



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

García Puga, JM.; Callejas Pozo, JE.; Castillo Díaz, L.; Hernández Morillas, D.; Garrido
Torrecillas, FJ.; Jiménez Romero, T.; Ortega Páez, E.; Santos Pérez, JL.; Expósito Ruiz,
M.; Pérez Vicente, S.; Ruiz Extremera, A.

Conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre

Pediatría Atención Primaria, vol. XIII, núm. 51, julio-septiembre, 2011, pp. 367-379

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638732003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre

JM. García Puga^a, JE. Callejas Pozo^b, L. Castillo Díaz^b, D. Hernández Morillas^b, FJ. Garrido Torrecillas^c, T. Jiménez Romero^a, E. Ortega Páez^d, JL. Santos Pérez^e, M. Expósito Ruiz^f, S. Pérez Vicente^g, A. Ruiz Extremera^h

^aPediatra. CS Salvador Caballero. Granada. España.

^bPediatra. CS de la Zubia. Granada. España.

^cPediatra. CS de Churriana de la Vega. Granada. España.

^dPediatra. CS de Maracena. Granada. España.

^ePediatra. Jefe Clínico. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

^fTécnica de Apoyo a la Investigación. Unidad de Investigación del Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. España.

^gTécnica de Apoyo a la Investigación. Unidad de Investigación del Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

^hPediatra de UCIP y Neonatal. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Resumen

Objetivos: evaluar los conocimientos y actitudes que tienen los padres sobre la fiebre, así como la influencia de los aspectos familiares.

Material y métodos: cuestionario distribuido a padres de dos áreas asistenciales con hijos de 1-5 años. Para variables cualitativas se aplicaron pruebas de asociación mediante el test χ^2 ; para las variables cuantitativas se aplicó la diferencia de medias mediante la *t* de Student o análisis de la varianza (ANOVA). Se consideró como valor estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: se analizaron 288 cuestionarios. El 50% de los encuestados tiene dos hijos. Trabaja el 64,5%. En el área urbana son de mayor edad y nivel de estudios ($p < 0,001$). Un 50,3% considera la fiebre mala, menos los de edad media superior ($p < 0,05$). El 67,7% utiliza termómetro electrónico. Consideran fiebre una temperatura de 37,7 °C en axila. Ante la fiebre, el 58,3% utiliza en primer lugar un antitérmico. El 98,2% usa medidas físicas y el 49,3% de ellos piensa que mejoran la fiebre; las usan menos los que trabajan ($p < 0,05$). Los de estudios superiores quitan ropa y dan líquidos más que los de estudios primarios ($p = 0,035$). Los antitérmicos más empleados fueron paracetamol e ibuprofeno. Un 64,6% de los encuestados percibe diferencias en cuanto a eficacia. El 85,4% utiliza la dosis indicada por su pediatra y el 21,5%, la que indica la ficha técnica, sobre todo los de estudios superiores frente a los de estudios primarios ($p < 0,05$). El 67,4% alterna antitérmicos, siempre aconsejados por el pediatra.

José Manuel García Puga, jimgpuga@telefonica.net

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Conclusiones: globalmente, en la población estudiada existe un buen conocimiento y una actitud adecuada ante la fiebre.

Palabras clave: Fiebre. Tratamiento. Paracetamol. Ibuprofeno. Encuesta.

Knowledge and management of fever by parents

Abstract

Objective: To assess parental knowledge and attitudes about fever and the influence of social and family aspects.

Methods: Questionnaires distributed to parents of children 1-5 years old in two health districts. For qualitative variables association tests with χ^2 test were applied, and mean differences by Student's *t*-distribution or analysis of variance (ANOVA) were used for quantitative variables. It was considered statistically significant the value of $p < 0.05$.

Results: There were 288 questionnaires analyzed. Fifty percent of respondents have 2 children, and 64.5% work. Older age and higher education levels were found in urban areas ($p < 0.001$). Fever was considered to be a bad thing by 50.3%, less so those with higher mean age ($p < 0.05$). Electronic thermometers was used in 67.7%, and 86.2% took armpit temperature considering 37.7 °C as fever. When faced with fever, 58.3% of parents first use antipyretics. Physical measures are used in the first term by 98.2% and 49.3% think these measures lower the fever; they are used less by those parents who work ($p < 0.05$). Parents with higher education levels remove the clothing and give liquids more than those with primary education ($p = 0.035$). Most commonly used antipyretics are acetaminophen and ibuprofen; 64.6% perceived differences in efficiency; 65.4% think that ibuprofen is more effective than acetaminophen. Most parents use the dosage prescribed by the pediatrician (85.4%), and 21.5% use the dosage specified in the leaflet, especially those with higher education levels, compared to parents with primary education ($p < 0.05$). They sometimes alternate antipyretics (67.4%), always following the advice of their pediatrician.

Conclusions: There is an overall good knowledge and attitudes about fever.

Key words: Fever. Therapy. Acetaminophen. Ibuprofen. Survey.

Antecedentes

La fiebre es un mecanismo que en la mayoría de los casos se pone en marcha frente a una posible agresión, pues el aumento de la temperatura activa el sistema inmunitario; por tanto, es parte importante de la defensa del organismo¹. Al tener el mismo mecanismo fisiopatológico para procesos de muy diferentes etiologías, se convierte en un signo totalmente inespecífico, siendo expresión de

la ruptura del equilibrio entre los sistemas termogénico y termolítico².

Para determinar la temperatura corporal se recurre a instrumentos de medida. El termómetro más usado clásicamente ha sido el de mercurio. Desde la prohibición en 2006 por parte de la Unión Europea³ del uso del mercurio en instrumentos clínicos, se han extendido otros tipos. De ellos, el termómetro electrónico de lectura digital es el más implantado por

su fiabilidad, rapidez, seguridad y facilidad de lectura.

En relación al lugar de medición de la temperatura, se sabe que el valor de esta varía según dónde se haga. La axila es un lugar accesible aunque de menor exactitud, excepto en menores de un mes⁴. La cavidad oral es un lugar más exacto, pero poco utilizado en nuestro medio. En el oído (tímpano) la medición solo es precisa si el termómetro está bien colocado y el tímpano no está afectado. El recto se utiliza sobre todo en lactantes, y tiene como ventaja que se correlaciona bien con la temperatura central, aunque necesita de la vigilancia del cuidador y es susceptible de producir lesiones.

El rango de normalidad de la temperatura varía en función del lugar de medida⁵. En general, los valores considerados normales en el niño varían entre 35,6 y 38,2 °C. Aunque no existe una definición aceptada universalmente⁶, se considera que existe fiebre cuando la temperatura corporal excede del percentil 99 (37,7 °C).

La fiebre es un síntoma frecuente en niños pequeños y constituye el motivo de consulta más reiterado por parte de la población⁴. En la mayoría de los casos el tiempo de evolución entre el inicio del síntoma fiebre percibido por los padres y la consulta es generalmente muy corto⁷.

La fiebre, además, es causa de gran preocupación e incertidumbre para padres y profesionales sanitarios. La variabilidad y la diferente expresividad de los cuadros clínicos plantean en muchos casos un reto diagnóstico, sobre todo en los lactantes y niños pequeños, puesto que la apariencia clínica de un niño con una infección banal y una infección potencialmente grave puede ser similar inicialmente⁸⁻¹⁰. La búsqueda del origen de la fiebre en ocasiones es dificultosa, en algunos casos, por la premura en la asistencia y el corto tiempo de evolución. Distintas circunstancias contribuyen a esta dificultad, como son el desconocimiento, las falsas creencias, el confusio-nismo, la masificación y la disparidad de su abordaje y tratamiento. Todo ello conduce a una situación denominada "fiebre-fobia"^{11,12}, término que habla por sí mismo del "terror" creado en su entorno.

Sobre el conocimiento por parte de los padres de la fiebre, de medidas antitérmicas empleadas y de temores ante la fiebre hay diferentes publicaciones que hacen referencia¹³⁻¹⁵. Dentro de un trabajo más amplio sobre la actuación y valoración de la fiebre en Atención Primaria, se plantean como objetivos analizar el concepto, los conocimientos y las actitudes que tienen los padres sobre la fiebre

y cómo pueden estar influenciados por el trabajo, la profesión así como la procedencia de un medio urbano o metropolitano.

Material y métodos

Se realizó un estudio con diseño transversal en dos áreas asistenciales de Granada: urbana y metropolitana (distritos sanitarios). Participaron seis pediatras de tres centros de salud, uno urbano y dos

metropolitanos, que en conjunto atienden a una población de 3403 niñas y 3349 niños menores de 14 años. La población de estudio fueron los padres de niños entre uno y cinco años que acudieron a consulta de Pediatría de los centros participantes durante el periodo mayo-julio de 2009.

Se aplicó un cuestionario de 17 preguntas (tabla 1) que recogía variables laborales, nivel de estudios y cuestiones re-

Tabla 1. Cuestionario para padres y madres

Madre/Padre/Edad.

Trabaja: Sí/No.

Número de hijos.

Estudios: Licenciatura/Diplomatura/FP, Bachiller/Primarios/Otros

- ¿Cree que la fiebre es mala para la salud?: Sí/No/No sé.
- Si cree que sí, ¿por qué? Señale solo una razón.
- Para comprobar la fiebre, ¿utiliza termómetro? Siempre/A veces/Nunca.
- Si utiliza termómetro, ¿qué tipo de termómetro utiliza? Timpánico/Frente/Mercurio/Digital/Otro.
- ¿En qué lugar del cuerpo toma la temperatura? Axila/Recto/Frente/Boca/Oído.
- ¿Qué temperatura considera fiebre en el lugar en que la toma?
- ¿Qué es lo primero que hace cuando comprueba que su hijo tiene fiebre? (una sola respuesta): Le quito ropa y le doy líquidos/Acudo al pediatra/Le doy un antitérmico/Acudo a urgencias.
- Si utiliza medidas físicas para bajar la fiebre, ¿cuál o cuales utiliza? Friegas de alcohol/Paños de agua tibia/Baño o ducha de agua tibia/Quito ropa y doy líquidos.
- Si utiliza medidas físicas, ¿cree que mejoran la fiebre en su hijo? Sí/No/A veces/No sé.
- ¿Conoce estos antitérmicos? Marque el/los que conozca (debajo está uno de los nombres comerciales): Ácido acetilsalicílico/Ibuprofeno/Paracetamol/Metamizol.
- ¿Cuál o cuáles emplea? Ácido acetilsalicílico/Ibuprofeno/Paracetamol/Metamizol.
- ¿Nota que alguno de ellos mejora la fiebre más que otro? Sí/No/No sé.
- Si es así, ¿cuál de ellos cree que la mejora más? Ácido acetilsalicílico/Ibuprofeno/Paracetamol/Metamizol.
- ¿Qué dosis de medicación antitérmica utiliza? La que indica el prospecto/La que me dice el farmacéutico/La que me dice el pediatra/Otros (familia, amigos, etc.).
- ¿Qué fórmula farmacéutica de antitérmico utiliza más frecuentemente? Supositorios/Comprimidos/Jarabes, gotas/Sobres.
- ¿Combina o alterna varios antitérmicos cuando su hijo tiene fiebre? A veces/Nunca/Siempre.
- Si hace esto último, ¿quién se lo indicó? Familiares/El farmacéutico/El pediatra/Otro médico.

feridas a creencias, conocimientos, modo de registro y medidas antitérmicas utilizadas. Pese a no haberse realizado una validación completa del cuestionario, pues su objetivo no era crear una herramienta universal, sino útil en nuestro medio, se analizó la validez del contenido mediante la valoración de un grupo de expertos. Asimismo, se realizó una prueba piloto, pasando el cuestionario a un grupo de padres y madres, con el fin de identificar posibles incongruencias en las preguntas, y valorar la comprensibilidad de las mismas.

Cálculo muestral

Para una precisión del 4% en la estimación de una proporción para poblaciones finitas al 95%, asumiendo que la proporción de madres/padres con conocimiento sobre el tema es del 80% y que el tamaño total de la población de madres/padres es de 3350, se necesitaba un mínimo de 250 encuestas, aunque finalmente se analizaron 288.

Se seleccionaron a partir de un muestreo consecutivo, es decir, según iban llegando a la consulta a demanda, independientemente del motivo, si cumplían los criterios y querían participar. Las respuestas del cuestionario fueron consideradas como variables dependientes y las variables independientes parentesco,

edad, número de hijos, trabajo, nivel de estudios y área de residencia.

Análisis estadístico de datos

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra calculando medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Para relacionar variables cualitativas se aplicó el test de la χ^2 corrigiendo por continuidad en tablas 2x2. Para comparar diferencias entre variables numéricas y cualitativas se aplicó la t de Student o el análisis de la varianza (ANOVA), dependiendo de si la cualitativa tenía dos o más categorías, respectivamente. Se consideró como valor estadísticamente significativo $p < 0,05$.

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS® 15.0.

Consideraciones éticas

En todos los casos se informó de los objetivos del estudio, obteniéndose el correspondiente consentimiento informado. Tanto este documento como el diseño del estudio contaron con la aceptación de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria de las áreas asistenciales implicadas.

Se ha participado en su concepto y diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección del texto.

Resultados

Se han analizado 288 cuestionarios realizados a 247 madres (85,8%) y 41 padres (14,2%) pertenecientes a seis consultas de Pediatría.

La edad media de los encuestados fue de 36,26 años (desviación estándar [DE]: 6,26), la distribución por grupos de edad se muestra en la tabla 2 y las variables demográficas de las áreas estudiadas en la tabla 3.

Las respuestas a las preguntas requeridas en el cuestionario y su frecuencia se describen en tabla 4. Creen que la fiebre

no es mala para la salud 133 encuestados (46,2%) frente a los 145 (50,3%) que creen que la fiebre es mala para la salud, de los cuales 15 (10,3%) no dan explicación del porqué (tabla 5), diez no saben si es mala o no (3,5%). La media de edad de los que no la creen mala es significativamente superior a la de los que la creen mala ($p < 0,05$). Los encuestados que trabajan, tienen más de un hijo y mayor nivel de estudios creen en menor proporción que la fiebre es mala para la salud ($p < 0,05$), para los otros comparativos (parentesco o área asisten-

Tabla 2. Distribución de encuestados por grupos de edad

Grupo de edad	Frecuencia	% válido
≤ 20 años	3	1
21-30 años	40	13,9
31-40 años	170	59
41-50 años	56	19,5
> 50 años	4	1,4
No contestan	15	5,2
Total	288	100

Tabla 3. Variables demográficas de las áreas urbana y metropolitana

	Urbana (N/%)	Metropolitana (N/%)	p
Total	111 (38,7%)	176 (61,3%)	–
Trabajan			NS
Sí	78 (70,3%)	107 (60,1%)	
No	33 (32,4%)	69 (39,9%)	
Nivel de estudios			< 0,001
Licenciado	37 (63,8%)	21 (36,2%)	
Diplomado	28 (57,1%)	21 (42,9%)	
Formación profesional	35 (34,3%)	67 (65,7%)	–
Estudios primarios	10 (13,2%)	66 (86,8%)	–
Sin estudios	1 (50%)	1 (50%)	–
Edad padres (media ± DS)	38,13 ± 6,253	35,04 ± 5,975	< 0,001
Número de hijos (media [P25-P75])	2 (1-2)	2 (1-2)	NS

DS: desviación estándar; NS: no significación.

Tabla 4. Respuestas a las preguntas realizadas

		N (%)
¿Utiliza termómetro para comprobar la fiebre?	Siempre	244 (84,7)
	A veces	44 (15,3)
	Nunca	0
¿Qué tipo de termómetro utiliza?*	Timpánico	13 (4,5)
	Frente	22 (7,6)
	Mercurio	100 (34,7)
	Digital	195 (67,7)
¿En qué lugar del cuerpo toma la temperatura?*	Axila	258 (86,2)
	Recto	18 (6,3)
	Frente	23 (8)
	Boca	3 (1)
	Oído	14 (4,9)
¿Qué es lo primero que hace cuando comprueba que su hijo tiene fiebre?	Quitar la ropa y dar líquidos	100 (34,7)
	Dar un antitérmico	168 (58,3)
	Acudir al pediatra	11 (3,8)
	Acudir a urgencias	5 (1,7)
	No contestan	4 (1,4)
¿Qué medidas físicas utiliza para bajar la fiebre?*	Friegas de alcohol	3 (1)
	Baños o ducha de agua tibia	137 (47,6)
	Paños de agua tibia	105 (36,5)
	Quitar ropa y dar líquidos	167 (58)
¿Cree que las medidas físicas mejoran la fiebre de su hijo?	Sí	142 (49,3)
	No	13 (4,5)
	A veces	116 (40,3)
	No saben	7 (2,4)
	No contestan	10 (3,5)
¿Conoce estos antitérmicos?*	AAS	159 (55,2)
	Ibuprofeno	278 (96,5)
	Paracetamol	279 (96,9)
	Metamizol	155 (53,8)
¿Cuál o cuáles emplea?*	AAS	3 (0,3)
	Ibuprofeno	238 (87,6)
	Paracetamol	236 (87,9)
	Metamizol	9 (3,1)
¿Nota que alguno mejora más la fiebre que otro?	Sí	133 (46,2)
	No	53 (18,4)
	No sabe/No contesta	5 (1,7)
	No procede (emplea uno solo)	97 (33,7)
¿Cuál cree que mejora más?	Ibuprofeno	87 (65,4)
	Paracetamol	37 (27,8)
	Metamizol	6 (4,5)
	No contestan	3 (2,3)
¿Qué dosis de medicación antitérmica emplea?*	La que indica el prospecto	62 (21,5)
	La que dice el pediatra	246 (85,4)
	La que dice el farmacéutico	2 (0,7)
¿Qué fórmula farmacéutica de antitérmico utiliza más frecuentemente?*	Supositorios	17 (5,9)
	Jarabe/gotas	275 (95,5)
	Comprimidos	10 (3,5)
	Sobres	5 (1,7)
¿Combina o alterna varios antitérmicos?	A veces	194 (67,4)
	Nunca	77 (26,7)
	Siempre	16 (5,5)
	No contestan	1 (0,3)

*Preguntas multirrespuesta. AAS: ácido acetilsalicílico.

Tabla 5. Justificación de por qué la fiebre es "mala"

	N	%
Infección	36	24,8
Alarma	28	19,3
Enfermedad	22	15,2
Dependiendo de la temperatura	19	13,1
Decaimiento, malestar	13	9,0
Convulsión febril	12	8,3
No contesta	15	10,3
Total	145	100

cial) no existen diferencias estadísticamente significativas.

Para comprobar la fiebre utilizan solo un termómetro 241 (83,7%), dos termómetros 42 (14,6%) y tres termómetros dos (0,7%), y para tomar la temperatura, utilizan solo un lugar 264 (91,7%), dos lugares 19 (6,6%) y tres lugares cuatro (1,4%); no existen diferencias estadísticamente significativas en referencia a las variables estudiadas (parentesco, edad, número de hijos, trabajo, nivel de estudios o área asistencial).

Respecto al tipo o tipos de termómetro utilizados para comprobar la fiebre y la zona o zonas del cuerpo donde ponen el termómetro, no existen diferencias estadísticamente significativas en referencia a las variables estudiadas.

La temperatura media que consideran fiebre es 37,7 °C tomada en axila, con una desviación típica de 0,43698 (36,5-39,0 °C) no existen diferencias estadísticamente significativas en refe-

rencia a las variables estudiadas. Consideraron fiebre una temperatura menor de 37 °C cuatro encuestados, y más de 38 °C, 14 encuestados.

En la actitud inicial que toman tras comprobar la fiebre no existen diferencias significativas en referencia a las variables estudiadas.

Utilizan medidas físicas 280 (97,2%) encuestados y ocho (2,8%) no las utilizan. Dentro de los que utilizan las medidas físicas para bajar la fiebre, 168 (60%) utilizan solo un procedimiento; 92 (32,8%), dos procedimientos; 19 (6,8%), tres procedimientos, y un encuestado (0,4%), cuatro procedimientos. Como medidas físicas para bajar la fiebre, los encuestados que trabajan utilizan menos el baño o la ducha de agua tibia que los que no trabajan ($p < 0,05$); los que tienen estudios superiores quitan ropa y dan líquidos en más proporción que los de estudios primarios ($p = 0,035$). En cuanto al empleo del resto de medidas fi-

sicas, no existen diferencias significativas según parentesco, edad, número de hijos, nivel de estudios o área asistencial.

En la percepción sobre si hay o no mejoría de la fiebre con el uso de las medidas físicas, no existen diferencias significativas en referencia a las variables estudiadas.

Conocen los cuatro antitérmicos 129 de los encuestados (44,8%); dos, 90 (31,3%); tres, 53 (18,4%), y uno, 16 (5,6%). Es mayor el conocimiento del ácido acetilsalicílico entre los licenciados y diplomados que entre quienes han estudiado formación profesional y los graduados escolares ($p = 0,012$); en cuanto al resto de fármacos, no hay diferencias estadísticamente significativas en referencia a las variables estudiadas.

Usan dos antitérmicos 184 de los encuestados (63,9%); solo uno, 97 (33,7%), y tres antitérmicos, siete de los encuestados (2,4%). En cuanto a la utilización de fármacos, no existen diferencias significativas en referencia a las variables estudia-

das. Tampoco se encuentran diferencias con respecto a la mejoría con un antitérmico más que con otro, ni en cuanto a cuál es el que mejora más.

Utilizan solo una fuente de consejo para tratar la fiebre 266 de los encuestados (92,4%), y dos fuentes, 22 (7,6%). Los licenciados utilizan como fuente más el prospecto y los graduados escolares menos ($p < 0,008$). Los licenciados y diplomados utilizan menos la dosis que dice el pediatra que los graduados escolares ($p = 0,0023$), no existen diferencias significativas en referencia al resto de las variables estudiadas. Usan una forma galénica 267 de los encuestados (92,7%), y dos formas, 20 (6,9%). No existen diferencias significativas en la fórmula galénica para administrar la medicación antitérmica en referencia a las variables estudiadas.

Los que contestan que emplean o no la combinación o alternancia de antitérmicos y, en su caso, quién se lo indica se encuentran recogidos en la tabla 6, sin

Tabla 6. Quién indica la alternancia o no de antitérmicos (N/%)

	A veces	Nunca	Siempre
Total	194 (%)	77 (%)	16 (%)
Familiares	6 (3,1)	20 (26)	0
Pediatra	175 (90,2)	56 (72,7)	16 (100)
Farmacéutico	3 (1,5)	1 (1,3)	0
Otro	3 (1,5)	0	0
No contesta	7 (3,6)	0	0

que existan diferencias estadísticamente significativas.

El consejo por parte del pediatra es más seguido en área urbana que en área metropolitana ($p < 0,05$).

Discusión

Coincidiendo con la serie de Ybarra¹³, los encuestados son en su mayoría madres, porque habitualmente son las que acompañan a los niños a la consulta y, aunque es significativo el mayor número, no creemos que la variable parentesco sea una variable de confusión (la que modifica la respuesta de variables dependientes). Ante preguntas tan objetivas no parece que la respuesta tenga que depender del parentesco. Otros interlocutores, como abuelos, tíos, cuidadores, etc., se han excluido, pues no los hemos considerado responsables directos del niño.

En las características demográficas encontramos que la edad media de los padres es menor en el área metropolitana (zona de expansión, lugar de segunda residencia y de establecimiento probablemente de los más jóvenes) y es mayor en el área urbana, quizás con mayor poder adquisitivo y nivel de estudios, lo que dificulta tener hijos a una edad más joven. Por otro lado, hay una preferencia actual a ser padres con mayor edad. El grupo más numeroso es el de 31-40

años. La paridad sigue la tendencia actual (1,2 hijos). El 85,2% tiene menos de dos hijos¹³, y la situación laboral, con baja tasa de paro, es similar en ambas áreas.

En nuestra serie, un elevado porcentaje considera la fiebre "mala" para la salud, hecho que concuerda con el estudio de Carabaño¹⁴. En este grupo de opinión, predominan los más jóvenes y que no trabajan, con menor nivel estudios¹³ y probablemente menos experimentados. Al analizar las respuestas se refieren a que la fiebre más que ser "mala" es "reactiva". Hay un grupo que la considera así por "las convulsiones febriles". Este matiz es minoritario respecto a otras publicaciones (Ybarra¹³, Rodríguez¹⁷). Solo un encuestado habla de "peligro de muerte si es alta".

La actitud y conocimiento ante la fiebre es muy homogénea entre los encuestados. En cuanto a la comprobación de la temperatura con la utilización del termómetro, el tipo electrónico (digital) ha ido ganando espacio a costa del de mercurio, siendo el lugar de la toma mayoritariamente la axila^{13,16,17}. La temperatura media axilar a la que consideran fiebre es 37,7 °C, aceptable en términos de conocimiento, lo que parece sugerir que existe una influencia similar en ambas áreas.

Cuando comprueban que hay fiebre, el 58,3% administra antitérmicos (un

40% no utiliza de entrada antitérmico) y un 34,7% emplea medidas físicas. Aunque solo un 49,3% piensa que las medidas físicas mejoran la fiebre, eso no impide que casi la totalidad las use^{14,18}, a pesar de ser tan controvertidas y de poca evidencia¹⁹. El baño y la ducha son los más empleados por parte de los que trabajan, mientras que desabrigan y dan líquido los que tienen estudios superiores¹³. A diferencia de otras encuestas, la utilización de frías con alcohol se puede considerar erradicada en la población estudiada^{13,14}.

Una gran mayoría de padres conoce los antitérmicos más empleados, ibuprofeno y paracetamol. Aquí también ha cambiado la tendencia, y de utilizarse usualmente el paracetamol¹³ se le ha unido el ibuprofeno, pasando a ser los dos mayoritarios y casi exclusivos^{14,16,18}. El ácido acetilsalicílico es conocido por los de nivel de estudios más elevado, pero su empleo es anecdótico, sin diferencias en el empleo de paracetamol o ibuprofeno. Sí hay diferencias a la hora de decantarse por la eficacia de un antitérmico, y lo hacen a favor del ibuprofeno^{14,18,20}.

Una gran mayoría sigue las indicaciones del pediatra (85,4%) en cuanto a dosificación y frecuencia, frente a la recomendación del prospecto, aunque los

de nivel elevado de estudios usan más el prospecto que el resto.

Como forma galénica, utilizan jarabes o gotas^{16,17}, que quizás al tratarse de menores de cinco años sea lo idóneo, y utilizan poco los supositorios u otras formulaciones.

La alternancia de antitérmicos la emplea, a veces, un elevado número^{14,18} y fue recomendada por el pediatra mayoritariamente, ello a pesar de lo controvertido de su utilización²¹⁻²³. De igual modo, el que contesta que nunca alterna, lo hace recomendado por el pediatra.

El consejo del pediatra es seguido más en el área urbana que en el área metropolitana. Esto podría estar ligado al nivel de estudios, hecho que favorece mayor confianza y más capacidad de decisión.

Como conclusiones, este trabajo permite conocer y tener una información de las áreas estudiadas, y comparar las diferencias con respecto a otras publicaciones de otras zonas del país y en otros periodos de tiempo. El concepto de fiebre, su medida y las habilidades de los padres para atender a sus hijos es bastante homogéneo en nuestro medio y podría indicar una adecuada educación sanitaria. Este conocimiento y estas actitudes no parecen estar influidos por el nivel cultural ni por el medio donde viven, aunque en el medio urbano se sigue más las indicaciones del pe-

diatra, posiblemente en relación al nivel de estudios. Aún quedan lagunas por resolver, como por qué siguen considerando la fiebre mala para la salud y si la alternancia de antitérmicos tiene soporte científico.

Agradecimientos

A Katrina Kekic, por su revisión del texto en inglés. A los padres que amablemente han respondido al cuestionario.

Bibliografía

1. García Puga JM, Santos Pérez JL. Guía de Salud. Información sobre fiebre en la infancia. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2008. p. 8.
2. Fiebre. Guías Clínicas [consultado el 01/03/2011]. Disponible en www.fisterra.com/guias2/fiebre.asp
3. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. Estrategia comunitaria sobre el mercurio, Bruselas 28.01.2005. COM (2005) 20 final [consultado el 01/03/2011]. Disponible en http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/single_market_for_goods/chemical_products/l28155_es.htm
4. National Collaborative Centre for Women's and Children's Health, 2007. Fever illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years [consultado el 01/03/2011]. Disponible en www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG47Guidance.pdf
5. Community Paediatrics Committee. Canadian Paediatrics Society. Temperature measurement in paediatrics. Reaffirmed in February 2009 [consultado el 01/03/2011] Disponible en www.cps.ca/ENGLISH/statements/CP/cp00-01.htm
6. Khalert CH, Nadal D. Acute fever in infants. Ther USMC. 2006;63:659-65.
7. Mintegi Raso S, González Balenciaga M, Pérez Fernández A, Pijoán Zubizarreta JI, Capapé Zache S, Benito Fernández J. Menores de edad entre 3-24 meses con fiebre sin foco en la sala de urgencias: características, manejo y resultados. An Pediatr (Barc). 2005;62:522-8.
8. Daaleman TP. Fever without source in infants and young children. Am Fam Physician. 1996;54:2503-12.
9. Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. Ann Emerg Med. 2000;36:602-14.
10. Finkelstein JA, Christiansen CL, Plant R. Fever in pediatric primary care: occurrence, management, and outcomes. Pediatrics. 2000;105:260-6.
11. Bauer Izquierdo S, Díez Domínguez H, Ballester R, Ballester A. Persistencia de la fiebre fobia a pesar de la evidencia científica. Acta Pediatr Esp. 2009;67:578.
12. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics. 2001;107:1241-6.
13. Ybarra Huesa J, Elorza Arizmendi JF, González Aracil J. Estudio de conocimientos y actitudes de la población general ante un niño con fiebre. Act Pediatr Esp. 2003;61:239-46.
14. Carabaño Aguado I, Llorente Otones L, Martínez Antón A, Ruiz Contreras J. Hábitos de consumo y preferencia de antitérmicos en pacientes de nuestro medio. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:39-49.
15. Ybarra Huesa J, Elorza Arizmendi JF, González Aracil J. Influencia del nivel educativo, la edad y

la experiencia previa sobre los cuidados del niño con fiebre. *Acta Pediatr Esp.* 2003;61:459-64.

16. Calvo Monge C, Onís González E, Vázquez Rouco MA, Martínez González MJ, Benito Fernández J, Mintegui Raso S. Hábitos poblacionales en el uso pediátrico de antitérmicos. *An Esp Pediatr.* 2001;54:607-8.

17. Rodríguez Serna A, Astobiza Beobide E, González Balenciaga M, Azkunaga Santibáñez B, Benito Fernández J, Mintegi Raso S. Cambios de los hábitos poblacionales en el tratamiento de la fiebre en la infancia. *An Pediatr (Barc).* 2006; 64:496-502.

18. Carabaño Aguado I, Llorente Otones L. Fiebre y niños: puesta al día. *Acta Pediatr Esp.* 2008; 66:57-66.

19. Meremikwu M, Oyo-Ita A. Métodos físicos para tratar la fiebre en niños [consultado el

01/03/2011]. Disponible en <http://www.update-software.com>

20. Carabaño Aguado I, Jiménez López I, López-Cerón Pinilla M. Eficacia de ibuprofeno y paracetamol como antitérmicos. *An Pediatr (Barc).* 2005;62:117-22.

21. Buñuel Álvarez JC. En niños de 6 a 36 meses controlados en atención primaria, la alternancia de paracetamol e ibuprofeno parece más eficaz que la monoterapia para disminuir la fiebre, sin poderse determinar la seguridad de esta pauta. *Evid Pediatr.* 2006;2:18.

22. Moreno-Pérez D, Chaffanel Peláez M. Antitérmicos, padres y pediatras. ¿Tenemos conclusiones para todos ellos? *Evid Pediatr.* 2006;2:16.

23. Díez Domingo J, Ballester A. Utilización secuencial de antitérmicos. Basado en la evidencia o la costumbre. *An Esp Pediatr.* 1999;50:105-6.

