

## Artículo original

# Conocimientos, creencias y conductas de padres y pediatras frente al niño febril de 1 a 24 meses de edad

Dr. Ricardo T. Straface\*

## Resumen

**Objetivos.** Determinar los temores más frecuentes de los padres de niños internados respecto de la fiebre, las prácticas de antipirexia que usan por iniciativa propia o que les son prescritas. Conocer el pensamiento de los pediatras argentinos sobre el niño febril de 1 a 24 meses y proponer un instrumento educativo para difundirlo desde los consultorios.

**Material y métodos.** 1) Se diseñó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional, que incluyó a 823 niños febriles internados en 23 hospitales durante 1995-1996. Se efectuó un muestreo sistemático simple, utilizando prueba de análisis de varianza y de chi cuadrado según el tipo de variable. 2) También se realizó una encuesta de 21 preguntas de respuestas cerradas entre 442 pediatras de todo el país. Los datos fueron procesados en Epi Info 6 y Statistix. Para el último objetivo se aplicaron los resultados obtenidos en armonía con la exploración bibliográfica.

**Resultados.** Los padres hicieron una interpretación teñida por lo mítico y fatalista en el 63% de los casos, que se distribuyeron en temor a las convulsiones, el 31,1%, al daño cerebral y las meningitis, el 16% y a la muerte 16%. Un 42% de los padres negaron el tratamiento de la fiebre, 20% utilizó medios físicos y 37%, antitérmicos (43% AAS, 22% dipirona, 22% paracetamol). El 20% reconoció prácticas alternativas, correspondiendo el 10% a curanderismo y el 7% a herboristería. Pediatras: Antes de la internación se indicaron medios físicos al 9% de los niños, al 36% no se le indicó nada, en tanto que el 42% recibió antitérmicos (17% paracetamol, 14% dipirona, 11% otros). Durante la internación se usaron antipiréticos en el 75% de los casos (paracetamol y dipirona fueron los elegidos en 31% y 30% de los casos, respectivamente). Los padres no usaron antibióticos, salvo prescripción. En la internación, el 81% de los niños recibió tratamiento empírico inicial. Encuesta: Se tomaron y analizaron las respuestas de 442 pediatras de todo el país. El 84,1% trató la temperatura si era mayor a 38° C, el 80,9% tenía en cuenta la edad y el 70%, otros parámetros clínicos para indicar su tratamiento; el antitérmico más usado fue el paracetamol. El 81% deseaba bajar la temperatura a 37° C o menos, 46% la consideraba peligrosa para el SNC, 47% usaba paños fríos. Las respuestas no difieren de las halladas en la literatura y muestran en algunos la necesidad de actualizar conocimientos y las conductas impregnadas por ello.

**Conclusiones.** Los padres mostraron temores de influencia mítica. Los pediatras, compartiendo en parte esas creencias, fomentamos la "fobia a la

fiebre" con nuestras conductas y prescripciones.

**Palabras clave:** fiebre, fobia a la fiebre, prácticas antipiréticas, educación para la salud.

## Summary

**Objectives.** a) To appoint the most frequent fears in the parents of children admitted for fever, to know the antipyretic practices proposed by pediatricians or self-proposed and the thoughts of our colleagues about this, and b) to propose an educational tool for parents.

**Materials & methods.** A prospective, descriptive and observational study was designed with 823 febrile children admitted to 23 hospitals during 1995-1996. Simple systematic sampling was made, using variance analysis and square chi test according to the variable type. A survey of 21 questions of closed answers was applied to 442 pediatricians of the whole country. Data were processed in Epi Info 6 and Statistix. For the second objective our results were applied according to in face of the bibliographic data.

**Results.** Many parents had mythical and unrealistic concerns about fever (63%), they felt that seizures (31%) could cause brain damage, meningitis (16%) and death (16%). For fever treatment parent used self-indicated methods in 42%, physical means in 20% and antipyretics in 37% (AAS 43%, dipirone 22% and paracetamol 22%). 20% recognized alternative practices, corresponding to medicaster 10% and to herboristers' teas in 7%. The pediatricians prescribed physical means as previous admission in 9%, nothing 36%, antipyretics 42% (paracetamol 17%, dipirone 14% and others 11%). In inpatients antipyretics were used in 75% of the cases: paracetamol were preferred in 31% and dipirone in 30%.

Parents did not use antibiotics, except under prescription. At admission, 81% of children received with initial empiric treatment.

The survey: the answers of 442 pediatricians of the whole country were analyzed. 84% of them treat the temperature when it is higher than 38° C, 81% consider the age of the child and other 70% clinical parameters to indicate treatment. Paracetamol was preferred. 81% preferred to low down the thermometer to 37° C or less, 46% considered fever dangerous for the CNS and 47% used cold towels.

**Conclusions.** The parents showed fears of mythical influence. The pediatricians, sharing those beliefs, partly foment the fever-fear with our prescriptions.

**Key words:** fever, fever-fear, antipyretic practices, health education.

## \* Participantes:

*Proyecto y dirección:*

Dres. Ricardo T.

Straface; Raúl J.

Blanco; Mirta A.

Magariños;

María L. Rueda.

*Otros autores:*

Dres. Balean S.;

Bermejo P.; Borrás

M., Celestino J.;

Ferolla F.; Libanio

A.; Pelaya E.;

Rabinovitz L.;

Robbio G.; Rocca

Huguet D.;

Rodríguez Perez A.;

Rodríguez A.;

Tugender E.

*Diseño y*

*análisis estadístico:*

Dr. Carlos J. Blanco.

*Institución en que*

*se realizó el trabajo:*

Región

Metropolitana de la

Sociedad Argentina

de Pediatría.

*Correspondencia:*

Dr. Ricardo T. Straface

San José 642.

(1663) Muñiz.

Buenos Aires

rstraface@intramed.net.ar

## INTRODUCCIÓN

Los padres suponen que la fiebre, el signo de enfermedad más común en la infancia y el motivo de consulta más frecuente,<sup>1</sup> conlleva, por sí misma, una serie de peligros concretos para el niño,<sup>2</sup> como las convulsiones,<sup>3</sup> la meningitis, la secuelas neurológicas y la muerte.<sup>3,4</sup>

Las investigaciones modernas, con bases fisiopatológicas y moleculares,<sup>5</sup> sitúan a los pediatras en posición de atenuar esos temores, educando a los padres en el sentido de ser más importante y prioritario saber la causa que origina la elevación de la temperatura, que descenderla por cualquier medio al alcance.<sup>6</sup>

Lo cierto es que la fiebre aumenta determinados aspectos de la respuesta inmunológica<sup>7,8</sup> aunque causa algunos efectos adversos como un mayor consumo de oxígeno y acrecienta las demandas cardiopulmonares,<sup>9-13</sup> ocasiona mialgias y malestar.<sup>14</sup> Además, precipita las convulsiones febriles,<sup>15-17</sup> generalmente benignas, pero muy perturbadoras para el niño y su entorno.

El tratamiento sintomático de la fiebre es campo de controversias; se toman sobre el niño conductas agresivas, cuyos beneficios no están comprobados, como los baños antitérmicos<sup>18</sup> o el suministro de drogas antipiréticas, en ocasiones sobredosificadas<sup>19</sup> o abusivamente combinadas.<sup>20,21</sup>

Los pediatras, con nuestras actitudes, conductas y prescripciones hemos fomentado en parte esas creencias y temores en los padres.<sup>22</sup>

### Objetivos específicos

1. Determinar los conocimientos y los temores más frecuentes de los padres de niños internados ante la fiebre.
2. Describir las prácticas de antipirexia usadas por los padres o prescritas por los médicos.
3. Conocer el pensamiento de los pediatras argentinos sobre el niño febril de 1 a 24 meses.
4. Integrar un instrumento, de lectura sencilla, para entregar a los padres en los consultorios.

### Población

El estudio se propuso, diseño y llevó a cabo en la Región Metropolitana de la So-

ciudad Argentina de Pediatría, como trabajo colaborativo, multicéntrico y prospectivo.

Ingresaron al estudio los pacientes de 1 a 24 meses de edad de ambos sexos atendidos ambulatoriamente (Protocolo I) e internados (Protocolo II) en los establecimientos participantes durante el bienio 1994-1996.

### Establecimientos participantes

#### *Ciudad Autónoma:*

Hospitales R. Gutiérrez, J. Fernández, I. Pirovano, P. de Elizalde, J. Penna, F. Santojanni, Vélez Sarsfield, Gral. San Martín, Italiano, Israelita.

#### *Conurbano Bonaerense:*

B. Houssay (V. López), P. Perón (Avellaneda), Iriarte (Quilmes), Ezeiza (Ezeiza), Evita Pueblo (Berazategui), Mi Pueblo (F. Varela), A. Gotilla (Avellaneda), Gandulfo (Lomas de Zamora), Evita (Lanús), R. Larcade (San Miguel), M. Belgrano (San Martín), San Bernardino (Hurlingham), Niños (San Justo), D. Thompson (San Martín), A. Posadas (Morón), Las Acacias (San Miguel), SEMI (San Francisco Solano).

### MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo forma parte de un estudio multicéntrico sobre el niño febril de 1 a 24 meses, realizado en 23 hospitales de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría.

El diseño fue prospectivo, descriptivo y observacional.<sup>23</sup>

Se instrumentaron dos protocolos:

En el primero se incluyó el primer internado febril semanal, desde la semana epidemiológica 23 de 1994 hasta la 22 de 1996, mediante un muestreo aleatorio sistemático.<sup>23</sup> La internación en ningún caso fue decidida por los autores, sino por los médicos asistenciales en guardia o consultorio.

Se consultó a los padres acerca de sus conocimientos y temores ante el episodio febril. Esta información la denominamos alarma y tuvo como instrucción especial, obtenerla luego del interrogatorio inicial, tratando de no inducir la respuesta.

En lo referente a las medidas antitérmicas, se identificaban las mismas -físicas

o farmacológicas—, el momento de su realización (antes de la internación o durante ella) y la corrección de la dosificación. Se consignaron las prácticas alternativas y los antibióticos formulados.

El segundo protocolo fue una encuesta entre pediatras ajenos a este grupo de trabajo, la que se distribuyó en el 31° Congreso Argentino de Pediatría (Mendoza 1997) y posteriormente, en nuestra área de influencia. Mediante 21 preguntas cerradas o de opción múltiple, se trató de establecer el perfil de los encuestados, procedencia, formación, edad y sus conocimientos respecto de la fiebre y sus conductas ante ella.

**Procesamiento de los datos**

Los mismos fueron volcados a una base generada por EPI.INFO 5.0 del CDC, Atlanta y analizados con esta versión hasta 1996, posteriormente con la 6.041a en español y luego con la 6.04.b en inglés y con el Statistix.

Se aplicaron pruebas estadísticas de

comparación de medias y tablas de independencia bajo chi cuadrado. En los casos en que fue necesario, se compararon dos proporciones bajo una distribución z. En todos los casos se fijó un nivel de significación de alfa= 0,05, lo que aseguró para las pruebas una potencia estimada de 1-beta= 0,85.<sup>24</sup>

**RESULTADOS**

En la *Tabla 1*, vemos claramente la distribución de los temores de los padres, míticos o no, en la población estudiada (n= 835), siendo sólo 176 (21%) los que manifestaron no tener ningún temor.

Conductas de los padres: (*Tabla 2*) En este ítem, se reconocieron las distintas actitudes activas o pasivas de los padres frente al episodio febril, antes de la consulta médica. Un grupo importante de padres (272, 33%) dijo no intentar bajar la temperatura. Sí, lo hizo la mayoría (551, 67%) utilizando antitérmicos farmacológicos no recetados (290, 35% del total) y medios físicos (165, 20%).

La droga más utilizada fue el ácido acetilsalicílico (AAS) (15%), siguiendo en orden de frecuencia: el paracetamol y la dipirona (8% cada uno), ibuprofeno (2%), dipirona asociada con paracetamol (1,0%). El 97,1% de los padres informó no haber automedicado con antibióticos a los niños.

Se reconoció la presencia y persistencia de ciertas conductas no médicas para combatir los episodios febriles, aunque la gran mayoría (82%) respondió negativamente. No obstante, 86 (10%) de los padres entrevistados reconocieron haber recurrido al

TABLA 1. Temores de los padres

Temores	Pacientes	Prevalencia
	n	%
Total	835	
a) a las convulsiones	258	31%
b) a las meningitis	136	16,3%
c) a la muerte	132	15,9%
d) otros (no míticos)	132	15,8%
Ningún temor	175	21%
a+b+c adhesión a lo mítico	526	63%

Fuente: Protocolo 1

TABLA 2. Tratamiento antitérmico

	Automedicado previamente		Medicado previamente		En internación	
	n	%	n	%	n	%
Sí	551	67%	502	61%	724	88%
No	272	33%	321	39%	99	12%
AAS	123	15%	74	9%	0	0%
Baño templado	107	13%	49	6%	33	4%
Paracetamol	66	8%	140	17%	255	31%
Dipirona	66	8%	115	14%	247	30%
Baño frío	33	4%	9	1%	0	0%
Compresas	25	3%	16	2%	41	5%
Ibuprofeno	17	2%	58	7%	91	11%
Dipirona + paracetamol	9	1%	16	2%	25	3%

Fuente: protocolo 1 y 2.

“curanderismo” y 63 (7,7%), a la herboristería.

### Tratamiento antitérmico de origen médico

Antes del ingreso (con medicación recetada) según testimonio de los padres y después de la internación, según usos y normas del establecimiento (*Tabla 2*)

#### 2° Protocolo

Encuesta para conocer el pensamiento de los pediatras argentinos sobre el niño febril de 1 a 24 meses de edad.

Los encuestados ejercían su profesión en 21 provincias del país, en el siguiente orden de frecuencia: 261 en Buenos Aires (59%), 27 en Santa Fe (6,1%), 26 en Mendoza (5,9%), 15 en Córdoba (3,4%), 6 en Tucumán (1,4%), 5 en Entre Ríos y en San Juan (1,1% en cada una), 3 en Catamarca, Río Negro, Misiones y Santa Cruz (0,7% en cada una), 2 en Tierra del Fuego, Jujuy, La Pampa, La Rioja y Corrientes (0,5% cada una), 1 en Chubut, Neuquén, Salta, San Luis, Santiago del Estero (0,2% cada una). Setenta de los encuestados (15,8%) no completaron este dato, por lo que se desconoce la provincia donde ejercían la profesión. Sexo: completaron este dato 438 de los 442 pediatras encuestados; 238 de sexo femenino (54,3%) y 200 de sexo masculino (45,7%).

Edad: completaron este dato 373 de los 442 pediatras encuestados. La media de edad fue de 40 años con un desvío estándar de 9,44 años. La edad mínima fue de 25 años y la máxima, de 66 años.

Tipo de formación de los pediatras encuestados: contestaron este dato 436 médicos; 251 pediatras (57,6%) se formaron mediante la residencia, 161 (36,9%) mediante la concurrencia y 24 (5,5%) mediante otro tipo de formación.

Parentesco con niños menores de 2 años de su familia: contestaron este dato 385 encuestados; 62 pediatras eran padres de menores de 2 años; 55, madres; 26, abuelos; 9, abuelas; 233 encuestados refirieron otro parentesco.

Pregunta N° 1 ¿A partir de qué temperatura trata la fiebre? Respondieron 441/442 encuestados: 371 (84,1%) lo hacían cuando la temperatura era mayor de 38° C, 55 (12,5%) cuando era mayor de 37° C y 15

(3,4%) cuando superaba los 39° C.

Pregunta N° 2 ¿Trata la fiebre teniendo en cuenta sólo la temperatura? Contestaron 428/442 encuestados: 128 pediatras (29,9%) lo hicieron afirmativamente y 300 (70,1%) en forma negativa.

Pregunta N° 3 ¿Usa el antitérmico teniendo en cuenta la etiología de la fiebre? Respondieron 435/442 encuestados; 229 (52,6%) en forma afirmativa y 206 (47,4%) negativamente.

Pregunta N° 4 ¿A cuáles antitérmicos le ha atribuido Ud. efectos adversos? Esta pregunta podía ser respondida con más de una respuesta: aspirina, dipirona, paracetamol, ibuprofeno, diclofenac y otros.

Contestaron 425/442 encuestados: 365 (85,88%) le atribuyeron efectos adversos a la aspirina, 261 (61,41%) a la dipirona, 95 (22,35%) al diclofenac, 91 (21,41%) al ibuprofeno, 55 (12,94%) al paracetamol, 23 (5,41%) a otros antitérmicos.

Pregunta N° 5 Usted pretende que la temperatura baje hasta... Opciones: 287 encuestados (66,7%) pretendían que la temperatura bajara hasta 37° C, 80 (18,6%) hasta 38° C y 63 (14,7%) hasta menos de 37° C.

Pregunta N° 6 ¿Tiene en cuenta la edad del niño para elegir un antitérmico? Contestaron 439/442 pediatras: 355 (80,9%) afirmativamente y 84 (19,1%) en forma negativa.

Pregunta N° 7 ¿Considera que la fiebre tiene más beneficios que peligros? Respondieron 229 pediatras (54,3%): consideraron que sí, 193 (45,7%) opinaron lo contrario.

Pregunta N° 8 ¿Considera que la fiebre “per se” es peligrosa para el SNC? Contestaron 436/442 encuestados: para 337 (77,3%) no era peligrosa para el sistema nervioso central, 99 (22,7%) consideraron lo contrario.

Pregunta N° 9 ¿Considera que las convulsiones febriles simples son peligrosas para el SNC? Respondieron 431/442 encuestados: 339 (78,7%) consideraron que no, 92 (21,3%) opinaba que lo eran.

Pregunta N° 10 ¿Considera que la temperatura en ascenso tiene un techo autorregulable? Contestaron 414/442 encuestados: 236 (57,0%) contestaron afirmativamente, pero 178 (43,0%) opinaron que no.

Pregunta N° 11 ¿Cuál es su primer objetivo al tratar la fiebre con medios físicos o

con antitérmicos? Contestaron esta pregunta 413/442 encuestados: 151 (36,6%) consideraron que el primer objetivo era provocar el descenso térmico, 105 (25,4%) moderar las incomodidades del niño, 87 (21,1%), evitar una convulsión, 36 (8,7%) evaluar la severidad del cuadro y 30 (7,3%) aliviar la tensión familiar.

Pregunta N° 12 ¿Qué procedimientos usan para tratar la fiebre? Contestaron 438/442 encuestados: 378 (86,3%) usaban medios físicos y drogas antipiréticas asociados, 41 (9,4%) drogas antipiréticas solamente, 18 (4,1%) sólo medios físicos y 1 de los encuestados (0,2%) no trataba la fiebre.

Pregunta N° 13 ¿Qué medios físicos usa para tratar la fiebre? Podía marcarse más de una respuesta. 406/442 encuestados (91,9%) utilizaba baños (Tabla y Gráfico r-249). De éstos, 217 (53,4%) utilizaban baños templados, 169 (41,6), baños progresivamente fríos y 20 (4,9%), baños fríos.

271/442 encuestados (61,3%) utilizaban paños. (Tabla y Gráfico r-249). De éstos 197 (72,7%) utilizaban paños fríos y 74 (27,3%) paños templados.

340/442 encuestados (76,9%) aliviaban ropas.

Pregunta N° 14 Señale las dos drogas antipiréticas que más utiliza: Respondieron 403/442 pediatras: dipirona y paracetamol, 141 (35,0%); paracetamol e ibuprofeno, 141 (35,0%); sólo paracetamol, 35 (8,7%); dipirona e ibuprofeno, 23 (5,7%), aspirina y paracetamol en 20 casos (5,0%); aspirina y dipirona, 13 (3,2%); sólo ibuprofeno, 10 (2,5%); sólo dipirona 8 (2,0%); aspirina y ibuprofeno, 4 (1,0%); ibuprofeno y otra droga, 4 (1,0%); sólo aspirina, 3 (0,7%); paracetamol y diclofenac, 1 (0,2%). Si se considera la frecuencia de utilización de cada droga por separado, los más utilizados fueron: paracetamol (44,9%), dipirona (24,6%) e ibuprofeno (24,0%) y en menor medida, AAS (6,0%). El diclofenac fue elegido en un solo caso.

Pregunta N° 15 ¿Hace profilaxis del síndrome de Reye? Contestaron 440/442 encuestados; 402 pediatras (91,4%) respondieron positivamente y 38 (8,6%), en forma negativa.

Pregunta N° 16 ¿Realiza escalas de valoración clínica para decidir conductas? Respondieron 425/442 encuestados: 251

(59,1%) no realizaba escalas de valoración clínica para decidir conductas, 174 (40,9%) sí lo hacían.

Pregunta N° 17 ¿Pide estudios auxiliares en un niño febril? Contestaron esta pregunta 419/442 encuestados: 256 (61,1%) solicitaban estudios auxiliares en un niño febril y 163 (38,9%) no lo hacían.

Pregunta N° 18 ¿Para qué pide estudios auxiliares en un niño febril? Contestaron 435/442: 267 (61,4%) los solicitaban cuando clínicamente no detectaban un foco, 74 (17,0%) para diferenciar un proceso febril viral de uno bacteriano, 70 (16,1%) los pedía sólo por excepción, 20 (4,6%) los solicitaba para decidir tratamiento antibiótico y 4 (0,9%) contestaron que nunca solicitaban estudios auxiliares.

Pregunta N° 19 A los que contestaron que sólo pedían estudios auxiliares por excepción o que no los solicitaban nunca (fueron 74 profesionales en total) se les pidió que eligieran una de estas tres justificaciones de su respuesta: 48 (76,2%) contestaron que lo hacía por arreglarse con la clínica, 11 (17,5%) por ser inoficioso y 4 (6,3%) por déficit de medios, 11 no contestaron.

Pregunta N° 20 ¿Qué estudios auxiliares realiza en un niño febril menor de 2 años sin foco ostensible?:

Orina: 364/442 (82,35%) realizaban sedimento de orina y 168/442 (38,0%), cultivo de orina.

Leucocitos: 382/442 (86,42%) realizaban recuento de leucocitos (Tabla y Gráfico r-240), 245/442 (55,42%) realizaban recuento de cayados (Tabla y Gráfico r-241), 250/442 (56,56%) realizaban recuento de neutrófilos.

Reactantes de fase aguda: 260/442 (58,82%) realizaban eritrosedimentación; 88/442 (19,90%), proteína C reactiva.

Rx de tórax: 339/442 (76,69%) realizaban Rx de tórax.

Líquido cefalorraquídeo: 85/442 (19,23%) realizaban estudios de líquido cefalorraquídeo.

Otros estudios: 26/442 (5,88%) realizaban otros estudios auxiliares no especificados.

Pregunta N° 21 ¿Indica empíricamente antibióticos en menores de 2 años con fiebre sin foco de consulta ambulatoria? Esta

pregunta podía ser respondida marcando una de las opciones dadas. Respondieron 439/442 encuestados; 205 (46,7%) nunca realizaba tratamiento antibiótico empírico en un niño menor de 2 años con fiebre sin foco, 171 (39,0%) lo indicaba en la minoría de los casos, 36 (8,2%) lo realizaba en la mitad de los casos y 27 (6,2%) contestó que lo realizaba en la mayoría de los casos, ninguno contestó que lo indicaba siempre.

#### *Variables especiales*

Se compararon las respuestas a la encuesta entre dos grupos etarios: 40 años o menos y más de 40 años.

Se encontraron diferencias significativas en las respuestas entre los dos grupos de edad en:

- Pregunta 2: El grupo de 40 años o menos sólo tuvo en cuenta la temperatura para tratar la fiebre en mayor proporción que los mayores de esa edad ( $p= 0,04$ ).
- Pregunta 3: Los mayores de 40 años usan el antitérmico teniendo en cuenta la etiología de la fiebre en mayor proporción que los menores de esa edad ( $p= 0,01$ ).
- Pregunta 5: El grupo mayor de 40 años pretendía que la temperatura bajara hasta 38° C en mayor proporción que los menores de esa edad, quienes procuraban un descenso térmico mayor ( $p= 0,001$ ).
- Pregunta 9: Los mayores de 40 años creían que las convulsiones febriles simples eran peligrosas para el SNC en mayor proporción que los menores de esa edad ( $p= 0,02$ ).
- Pregunta 13: Los mayores de 40 años eligieron en mayor proporción baños progresivamente fríos y los de 40 años o menos eligieron en mayor proporción baños templados ( $p= 0,03$ ).
- Pregunta 15: los mayores de 40 años realizaron profilaxis de síndrome de Reye en menor proporción que los menores de esa edad ( $p= 0,01$ ).
- Pregunta 16: Los mayores de 40 años utilizaron las escalas de observación clínica en menor proporción que los menores de esa edad ( $p= 0,03$ ).
- Pregunta 20: Los mayores de 40 años solicitaron examen de LCR en menor proporción que los menores de esa edad ( $p= 0,01$ ).
- Pregunta 21: Los menores de 40 años contestaron que nunca realizaban tratamiento antibiótico empírico en mayor proporción que los mayores de esa edad ( $p= 0,03$ ).

## DISCUSIÓN

La postura actual en este campo es: contemporarizar con la fiebre, dar bienestar, atenuar el dolor, desentrañando lo antes posible la condición de la enfermedad autolimitada o no. Simultáneamente se debe educar a los pares combatiendo los mitos y convencer a los pediatras sobre la racionalidad de las prescripciones a indicar.<sup>6</sup>

Cuando un pediatra atiende a un niño febril de 1 a 24 meses debe ocuparse también de contener a la familia. Los padres suelen aferrarse a un mito arraigado en la cultura.<sup>18</sup> Creen que la fiebre produce convulsiones, éstas originan meningitis y por este modo, se llega al daño cerebral o a la muerte.<sup>25</sup>

Schmitt<sup>26</sup> introdujo el concepto de fobia a la fiebre para englobar la alta prevalencia de temores desmedidos entre los padres, que May<sup>27</sup> atribuyó al mensaje equívoco que los pediatras y las enfermeras<sup>28</sup> transmitimos con nuestras conductas, consejos, prácticas y prescripciones.<sup>22</sup>

En Noruega, en 1991, por medio de un interrogatorio a la población en general, se encontró que un tercio creía que una temperatura mayor a 40,5° C ponía en peligro la vida. La mayoría temía más a las infecciones virales que a las bacterianas, lo que se interpretó por el impacto que provoca el SIDA.<sup>29</sup>

Van Stuijvenberg,<sup>30</sup> demostró que el temor de los padres a las convulsiones febriles produce una serie de hechos negativos sobre el niño, que se remediaría con una adecuada provisión de información por parte de los médicos.

Nuestra muestra con los padres tuvo un sesgo de adhesión a lo mítico o a un discurso mental signado por la hipérbole por parte de los padres, en coincidencia con este último autor. Temían a la convulsión el 31,1% y el 16,3% a la meningitis seguida de daño cerebral y otro 16% a la muerte. Daban una interpretación mítica y fatalista en el 63% de los casos, articulando inadecuadamente sus relaciones y potenciando

sus consecuencias (Gráfico 1).

Para los padres encuestados por Schmitt,<sup>6</sup> el termómetro podía llegar a 110° F (43,3° C) y, de no mediar un tratamiento antipirético, seguir subiendo.

Los padres entrevistados en los hospitales enrolados adoptaron las siguientes conductas frente a la fiebre de sus hijos. Por propia determinación 42,0% dijo no haber tomado ninguna medida, 20,0% utilizó medios físicos y 37,0%, fármacos antipiréticos. Quizás estos datos tengan subregistro en cuanto a conductas activas, resultante de no haber inducido la respuesta o de no haber posibilidades económicas, dada la población estudiada.

Los medicamentos antipiréticos utilizados en orden de frecuencia fueron: el AAS la dipirona y el paracetamol. En cambio, tanto el ibuprofeno como el ciclofenac fueron usados en menor escala. Los médicos consultados por las familias antes de la internación de los niños prescribieron más antitérmicos que medios físicos o abstinencia de toda medida. Los productos preferidos fueron en primer lugar el paracetamol, luego la dipirona y el AAS; el ibuprofeno y el diclofenac se indicaron menos.

El 20,0% de los pacientes en nuestra serie utilizó prácticas alternativas, sobre todo, el curanderismo y la herboristería.

Ipp y Jaffe<sup>31</sup> encuestaron a 100 médicos de atención primaria, hallando que el 17,0% no le adjudicaba peligro a la fiebre, el 12,0% creía que por sí misma podía ocasionar daño cerebral y el 22,9% que podía hacerlo, a través de las convulsiones. En un 30,0% se usó la temperatura corporal como único indicador para tratar la fiebre, sin considerar la etiología en juego. Para estos autores, los médicos entrevistados tenían excesivas preocupaciones por la fiebre y esto “demostraba su pobre formación al respecto”.

Kramer, en 1994, obtuvo como conclusión en una investigación<sup>32</sup> que los padres

y los médicos tienen distintas percepciones respecto de las pruebas auxiliares, de los errores diagnósticos y de los efectos de la enfermedad a corto y mediano plazo.

May<sup>29</sup> investigó un grupo de residentes: 65,0% creía que la fiebre peligrosa, la mitad de ellos pensaba que era riesgosa para el SNC y que una temperatura corporal mayor de 104°F (40,0° C) era potencialmente generadora de convulsiones, daño cerebral o muerte. A pesar de ello, el autor informó que una alta franja de pediatras intentaban educar a las familias al respecto.

En este sentido, Casey<sup>33</sup> integró un programa con secuencias bien estructuradas a través de cuatro meses de intervención, obteniendo cambios de conducta mensurables en las enfermedades febriles autolimitadas.

Durante la internación, el uso de fármacos antipiréticos superó netamente a los medios físicos, el paracetamol y la dipirona fueron los preferidos. En menor número se utilizaron tanto el ibuprofeno como el diclofenac y nunca el AAS y los baños fríos.

En la práctica, la mayoría de los médicos encuestados por Jones,<sup>34</sup> recetaban empíricamente antibióticos en pacientes ambulatorios, en un rango entre el 24 y el 44%, pero a los más pequeños los internaban haciendo tratamiento empírico inicial.

Los padres de nuestra muestra, por excepción automedicaron con antibióticos, sólo en el 4%. Sus niños los recibieron por prescripción médica en las consultas ambulatorias, en el 22% de los casos. Al ingreso se hizo tratamiento empírico inicial en el 81%, particularmente en los más pequeños.

Antes del ingreso, una minoría (22,0%) fue medicada por profesionales con amoxicilina (9,0%). Por propia iniciativa de los padres, sólo 2 pacientes recibieron antibióticos.

Al ingreso recibieron antibióticos el 81,0% de los pacientes; cuando se implementó tratamiento empírico inicial, los más utilizados fueron ampicilina o amoxicilina, ceftriaxona, —hasta aquí al igual que en la encuesta de Jones—<sup>34</sup> y además, cefuroxima y cefotaxima, hasta recibir el resultado de los hemocultivos, continuando según la sensibilidad en los positivos, e interrumpiendo en los negativos.

Tabla 3. Prescripción de antibióticos

Antes de la internación			Al ingresar		
Sí	181	22%	Sí	667	81%
No	642	78%	No	156	19%

Fuente: Ver texto

En la internación se indicaron con mayor frecuencia: ampicilina, amoxicilina y ceftriaxona.

En la encuesta realizada a pediatras ajenos a nuestro estudio colaborativo se observaron tendencias concordantes con lo mencionado

Clasificamos las respuestas en posi-

TABLA 4. *El niño con fiebre*

<i>Decálogo para padres</i>
1. Durante muchos años, las familias y también los pediatras creíamos que la fiebre por sí misma suponía peligros ciertos para el niño.
2. Estos peligros eran: las convulsiones, la meningitis, el daño cerebral y la muerte.
3. El continuo progreso de la ciencia va demostrando que la fiebre por sí misma no es tan peligrosa.
4. Con todo, es cierto que la fiebre puede ocasionar convulsiones, pero sólo en el 4% de los niños sanos que seguirán siendo tan sanos como antes, después de una convulsión febril.
5. Ni la fiebre ni la convulsión febril dañan al cerebro. No provocan epilepsia. Pero es muy cierto que las convulsiones asustan realmente a los padres y al entorno; nuestro deber es tranquilizarlos.
6. Cuando un niño tiene fiebre lo importante, más que bajar la fiebre, es averiguar por qué apareció ¿Qué la está provocando?
7. Puede ser una enfermedad viral "autolimitada", de esas que son mayoría y que se curan espontáneamente en 2 o 3 días por acción de las defensas del organismo.
8. Pero también puede ser una enfermedad moderada o grave, como una otitis, una infección urinaria, una neumonía, una celulitis, una meningitis, que sólo su pediatra puede sospechar y diagnosticar.
9. No hay que limitarse a pretender bajar la fiebre sin consultar, no usar medicamentos antitérmicos o baños antitérmicos pretendiendo "ganarle al termómetro".
10. Lo adecuado es darle confort al niño, calmarle los dolorcitos, preferentemente con paracetamol, mimarlo para que se encuentre confiado y seguro, en la tranquilidad de aliviarlo hasta que la consulta con el pediatra ponga las cosas en el camino correcto.

Fuente: ver texto

vas, neutras y negativas, de acuerdo a nuestra visión actual. Consideramos respuestas positivas, orientadas al confort del niño, evitándoles efectos no deseados de los tratamientos:

- 84,1% trataba la fiebre a partir de los 38,0° C.
- 70,1% no sólo observaba el nivel de temperatura para indicar medidas.
- El antitérmico con menores objeciones fue el paracetamol, siendo a la vez el más usado.
- 85,88% le atribuyó efectos adversos al AAS y 61,41%, la dipirona.
- 80,9% tuvo en cuenta la edad para elegir el antitérmico.
- 76,9% alivianaba las ropas.
- 54,3% consideraba que la fiebre tiene más beneficios que peligros.
- 77,3% estimaba que no es peligrosa para el sistema nervioso central (SNC).
- 78,7% creía que las convulsiones febriles simples no son peligrosas para el SNC.
- 57,0% creía que existe un techo autorregulable.
- Los exámenes auxiliares usados no difieren ni en calidad ni en cantidad, con los referidos en diversas series.<sup>35,36</sup>

Consideramos respuestas neutras que el 72,7% usaba paños fríos y el 27,3%, templados.

En cambio entendemos como negativas las siguientes respuestas:

- 81,4% trataba que la temperatura corporal bajara a 37° C o menos, lo cual indica que se mira más al termómetro que al confort del niño y averiguar la causa de la fiebre.
- 45,7% consideró que la fiebre tiene más peligros que beneficios, ignorando todo lo investigado en las dos últimas décadas. Esta respuesta, como las que siguen, si bien fueron elegidas por una minoría, se ubicaron como negativas por la importante cantidad de médicos que las seleccionaron.
- 22,7% creía que la fiebre es peligrosa para el SNC, no existiendo publicación alguna que lo demuestre.
- 21,3% atribuyó a las convulsiones febriles efectos perjudiciales para el SNC, lo que tampoco pudo ser demostrado.



Nunca un niño convulsivo febril se transforma en epiléptico, aunque algunas veces la primera manifestación de una epilepsia sea una convulsión febril.

- 43,0% creía que la fiebre no tiene techo autorregulable, ignorando el sistema defervescente, descrito en diversas publicaciones.<sup>37-39</sup>
- 25,4% pensaba en el bienestar del niño como primer motivo para tratar la fiebre. (lo negativo en este caso fue la cantidad de pediatras que no tomó en cuenta este bienestar como prioritario).
- 47,0% usó baños fríos cuyo efecto es efímero; actúa sobre el hipotálamo, procurando lo contrario de lo que el organismo pretende: guardar calor.

Por otro lado, estudiamos las respuestas según la edad de los pediatras encuestados. Los menores de 40 años indican el tratamiento antitérmico teniendo más en cuenta la fiebre en sí misma que los médicos de 40 años o más (36,0% vs. 22,0%). A su vez, éstos miran más la etiología (55,0% vs. 48,0%). Los menores de 40 años procuran un descenso térmico más significativo.

Los mayores tenían más recelo de las convulsiones febriles como potencialmente dañinas para el SNC (27,0% vs. 17,0%) y fueron más proclives a utilizar los baños progresivamente fríos (46,0% vs. 34,0%) que los tibios, preferidos por los menores de esa edad (61,0% vs. 47,0%). También los médicos menores de 40 años realizaron las escalas como la YOS con significativa dife-

rencia (45,0% vs. 34,0%) respecto de los mayores, reconocieron practicar más punciones lumbares (26,0% vs. 14,0%) y nunca hacían tratamiento empírico antibiótico inicial en un 48,0% vs. un 37,0%.

Concluimos que es necesario educar a los padres desde los consultorios públicos o privados, acostumbrándolos a convivir con la fiebre, ya que es un signo de presentación frecuente.

La oportunidad, la pertinencia y el momento de las consultas por fiebre fue normatizada por Schmitt.<sup>6</sup> Debería ser conocida por los pediatras y difundida entre las familias que los consultan. Está integrada por las siguientes circunstancias, de consulta inmediata:

- el niño tiene menos de 3 meses,
- registra 40°5 C axilar,
- llora inconsolablemente,
- cuesta despertarlo, está confuso o delira,
- convulsiva, tiene rigideces, o ambos,
- tiene petequias fuera del área de Valsalva,
- respira dificultosamente aún después de desobstruir la nariz,
- aparece como muy enfermo o decaído,
- o tiene factores de riesgo (SIDA, drepanocitosis, quimioterapia, corticoideoterapia prolongada).

Creemos instrumentalmente útil difundir entre las familias que consultan por fiebre el decálogo que hemos construido (Tabla 4).