

Di meno è meglio: misurare la temperatura durante i bilanci di salute non fa bene al bambino

Dang R, Patel AI, Marlow J, et al.

Frequency and Consequences of Routine Temperature Measurement at Well-Child Visits

Pediatrics. 2021 Dec 13:e2021053412

Rubrica **L'articolo del mese**

a cura di Costantino Panza

Un recente studio retrospettivo ha rilevato il rischio di prescrivere accertamenti e terapie inutili al bambino in caso di misurazione della temperatura in occasione del bilancio di salute. L'articolo del mese discute sulla necessità di offrire ai bambini percorsi clinici basati sulla evidence-based medicine.

Less is more: measuring body temperature during well child visits is not good for the child

A recent retrospective study found the risk of prescribing unnecessary tests and therapies to the child in case of routine fever measurement during the well child visit. The article of the month discusses the need to offer clinical pathways based on evidence-based medicine.

Background

I bilanci di salute sono un'attività fondamentale nell'ambulatorio pediatrico e impegnano gran parte del tempo di cura del pediatra. Le attività principali che si svolgono durante un bilancio di salute sono l'attività clinica, gli screening e le guide anticipatorie. Sebbene siano disponibili raccomandazioni per l'esecuzione dei bilanci di salute non ci sono precise regole per l'esecuzione delle visite e dei test da somministrare.

Scopi

Analisi della frequenza di misurazione della temperatura corporea di routine in occasione dei bilanci di salute pediatrici.

Metodi

Studio di coorte retrospettivo attraverso l'analisi dei bilanci di salute tra il 2014 e il 2019. Valutazione dei dati delle visite di bambini sani dalle cartelle cliniche elettroniche in una rete di 24 cliniche di cure primarie pediatriche affiliate alla Stanford University attraverso una analisi di regressione multivariata per determinare la relazione tra temperatura corporea e tipo di intervento.

Risultati

La misurazione della temperatura è stata eseguita in 155.527 bilanci di salute su 274.351 (58.9%). Alcuni studi pediatrici (16 su 24) hanno misurato la temperatura in oltre il 90% delle visite. La prescrizione di antibiotici era più frequente (OR 1.21) e i test diagnostici erano meno utilizzati (OR 0.76) negli studi pediatrici che praticavano la misurazione di routine (OR aggiustato per

età, etnia e modalità di assicurazione medica). In particolare, la febbre è stata rilevata in 270 casi (0.2% su 155.527 visite), 47 (17.4%) delle quali sono state classificate come probabile febbre accidentale. La prescrizione di antibiotici e i test diagnostici erano più comuni nelle visite con probabile febbre accidentale vs visite senza febbre (7.4% vs 1.7%; 14.8% vs 1.2%) e i vaccini sono stati posticipati nel 50% dei bambini con febbre accidentale.

Conclusioni

Nella pratica clinica statunitense la misurazione della temperatura corporea avviene in quasi il 60% delle visite dei bambini sani. Il profilo danno-beneficio di questa pratica richiede una attenta rivalutazione.

Commento

Nonostante non ci siano linee guida evidence-based che indichino l'utilità di misurare la temperatura corporea di routine a tutti i bambini che accedono all'ambulatorio pediatrico per il bilancio di salute, la gran parte dei pediatri americani in realtà ha scelto per questa pratica di screening. In assenza di indicazioni, di sintomi o segni di infezione o infiammazione, il rischio che la temperatura misurata sia alterata in modo accidentale e non per patologia aumenta considerevolmente e di conseguenza aumenta l'inevitabile intervento del medico: il bambino è inserito in un percorso diagnostico-terapeutico molto spesso inutile e a possibile rischio di danno. Le conseguenze di questo comportamento sono state confermate dai risultati dell'interessante studio retrospettivo di Rebecca Dang e coll.: esami diagnostici e trattamenti antibiotici inutili sulla base di una enorme quantità di dati estrapolati dalle cartelle cliniche elettroniche. La differenza di rischio assoluto nelle prescrizioni di antibiotici negli ambulatori che praticavano la misurazione della temperatura era dello 0.3%, ossia erano prescritte 3 terapie antibiotiche aggiuntive ogni 1.000 bilanci di salute. Una piccola quantità aggiuntiva per un ambulatorio ma, calcolando il numero di visite di controllo globali, la stima è di oltre 150.000 possibili prescrizioni di antibiotico aggiuntive all'anno negli Stati Uniti. Inoltre, a questi bambini erano rinviate le sedute vaccinali con la conseguenza di un ritardo nel calendario vaccinale. Considerato il periodo pandemico che stiamo attraversando, un ritardo ingiustificato della seduta vaccinale anticovid oggi può essere non esente da pericolose conseguenze per il bambino e la sua famiglia. Infine, l'eccessivo zelo nel proporre la misurazione della temperatura a un bambino che non si rivolge al pediatra per una sintomatologia infettiva insegna

ai genitori a preoccuparsi anche quando non ci sono motivi per esserlo. Ancora oggi molti genitori vivono la presenza di febbre come una fobia, un sintomo preoccupante che deve essere prontamente eliminato. La misurazione della temperatura nel bambino sano rischia di modellizzare il comportamento genitoriale, ossia rafforzare la preoccupazione per la febbre e richiedere trattamenti antifebrili da parte dei genitori quando invece fino a una temperatura di 39°C i bambini non avrebbero bisogno di antipiretici e, soprattutto, questi farmaci non modificherebbero il decorso della malattia [1].

Molta pratica clinica è probabilmente ancora svolta in modo tradizionale, ossia seguendo una consuetudine di comportamenti che non si appoggiano su linee guida basate su una lettura critica degli studi scientifici pubblicati sulle riviste peer-review, ma su linee guida interiorizzate dal medico, definite anche Mindline; queste linee guida personali, non dichiarate, si rafforzano e si internalizzano a partire dalla consultazione di letteratura grigia, dal confronto delle esperienze tra professionisti, attraverso la discussione con gli opinion leader, i pazienti, gli informatori scientifici e da altre fonti di conoscenza in gran parte implicite o basate sulla formazione accademica e sulla propria esperienza (Figura 1) [2,3]. Essere consapevoli della necessità di mettere in discussione il proprio operato, misurare l'efficacia delle routine a cui siamo abituati da anni o decenni dovrebbe essere il primo passo per correggere la pratica clinica in modo da offrire ai pazienti gli screening o le pratiche di diagnosi e cura realmente efficaci. Su questo argomento sta lavorando da anni un movimento trasversale a tutte le specialità mediche, Choosing Wisely, che ha come scopo la promozione del dialogo tra medici e pazienti aiutando i pazienti a scegliere un'assistenza che sia: a) supportata da prove di efficacia, b) non duplicativa di altri test o procedure già ricevuti, c) libera da effetti dannosi, d) veramente necessa-

ria (<https://www.choosingwisely.org/>). In Italia Choosing Wisely è sostenuta da Slow Medicine, una associazione che ha diversi scopi tra cui sviluppare e diffondere una visione della cura sobria, rispettosa e giusta (<https://choosingwiselyitaly.org/>). Choosing Wisely ha prodotto molte indicazioni evidence based per ridurre interventi diagnostici o terapeutici non utili o a rischio di danno per il paziente. Anche l'ACP, così come altre associazioni pediatriche, ha partecipato alla stesura di indicazioni che hanno come motto "Fare di più non significa fare meglio" (Tabella 1). Ridurre le pratiche di cura inutili se non dannose è una necessità per ridurre le inequità di cura; ad esempio nelle cure primarie pediatriche stiamo ancora prescrivendo troppi antibiotici con una preferenza per quelli di seconda scelta [4]. È necessario che il pediatra riesamini in modo radicale la propria routine; per fare questo occorre non rimanere da soli ma confrontarsi tra colleghi su specifici temi utilizzando il linguaggio della evidence-based medicine, attraverso una formazione attiva secondo il modello del journal club o attraverso percorsi di audit clinico [5].

1. Powell K. Fever. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, et al, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007:1084–1086
2. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ. 2004;329(7473):1013
3. Wieringa S, Greenhalgh T. 10 years of mindlines: a systematic review and commentary. Implement Sci. 2015 9;10:45
4. Panza C. Terapia antibiotica nella pediatria delle cure primarie in Italia, un esempio di inequità. Pagine elettroniche di quaderni acp 2017;24(6):am.1
5. Finale E, Guala A. Audit clinico: quali sforzi e quali strumenti per migliorare la pratica clinica? Quaderniacp 2015; 22(2):79-82

Figura 1. Mindline, linee guida non dichiarate, rafforzate e internalizzate a partire principalmente dall'interazione tra i professionisti e gli opinion leader, i pazienti, gli informatori scientifici, brevi letture e da altre fonti di conoscenza in gran parte implicite

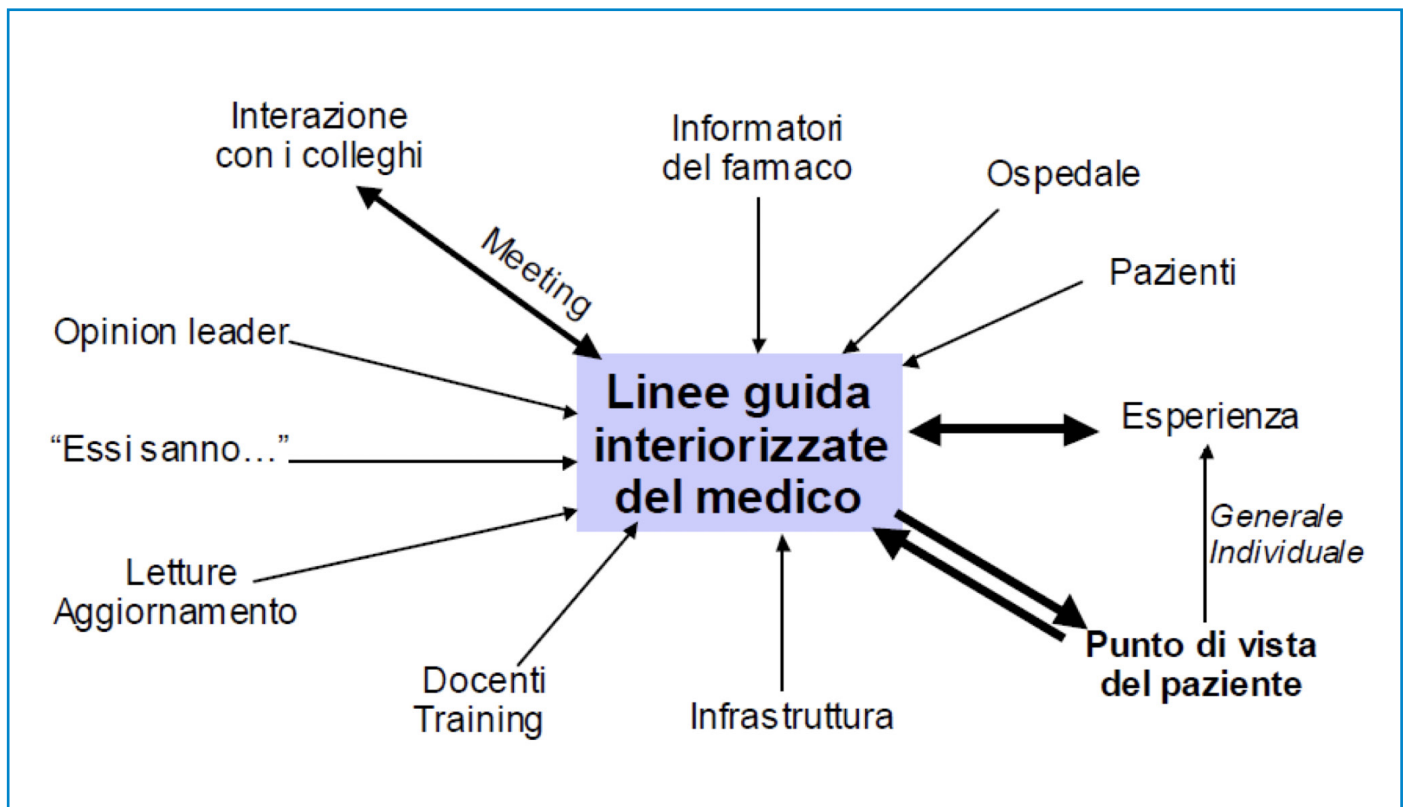


Tabella 1. Alcune raccomandazioni di Choosing Wisely Italia definite in collaborazione con alcune società scientifiche pediatriche

- Evitare l'uso abituale dei cortisonici inalatori nelle flogosi delle prime vie respiratorie dei bambini.
- Non somministrare ai/alle neonati/e formula o liquidi diversi dal latte materno nelle prime settimane di vita, in assenza di indicazioni mediche.
- Non prescrivere antibiotici nelle patologie acute delle vie respiratorie presumibilmente virali in età pediatrica (otiti, sinusiti, faringiti, bronchiti)
- Non effettuare Rx torace per la diagnosi e il follow up di polmonite non complicata nel bambino.
- Non prescrivere farmaci (anti H2, inibitori di pompa protonica e procinetici) nel reflusso gastroesofageo (RGE) fisiologico, che non compromette la crescita e non si associa a segni o sintomi sospetti di malattia da RGE. Informare e supportare i genitori.
- Non somministrare farmaci a base di salmeterolo nella crisi d'asma del bambino.
- Non eseguire la TC del torace nel bambino senza un preciso quesito clinico.
- Evitare di diagnosticare e gestire l'asma nel bambino senza l'impiego della spirometria
- Non prescrivere farmaci (per aerosol e/o sistemici) in caso di Bronchiolite.
- Non trattare sistematicamente una febbre, in assenza di altri sintomi. Se si decide di trattare, fare ricorso a dosaggi appropriati, evitando l'uso combinato/alternato di paracetamolo e ibuprofene.