



***Conocimientos que tienen los Padres sobre Detección y Manejo
de la Fiebre en Lactantes Menores Hospitalizados***

Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería

Tesistas:

- ✓ *Denisse Catalán G.*
- ✓ *Nancy Díaz P.*
- ✓ *Brenda Flores O.*
- ✓ *Cristian López G.*
- ✓ *Carla Márquez N.*
- ✓ *Katherine Vergara M.*
- ✓ *Denisse Vignolo S.*

Docente: Sra. Kareen Berger V.

*Valparaíso, Chile
- 2008 -*

Dedicatoria

En primer lugar, dedicamos nuestra Tesis a Dios, por permitirnos llegar a esta instancia en nuestra carrera profesional.

En segundo lugar, a nuestros padres, por brindarnos todo el apoyo y comprensión durante estos años de formación profesional.

Y finalmente, a nuestra docente guía, profesora Kareen Berger Vila, por su tiempo, compromiso y dedicación para llevar a cabo esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Denisse Catalán: *Agradezco a mis compañeros de tesis y profesora guía, Kareen Berger Vila, por la comprensión y apoyo que me brindaron en momentos difíciles, a mi familia, amigos, y en especial a mi esposo e hijo Agustín, que son los que me dan las fuerzas para luchar y seguir esforzándome diariamente para lograr ser una Profesional de Enfermería.*

Nancy Díaz: *Agradezco a Dios por su ayuda y a mi padre, Juan, que desde el cielo me da su protección diariamente. A mi madre, Nora, a mi hermano, Juan Carlos, quienes entregan el amor y fuerzas para continuar mis metas y sueños. Y especialmente, a mi hermano, Iván, por su dedicación y ayuda desinteresada en el desarrollo de nuestra tesis. Agradezco a mi mejor amigo, Víctor, por darme las fuerzas para seguir adelante siempre.*

Brenda Flores: *Doy gracias a mis abuelos, Carmen y Luis, a mi madre, María, y mi hermana, Alexandra, por ser mi apoyo, pilar y motivación en mis estudios. A mis amigos: Claudia, Valeria y Javier, por la fuerza y confianza entregada. A Marcela y Aída que me acompañan desde el cielo, y por sobre todo a Dios que día a día está conmigo.*

Cristian López: *En primer lugar, agradezco a Dios por mostrarme esta hermosa profesión. Luego, a mi madre, Marianela, una gran mujer que a pesar de la adversidad, siempre ha sido y será un pilar fundamental en mi vida. Igualmente, agradezco a mis amigos, aquellos que desinteresadamente estuvieron ahí en todo momento, y que al fin y al cabo serán los grandes artífices de mi desarrollo Profesional.*

Carla Márquez: *Agradezco la compañía y apoyo constante de quienes fueron mi puntal y fuerza, mis padres Carlos y Nancy, que a pesar de la distancia siempre mostraron su preocupación, a mi hermana, Roxana, que siempre ha sido un apoyo constante en mis estudios, a mi novio Felipe, el cual me acompaña día a día en los mejores y peores momento. A todos ellos, les agradezco de corazón la dedicación y amor entregado.*

Katherine Vergara: *En primer lugar, agradezco a Dios por la fortaleza que diariamente me otorga. En segundo lugar, a nuestra docente Kareen Berger Vila, por contagiar con su motivación y dedicación el amor por esta tesis, que ha sido fruto de mucho esfuerzo. Finalmente, a mis padres, abuelos y amigos verdaderos, que son el pilar necesario para no desistir y seguir adelante en mis sueños académicos.*

Denisse Vignolo: *Agradezco a Dios por brindarme la oportunidad de llegar a estas instancias en el desarrollo de mi carrera Profesional; a mi familia y amigos que me acompañaron y brindaron todo su apoyo; a nuestra profesora Kareen Berger Vila por sus conocimientos y constante motivación para el desarrollo de este seminario de tesis.*

ÍNDICE DE MATERIAS

	Página
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE DE MATERIAS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	XI
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
1.1 Introducción	1
1.2 Delimitación del problema	3
1.3 Definición de términos	3
1.4 Limitaciones del estudio	4
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL	
2.1 Padres y Lactantes Menores	
2.1.1 Crecimiento y Desarrollo del Lactante	5
2.1.2 Cuadro Comparativo: Teorías del Desarrollo del Lactante Menor	7
2.1.3 Teorías del Desarrollo según Erikson: Grupo etéreo Padres	9
2.1.4 Satisfacción de las Necesidades Básicas del Lactante, según Virginia Henderson	10
2.1.5 Necesidad de Mantener la Temperatura Corporal	11
2.1.6 Rangos Normales de la Temperatura Corporal	18
2.1.7 Fiebefobia	19
2.1.8 Salud Pública – Epidemiología	21
2.2. Detección de la Fiebre	
2.2.1 Fisiopatología de la Fiebre	24
2.2.2 Clasificación de la Fiebre	27
2.2.3 Signos y Síntomas que pueden acompañar a la fiebre	28

2.2.4 Convulsiones Febriles	29
2.3 Manejo de la Fiebre	30
2.3.1 Técnicas de toma de Temperatura	30
2.3.2 Tratamiento de Fiebre	33
2.4 Rol del Profesional de Enfermería	36
2.5 Objetivos Generales	39
2.6 Objetivos Específicos	39
2.7 Definición y operacionalización de variables	40
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	
3.1 Organización del trabajo en grupo	43
3.2 Tipo de Estudio	43
3.2.1 Tipo Diseño de investigación	43
3.2.2 Diseño Muestral	43
3.3 Método de recolección de datos	45
3.3.1 Elección de hospitales para aplicación de instrumento	45
3.4 Aplicación del instrumento	46
3.4.1 Elaboración y descripción de los instrumentos	46
3.4.2 Instructivo de Aplicación	46
3.4.3 Consentimiento Informado	46
3.4.4 Carta Petición a Servicios de los Hospitales	46
3.4.5 Elaboración de Tríptico Educativo	46
3.5 Prueba de Confiabilidad de Encuesta Autoaplicada	47
3.6 Criterios utilizados	48
3.6.1 Criterios para aplicación de instrumentos	48
3.6.2 Criterios de análisis y evaluación de la información	48
3.6.3 Programas utilizados	48
3.7 Organización del trabajo en terreno	48

CAPÍTULO 4: RESULTADOS. PRESENTACIÓN EN GRÁFICOS

4.1 Primera Parte: Antecedentes de la muestra.	49
✓ Datos Generales: Padres	49
✓ Datos Generales: Lactantes	52
4.2 Segunda Parte: Análisis descriptivo de los resultados.	54
4.3 Tercera Parte: Resultados obtenidos en Técnica de control de temperatura, según Pauta Cotejo.	62

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, RESUMEN Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones del estudio	68
5.2 Discusión	72
5.3 Recomendaciones	73
5.4 Resumen	74
5.5 Abstract	75

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

✓ ANEXO 1: Instrumento de Kramer	81
✓ ANEXO 2: Encuesta Autoaplicada	83
✓ ANEXO 3: Pautas de Cotejo: Toma de Temperatura Axilar	87
✓ ANEXO 4: Pautas de Cotejo: Toma de Temperatura Rectal	88
✓ ANEXO 5: Consentimiento Informado	89
✓ ANEXO 6: Carta Petición a Servicios de los Hospitales	90
✓ ANEXO 7: Criterios de Análisis de Información	91
✓ ANEXO 8: Respaldo de Gráficos	92
✓ ANEXO 9: Tríptico Educativo “Fiebre en el Lactante Menor, lo que usted debe saber acerca de la fiebre”.	100

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1: Áreas y Núcleos del Hipotálamo.	12
Figura 2: Número de consultas por fiebre, entre enero 2002 y enero 2003, en el Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán.	21
Figura 3: Fiebre fobia: Uso de antipiréticos.	22
Figura 4: Fuente de información sobre la fiebre.	23
Figura 5: Fisiopatología de la Fiebre.	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
<u>Primera Parte: Antecedentes de la muestra</u>	
✓ Datos Generales: Padres	
Gráfico N°1: Distribución porcentual de los padres del estudio según sexo.	49
Gráfico N°2: Distribución porcentual de los padres del estudio según edad.	50
Gráfico N°3: Distribución porcentual de los padres del estudio según nivel.	50
Gráfico N°4: Distribución porcentual de los padres del estudio según estado civil.	51
Gráfico N°5: Distribución porcentual de padres de la población del estudio (HCVB, HGF y HQ).	51
Gráfico N°6: Relación de los encuestados con el lactante hospitalizado en los Servicios de Pediatría de los Hospitales (HCVB, HGF y HQ).	52
✓ Datos Generales: Lactantes	
Gráfico N°7: Distribución porcentual según edad de los lactantes menores hospitalizados en los Servicios de Pediatría (HCVB, HGF y HQ).	52
Gráfico N°8: Distribución porcentual según sexo de los lactantes menores hospitalizados en los Servicios de Pediatría (HCVB, HGF y HQ).	53

Gráfico N°9: Distribución porcentual de lactantes menores hospitalizados en los Servicios de Pediatría (HCVB, HGF y HQ), con presencia de fiebre al momento de consultar al centro de salud.	53
<i>Segunda Parte: Análisis descriptivo de la muestra en relación con el conocimiento de los padres sobre la detección y manejo de la fiebre.</i>	
Gráfico N°10: Conocimientos de los padres del estudio sobre temperatura mínima considerada fiebre versus Nivel de Instrucción Básica Completa – Básica completa y Media incompleta.	54
Gráfico N°11: Conocimientos de los padres del estudio sobre temperatura mínima considerada fiebre versus Nivel de Instrucción Técnico y/o Universitario.	55
Gráfico N°12: Método de control de temperatura utilizada por los padres del estudio.	55
Gráfico N°13: Lugar de control de temperatura con termómetro utilizada por los padres del estudio.	56
Gráfico N°14: Temperatura mínima considerada fiebre por los padres del estudio.	56
Gráfico N°15: Signos y síntomas que hacen sospechar presencia de fiebre en los hijos de los padres del estudio.	57
Gráfico N°16: Temperatura con la cual tratan la fiebre los padres del estudio.	57
Gráfico N°17: Peligro inmediato considerado por los padres del estudio al no tratar la fiebre.	58
Gráfico N°18: Métodos utilizados por los padres para bajar la temperatura corporal en los lactantes menores.	59
Gráfico N°19: Primera medida utilizada por los padres del estudio para bajar la fiebre.	60

Gráfico N°20: Fuentes de información sobre medidas para el manejo de la fiebre en lactantes menores.	61
Gráfico N° 21: Otras fuentes de información sobre medidas para el manejo de la fiebre.	61
<u>Tercera Parte:</u> Resultados obtenidos en Técnica de control de temperatura, según Pauta Cotejo.	
Gráfico N°22: Distribución porcentual según aplicación de Pauta Cotejo de control de temperatura Axilar y Rectal aplicada a los padres del estudio (HCVB, HGF, HQ).	62
Gráfico N°23: Clasificación de resultados obtenidos tras aplicación de Pauta Cotejo Axilar en los padres del estudio (HCVB, HGF, HQ).	62
Gráfico N°24: Clasificación de resultados obtenidos tras aplicación de Pauta Cotejo Rectal en los padres del estudio (HCVB, HGF, HQ).	63
Gráfico N°25: Padres que realizan lavado de manos previo al control de temperatura axilar.	63
Gráfico N°26: Padres que realizan lavado de manos previo al control de temperatura rectal.	64
Gráfico N°27: Padres que verifican el estado del termómetro previo control de temperatura axilar.	64
Gráfico N°28: Padres que verifican el estado del termómetro previo control de temperatura rectal.	65
Gráfico N°29: Padres que permanecen junto al lactante menor durante el tiempo estimado con termómetro en posición correcta, durante 5 a 6 minutos.	65
Gráfico N°30: Padres que permanecen junto al lactante menor durante el tiempo estimado con termómetro en posición correcta, durante 1,5 a 3 minutos.	66
Gráfico N°31: Padres que realizan lavado de manos posterior al control de temperatura axilar.	66

Gráfico N°32: Padres que realizan lavado de manos posterior al control de temperatura axilar. 67

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla I: Cuadro Comparativo de las Teorías del Desarrollo en el Lactante Menor.	7
Tabla II: Rangos normales de temperatura según vía de control: axilar y rectal	18
Tabla III: Rangos de clasificación de fiebre según intensidad y vía de control: axilar y rectal.	27
Tabla IV: Conocimientos que tienen los padres sobre detección y manejo de la fiebre.	40
Tabla V: Características sociodemográficas de los padres del estudio.	41
Tabla VI: Características fisiológicas y causa de ingreso de los lactantes menores.	42
Tabla VII: Ingreso de Lactantes a Servicios de Pediatría durante los meses de Septiembre y Octubre de 2008.	44
Tabla VIII: Pauta Cotejo “Control de la Temperatura Axilar”.	91
Tabla IX: Clasificación de resultados obtenidos tras aplicación Pauta Cotejo Axilar.	92
Tabla X: Pauta Cotejo “Control de la Temperatura Rectal”.	92
Tabla XI: Clasificación de resultados obtenido tras aplicación Pauta Cotejo Rectal.	93

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

Durante siglos se consideró a la fiebre como una enfermedad en sí misma y no como un signo o manifestación de un proceso patológico. Este concepto, que se ha mantenido hasta hoy, se puede ilustrar con la clásica cita bíblica de Mateo y Lucas, la cual menciona: *"Jesús fue a casa de Pedro, donde encontró a la suegra de éste en cama, con fiebre; Jesús le tocó la mano, se le pasó la fiebre, ella se levantó y comenzó a atenderle"* (Mateo 8: 14-15; Lucas 4: 38-39). Existen ejemplos más modernos, como el de Sir William Osler, que en su calidad de Presidente de la *Asociation of American Physicians* de los Estados Unidos, en una alocución del año 1985 señaló lo siguiente: *"La humanidad enfrenta tres grandes enemigos: la fiebre, la hambruna y la guerra, y de éstos, lejos el más grande, el más temible es la fiebre"*.

La presencia de fiebre en los niños genera un gran temor en la familia y éste, puede llevar muchas veces, a tratamientos innecesarios e inapropiados, pudiendo causar daños o riesgos derivados de efectos secundarios o sobredosificación de medicamentos, tal como señala un estudio realizado por Kramer y Smith (1984, EE.UU.), el cual concluye que existen temores exagerados frente a la fiebre, que son similares entre los padres de diversos niveles económicos.

Lo anterior se refleja en nuestra realidad nacional, donde las estadísticas muestran que entre los años 2002 y 2003, de un total de 7.500 consultas pediátricas mensuales en el servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Borja Arriarán de Santiago de Chile, un promedio de 2.400 consultas fueron por fiebre. Cabe destacar, con respecto a la información proporcionada a los padres acerca de la fiebre, que el Profesional de Enfermería *no es considerado como fuente de información*.

La motivación para llevar a cabo este estudio surge a raíz de lo expuesto, ya que es de vital importancia abordar este tema para ejercer nuestro rol educativo, que debe estar inherente en cada Profesional de Enfermería, para así poder fomentar, otorgar cuidados y actividades en pro de una mejor calidad de vida. Tomando como base fundamental en nuestro trabajo de investigación, a la teorista Virginia Henderson, quien plantea dentro de las 14 necesidades humanas, la de mantener la temperatura corporal, y define además la Enfermería en los siguientes términos : *"La única función de una Enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"*. (1)

Sobre esta base y con el objetivo de saber cuál es la realidad sobre el manejo de la fiebre en la V Región, realizamos un estudio de tipo Descriptivo, Transversal y Cuantitativo, para investigar el *Conocimiento que tienen los padres de Lactantes Menores hospitalizados, sobre Detección y Manejo de la Fiebre, de los Hospitales de la Quinta Región: Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué.*

(1) DUEÑAS F., José R. Enfermeras Teóricas: Virginia Henderson, 2001.

1.2 Delimitación del Problema

Conocimientos que tienen los padres sobre detección y manejo de la fiebre en Lactantes Menores Hospitalizados en los Servicios de Pediatría, Unidad de Lactantes de los Hospitales: Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué de la V Región, durante Septiembre y Octubre de 2008.

1.3 Definición de Términos

- **Detección de la Fiebre:** Conocimientos que tienen los padres para lograr la pesquisa de fiebre en Lactantes menores.
- **Manejo de la Fiebre:** Acciones que realizan los padres para controlar la fiebre en el niño, como por ejemplo: medidas físicas antitérmicas, tratamiento farmacológico, entre otros.
- **Lactantes menores:** Niños entre 29 días y 12 meses de edad que están hospitalizados en los Servicios de Pediatría, Unidad de Lactantes de los Hospitales del estudio.
- **Padres:** Padres biológicos o cuidadores que satisfacen las necesidades del lactante menor en su hogar y que se encuentran con el niño hospitalizado en el Servicio de Pediatría, Unidad de Lactantes de los Hospitales: Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué de la V Región.

1.4 Limitaciones del Estudio

Etapa Conceptual:

- ✓ Dificultad en la adaptación del instrumento de Kramer y Smith, al ser aplicado a la realidad nacional de la población en estudio.
- ✓ Falta de Unificación de criterio en relación a los rangos de temperatura normal en lactantes menores y estandarización de pasos para tratamiento de la fiebre en los Servicios de Pediatría de los Hospitales: Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué.

Etapa de Planificación y Diseño:

- ✓ Reducción de la muestra a causa del escaso tiempo disponible de los tesisistas para aplicación de instrumento.

Etapa Empírica:

- ✓ Demora en la aceptación y trámites de carta petición a servicios de pediatría de los respectivos hospitales, para aplicación del instrumento a los padres de lactantes menores hospitalizados.

Etapa de Aplicación:

- ✓ Dificultad para compatibilizar horarios de los tesisistas, en relación al análisis de datos recolectados y conclusiones del estudio, por realización de cátedras simultáneas en etapa de evaluación.

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL

2.1 Lactante Menor y Padres

2.1.1 Crecimiento y Desarrollo del Lactante

El periodo de lactante menor va desde los 29 días a los 12 meses de vida; y el de lactante mayor desde los 12 meses hasta 24. Los primeros 12 meses, se caracterizan por una gran velocidad de crecimiento, llegando a duplicar su talla y triplicar su peso, iniciándose la maduración de los principales sistemas corporales. A través de estos avances del crecimiento y desarrollo, el lactante logra realizar tres grandes hitos al finalizar el primer año: la marcha, el lenguaje y la erupción de los primeros dientes.

El peso del lactante está compuesto entre un 75 a 80% de agua especialmente en el espacio intersticial, destacando que el tejido adiposo colabora en el aumento de peso durante los primeros 6 meses. La piel posee estructuras inmaduras que se caracterizan por: estrato córneo muy fino; tejido subcutáneo, epidermis e hipodermis más delgados, lo que influye de forma importante en la capacidad termorreguladora. Debido a que las glándulas sebáceas y sudoríparas no han completado su desarrollo, hay una baja respuesta a los estímulos provocados por el calor, éstas se activan al primer o segundo mes de vida. El lanugo puede cubrir la piel del lactante menor hasta los 12 meses de vida.

El sistema muscular representa el 25% del peso corporal total, éste aumenta durante el segundo semestre de vida. El tejido óseo pasa por los estados de tejido conectivo, cartílago y hueso. El cartílago está presente en todos los huesos y su osificación prosigue hasta que cesa el crecimiento.

El sistema nervioso se encuentra inmaduro, predominan los reflejos y su principal desarrollo es durante los 36 meses de vida, por ello la importancia en la estimulación y cuidados de factores externos que afecten el desarrollo del lactante en todo su potencial.

De los órganos sensoriales, el tacto y la sensación de dolor durante los primeros meses de vida son indiferenciados y generalizados.

A fines del primer mes, el lactante es capaz de discriminar sonidos, a los 3 meses mueve los ojos en dirección al sonido y a los 5, gira la cabeza hacia éste. La visión inicia su desarrollo al nacer, entre los 3 a 4 meses establece la binocularidad, de los 3 a 5 percibe colores básicos y a fines de los 6 distingue detalles de los objetos observados. El lactante menor reacciona frente a los olores conocidos, mostrando cambios en el ritmo y frecuencia respiratoria. Entre los 2 y 3 meses de vida, la madurez alcanzada por el sentido del gusto, le permite discriminar cambios en el sabor de los alimentos.

El sistema circulatorio tiene una velocidad de crecimiento acelerado, el corazón duplica su peso durante los primeros 12 meses de vida, se ubica en una posición más central y su eje es más transverso.

El sistema digestivo alcanza su desarrollo los primeros 24 meses de vida, su capacidad gástrica aumenta desde los 90 ml al mes hasta los 200-300 a los 12 meses. La secreción de enzimas digestivas está disminuida hasta los 4-5 meses.

El sistema renal triplica el peso de nacimiento a los 12 meses por el aumento del tamaño de nefrones y tejido intersticial, incrementando la velocidad de filtración glomerular. Entre los 2 a 11 meses el lactante menor elimina 450-500 cc de orina en 24 horas. El lactante posee una importante hidrolabilidad, ya que tiene mayor proporción y diferente distribución del agua, la que disminuye paulatinamente hasta los 24 meses.

El sistema respiratorio posee una gran demanda de oxígeno que se ve limitada por la capacidad y expansión torácica, lo que provoca el aumento de la frecuencia respiratoria, oscilando entre 30 a 40 por minuto. Las estructuras que componen este sistema presentan un escaso crecimiento, lo que predispone a los lactantes menores a un mayor riesgo de enfermedades e infecciones de la vía aérea.

Mediante la maduración de los sistemas corporales, el lactante menor logra una mayor independencia para la satisfacción de sus necesidades, respondiendo mejor a su entorno; de esta manera concluye su etapa de lactante menor a los 12 meses de vida.

2.1.2 Tabla I: Cuadro Comparativo de las Teorías del Desarrollo en el Lactante Menor (2)

Etapa Psicosocial ERIKSON	Etapa Cognoscitiva PIAGET	Etapa Psicosexual FREUD
<p>Confianza básica versus Desconfianza básica: (0 a 18 meses)</p> <p>El niño es capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar confianza en personas y objetos significativos. - Lograr el equilibrio entre confianza (forman relaciones íntimas) y desconfianza (lo que les permite protegerse). - Virtud: Esperanza (creen que pueden satisfacer sus necesidades y deseos). 	<p>Periodo Sensoriomotor (0 a 12 - 18 meses)</p> <p>El Lactante menor aprende sobre la realidad del entorno mediante los sentidos y actividades motoras.</p> <p>Subetapa 1 (Del nacimiento al primer mes): <i>Uso de reflejos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercitan reflejos innatos, obtienen algo de control sobre sí mismos. <p>Subetapa 2 (1 a 4 meses): <i>Reacciones Circulares Primarias.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comienza sustitución de conducta refleja por actos voluntarios. Repite comportamientos placenteros descubiertos al azar. Sus actividades están centradas en su propio cuerpo y, organiza y coordina diferentes clases de información sensorial. El concepto de permanencia de objeto está ausente. 	<p>Etapa Oral: (0 a 12 - 18 meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para el niño la fuente de placer reside en la boca (comer-chupar). - La región oral es erógena primaria y el alimento la fuente principal de placer sensorial. - El hecho de no satisfacer su necesidad oral, puede provocar en la adultez personalidad muy crítica y onicofagia. Los que reciben mucho placer oral son fumadores o comedores

<p>- Si no logra la virtud, habrá desconfianza (mundo hostil e impredecible y tendrá problemas para relacionarse).</p> <p>- La relación con su madre es vital para adquirir la confianza, que se logra mediante la satisfacción de la necesidad de alimentación.</p>	<p>Subetapa 3 (4 a 8 meses): <i>Reacciones Circulares Secundarias.</i></p> <p>- Realizan acciones intencionales que se repiten para alcanzar resultados más allá de su cuerpo, prolongando experiencias interesantes, ejemplo: si deja de funcionar el musical, patalea para que lo coloquen nuevamente.</p> <p>El concepto de permanencia de objeto incipiente; busca un objeto cuando se puede ver una parte del mismo.</p> <p>Subetapa 4 (8 a 12 meses): <i>Coordinación de Esquemas Secundarios.</i></p> <p>- Modifica y coordina esquemas previos aprendidos y los aplica para resolver situaciones nuevas. El concepto de permanencia de objeto está más desarrollado; busca el objeto si es escondido.</p> <p>Subetapa 5 (12 a 18 meses): <i>Reacciones Circulares Terciarias.</i></p> <p>Subetapa 6 (18 meses a 2 años): <i>Comienzo del pensamiento simbólico y combinaciones mentales.</i></p>	<p>impulsivos.</p>
--	--	--------------------

(2) WITTER DU GAS, Beverly. Problemas Mayores de Salud, 1986.

2.1.3 Teorías del Desarrollo según Erikson: Grupo etéreo Padres ⁽³⁾

✓ **Adolescencia (11 a 18 años): Identidad versus Confusión del papel**

El adolescente desarrolla en forma ideal un sentimiento positivo de imagen propia, en relación con su pasado y futuro, si carece de este sentimiento experimentará confusión con respecto a su papel social. Su Virtud: *Fidelidad*.

Logros: *Acepta su cambio, busca y logra independencia de los adultos, forma relaciones cercanas con sus compañeros, define su papel social y razona lógicamente.*

✓ **Edad adulta temprana (19 a 34 años): Intimidad versus Aislamiento**

En este periodo, el adulto establece relaciones estrechas con personas del mismo sexo y opuesto. Si no está cerca de alguien experimentará sentimientos de aislamiento. Virtud: *Afiliación y Amor*.

Logros: *Decide una carrera, elige pareja para matrimonio, cría niños y asume responsabilidades sociales.*

✓ **Edad madura (35 a 64 años): Generatividad versus Ensimismamiento**

Generatividad significa una preocupación por el futuro de la sociedad y del mundo en general, la persona que carece de esta cualidad está muy preocupada por sí misma. Su Virtud: *Cuidado*.

Logros: *Se ajusta a los cambios físicos y psicosociales, acepta las necesidades de sus hijos y padres que envejecen y alcanza metas sociales y profesionales.*

✓ **Los últimos años (65 en adelante): Integridad versus Desesperanza**

Durante esta etapa, la mayoría de los adultos tiene confianza en sus vidas y logros. Si están contentos con lo que realizaron, experimentan lo que se denomina “integridad” o sentido de “totalidad”; una persona que no está satisfecha con su vida caerá en la desesperanza. Su Virtud: *Sabiduría*.

Logros: *Acepta el proceso de envejecimiento, se adapta al retiro y a la muerte de su cónyuge y amigos.*

(3) WITTER DU GAS, Beverly. Problemas Mayores de Salud, 1986.

2.1.4 Satisfacción de las Necesidades Básicas según Virginia Henderson (4)

La Enfermería se basa en este modelo, que parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y salud como núcleo en la acción de Enfermería. Henderson concibe el papel de la Enfermera como la realización de las acciones para la suplencia o ayuda en la vida diaria, es decir, cuando la persona no puede efectuarlas según su ciclo vital.

El lactante menor, al ser físicamente vulnerable, requiere que sus necesidades sean satisfechas por sus padres, los cuales en la actualidad comparten roles dentro del hogar. Sin embargo, cabe mencionar que la crianza de los hijos sigue estando a cargo principalmente de la madre. A continuación, se enumeran las 14 necesidades de Virginia Henderson, pero sólo se profundizará en una de ellas, trascendental para nuestro estudio:

- 1.- Respirar con normalidad.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Descansar y dormir.
- 6.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7.- **Mantener la temperatura corporal.**
- 8.- Mantener la higiene corporal.
- 9.- Evitar los peligros del entorno.
- 10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

(4) DUEÑAS F., José R. Enfermeras Teóricas: Virginia Henderson, 2001.

2.1.5 Necesidad de Mantener la Temperatura Corporal

El hombre es un ser homeotermo, que está expuesto a amplios márgenes de temperatura ambiente y mantiene una temperatura corporal profunda de forma continua, situación fundamental para asegurar la homeostasis.

El lactante cuenta con toda la capacidad de un ser homeotermo, aunque los niveles de temperatura ambiente en que puede desarrollarse satisfactoriamente son muy limitados en comparación con el adulto. Sin embargo, es capaz de lograr un equilibrio entre la producción (termogénesis) y la pérdida de calor (termolisis).

La temperatura de la piel, al contrario de la profunda, aumenta y disminuye con la temperatura ambiente. La temperatura de los tejidos profundos del cuerpo (médula espinal y vísceras abdominales), permanece casi constante entre 0,6°C día a día, excepto cuando aparece un cuadro febril.

Cuando la producción de calor en el cuerpo es mayor que su pérdida, éste se acumula en él y su temperatura aumenta. Por el contrario, cuando la pérdida de calor es mayor, tanto el calor como la temperatura corporal disminuyen.

✓ Centro regulador de la temperatura corporal

La temperatura corporal está regulada principalmente por mecanismos nerviosos de retroalimentación y la mayoría de éstos operan a través de los centros reguladores de la temperatura, localizados en el hipotálamo. Para que estos mecanismos de retroalimentación actúen, existen receptores capaces de detectar cuando la temperatura se hace demasiado caliente o fría.

El hipotálamo es un centro regulador de hormonas, conductas y emociones, ubicado en el centro del sistema nervioso. Regula funciones vitales tales como: hambre y saciedad, sueño y temperatura. Sus 2 partes son: anterior y posterior; que se componen de múltiples áreas y núcleos, cada uno con funciones específicas.

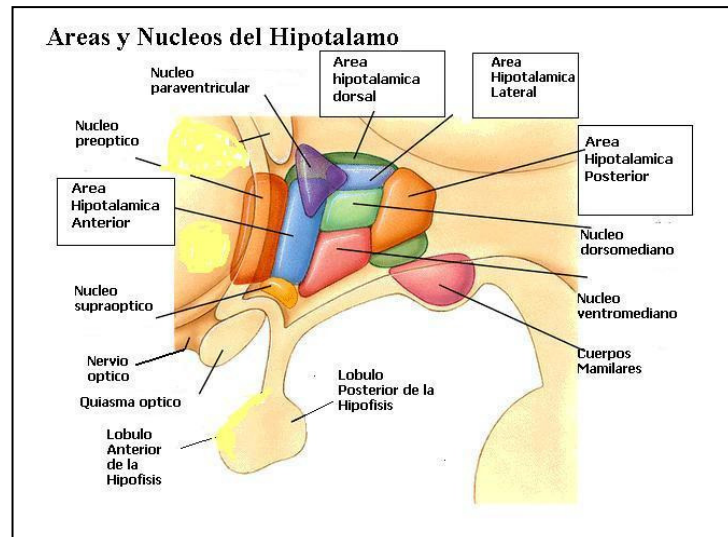


Figura 1: *Áreas y Núcleos del Hipotálamo.* (5)

El área hipotalámica pre-óptica contiene un gran número de neuronas sensibles al calor y aproximadamente una tercera parte de éstas al frío. Las neuronas sensibles al calor aumentan su frecuencia de descarga a medida que la temperatura corporal aumenta y, por el contrario, las sensibles al frío aumentan la frecuencia de descarga cuando la temperatura del cuerpo se reduce.

El área pre-óptica del hipotálamo tiene la capacidad de servir como centro termostático de control de la temperatura corporal. Cuando éste aumenta su nivel normal de temperatura, la piel del cuerpo comienza con una sudoración profusa y a su vez, los vasos sanguíneos cutáneos sufren una intensa vasodilatación. Esta reacción inmediata hace que el cuerpo pierda calor e inhiba la producción excesiva de éste, ayudando así a devolver la temperatura corporal a valores normales.

(5) SEPÚLVEDA, Dr. J. Crisis de Pánico, 2005.

✓ **Ajuste hipotalámico del control de la temperatura corporal**

Cuando el cuerpo alcanza valores críticos de temperatura de aproximadamente 37.1°C, se producen cambios drásticos en la pérdida y producción de calor. Con temperaturas superiores a este valor, la pérdida de calor es mayor que su producción, de forma que la temperatura corporal disminuye y vuelve a aproximarse al nivel de 37.1°C. Con temperaturas por debajo de este nivel, la producción de calor es mayor que su pérdida, de manera que ahora la temperatura corporal aumenta y nuevamente se aproxima al nivel de 37.1°C. Este nivel crucial de temperatura se denomina “punto de ajuste” del mecanismo de control de la temperatura corporal, ya que al detectar la disminución o aumento de ésta, se originan los procesos de regulación fisiológicos.

✓ **Receptores de la temperatura corporal**

Para un equilibrio entre la producción y pérdida de calor, la piel cuenta con receptores de calor y frío, siendo estos últimos 10 veces más abundantes. Por tanto, predomina la detección periférica de temperaturas frías en lugar de las cálidas.

Muchas señales sensitivas de temperatura surgen en receptores periféricos, éstas contribuyen al control de la temperatura principalmente a través del hipotálamo, estimulando un área localizada bilateralmente en el hipotálamo posterior a nivel de los cuerpos mamilarios. Aquí también convergen señales sensitivas de temperatura del área preóptica-hipotálamo anterior, controlando así las reacciones de producción y conservación del calor corporal.

Además, existen receptores profundos de temperatura en el organismo, principalmente en médula espinal, vísceras abdominales y alrededor de los grandes vasos. Estos receptores profundos actúan de forma diferente a los cutáneos, porque están expuestos a la temperatura corporal central en lugar de la superficial.

Cuando se enfría la piel, se estimulan reflejos inmediatos para aumentar la temperatura corporal de diversas formas: 1) proporcionando un fuerte estímulo para provocar temblor, con el consiguiente aumento en la producción de calor; 2) inhibiendo el proceso de sudoración, si se estaba produciendo y 3) favoreciendo la vasoconstricción cutánea para reducir la transferencia de calor hacia la piel.

✓ **Mecanismos de ganancia de calor**

La producción de calor es consecuencia del metabolismo basal de todas las células del organismo y la tasa extra de metabolismo que es generada por: actividad muscular, estimulación simpática, efecto de hormonas (tiroxina, hormona de crecimiento, testosterona, adrenalina y noradrenalina) y por aumento de la actividad química celular.

La mayor parte del calor producido por el cuerpo se genera en los órganos profundos, especialmente hígado, cerebro, corazón y músculos esqueléticos durante el ejercicio. Si el cuerpo está demasiado frío, el sistema de control de la temperatura instaura exactamente los procedimientos opuestos. Estos son:

1. Vasoconstricción cutánea: Causada por la estimulación de los centros simpáticos de la parte posterior del hipotálamo, disminuyendo la velocidad de transferencia de calor hacia la piel y, como consecuencia, evita la pérdida del mismo.

2. Piloerección: La estimulación del sistema nervioso simpático provoca la contracción de los músculos erectores, ubicados en la base de los folículos pilosos, los cuales ocasionan que estos se levanten. Esto cierra los poros creando una capa densa de aire adosada al cuerpo, evitando la pérdida de calor por convección. Este mecanismo es muy poco eficiente para la conservación de calor en el ser humano, especialmente en el lactante menor.

3. Aumento de la producción de calor: La producción de calor de los sistemas metabólicos aumenta al favorecer: a) el temblor; b) la excitación simpática de producción de calor; y c) la secreción de tiroxina. El mecanismo descrito anteriormente no se presenta en los lactantes menores, debido a la ausencia de temblores por inmadurez fisiológica del mecanismo de termorregulación y que se presenta sólo a partir de los 12 meses de vida.

✓ **Mecanismos de pérdida de calor**

El calor se transfiere desde los órganos y tejidos más profundos hacia la piel por medio del flujo sanguíneo, provocando una transferencia de calor hacia el aire y otros elementos circundantes. Para reducir el calor corporal, el sistema de control de temperatura utiliza tres mecanismos importantes cuando la temperatura del cuerpo se eleva demasiado:

1. **Vasodilatación:** En casi todas las áreas del cuerpo, los vasos sanguíneos de la piel se dilatan intensamente. Esto se origina por la inhibición de los centros simpáticos del hipotálamo posterior que producen la vasoconstricción. Una vasodilatación plena puede aumentar la transferencia de energía a la piel hasta 8 veces.

2. **Sudoración:** Producto del aumento de la temperatura corporal se inicia el mecanismo de sudoración para la pérdida de calor. A pesar de que este mecanismo es efectivo para la pérdida de calor, no se da en los lactantes menores a causa de la inmadurez del sistema endocrino y por ende, sus glándulas sudoríparas no están desarrolladas para la eliminación de líquidos y electrolitos, que reduce la temperatura corporal.

3. **Reducción de la producción de calor:** Los mecanismos que provocan una producción excesiva de calor se reducen considerablemente, tales como el temblor y la termogénesis química.

Los mecanismos externos que participan en la disminución de la temperatura corporal son:

1. Radiación: Pérdida de calor de todo objeto en forma de rayos infrarrojos y en todas las direcciones. El ser humano irradia calor hacia el ambiente, lo que causa aproximadamente un 60% de la pérdida total. Si la temperatura del cuerpo es mayor que la temperatura del entorno, el cuerpo irradiará una mayor cantidad de calor de la que recibe.

2. Conducción: Forma de pérdida de calor que se produce por el contacto directo desde la superficie de un cuerpo hacia otros objetos o medio externo. La conducción de calor desde el cuerpo al aire es autolimitada, salvo que el aire calentado se aleje de la piel y se ponga en contacto de forma continua con aire frío; originando otro mecanismo denominado convección del aire.

3. Convección: Proceso cíclico continuo que consiste en la eliminación de calor corporal, conduciendo la capa de aire caliente que rodea el cuerpo hacia el exterior, alejándose por corrientes y dejando una capa de aire frío en su lugar.

4. Evaporación: Es la eliminación insensible de agua desde la piel y los pulmones, siendo importante como mecanismo de refrigeración para elevadas temperaturas del aire. Es el único medio por el cual puede librarse de calor cuando la temperatura del entorno es mayor a la de la piel, ya que no puede perderse el calor por los mecanismos de radiación y conducción.

✓ Factores que influyen en la Termorregulación del Lactante Menor

Biológicos:

- ✓ **Edad:** El lactante menor se caracteriza por contar con un centro termorregulador inmaduro, por lo que debe adecuar su temperatura al medio en que se encuentra. Al pasar los años este centro madura y ejerce completamente sus funciones de termogénesis y termolisis.
- ✓ **Nutrición:** Los alimentos al ser ingeridos se degradan y, como consecuencia de esto, liberan energía que se manifiesta en forma de calor.
- ✓ **Ciclo Circadiano:** Durante el día las temperaturas son más bajas, en cambio, durante el atardecer y la noche, entre las 20:00 y 22:00 horas, aumenta la temperatura de 1,1 a 1,6° C por la acción acumulada del metabolismo durante el día.
- ✓ **Estimulación:** Provoca el incremento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, y debido a esto, aumenta el gasto metabólico que se traduce en un ascenso de producción de energía y calor.

Ambientales:

- ✓ **Clima:** El grado relativo de humedad y temperatura ambiental influyen en los procesos de pérdida o ganancia de calor. Es uno de los factores más influyentes en la regulación de temperatura e incluye el tipo y estructura de vivienda, características de vestimenta (calidad y cantidad) y exceso de luz solar.

Patológicos:

- ✓ **Trastornos emocionales:** Estrés, llanto e irritabilidad pueden producir un aumento de la temperatura corporal.
- ✓ **Trastornos del sistema nervioso central y neurovegetativo:** Trauma craneal, Hemorragia intracraneal, Disautonomía familiar y Tumores Cerebrales.

- ✓ **Trastornos de hidratación:** Escaso ingreso de agua (Problemas de amamantamiento y fórmulas concentradas) o su pérdida (Síndrome Diarreico Agudo y Diabetes insípida).
- ✓ **Trastornos del metabolismo:** Hipertiroidismo o Hipotiroidismo.
- ✓ **Infecciones:** Virales, Bacterianas y Micóticas.
- ✓ **Injuria tisular:** Quemaduras, Traumatismos e Inyecciones Intramusculares.
- ✓ **Iatrogénico:** Pirógenos en infusiones, Medicamentos (Penicilina, atropina, entre otros), Vacunas y Agentes biológicos.

2.1.6 Rangos Normales de la Temperatura Corporal

En la tabla N°1 se muestran los rangos de temperatura normal esperados para todo lactante menor, según la vía de control de temperatura.

<i>Control</i>	<i>Rangos normales</i>
Axilar	36 ° C – 36,9 ° C
Rectal	36,8 ° C – 37,5°C

Tabla II: Rangos normales de temperatura según vía de control: axilar y rectal. (6)

(6) EQUIPO DOCENTE ENFERMERÍA NIÑO Y ADOLESCENTE. Fiebre, 2007.

2.1.7 Fiebre fobia

En 1980 Schmitt describió el término “*Fiebre fobia*” basándose en el indebido temor de los padres acerca de la fiebre en sus hijos, debido a la existencia del concepto de la fiebre de un modo dual: una respuesta a una enfermedad y, también, como una enfermedad en sí misma. Schmit, mediante su estudio, explica los errores conceptuales de los padres de bajo nivel sociocultural, respecto de lo que entendían de fiebre, las prácticas inadecuadas y de riesgo para disminuirlas. (7)

En 1985 Kramer y sus colegas, confirmaron la presencia de temores exagerados similares entre padres de diversos niveles económicos a través de un estudio efectuado con metodología cualitativa con análisis emicista. Éste consistió en una encuesta a 202 padres, quienes consultaron por motivo de episodios febriles en sus hijos: lactantes mayores de 6 meses a preescolares de 6 años. El objetivo del estudio era identificar los conocimientos, actitudes, temores y tratamiento con los que cuentan los padres sobre la fiebre.

Del estudio anterior son destacables los siguientes resultados: el 53% de los padres considera fiebre cuando la temperatura corporal se encuentra sobre los 38.0°C rectal. El 43% estimó que las temperaturas inferiores a 40°C podrían ser peligrosas para un niño, y el 15% cree que si la fiebre se deja sin tratar, podría aumentar hasta los 42°C o más.

En cuanto al principal tipo de peligro que podría ocurrir a un niño cuya fiebre se deja sin tratamiento, la muerte fue citada por el 11% y las convulsiones febriles o la pérdida de consciencia en un 48%. El 19% de los padres considera que estas peligrosas secuelas podrían ocurrir a temperaturas inferiores a 40°C y el 95% cree que podrían ocurrir a temperaturas inferiores a 42°C. Por lo tanto, como se esperaba, el umbral de temperaturas para determinados tipos de peligro fue en general más alto que lo que se considera realmente peligrosa.

(7) Smith B. Fever Phobia. Misconceptions of parents about fever, 1980.

El estatus socioeconómico alto no se asoció con un grado mayor de conocimiento respecto a la Fiebre fobia. (Repetir referencia)

En 1992 Bauchner y May realizan un estudio a 171 Pediatras, miembros de la Academia Americana de Pediatría que vivían en Massachussets. El estudio abarcó las creencias y prácticas de los pediatras con respecto a la fiebre, para generar hipótesis de cómo estas pueden contribuir a la fobia que sienten los padres y así, determinar cómo y cuándo los padres son educados por los pediatras sobre ella. De este estudio se rescata que: noventa y ocho pediatras (65% de la muestra) creen que la fiebre en sí podría ser peligrosa para un niño, mencionando que una temperatura de 40°C o mayor podría dar lugar a complicaciones como convulsiones, daño cerebral o muerte. Sólo el 38% de estos profesionales educa a las familias acerca de los peligros de la fiebre. El 72% indica antipiréticos para bajar la fiebre cuando esta se encuentra sobre los 38,3°C.

De ésta encuesta se infiere que existe un miedo a la fiebre, el que persiste en el pensamiento colectivo debido al énfasis que le da el equipo de salud, principalmente el médico, lo cual se manifiesta desde la anamnesis hasta las indicaciones incompletas y contundentes; siendo ésta la fuente principal del aumento de ansiedad y angustia en los padres, perpetuando así la *Fiebre fobia*.

La información entregada por el equipo de salud, se limita a explicar riesgos, consecuencias y secuelas de la fiebre, contribuyendo al temor exagerado e infundado respecto a éste signo. Los conocimientos que manejan las familias vienen de fuentes empíricas, por ello es trascendental la *educación*. Actualmente, la fiebre fobia trasciende nacionalidad, nivel cultural, y más importante aún, que está arraigada en la principal fuente de información de los padres, el equipo de salud.

2.1.8 Salud Pública – Epidemiología

La fiebre en el niño es uno de los principales motivos de consultas hospitalarias. Según las estadísticas obtenidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Borja Arriarán de Santiago de Chile, de un total de 7.500 consultas pediátricas mensuales entre enero de 2002 y 2003; un promedio de 2.400 consultas fueron por este motivo, es decir, de 250 consultas diarias un tercio corresponde a esta causa. Lo que concuerda con la literatura internacional según la cual, la fiebre representa casi un tercio de todas las consultas, lo que no es menor, considerando el volumen de controles y exámenes que genera (Figura 2).

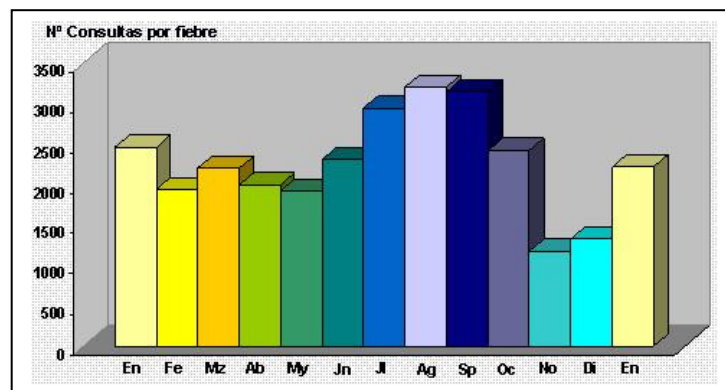


Figura 2. Número de consultas por fiebre, entre enero 2002 y enero 2003, en el Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán. (8)

En una encuesta simple se encontró que la mayor parte de la gente (70%) conocía los rangos de temperatura normal, aunque un porcentaje no despreciable no supo o no contestó; además, un 7% de ellos usaban una combinación de antipiréticos para bajar la temperatura. Cuando se usa un medicamento se debe considerar no sólo su eficacia, sino también la seguridad, teniendo presente que la combinación de antipiréticos aumenta el riesgo de molestias digestivas y de toxicidad, sobre todo si la hidratación no es adecuada o en presencia de otros factores.

(8) MORAGA M., Dr. Francisco. Fiebre, 2007.

Sobre el momento en que los padres usaban antipiréticos se encontró que un 48% de ellos los usaba con temperaturas normales, dos tercios con 38,5°C y con fiebre elevada un 100% (Figura 3).

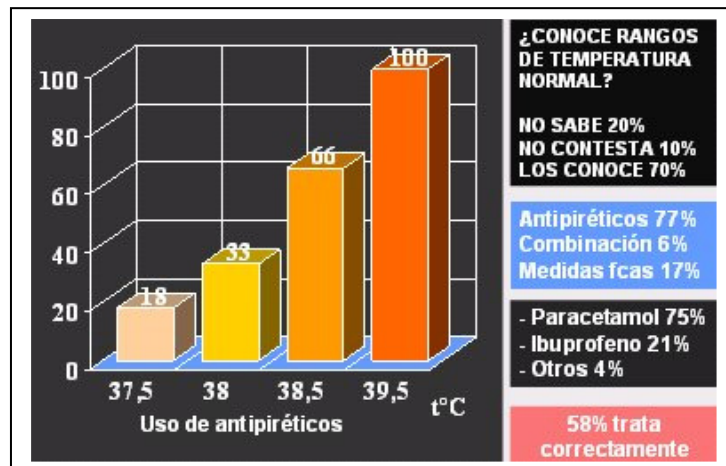


Figura 3: Fiebre fobia: Uso de antipiréticos. (9)

Entre los conocimientos que poseen los padres sobre lo que puede provocar la fiebre se encuentran: daño cerebral (78%), convulsiones (35%), meningitis (26%) y que puede aumentar sobre 43°C (18%).

El problema es que la información respecto a estos conocimientos sobre fiebre se obtuvo del personal de salud en un 30% de los casos. Un porcentaje importante de este personal está dado por los pediatras, aunque un porcentaje significativo corresponde a profesionales de colaboración. Sin embargo, para la mayor parte de las personas, la fuente de información sobre cómo manejar la fiebre, respecto a qué es y qué daño puede provocar, es la propia familia, que muchas veces no es una fuente confiable.

(9) MORAGA M., Dr. Francisco. Fiebre, 2007.

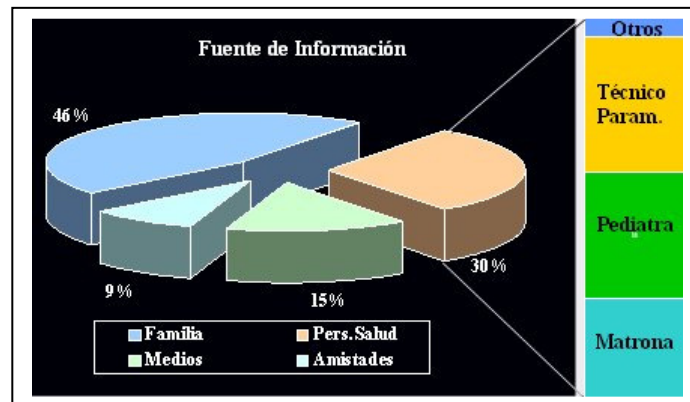


Figura 4: Fuente de información sobre la fiebre. (10)

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. No existe consenso entre los padres, acerca de cuándo se debe considerar a un niño como febril, ni cómo o en qué situaciones tratarlo. En algunas ocasiones, la comprobación de la fiebre en el niño se retrasa debido a la ausencia de un termómetro en el hogar y a la falsa creencia de que con sólo la sensación táctil se le puede detectar. Incluso, los 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.

No existen datos estadísticos en los Servicios de Pediatría donde fueron encuestados los padres de lactantes menores respecto a los motivos de consulta que fundamenten su hospitalización, por ello, es que sólo es pesquisable a través del diagnóstico médico de ingreso en el Hospital Dr. Gustavo Fricke; en donde sí existen registros de los lactantes que presentaron un cuadro febril al momento del ingreso a la unidad, siendo éstos un total de 19 lactantes menores, en los meses de Septiembre y Octubre de 2008.

(10) MORAGA M., Dr. Francisco. Fiebre, 2007.

2.2 Detección de la Fiebre

2.2.1 Fisiopatología de la Fiebre

La fiebre se define como el aumento de la temperatura corporal por encima de los rangos normales, como consecuencia de una alteración del “punto de ajuste hipotalámico” en el centro regulador de la temperatura, en respuesta a diversos estímulos que pueden ser de origen infeccioso o no. La temperatura normal del organismo es de 37°C con variaciones de 0,5° C según el ciclo circadiano por acción del centro termorregulador.

La fiebre es causada por microorganismos con capacidad antigénica, es decir, que son capaces de generar una respuesta inmunitaria. Cuando las bacterias, virus y hongos (pirógenos exógenos) están presentes en los tejidos o en la sangre, son fagocitados por los leucocitos sanguíneos, monocitos, macrófagos tisulares y grandes linfocitos agresores (Killer) granulares.

Todas estas células, a su vez, digieren los productos bacterianos para luego liberar a los líquidos corporales las citocinas pirógenas (interleucina-1, interleucina-6, factor de necrosis tumoral (TNF), interferón (IFN- α) y factor activador plaquetario); de éstos, la interleucina-1 se considera el prototipo de pirógeno endógeno para la producción de fiebre.

El pirógeno endógeno estimula a las células endoteliales que van a producir prostaglandina E2 (derivado del Acido araquidónico vía lipooxigenasa); ésta provoca a nivel periférico mialgias y artralgias y, a nivel hipotalámico la estimulación de las células gliales; que forman el centro de la termorregulación, para la liberación de AMPcíclico, activando las terminaciones neuronales del centro termorregulador que eleva el punto de ajuste hipotalámico.

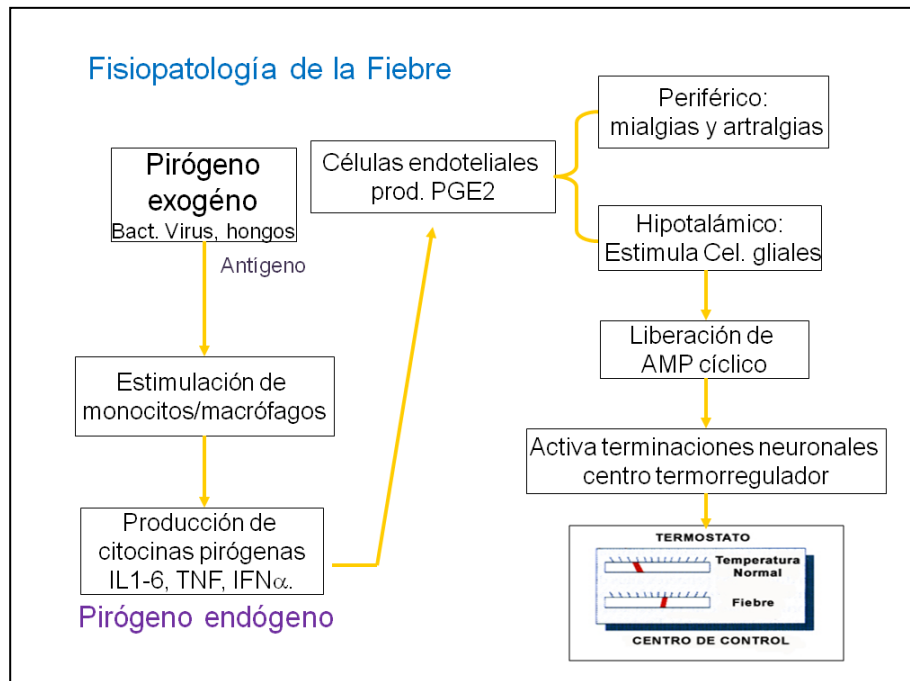


Figura 5: Fisiopatología de la Fiebre. (11)

Fisiológicamente, el aumento de la temperatura corporal vuelve a sus valores normales y una vez que se ha eliminado el microorganismo termolábil se producen sustancias criógenas, es decir, disminuyen la temperatura mediante la inhibición de la acción de PGE2, a través de la producción de: AVP (Arginina vasopresina) y MSH α (Hormona estimulante de los melanocitos), las cuales estimulan mecanismos de termolisis anteriormente mencionados como la vasodilatación, sudoración y disminución de la producción de calor.

Por este motivo, no es aconsejable suprimir la fiebre de golpe, ya que si ésta es eliminada bruscamente, el punto de ajuste hipotalámico se reduce también en forma violenta, provocando una alteración de los procesos fisiológicos establecidos para reducir el aumento de la temperatura corporal.

Según lo expuesto, la fiebre es beneficiosa ante un proceso infeccioso, ya que activa el sistema inmunológico para eliminar los agentes termolábiles. Sin embargo, bajo circunstancias inusuales la fiebre por sí misma no es beneficiosa, debido a que la producción de calor asociada a ésta incrementa el consumo de O₂, producción de CO₂ y gasto cardiaco, pudiendo afectar a lactantes menores que padecen de enfermedad cardiaca, insuficiencia respiratoria e inestabilidad metabólica. Posterior a las convulsiones, si la fiebre sobrepasa los 42° C el riesgo potencial es una lesión cerebral irreversible.

2.2.2 Clasificación de la Fiebre

Todos los niños presentan fiebre alguna vez, y en la mayoría de los casos, vuelven a su estado normal después de unos días. Podemos clasificar la fiebre según los siguientes parámetros:

a) Según su Inicio:

1. **Brusca:** Es el aumento rápido de la temperatura. Presente por ejemplo en neumonías.
2. **Lenta:** Es el aumento lento de la temperatura. Presente por ejemplo en la fiebre tifoidea.

b) Según su Intensidad:

<i>Temperatura</i>	<i>Axilar</i>	<i>Rectal</i>
<i>Febrícula</i>	37,5°C – 38°C	38°C – 38,5°C
<i>Moderada</i>	38°C – 39°C	38,5°C – 39,5°C
<i>Intensa</i>	Mayor a 39°C	Mayor a 39,5°C

Tabla III: Rangos de clasificación de fiebre según intensidad y vía de control: axilar y rectal. (12)

c) Según su Evolución:

1. **Continua o sostenida:** La temperatura se mantiene elevada continuamente y a pesar de tomar antipiréticos, ésta no oscila más de 1°C. Es la que aparece en la fiebre tifoidea, la neumonía neumocócica, tifus exantemáticos, pero no en las infecciones intravasculares.
2. **Intermitente o “en agujas”:** Son grandes oscilaciones diarias donde la temperatura va fluctuando de la fiebre a la normalidad a lo largo del día, en cortos periodos de tiempo. Suele deberse a procesos sépticos por gérmenes piógenos, tuberculosis miliar, linfomas y drogas.

(12) EQUIPO DOCENTE ENFERMERÍA NIÑO Y ADOLESCENTE. Fiebre, 2007.

3. **Remitente:** La temperatura vuelve a la normalidad cada día, pero sin llegar a alcanzarla en forma continua. Se da en muchas enfermedades febriles y sinusitis.
4. **Reincidente, recurrente, periódica u ondulante:** Alternancia de periodos (uno o más días) de fiebre continua con otros de normalidad térmica.

d) Según su Duración:

1. **Efímera o de corta duración:** De horas o pocos días, inferior a las dos semanas.
2. **Prolongada:** Evolución superior a 2 ó 3 semanas con temperaturas superiores a 38,3°C en varias ocasiones.
3. **Persistente:** De semanas o meses, asociados principalmente a 3 causas infecciosas comunes: tuberculosis diseminada, abscesos intrabdominales pirógenos ocultos, y con menor frecuencia la Endocarditis infecciosa.

Las enfermedades infectocontagiosas más comunes que se manifiestan con fiebre en los lactantes son: Síndrome Diarreico Agudo (*Rotavirus*) y Enfermedades Respiratorias como la Neumonía (*S. Pneumoniae* y *H. Influenzae tipo B*). (13, 14)

2.2.3 Signos y Síntomas que pueden acompañar a la fiebre

Suelen acompañar a la fiebre síntomas como: cefalea, deshidratación, escalofríos, ojos llorosos, otalgia, cansancio y somnolencia.

Los signos y síntomas que pueden acompañar a la fiebre y que son motivo de consulta médica urgente son: cefalea, dolor de garganta, molestia a la luz moderada y/o brillante, rigidez del cuello, estado de confusión o desorientación, vómito, diarrea, algia abdominal, disnea, convulsiones, signos de deshidratación, aparición de urticaria inexplicable, otalgia, disuria y artralgia, entre los más destacados.

(13) GONZÁLEZ, Luisa. Infecciones Respiratorias Agudas Infantiles, 2001.

(14) LOBOS, Pamela. Síndrome Diarreico Agudo, 2007.

2.2.4 Convulsiones Febriles ⁽¹⁵⁾

También denominada "*convulsión febril benigna o simple*", se define como convulsiones generalizadas breves, de menos de 15 minutos de duración y son producto de la elevación de la temperatura corporal sobre 40°C. Ocurren entre los 6 meses y 5 años de edad en un niño previamente sano y que se asocia siempre a un alza térmica importante y brusca, debida a cualquier enfermedad que no afecta primariamente el sistema nervioso central. Aparecen siempre en las primeras 24 horas de fiebre, generalmente debido a una infección de las vías respiratorias.

Su etiopatogenia no está clara aún, pero se ha postulado que la herencia ejerce un rol importante, ya que un tercio de los pacientes tiene antecedentes familiares de convulsiones.

Para diagnosticarla debe descartarse como primera manifestación de una infección del sistema nervioso central o el primer episodio de epilepsia. Su frecuencia es de un 22%, y constituyen el 30% de todas las convulsiones en la niñez, mientras que su incidencia en Chile es del 4%. Los factores de riesgo más importantes son: sexo masculino, menor edad de presentación de la primera crisis y mayor duración de la crisis.

Debido a su breve duración, no hay tratamiento para la crisis misma. La indicación de drogas se relaciona con el riesgo de recurrencia, desarrollo de epilepsia y secuelas en futuras crisis.

Se sugiere la mantención del tratamiento si se presenta: inicio de crisis durante el primer año de vida, alteraciones en el examen neurológico y/o del desarrollo psicomotor, crisis prolongada o atípica (focal), antecedentes de convulsiones previas con o sin fiebre y/o afebriles en los padres o hermanos.

Destaca la importancia del tratamiento oportuno en las convulsiones febriles, debido a que si la temperatura corporal supera los 42°C, existe el riesgo potencial de que ocurriese una lesión cerebral irreversible.

(15) LOPEZ, Isabel. Convulsiones Febriles, 2007.

2.3 Manejo de la Fiebre

2.3.1 Técnicas de control de Temperatura (16, 17)

El desarrollo de la tecnología permite hoy acceder a múltiples alternativas que son seguras y precisas para el control de temperatura como los termómetros digitales. Sin embargo, el termómetro de mercurio sigue siendo el más utilizado debido a que arroja resultados más fidedignos en el control de temperatura. Cualquiera sea la modalidad escogida, es necesario saber cómo utilizarlo correctamente para obtener una lectura precisa.

Consideraciones sobre el termómetro de cristal:

1. Antes de utilizarse, la columna de mercurio debe estar por debajo de los 35,5°C y necesita examinarse cuidadosamente para detectar grietas o astillas. Si está roto, no debe ser utilizado.
2. Debe ser lavado siempre con agua fría y desinfectado con alcohol.
3. Al sujetarlo, debe ser por el extremo opuesto al bulbo.
4. Para leerlo, debe colocarse por debajo del nivel de los ojos y girarse hasta que sea visible la columna de mercurio dentro del vidrio.
5. Para bajar la columna de mercurio, debe agitarse con movimientos rápidos de muñeca, siempre sobre una superficie blanda para evitar que se rompa si se cae.
6. Debe lubricarse el bulbo con agua o vaselina para utilizarse por vía rectal.

a) Técnica para medir la Temperatura Axilar en el Lactante:

Ésta técnica es una manera práctica de medir la temperatura, aunque no es tan precisa como la técnica rectal. Consta de los siguientes pasos:

- 1.- Lavado de manos.

(16) EQUIPO DOCENTE ENFERMERÍA NIÑO Y ADOLESCENTE. Pautas de Cotejo, 2007.

(17) UNIVERSITY OF VIRGINIA. El Recién Nacido Normal, 2006.

- 2.- Llevar el termómetro y una tórula seca al velador o superficie plana más cercana a la cama o cuna del niño.
- 3.- Verificar el estado del termómetro (sin grietas ni astillas y que la columna de mercurio esté bajo los 35,5°C).
- 4.- Preparar al niño según su edad y estado general, soltar las ropas superiores y hablar con el niño durante todo el procedimiento para tranquilizarlo.
- 5.- Colocar al niño en posición acostada a modo que se encuentre cómodo y seguro, con su cuerpo volteado hacia la derecha.
- 6.- Secar la axila con tórula de algodón sin frotar.
- 7.- Colocar el termómetro en el hueco axilar vertical y paralelo al cuerpo del niño, o con el extremo distal hacia atrás y adosar el brazo al cuerpo para sujetarlo.
- 8.- Permanecer junto al niño durante todo el procedimiento, manteniendo el termómetro en la posición correcta.
- 9.- Mantener el termómetro durante 5 a 6 minutos, luego leer la temperatura.
- 10.- Dejar al niño cómodo y seguro.
- 11.- Bajar la columna de mercurio, lavar el termómetro con agua fría corriente y jabón, secarlo y guardarlo.
- 12.- Lavado de manos.

b) Técnica para medir la Temperatura Rectal: Consta de los siguientes pasos:

- 1.- Lavado de manos.
- 2.- Llevar el termómetro, una hoja de papel y una tórula con vaselina o humedecida con agua corriente al velador o superficie plana más cercana a la cama o cuna del niño.
- 3.- Verificar el estado del termómetro (sin grietas ni astillas y que la columna de mercurio esté bajo los 35,5°C) y lubricarlo con la tórula con vaselina o humedecida con agua corriente.

- 4.- Preparar al niño según su edad y estado general, retirar las ropas y el pañal colocándolo sobre una superficie plana y firme.
- 5.- Observar la zona anal, no tomar la temperatura si presenta diarrea o lesiones, en tal caso prefiera la zona axilar. Hablarle durante todo el procedimiento para tranquilizarlo.
- 6.- Colocar al niño en posición acostada afirmando las dos extremidades inferiores flectadas sobre el abdomen, exponiendo la zona anal o decúbito lateral. Si el niño presenta deposiciones, debe limpiarse la zona previamente.
- 7.- Introducir el bulbo del termómetro en el ano del niño en forma lenta, al sentir resistencia, no insistir.
- 8.- Sostener el termómetro firme y sin moverlo en forma horizontal durante 1,5 a 3 minutos. Nunca soltarlo.
- 9.- Retirar el termómetro cuidadosamente y leer la temperatura, luego, dejarlo sobre una hoja de papel.
- 10.- Dejar al niño cómodo y seguro.
- 11.- Lavar el termómetro con agua corriente y jabón, limpiar con una tórula de alcohol, bajar la columna de mercurio, secarlo y guardarlo en un lugar seguro.
- 12.- Lavado de manos.

De ambas técnicas se destaca que nunca debe tomarse la temperatura inmediatamente después del baño o si el niño ha estado muy abrigado durante algún tiempo, ya que puede afectar el nivel de la temperatura.

Se recomienda la vía rectal, debido a que la irrigación de su mucosa es más superficial, está más cercana a la temperatura interna y menos expuesta a factores ambientales a diferencia de la vía axilar. Esto permite obtener valores de temperatura corporal más fidedignos y en menor tiempo (18).

(18) MOSQUEDA D., Angélica. Alteración de la Temperatura Corporal, 2006.

2.3.2 Tratamiento de Fiebre

La fiebre debe ser tratada en los siguientes casos:

- 1.- Si produce molestias como irritabilidad u ojos llorosos, independiente de su valor.
- 2.- Antecedentes de convulsiones desencadenadas por fiebre.
- 3.- Cuando ésta supera algún límite, el que arbitrariamente podemos establecer como 38,5°C axilar o 39°C rectal. En toda temperatura superior a 40°C debe tratarse sin duda alguna.
- 4.- En presencia de una enfermedad de base grave o con posible descompensación por la fiebre (anemia, crisis obstructivas, entre otras).

a) Medidas Físicas Antitérmicas ⁽¹⁹⁾

A continuación, se describen los pasos a seguir en la aplicación de las medidas físicas antitérmicas en un lactante menor que presenta fiebre:

1.- Desabrigar:

- ❖ Recontrolar la temperatura a los 15 a 20 minutos.
- ❖ Si no ha descendido pasar a la siguiente medida.

2.- Paños tibios en zona de grandes vasos (ingle, axila, cuello).

- ❖ Recontrolar la temperatura a los 30 minutos.

3.- Si a pesar de las dos medidas previas la temperatura no disminuye de 0,5 a 1° C, se puede dar un baño de inmersión o ducha con agua tibia (1 ó 2 grados menos que la temperatura corporal) por 5 a 8 minutos.

- ❖ Recontrolar la temperatura a los 15 minutos.
- ❖ Si no ha disminuido, repetir el baño por una vez.

4.- Si en cualquier momento la temperatura aumenta a 38,5°C, se debe administrar antipirético, dosis según indicación médica.

- ❖ Recontrolar la temperatura a los 30 minutos.

5.- Si la temperatura no desciende o aumenta, solicite evaluación médico urgente.

(19) EQUIPO DOCENTE ENFERMERÍA NIÑO Y ADOLESCENTE. Fiebre, 2007.

b) Tratamiento Farmacológico: Antipiréticos (20)

El tratamiento farmacológico usado en lactantes menores para tratar la fiebre es bastante diverso, sobre todo en lo referente a sus presentaciones comerciales. Es por este motivo, que a continuación destacamos los más utilizados por los padres en sus casas, siempre recordando que los medicamentos deben ser prescritos por un Profesional competente antes de ser utilizados.

Paracetamol (Acetaminógeno):

- ✓ **Acción Terapéutica:** Antipirético y Analgésico.
- ✓ **Dosis pediátrica:** En niños mayores de 3 meses: 40 mg cada 4 a 6 horas, niños de 4 a 11 meses: 80 mg cada 4 a 6 horas.

Diclofenaco Sódico:

- ✓ **Acción Terapéutica:** Antipirético, Analgésico y Antiinflamatorio.
- ✓ **Dosis pediátrica:** 1-3 mg/kg/día rectal, cada 8-12 horas.

Ibuprofeno:

- ✓ **Acción Terapéutica:** Antipirético, Analgésico y Antiinflamatorio.
- ✓ **Dosis pediátrica:** La dosis debe ajustarse de acuerdo con la temperatura inicial y el peso corporal. La dosis debe repetirse cada 6 a 8 horas de acuerdo con la respuesta clínica. Dosis máxima diaria recomendada: 40 mg/kg peso.

Dipirona (Metamizol sódico):

- ✓ **Acción Terapéutica:** Antipirético, Analgésico y Antiinflamatorio.
- ✓ **Dosis pediátrica:** 25 mg/kg/dosis. Rectal cada 8-12 horas.

c) Lo que todo padre debe saber de la Fiebre: (21)

1.- Es sólo un signo y no necesariamente implica enfermedad de cuidado. El manejo de la fiebre es complementario a la causa que la produce. El tratamiento farmacológico es sólo sintomático y no mejora el origen de ésta.

2.- La fiebre leve resulta en general “beneficiosa”, debido a que la elevación de temperatura tiene un efecto directo ya que: inhibe la replicación viral dentro de las células infectadas, causando ruptura de lisosomas y autodestrucción de las células; disminuye los niveles séricos de iones metálicos (hierro, zinc y cobre) necesarios para la replicación bacteriana; facilita la respuesta inmune (aumenta migración de neutrófilos y producción de interferón); refuerza la fagocitosis y aumenta la producción de interferón viral; y potencia la acción de los antibióticos.

3.- No se debe suprimir la fiebre de golpe, excepto en lactantes menores con antecedentes de convulsiones febriles o gran compromiso del estado general.

4.- Las medidas físicas antitérmicas son siempre la primera acción a utilizar y el manejo farmacológico, una medida complementaria de éstas para no alterar el mecanismo de termorregulación.

5.- Se debe evitar en el lactante el baño en agua helada o la aplicación de hielo, ya que no sólo resulta en una desagradable sensación, sino que además, puede ocasionar efectos graves en la presión arterial, estado de conciencia, entre otros. El baño de agua fría provoca un efecto rebote, ya que los receptores periféricos envían señales al hipotálamo respecto a la disminución de temperatura superficial, estimulando los mecanismos de ganancia de calor, lo que conlleva al aumento de la temperatura central y corporal.

6.- Los antipiréticos bajan la temperatura en dos o tres grados en promedio y no necesariamente llevan la temperatura a un rango normal.

7.- Se debe evitar la aplicación de alcohol frotado en el cuerpo, ya que representa un peligro de absorción masiva a través de la piel, lo cual puede causar intoxicación y descenso brusco de la glucosa en sangre (hipoglucemia).

(21) JENSEN, S. Fiebre: Lo que necesita saber, 2003.

2.4 Rol del Profesional de Enfermería

A lo largo de la historia, el quehacer de Enfermería ha ido evolucionando con nuevos acontecimientos y descubrimientos, los cuales han provocado diversos cambios en la disciplina y ciencia de nuestra profesión. Por lo anterior, es muy importante que los Enfermeros (as) comprendan y se adapten a dichos cambios para poder satisfacer las necesidades de la población y así, contribuir a mejorar la calidad de vida de ésta.

Florence Nightingale afirmaba que la profesión de Enfermería, requiere conocimientos distintos a los de otros profesionales, por ello, utiliza un enfoque holístico para lograr integrar el modelo de cuidados en la atención usuaria, abarcando no sólo el área asistencial, sino también, las áreas de administración, investigación y educación. En esta última, el Profesional de Enfermería juega un papel muy importante, tanto en su equipo de salud como en los pacientes y familias, en aquellas situaciones que lo requieran.

La práctica de Enfermería está definida por teorías y modelos, como lo es el de Virginia Henderson quien afirma que “salud es la capacidad del individuo para desarrollar de manera independiente todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas sus necesidades básicas, pero que existen factores que pueden influir en ello, como lo son la falta de capacidad o conocimientos”. (22)

Es así como, en la satisfacción de la necesidad de mantener la temperatura corporal, el Profesional de Enfermería no debe dar por entendido el correcto manejo y control de la temperatura en lactantes por parte de sus padres, ya que muchas veces es realizado de manera incorrecta debido a que no cuentan con los conocimientos suficientes para hacerlo.

(22) DUEÑAS F., José R. Enfermeras Teóricas, 2001.

Además, debe tener una visión global de todos los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad, para lo cual debe efectuar una completa valoración iniciada por una anamnesis a los padres de los lactantes, para pesquisar sus sentimientos respecto a la fiebre, conocimientos que tienen en relación al manejo de ésta, medios utilizados para combatirla, cómo realizan la técnica de control de temperatura y la sintomatología que acompaña a la fiebre en sus hijos, así como también cuáles y cómo son las condiciones del entorno en el cual se encuentra el lactante.

En el examen físico se debe evaluar el estado general del niño, realizar el control de signos vitales con énfasis en la toma de temperatura y evaluar características de la piel, considerando: color, temperatura y turgor de ésta. Además, se debe evaluar el nivel de conciencia e irritabilidad, buscar signos de deshidratación y observar las características de la orina del lactante.

Dentro de las intervenciones de Enfermería, según lo valorado en cada familia frente a las alzas térmicas, tenemos: disminuir la temperatura aplicando las medidas físicas antitérmicas que consisten en desabrigar al paciente como primera medida. Luego, aplicar paños tibios en zonas de grandes vasos como axila e ingle. Finalmente, realizar baño de inmersión en agua tibia si la fiebre no cede y administrar antipiréticos según indicación médica, además de aumentar el aporte de líquidos al niño a través de la lactancia materna y/o suplementos, manteniendo en lo posible la temperatura ambiental en 20°C.

Otro de los ejes del quehacer Profesional, en el que se debe dar énfasis, es en la educación tanto del equipo de salud como de los padres. Es importante disminuir la ansiedad y angustia que la fiebre genera en los padres de los lactantes, a raíz de la “fiebre fobia” que aún persiste en toda la población, ya sea a nivel de trabajadores de servicios de salud o padres de lactantes.

Es importante tranquilizarlos, brindándoles información clara y concisa acerca de lo que es la fiebre en sí; que ésta por sí sola no es una amenaza para la vida de los niños y también, sobre las medidas que se deben tomar para tratarla de manera menos agresiva.

El Profesional de Enfermería luego de haber valorado las creencias y conocimientos que tienen los padres de los lactantes respecto a la fiebre, podría efectuar una sesión educativa que incluiría desde una demostración de la correcta toma de temperatura, los valores normales y los que se consideran fiebre en el lactante según la vía utilizada para medirla. Así, también podrá enseñar las medidas físicas antitérmicas con su correspondiente explicación fisiológica, de manera que los padres de los niños comprendan el por qué no se debe administrar antipiréticos inmediatamente después de constatar fiebre.

Cabe destacar la importancia de extremar las precauciones en los niños, ancianos, personas desorientadas o aquellas que cursen cuadros convulsivos, en las cuales los pasos a seguir obviamente serán distintos.

Por todo lo anteriormente mencionado, es muy importante que el Profesional de Enfermería estimule el ejercicio del rol educativo durante todo el proceso asistencial, de modo que las personas alcancen la autonomía necesaria para ejercer el cuidado de su salud, que en este caso corresponde a la satisfacción de la necesidad de temperatura corporal en los lactantes menores.

2.5 Objetivos Generales

- ✓ Valorar los conocimientos que tienen los padres de lactantes menores hospitalizados, en relación a la detección y manejo de la fiebre.
- ✓ Describir las características sociodemográficas de los padres y lactantes menores del estudio.

2.6 Objetivos Específicos

- 1.1 Identificar los conocimientos que tienen los padres sobre los rangos normales de temperatura corporal en lactantes menores del estudio.
- 1.2 Identificar los conocimientos que tienen los padres sobre los signos y síntomas asociados a la fiebre en los lactantes menores.
- 1.3 Describir la técnica de control de temperatura que realizan los padres del estudio en lactantes menores.
- 1.4 Reconocer las medidas antitérmicas: físicas y farmacológicas, que utilizan los padres para el control de la fiebre en los lactantes menores.
- 1.5 Identificar las fuentes de información de los padres sobre la detección y manejo de la fiebre en lactantes menores.
- 2.1 Identificar las características en relación a la edad y sexo de los padres del estudio.
- 2.2 Identificar las características en relación al estado civil y nivel educacional de los padres del estudio.
- 2.3 Identificar las características en relación a sexo y edad en lactantes menores del estudio.
- 2.4 Identificar el porcentaje de lactantes menores que presentan fiebre al momento de consultar al centro de salud.

2.7 Operacionalización de Variables

Tabla IV: *Conocimientos que tienen los padres sobre detección y manejo de la fiebre.*

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub-dimensión	Indicadores
Conocimientos que tienen los padres sobre detección y manejo de la fiebre.	Capacidad que tienen los padres para pesquisar la presencia de fiebre en los lactantes menores y las acciones que realizan éstos para controlar la fiebre, tales como: medidas físicas antitérmicas, tratamiento farmacológico.	<i>Detección de la fiebre.</i>	Información general sobre la fiebre en el lactante.	<ul style="list-style-type: none"> - Rangos normales de T° corporal. - Complicaciones asociadas a la fiebre. - Signos y Síntomas que se asocian a la presencia de fiebre.
			Fuente de información.	<ul style="list-style-type: none"> - Personal Equipo de Salud: Médico, Enfermera, Técnico Paramédico. - Familiar del cuidador. - Autodidacta.
		Método de control de T° en el lactante menor.	<ul style="list-style-type: none"> - Rectal - Axilar 	
		<i>Manejo de la fiebre.</i>	Medidas usadas para el tratamiento de la fiebre: <ul style="list-style-type: none"> - Medidas Físicas Antitérmicas. - Tratamiento farmacológico. 	

Tabla V: Características sociodemográficas de los padres del estudio.

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub-dimensión	Indicadores
Características sociodemográficas de los padres del estudio.	Se consideran como características sociodemográficas: sexo, edad, estado civil y nivel educacional.	<i>Sexo.</i>		Femenino. Masculino.
		<i>Edad.</i>	Adolescente: 13 - 18 años. Adulto joven: 19 - 34 años. Adulto intermedio: 35 – 64 años. Adulto mayor: 65 años y más.	Número de años cumplidos al momento de la encuesta.
		<i>Estado Civil.</i>		Soltera (o). Casada (o). Separada (o). Divorciada (o). Viuda (o).
		<i>Nivel Educacional</i> considerado como: Años cursados en el sistema tradicional de educación al momento de la encuesta.	Básica Media Técnica Universitaria	1° a 8° básico. 1° a 4° medio. Título en liceo técnico-profesional, Educación en Instituto Profesional Educación superior (Años de estudio según carrera).

Tabla VI: *Características fisiológicas y causa de ingreso de los lactantes menores.*

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores
Características fisiológicas y causa de ingreso de los lactantes menores.	Dentro de las características fisiológicas se consideran: sexo y edad.	<i>Sexo.</i>	Femenino. Masculino.
		<i>Edad.</i>	Número de meses cumplidos del lactante menor al momento de la encuesta.
	Motivo de consulta.		Con o sin presencia de Fiebre al momento de consultar al centro de salud.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Organización del trabajo en grupo

El grupo de Seminario Tesis se constituyó el día 26 de Septiembre de 2007, siendo conformado por 7 alumnos de cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, quienes eligieron el tema a estudiar en conjunto con la docente guía, profesora Kareen Berger Vila, perteneciente al Departamento de Enfermería del Niño y Adolescente.

Se realizaron reuniones formales los días miércoles desde las 14:30 a 16:00 e informales según necesidad, de acuerdo al avance de la investigación y disponibilidad de tiempo de los integrantes del grupo.

Para ejecutar el trabajo en forma coordinada y eficaz, se distribuyeron los cargos de los tesistas de la siguiente manera: Presidenta, Katherine Vergara Munizaga; Secretaria, Nancy Díaz Pulgar; Tesorera, de Denisse Vignolo Salazar; Relacionadores Públicos: Cristian López González y Denisse Catalán Guevara; a cargo de las Referencias Bibliográficas: Brenda Flores Olivares y Carla Márquez Navarrete. Todo el grupo se mantuvo fijo en sus roles con el fin de permitir un correcto orden en el desarrollo de la investigación.

3.2 Tipo de Estudio

3.2.1 Tipo diseño de Investigación

El diseño de investigación es de tipo Descriptivo, Transversal y Cuantitativo, el cual estudia el conocimiento sobre detección y manejo de la fiebre que tienen los padres (según términos definidos para estudio: padres biológicos o cuidadores), de Lactantes menores hospitalizados.

✓ **Población en estudio:** Padres de los Lactantes menores hospitalizados en los Servicios de Pediatría, Unidad de Lactantes, de los Hospitales: Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué de la V Región en el periodo comprendido entre el jueves 25 de Septiembre y martes 21 de Octubre del año 2008.

✓ **Universo:** Todos los padres (437) de Lactantes menores hospitalizados en los Servicios de Pediatría, Unidad de Lactantes de los Hospitales: Carlos Van Buren (HCVB), Dr. Gustavo Fricke (HGF) y Hospital de Quilpué (HQ) de la V región, durante los meses de Septiembre y Octubre, quienes fueron encuestados por los alumnos tesisistas de cuarto año.

3.2.2 Diseño Muestral

✓ **Muestra:** 58 padres encuestados en los Servicios de Pediatría, Unidad de Lactantes de los Hospitales: Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué de la V región, siendo la muestra obtenida por Conglomerado y Conveniencia (debido a disponibilidad de tiempo de los tesisistas), representando al 13,27% del universo. La muestra se determinó de acuerdo a la presencia y disponibilidad de padres de lactantes menores en los hospitales anteriormente mencionados al momento de las encuestas, en el periodo comprendido entre el jueves 25 de Septiembre y martes 21 de Octubre del año 2008.

<i>Hospital/ Numero de Lactantes Menores de 1 año</i>	<i>Septiembre</i>	<i>Octubre</i>	<i>Total</i>
<i>Hospital Carlos Van Buren</i>	<i>59</i>	<i>80</i>	<i>139</i>
<i>Hospital Dr. Gustavo Fricke</i>	<i>62</i>	<i>50</i>	<i>112</i>
<i>Hospital de Quilpué</i>	<i>88</i>	<i>98</i>	<i>186</i>
<i>Sub Total</i>	<i>209</i>	<i>228</i>	<i>437</i>

Tabla VII: Número de Lactantes Ingresados a Servicios de Pediatría durante los meses de Septiembre y Octubre de 2008.

✓ **Unidad de análisis:** Cada uno de los padres presentes en los servicios de pediatría al momento de la encuesta (58), escogidos por Conveniencia los cuales acceden a participar en el estudio y firman consentimiento informado (Anexo 5). Se anexa gráfico de distribución porcentual de padres de unidad de análisis según presencia en los Servicios de Pediatría (Anexo 6).

3.3 Métodos de recolección de datos

Con el fin de recolectar los datos necesarios y medir las variables del estudio, se adaptó a la realidad nacional una encuesta, basada en la aplicada en U.S.A., según el estudio de Fiebre de Krammer y Smith (8) y se utilizó la Pauta de Cotejo de control de temperatura axilar y rectal en lactantes, aprobada en la Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, que fue modificada para aplicación en la muestra por los alumnos tesistas de cuarto año de la carrera de Enfermería. Los objetivos de los instrumentos fueron los siguientes:

- ✓ Obtener datos de información general que poseen los padres sobre la fiebre en base a las variables de nuestro estudio.
- ✓ Obtener datos acerca del método de control de temperatura utilizado por los padres de lactantes menores en base a las variables de nuestro estudio.
- ✓ Obtener antecedentes sobre las medidas usadas por los padres para el tratamiento de la fiebre en base a las variables de nuestro estudio.

3.3.1 Elección de hospitales para prueba y aplicación de instrumento

Se realizó un sorteo al azar, mediante el uso de papeles que llevaban escritos los nombres de los 4 hospitales propuestos por el grupo de tesis: Dr. Gustavo Fricke, Hospital Carlos Van Buren, Hospital de Quilpué y Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar. Se solicitó a 3 integrantes del grupo, que de forma voluntaria tomaran un papel, y por ende, el que quedase sin abrir, se utilizaría como el lugar de prueba del instrumento, siendo éste el Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar.

Se aplicó la encuesta en los tres hospitales restantes: Carlos Van Buren, Hospital Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué.

3.4 Aplicación de Instrumento

3.4.1. Elaboración y descripción de los instrumentos

Los instrumentos se componen de dos partes:

- a) La primera consiste en una Encuesta Autoaplicable, que consta de 7 preguntas de información general del encuestado y lactante menor hospitalizado; además de 9 preguntas (7 de alternativas y 2 abiertas) donde se valoran los conocimientos de los padres sobre manejo y detección de la fiebre.
- b) La segunda consiste en una de Pauta de Cotejo para observación estructurada, que fue aplicada por los alumnos tesistas de cuarto año de la carrera de Enfermería, a los padres de lactantes menores hospitalizados en los servicios de lactancia de los Hospitales: Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué, con el fin de observar el método de control de temperatura axilar y rectal.

3.4.2. Instructivo de aplicación:

- a) En la encuesta autoaplicable se considera como respuesta una línea horizontal sobre la alternativa que los padres consideren correcta, y en las preguntas abiertas, se dejará a criterio del encuestado su respuesta sobre la línea.
- b) En pauta cotejo de observación se designó con una cruz en SÍ o NO cuando la conducta esperada del ítem observado sea o no realizada por los padres.

3.4.3 Consentimiento Informado: Realizado (Anexo 6).

3.4.4 Carta Petición a Servicios de los Hospitales: Realizado (Anexo 5).

3.4.5 Elaboración de Tríptico Educativo: *“Fiebre en el Lactante Menor, lo que usted debe saber acerca de la Fiebre”*. Se confeccionó en base a la necesidad que presentaron los padres acerca de ser educados e informados y fue entregado al momento de finalizar la aplicación de la encuesta (Anexo 9).

3.5 Prueba de Confiabilidad de Encuesta Autoaplicada: **Conocimientos de los padres sobre detección y manejo de la fiebre**

Se realizó la prueba de Encuesta Autoaplicada y Pauta Cotejo de control de temperatura axilar y rectal, en el Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar, en el periodo comprendido entre jueves 28 de Agosto a jueves 11 de Septiembre de 2008, con un total de 10 encuestas realizadas en el servicio de Pediatría de dicho Hospital. Las encuestas no fueron incluidas en la muestra definitiva.

Los objetivos de la prueba de los instrumentos fueron:

- ✓ Identificar preguntas que presentaran dificultades en la comprensión por parte de los padres encuestados.
- ✓ Determinar el tiempo promedio para la aplicación de los instrumentos.
- ✓ Identificar preguntas o aspectos de los instrumentos que debiesen ser modificados u omitidos.
- ✓ Pesquisar limitantes al momento de la toma de temperatura en lactantes menores.

La prueba permitió:

- ✓ Realizar modificaciones a aquellas preguntas que presentaban dificultades en la comprensión por parte de los padres.
- ✓ Pesquisar la necesidad de contar con un ambiente estático y dinámico, cómodo y favorable para la aplicación de ambos instrumentos a los padres.
- ✓ Distribuir el tiempo de aplicación de encuesta al lograr determinar el tiempo promedio necesario para aplicar ambos instrumentos.

3.6 Criterios utilizados

3.6.1 Criterios para aplicación de instrumento:

- ✓ **Criterios de Inclusión:** Se incluye en el estudio a toda persona que se encuentre al cuidado de un lactante menor hospitalizado al momento de la encuesta durante Agosto y Septiembre de 2008.
- ✓ **Criterios de Exclusión:** Se excluye de este estudio a toda persona analfabeta, no vidente y/o con sordera total.

3.6.2 Criterios de análisis y evaluación de la información: Realizado (Anexo 7).

3.6.3 Programas utilizados:

- ✓ **Programa de análisis de datos:** Microsoft Office Word 2005-2007 y Microsoft Office Excel 2007.
- ✓ **Vaciamiento de los datos:** Para la tabulación de los datos obtenidos en la aplicación del instrumento se utilizó Microsoft Office Excel 2007.

3.7 Organización del trabajo en terreno

Previo a la aplicación de encuestas, se gestionó la autorización en los respectivos Hospitales de la V región, con el fin de seguir el conducto regular. Luego de contar con la aprobación de los servicios públicos y previo sorteo de selección aleatoria del lugar para la aplicación de la prueba del instrumento, se procedió a distribuir a los alumnos tesistas en tres grupos, uno para cada servicio de pediatría, quedando de la siguiente forma:

- ✓ Hospital Carlos Van Buren: Denisse Vignolo, Brenda Flores y Cristian López.
- ✓ Hospital Dr. Gustavo Fricke: Carla Márquez y Denisse Catalán.
- ✓ Hospital de Quilpué: Nancy Díaz y Katherine Vergara.

La aplicación de encuestas fue efectuada en el periodo comprendido entre el jueves 25 de Septiembre al martes 21 de Octubre del 2008. Asistiendo los días jueves y viernes de cada semana, desde las 13:00 a 15:30 horas durante 5 semanas.

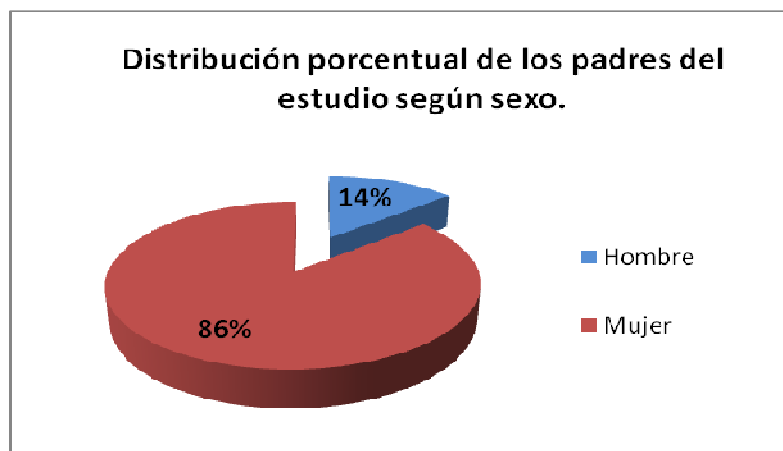
CAPÍTULO 4: RESULTADOS. PRESENTACIÓN EN GRÁFICOS

Primera Parte: Antecedentes de la muestra

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del Instrumento a los padres (según términos definidos para estudio: padres biológicos o cuidadores) de lactantes menores hospitalizados en los Servicios de Pediatría de los Hospitales: Carlos Van Buren (HCVB), Dr. Gustavo Fricke (HGF) y Hospital de Quilpué (HQ).

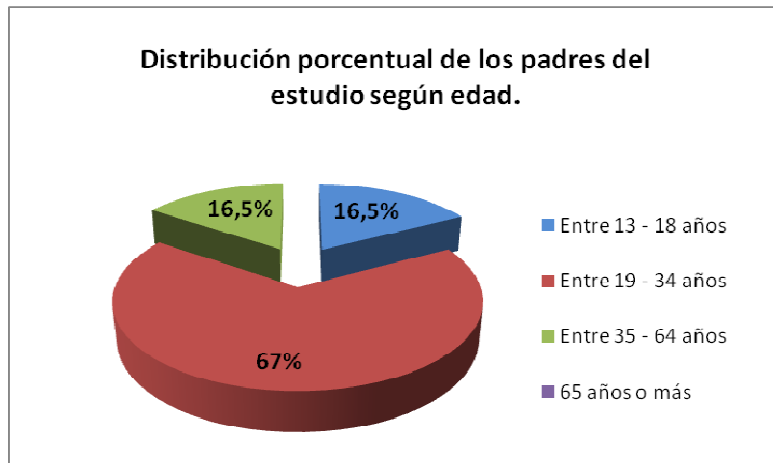
✓ Datos Generales: Padres

Gráfico N°1:



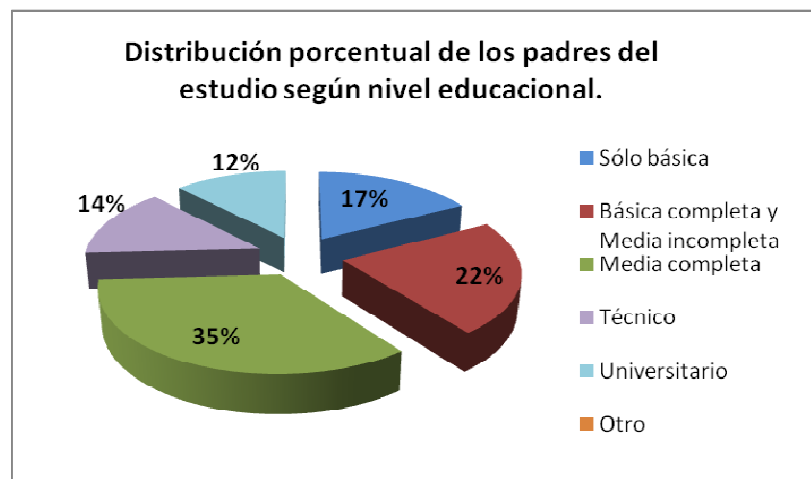
En la muestra predominan los padres de sexo femenino con un 86%.

Gráfico N°2:



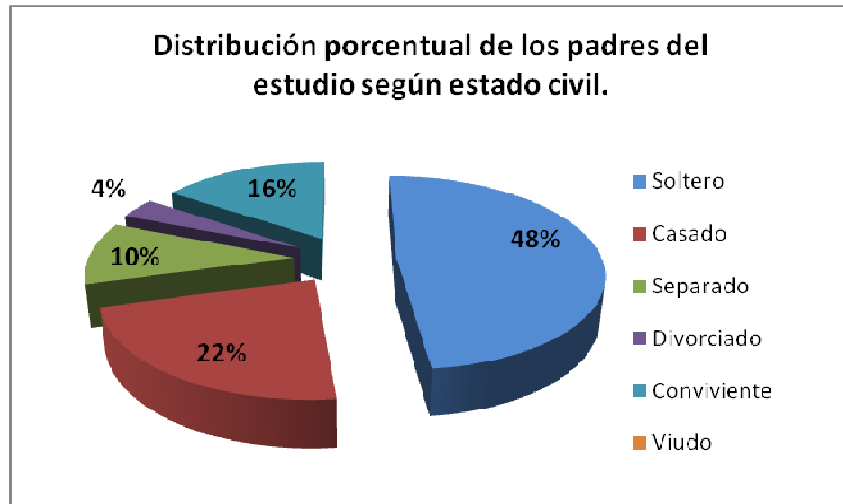
Se observa predominio de padres (67%) adultos jóvenes, cuya edad se encuentra entre 19 a 34 años. En relación al rango etáreo adolescente y adulto intermedio, no se observan mayores diferencias, obteniendo un promedio de 16,5% respectivamente, representando un tercio de la muestra total.

Gráfico N°3:



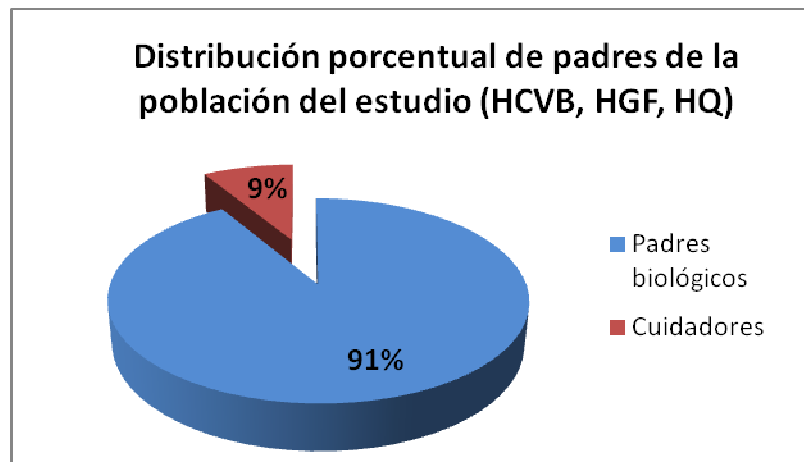
Se observa un mayor porcentaje de padres con instrucción de enseñanza media completa correspondiendo a un 35%. Se destaca también que el 26% tiene nivel de instrucción técnica y/o universitaria.

Gráfico N°4:



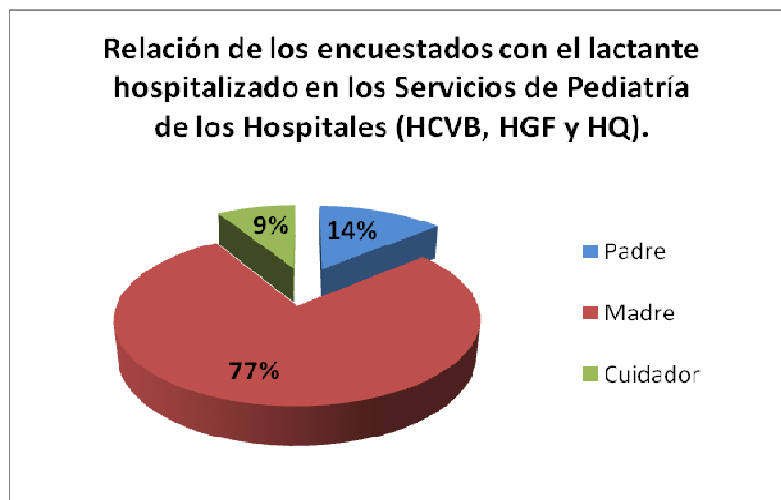
Se observa que la mayoría de los padres encuestados tiene estado civil soltero (48%).

Gráfico N°5:



De la población total de padres encuestados, el 91% representa a padres biológicos y el 9% restante a cuidadores.

Gráfico N°6:

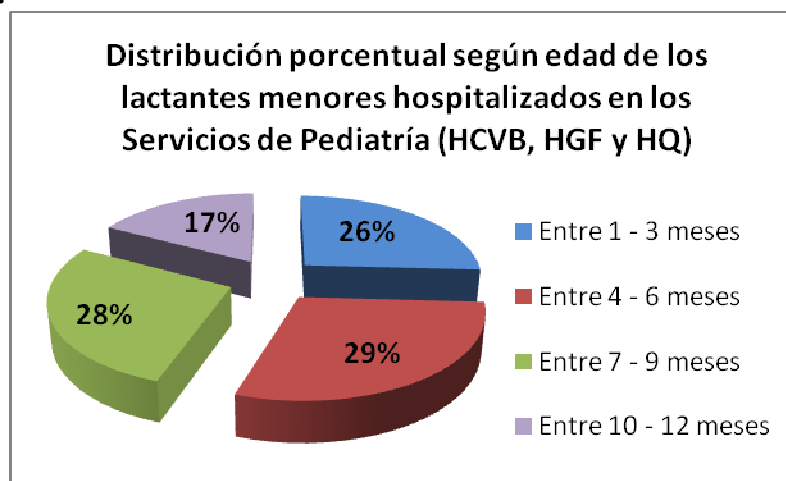


En la muestra existe un predominio de figura materna, con un 77%. Quedando en menor porcentaje, el padre y cuidadores con un 23% del total.

Del porcentaje de cuidadores (9%), el 40% son abuelas, 40% tías y 20% hermanas de los lactantes menores.

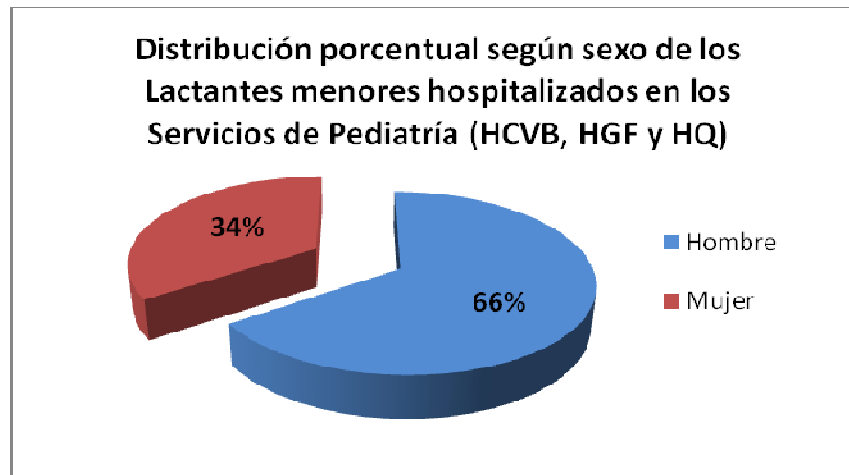
✓ **Datos Generales: Lactantes**

Gráfico N°7:



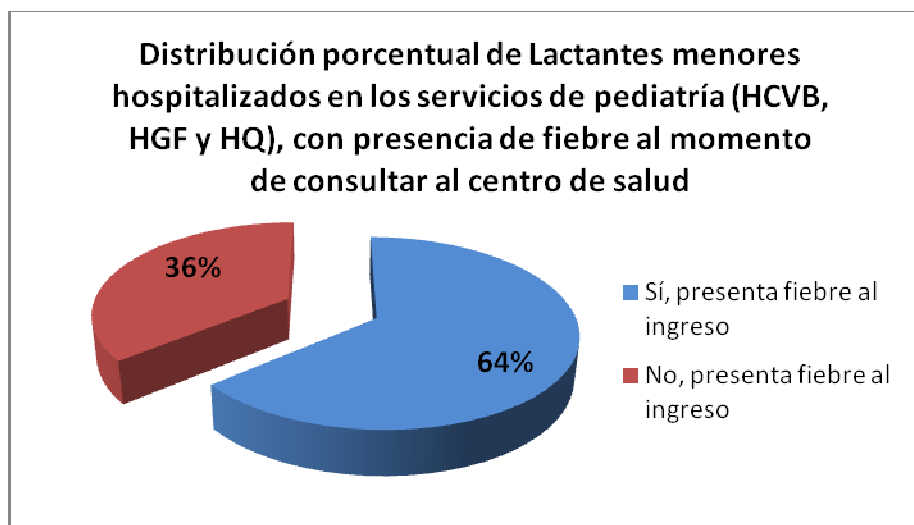
Los lactantes se distribuyen en grupos de porcentajes similares desde el primer mes a los 9 meses (26% - 29% y 28% respectivamente).

Gráfico N°8:



Existe predominio de lactantes menores del sexo masculino con un 66%.

Gráfico N°9:

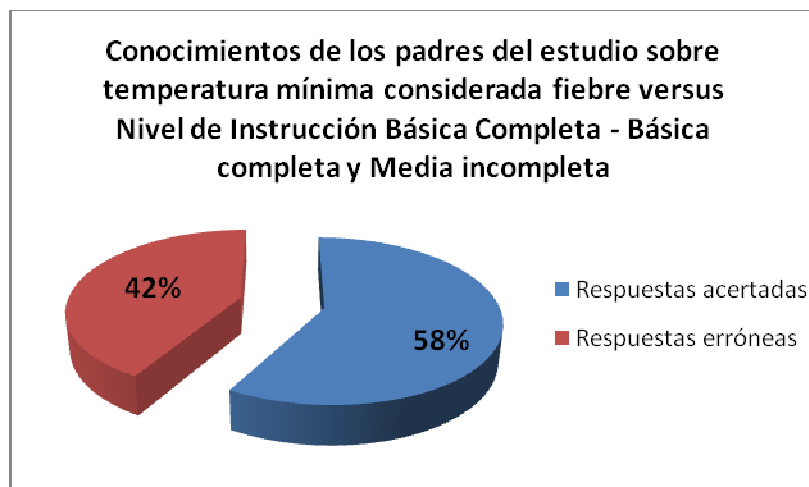


Se destaca que alrededor de 2/3 de la muestra (66%), ingresó por fiebre a los servicios de pediatría de los hospitales en estudio.

Segunda Parte: Análisis descriptivo de la muestra en relación con el conocimiento de los padres sobre la detección y manejo de la fiebre.

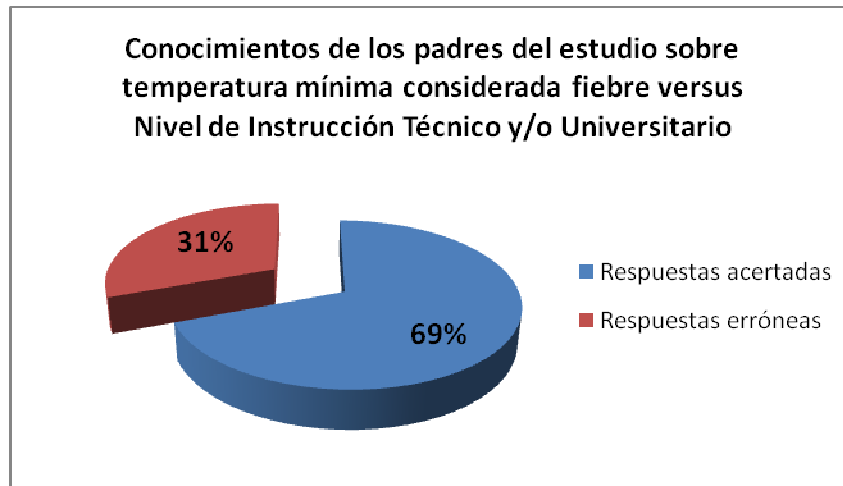
A continuación, se presentan los resultados obtenidos en relación al conocimiento que tienen sobre detección y manejo de la fiebre a padres del estudio.

Gráfico N°10:



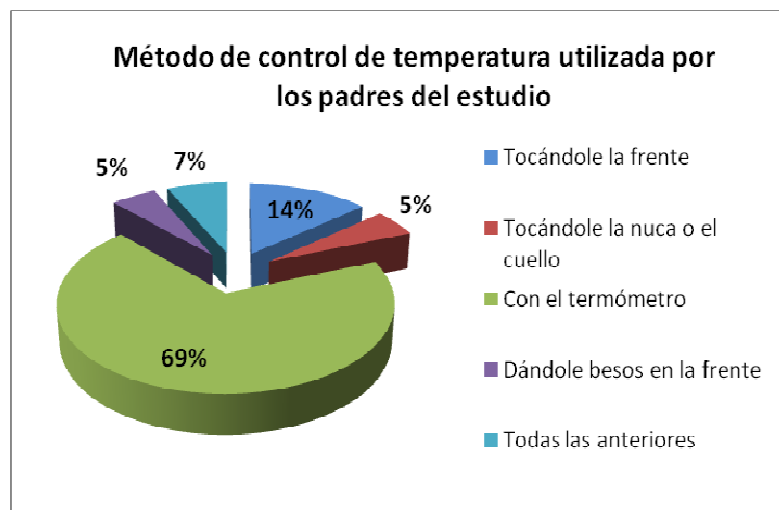
El 58% de padres con enseñanza básica completa – básica completa y media incompleta responde acertadamente sobre el rango de temperatura mínima considerada fiebre.

Gráfico N°11:



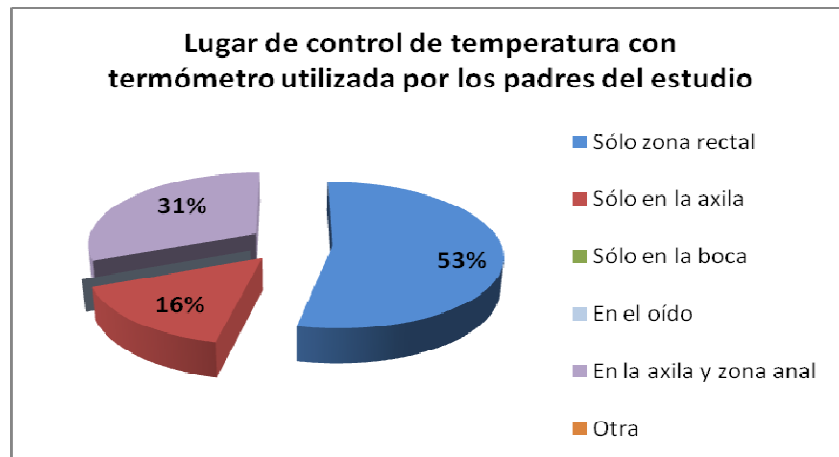
El 69% de padres con nivel de instrucción técnico y/o universitario responden acertadamente sobre el rango de temperatura mínima considerada fiebre.

Gráfico N°12:



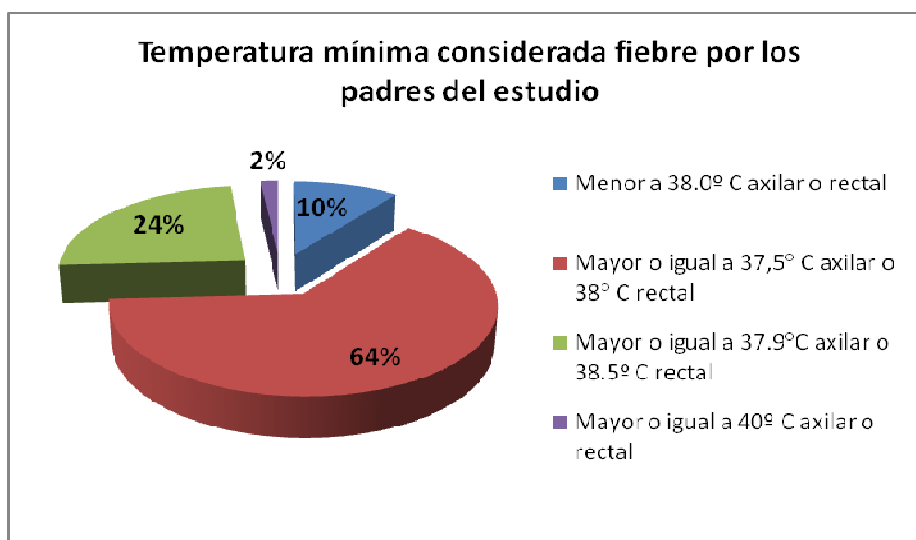
La mayor parte de los padres encuestados (69%), considera que el mejor método para controlar la temperatura en los lactantes, es mediante el uso del termómetro. Seguido de un 14% que opta por tocar la frente para medir la temperatura.

Gráfico N°13:



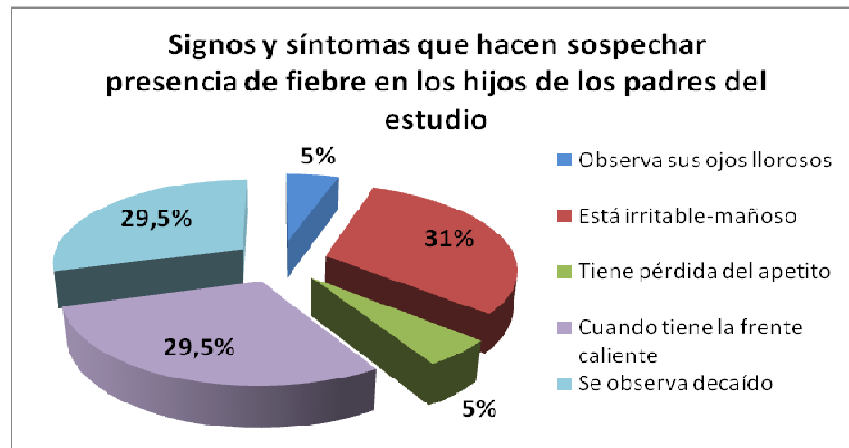
Más del 50% de la población en estudio considera que el lugar para controlar la temperatura con el termómetro en los lactantes menores es sólo en la zona rectal; un 16% lo hace en forma axilar y el 31% utiliza ambos lugares.

Gráfico N°14:



La mayor parte de los encuestados (64%) cree que la temperatura mínima considerada fiebre es mayor o igual a 37,5° C axilar o 38° C rectal.

Gráfico N°15:



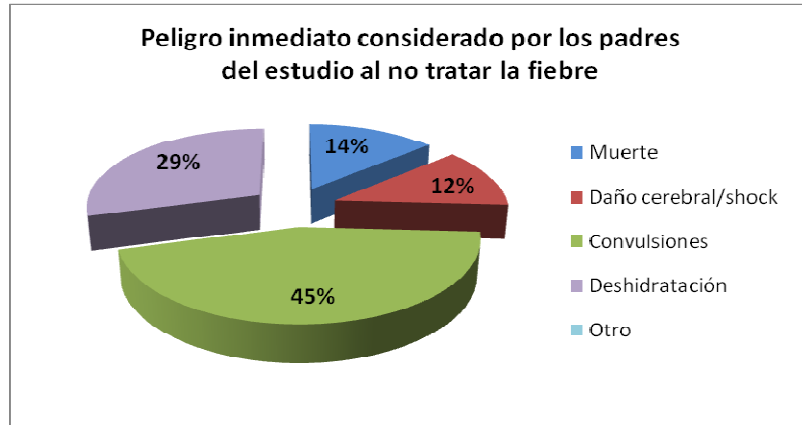
Se observa que los padres consideran con porcentajes similares, el hecho de que los lactantes menores con fiebre presenten ojos llorosos, tengan la frente caliente o estén irritables y mañosos, con un 29,5% - 29,5% y 31% respectivamente.

Gráfico N°16:



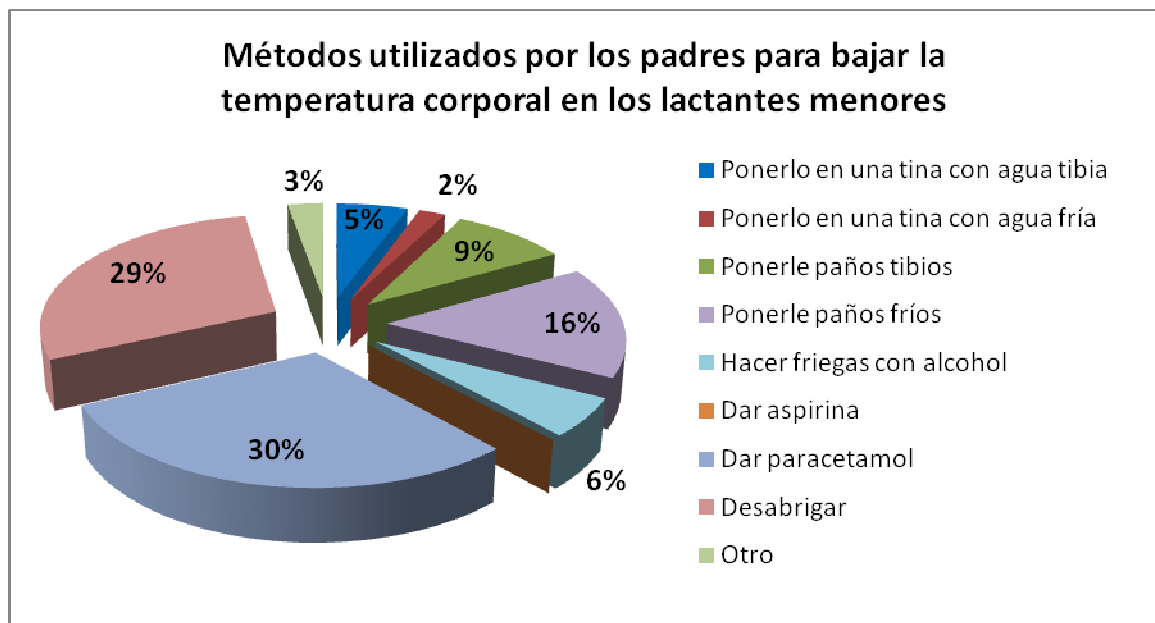
La mayor parte de los padres encuestados (57%), considera que la temperatura con la que debe aplicarse algún tratamiento para la fiebre es mayor o igual a 37,5°C axilar o 38°C rectal. Se destaca que aproximadamente 1/3 de la población (31%) aplica algún tratamiento sólo con rangos mayor o igual a 38°C axilar o 39,9°C rectal.

Gráfico N°17:



El 45% de los padres encuestados considera que el peligro inmediato, si la fiebre no es tratada, son las convulsiones. Dentro del 55% restante, el 29% considera que la fiebre debe tratarse por existir peligro de deshidratación y el 26% opina que puede existir riesgo de daño cerebral/shock o muerte.

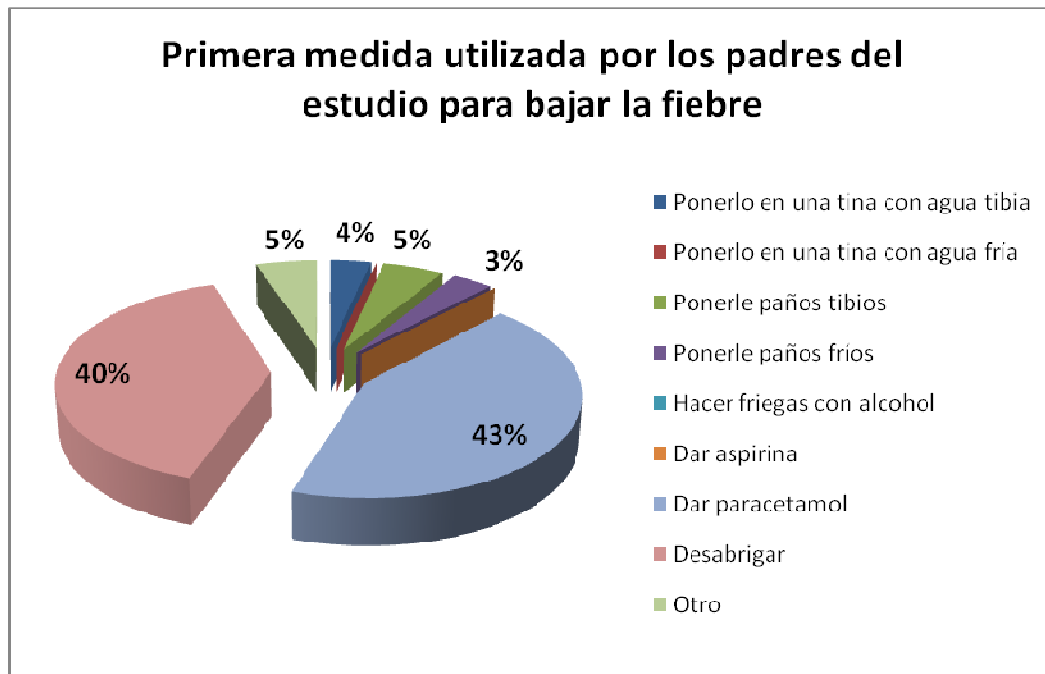
Gráfico N°18:



Dentro de los métodos utilizados por los padres para bajar la fiebre, se destaca que el 30% acude en primer lugar a la administración de paracetamol y el 29% prioriza el hecho de desabrigar al lactante. El porcentaje restante (40%) considera como método: poner paños fríos 16%, poner paños tibios 9%, hacer friegas con alcohol 6%. Se destaca, en el gráfico, que ninguno de los padres encuestados utiliza como método dar aspirina.

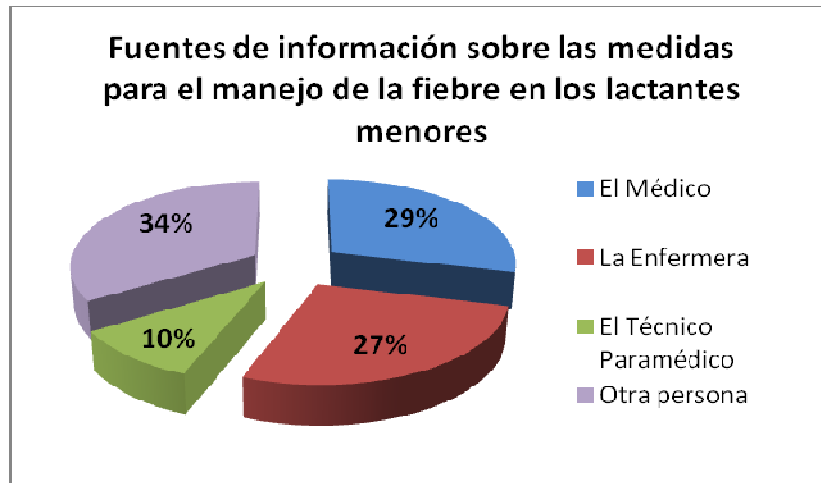
Dentro del 3% de los padres que considera otro método, se destaca que el 50% administra supositorio de diclofenaco, un 25% administra ibuprofeno y el 25% coloca rodajas de papas en la frente.

Gráfico N°19:



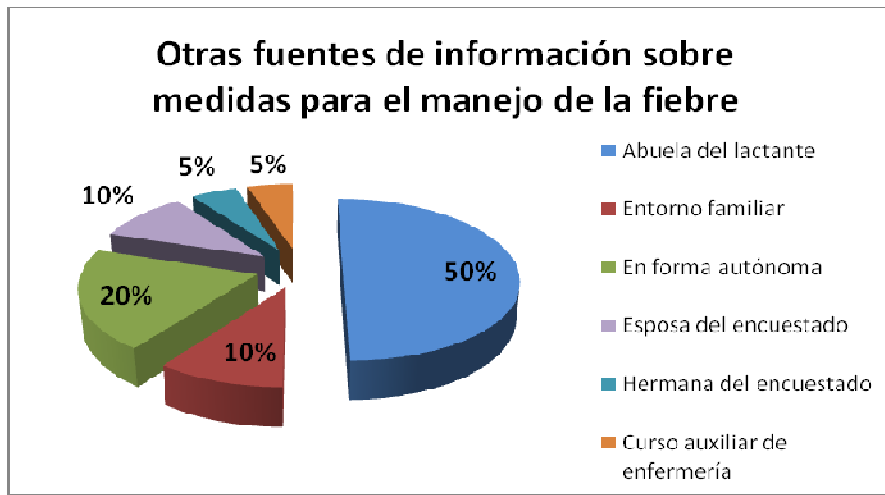
El 43% de los padres considera, como primera medida para bajar la fiebre, dar paracetamol y otro 40% desabrigar; el 17% restante, considera como primera acción: poner paños tibios (5%), otro (5%), poner en tina con agua tibia (4%), poner paños fríos (3%). Se destaca en el gráfico, que ninguno de los padres encuestados utiliza como primer método: dar aspirina, poner en una tina con agua fría y hacer friegas con alcohol.

Gráfico N°20:



De la información obtenida para el manejo de la fiebre por los padres del estudio, tanto el médico como la enfermera, son fuentes de referencia para los padres en porcentajes similares (29% y 27% respectivamente). Destacándose que el 44% restante obtuvo información de otra persona (técnicos paramédicos, familiares y/o en forma autodidacta).

Gráfico N°21:

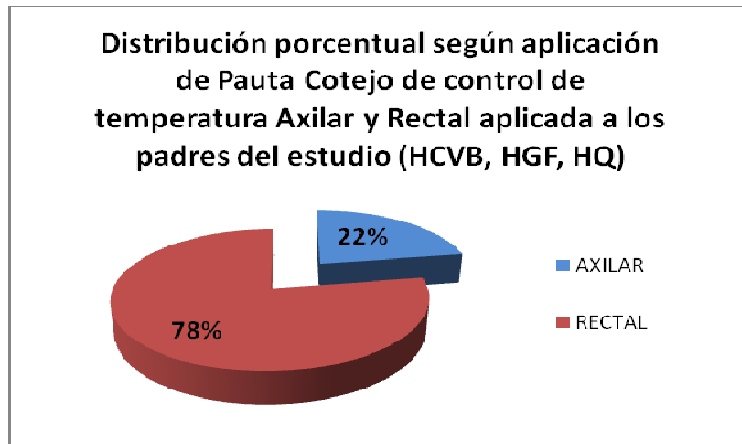


Dentro del porcentaje de padres que indica que obtuvo información para el manejo de la fiebre a través de otra fuente, distinta del equipo de salud, se destaca que el 50% hace referencia a sus madres y el 20% aprendió en forma autodidacta.

Tercera Parte: Resultados obtenidos en Técnica de control de temperatura, según Pauta Cotejo

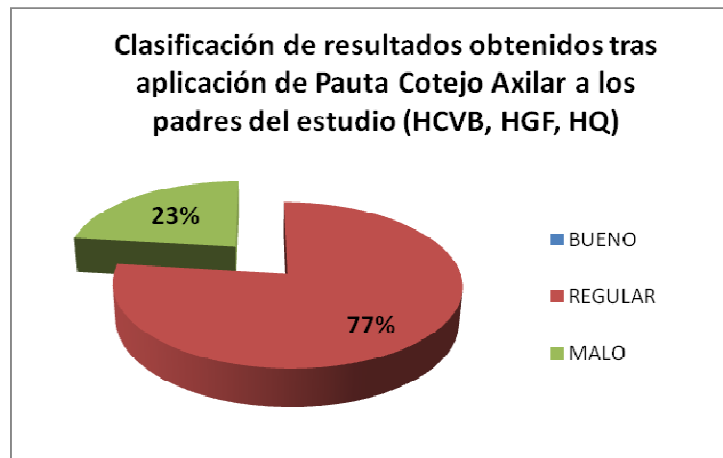
A continuación se comparan elementos específicos de relevancia para el control de temperatura axilar – rectal en el lactante menor.

Gráfico N°22:



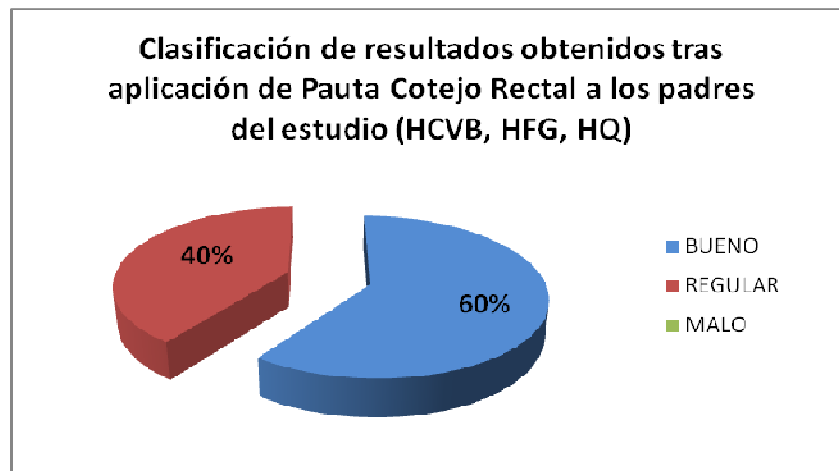
La mayor parte de los encuestados realiza control de temperatura a los lactantes usando la vía rectal (78%).

Gráfico N°23:



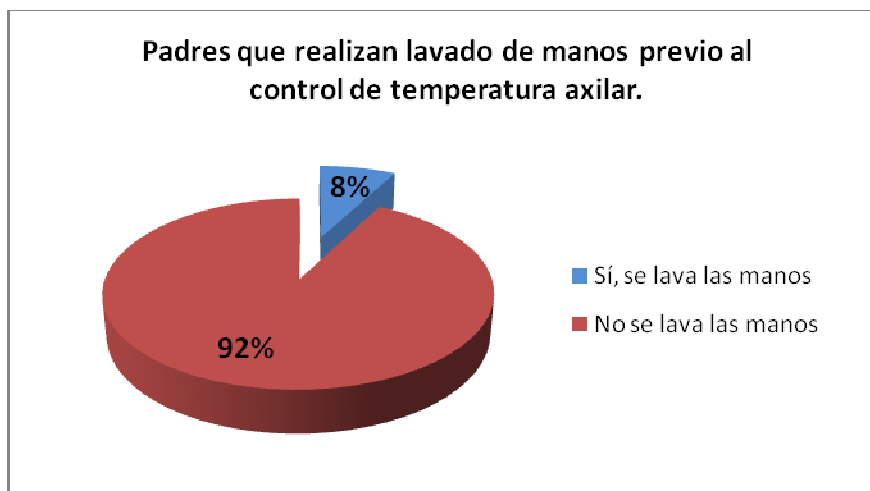
Se destaca que el 77% de los padres obtiene un resultado regular según los criterios de evaluación de la pauta aplicada a los padres y el 23% obtiene como resultado malo, en base a la misma (Anexo 7).

Gráfico N°24:



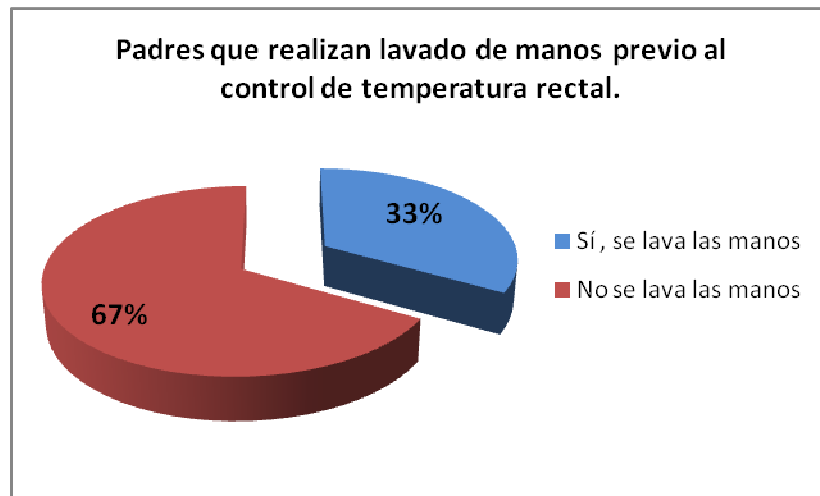
El 60% de los padres obtiene un resultado bueno según los criterios de evaluación de la pauta cotejo de control de temperatura rectal en lactantes menores aplicada a los padres. El 40% restante obtiene un resultado regular, en base a la misma (Anexo 7).

Gráfico N°25:



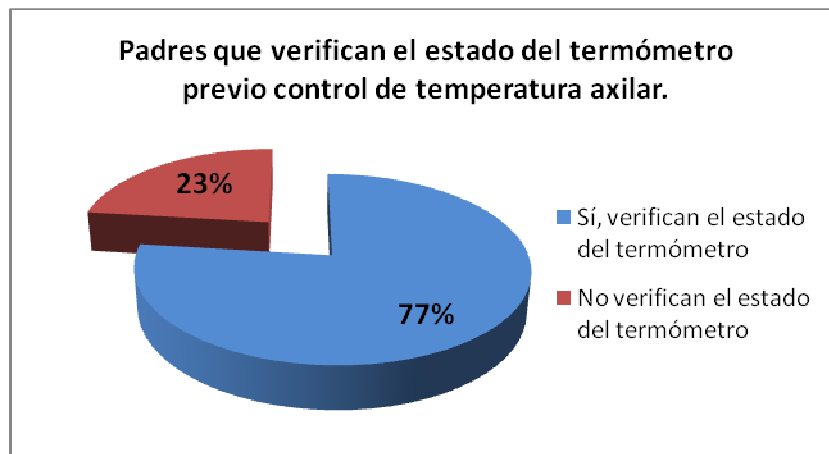
El 92% de los padres no realiza el lavado de manos previo al control de temperatura axilar.

Gráfico N°26:



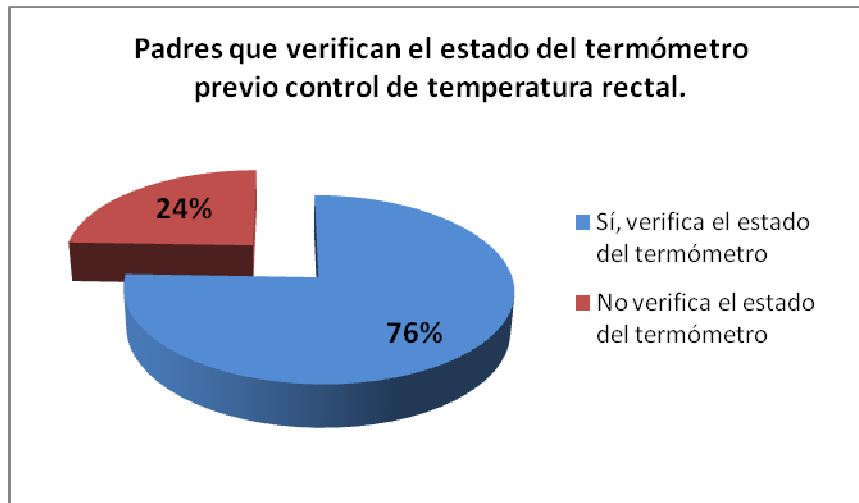
Se destaca que 2/3 de la muestra (67%), no realiza el lavado de manos previo al control de temperatura rectal.

Gráfico N°27:



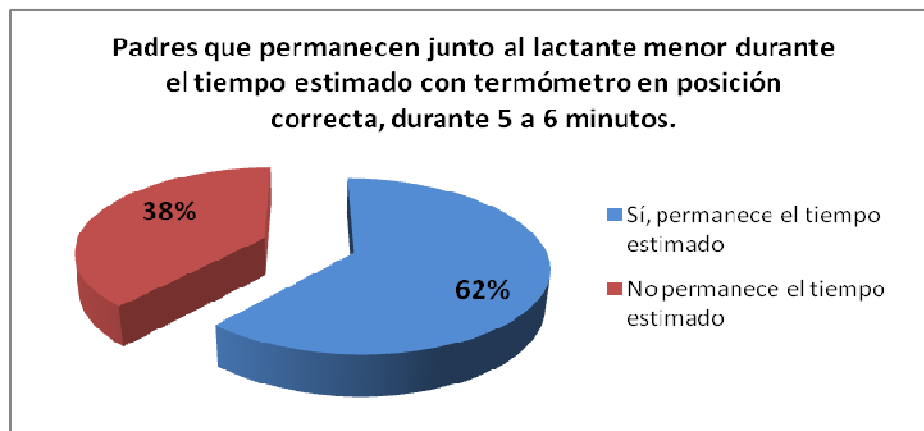
El 77% de los padres verifica el estado del termómetro, previo al control de temperatura axilar, comprobando que la columna de mercurio se encuentre bajo los 35,5°C. Se observa que el 23% restante no lo verifica.

Gráfico N°28:



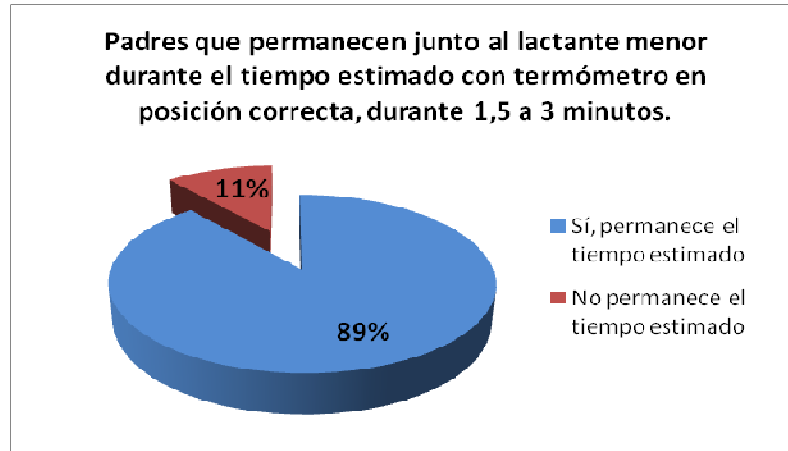
El 76% de los padres verifica el estado del termómetro previo al control de la temperatura rectal, comprobando que la columna de mercurio se encuentre bajo los 35,5°C. Se destaca que un 24% de los padres no lo realiza.

Gráfico N°29:



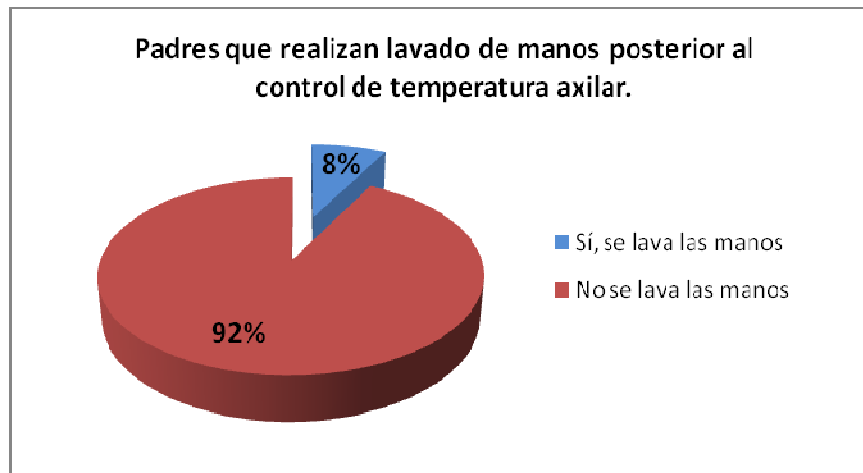
El 62% de los padres encuestados permanece junto al lactante menor durante todo el procedimiento del control de temperatura y mantiene el termómetro en posición correcta (paralelo al cuerpo del lactante) durante los 5-6 minutos del procedimiento. Se observa que el 38% restante no cumple con esta conducta.

Gráfico N°30:



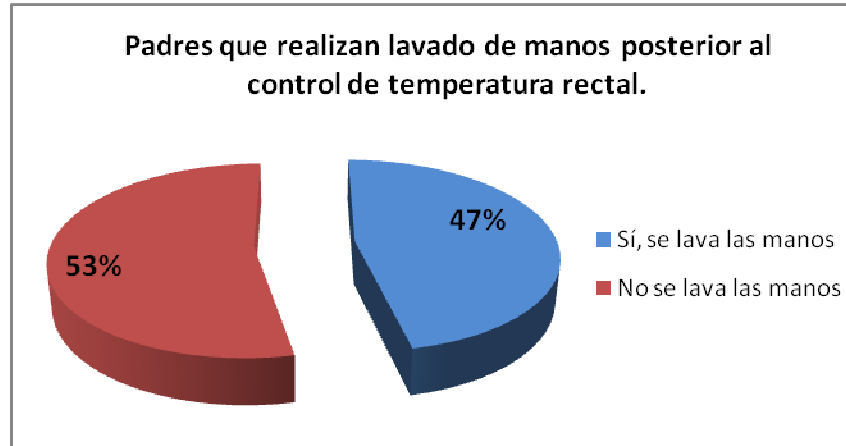
El 89% de los padres encuestados permanece junto al lactante menor durante todo el procedimiento del control de temperatura y mantiene el termómetro en posición correcta. Se observa que el 11% restante no lo cumple.

Gráfico N°31:



El 92% de los padres no realiza lavado de manos posterior al control de temperatura axilar en el lactante menor.

Gráfico N°32:



De los padres encuestados, se destaca que respecto al lavado de manos posterior al control de temperatura rectal en el lactante menor, obtienen un similar porcentaje observándose que sólo el 43% lo realiza y el 53% no.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones del Estudio

- ✓ En relación a los cuidados otorgados a los lactantes menores hospitalizados, el rol materno ha perdurado a través del tiempo, evidenciándose el predominio de éste en los padres del estudio, donde el 86% corresponde al sexo femenino. (1)
- ✓ La mayoría de los padres encuestados se encuentra entre los 19 y 34 años (67%), correspondiente a la etapa de vida de adultez temprana. Según explica la teoría de Erikson, este periodo se caracteriza por la adquisición de nuevas responsabilidades, como la formación de una familia y crianza de los hijos. Por ende, la presencia de fiebre en uno de ellos, los podría llevar a realizar medidas inapropiadas, como por ejemplo, administrar paracetamol en forma inmediata ante la presencia de fiebre, sin realizar previamente la aplicación de medidas físicas antitérmicas en los lactantes menores, como ocurre en el 43% de los padres del estudio.
- ✓ Respecto del conocimiento que tienen los padres del estudio sobre la temperatura mínima considerada fiebre, se destaca que la mayoría (64%) conoce el rango correcto referido según marco teórico, el que corresponde a temperatura mayor o igual a 37,5°C vía axilar y 38°C vía rectal.
- ✓ Es importante señalar que, a mayor nivel de instrucción de los padres en esta investigación, existe mayor conocimiento respecto al rango de temperatura mínima considerada fiebre, esto se evidencia en que el 69% de quienes tienen nivel técnico y/o universitario responden en forma más acertada (gráfico n°10 - 11) que quienes cursaron sólo enseñanza básica completa – básica completa y media incompleta.

- ✓ El 69% de padres encuestados considera prioritario el uso del termómetro para detectar fiebre, y como mejor lugar de control de temperatura en el lactante la zona rectal (53%), lo que concuerda con el marco teórico, donde se destaca que el mejor lugar para control de temperatura en el niño es la vía rectal, debido a ser ésta una zona altamente irrigada, estar más cercana a la temperatura central y menos expuesta a factores ambientales a diferencia de la vía axilar (11), esto permite obtener valores de temperatura corporal más fidedignos y en menor tiempo (11, 21).
- ✓ Cabe destacar que más de la mitad de la población del estudio (55%), no reconoce los riesgos de la fiebre en el lactante menor, siendo que el marco teórico se señala que con temperaturas sobre 40°C el lactante puede presentar convulsiones febriles, pudiendo causar daño cerebral. (11)
- ✓ La mayoría de los padres, durante el control de temperatura vía axilar y/o rectal, no realiza el lavado de manos previo (92% - 67%) y posterior (92% - 53%), lo que revela un desconocimiento sobre las medidas de asepsia, lo cual puede promover el aumento de enfermedades infectocontagiosas y cruce de éstas, tales como: Síndrome Diarreico Agudo (*Rotavirus*) y Enfermedades Respiratorias como Neumonía (*S. Pneumoniae* y *H. Influenzae tipo B*), entre las más comunes en los niños. (22)
- ✓ Un número importante de padres encuestados no cumple con la conducta de verificar que la columna de mercurio esté bajo los 35,5°C previo al control de temperatura (23% vía axilar - 24% vía rectal), lo que podría incidir en la posible lectura errónea de temperatura en el lactante. (14)
- ✓ Del total de padres en este estudio, se destaca que el 85% desconoce la forma correcta de ubicar el termómetro para el control de temperatura axilar, colocándolo en posición perpendicular al cuerpo del lactante; lo que se contrapone con la literatura, que señala que el termómetro debe ubicarse en posición paralela al cuerpo del lactante, con el fin

de mantener el bulbo en contacto permanente con el hueco axilar y así, obtener un resultado fidedigno de la temperatura corporal en el lactante menor. (14)

- ✓ Respecto al tiempo estimado para el control de temperatura axilar y rectal, que corresponde a 5 - 6 minutos y 1,5 - 3 minutos respectivamente, según se señala en el marco teórico, se destaca que algunos de los padres encuestados desconocen esta información (38% axilar – 11% rectal), lo que puede influir en la correcta detección de la fiebre en el lactante. (14)
- ✓ En cuanto al método que utilizan los padres encuestados para disminuir la fiebre en los lactantes menores, se desprende que éstos desconocen la secuencia correcta de la aplicación de medidas físicas antitérmicas, según lo descrito en marco teórico (desabrigo, paños tibios y luego baño de agua tibia), lo cual se evidencia en que la primera medida aplicada por ellos, corresponde al tratamiento farmacológico (43%, en gráfico n°18) por sobre las medidas físicas antitérmicas. Debido a lo anterior, es importante educar acerca de la correcta aplicación de medidas físicas y uso de antipiréticos, con el fin de no suprimir la fiebre de golpe, ya que si es disminuida bruscamente, el punto de ajuste de temperatura regulado por el hipotálamo cambia en forma violenta, provocando una alteración de los procesos fisiológicos establecidos para reducir la elevación de la temperatura corporal ante un cuadro febril. (17, 18)
- ✓ Se destaca que los padres del estudio consideran a sus propios familiares como principal fuente de información respecto del manejo de la fiebre (34%), pudiendo así, desvirtuar los conocimientos establecidos en la teoría, a través de conceptos erróneos con respecto a detección y manejo de la fiebre en los lactantes menores. Lo anterior, refleja una carencia de la función educativa en el rol de Enfermería.

- ✓ En resumen, de acuerdo a los resultados de la investigación realizada y en base a los criterios de análisis utilizados, se concluye que los padres poseen un conocimiento regular sobre detección y manejo de la fiebre en los lactantes menores hospitalizados en los Servicios de Pediatría de los Hospitales de la V Región: Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué; ya que a pesar de conocer el rango de temperatura mínima considerada fiebre, desconocen la técnica correcta de su control, evidenciándose esto, en la realización de conductas erróneas, tales como: no verificar el estado de termómetro (columna de mercurio bajo los 35,5°C), no controlar temperatura en el tiempo correcto y no ubicar el termómetro en la posición que corresponde en dicha zona. En relación a los peligros ante la presencia de fiebre, más de la mitad de los padres no reconoce como principal peligro inmediato las convulsiones; sumándose a esto que la principal fuente de información que poseen los padres del estudio con respecto a la fiebre proviene de familiares; por ende, al no adquirir información de una fuente confiable, se podrían desvirtuar los conocimientos y llevar a conductas erróneas para el manejo de la fiebre en el lactante.
- ✓ Por este motivo, es esencial que la información con respecto a detección y manejo de la fiebre, sea obtenida a través del equipo de salud, siendo principalmente otorgada por el Profesional de Enfermería; el cual además de entregar información, debe educar a los padres, con el fin de que éstos identifiquen al Profesional como fuente confiable y mejoren sus conocimientos en relación a la fiebre.

5.2 Discusión

Debido a la inexistencia de estudios acerca de fiebre en la V región, el nuestro utilizó como referencia la investigación realizada el año 2002-2003 por el Hospital San Borja Arriarán de Santiago de Chile, para determinar el conocimiento de los padres sobre la detección y manejo de la fiebre. (8)

Se observó que pese a las diferencias en el año de aplicación de ambos estudios, se obtiene que el 66% de lactantes presentó fiebre al momento de consultar al centro de salud. De esto se infiere, que la fiebre siempre es un signo de alarma para los padres, lo cual señala que la “fiebre fobia” persiste en el pensamiento colectivo.

Los padres de nuestro estudio no consideran al Profesional de Enfermería como fuente principal de información, obteniendo éste un bajo porcentaje dentro del equipo de salud (27%); mientras que la investigación del Hospital San Borja Arriarán, no considera al Profesional como fuente de información. Se desprende de ambas, que la mayor información sobre el manejo y detección de la fiebre es obtenida a través de familiares, lo cual puede dar origen a la posible entrega de conceptos erróneos, al ser éstos una fuente poco confiable, junto con la escasa información recibida por los padres de parte del equipo de salud.

Por este motivo, es esencial que el Profesional de Enfermería otorgue educación tanto a los padres como a su equipo de salud. Es importante tranquilizarlos, brindándoles información clara y concisa acerca de qué es la fiebre, explicar que ésta es un mecanismo de defensa ante agentes patógenos, dando énfasis en las medidas que deben tomar para su correcta detección y manejo con el propósito disminuir el temor y angustia que la fiebre genera en ellos, mediante el ejercicio de nuestro rol educativo, inherente en el Profesional de Enfermería.

5.3 Recomendaciones

A nivel de Atención Abierta:

Incentivar al Profesional de Enfermería en Atención Primaria de Salud (APS), a educar a los padres y/o cuidadores sobre la técnica de toma de temperatura durante el control niño sano, solicitando devolución de ésta en el momento y al siguiente control, con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos. Además, gestionar una capacitación tanto para los padres, como para el equipo de salud del consultorio, con el fin de unificar criterios y así, no desvirtuar los conocimientos teóricos con ideas o conceptos erróneos respecto al correcto control de temperatura y los rangos para determinar la fiebre.

A nivel de Atención Cerrada:

A través de nuestra investigación, podemos destacar la importancia de ejercer el rol educativo como Profesionales de Enfermería, lo cual se vio reflejado en la necesidad de los padres encuestados de ser informados acerca de la fiebre, luego de finalizar la aplicación de la encuesta y pauta de cotejo en los Servicios de Pediatría. Debido a lo anterior, se desarrolló y entregó material educativo, elaborado por los alumnos tesistas de cuarto año. Esta intervención fue agradecida y considerada esencial por las Enfermeras del Hospital de Quilpué; por ello, se sugiere que este material sea entregado al momento del alta de cada niño hospitalizado, junto con las indicaciones, con el fin de corregir conceptos erróneos y enseñar correctamente su detección y manejo, haciendo partícipe a los padres en la atención brindada a los lactantes menores. (Anexo 9)

Debido a que en la realidad nacional existe sólo una investigación que trata el tema de la fiebre (Hospital San Borja Arriarán) (8), se sugiere la realización de nuevos estudios que profundicen este tema, puesto que sigue siendo fundamental la unificación de criterios para clasificar y estandarizar los pasos para su manejo en los lactantes menores, donde la Enfermera tiene un rol primordial.

5.4 Resumen

La fiebre en el niño es uno de los principales motivos de consultas hospitalarias en Chile. Este estudio de tipo Descriptivo, Transversal y Cuantitativo, tiene por finalidad establecer los conocimientos que tienen los padres sobre detección y manejo de la fiebre, en lactantes menores hospitalizados en los servicios de pediatría de los Hospitales de la V región: Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué.

Entre los meses de Septiembre y Octubre del 2008 se encuestó a 58 padres, acerca de los métodos de detección y manejo que utilizan para reconocer y tratar la fiebre; de los cuales 66% consultó al centro de salud, por cuadro febril en sus hijos.

Un porcentaje significativo de padres (69%) considera el uso de termómetro para detectar fiebre y el mejor lugar para su control en la zona rectal (50%). La mayor parte de los padres encuestados (64%) cree que la temperatura mínima considerada fiebre es mayor o igual a 37,5°C axilar o 38°C rectal y que sobre ésta, debe aplicarse algún tratamiento para bajarla (57%).

Un 55% de los padres encuestados no considera como principal peligro inmediato las convulsiones, si la fiebre no es tratada.

Entre los métodos para bajar la fiebre que los padres utilizan se encuentran: paracetamol (30%) y desabrigo (29%), recurriendo primero al tratamiento farmacológico antes que a medidas físicas antitérmicas.

Los padres no consideran al Profesional de Enfermería como fuente principal de información dentro del equipo de salud, siendo ésta principalmente a través de familiares (34%).

Palabras clave: Fiebre, Padre, Lactante Menor.

5.5 Abstract

Fever in children is one of the main reasons of consults at the hospitals in Chile. This study is classified as a descriptive, transversal and quantitative type. The principal objective of this study is to establish the knowledge of parents referent to the fever detection and management, in hospitalized breast-fed babies, in pediatric services of hospitals of the V region of Chile, such as: Carlos Van Buren Hospital, Dr Gustavo Fricke Hospital and Quilpué Hospital.

Between September and October 2008, 58 parents were interviewed about the kind of methods for detection and management they use to detect and treat fever, as result, 66% consulted health services for fever in their children.

An important percent of parents (69%) considers the use of a thermometer to detect fever and the best place to control it is the rectal zone (50%). Most part of the interviewed parents (64%) believes that the minimum temperature considered in fever is greater or equal to 37,5°C axial or 38°C in rectal zone, and over that amount, a treatment must be applied to lower the fever (57%).

A 55% of parents surveyed did not consider a principal and immediate danger, convulsions if fever is not treated.

As methods used for parents to lower the fever they use: paracetamol (30%), lack of covering (29%), using the first pharmacological treatment before physical non-conducting measures.

Parents do not consider the professional of nursing as principal center of information inside the health team; they obtain this information trough family (34%).

Clue words: fever, parent, breast-fed babies.

Referencias Bibliográficas

(1) DUEÑAS F., José R. Enfermeras Teóricas: Virginia Henderson. Las necesidades humanas básicas según Henderson. 2001.

<<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>>

(2) y (3) WITTER DU GAS, Beverly. Problemas Mayores de Salud. 4ª Ed. En su: Tratado de Enfermería Práctica. México, McGraw-Hill, 1986. Capítulo 11, Unidad 3. Páginas: 210-213.

(4) DUEÑAS F., José R. Enfermeras Teóricas: Virginia Henderson. Las necesidades humanas básicas según Henderson. 2001.

<<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>>

(5) SEPÚLVEDA, Dr. J. Crisis de Pánico: Áreas y Núcleos del Hipotálamo. Revista Virtual Depresiones.cl. Octubre, 2005. <<http://www.depresiones.cl/fac.html>>

(6) EQUIPO DOCENTE ENFERMERÍA NIÑO Y ADOLESCENTE. Fiebre, Escuela de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Valparaíso, 2007.

(7) Smith B. Fever Phobia. Misconceptions of parents about fever. Am J Dis Chile 1980; 134:176 – 81.

(8), (9) y (10) MORAGA M., Dr. Francisco. Fiebre: ¿Amiga o Enemiga de los Niños?. Revista Electrónica Chilena Medwave. Edición Marzo 2007.

<<http://www.medwave.cl/atencion/infantil/SBAextension2006/6/1.act>>

(11) MOSQUEDA D., Angélica. Alteración de la Temperatura Corporal. Departamento de Enfermería Pediátrica, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, 2006.

(12) EQUIPO DOCENTE ENFERMERÍA NIÑO Y ADOLESCENTE. Fiebre, Escuela de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Valparaíso, 2007.

(13) GONZÁLEZ, Luisa. Infecciones Respiratorias Agudas Infantiles. Departamento de Enfermería Pediátrica, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, 2001.

- (14) BERGER, K., MOSQUEDA, A. Síndrome Diarreico Agudo, Departamento de Enfermería Pediátrica, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, 2003.
- (15) LOPEZ, Isabel, COLOMBO, Marta, SAAVEDRA, Juan Carlos. Convulsiones Febriles: Enfoque Terapéutico. Revista Chilena de Pediatría, 54 (1): 7-10, octubre 2007.
- (16) Equipo docente Enfermería Niño y Adolescente. Pautas de Cotejo: “Control de la Temperatura Axilar y Rectal”, Escuela de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Valparaíso, 2007.
- (17) UNIVERSITY OF VIRGINIA. El Recién Nacido Normal: ¿Cómo tomarle la temperatura a un bebé?. Newsletters UVa Health System. Agosto 2006.
<http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_newborn_sp/gettemp.cfm>
- (18) MOSQUEDA D., Angélica. Alteración de la Temperatura Corporal. Departamento de Enfermería Pediátrica, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, 2006.
- (19) Equipo docente Enfermería Niño y Adolescente. Fiebre, Escuela de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Valparaíso, 2007.
- (20) BARREDA, Pedro. Consideraciones Generales acerca de la Fiebre. Revista Chilena Pediatría al día. 2005. <http://www.pediatraldia.cl/mas_sobre_la_fiebre.htm>
- (21) JENSEN, S. Fiebre: Lo que necesita saber. CHILDHEALTH Parent Bulletin. Marzo 2003. <http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/healthandsafety/feversp022604_adr.pdf>
- (22) DUEÑAS F., José R. Enfermeras Teóricas. *Virginia Henderson*. 2001. <<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>>

Bibliografía

1. CHAURE, Isabel, INAREJOS, María. El Niño con Fiebre: Control de la temperatura. 1ºEd. En su: Enfermería Pediátrica. México, Elsevier Masson, 2001. Capítulo 4, Unidad 10. Página 255.
2. GUYTON C, Arthur. Temperatura corporal, regulación de la temperatura y fiebre. 9ª Ed. En su: Tratado de fisiología médica. E.E.U.U., Nueva York, Interamericana-McGraw-Hill, 1997. Capítulo 73, Unidad Metabolismo y Regulación de la Temperatura. Páginas: 993-1006.
3. WITTER DU GAS, Beverly. Problemas Mayores de Salud. 4ª Ed. En su: Tratado de Enfermería Práctica. México, McGraw-Hill, 1986. Capítulo 4, Unidad 1. Páginas: 46-48.
4. WITTER DU GAS, Beverly. Problemas Mayores de Salud. 4ª Ed. En su: Tratado de Enfermería Práctica. México, McGraw-Hill, 1986. Capítulo 11, Unidad 3. Páginas: 210-213.
5. Smith B. Fever Phobia. Misconceptions of parents about fever. Am J Dis Chile 1980; 134:176 – 81.
6. ARMSTRONG, Lucy D. y BRATZ, Josephine. Crecimiento y Desarrollo Biológico del Lactante. Departamento de Enfermería Pediátrica, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, 2007.
7. ARMSTRONG, Lucy D. y BRATZ, Josephine. Satisfacción de las Necesidades Básicas del Lactante. Departamento de Enfermería Pediátrica, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, 2007.
8. EQUIPO DOCENTE ENFERMERÍA NIÑO Y ADOLESCENTE. Fiebre, Escuela de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Valparaíso, 2007.
9. EQUIPO DOCENTE ENFERMERÍA NIÑO Y ADOLESCENTE. Pautas de Cotejo: “Control de la Temperatura Axilar y Rectal”, Escuela de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Valparaíso, 2007.

10. KRAMER, Michael, NAIMARK, Lenora; LEDUC, Denis G. Parental Fever Phobia and its Correlates. *American Academy of Pediatrics*. 75 (6): 993 - 1185, junio 1985.
11. MAY, Ariane, BAUCHNER, Howard. Fever Phobia: The Pediatrician's Contribution. *American Academy of Pediatrics*. 90 (6): 851 - 854, diciembre 1992.
12. MORAGA M., Francisco, HORWITZ Z., Benjamín, ROMERO S., Carolina. Fiebre fobia: Conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre. *Revista Chilena de Pediatría*, 78 (2): 160-164, abril 2007.
13. MOSQUEDA D., Angélica. Alteración de la Temperatura Corporal. *Departamento de Enfermería Pediátrica*, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, 2006.
14. BARREDA, Pedro. ¿Qué hacer con la fiebre?. *Revista Chilena Pediatría al día*. 2005 <http://www.pediatraldia.cl/pb/fiebre_qhacer.htm>
15. BARREDA, Pedro. Consideraciones Generales acerca de la Fiebre. *Revista Chilena Pediatría al día*. 2005 <http://www.pediatraldia.cl/mas_sobre_la_fiebre.htm>
16. BARREDA, Pedro. ¿Cómo tomar la temperatura de su hijo?. *Revista Chilena Pediatría al día*. 2005.
<http://www.pediatraldia.cl/FIEBRE2006/como_tomar_la_temperatura_de_su.htm>
17. BARREDA, Pedro. ¿Cuáles son los principales síntomas de la fiebre?. *Revista Chilena Pediatría al día*. 2006.
<http://www.pediatraldia.cl/FIEBRE2006/prici_sint.htm>
18. DUEÑAS F., José R. Enfermeras Teóricas: Virginia Henderson. Las necesidades humanas básicas según Henderson. 2001.
<<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>>
19. FERNANDEZ R., Sara, ULLOA G., Rolando, AVILA A., María. Manejo del Niño Febril. *Acta Médica Costarricense*, 2008.
<www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022004000200010&script=sci_arttext>

20. HIRSCH, Tamara. Síndrome febril en pediatría. Manual de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Julio 2002.
<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/SFebril.html>>
21. JENSEN, S. Fiebre: Lo que necesita saber. ChildHealth Parent Bulletin. Marzo 2003.<http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/healthandsafety/feversp022604_adr.pdf>
22. LEAL, E. Manejo de la fiebre en el niño. Manual de Normas del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Central de San Felipe. Yaracuy, Venezuela. Noviembre 2008.
<http://www.drrondonpediatra.com/manejo_fiebre_en_el_nino.htm>
23. LIZAGARRA, Ana, VILARNOBO, Fabiana. Reacciones generales inespecíficas ante el stress y fiebre: Fisiopatología de la Termorregulación, Fiebre y Síndrome Febril. Programa de Fisiopatología de la Facultad de Odontología, Universidad de la República Argentina. Junio 2001.
<<http://www.odon.edu.uy/cafispat/fiebre/fiebre.htm>>
24. LOPEZ, Isabel, COLOMBO, Marta, SAAVEDRA, Juan Carlos. Convulsiones Febriles: Enfoque Terapéutico. Revista Chilena de Pediatría, 54 (1): 7-10, octubre 2007.<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041061983000100001&script=sci_arttext>
25. MORAGA M., Dr. Francisco. Fiebre: ¿Amiga o Enemiga de los Niños?. Revista Electrónica Chilena Medwave. Edición Marzo 2007.
<<http://www.medwave.cl/atencion/infantil/SBAextension2006/6/1.act>>
26. MÉDICOS CULIACÁN.COM. Fiebre. Revista Electrónica Mexicana. 2007.
<<http://medicosculiacan.com/interes/fiebre.html>>
27. SEPÚLVEDA, Dr. J. Crisis de Pánico: Áreas y Núcleos del Hipotálamo. Revista Virtual Depresiones.cl. Octubre, 2005. <<http://www.depresiones.cl/fac.html>>
28. UNIVERSITY OF VIRGINIA. El Recién Nacido Normal: ¿Cómo tomarle la temperatura a un bebé?. Newsletters UVa Health System. Agosto 2006.
<http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_newborn_sp/gettemp.cfm>

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento de Kramer

1) What is the minimum temperature that constitutes a fever in a child?

Minimum temperature for fever:

- a) $<38.0\text{ C}$
- b) $38.0\text{ -}39.0\text{ C}$
- c) $\geq 40.0\text{ C}$

2) At what temperature does fever become dangerous for a child?

- a) $< 38.0^{\circ}\text{ C}$
- b) $38.0\text{-}39.9^{\circ}\text{ C}$
- c) $40.0\text{-}41.9^{\circ}\text{ C}$
- d) 42.0° C

3) If a child has a fever that is left untreated, how high can it go?

- a) $<38.0^{\circ}\text{C}$
- b) $38.0\text{-}39.9^{\circ}\text{C}$
- c) $40.0\text{-}41.9^{\circ}\text{C}$
- d) $42.0\text{-}43.9^{\circ}\text{C}$
- e) $\geq 44.0^{\circ}\text{C}$

4) What is a principal danger to a child of a high fever that is left untreated?

- a) Death
- b) Brain damage/stroke
- c) Seizure/loss of consciousness
- d) Dehydration
- e) Other

5) What is the minimum temperature that can put a child into the type of danger mentioned in questions 4?

- a) $< 38.0^{\circ}\text{ C}$
- b) $38.0\text{-}39.9^{\circ}\text{ C}$
- c) $40.0\text{-}41.9^{\circ}\text{ C}$
- d) $\geq 42.0^{\circ}\text{ C}$

6) Above what temperature should fever in a child be treated?

- a) $<38.0^{\circ}\text{C}$
- b) $38.0\text{--}39.0^{\circ}\text{C}$
- c) $\geq 40.0^{\circ}\text{C}$

7) If a child has a fever while sleeping at night, should he be awakened to be bathed or sponged or to receive medication to lower the fever?

- a) Yes, any fever
- b) Yes, high fever
- c) No
- d) Depends on other factors

➤ **Datos generales del niño hospitalizado:**

6.- ¿Cuántos meses tiene el niño?

- a) Entre 1 y 3 meses
- b) Entre 4 y 6 meses
- c) Entre 7 y 9 meses
- d) Entre 10 y 12 meses

7.- ¿El niño(a) es?

- a) Hombre
- b) Mujer

8.- Dentro de los motivos de consulta al Centro de Salud ¿Fue por Fiebre?

- a) Si
- b) No

Segunda Parte:

Evaluación de Conocimientos para la Detección y Manejo de la fiebre en lactantes menores.

1.- ¿Cuál es la mejor forma para tomarle la temperatura a su hijo(a)?

- a) Tocándole la frente
- b) Tocándole la nuca o el cuello
- c) Con el termómetro
- d) Dándole besos en la frente
- e) Todas las anteriores

2.- Si usa el termómetro ¿Dónde lo pone para tomarle la temperatura a su hijo(a)?

- a) Sólo en la zona rectal
- b) Sólo en la axila
- c) Sólo en la boca
- d) En el oído
- e) En la axila y en la zona rectal
- f) Otra. Especificar: _____

3.- ¿Cuál es la temperatura mínima con la que usted considera que su hijo(a) tiene fiebre?

- a) Menor a 38.0°C axilar o rectal
- b) Mayor o igual a 37,5°C axilar o 38°C rectal
- c) Mayor o igual a 37.9°C axilar o 38.5°C rectal
- d) Mayor o igual a 40°C axilar o rectal

4.- ¿Cuándo sospecha usted que su hijo(a) tiene fiebre? Marque la alternativa que Ud. considere más correcta, sólo una.

- a) Observa sus ojos llorosos
- b) Está irritable-mañoso
- c) Tiene pérdida del apetito
- d) Cuando tiene la frente caliente
- e) Se observa decaído

5.- ¿Sobre qué temperatura considera usted que debe aplicar algún tratamiento para bajar la fiebre en su hijo(a)?

- a) Mayor o igual a 37,5°C axilar o 38°C rectal
- b) Menor a 38°C axilar o rectal
- c) Mayor a 38° C axilar o 39.9°C rectal
- d) Mayor o igual a 40.0°C axilar o rectal

6.- ¿Cuál es el principal peligro inmediato para un niño con fiebre, si esta no es tratada?

- a) Muerte
- b) Daño cerebral/shock
- c) Convulsiones
- d) Deshidratación
- e) Otro. ¿Cuál? _____

7.- ¿Qué método utiliza usted para bajarle la fiebre a su hijo(a)? Marque con una línea transversal (/) en los espacios de la(s) alternativa(s) que usted acostumbra realizar:

- a) Ponerlo en una tina con agua tibia
- b) Ponerlo en una tina con agua fría
- c) Ponerle paños tibios
- d) Ponerle paños fríos
- e) Hacer friegas con alcohol
- f) Dar aspirina
- g) Dar paracetamol
- h) Desabrigar
- i) Otro ¿Cuál? _____

8.- De la pregunta anterior, ¿Cuál es la primera acción que usted realiza para bajar la fiebre de su hijo(a)?

- a) Ponerlo en una tina con agua tibia
- b) Ponerlo en una tina con agua fría
- c) Ponerle paños tibios
- d) Ponerle paños fríos
- e) Hacer friegas con alcohol
- f) Dar aspirina
- g) Dar paracetamol
- h) Desabrigar
- i) Otro ¿Cuál? _____

¿Por qué realiza esta acción? _____

9.- ¿Quién le enseñó las medidas para manejar la fiebre? Marque la alternativa que considere correcta respecto del profesional que le entregó la información más completa acerca de este tema.

- a) El Médico
- b) La Enfermera (o)
- c) El Técnico Paramédico
- d) Ninguno de los anteriores. Otra persona. ¿Quién? _____

ANEXO 3: Pauta de Cotejo
Axilar



Pauta Cotejo
“Control de la Temperatura Axilar”

CONDUCTA ESPERADA	SI	NO
1.- Se lava las manos.		
2.- Verifica el estado del termómetro, que la columna de mercurio esté bajo los 35.5°C.		
3.- Prepara al niño, suelta las ropas superiores y lo recuesta.		
4.- Coloca termómetro en posición vertical en el hueco axilar y paralelo al cuerpo del niño, adosando el termómetro al cuerpo de este.		
5.-Permanece junto al niño durante todo el procedimiento, manteniendo el termómetro en la posición correcta durante 5 a 6 minutos.		
6.- Retira el termómetro cuidadosamente y lee la temperatura, sin tocar la columna de mercurio.		
7.- Baja la columna de mercurio.		
8.- Lava el termómetro y lo seca.		
9.- Deja termómetro en lugar correspondiente.		
10.- Se lava las manos.		

*Pauta de cotejo aplicada en la
Escuela de Enfermería y Obstetricia,
Universidad de Valparaíso*

ANEXO 4: Pauta de Cotejo,
Rectal



Pauta Cotejo
“Control de la Temperatura Rectal”

CONDUCTA ESPERADA	SI	NO
1.- Se lava las manos.		
2.- Verifica el estado del termómetro, que la columna de mercurio esté bajo los 35,5°C.		
3.- Lubrica el bulbo del termómetro con agua corriente o vaselina.		
4.- Prepara al niño, suelta las ropas inferiores, retirando el pañal. Coloca al niño sobre una superficie firme (cuna).		
5.- Coloca al niño en posición acostada afirmando las dos extremidades inferiores flectadas sobre el abdomen o decúbito lateral, exponiendo la zona anal.		
6.- Introduce el bulbo del termómetro en el ano del niño en forma lenta.		
7.- Permanece junto al niño durante todo el procedimiento, manteniendo el termómetro en la posición correcta (firme y horizontal), durante 1,5 a 3 minutos.		
8.- Retira el termómetro cuidadosamente y lee la temperatura, sin tocar la columna de mercurio.		
9.- Lava el termómetro y lo seca con toalla nova.		
10.- Baja la columna de mercurio.		
11.- Lo guarda en lugar correspondiente.		
12.- Se lava las manos.		

*Pauta de cotejo aplicada en la
Escuela de Enfermería y Obstetricia,
Universidad de Valparaíso*

ANEXO 5: Consentimiento Informado

Folio N° _____

Consentimiento Informado

El siguiente instrumento ha sido elaborado para identificar los conocimientos sobre la detección y el manejo de la fiebre, que tienen ustedes los padres de Lactantes menores hospitalizados en el servicio de pediatría, unidad de lactantes de los hospitales de la V región, para ello le solicitamos que responda el presente instrumento de forma completa y participe en una actividad al finalizar la encuesta, que consiste en tomar la temperatura de su hijo(a).

El instrumento será aplicado por alumnos de cuarto año de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, los cuales integran el grupo de tesis del año 2008 denominada **“Conocimientos que tienen los padres sobre detección y manejo de la fiebre de los Lactantes Menores Hospitalizados en el Servicio de Pediatría, Unidad de Lactantes de los Hospitales: Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué de la V Región, durante Septiembre y Octubre de 2008”**

Al responder este cuestionario es importante: a) No escribir su nombre, la encuesta es totalmente **anónima** y **confidencial**; b) Contestar las preguntas **tan sincera** y **claramente** como sea posible; c) La participación es **voluntaria** por lo cual puede abstenerse de contestar este instrumento.

He sido informado acerca de la finalidad de este instrumento, por lo cual doy mi consentimiento. Además, estoy consciente de que en cualquier momento puedo desistir de mi participación en esta investigación.

Fecha

Firma

Muchas Gracias por su cooperación.

ANEXO 6: Carta Petición a Servicios de los Hospitales



VALPARAÍSO,..... de 2008

DE : PROFESORA LILIANA PASTEN IBAÑEZ
DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
A : _____

De mi consideración:

Junto con saludarlo (a), me dirijo a usted con el propósito de solicitar su colaboración en autorizar a los (las) alumnos (as) de 4° año de la Carrera de Enfermería, Universidad de Valparaíso, para que puedan llevar a cabo las actividades con respecto a su Seminario Tesis denominado: “Conocimientos que tienen los padres sobre detección y manejo de la fiebre de los Lactantes Menores”.

Servicio (s) a utilizar : Servicios de Pediatría, Unidad de Lactantes de los Hospitales de la V Región.
Objetivo : Aplicar encuesta simple sobre fiebre a los padres de niños hospitalizados.
Periodo : Agosto y Septiembre del presente año.
Nombre de los alumnos : Denisse Catalán, Nancy Díaz, Brenda Flores, Cristian López, Carla Márquez, Katherine Vergara y Denisse Vignolo.
Docente a Cargo : E.M. Kareen Berger Vila.

Agradeciendo de antemano su atención, le saluda atentamente,

PROFESORA LILIANA PASTEN IBAÑEZ
DIRECTORA
ESCUELA de ENFERMERÍA y OBSTETRICIA

P.D. Se adjunta pauta de cotejo sobre control de temperatura corporal en el lactante y encuesta.

ANEXO 7: Criterios de Análisis de la información

La Pauta de Cotejo se evaluó en base a conductas esperadas, observadas al momento de controlar la temperatura en los lactantes menores, por parte de los padres encuestados. Los criterios utilizados se describen a continuación:

Tabla VIII: Pauta Cotejo “Control de la Temperatura Axilar”

CONDUCTA ESPERADA	SI	NO
1. Se lava las manos.	1	0
2. Verifica el estado del termómetro, que la columna de mercurio esté bajo los 35.5°C.	3	0
3. Prepara al niño, suelta las ropas superiores y lo recuesta.	1	0
4. Coloca termómetro en posición vertical en el hueco axilar y paralelo al cuerpo del niño, adosando el termómetro al cuerpo de este.	3	0
5. Permanece junto al niño durante todo el procedimiento, manteniendo el termómetro en la posición correcta durante 5 a 6 minutos.	3	0
6. Retira el termómetro cuidadosamente y lee la temperatura, sin tocar la columna de mercurio.	3	0
7. Baja la columna de mercurio.	3	0
8. Lava el termómetro y lo seca.	1	0
9. Deja termómetro en lugar correspondiente.	1	0
10. Se lava las manos.	1	0

Toda conducta no cumplida obtiene puntaje 0 y toda conducta realizada, obtiene puntaje según relevancia de la investigación: medir el conocimiento de los padres determinada por el valor que los tesisas atribuyeron a cada una de las conductas esperadas, quedando con 1 punto las preguntas 1, 3, 8, 9 y 10 y, con 3 puntos las preguntas 2, 4, 5, 6 y 7.

El puntaje total de la pauta es de 20 puntos. En la tabla N°6 se describen los rangos utilizados para clasificar los conocimientos de los padres según el puntaje obtenido.

Tabla IX: Clasificación de resultados obtenido tras aplicación Pauta Cotejo Axilar.

Rango	Desde	A
BUENO	15 puntos	20 puntos
REGULAR	14 puntos	9 puntos
MALO	8 puntos	0 puntos

Tabla X: Pauta Cotejo “Control de la Temperatura Rectal”

CONDUCTA ESPERADA	SI	NO
1. Se lava las manos.	1	0
2. Verifica el estado del termómetro, que la columna de mercurio esté bajo los 35,5°C.	3	0
3. Lubrica el bulbo del termómetro con agua corriente o vaselina.	3	0
4. Prepara al niño, suelta las ropas inferiores, retirando el pañal. Coloca al niño sobre una superficie firme (cuna).	1	0
5. Coloca al niño en posición acostada afirmando las dos extremidades inferiores flectadas sobre el abdomen o decúbito lateral, exponiendo la zona anal.	3	0
6. Introduce el bulbo del termómetro en el ano del niño en forma lenta.	3	0
7. Permanece junto al niño durante todo el procedimiento, manteniendo el termómetro en la posición correcta (firme y horizontal), durante 1,5 a 3 minutos.	3	0
8. Retira el termómetro cuidadosamente y lee la temperatura, sin tocar la columna de mercurio.	3	0
9. Lava el termómetro y lo seca con toalla nova.	1	0
10. Baja la columna de mercurio.	1	0
11. Lo guarda en lugar correspondiente.	1	0
12. Se lava las manos.	1	0

Toda conducta no cumplida obtiene puntaje 0 y toda conducta realizada obtiene puntaje según relevancia de la investigación: medir el conocimiento de los padres determinada por el valor que los tesisistas atribuyeron a cada una de las conductas esperadas. Quedando con 1 punto las preguntas 1, 4, 9, 10, 11 y 12 y, con 3 puntos las preguntas 2, 3, 5, 6, 7 y 8.

El puntaje total de la pauta es de 24 puntos. En la tabla N°8 se describen los rangos utilizados para clasificar los conocimientos de los padres según el puntaje obtenido.

Tabla XI: Clasificación de resultados obtenidos tras aplicación Pauta Cotejo Rectal.

Rango	Desde	A
BUENO	18 puntos	24 puntos
REGULAR	17 puntos	11 puntos
MALO	10 puntos	0 puntos

ANEXO 8: Respaldo de Gráficos

✓ **Segunda Parte:**

Tabla 10 / Gráfico 10:

Conocimientos de los padres del estudio sobre temperatura mínima considerada fiebre versus Nivel de Instrucción Básica Completa – Básica completa y Media incompleta.	Nº	%
Respuestas acertadas	14	58
Respuestas erróneas	10	42
Total	24	100%

Tabla 11 / Gráfico 11:

Conocimientos de los padres del estudio sobre temperatura mínima considerada fiebre versus Nivel de instrucción Técnico y/o Universitario.	Nº	%
Respuestas acertadas	9	69
Respuestas erróneas	4	31
Total	13	100%

Tabla 12/ Gráfico 12:

Método de control de temperatura utilizada por los padres del estudio.	Nº	%
Tocándole la frente	8	14
Tocándole la nuca o el cuello	3	5
Con el termómetro	40	69
Dándole besos en la frente	3	5
Todas las anteriores	4	7
Total	58	100%

Tabla 13/ Gráfico 13:

Lugar de control de temperatura con termómetro utilizada por los padres del estudio.	N°	%
Sólo zona rectal	31	53
Sólo en la axila	9	16
Sólo en la boca	0	0
En el oído	0	0
En la axila y zona anal	18	31
Otra	0	0
Total	58	100%

Tabla 14 / Gráfico 14:

Temperatura mínima considerada fiebre por los padres del estudio.	N°	%
Menor a 38.0° C axilar o rectal	6	10
Mayor o igual a 37,5° C axilar o 38° C rectal	37	64
Mayor o igual a 37.9°C axilar o 38.5° C rectal	14	24
Mayor o igual a 40° C axilar o rectal	1	2
Total	58	100%

Tabla 15 / Gráfico 15:

Signos y síntomas que hacen sospechar presencia de fiebre en los hijos de los padres del estudio.	N°	%
Observa sus ojos llorosos	3	5
Está irritable-mañoso	18	31
Tiene pérdida del apetito	3	5
Cuando tiene la frente caliente	17	29,5
Se observa decaído	17	29,5
Total	58	100%

Tabla 16 / Gráfico 16:

Temperatura con la cual tratan la fiebre los padres del estudio.	N°	%
Mayor o igual a 37,5° C axilar o 38°C rectal	33	57
Menor a 38°C axilar o rectal	3	5
Mayor a 38° C axilar o 39.9°C rectal	18	31
Mayor o igual a 40.0°C axilar o rectal	4	7
Total	58	100%

Tabla 17 / Gráfico 17:

Peligro inmediato considerado por los padres del estudio al no tratar la fiebre.	N°	%
Muerte	8	14
Daño cerebral/shock	7	12
Convulsiones	26	45
Deshidratación	17	29
Otro	0	0
Total	58	100%

Tabla 18 / Gráfico 18:

Métodos utilizados por los padres para bajar la temperatura corporal en los lactantes menores.	N°	%
Ponerlo en una tina con agua tibia	8	5
Ponerlo en una tina con agua fría	3	2
Ponerle paños tibios	13	9
Ponerle paños fríos	23	16
Hacer friegas con alcohol	8	6
Dar aspirina	0	0
Dar paracetamol	43	30
Desabrigar	42	29
Otro	4	3
Total	58	100%

Tabla 19 / Gráfico 19:

Primera medida utilizada por los padres del estudio para bajar la fiebre.	N°	%
Ponerlo en una tina con agua tibia	2	4
Ponerlo en una tina con agua fría	0	0
Ponerle paños tibios	3	5
Ponerle paños fríos	2	3
Hacer friegas con alcohol	0	0
Dar aspirina	0	0
Dar paracetamol	25	43
Desabrigar	23	40
Otro	3	5
Total	58	100%

Tabla 20 / Gráfico 20:

Fuentes de información sobre medidas para el manejo de la fiebre en lactantes menores.	N°	%
El Médico	17	29
La Enfermera	16	27
El Técnico Paramédico	6	10
Otra persona	20	34
Total	58	100%

Tabla 21 / Gráfico 21:

Otras fuentes de información sobre medidas para el manejo de la fiebre.	N°	%
Mamá	8	40
Abuela	2	10
Entorno familiar	2	10
En forma autónoma	4	20
Esposa	2	10
Hermana	1	5
Curso auxiliar de enfermería	1	5
Total	58	100%

✓ **Tercera Parte:**

Tabla 22 / Gráfico 22:

Distribución porcentual según aplicación de Pauta Cotejo de control de temperatura Axilar y Rectal aplicada a los padres del estudio (HCVB, HGF, HQ)	N°	%
Axilar	13	22
Rectal	45	78
Total	58	100%

Tabla 23 / Gráfico 23:

Clasificación de resultados obtenidos tras aplicación de Pauta Cotejo Axilar en los padres del estudio (HCVB, HGF, HQ)	N°	%
Bueno	0	0
Regular	10	77
Malo	3	23
Total	13	100%

Tabla 24 / Gráfico 24:

Clasificación de resultados obtenidos tras aplicación de Pauta Cotejo Rectal en los padres del estudio (HCVB, HGF, HQ).	N°	%
Bueno	27	60
Regular	18	40
Malo	0	0
Total	45	100%

Tabla 25 / Gráfico 25:

Padres que realizan lavado de manos previo al control de temperatura axilar.	N°	%
Sí, se lava las manos	1	8
No se lava las manos	12	92
Total	13	100%

Tabla 26 / Gráfico 26:

Padres que realizan lavado de manos previo al control de temperatura rectal.	N°	%
Sí, se lava las manos	15	33
No se lava las manos	30	67
Total	45	100%

Tabla 27/ Gráfico 27:

Padres que verifican el estado del termómetro previo control de temperatura axilar.	N°	%
Sí, verifican el estado del termómetro	10	23
No verifican el estado del termómetro	3	77
Total	13	100%

Tabla 28 / Gráfico 28:

Padres que verifican el estado del termómetro previo control de temperatura rectal.	N°	%
Sí, verifican el estado del termómetro	34	76
No verifican el estado del termómetro	11	24
Total	45	100%

Tabla 29 / Gráfico 29:

Padres que permanecen junto al lactante menor durante el tiempo estimado con termómetro en posición correcta, durante 5 a 6 minutos.	N°	%
Sí, permanece el tiempo estimado	8	62
No permanece el tiempo estimado	5	38
Total	13	100%

Tabla 30 / Gráfico 30:

Padres que permanecen junto al lactante menor durante el tiempo estimado con termómetro en posición correcta, durante 1,5 a 3 minutos.	N°	%
Sí, permanece el tiempo estimado	40	89
No permanece el tiempo estimado	5	11
Total	45	100%

Tabla 31 / Gráfico 31:

Padres que realizan lavado de manos posterior al control de temperatura axilar.	N°	%
Sí, se lava las manos	1	8
No se lava las manos	12	92
Total	13	100%

Tabla 32 / Gráfico 32:

Padres que realizan lavado de manos posterior al control de temperatura rectal.	N°	%
Sí, se lava las manos	21	47
No se lava las manos	24	53
Total	45	100%

ANEXO 9: Tríptico Educativo "Fiebre en el Lactante Menor": Lo que usted debe saber acerca de la fiebre

Si la temperatura no disminuye con el baño, repítalo 1 vez más.

IMPORTANTE

4.- **Antipirético:** Si en cualquier momento la fiebre es **MAYOR A 38,5°C** se debe dar la dosis de **antipirético** indicada por el médico

Recontrole la temperatura a los 30 minutos.

5.- **Si la temperatura no desciende o aumenta, debe acudir a control médico URGENTE.**

No se debe bajar la fiebre de golpe, salvo en niños con antecedentes de convulsiones febriles o gran compromiso del estado de salud.

Recuerde

La fiebre es un mecanismo de defensa...

Evite que se transforme en su enemigo:

Contrólela y Manéjela a Tiempo

Fiebre en el Lactante Menor

Lo que usted debe saber acerca de la Fiebre

Alumnos de IV año Enfermería
Universidad de Valparaíso
Tesis 2008



¿Qué es la Fiebre?



Es la elevación anormal de la temperatura corporal como respuesta a la invasión de gérmenes.

La temperatura mide en Grados Celsius (°C)

¿Cómo medirla?

Para confirmar su presencia y medirla es importante utilizar el **Termómetro**.



A pesar de la diversidad de presentaciones, el termómetro de mercurio es el más confiable.

Clasificación

Se clasifica en rangos, que determinan su gravedad:

Fiebre	Axilar	Rectal
Leve	37,5 – 38°C	38 – 38,5°C
Moderada	38 – 38,5°C	38,5 – 39,5°C
Severa	Mayor a 39°C	Mayor a 39,5°C

Peligros

La fiebre suele acompañarse de múltiples síntomas como:

irritabilidad, dolor de cabeza, escalofríos, ojos llorosos y cansancio.



El Riesgo más importante ante la fiebre severa

es la **Convulsión**, la que puede causar daños cerebrales en su hijo.

¿Cómo controlar la Fiebre?

Si la fiebre es mayor a 37,5°C (axilar) ó 38°C (rectal) Ud. debe realizar las siguientes acciones:

1° **Desabrigar** al niño (dejar con pañal, pilucho y calcetines). Volver a controlar a los 20 minutos, si no ha descendido...



2° Colocar **paños tibios** en cuello, axila, guatita y entre pierna (ingle). Volver a controlar a los 30 minutos, si no ha disminuido...

3° Si la fiebre continúa, darle un **baño de agua tibia** en un máximo de 8 minutos, y vuelva a controlar la temperatura después de 15 minutos.

