

# Fiebre-fobia nosocomial: un miedo contagioso

R. Piñeiro Pérez<sup>1</sup>, J. García Montalvo<sup>2</sup>, P. Sanz González<sup>1</sup>, R. Falomir Carrasco<sup>2</sup>,  
C. Moreno García<sup>2</sup>, I. Carabaño Aguado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. <sup>2</sup>Servicio de Enfermería. Hospital General de Villalba. Collado Villalba (Madrid)

## Resumen

**Introducción:** En 1980, Schmitt introdujo el término «fiebre-fobia» para referirse al miedo injustificado que los padres presentaban ante la fiebre de los niños. Más de 35 años después, el temor infundado persiste. El objetivo principal de este trabajo era realizar una encuesta a los trabajadores de cuatro hospitales públicos y analizar el grado de conocimiento sobre la fiebre en niños.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Se enviaron 4.830 encuestas anónimas por correo electrónico a los participantes, entre el 15 de septiembre y el 15 de octubre de 2015. Se llevó a cabo un análisis estadístico mediante el programa SPSS v22.0. Se estimó como suficiente un tamaño muestral de 450 respuestas, con un error <4,4% y un intervalo de confianza del 95% (heterogeneidad del 50%).

**Resultados:** Se obtuvieron 462 respuestas de los participantes. Un 75% eran mujeres, un 56% tenían menos de 35 años, un 81% eran profesionales sanitarios y un 60% tenían hijos. Respecto al conocimiento sobre la fiebre, un 83% cree que deben usarse las medidas físicas (no recomendado), un 60% piensa que el tratamiento precoz previene las convulsiones (falso), un 56% considera que siempre se debe tratar aunque el niño se encuentre bien (erróneo) y un 41% cree que se deben combinar antitérmicos (incorrecto). Un 86% de los encuestados reconoce que la fiebre-fobia existe. Hay diferencias significativas en los resultados entre sanitarios y no sanitarios, entre encuestados con hijos y sin hijos, e incluso entre sexos.

**Conclusiones:** Un importante porcentaje de los trabajadores hospitalarios, médicos y pediatras incluidos, desconocen las actuales recomendaciones sobre la fiebre en niños. Este desconocimiento favorece la persistencia de la fiebre-fobia, un miedo contagioso que da lugar a tratamientos innecesarios. Se requiere una adecuada transmisión de la información a las familias, pero cualquier esfuerzo será ímprobo mientras los sanitarios no nos creamos nuestras propias recomendaciones.

## Palabras clave

Fiebre, encuestas comunitarias, uso apropiado, educación para la salud, niños

## Abstract

**Title:** Nosocomial fever phobia: an infectious fear

**Introduction:** In 1980, Schmitt was the first to coin the term "fever phobia" to describe parents' unrealistic fears about fever. More than 35 years later, this unfounded fear remains. A survey is conducted in Spain to the workers of four public hospitals. Knowledge about fever in children is analyzed, being the main aim of the study.

**Patients and methods:** A descriptive, cross-sectional and multicenter study was conducted from 15th September 2015 to 15th October 2015. 4,830 anonymous surveys were sent by e-mail. A sample size of 450 replies was estimated as sufficient, with a miscalculation <4.4% and a confidence interval of 95% (50% heterogeneity). SPSS v22.0 was used for statistical data analysis.

**Results:** Out of 462 responses were received. Seventy five per cent were women, 56% were under 35 years old, 81% were healthcare professionals and 60% were parents. Results concerning fever knowledge were: 83% affirm that physical methods should be used (not recommended), 60% think that seizures could be prevented with early treatment of fever (false), 56% support that fever should always be treated, even if the child is healthy (wrong) and 41% encourage that antipyretics should be alternated (incorrect). Eighty six per cent of the workers recognized that the fever phobia exists. There are significant differences in responses depending on healthcare and non-healthcare professionals, on being parents or not, and even on gender.

**Conclusions:** A significant percentage of hospital workers, including doctors and pediatricians, are unaware of the existing recommendations on fever in children. This ignorance favors the persistence of fever-phobia, an infectious fear that leads to unnecessary treatments. Adequate transmission of information to families is needed, but every effort will be arduous while healthcare professionals do not believe their own recommendations.

## Keywords

Fever, community surveys, appropriateness, health education, children

Fecha de recepción: 6/09/16. Fecha de aceptación: 11/10/16.

**Correspondencia:** R. Piñeiro Pérez. Servicio de Pediatría y Neonatología. Hospital General de Villalba. Ctra. de Alpedrete a Morzarzal M-608, km 41. 28400 Collado Villalba (Madrid). Correo electrónico: roi.pineiro@hgvillalba.es

Este trabajo fue presentado previamente en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (Valencia, 3-5 de marzo de 2016) y en el 64.º Congreso de la Asociación Española de Pediatría (Valencia, 2-4 de junio de 2016).

©2017 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

## Introducción

En 1980, Schmitt introdujo el término «fiebre-fobia» en el lenguaje pediátrico para referirse al miedo injustificado que un elevado porcentaje de padres presentaba ante la fiebre de sus hijos, basado en conceptos erróneos sobre la misma y asociado a tratamientos intensivos mediante antitérmicos, administrados con el único fin de disminuir la temperatura corporal y evitar posibles complicaciones<sup>1-4</sup>. Entre ellas, los padres referían daño cerebral, convulsiones, ceguera, coma y muerte<sup>1</sup>. Ya entonces se alertó sobre la necesidad de una adecuada educación sanitaria, como parte de la atención pediátrica habitual, para evitar la propagación de un temor injustificado<sup>1</sup>.

Veinte años después, lejos de desaparecer, la fiebre-fobia empeoró de forma considerable, manteniéndose los mismos temores a las supuestas complicaciones<sup>5</sup>. El miedo fue transmitido de generación en generación como la peor de las enfermedades infectocontagiosas. El porcentaje de padres que despertaban a sus hijos en mitad de la noche para controlar la temperatura corporal y prevenir una posible convulsión fue mayor, así como el uso innecesario de antitérmicos y medidas físicas<sup>6</sup>.

Ya han pasado casi otros 20 años, y la fiebre-fobia se ha vuelto crónica, universal y endémica<sup>2,7-11</sup>, y no sólo se transmite de padres a hijos, sino también de forma intrahospitalaria, entre sanitarios cuyos padres fueron «fiebre-fóbicos» y ahora transmiten sus miedos a sus propios pacientes<sup>2,12-16</sup>.

En España, hay algunos estudios que han analizado la fiebre-fobia en los pediatras de atención primaria<sup>13</sup> y en los padres<sup>17</sup>, así como las discrepancias existentes entre diversos profesionales con respecto al tratamiento de la fiebre<sup>4,18-21</sup>. En nuestro país, las recomendaciones actuales que los pediatras debemos ofrecer a las familias se resumen en el decálogo de la fiebre de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)<sup>22</sup>.

El objetivo principal de este estudio era comprobar la conformidad con dichas recomendaciones por parte de distintos trabajadores de cuatro hospitales públicos de la comunidad autónoma donde se realizaba el estudio, así como analizar si la persistencia de la fiebre-fobia en nuestro medio podría estar incentivada por los propios profesionales. Entre los objetivos secundarios, nos propusimos detallar las posibles diferencias observadas respecto al sexo, la edad, la profesión y la paternidad.

## Pacientes y método

Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico y de ámbito autonómico. La fuente de información del estudio partió de la recogida de datos mediante una encuesta en línea, anónima y voluntaria, con respuesta múltiple, enviada mediante correo electrónico a los trabajadores de cuatro hospitales públicos de la comunidad autónoma donde se realizaba el estudio. La encuesta ha sido diseñada mediante la tecnología de Google Drive.

Las encuestas se realizaron entre el 15 de septiembre y el 15 de octubre de 2015. El único criterio de inclusión fue formar parte de la plantilla de trabajadores de alguno de los cuatro hospitales, con independencia del tipo de contrato y profesión. No se aplicaron criterios de exclusión.

El número de trabajadores en dichos centros el 1 de septiembre de 2015 era de 5.320, y se dispuso del correo electrónico de 4.830 de ellos. Se estimó que responderían 450, con un tamaño muestral suficiente para poder estimar la conformidad con las recomendaciones sobre el tratamiento de la fiebre de la AEPap por parte de los trabajadores, con un error <4,4%, un nivel de heterogeneidad del 50% y un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Se han recogido las siguientes variables: sexo, edad, profesión, si tenían hijos o no, y respuestas a las preguntas planteadas en la encuesta.

El análisis descriptivo de las variables cualitativas se concreta mediante el cálculo de las distintas frecuencias relativas. No existen datos cuantitativos, puesto que las variables temporales se agruparon por rangos. El análisis de heterogeneidad se realizó mediante el test de la  $\chi^2$  o el test exacto de Fisher para frecuencias esperadas menores de 5. El análisis multivariante se realizó mediante regresión logística no condicional, empleando como variable dependiente inicial la aceptación o no de las recomendaciones de la AEPap (se eliminaron las respuestas «no lo sé»), y como variables independientes del modelo máximo el sexo, la edad mayor o menor de 35 años, la profesión (sanitario o no) y el tener o no hijos. Los resultados se expresan como *odds ratio* ajustada (ORa) y sus IC del 95%. Se consideran significativos todos los resultados con un valor de  $p < 0,05$ . El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS v22.0.

A pesar de que no se incluyen datos de pacientes y que las encuestas han sido anónimas y voluntarias, el estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del hospital coordinador de la encuesta. Los investigadores del estudio han sido los únicos que han tenido acceso a los datos de la encuesta, recogidos únicamente con fines estadísticos.

## Resultados

Se recibieron 462 respuestas. El 75,1% de los encuestados eran mujeres, un 56,1% tenían menos de 35 años y el 59,7% referían tener hijos. Por orden de frecuencia, las profesiones fueron médicos (30,5% [un 4,8% pediatras]), enfermeros (25,3%), auxiliares de enfermería (13%), administrativos (12,6%) y otros (18,6%) (entre los que se incluyen técnicos, celadores, farmacéuticos, fisioterapeutas, informáticos, gerentes, periodistas, personal de limpieza y mantenimiento y psicólogos). Se consideró como profesionales sanitarios al 81,4% de los encuestados.

TABLA 1

**Resultados globales a las preguntas planteadas en la encuesta (n= 462)**

Preguntas	De acuerdo (%)	En desacuerdo (%)	No lo sé (%)
La fiebre en lactantes menores de 3 meses puede ser grave y requiere siempre una valoración pediátrica urgente	80,7	13,9	5,4
La fiebre mayor de 40 °C, a cualquier edad, siempre es grave y requiere una atención pediátrica urgente	77,3	21,2	1,5
El tratamiento precoz de la fiebre evita la aparición de las temidas convulsiones febriles	59,7	26,6	13,6
Siempre que la temperatura corporal sea mayor de 38 °C, se deben administrar antitérmicos para evitar que la fiebre siga aumentando, aunque el niño se encuentre bien	56,3	37,2	6,5
Para tratar la fiebre, es conveniente alternar varios medicamentos para que el efecto antitérmico sea más potente. Por ejemplo, combinar ibuprofeno y paracetamol	41,1	47,8	11
Además de los antitérmicos, es útil aplicar medidas físicas, como paños húmedos fríos o baños en agua tibia	82,9	12,3	4,8
Hay que desnudar a los niños con fiebre para que disminuya la temperatura corporal	63,2	30,1	6,7
Hay que abrigar a los niños con fiebre para que no tengan escalofríos	5	88,3	6,7
En cualquier niño con una temperatura corporal mayor de 38 °C y buen estado general, se debe consultar al pediatra antes de que pasen 12 h desde el inicio de la fiebre, para llegar a un diagnóstico y un tratamiento precoz que eviten las graves complicaciones que pueden asociarse a la fiebre	29,8	61,5	8,7
Existe un miedo excesivo a la fiebre por parte de los padres y abuelos	86,2	8,4	5,4

TABLA 2

**Aceptación de determinadas afirmaciones sobre la fiebre según las profesiones**

Afirmaciones	Pediatras (%) (n= 22)	Otros médicos (%) (n= 119)	Enfermería (%) (n= 117)	Auxiliar (%) (n= 60)	Administrativo (%) (n= 58)
De acuerdo con que la fiebre en menores de 3 meses puede ser grave y requiere siempre una valoración pediátrica urgente	86,4	71,4	79,5	91,7	87,9
De acuerdo con que la fiebre mayor de 40 °C, a cualquier edad, siempre es grave y requiere una atención pediátrica urgente	13,6	58	80,3	91,7	93,1
De acuerdo con que el tratamiento precoz de la fiebre evita la aparición de las convulsiones febriles	0	55,5	72,6	70	63,8
De acuerdo con que siempre hay que tratar la fiebre con antitérmicos, aunque el niño se encuentre bien	13,6	46,2	66,7	66,7	58,6
De acuerdo con que es conveniente alternar varios medicamentos para que el efecto antitérmico sea más potente	9,1	32,8	38,5	65	62,1
De acuerdo con que es útil aplicar medidas físicas, como paños húmedos fríos o baños en agua tibia	45,5	81,5	88,9	86,7	82,8
De acuerdo con que hay que desnudar a los niños con fiebre para que disminuya la temperatura corporal	45,5	56,3	63,2	83,3	65,5
De acuerdo con que hay que abrigar a los niños con fiebre para que no tengan escalofríos	0	3,4	5,1	1,7	6,9
De acuerdo con que, en cualquier niño con fiebre y buen estado general, se debe consultar de forma precoz al pediatra	0	9,2	28,2	36,7	48,3
De acuerdo con que existe un miedo excesivo a la fiebre por parte de los padres y abuelos	100	84	93,2	88,3	75,9

Los resultados globales según las respuestas a las preguntas planteadas en la encuesta se muestran en la tabla 1. La conformidad con diferentes afirmaciones sobre la fiebre, según las profesiones más frecuentes, se muestra en la tabla 2. El

análisis univariante y multivariante, según la aceptación o no de las recomendaciones de la AEPap y las variables independientes anteriormente descritas, se muestra en la tabla 3, con sus ORa e IC del 95%.

TABLA 3

**Análisis univariante y multivariante según las respuestas y las diferentes categorías estudiadas**

	<i>n</i>	<i>De acuerdo (%)</i>	<i>p</i>	<i>ORa</i>	<i>IC del 95%</i>
<i>La fiebre en lactantes menores de 3 meses puede ser grave y requiere siempre una valoración pediátrica urgente (n= 437)</i>					
Mujer	329	87,2	0,052	1,817	1,019-3,239
Varón	108	79,6		Ref	
Menor de 35 años	244	84,8	0,730	1,109	0,582-2,113
Mayor de 35 años	193	86		Ref	
No sanitario	77	96,1	0,003	5,246	1,583-17,380
Sanitario	360	83,1		Ref	
Sin hijos	173	84,4	0,645	0,903	0,475-1,715
Con hijos	264	86		Ref	
<i>La fiebre mayor de 40 °C, a cualquier edad, siempre es grave y requiere una atención pediátrica urgente (n= 455)</i>					
Mujer	344	79,1	0,578	1,221	0,772-2,065
Varón	111	76,6		Ref	
Menor de 35 años	257	78,2	0,882	1,132	0,653-1,964
Mayor de 35 años	198	78,8		Ref	
No sanitario	85	96,5	<0,001	10,056	3,079-32,839
Sanitario	370	74,3		Ref	
Sin hijos	185	78,9	0,884	1,118	0,664-1,939
Con hijos	270	78,1		Ref	
<i>El tratamiento precoz de la fiebre evita la aparición de las temidas convulsiones febriles (n= 339)</i>					
Mujer	305	69,8	0,605	1,145	0,693-1,893
Varón	94	67		Ref	
Menor de 35 años	228	71,1	0,348	1,072	0,636-1,807
Mayor de 35 años	171	66,7		Ref	
No sanitario	68	80,9	0,022	2,343	1,202-4,568
Sanitario	331	66,8		Ref	
Sin hijos	158	75,3	0,031	1,679	0,987-2,859
Con hijos	241	65,1		Ref	
<i>Siempre que la temperatura corporal sea mayor de 38 °C, se deben administrar antitérmicos para evitar que la fiebre siga aumentando, aunque el niño se encuentre bien (n= 432)</i>					
Mujer	326	61,7	0,273	1,343	0,852-2,090
Varón	106	55,7		Ref	
Menor de 35 años	239	55,2	0,019	0,687	0,429-1,101
Mayor de 35 años	193	66,3		Ref	
No sanitario	77	68,8	0,087	1,423	0,829-2,442
Sanitario	355	58,3		Ref	
Sin hijos	166	55,4	0,110	0,905	0,657-1,445
Con hijos	266	63,2		Ref	
<i>Para tratar la fiebre, es conveniente alternar varios medicamentos para que el efecto antitérmico sea más potente. Por ejemplo, combinar ibuprofeno y paracetamol (n= 411)</i>					
Mujer	314	49,7	0,012	1,981	1,214-3,234
Varón	97	35,1		Ref	
Menor de 35 años	232	42,2	0,065	0,807	0,494-1,317
Mayor de 35 años	179	51,4		Ref	
No sanitario	64	71,9	<0,001	3,576	1,953-6,549
Sanitario	347	41,5		Ref	
Sin hijos	162	43,2	0,322	1,010	0,618-1,649
Con hijos	249	48,2		Ref	

(continúa)

TABLA 3

**Análisis univariante y multivariante según las respuestas y las diferentes categorías estudiadas (continuación)**

	<i>n</i>	<i>De acuerdo (%)</i>	<i>p</i>	<i>ORa</i>	<i>IC del 95%</i>
<i>Además de los antitérmicos, es útil aplicar medidas físicas, como paños húmedos fríos o baños en agua tibia (n= 440)</i>					
Mujer	336	88,4	0,130	1,607	0,873-2,959
Varón	104	82,7		Ref	
Menor de 35 años	245	87,3	0,833	1,021	0,525-1,984
Mayor de 35 años	195	86,7		Ref	
No sanitario	81	91,4	0,201	1,818	0,777-4,252
Sanitario	359	86,1		Ref	
Sin hijos	172	88,4	0,507	1,257	0,636-2,486
Con hijos	268	86,2		Ref	
<i>Hay que desnudar a los niños con fiebre para que disminuya la temperatura corporal (n= 431)</i>					
Mujer	327	71,9	0,001	2,184	1,377-3,463
Varón	104	54,8		Ref	
Menor de 35 años	235	65,5	0,281	0,929	0,565-1,527
Mayor de 35 años	196	70,4		Ref	
No sanitario	74	77	0,061	1,689	0,923-3,092
Sanitario	357	65,8		Ref	
Sin hijos	164	64	0,195	0,795	0,485-1,303
Con hijos	267	70		Ref	
<i>Hay que abrigar a los niños con fiebre para que no tengan escalofríos (n= 431)</i>					
Mujer	329	5,2	0,779	0,872	0,330-2, 300
Varón	102	5,9		Ref	
Menor de 35 años	238	4,2	0,244	0,338	0,111-1,031
Mayor de 35 años	193	6,7		Ref	
No sanitario	75	8	0,259	1,647	0,603-4,051
Sanitario	356	4,8		Ref	
Sin hijos	166	6,6	0,346	2,146	0,710-7,485
Con hijos	265	4,5		Ref	
<i>En cualquier niño con una temperatura corporal mayor de 38 °C y buen estado general, se debe consultar al pediatra antes de que pasen 12 h desde el inicio de la fiebre, para llegar a un diagnóstico y un tratamiento precoz que eviten las graves complicaciones que pueden asociarse a la fiebre (n= 422)</i>					
Mujer	312	31,1	0,235	0,775	0,447-1,257
Varón	110	37,3		Ref	
Menor de 35 años	231	32,9	0,924	0,901	0,517-1,570
Mayor de 35 años	191	32,5		Ref	
No sanitario	73	63	<0,001	5,622	3,193-9,905
Sanitario	349	26,4		Ref	
Sin hijos	161	39,8	0,015	2,347	1,357-4,059
Con hijos	261	28,4		Ref	
<i>Existe un miedo excesivo a la fiebre por parte de los padres y abuelos (n= 437)</i>					
Mujer	333	90,7	0,614	0,788	0,349-1,781
Varón	104	92,3		Ref	
Menor de 35 años	243	93	0,113	1,410	0,623-3,187
Mayor de 35 años	194	88,7		Ref	
No sanitario	79	86,1	0,085	0,593	0,275-1,279
Sanitario	358	92,2		Ref	
Sin hijos	174	93,1	0,226	1,188	0,504-2,800
Con hijos	263	89,7		Ref	

IC: intervalo de confianza; ORa: odds ratio ajustada.

## Discusión

Los resultados de la encuesta muestran que la fiebre-fobia sigue existiendo, y parece que la fecha de extinción de dicho miedo es aún lejana. No se preguntó por la temperatura exacta, axilar o rectal, a partir de la cual se debería considerar fiebre, pues no era uno de los objetivos del estudio. Sin embargo, son alarmantes los resultados de Wallenstein et al.<sup>7</sup>, en cuyo estudio ningún padre contestó de forma correcta a dicha definición. Igualmente alarmantes son las respuestas a la primera pregunta de nuestra encuesta, sobre la fiebre en menores de 3 meses, única situación en la que la atención sí debería ser urgente. Un 14% refiere que no debe realizarse ninguna atención rápida, porcentaje que, incomprensiblemente, asciende entre los sanitarios a un 17%. Incluso existen diferencias entre sexos: las mujeres son más diligentes que los hombres en este aspecto, dato que no hemos encontrado en otros estudios similares.

Con respecto al miedo ante una fiebre mayor de 40 °C, El-Radhi<sup>14</sup> observó que el 65% de los pediatras creían que dicha temperatura podía ser grave y ocasionar daño cerebral, porcentaje que asciende hasta el 93% de los padres en el estudio del grupo de Wallenstein et al.<sup>7</sup>. Estos resultados coinciden con los de nuestra encuesta, en la que el 96,5% de los no sanitarios afirmaba que la fiebre >40 °C siempre es grave y requiere una atención urgente, al igual que el 91% de los auxiliares de enfermería y el 80% del personal de enfermería. Entre los médicos el temor a esta fiebre elevada es menor, aunque también existe: contestaron afirmativamente a esta cuestión un 14% de los pediatras y un 58% de otros médicos.

Aunque está ampliamente demostrada la incapacidad de los antitérmicos para prevenir la aparición de convulsiones febriles, hecho que constituye una de las «leyendas» más difundidas y que acrecienta notablemente el tratamiento enérgico de la fiebre<sup>20</sup>, un 81% de los no sanitarios sigue opinando que el tratamiento precoz de la fiebre evita la aparición de las convulsiones, porcentaje similar al 75% demostrado por el grupo de Dong et al.<sup>8</sup> y por Martins et al.<sup>12</sup>. Entre los sanitarios destacan las respuestas por parte del personal de enfermería y los auxiliares de enfermería, en quienes la confianza en evitar las convulsiones con antipiréticos es incluso mayor que entre los administrativos. En el estudio de Martins y Abecasis<sup>12</sup>, hasta el 92% del personal de enfermería trataba la fiebre de forma precoz para evitar la aparición de convulsiones. Se trata, desde luego, de una leyenda que pervive en los hospitales y favorece la perpetuación de la fiebre-fobia. Ninguno de los pediatras encuestados en nuestro estudio se mostró a favor de esta afirmación, pero parece evidente que no consiguen transmitir dicha tranquilidad a otros sanitarios.

Con respecto al uso de antipiréticos para tratar la fiebre aunque los niños se encuentren aparentemente bien, los resultados muestran que tanto los sanitarios como los no sanitarios comienzan a comprender que no es necesario tratarla siempre, con porcentajes cercanos al 50%, e inferiores a los demostrados en los estudios de Wallenstein et al.<sup>7</sup> y Dong et al.<sup>8</sup>. Es

fundamental transmitir que la fiebre es un mecanismo de defensa frente a las infecciones, que limita el crecimiento bacteriano y la replicación viral y, en definitiva, colabora en la resolución de los procesos infecciosos<sup>4</sup>.

También se observa una mejoría en la adecuación a la evidencia científica disponible respecto a la alternancia de fármacos antipiréticos. Se trata de una práctica extendida pero no recomendada, que facilita la fiebre-fobia, la aparición de efectos secundarios y los errores de dosificación<sup>17</sup>, llevada a cabo por el 76% de los pediatras de atención primaria según el estudio de García Puga et al.<sup>13</sup>. Además, existen dudas sobre la seguridad de esta práctica, dado que el ibuprofeno bloquea las prostaglandinas renales e inhibe la producción de glutatión, imprescindible para la excreción del metabolito tóxico del paracetamol<sup>21</sup>. En nuestra encuesta, sólo el 9% de los pediatras recomienda alternar los antipiréticos, frente a un 33% de otros médicos y un 38% del personal de enfermería. Sí existen diferencias en los profesionales no sanitarios, pues el 72% reconoce mantener esta práctica.

Otro de los tratamientos controvertidos para regular la temperatura corporal es el empleo de medidas físicas. Los baños de agua fría podrían incluso incrementar la temperatura central por provocar vasoconstricción cutánea, por lo que están formalmente contraindicados<sup>21</sup>. Según un número limitado de estudios, el baño con agua templada asociado a antitérmicos podría contribuir a la reducción de la temperatura, pero este efecto es transitorio y se asocia a malestar<sup>21</sup>. El decálogo de la fiebre de la AEPap desaconseja claramente el uso de paños húmedos, duchas o baños para bajar la fiebre<sup>22</sup>. Sin embargo, un 45,5% de los pediatras encuestados sigue recomendando medidas físicas, porcentaje que asciende hasta el 86% considerando todos los profesionales sanitarios, sin que existan diferencias significativas con los no sanitarios. Por tanto, se trata de una práctica controvertida pero claramente establecida en la población, recomendada incluso por la mayoría de los sanitarios en la actualidad. Estos resultados coinciden con los presentados en el estudio de Chiappini et al.<sup>2</sup>, en el que un 78,5% de los pediatras y un 77,8% de los padres aplicaban medidas físicas para tratar la fiebre. En el estudio de García Puga et al.<sup>13</sup>, el 93,6% de los pediatras de atención primaria recomendaba la adopción de medidas físicas. Todos estos datos contrastan con la innecesaria medida de tratar la fiebre en niños que se encuentran aparentemente bien. Si el objetivo es mejorar el confort de los niños, y no disminuir la temperatura corporal, las medidas físicas no deberían tener cabida en el tratamiento de la fiebre. También es mayoritario el número de encuestados que se muestra a favor de desnudar a los niños con fiebre, y elevado el rechazo a abrigoarlos, a pesar de que la primera medida disminuye el confort y la segunda podría aumentarlo. Otro dato curioso, con respecto a las diferencias entre sexos, es que las mujeres desnudan más a los niños con fiebre que los hombres.

En cuanto a la atención urgente ante cualquier niño febril, antes de las 12 horas de evolución, existen diferencias entre profesionales sanitarios y no sanitarios. Mientras que sólo un 26,5%

de los sanitarios considera útil dicha visita (un 0% entre los pediatras), el 63% de los no sanitarios confía en dicha consulta precoz al pediatra. Este porcentaje es idéntico al descrito por Sakai et al.<sup>9</sup> y algo inferior al 86% demostrado por Wallenstein et al.<sup>7</sup>. Por tanto, los sanitarios debemos insistir en la recomendación ya realizada por Carabaño y Llorente<sup>18</sup>, según la cual acudir inmediatamente a un centro de urgencias en los primeros minutos de la fiebre, si el niño presenta un buen estado general, sólo consigue aumentar la inquietud de los padres, pues la exploración física será normal con casi toda seguridad, y no tendrán valor las pruebas complementarias.

Con respecto a la influencia de la paternidad y la edad en la fiebre-fobia, algunos estudios previos no demostraron diferencias significativas entre los padres con un solo hijo o varios<sup>23,24</sup>, aunque sí un mayor miedo y preocupación entre los padres jóvenes o con hijos muy pequeños<sup>10</sup>. En nuestro estudio, la edad no mostró diferencias significativas, y tampoco la experiencia de la paternidad, salvo en el hecho de realizar una consulta precoz ante un niño febril, visita que de forma significativa sería más solicitada por los encuestados que referían no tener hijos.

Una variable significativa, no analizada en nuestro estudio, es la valorada por el grupo de Rupe et al.<sup>10</sup>. Según estos autores, la etnia hispana fue el factor más influyente en la existencia de fiebre-fobia entre los padres, un dato que, desde luego, no favorece en absoluto la desaparición de dicho miedo en nuestro medio. Hasta un 86% de los encuestados reconoce que la fiebre-fobia existe, entre ellos el 100% de los pediatras. Entre los profesionales sanitarios, el 92% afirma la existencia de este miedo, cuya percepción es menor en los no sanitarios, aunque no de forma significativa.

El presente trabajo tiene una serie de limitaciones y posibles sesgos. La predisposición a contestar por correo electrónico puede reflejar un perfil de profesional específico, más preocupado por la fiebre que aquellos que no contestan. Esto supone un sesgo de selección derivado de nuestro procedimiento de captación. Por otro lado, se ha confiado en la respuesta de cada profesional, pero es posible que existan diferencias entre lo que responden y lo que realmente piensan sobre la fiebre en los niños.

Sin embargo, y a pesar de dichas limitaciones, nuestro estudio refleja una realidad en nuestro medio: la fiebre-fobia persiste, y se transmite de los profesionales sanitarios a los padres, por lo que su desaparición se prevé complicada. A pesar de que existen algunas mejoras con respecto a otras encuestas publicadas, como la innecesaria medida de tratar a todos los niños con fiebre si se encuentran aparentemente bien, los resultados ponen de manifiesto que en el tratamiento de la fiebre existe discordancia entre la evidencia científica disponible y la práctica clínica, como ya han concluido otros estudios previos<sup>16,19</sup>.

Es fundamental continuar con programas formativos sobre el tratamiento de la fiebre en niños, dirigidos tanto a los padres como a los trabajadores de los centros sanitarios<sup>2</sup>. Los pediatras deberíamos dedicar más tiempo a educar a los padres sobre la fiebre que a prescribir antitérmicos<sup>11</sup>, pues se ha descrito que

podemos potenciar la fiebre-fobia, ya que el primer signo que se obtiene la mayoría de las veces en los centros sanitarios es la temperatura, y muchas veces se dan instrucciones a los padres para vigilar o volver a consultar si la temperatura aumenta o persiste<sup>14,17</sup>. Carabaño y Llorente<sup>18</sup> proponen mejorar la educación para la salud, y el marco el ideal para materializarla sería la escuela de padres, reforzados por el «día a día» de los consultorios de atención primaria. Sin embargo, para que este «día a día» sea exitoso, somos los profesionales sanitarios los primeros que debemos creernos nuestras propias recomendaciones<sup>25</sup> y, a la vista de los resultados de esta encuesta, es evidente que en la actualidad esto no es así. Además, incluso en los aspectos en que los profesionales sanitarios han mejorado respecto a la fiebre-fobia, una asignatura pendiente continúa siendo la transmisión de nuestra tranquilidad a la población.

Bertille et al.<sup>25</sup> proponen el uso de las nuevas herramientas tecnológicas, como las aplicaciones para teléfonos inteligentes y tabletas, para difundir el correcto tratamiento de la fiebre en niños, así como continuar con la elaboración de recomendaciones nacionales ajustadas a la evidencia científica actual, como el decálogo de la fiebre de la AEPap<sup>22</sup>. Sería recomendable realizar campañas informativas de salud pública sobre el adecuado abordaje de la fiebre en niños, puesto que no representa un problema en absoluto trivial<sup>25</sup>, y los efectos secundarios de los tratamientos antipiréticos enérgicos son reales.

En conclusión, la fiebre-fobia es un miedo contagioso, transmitido por los propios profesionales sanitarios, que se mantiene a pesar del tiempo transcurrido desde que Schmitt introdujera el término hace más de 35 años. Se trata de una fobia que da lugar a consultas médicas reiteradas e inútiles por parte de los padres, y a tratamientos antipiréticos intensivos e innecesarios, no exentos de efectos secundarios y errores de medicación. No se prevé la desaparición a corto plazo de la fiebre-fobia, pero cualquier solución pasa por una adecuada transmisión de la información a las familias. Y cualquier esfuerzo será ímprobo mientras los sanitarios no nos creamos nuestras propias recomendaciones. ■

## Bibliografía

1. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child.* 1980; 134: 176-181.
2. Chiappini E, Parretti A, Becherucci P, Pierattelli M, Bonsignori F, Galli L, et al. Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC Pediatr.* 2012; 12: 97.
3. Pursell E, While AE. Does the use of antipyretics in children who have acute infections prolong febrile illness? A systematic review and meta-analysis. *J Pediatr.* 2013; 163: 822-827.
4. Ugarte Libano R. ¿Prolongan los antitérmicos la duración de la enfermedad febril? *Continuum* 2014 [en línea] [consultado el 1 de julio de 2016]. Disponible en: <http://continuum.aeped.es>
5. Pursell E. Fever phobia revisited. *Arch Dis Child.* 2004; 89: 89-90.
6. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics.* 2001; 107: 1.241-1.246.
7. Wallenstein MB, Schroeder AR, Hole MK, Ryan C, Fijalkowski N, Álvarez E, et al. Fever literacy and fever phobia. *Clin Pediatr (Phila).* 2013; 52: 254-259.

8. Dong L, Jin J, Lu Y, Jiang L, Shan X. Fever phobia: a comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient department in a children's hospital in China. *BMC Pediatr.* 2015; 15: 163.
9. Sakai R, Okumura A, Marui E, Nijima S, Shimizu T. Does fever phobia cross borders? The case of Japan. *Pediatr Int.* 2012; 54: 39-44.
10. Rupe A, Ahlers-Schmidt CR, Wittler R. A comparison of perceptions of fever and fever phobia by ethnicity. *Clin Pediatr (Phila).* 2010; 49: 172-176.
11. Sherman JM, Sood SK. Current challenges in the diagnosis and management of fever. *Curr Opin Pediatr.* 2012; 24: 400-406.
12. Martins M, Abecasis F. Healthcare professionals approach paediatric fever in significantly different ways and fever phobia is not just limited to parents. *Acta Paediatr.* 2016; 105: 829-833.
13. García Puga JM, Garrido Torrecillas FJ, Hernández Morillas D, Castillo Díaz L, Santos Pérez JL, Callejas Pozo JE, et al. Análisis del conocimiento y manejo de la fiebre por parte de pediatras y residentes en relación a un proceso asistencial establecido. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012; 14: 115-126.
14. El-Radhi AS. Fever management: evidence vs current practice. *World J Clin Pediatr.* 2012; 1: 29-33.
15. Greensmith L. Nurses' knowledge of and attitudes towards fever and fever management in one Irish children's hospital. *J Child Health Care.* 2013; 17: 305-316.
16. Bauer Izquierdo S, Díez Domingo J, Ballester Fernández R, Ballester Sanz A. Persistencia de la fiebrefobia a pesar de la evidencia científica. *Acta Pediatr Esp.* 2009; 67: 38-39.
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: 497-498.
18. Carabaño Aguado I, Llorente Otones L. Fiebre y niños: puesta al día. *Acta Pediatr Esp.* 2008; 66: 57-66.
19. García Blanes CP, Rodríguez-Cantón Pascual P, Morales-Carpi C, Morales-Olivas FJ. ¿Se ha modificado el uso de antitérmicos tras la introducción de ibuprofeno a diferentes concentraciones? *An Pediatr (Barc).* 2014; 81: 383-388.
20. Moreno Pérez D, Chaffanel Peláez M. Antitérmicos, padres y pediatras. ¿Tenemos conclusiones para todos ellos? *Evid Pediatr.* 2006; 2: 16.
21. Fernández-Cuesta Valcarce MA. Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria. Fiebre sin foco en el niño menor de 36 meses. *AEPap.* 2015 [en línea] [consultado el 1 de julio de 2016]. Disponible en: <http://algoritmos.aepap.org>
22. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Decálogo de la fiebre [en línea] [consultado el 1 de julio de 2016]. Disponible en: [http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/decalogo\\_fiebre.pdf](http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/decalogo_fiebre.pdf)
23. Sakai R, Marui E. Fever phobia; can we blame the trend to nuclear family or having a single child? *Acta Paediatr.* 2009; 98: 405-407.
24. Saettini F, Bettinelli A. Fever phobia among Italian caregivers: a survey in a pediatric emergency department. *Minerva Pediatr.* 2014; 66: 261-266.
25. Bertille N, Purssell E, Corrad F, Chiappini E, Chalumeau M. Fever phobia 35 years later: did we fail? *Acta Paediatr.* 2016; 105: 9-10.