

Manejo del niño febril

Sara Fernández-Rojas, Rolando Ulloa-Gutiérrez, María L. Avila-Aguero

Resumen

Introducción: La fiebre en el niño es uno de los principales motivos de consulta en pediatría. En ocasiones, el temor de los padres produce la conocida “fobia febril”, que conlleva al uso de los servicios de emergencias hospitalarios y a tratamientos inadecuados.

Objetivo: Conocer la percepción, el conocimiento y el manejo que dan a la fiebre los padres o encargados de familia, de aquellos niños hospitalizados en el servicio de Infectología del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” de Costa Rica.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo descriptivo, donde se entrevistan a los padres o encargados de niños hospitalizados en el Servicio de SI-HNN, entre enero y abril de 2001. A los padres o encargados que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, se les explicó el propósito del estudio y la dinámica del cuestionario.

Resultados: Se recolectaron un total de 100 cuestionarios, donde se documentó que el 61% de los entrevistados consideran necesario el uso del termómetro para hacer el diagnóstico de fiebre, el 43% define como fiebre toda temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$. La complicación más temida en el 75% de los consultados es la convulsión. El 71% cuenta con algún tipo de tratamiento, en su hogar, para el manejo de la fiebre.

Conclusión: Este estudio demuestra que muchos de los entrevistados no disponen de conocimiento adecuado acerca de la fiebre, sus implicaciones y manejo, lo que hace necesario promover información basada en la evidencia, que ayude a los padres, para que sepan cómo actuar correctamente ante la presencia de este importante y común síntoma.

Descriptor: fiebre, padres, Costa Rica.

Recibido: 10 de octubre de 2003

Aceptado: 17 de febrero de 2004

La presencia de fiebre en el niño representa uno de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica pediátrica diaria, y en ocasiones se convierte en una situación de temor y angustia para los padres. Representa entre el 30 y el 50% de las consultas ¹, y en la mayoría de los casos, los padres consideran la fiebre como el indicador más importante de que su hijo ha adquirido alguna infección seria, lo cual puede conllevar al uso inadecuado del sistema médico de atención y en especial de los servicios de urgencias ¹.

Muchos padres estiman que el niño febril debe ser valorado por un médico y hospitalizado en aquellos casos cuando la temperatura sea muy elevada.

Este temor es mayor en padres de niños menores de 36 meses de edad ², dadas las falsas percepciones acerca de la fiebre, el poco nivel de conocimiento para tratarla y el gran temor ante tal situación, algunos autores han llegado a hablar de “fobia a la fiebre” ^{1,3}. No existe consenso entre los mismos padres acerca de cuándo se debe considerar a un niño como febril, ni cómo, o en qué situaciones tratarlo ^{4,5}, lo cual obliga a una intervención educativa a este nivel ⁶. En algunas ocasiones, la comprobación de la fiebre en el niño se retrasa debido a la

Servicio de Infectología Hospital
Nacional de Niños “Dr. Carlos
Sáenz Herrera” de Costa Rica

Abreviaturas: HNN, Hospital
Nacional de Niños “Dr. Carlos
Sáenz Herrera”; AAS, Ácido acetil
salicílico; DPT, Vacuna contra difte-
ria, pertusis y tétano.

Correspondencia: Dra. María L.
Ávila-Aguero. Pediatra Infectóloga,
Jefe Servicio de Infectología, Hospi-
tal Nacional de Niños “Dr. Carlos
Sáenz Herrera”. de Costa Rica
Apdo Postal 1654-1000. San José,
Costa Rica. Fax: (506)258-2173. E-
mail: maluvi@racsa.co.cr

ISSN 0001-6002/2004/46/2/84-87
Acta Médica Costarricense, ©2004
Colegio de Médicos y Cirujanos

ausencia de un termómetro en el hogar y a la falsa creencia de que con solo la sensación táctil se le puede detectar ⁷.

En Costa Rica no hay publicaciones médicas en relación con el grado de conocimiento paterno acerca de la fiebre, y el abordaje y manejo que dan los padres de familia al niño febril. Motivados por ello, y por la opinión personal de los autores en cuanto a la falta de información de los progenitores en la práctica pediátrica diaria, se decide realizar esta investigación, con el fin de implementar estrategias educativas apropiadas.

Materiales y métodos

El presente estudio descriptivo y observacional se llevó a cabo en forma prospectiva en el SI-HNN, durante el período comprendido entre el 13 de enero y el 13 de abril de 2001. El estudio fue aprobado por la Unidad de Bioética e Investigación de la institución, y previo consentimiento informado escrito, se entregó un cuestionario para completar.

Se incluyeron los padres de familia o encargados de 100 niños, cuyas edades oscilaban entre los 0 meses y los 12 años de edad.

Cada mañana, durante el período de estudio, se tomó la lista de pacientes nuevos ingresados al Servicio de Infectología en las últimas veinticuatro horas, y se incluyeron solo aquellos niños que presentaban fiebre dentro de su padecimiento actual. Se tomaron como criterios de inclusión los siguientes: niños de 0 meses a 12 años de edad; padre, madre o encargado del niño cuyas edades fueran mayores de 18 años, quienes supiesen leer y escribir; niño con fiebre documentada por historia clínica y exámen físico dentro de su padecimiento actual. Se tomaron como criterios de exclusión los siguientes: padres o encargados de pacientes con más de 24 horas de admisión en dicho departamento, por la probabilidad de recibir en este lapso información respecto a la fiebre. Se les explicó el propósito del estudio y la dinámica del cuestionario. Una vez entregados los cuestionarios, se otorgó un lapso no mayor de 20 minutos para contestarlos.

En dicho cuestionario se indagó acerca de la definición de la fiebre, los métodos y técnicas usados para medir la temperatura, y el manejo de la fiebre, entre otros. Las preguntas formuladas, de carácter cerrado, poseían un lenguaje sencillo y se respondieron con una equiz (“x”) en las casillas correspondientes. En caso de existir duda en alguna de las preguntas, estas fueron evacuadas directa y únicamente por la investigadora principal (SFR).

Resultados

Los 100 cuestionarios recolectados fueron llenados por un total de 47 madres, 20 padres, y 33, por otros encargados

que acompañaban al niño: 8 abuelas, 3 abuelos, 19 tías y 3 hermanas.

Respecto al nivel de escolaridad, el 54% había completado los estudios de educación primaria el 28%, estudios de secundaria y el 18%, algún grado de instrucción universitaria.

Respecto a la definición de fiebre, solamente el 43% considera al niño febril a partir de 38°C; de estos, el 24% y el 8% son madres y padres, respectivamente; un 38%; define fiebre como las temperaturas menores o iguales a 37°C, un 8% a las mayores o iguales a 39°C, y un 11% desconocía el valor normal de la temperatura. Al iniciar algún tipo de tratamiento antipirético, el 31% de los entrevistados consideró necesario dar tratamiento cuando la temperatura es 38°C, un 17%, a los 39°C, un 7%, a los 40°C; un 24%, con temperaturas inferiores a 38°C y un 20% no sabía en que momento tratarla.

La mayoría de los entrevistados consideró necesario utilizar un termómetro para corroborar la fiebre en los niños, y un 61% refirió saber usar adecuadamente el termómetro de mercurio. De estos, el 27% y el 15% correspondieron a madres y padres, respectivamente. Un 30% refirió no saber utilizar el termómetro y un 9% conocía parcialmente su uso. Solo el 75% de los entrevistados disponía de un termómetro en su hogar.

Los siguientes sitios fueron considerados como los más confiables para determinar la fiebre: axilar (52%), bucal (14%), en la frente (13%), rectal (8%), oído externo (1%) e indeterminado (9%). El 65% afirmó saber que existe un termómetro diferente según el sitio de toma de la temperatura; un 35% refirió usar el termómetro en el área axilar y un 15%, en la frente. Un 55% opinó que el termómetro de vidrio es peligroso si se quiebra y se derrama el mercurio.

Respecto al tiempo mínimo necesario para colocar el termómetro y obtener una respuesta confiable, el 48% de los entrevistados consideró necesario un tiempo de 5 minutos, un 15% de 3 minutos, un 10% de 2 minutos, un 6% de 1 minuto, y el 21% lo desconocía.

El 75% opinó que el inicio de la dentición del niño es una causa importante de fiebre, y que la complicación más probable de esta, si no se administra algún tratamiento, es la convulsión. Setenta y nueve entrevistados opinaron que cuanto mayor sea el grado de la fiebre, más grave es la enfermedad del niño. En lo que se refiere a la valoración médica ante un evento febril, el 82% la consideró siempre necesaria, el 15% solo en ciertas ocasiones, y el 3%, innecesaria. Respecto al uso de antibióticos durante el episodio febril, el 24% lo creyó necesario siempre, el 46% solo en ciertas ocasiones, el 29% lo creyó innecesario y un 1% contestó no saber la respuesta. Un 71% refirió disponer de medicamentos en sus hogares para el manejo inicial de la fiebre y el 52% de estos señaló entre ellos el, acetaminofén (80%), diclofenac (3%), y el ácido acetyl-salicílico (1%). El 35% opinó que solo el uso de medicamentos era necesario, sin otras medidas terapéuticas.

Discusión

Algunos estudios clínicos sugieren que el uso de antipiréticos tiene un efecto sobre el curso de ciertas enfermedades febriles, pues se considera que la supresión de la fiebre en un paciente infectado podría interferir con la respuesta inflamatoria del huésped^{8,9}. Desde este punto de vista, la fiebre se considera un mecanismo de defensa ante una enfermedad; sin embargo, para los padres es un signo de gran alarma y consideran imprescindible su manejo. Los mismos médicos en ocasiones sustentan esta creencia prescribiendo antipiréticos indiscriminadamente y sin brindar a los padres una explicación clara y tranquilizadora del manejo correcto de la fiebre. Por lo tanto, se consideró importante analizar la percepción, conocimiento y temores de los padres costarricenses, ante un evento febril en sus hijos.

Para la determinación de la temperatura, algunos autores consideran la palpación del niño como un método confiable y con una alta sensibilidad^{2,7}. Sin embargo, en este estudio, al igual que en otros^{5,10}, la mayoría de los padres consideran necesario la utilización de un termómetro para detectarla y obtener una cifra más exacta^{5,11}. A su vez, el lograr determinar el nivel de temperatura es importante para tratar al niño; en la mayoría de los casos, se consideró necesario dar tratamiento para la fiebre, a los niños con temperaturas mayores o iguales a 38°C.

Aproximadamente un tercio de los entrevistados pensaba que era preciso tratar al niño con temperaturas inferiores a 38°C, lo cual indujo a pensar que tal vez no se tiene un concepto bien definido de esta, ya que a pesar de que los padres afirmaron saber usar el termómetro, solo el 42% tiene un concepción correcta acerca de la fiebre.

La mayor parte de los entrevistados cuentan con termómetro, y el de mercurio es el más popular. Estos resultados concuerdan con otras publicaciones, sin embargo, para esta población, el área axilar fue el sitio más confiable para la toma, en tanto que otras poblaciones se inclinan más por la toma de temperatura rectal⁵. Es interesante el hecho de que más de la mitad de los entrevistados tenía la idea de que el mercurio contenido en los termómetros de vidrio es peligroso y tóxico, por la probabilidad de que se derrame y entre en contacto con el niño. Por ello, una minoría prefiere usar el termómetro de cinta, resultados poco confiables y lleva a los padres a interpretaciones erróneas.

Un aspecto importante de analizar es el tiempo que debe dejarse colocado el termómetro en el sitio de la toma, para lograr una lectura adecuada. La bibliografía recomienda que sea de cuatro a cinco minutos, el lapso mínimo para obtener una lectura confiable, y en este caso, el 36% obtenía la lectura en menos de tres minutos⁵. Otro mito común en la sociedad es relacionar la fiebre con el inicio de la dentición, lo que puede provocar un atraso en el diagnóstico de una infección

seria. Sin embargo, Blumenthal⁵ reporta que al menos una cuarta parte de los niños presentó algún grado bajo de fiebre durante la dentición.

En este estudio, el 79% de los padres creía que cuanto más elevada fuera la temperatura, más grave sería la enfermedad del niño y la necesidad de que fuera valorado por un médico. Algunos autores, señalan que la elevación de la temperatura es un signo de alarma, sobre todo en niños menores de 24 meses, pues entre el 3% y el 5% pueden tener una bacteremia oculta, y requerir pruebas de laboratorio y tratamientos más agresivos^{6,12}. Aunque las dos terceras partes de los entrevistados creyeron necesario que el niño con fiebre fuera valorado por un médico, la “fobia febril” conduce a los padres a aplicar tratamientos en ocasiones innecesarios, agresivos e incluso inapropiados^{10,13}, como por ejemplo, el uso de antibióticos⁶.

Un alto porcentaje de los padres entrevistados contaba con algún tipo de tratamiento en sus hogares, siendo el más común el acetaminofén. Existen opciones para el tratamiento antipirético, como el ibuprofeno, e incluso, si la fiebre persiste, el tratamiento combinado con el acetaminofén. Sin embargo, no existe total certeza de que su combinación sea segura o produzca una respuesta antipirética más rápida¹². Por el contrario, el empleo individual es la recomendación de la Academia Americana de Pediatría, como tratamiento base para el manejo de la fiebre^{12,14}. Otro recurso efectivo es el AAS, pero no se sugiere en menores de 18 años, por su asociación con el síndrome de Reye¹⁴.

El uso del acetaminofén como primer paso en el tratamiento de la fiebre, se sustenta en la hipótesis de que tanto el AAS como el ibuprofén, podrían perpetuar las infecciones virales por un efecto de supresión en la respuesta inflamatoria; por otro lado, el acetaminofén solo produce efectos de inhibición sobre la ciclooxigenasa, con un menor efecto sobre el sistema inmune que los anteriores^{14,15}. El uso de antipiréticos reduce la ansiedad de los padres^{1,16}, e incluso se recomienda que los niños con historia familiar de convulsiones febriles reciban acetaminofén en forma profiláctica en situaciones especiales que les puedan causar fiebre y convulsiones como en la inmunización por DPT².

Las evidencias proporcionadas por este estudio sugieren que una adecuada educación a los padres, que incremente su conocimiento acerca de la fisiopatología de la fiebre, ayudará a su mejor manejo, pues no se debe olvidar que, de algún modo, los médicos son responsables de esta falla de los padres^{12,17}.

En conclusión, este estudio demuestra que muchos de los entrevistados no cuentan con un conocimiento adecuado acerca de la fiebre, sus implicaciones y manejo, lo que hace necesario elaborar panfletos y promover charlas educativas, material informativo y guías, basadas en la evidencia, que ayuden a los padres y encargados de los niños, para que sepan cómo actuar correctamente ante la presencia de este común síntoma.

Abstract

Introduction: Fever is one of the main reasons for pediatric consultation, and sometimes parental concern to it may produce “fever phobia”. This may lead to inadequate use of hospital emergency consultations and inappropriate treatments.

Objective: To elucidate the degree of perception, knowledge and treatment given by parents to the febrile children admitted to the SI- HNN.

Materials and methods: We performed a prospective descriptive study including parents or legal guardians of those children admitted to the Infectious Diseases Division of the Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, between January and April of 2001. To those who met inclusion and exclusion criteria, a questionnaire was given prior explanation of the study dynamics.

Results: A total of 100 questionnaires were collected. Sixty one percent of those who were interviewed considered as essential the use of a thermometer to make the diagnosis of fever, and 43% defined fever as any temperature above 38°C. Development of seizures was the most feared complication in 75% of parents. At home, seventy one percent of them have some type of treatment for fever.

Conclusions: This study demonstrates that many parents who were interviewed do not have an adequate knowledge of fever, its implications and treatment. This raises the necessity of promoting evidence-based information that may help parents to deal with this common and important symptom.

Referencias

1. Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. *Pediatrics* 1985;75:1110-3
2. Ipp M, Jaffe D. Physicians' attitudes toward the diagnosis and management of fever in children 3 months to 2 years of age. *Clin Pediatr*. 1993;32:66-70
3. Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. *BMJ* 1996;313:983-6
4. Parkinson GW, Gordon KE, Camfield CS, Fitzpatrick EA. Anxiety in parents of young febrile children in a pediatric emergency department: why is it elevated? *Clin Pediatr* 1999;38:219-26
5. Blumenthal I. What parents think of fever. *Fam Pract* 1998;15:513-8
6. Casey R, McMahon F, McCormick MC, Pasquariello PS Jr, Zavod W, King FH Jr. Fever therapy: an educational intervention for parents. *Pediatrics* 1984;73:600-5
7. Graneto JW, Soglin DF. Maternal screening of childhood fever by palpation. *Pediatr Emerg Care* 1996;12:183-4
8. Kluger MJ. Fever revisited. *Pediatrics* 1992;90:846-50
9. Kramer MS, Shapiro ED. Management of the young febrile child: a commentary on recent practice guidelines. *Pediatrics* 1997;100:128-34
10. Kai J. Parents and their child's fever: do as I say, not as I do? *Fam Pract* 1998;15:505-6
11. Banco L, Jayashekaramurthy S. The ability of mothers to read a thermometer. *Clin Pediatr* 1990;29: 343-5
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. Schmitt BD. Fever phobia misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child* 1980; 134:176-81
14. Hewson P. Paracetamol: overused in childhood fever. *Aust Prescr* 2000;23: 601
15. Graham NM, Burell CJ, Douglas RM, DeBelle P, Davies L. Adverse effects of aspirin, acetaminophen, and ibuprofen on immune function, viral shedding, and clinical status in rhinovirus-infected volunteers. *J Infect Dis* 1990;162: 1277-82
16. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics* 2000; 105: 1009-12
17. Krantz C. Childhood fevers: developing an evidence-based anticipatory guidance tool for parents. *Pediatr Nurs* 2001;27: 567-71