versión 21.

RESULTADOS

Número de participantes

El número de participantes en las 3 etapas del estudio esta detallado en la **figura 1**.

Figura 1. Flujograma de participantes



Características de los Pacientes (Análisis Univariado)

Se incluyeron en el estudio 304 pacientes, 154 hombres (50.7%) y 150 mujeres (49.3%) con edades entre 2 meses y 14 años con 11 meses y 29 días, en su mayoría fueron lactantes menores de un año de edad (moda 0), una edad media de 2.55 años con rango de 14 y rango intercuartílico de 3. El grupo etario con mayor proporción fue el de los lactantes menores que agrupó al 30.6 %, como se evidencia en la **Figura 1**, con mediana entre ellos, de 6 meses de edad, evidenciado en la gráfica 2. Se encontró que 238 (78%) pacientes presentaron inmunizaciones completas para la edad, sin encontrar niños sin inmunizaciones o con desconocimiento del estado de inmunización y únicamente 27 (9%) presentaba algún tipo de comorbilidad.

Características de los cuidadores de los pacientes

Los cuidadores tuvieron edades entre 15 y 74 años con un promedio de 32.3 años, siendo la madre el tipo del cuidador principal en el 78 % de los casos (**tabla 1**). 291 (95.7%) cuidadores fueron mujeres y 13 (4.3%) fueron hombres. En cuanto a la etnia de los cuidadores, estos se identificaron predominantemente como mestizos en el 92.1 % de los casos.

Tabla 1. Tipo de cuidador de los niños del estudio.

	Frecuencia n=304	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tipo de cuidador			
Madre	237	78	78
Abuelo/a	40	13.2	91.2
Otro	15	4.9	96.1
Padre	12	3.9	100
Tipología Familiar			
Nuclear	203	66.8	66.8
Monoparental	86	28.3	95.1
Familia ensamblada simple	11	3.6	98.7
Familia ensamblada compleja	2	0.7	99.3
Otro	2	0.7	100
Número de integrantes			
3-5 personas		81.0	
2 personas		13%	
6 personas		6%	

El nivel de escolaridad de los cuidadores de los niños fue secundaria 50%, Primaria 25%, superior 23%, y sin escolaridad 2% de los casos. Los pacientes vivían principalmente en una familia nuclear y monoparental en una familia de 3 a 5 personas (**Tabla 1**). Al referirnos a la economía, 147 (48%) familias de los pacientes, tenían como ingreso económico un salario básico, 94 (31%) refirieron vivir con menos de un salario básico y solamente 63 (21%) familias ingresadas al estudio vivían con más de un salario básico. La mayor parte de estas familias, 237 (78%), residían en el área urbana y solamente 67 (22%) en el área rural.

Características de la enfermedad actual de los pacientes

La temperatura predominante en los pacientes fue entre 38 - 38.9°C en el 56.6 % de los casos, presentando especialmente sintomatología respiratoria un grupo de 73.4 %, sin síntomas de respuesta inflamatoria sistémica (64.1%).

Tabla 2. Síntomas y Diagnósticos encontrados

Patología	Frecuencia	%	% Acumulado
Síntomas Acompañantes			
Respiratorio	224	73.7	73.7
Digestivo	45	14.8	88.5
Urinario	12	3.9	92.4
Mucocutáneo	11	3.6	96.1
Otros	11	3.6	99.7
Ninguno	1	0.3	100
Diagnósticos encontrados			
Neumonía	115	39.2	39.2
Infección respiratoria alta	81	27.6	66.9
Enfermedad diarreica	28	9.6	76.5
Infección de vías urinarias	15	5.1	81.6
Bronquiolitis	15	5.1	86.7
Otitis media aguda	5	1.7	88.4
Laringotraqueítis	3	1.0	89.4
Bronquitis	3	1.0	90.4
Celulitis	3	1.0	91.5
Eruptiva de la infancia	3	1.0	92.5
Bacteriemia	2	0.7	93.2
Sinusitis	2	0.7	93.9
Kawasaki	1	0.3	94.2
Periodontitis	1	0.3	94.5
Absceso de cuello	1	0.3	94.9
Infección de herida Qx	1	0.3	95.2
Apendicitis	1	0.3	95.6
Se desconoce	13	4.4	100.0

Consecuentemente con la mayor frecuencia de síntomas respiratorios entre los pacientes estudiados, el 75.8 % presentó alguna patología respiratoria entre las cuales se encuentra la neumonía, patología diagnosticada con mayor frecuencia en este estudio. Las infecciones bacterianas severas se presentaron en 132 casos (43.4 %). (**Tabla 2**).

Características del retraso en búsqueda de atención médica (RBAM) de los niños

Se presentó RBAM en 125 (41.1%) niños ingresados al estudio, versus 179 (58.9%) que acudieron sin RBAM. El número de días que transcurrieron desde el inicio de la fiebre hasta la visita al médico tuvo una media de 2.44 ±1.24, una moda de 2 y un rango de 6 días.

Las razones de RBAM fueron principalmente la falta de detección de signos de alarma en 33/125 casos (26.4%), la administración de fármacos sin

prescripción médica 60/125 casos (48%), tutores que pidieron consejo en farmacias 27/125 casos (21.6%)

Resultados Principales-Análisis bivariado

Variables demográficas y sociales Versus RBAM

No se encontraron diferencias de edad entre los pacientes que presentaron RBAM y sin RBAM (Tabla 4). No hubo diferencias entre el cuidador a cargo y la etnia del cuidador entre los grupos $P= 0.273$, y 0.306 respectivamente. El tipo de familia y la cantidad de integrantes de la misma tampoco presentaron diferencias estadísticamente significativas en relación a RBAM. Los pacientes con familias con menos recursos presentaron mayor proporción de retraso que aquellos con mayor nivel de ingresos así como los tutores con menor instrucción (Tabla 4).

Variables Clínicas y RBAM

Los pacientes con temperatura más baja $38-38.9^{\circ}\text{C}$ presentaron menor proporción RBAM en relación con aquellos que tuvieron temperaturas mayores (Tabla 4). En relación a la categorización del triaje en el servicio de emergencia se observó que la mayor parte de pacientes con retraso recibieron la categoría de urgente y los que no presentaron retraso recibieron la categoría de urgencia menor. (Tabla 4).

Asociación entre RBAM, nivel de gravedad y variables demográficas

El RBAM presentó más riesgo de requerir hospitalización en la emergencia, más riesgo de ingresar a una unidad de cuidados intensivos y más riesgo de continuar hospitalizados 5 días posteriores a su ingreso (Tabla 5). Además los niños con RBAM presentan más riesgo de presentar enfermedades bacterianas severas y más riesgo de presentar síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. (Tabla 5).

Tabla 4. Comparaciones en pacientes con RBAM y Sin RBAM.

	RBAM n=125	Sin RBAM n=179	P
Edad del paciente			
Lactante Menor	34 (27.2%)	59 (32.96%)	0.685
Lactante Mayor	34 (37.2%)	40 (22.35%)	
Preescolar	32 (25.6%)	40 (22.35%)	
Escolar	16 (12.8)	28 (15.64%)	
Adolescente	9 (7.2%)	12 (6.70%)	
Escolaridad			
No escolar	6 (4.8%)	2 (1.12%)	0.012
Primaria	37 (29.6%)	39 (21.79%)	
Secundaria	63 (50.4%)	88 (49.16%)	
Superior	19 (15.2%)	50 (27.93%)	
Ingreso económico			
<1 salario	54 (43.2%)	40 (22.35%)	0.0001
1 salario	55 (44.0%)	92 (51.4%)	
>1 salario	16 (12.8%)	47 (26.26%)	
Triaje			
No Urgente	11 (8.8%)	26 (14.53%)	0.0001
U. Menor	35 (28%)	88 (49.16%)	
Urgencia	70 (56%)	59 (32.96%)	
Emergencia	8 (6.4%)	6 (3.35%)	
Reanimación	1 (0.8%)	0%	
Temperatura			
T° 38-38.9°	50 (40.0%)	122 (68.16%)	0.001
T° 39-39.9°	56 (4.8%)	41 (22.91%)	
T°40 ó mas	19 (15.2%)	16 (8.94%)	

U: Urgencia. RBAM: Retraso en la búsqueda de atención médica.

Tabla 5. Asociación entre RBAM y variables demográficas y clínicas.

RBAM	n	RR	IC95%	P
Variables demográficas				
Tipo de cuidador (Madre Vs Otros)	304	0.78	0.58-1.05	0.125
Sexo del cuidador (Mujer vs Hombre)	304	0.65	0.41-1.02	0.126
Escolaridad del cuidador (Educación primaria o menor Vs el resto)	304	1.35	1.03-1.77	0.037
Vivienda Urbana Vs Vivienda Rural	304	0.69	0.53-0.92	0.017
Variables clínicas				
Presencia de comorbilidad	304	0.60	0.31-1.16	0.093
Inmunizaciones Incompletas	304	1.34	1.01-1.79	0.052
Requiere ingreso a hospitalización (grave)* Vs Enviados a domicilio	292	1.88	1.53-2.13	0.001
Requiere ingreso a UCI (muy graves)**Vs hospitalizados/domicilio	292	2.86	1.00-8.17	0.036
Hospitalizado/fallecido al 5to día Vs alta a domicilio	291	2.63	1.94-3.57	0.001
Enfermedades bacterianas severas Vs no severas	293	2.36	1.81-3.07	0.001
Días de hospitalización (más de cinco días) vs <5 días	163	1.46	1.15-1.85	0.001
Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica	304	2.47	1.80-3.38	0.001

RBAM: retraso en la búsqueda de atención médica. RR: Riesgo relativo. IC95% Intervalo de confianza 95%.

DISCUSIÓN

Este trabajo fue realizado con 304 niños que acudieron con fiebre al principal hospital público de niños del Ecuador, por lo que evidencia la situación de los pacientes con menos recursos económicos, en concordancia con el 79% de familias que indicaron vivir con un salario básico vital o menos, por encima del 49% que indican las cifras del INEC (2016). Se evidenció que el 66.8% de las familias estaban compuestas por ambos padres y sus hijos y un 92.1% fueron mestizos; cifras que superan el 57 % y 73 % respectivamente que señala el Observatorio Social del Ecuador (2016).⁸ El 50% de cuidadores tenían al menos escolaridad secundaria versus el 39% señalado por el Observatorio Social del Ecuador.⁸

En este estudio se encontró como causa más frecuente de consulta por fiebre a la patología respiratoria, incluso en cuanto a infecciones bacterianas, la neumonía tuvo más incidencia que las infecciones de vías urinarias, lo que posiblemente se debe a los meses del año donde se tomó la muestra, pues corresponde al periodo invernal, donde tiene un pico las enfermedades respiratorias.^{4, 9} El estado de inmunizaciones aparentemente no influyó en la

necesidad de ingreso a terapia intensiva, sin embargo la ausencia de inmunizaciones completas para su edad presentó 1.35 veces más riesgo de requerir hospitalización, 1.7 veces más riesgo de permanecer hospitalizado 5 días después de la valoración en emergencia y 1,5 veces más riesgo de presentar infecciones bacterianas severas y SIRS. Cabe recalcar que se tomó como dato subjetivo a la presencia de inmunizaciones completas, puesto que ningún paciente presentó su carnet de vacunación para confirmarlo.

A demás se debe tener en cuenta que mientras más pequeño es el niño, menos dosis de vacunas ha recibido y por lo tanto tiene más riesgo de presentar una infección bacteriana severa, lo que se ve reflejado en el mayor índice de estas infecciones a esta edad. En cuanto al retraso para acudir al servicio de emergencia el 41.1 % que lo presentó, aludió entre lo más frecuente: desconocer factores relacionados con la detección de síntomas de alarma, la administración de medicinas sin prescripción médica, la 93 prescripción por farmacias y otras causas relacionadas con el uso de medicina tradicional.

En el estudio realizado en Ruanda por Umuhoza determinó que el 35% de los pacientes presentaron

retraso en acudir a atención médica.⁶ El porcentaje es menor en relación al encontrado en nuestro estudio, probablemente por las diferentes políticas de salud pública tomadas en este país, como es la mejora de calidad de atención en los centros de salud, que demostraron la disminución en la mortalidad en niños menores de 5 años.

A demás su porcentaje refleja la proporción de retraso en pacientes hospitalizados y no en niños que acudieron a la emergencia del hospital en general. En otras investigaciones similares al presente estudio¹⁰, concordaron en que los principales factores para que se produzca el mismo son la administración de fármacos sin prescripción médica, acudir a sanadores tradicionales y no reconocer signos de alarma.

Solo el estudio realizado por Gálvez, et al¹¹ manifiesta que el 80% de las madres saben reconocen signos de alarma para neumonía y que el 94.6% buscaría ayuda médica inmediata; cabe recalcar que en lugar donde fue la investigación (Lima - Perú) se han ejecutado programas de salud en busca de disminuir la morbilidad y mortalidad, uno de estos proyectos fue la campaña denominada "Respiración rápida, rápido al hospital" la misma que fue llevada a cabo con medios de comunicación locales con el propósito de recibir atención médica oportuna en pacientes con neumonía, un tiempo antes de realizar el estudio.

Es importante subrayar, además, que el estudio fue realizado en la capital del Ecuador, una ciudad occidentalizada y que la mayor parte de los participantes acudieron de áreas 94 urbanas. Pues en estudios realizados en otras partes del mundo como en Rwanda, el factor cultural, entendido como la administración de medicinas naturales locales, rezos o consulta a sanadores tradicionales, juega un papel importante al momento de buscar ayuda profesional por un niño enfermo.⁶ La razón más importante de retrasar la búsqueda de atención médica en este estudio, fue la administración de fármacos sin prescripción médica en el 35% de los casos que sumados a consultas realizadas en farmacia representan el 48%.

Un estudio de tesis realizado en Quito, en la emergencia pediátrica de un hospital de segundo nivel, por Romero (2018),¹² reportó que 64.1% de pacientes que asistieron a la emergencia de dicho hospital recibieron fármacos sin prescripción médica y que esta conducta fue más frecuente entre los pacientes que acudieron con más tiempo de síntomas hasta la llegada a la emergencia.

Las cifras más bajas en nuestro estudio podrían deberse a que no se preguntaron las medidas utilizadas para controlar la fiebre en los pacientes que acudieron a tiempo al hospital. Los antipiréticos encabezan los medicamentos que se venden de manera libre en farmacia y ésta probablemente es la razón para que se continúe con estas medidas erróneas por parte de los cuidadores.

La administración de fármacos sin prescripción médica, genera un sin número de riesgos para la salud entre los que se destacan la alteración del curso o enmascaramiento de la enfermedad, efectos adversos e intoxicación, interacciones farmacológicas, aumento de la resistencia medicamentosa, en especial a antibióticos, e incluso la generación de dependencia. Las razones para realizar esta práctica incluyen una insuficiente educación, falta de recursos económicos para adquirir cierta medicación o acudir a un médico, dudas sobre el diagnóstico, promoción y venta de fármacos por parte de la industria farmacéutica de forma 95 inapropiada o poco ética.⁷

En esta investigación se evidenciaron algunos casos que fueron inicialmente a centros de atención primaria antes de acudir al hospital, lo cual podría relacionarse con la desconfianza en estos centros, igualmente evidenciada en varios estudios en Latinoamérica y otros países en vías de desarrollo.¹⁰ Este estudio concluyó que el 56.8% de pacientes con retraso en búsqueda de atención médica presentaron algún nivel de gravedad, es decir requirieron hospitalización. Este dato es más alto al encontrado en el estudio de Umuhoza y otros (2018) en el que el 35 % de los pacientes ingresados al hospital, presentaron retraso en búsqueda de atención médica.⁶

A demás se evidenció que el acudir con retraso representa 2.6 veces más riesgo de mantenerse hospitalizado durante más de 5 días o fallecer (RR 1.53 a 2.13 con $P=0.001$ y 1.94 a 3.57 $P=0.001$ respectivamente) y 2.86 veces más riesgo de ingresar a una unidad de cuidados intensivos (RR 1 a 8.17 con $P=0.03$). Se desconoce el dato real de mortalidad y el promedio de hospitalización de los pacientes que permanecieron más de 5 días pues no se hizo el seguimiento hasta la culminación de su enfermedad.

No se encontraron otros estudios que relacionen el tiempo de hospitalización ni la necesidad de cuidados intensivos con el retraso. Se evidenció además que un mayor nivel de temperatura se relacionó con mayor retraso y con mayor gravedad, siendo estos hallazgos contrarios a los resultados del metanálisis realizado por Van den Bruel, et al ¹³, que aseveran que el nivel de temperatura se correlaciona poco con la gravedad del cuadro clínico, igualmente no concuerda con lo estipulado por otros estudios. Otros estudios ¹⁴ presentan la opinión de padres que consideran que cuanto más elevada está la temperatura, más severa es la enfermedad y que aquellos que saben que esta concepción es errónea, sienten gran ansiedad ante la presencia de temperaturas elevadas, lo cual les conduce a buscar ayuda profesional para poder sentirse seguros, en especial en horas donde no pueden acudir a una cita programada.

Esto se relaciona con el conocido concepto de fobia a la fiebre. En un estudio realizado en Holanda donde los padres tienen fácil acceso al internet y mejores niveles de educación, se pudo observar que estos no tienen información satisfactoria sobre el manejo de la fiebre, antes, durante ni después de la consulta, y que la causa principal de motivación para ir al médico no es la fiebre por si sola sino la presencia de la misma con síntomas acompañantes ¹⁴. Esto, junto con el estudio de Giachetto ¹⁵ en el que se valora el conocimiento de pediatras sobre la fiebre, indican que, a pesar que la misma es un síntoma frecuente y bastante estudiado, aún hay mucho que trabajar en su conocimiento para poder de esa forma asesorar a los pacientes de la mejor manera sobre lo que ella implica.

La proporción de pacientes con infecciones severas en este estudio fue de 43.3 %, más alta que la de otros estudios que incluyeron especialmente lactantes, donde la prevalencia se encuentra entre 5 y 29.3%, con extremos de 0.78 a 55.3% según el metanálisis de Van den Bruel ¹³. Posiblemente esto se relacione a que se trata de un hospital de tercer nivel, donde, si bien recibe una buena proporción de enfermedades simples, acoge igualmente a los pacientes a los que el primer y segundo nivel no les puede solucionar su dolencia. Además, como se mencionó en párrafos anteriores, el estudio fue realizado durante el pico de enfermedades respiratorias, lo cual sesga la verdadera prevalencia anual de pacientes con neumonía que acuden al hospital, principal infección bacteriana severa hallada en esta pesquisa.

CONCLUSIONES

El retraso en búsqueda de atención médica se presentó en 125 pacientes, representado el 41.1% de los que acudieron por fiebre al servicio de emergencias del hospital Baca Ortiz, siendo las principales causas para el mismo el uso de medicación sin prescripción médica, la falta de detección de signos de alarma y el uso de prácticas o consulta a sanadores tradicionales. El retraso en búsqueda de atención médica se asocia a presentar mayor gravedad de una enfermedad febril aguda, a mayor riesgo de presentar una infección bacteriana severa, requerir hospitalización, de ingresar a terapia intensiva, y más riesgo de mantenerse hospitalizados a los 5 días después de ser valorados en emergencias.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA DEL ARTÍCULO

Abreviaturas

PedCTAS: Canadian Triage and Acuity Scale
UCI: Unidad de cuidados intensivos
IBS: Infecciones bacterianas severas
RBAM: Retraso a la búsqueda de atención médica
SIRS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

Nota del Editor

La Revista Ecuatoriana de Pediatría permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.

Originalidad del artículo

La Revista Ecuatoriana de Pediatría garantiza que el artículo es original y sin redundancia, el sistema antiplagio de nuestra revista reportó similitud menor al 4%.

Acceso abierto

Este artículo tiene la licencia de Creative Commons Attribution 4.0 CC-BY-NC-SA., que permite el uso, el intercambio, la adaptación, la distribución y la reproducción en cualquier medio o formato, siempre que otorgue el crédito adecuado al autor original y a la fuente. Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. Se debe proporcionar un enlace a la licencia Creative Commons e indicar si se realizaron cambios. Las imágenes u otro material de terceros en este artículo están incluidos en la licencia Creative Commons del artículo. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>.

DECLARACIONES ÉTICAS

Aprobación del protocolo

El protocolo de este estudio fue pre aprobado por el Comité de docencia Institucional y por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Protección de personas:

Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Singapur.

Confidencialidad de los datos:

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Consentimiento de publicación:

Los autores han obtenido el consentimiento informado de los tutores de los pacientes y el respectivo asentimiento. Este documento obra en poder del autor de correspondencia. Se ha firmado la autorización para publicación del presente artículo caso por parte de los tutores o padres.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

A los trabajadores, a los pacientes y al personal Administrativo del Hospital Baca Ortiz, lugar en donde se realizó el estudio.

Financiamiento

Los autores realizaron el financiamiento de los gastos incurridos en la producción de este artículo.

Contribuciones de los autores

GCMC y AMSV: Trabajaron por igual en la idea de investigación, recolección de datos, escritura del artículo, análisis estadístico, correcciones editoriales.

AA: Idea de investigación, diseño del estudio, análisis crítico, dirección de la investigación.

HPO: Idea de investigación, análisis crítico, dirección de la investigación. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Gabriela Carolina Mayorga Chávez, Médica Pediatra por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Celular: 0984401467, Correo: karlonamayorga@gmail.com

Ana María Santillán Vásquez, Médica Pediatra de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Célular: 0958983982 Correo: amgollinda@hotmail.com

Adriana Arnao Noboa, Servicio de Pediatría, Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Ministerio de Salud Pública, Quito. Médica por la Universidad Internacional del Ecuador, Especialista en Pediatría por la Universidad Internacional del Ecuador. Especialista en Infectología Pediátrica por la Universidad Nacional Autónoma de México. Directora Académica de la Investigación, Profesora de Postgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Hugo Pereira Olmos, Departamento de Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito. Médico Cirujano por la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Bolivia; Magister en Salud Pública, por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Correo: hugo.pereira.olmos@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Arcos , R., Ceron , M., Ruiz Gonzalez, L., García Segur, F., Valle Cervantes , G., Elizondo Villareal , J. A., & Urbina-Medina, H. (2010). Fiebre en pediatría. *Revista Mexicana de Pediatría*, 3-8.
2. Niehues T. The febrile child: diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2013 Nov 8;110(45):764-73; quiz 774. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0764. PMID: [24290365](#); PMCID: PMC3849992.
3. Walter EJ, Hanna-Jumma S, Carraretto M, Forni L. The pathophysiological basis and consequences of fever. *Crit Care.* 2016 Jul 14;20(1):200. DOI: 10.1186/s13054-016-1375-5. PMID: [27411542](#); PMCID: PMC4944485.
4. Craig JC, Williams GJ, Jones M, Codarini M, Macaskill P, et al. Hayen A, Irwig L, Fitzgerald DA, Isaacs D, McCaskill M. The accuracy of clinical symptoms and signs for the diagnosis of serious bacterial infection in young febrile children: prospective cohort study of 15 781 febrile illnesses. *BMJ.* 2010 Apr 20;340:c1594. DOI: 10.1136/bmj.c1594. PMID: [20406860](#); PMCID: PMC2857748.
5. Thompson M, Van den Bruel A, Verbakel J, Lakhanpaul M, Haj-Hassan T, Stevens R, Moll H, Buntinx F, Berger M, Aertgeerts B, Oostenbrink R, Mant D. Systematic review and validation of prediction rules for identifying children with serious infections in emergency departments and urgent-access primary care. *Health Technol Assess.* 2012;16(15):1-100. DOI: 10.3310/hta16150. PMID: [22452986](#); PMCID: PMC4781278.
6. Umuhzoza C, Karambizi AC, Tuyisenge L, Cartledge P. Caregiver delay in seeking healthcare during the acute phase of pediatric illness, Kigali, Rwanda. *Pan Afr Med J.* 2018 Jun 22;30:160. DOI: 10.11604/pamj.2018.30.160.15286. PMID: [30455789](#); PMCID: PMC6235493.
7. Hermoza-Moquillaza, R., Loza-Munarriz, C., Rodríguez-Hurtado, D., ArellanoSacramento, C., & Hermoza-Moquillaza, V. (2016). Automedicación en un distrito de Lima, Perú. *Rev Med Hered.*, 15-21.
8. Observatorio Social del Ecuador. (2016). Niñez y adolescencia desde la intergeneracionalidad. Ecuador: Offset Abad.
9. Balighian E, Burke M. Urinary Tract Infections in Children. *Pediatr Rev.* 2018 Jan;39(1):3-12. DOI: 10.1542/pir.2017-0007. PMID: [29292282](#).
10. Pajuelo MJ, Anticona Huaynate C, Correa M, Mayta Malpartida H, Ramal Asayag C, et al. Seminario JR, Gilman RH, Murphy L, Oberhelman RA, Paz-Soldan VA. Delays in seeking and receiving health care services for pneumonia in children under five in the Peruvian Amazon: a mixed-methods study on caregivers' perceptions. *BMC Health Serv Res.* 2018 Mar 1;18(1):149. DOI: 10.1186/s12913-018-2950-z. PMID: [29490643](#); PMCID: PMC5831863.
11. Gálvez CA, Modeste N, Lee JW, Betancourt H, Wilkins RL. Peruvian mothers' knowledge and recognition of pneumonia in children under 5 years of age. *Rev Panam Salud Publica.* 2002 Feb;11(2):99-108. DOI: 10.1590/s1020-49892002000200006. PMID: [11939121](#).
12. Romero, C. (2018). Administración de fármacos sin prescripción médica a pacientes pediátricos que acuden a recibir atención en la sala de emergencia del Hospital Pablo Arturo Suarez. Tesis de postgrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito. Obtenido de Repositorio de tesis de Grado y Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador: www.repositorio.puce.edu.ec
13. Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, Buntinx F, Mant D; European Research Network on Recognising Serious Infection investigators. Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries: a systematic review. *Lancet.* 2010 Mar 6;375(9717):834-45. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)62000-6. Epub 2010 Feb 2. PMID: [20132979](#).
14. de Bont EG, Loonen N, Hendrix DA, Lepot JM, Dinant GJ, et al. Cals JW. Childhood fever: a qualitative study on parents' expectations and experiences during general practice out-of-hours care consultations. *BMC Fam Pract.* 2015 Oct 7;16:131. DOI: 10.1186/s12875-015-0348-0. PMID: [26446754](#); PMCID: PMC4597376.
15. Giachetto G., De Larrobla M., De Martini AC, Goyret A, Seade C, Greczanik AM., Greczanik AM. Conducta de los pediatras frente a la fiebre. *Arch. Pediatr. Urug.* 2001;116-120.

DOI: Digital Object Identifier PMID: PubMed Identifier SU: Short URL