

Dra. Ana Rodríguez Calvo, Dra. María Gabriela Rodríguez, Dra. Graciela Romero, Dr. Alejandro Siaba Serrate, Dr. Marcelo Terebiznik, Dr. Julio Trentadue, Dra. María Julia Vicario.

REFERENCIAS

1. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, et al (eds.). *World Report on Child Injury Prevention*. Geneva: WHO-UNICEF; 2008.
2. Arias López MDP, Boada N, Fernández A, Fernández AL, et al. Performance of the Pediatric Index of Mortality 3 Score in PICUs in Argentina: A Prospective, National Multicenter Study. *Pediatr Crit Care Med*. 2018; 19(12):e653-61.
3. Ibiebele I, Algert CS, Bowen JR, Roberts CL. Pediatric admissions that include intensive care: a population-based study. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1):264.
4. Namachivayam P, Shann F, Shekerdemian L, Taylor A, et al. Three decades of pediatric intensive care: Who was admitted, what happened in intensive care, and what happened afterward. *Pediatr Crit Care Med*. 2010; 11(5):549-55.
5. Dünser MW, Baelani I, Ganbold L. A review and analysis of intensive care medicine in the least developed countries. *Crit Care Med*. 2006; 34(4):1234-42.
6. Bastos PG, Knaus WA, Zimmerman JE, Magalhães A, et al. The importance of technology for achieving superior outcomes from intensive care. Brazil APACHE III Study Group. *Intensive Care Med*. 1996; 22(7):664-9.
7. Comité Nacional de Emergencias y Cuidados Críticos de la Sociedad Argentina de Pediatría, Capítulo Terapia Intensiva Pediátrica-Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Normas de categorización, organización y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intermedios Pediátricos en los establecimientos asistenciales. Parte I: Categorización - Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Nivel 1. *Arch Argent Pediatr*. 2014; 112(3):284-90.
8. Comité de Gestión, Calidad y EscORES SATI. Programa SATI-Q: una experiencia local en Quality Benchmarking. *Rev Argent Ter Intensiva*. 2016; 33(4):1-3.
9. Kochanek PM, Carney N, Adelson PD, Ashwal S, et al. Guidelines for the acute medical management of severe traumatic brain injury in infants, children, and adolescents--second edition. *Pediatr Crit Care Med*. 2012; 13(Suppl 1):S1-82.
10. Horvat CM, Mtaweh H, Bell MJ. Management of the Pediatric Neurocritical Care Patient. *Semin Neurol*. 2016; 36(6):492-501.
11. Argentina. Secretaría de Salud de la Nación. Listado Establecimientos de Salud Asentados en el Registro Federal (REFES). [Acceso: 17 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://datos.gob.ar/dataset/salud-listado-establecimientos-salud-asentados-registro-federal-refes>.
12. Argentina. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico: año 2013. 2015;11(4). [Acceso: 25 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/07/Serie11Nro14.pdf>.
13. Starr S. Survey research: we can do better. *J Med Libr Assoc*. 2012; 100(1):1-2.
14. Rosenberg DI, Moss MM, American Academy of Pediatrics Section on Critical Care, American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. Guidelines and levels of care for pediatric intensive care units. *Pediatrics*. 2004; 114(4):1114-25.

Encuesta sobre conocimiento, hábitos de prescripción y manejo de la fiebre en pediatras de un hospital pediátrico

Survey on knowledge, prescription habits, and management of fever among pediatricians at a children's hospital

Dr. Norberto D. Giglio^a, Dra. Natalia Talamona^a, Dra. Vanesa E. Castellano^a, Dra. Liliana Sabbaj^b y Dra. Ángela Gentile^a

- a. División Promoción y Protección de la Salud, Área de Epidemiología.
- b. Servicio de Consultorios Externos de Pediatría. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

Dr. Norberto D. Giglio: norbergiglio@gmail.com

Financiamiento: Este estudio recibió colaboración irrestricta del laboratorio Sanofi Aventis, utilizado para el material de las encuestas, y una beca educacional de la Dra. Natalia Talamona.

Conflicto de intereses: Los autores V. Castellano, N. Giglio, L. Sabbaj y Á. Gentile no recibieron honorarios para el proyecto. V. Castellano, N. Giglio y Á. Gentile han participado como disertantes de una conferencia auspiciada por el laboratorio Sanofi Aventis en un congreso nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Recibido: 23-4-2019

Aceptado: 28-10-2019

RESUMEN

Introducción. Existen discrepancias en el abordaje de la fiebre por parte de los pediatras. El objetivo fue describir conocimientos, hábitos de prescripción e indicaciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico de la fiebre por parte de los médicos de un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo, analítico, de corte transversal, realizado en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez durante 2018.

Resultados. Se realizaron 100 encuestas. El 37 % de los pediatras siempre indicaba medios físicos, mientras que el 54 %, ocasionalmente. El 68 % alternaba antitérmicos, aunque el 72 % consideraba que esta práctica aumentaba el riesgo de toxicidad. El 32% respondió que el tratamiento precoz disminuía el riesgo de convulsiones.

Conclusiones. Existen hábitos de prescripción e indicaciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico de la fiebre por parte de los pediatras con escasa evidencia de su eficacia.

Palabras clave: fiebre, antipiréticos, personal de salud, encuestas y cuestionarios.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.209>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.eng.209>

Cómo citar: Giglio ND, Talamona N, Castellano V, Sabbaj L, Gentile Á. Encuesta sobre conocimiento, hábitos de prescripción y manejo de la fiebre en pediatras de un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(3):209-213.

INTRODUCCIÓN

Si bien existe un número considerable de recomendaciones para el manejo de la fiebre,^{1,2} numerosos estudios describen discrepancias en el abordaje por parte de los pediatras.³⁻⁶ La ansiedad y la incertidumbre sobre la posible gravedad del cuadro que genera la fiebre, o fiebrefobia, origina consultas reiteradas, pedidos de alternancia o combinación de antitérmicos por parte de los padres.

Estas condiciones podrían explicar las discrepancias de tratamiento descritas. El objetivo de este estudio fue detallar conocimientos, hábitos de prescripción e indicaciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico de la fiebre por parte de los médicos de un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico, de corte transversal, desde agosto a octubre de 2018, a través de una encuesta voluntaria autoadministrada. Se incluyeron médicos pediatras del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Buenos Aires que realizaban atención ambulatoria en su práctica habitual, tanto pública como privada. Fueron excluidos aquellos pediatras que participaron

del desarrollo e implementación del protocolo y médicos que realizaban la Residencia en Pediatría.

Se realizó el muestreo por conveniencia según la disponibilidad del profesional. Con la validación previa de forma y contenido del cuestionario, mediante una prueba piloto de 10 pediatras, se recabaron datos demográficos, percepciones de riesgo/beneficio de tratar la fiebre y hábitos de prescripción de antitérmicos (ver *Anexo* en formato electrónico). Para la presentación de resultados, se realizó un análisis descriptivo que incluyó, para las variables cuantitativas, la media y mediana, y, para las categóricas, los porcentajes.

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Docencia e Investigación y del Comité de Ética en Investigación del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. En todos los casos, se obtuvo el consentimiento informado por escrito.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 100 encuestas; todos aceptaron participar. El 84 % de los pediatras fueron de sexo femenino, y la mediana de edad fue 35 años (rango intercuartílico –RIC–: 31-47). La media para los años de ejercicio profesional fue de 9,8 años, mediana de 5 años (RIC: de 1,5 a 18).

En cuanto al diagnóstico de fiebre, el 83 % (intervalo de confianza –IC– del 95 %: 74,6-89,4) de los pediatras lo consideraron con temperaturas de 38 °C o más; un 15 % (IC 95 %: 8,9-23,2), con valores entre 37,5 °C y 37,9 °C, y un 2 % (IC 95%: 0,3-6,4), con 37 °C. En cuanto al valor de temperatura para prescribir un antitérmico, el 75 % (IC 95 %: 65,8-82,7) informó que los indicaba a una temperatura promedio de 38 °C; un 15% (IC 95 %: 8,9-23,2), a partir de 37,8 °C; un 6 % (IC 95 %: 2,5-12), a partir de 37,5 °C; un 2 % (IC 95 %: 0,3-6,4), con 37,9 °C, y el restante 2 % (IC 95 %: 0,3-6,4), a partir de 37,7 °C. El 37 % (IC 95 %: 28-46,8) de los pediatras informó que siempre indicaba medios físicos, como baños o paños húmedos, para tratar la fiebre, mientras que el 54 % (IC 95 %: 44,1-63,6) los indicaba en algunas ocasiones.

En la *Tabla 1*, se describen los patrones de prescripción de antitérmicos, en los que se detallan los antifebriles prescritos según edad, hábitos de alternancia y/o combinación. En la *Tabla 2*, se indica el patrón de prescripción de antitérmico según el valor de fiebre. En la *Tabla 3*, se describen los objetivos terapéuticos y las creencias de los pediatras sobre el manejo de la fiebre.

En cuanto a las complicaciones que ocasionaba la fiebre, el 24 % (IC 95 %: 16,4-33,1) contestó que

podría dar convulsiones; el 41 % (IC 95 %: 31,7-50,9), deshidratación, y el 45 % (IC 95 %: 35,5-54,8), ningún daño. Cuando se les preguntó sobre el riesgo de convulsiones febriles, el 32 % (IC 95 %: 23,4-41,6) respondió que el tratamiento precoz disminuía el riesgo de padecer este cuadro; un 63 % (IC 95 %: 53,2-72) contestó que no lo disminuía, y un 5 % (IC 95 %: 1,8-10,7) lo desconocía.

Se analizó si se habían presentado diferencias en los años de recibidos y la alternancia de antifebriles, y no se obtuvieron diferencias significativas entre 10 o más años de pediatra y alternancia de antitérmicos (*odds ratio* –OR– 0,96; IC 95 %: 0,35-2,5); también entre 20 o más años de pediatra y alternancia de antitérmicos (OR 0,86; IC 95 %: 0,21-2,9).

TABLA 1. Prescripción de antitérmicos según la edad de los pacientes y hábitos de alternancia

Pediatras, n = 100		Porcentaje
Antitérmico prescrito*	≥ 6 meses:	
	Ibuprofeno	100 % (IC 95 %: 97-100)
	Dipirona	49 % (IC 95 %: 39,3-58,8)
	Paracetamol	18 % (IC 95 %: 11,4-26,4)
	< 6 meses:	
Paracetamol	100 % (IC 95 %: 97-100)	
Alternancia de antitérmico	Sí/a veces	68 %, (IC 95 %: 58,4-76,6)
	No	32 %, (IC 95 %: 23,4-41,6)
Tipo de antitérmico que alterna (n = 68)	Ibuprofeno/paracetamol	39 % (IC 95 %: 26,8-48,8)
	Ibuprofeno/dipirona	38 % (IC 95 %: 28,9-47,8)
	Paracetamol/dipirona	1 % (IC 95 %: 0,05-4,8)

* Pregunta multirrespuesta.

TABLA 2. Indicación de antitérmicos según el nivel de temperatura

Temperatura	38-38,5 °C	38,6-39 °C	> 39 °C
Paracetamol	30 (21,6-39,5)**	13 (7,4-20,7)	10 (5,2-17,1)
Ibuprofeno	88 (80,5-93,3)	93 (86,6-96,9)	79 (70,2-86,1)
Dipirona	10 (5,2-17,1)	24 (16,4-33,09)**	43 (33,5-52,8)**

El ibuprofeno ha sido el antitérmico más prescrito en los 3 niveles de temperatura de la tabla.

** Se aclara que, del total de los pediatras que prescribieron paracetamol, el número de los que lo preferían a temperaturas bajas fue estadísticamente significativo con relación a temperaturas más altas. Del total de los que prescribieron dipirona, el número de los que lo preferían a temperaturas más altas fue, de manera estadística, significativamente mayor cuando se comparó con las temperaturas más bajas.

TABLA 3. Objetivos del tratamiento antitérmico y consideraciones acerca de la alternancia de antipiréticos

Pediatras, n = 100		Porcentaje
Objetivo del tratamiento antitérmico*	Mejorar el confort.	94 % (IC 95 %: 89,9-97,5)
	Bajar la temperatura.	50 % (IC 95 %: 40,3-60,2)
	Evitar las complicaciones.	21 % (IC 95 %: 13,9-29,8)
¿Combinar o alternar antitérmicos aumenta el riesgo de toxicidad de efectos adversos?	Sí.	72 % (IC 95 %: 62,6-80,1)
	No.	19 % (IC 95 %: 12,2-27,6)
	No sé.	8 % (IC 95 %: 3,8-14,6)
¿Considera que alternar antitérmicos ayuda a calmar la ansiedad de los padres?	Sí.	78 % (IC 95 %: 69-85,3)
	No.	6 % (IC 95 %: 2,47-12,1)
	No sé.	16 % (IC 95 %: 9,7-24,2)
¿Considera que la indicación de antibióticos ayuda a calmar la ansiedad de los padres?	Sí.	64 % (IC 95 %: 54,2-73)
	No.	20 % (IC 95 %: 13-28,7)
	No sé.	16 % (IC 95 %: 9,7-24)

* Pregunta multirrespuesta.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran que una proporción relevante de los pediatras tratan la fiebre sobre la base de prácticas y percepciones de riesgo que difieren de la mayoría de las recomendaciones de tratamiento. Por ejemplo, del 68 % de los pediatras que alternan antitérmicos, más de un tercio utilizan antifebriles con el mismo mecanismo de acción y toxicidad. Entonces, ¿por qué la mayoría de los pediatras continúan alternando antitérmicos si esta práctica ya fue descrita en nuestro medio y existe una advertencia sobre los riesgos de toxicidad?^{3,7,8}

Algunas cuestiones, como la discordancia entre las recomendaciones de diferentes asociaciones y agencias que describen Chiappini y col.,⁵ en su revisión, así como la percepción de bajo riesgo de toxicidad asociado a la alternancia por parte de los pediatras, podrían explicar esta conducta. Por ejemplo, algunas publicaciones del Comité de Drogas de la Academia Americana de Pediatría no la contraindican, al basarse en el postulado de que no existe suficiente evidencia para refutar o aceptar esta práctica.⁹ En ese sentido, el *National Institute for Health and Care Excellence* de Inglaterra¹ y el Departamento de Salud Pública de Australia¹⁰ recomiendan la alternancia, pero solo en los casos de falla de tratamiento con la monoterapia, con el objetivo de mejorar el estado general del paciente. Finalmente, la Academia Americana de Medicina Familiar, las guías italianas, sudafricanas y de Nueva Gales del Sur no recomiendan esta última práctica por el potencial riesgo de toxicidad. Por este motivo, la mayoría de los autores aceptan que no se cuenta con evidencia necesaria para promover la alternancia y se recomienda la monoterapia como primera línea de tratamiento.^{5,9}

Por el contrario, dada la baja incidencia de eventos adversos graves asociados a los antitérmicos, los pediatras podrían considerar *a priori* que la alternancia es una prescripción de bajo riesgo. De todas formas, esta potencial evaluación de bajo riesgo resulta insuficiente, posiblemente, debido a que la mayoría de los estudios con antifebriles tienen como objetivo evaluar la eficacia y, por lo tanto, no cuentan con el poder suficiente para detectar efectos adversos graves y poco frecuentes relacionados con la alternancia.

En cuanto al uso de medios físicos y su cuestionada efectividad, también nuestros resultados son similares a los publicados por otros autores. Por ejemplo, Melamud y col.,³ describen,

en su cuestionario, un 96 % de utilización; Chiappini y col.,¹¹ muestran que el 78,5 % de los pediatras indicaban medios físicos, y García Puga y col.,⁴ que el 93,6 % recomendaban el baño térmico o paños fríos. Straface y col.,¹² describen que un 47 % de los pediatras utilizan paños fríos.

Si bien no ha sido el objetivo de este estudio demostrar qué factores podrían predisponer a los pediatras a continuar indicando medios físicos, es posible que se deba al bajo riesgo de esta práctica, al desconocimiento de las recomendaciones actuales o que esté relacionado con los requerimientos de los padres, condición que podría disminuir su ansiedad. En relación con la percepción de riesgo de la fiebre, está demostrado que los antitérmicos no son útiles para prevenir las convulsiones febriles. Un 32 % de los pediatras respondió que se podían prevenir, hecho que también podría justificar un sobreuso de la medicación. Mayores proporciones sobre esta percepción en los profesionales de la salud fueron publicadas por otros autores sobre la base de la misma pregunta.^{6,13,14} Finalmente, algunas de estas estrategias de manejo de la fiebre caracterizadas como de riesgo o ineficaces podrían estar influenciadas con la ansiedad de los padres frente al niño febril.

En cuanto a la preferencia sobre cómo se prescriben los antitérmicos, del total de los pediatras que indicaron paracetamol, el número de los que lo preferían a temperaturas bajas fue estadísticamente significativo con relación a temperaturas más altas. Del total de los que prescribieron dipirona, el número de pediatras que lo preferían a temperaturas más altas fue, de manera estadística, significativamente mayor cuando se comparó con las temperaturas más bajas. La preferencia por el uso de dipirona con valores de temperatura elevada podría justificarse con que se mantuvo la normotermia por mayor tiempo en ensayos clínicos.¹⁵ Respecto del uso de ibuprofeno, el patrón de prescripción de este medicamento no mostró una tendencia clara en relación con el valor de temperatura y fue el antitérmico más usado. Estos últimos resultados fueron diferentes a los de Straface y col.¹² donde el paracetamol fue el antitérmico más utilizado.

Por último, existe una clara diferencia en el patrón de prescripción de estos fármacos en los niños menores de 6 meses, en los que se indica solo el paracetamol [Ministerio de Salud, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Disposición N° 5306 (2017)]. Esta conducta

puede relacionarse con los prospectos de los fármacos más usados en la Argentina, en los que se aclara que no se ha establecido la seguridad del ibuprofeno en los menores de 6 meses y que el paracetamol se puede usar desde el nacimiento [Ministerio de Salud, ANMAT). Disposición N° 1459 (2017)].

Establecer asociaciones entre factores que condicionan los hábitos de prescripción descritos no ha sido el objetivo de este trabajo. De todas formas, los hallazgos observados plantean el desarrollo de nuevas investigaciones para confirmar o refutar nuestras hipótesis, como, por ejemplo, el desarrollo de un estudio de utilización de medicamentos que permita establecer asociaciones entre los hábitos de prescripción y los factores asociados.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio revela que existen hábitos de prescripción e indicaciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico de la fiebre por parte de los pediatras con escasa evidencia de su eficacia. ■

REFERENCIAS

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fever in under 5s: assessment and initial management. 2017. [Acceso: 1 de marzo de 2019]. Disponible en: [guidance.nice.org.uk/cg160](https://www.nice.org.uk/cg160).
2. Bruno M, Ellis A, Ferolla M, De Cristofano A, et al. Consenso para el uso adecuado de antibióticos en el niño menor de 36 meses con fiebre sin foco de infección evidente. *Arch Argent Pediatr*. 2017; 115(Supl 2):S27-37.
3. Melamud A, Suwezda A, Matamoros, Ringuet L. Indicación de antitérmicos por médicos pediatras. Internet como modalidad de recolección de datos. *Arch Argent Pediatr*. 2008; 106(5):404-8.
4. García Puga JM, Garrido Torrecillas FJ, Hernández Morillas D, Castillo Díaz L, et al. Análisis del conocimiento y manejo de la fiebre por parte de pediatras y residentes en relación a un proceso asistencial establecido. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012; 14(54):115-26.
5. Chiappini E, Bortone B, Galli L, De Martino M. Guidelines for the symptomatic management of fever in children: systematic review of the literature and quality appraisal with AGREE II. *BMJ Open*. 2017; 7(7):e015404.
6. Martins M, Abecasis F. Healthcare professionals approach pediatric fever significantly different ways and fever phobia is not just limited to parents. *Acta Paediatr*. 2016; 105(7):829-33.
7. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: Is this an alternative? *Pediatrics*. 2000; 105(5):1009-12.
8. Heubi JE, Barbacci MB, Zimmerman HJ. Therapeutic misadventures with acetaminophen: Hepatotoxicity after multiple doses in children. *J Pediatr*. 1998; 132(1):22-7.
9. Wong T, Stang A, Ganshorn H, Hartling L, et al. Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Evid Based Child Health*. 2014; 9(3):675-729.
10. South Australian Child Health Clinical Network. Fever without a focus in infants and children excluding the newborn. 2013. [Acceso: 28 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/812ad70040d041b4972cbf40b897efc8/Fever+without+Focus_Apr2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-812ad70040d041b4972cbf40b897efc8-mOXZyOF.
11. Chiappini E, Parretti A, Becherucci P, Pierattelli M, et al. Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC Pediatr*. 2012; 12:97.
12. Straface R, Balco R, Magariños M, Rueda M, et al. Conocimientos, creencias y conductas de padres y pediatras frente al niño febril de 1 a 24 meses de edad. *Arch. Arg. Pediatr*. 2001;99(6):1-18.
13. Dong L, Jin J, Lu Y, Jiang L, et al. Fever phobia: a comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient department in a children's hospital in China. *BMC Pediatr*. 2015; 15:163.
14. Piñeiro Pérez R, García Montalvo J, Sanz González P, Falomir Carrasco R, et al. Fiebre-fobia nosocomial: un miedo contagioso. *Acta Pediatr Esp*. 2017; 75(9-10):88-95.
15. Wong A, Sibbald A, Ferrero F, Plager M, et al. Antipyretic effects of dipyrrone versus ibuprofen versus acetaminophen in children: results of a multinational, randomized, modified double-blind study. *Clin Pediatr (Phila)*. 2001; 40(6):313-24.

ANEXO
ENCUESTA ANÓNIMA

1. Sexo: 1. F. 2. M.
2. Edad: _____
3. ¿Cuántos años de pediatra tiene desde que terminó la residencia? _____
4. ¿Qué valor de temperatura considera fiebre? _____
5. ¿Utiliza antitérmicos con un valor determinado de temperatura? ¿Cuál? _____
6. ¿Indica medios físicos para bajar la temperatura?
1. Siempre. 2. A veces. 3. Nunca.
7. Medio/s físico/s utilizado/s: 1. Paños con alcohol. 2. Paños de agua.
3. Baño de agua tibia. 4. Baño de agua fría. 4. Otros: _____

8. ¿Qué antitérmico prescribe, según sus preferencias, a sus pacientes?

	Menor de 6 meses	A partir de los 6 meses
Paracetamol		
Ibuprofeno		
Dipirona		
Otro		

9. ¿Qué antitérmico prescribe, según sus preferencias, de acuerdo con la temperatura de sus pacientes?

	38-38,5 °C	38,5-39 °C	Más de 39 °C
Paracetamol			
Ibuprofeno			
Dipirona			
Otro			

10. ¿Cuál es el intervalo entre dosis que indica?: _____
 11. ¿Alterna antipiréticos (los administra con intervalos entre ambos) cuando sus pacientes tienen fiebre?
1. Sí. 2. No. 3. A veces.
 12. ¿Cuáles son los antitérmicos que alterna con mayor frecuencia (1 o más)?
1. Paracetamol/dipirona. 2. Ibuprofeno/paracetamol. 3. Ibuprofeno/dipirona
4. Otros: _____.
 13. ¿Considera que alternar antitérmicos ayuda a calmar la ansiedad de los padres?
1. Sí. 2. No. 3. No sé.
 14. ¿Considera que la indicación de antibióticos ayuda a calmar la ansiedad de los padres?
1. Sí. 2. No. 3. No sé.
 15. ¿Combinar o alternar antitérmicos aumenta el riesgo de toxicidad de efectos adversos?
1. Sí. 2. No. 3. No sé.
 16. ¿El tratamiento precoz disminuye el riesgo de convulsiones febriles?
1. Sí. 2. No. 3. No sé.
 17. ¿Cuál es el objetivo que busca cuando prescribe antitérmicos? (Puede indicar una o más opciones):
1. Bajar la temperatura.
2. Evitar las complicaciones de la fiebre.
3. Mejorar el confort de su paciente.
4. No sé.
 18. ¿Cuáles son los daños que ocasiona la fiebre? (Puede indicar una o más opciones):
1. Daño cerebral. 2. Convulsiones. 3. Muerte.
4. Deshidratación. 5. Ninguno. 6. No sé.
-