



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2023

**ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES Y
FAMILIAS ANTE LA FIEBRE EN LOS NIÑOS**

Francisco Vicens Blanes



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2023

**Programa de Doctorado en Investigación
Traslacional en Salud Pública y Enfermedades
de Alta Prevalencia**

**ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES Y
FAMILIAS ANTE LA FIEBRE EN LOS NIÑOS**

Francisco Vicens Blanes

Director: Dr. Jesús Molina Mula
Directora: Dra. Rosa Miró Bonet
Tutor: Dr. Jesús Molina Mula

Doctor por la Universitat de les Illes Balears

*A Raquel, Federico y M.^a Luisa por formar parte inseparable e
imprescindible del camino que me ha llevado hasta aquí.*

Agradecimientos

La finalización de esta tesis es un logro dentro de mi proceso de aprendizaje que se inicia desde antes de comenzar este trabajo y continua más allá de haberlo terminado.

Sin embargo, nadie camina solo; la compañía, ayuda y cercanía de otros es necesaria para poder avanzar.

Para empezar, quiero destacar el papel fundamental que han tenido y tienen mis directores, Jesús y Rosa, sus conocimientos me han enriquecido no solo desde el punto de vista académico sino también humano. Me siento afortunado de haber sido su doctorando.

Estoy agradecido a los compañeros y compañeras del Departamento de Enfermería y Fisioterapia, pues me han acogido como a uno más. Especialmente a aquellos/as con los/las que he compartido y comparto más momentos. Estas personas son quienes hacen que sea un placer cruzar las puertas del edificio, subir las escaleras para compartir trabajo, conversaciones, cafés y experiencias.

Gracias a los/las compañeros/as con los que he tenido el placer de colaborar en la tarea docente. Delia, Guillem y Antonio; han hecho que combinar la docencia con la realización de la tesis haya sido agradable y menos complicado. En este aspecto ha sido muy importante Esperanza, cuyas enseñanzas me han ayudado a afrontar las clases magistrales, los seminarios y la gestión de la asignatura con seguridad.

Gracias a Sonia por hacer una lectura y revisión del documento final que me ha ayudado a corregir pequeños errores que había pasado por alto.

Agradezco tanto al Hospital Son Llàtzer como a la Gerencia de Atención Primaria el acceso a los servicios de pediatría y a las participantes.

Valoro la siempre buena disposición y el buen recibimiento de las enfermeras que han participado, sin ellas no habría sido posible llevar a cabo este trabajo.

También han sido fundamentales las profesionales que formaban parte del equipo investigador: Francisca Raquel, Aina y Marilén. Gracias a las tres por vuestra ayuda e implicación con el proyecto.

Por último, quiero agradecer a Raquel su acompañamiento sincero durante años en un trayecto complicado, su amor y su cariño han sido el camino que ha guiado mis pasos. Sin la fuerza y la felicidad que me ha transmitido no sé si hubiera sido capaz de afrontar las circunstancias, cuya superación me ha llevado a poder iniciar y finalizar este trabajo.

Listado de abreviaturas

- EIR** Enfermero Interno Residente
- TCAE** Técnico en cuidados auxiliares de enfermería
- NICE** *the National Institute for Health and Care excellence*
- CEI-IB** Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares
- COIBA** Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares
- JCR** *Journal Citation Reports*
- PRISMA** *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
- PROSPERO** *International prospective register of systematic reviews*
- DECS** Descriptores en Ciencias de la Salud
- MESH** *Medical Subject Headings*
- CASPE** Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español
- FLC** Fichas de lectura crítica
- SD** Desviación típica
- SMD** Diferencias de medias estandarizadas
- CI** Intervalo de confianza
- FMK** *Fever Management Knowledge*
- FMA** *Fever Management attitudes*
- FMP** *Fever Management perceptions*
- SRQR** *Standards for Reporting Qualitative Research*

Índice

Resumen.....	15
Resum.....	17
Abstract.....	19
1. Introducción.....	23
1.1. Punto de partida. Reflexividad y posicionalidad.....	23
1.2. Contextualización.....	28
1.3. Los cuidados a los niños con fiebre. ¿Qué dice la literatura?.....	30
1.4. Justificación. ¿Por qué es interesante profundizar en el punto de vista de padres y profesionales sobre la fiebre en los niños?	38
2. Perspectiva teórica.....	43
2.1. Orientación etnometodológica.....	43
2.2. Pluralismo teórico.....	46
2.2.1. Construcción del currículo formativo	46
2.2.1.1. Cultura de centro.....	52
2.2.1.2. Aprender a memorizar o a reflexionar	55
2.2.2. Educación bancaria	56
2.2.3. Observación de “modelos” de conducta en el aprendizaje ..	58
2.2.3.1. Incentivos en la generación de conductas.....	62
2.2.3.2. Determinismo recíproco en el aprendizaje social	64
3. Metodología	69
3.1. Objetivos.....	69
3.1.1. Objetivo General	69
3.1.2. Objetivos Específicos	69

3.2. Revisiones sistemáticas	70
3.3. Análisis discursivo de los cuidados enfermeros hacia la fiebre infantil y sus diferencias contextuales: Un estudio etnometodológico.	74
3.3.1. Diseño	74
3.3.2. Perspectiva teórica	75
3.3.3. Participantes.....	76
3.3.4. Recogida y análisis de los datos	78
3.3.5. Rigor.....	80
3.3.5.1. Diario de campo.....	82
3.3.6. Consideraciones éticas	85
4. Resultados	89
5. Discusión.....	93
6. Conclusiones.....	109
6.1. Consideraciones finales	109
6.2. Impacto científico social y profesional	111
6.3. Transferencia del conocimiento a la sociedad	113
6.4. Futuras líneas de investigación.....	114

Bibliografía	117
Anexo I. Guion de las entrevistas	129
Anexo II. Infografía para planta de hospitalización	131
Anexo III. Infografía para urgencias hospitalarias	132
Anexo IV. Infografía para atención primaria.....	133
Anexo V. Aprobación del comité de ética de la investigación de las Islas Baleares	134
Anexo VI. Aprobación de la comisión de Investigación del Hospital Son Llàtzer.....	137
Anexo VII. Aprobación de la comisión de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca	138
Anexo VIII. Conformidad de la jefa de servicio de pediatría del Hospital Son Llàtzer.....	139
Anexo IX. Aceptación de financiamiento	140
Anexo X. Hoja de Información al participante	141
Anexo XI. Consentimiento informado.....	144

Resumen

Introducción: La fiebre es la respuesta fisiológica del organismo al activar el sistema inmunitario y combatir una infección, es un proceso controlado que no supera niveles potencialmente letales de temperatura. Las últimas recomendaciones para el cuidado del niño febril afirman que se debería tratar la fiebre según el malestar y no la cifra de temperatura. Pese a estas recomendaciones la literatura publicada describe miedos irracionales ante el aumento de temperatura tanto en profesionales de la salud como en las familias. La literatura también sugiere que la forma en que los/las profesionales de la salud cuidan del niño con fiebre puede verse influida por su disciplina y por las características contextuales del servicio donde trabajan, además su concepto de fiebre puede condicionar los cuidados que proveen los padres a sus hijos. Las enfermeras son profesionales muy próximas a las familias y el cuidado de los niños con fiebre es una parte fundamental de su trabajo como enfermeras pediátricas, poner el foco en esta actividad puede tener un impacto relevante en su práctica diaria y en el cuidado de los niños y las familias.

Objetivo: Analizar la construcción del concepto de fiebre infantil por parte de enfermeras que trabajan en servicios pediátricos en los contextos de atención primaria, hospitalización y urgencias hospitalarias.

Método: Se realizan dos revisiones sistemáticas y un estudio de campo cualitativo etnometodológico. Una de las revisiones tiene como finalidad el análisis de las percepciones, conocimientos y actitudes de los/as profesionales de la salud ante la fiebre infantil, así como evaluar la efectividad de programas educativos para enfermeras. La otra revisión corresponde a un análisis de estudios cualitativos con la finalidad de examinar las percepciones, conocimientos y actitudes de los padres ante la fiebre infantil. El estudio de campo consiste en un estudio cualitativo etnometodológico que analiza los discursos de enfermeras de atención primaria, hospitalización y urgencias hospitalarias, a partir de entrevistas en profundidad, para conocer las percepciones, conocimientos y actitudes de estas profesionales hacia la fiebre en los niños.

Resultados: La primera revisión evidenció que los/las profesionales de la salud sobreestiman y sobretratan el signo de la fiebre en los niños,

debido a los miedos que les genera. Los programas educativos a enfermeras presentaban un alto riesgo de sesgos y su efectividad no puede ser afirmada. La segunda revisión muestra como los padres sienten una necesidad urgente en disminuir la temperatura de su hijo/a con fiebre, siendo la cifra de temperatura el principal indicador de gravedad. Los padres son los observadores principales de las conductas que tienen los/las profesionales de la salud con sus hijos/as, por lo que la información que les transmiten es crítica para los cuidados realizados en el hogar y el uso que hacen del sistema sanitario. El análisis de los discursos de las enfermeras sobre la fiebre en los niños, en los tres contextos estudiados, dio como resultado las categorías de: conocimiento estático y número céntrico; actitudes enfermeras dependientes; y enfermeras modelos inconscientes.

Conclusión: Los conocimientos de las enfermeras en base a la fiebre en el niño están poco actualizados y el uso de antipiréticos tiene un papel fundamental en el cuidado para la disminución de la temperatura. Las enfermeras desarrollan unas competencias u otras dependiendo del contexto donde se desarrolle su actividad. En el contexto hospitalario se ha mecanizado la atención a la fiebre en el niño y las enfermeras responden a una temperatura igual o superior a los 38°C, disminuyéndola. Las enfermeras de atención primaria describen menos ansiedad hacia una cifra de temperatura establecida, pero el miedo general a la temperatura no desaparece. Las relaciones que se establecen entre médicos y enfermeras durante el cuidado del niño con fiebre, responden a la cultura del centro sanitario donde trabajen. Las participantes perciben diferencias entre disciplinas que surgen principalmente de la forma de entender el cuidado al niño con fiebre y la situación de salud. En la relación de las enfermeras con las familias hay que destacar las similitudes entre los miedos y creencias que las enfermeras expresan de sí mismas y lo que perciben en los padres.

Resum

Introducció: La febre és la resposta fisiològica de l'organisme al activar el sistema immunitari i combatre la infecció, es un procés controlat que no supera nivells potencialment letals de temperatura. Les darreres recomanacions per a la cura del nin febril afirmen que s'hauria de tractar segons el malestar i no la xifra de temperatura. A pesar d'aquestes recomanacions la literatura descriu pors irracionals front a l'augment de temperatura, tant per part dels professionals de la salut, com a les famílies. La literatura també suggereix que la forma en la que els professionals tenen cura del nin amb febre es pot veure influenciada per la seva disciplina i per les característiques contextuals del servei on fan feina, a més el seu concepte de febre pot condicionar les cures que els pares donen als seus fills. Les infermeres son professionals pròxims a les famílies, i la curadels nins amb febre és una part fonamental de la seva feina com infermeres pediàtriques, posar el focus a n'aquesta activitat pot tenir un impacte rellevant a la seva pràctica diària i a la cura dels nins i les famílies.

Objectiu: Analitzar la construcció del concepte de febre infantil per part d'infermeres que fan feina a serveis pediàtrics als contextos d'atenció primària, hospitalària i urgències hospitalàries.

Metodologia: Es duen a terme dues revisions sistemàtiques i un estudi de camp qualitatiu etnometodològic. Una de les revisions té com a finalitat l'anàlisi de les percepcions, coneixements i actituds dels professionals sanitaris front la febre infantil, i evaluar l'efectivitat de programes educatius per infermeres. L'altre revisió és un anàlisi d'estudis qualitatiu amb la finalitat d'examinar les percepcions, coneixements i actituds dels pares front la febre infantil. L'estudi de camp és un estudi qualitatiu etnometodològic que analitzar els discursos d'infermeres d'atenció primària, hospitalització i urgències hospitalàries, a partir d'entrevistes en profunditat, per conèixer les percepcions, coneixements i actituds d'aquestes professionals envers la febre als nins.

Resultats: La primera revisió va evidenciar que els professionals de la salut sobreestimen i sobretracten el signe la febre en els nins, degut a les pors que els hi genera. Els programes educatius per infermeres presentaven un alt risc de biaix i la seva efectivitat no pot ser afirmada.

La segona revisió mostra com els pares senten una necessitat urgent de disminuir la temperatura del seu fill amb febre, sent la xifra de temperatura el principal indicador de gravetat. Els pares són els observadors principals de les conductes que tenen els professionals de la salut amb els seus fills, pel que la informació que els hi transmeten és crítica per a les cures que es duen a terme a casa i el ús que fan del sistema sanitari. L'anàlisi dels discursos de les infermeres envers la febre als nins, en els tres contextos estudiats, dona com a resultat les següents categories: coneixement estàtic i número-cèntric; actituds infermeres dependents, i infermeres models inconscients.

Conclusió: Els coneixements de les infermeres en relació a la febre en els nins estan poc actualitzats i l'ús d'antipirètics té un paper fonamental a la disminució de la temperatura. Les infermeres desenvolupen unes competències o d'altres depenent del context on es desenvolupa la seva activitat. Al context hospitalari s'ha mecanitzat l'atenció a la febre al nin i les infermeres responen a una temperatura igual o superior a 38°C, disminuint-la. Les infermeres d'atenció primària descriuen menys angoixa cap a una xifra de temperatura establerta, però la por general a la temperatura no desapareix. Les relacions que s'estableixen entre metges i infermeres durant la cura del nin amb febre, responen a la cultura del centre sanitari on treballen. Les participants perceben diferències entre disciplines que sorgeixen principalment de la forma d'entendre la cura del nin amb febre i la situació de salut. A la relació de les infermeres amb les famílies cal destacar les similituds entre les pors i creences que les infermeres expressen de sí mateixes i el que perceben els pares.

Abstract

Introduction: Fever is the body's physiological response to activate the immune system and fight an infection, it is a controlled process that does not exceed potentially lethal levels of temperature. The latest recommendations for the care of febrile children state that fever should be treated according to discomfort and not to a given temperature figure. Despite these recommendations, the published literature describes irrational fears of rising temperatures in both health professionals and families. The literature also suggests that the way in which health professionals care for children with fever can be influenced by their discipline, and by the contextual characteristics of the service where they work. Additionally, professionals' concept of fever can influence the care that parents provide to their children. Nurses are professionals who are very close to families, and fever care in children is a fundamental part of their work as pediatric nurses. Focusing on this activity can have a relevant impact on their daily practice and on the care of children and families.

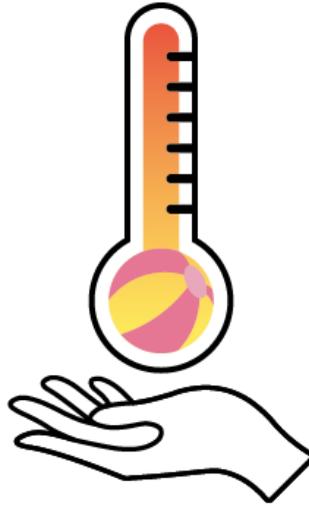
Objective: To analyse the construction of the childhood fever's concept by nurses working in pediatric services in the contexts of primary care, hospitalization and hospital emergencies.

Methodology: Two systematic reviews and a qualitative ethnomethodological field study are carried out. One of the reviews aims at analysing the perceptions, knowledge and attitudes of health professionals regarding childhood fever and to evaluate the effectiveness of educational programs for nurses. The other review is an analysis of qualitative studies with the purpose of examining the perceptions, knowledge and attitudes of parents towards childhood fever. The field study is a qualitative ethnomethodological study that analyses the discourses of nurses at primary care, hospitalization and hospital emergency, based on in-depth interviews, to learn about the perceptions, knowledge and attitudes of these professionals towards fever in children.

Results: The first review showed that health professionals overestimate and over-treat the presence of fever in children, due to fear. The educational programs for nurses presented a high risk of bias and their effectiveness cannot be confirmed. The second review shows how

parents feel an urgent need to reduce the temperature of their child with fever, with the temperature figure being the main indicator of severity. Parents are the main observers of the behaviour that health professionals have towards their children. Therefore, the information that professional transmit to parents is critical for the care provided at home and the use they make of the health system. The analysis of the nurses' discourses about fever in children, in the three contexts studied, lead to the definition of the following categories: static knowledge and centric number; attitudes dependent nurses and unconscious model nurses.

Conclusion: The knowledge of nurses regarding fever is not up-to-date and the use of antipyretics has a fundamental role in the care for lowering the temperature. Depending on the context where the nursing activity takes place, the professionals develop some competencies or others. In the hospital context, fever care in children has been mechanized, and nurses respond to a temperature equal to or higher than 38°C, attempting to reduce it. Primary care nurses describe less anxiety towards a given temperature number, but the general fear of temperature does not go away. The relationships that are established between doctors and nurses during the care of the child with fever, respond to the culture of the health centre where they work. The study participants perceive differences between disciplines related with the way of understanding the care of children with fever and the health situation. In the relationship between nurses and families, it is necessary to highlight the similarities between the fears and beliefs that nurses express about themselves and what they perceive from the parents.



Capítulo 1

Introducción

1. Introducción

En este capítulo, el cual abre esta tesis, relato mi reflexividad y posicionamiento como investigador cualitativo y el aprendizaje que ha supuesto la realización de este trabajo. También contextualizo el entorno en el que se realiza el estudio de campo y explico qué es lo que dice la literatura científica sobre las percepciones, conocimientos y actitudes de los/las profesionales de la salud y las familias acerca de la fiebre en los niños.

1.1. Punto de partida. Reflexividad y posicionalidad

Comienzo la introducción a esta tesis con este apartado de reflexividad y posicionalidad. Este apartado está escrito en primera persona para acercarme a las ideas personales que voy a exponer.

Comenzó mi inmersión en la forma de entender el fenómeno de la fiebre en los niños hace aproximadamente 4 años y a su vez se inició también mi faceta investigadora dentro de la disciplina enfermera.

Previamente a iniciar este paso estuve 2 años formándome como EIR (Enfermero Interno Residente). Mi compañera de promoción y yo fuimos los primeros EIR de la especialidad pediátrica en Mallorca concretamente en la Unidad Docente Multidisciplinar de Pediatría.

En el momento de elección de hospital de referencia tuve la oportunidad de escoger entre dos hospitales, por una parte, Hospital Universitario Son Espases y, por otra el Hospital Universitario Son Llàtzer. Esta segunda opción fue finalmente mi elección.

La formación durante esos dos años fue dura e intensa. Ser el primero en transitar el camino del residente en enfermería pediátrica en esas unidades no estuvo exento de dificultades. Sin embargo, esas dificultades me hicieron crecer y mejorar como profesional y como persona.

Todo lo que aprendí durante la residencia no se puede medir, lo considero algo clave en mi formación y algo completamente diferencial frente a otros/otras profesionales. La residencia me permitió conocer todos los contextos y unidades que atienden a los niños: unidades de hospitalización, de urgencias, neonatales, cirugías, oncología, hospital de día, cuidados paliativos, salud mental, atención primaria...

Además, a todo lo anterior hay que añadir que la selección de hospital influyó en el hecho de conocer las diferentes formas de actuar de los /las profesionales en ambos hospitales. Esto es debido a que al haber escogido un hospital más pequeño las rotaciones más especializadas las realizaba en el hospital de referencia.

La rotación por tantas unidades y, a su vez entre hospitales, permitió enriquecer mis conocimientos y percepciones en gran medida. Aprender de las diferentes formas de actuar en las unidades y las peculiaridades de los niños y familias de cada contexto, me llevó a interrelacionar conceptos y a trasladar conocimientos de un lugar a otro, ya no eran compartimentos estancos en mi mente, sino que se relacionaban y se extrapolaban a otras situaciones.

Cuando llegué al final del largo y duro camino que supuso la residencia y sabiendo que el título de especialista en enfermería vía EIR me permitía acceder a la matrícula como doctorando, me planteé seguir adelante con una carrera docente e investigadora.

Así pues, inicié este camino partiendo de una formación profesionalizante y teniendo muchas nociones sobre la práctica clínica asistencial, pero nociones sobre investigación muy básicas y únicamente con un punto de vista cuantitativo.

Cuando barajaba diferentes temas relacionados con los niños y el cuidado enfermero que pudieran ser novedosos e influyentes en la práctica diaria, la fiebre infantil era el que más me atraía.

La fiebre en los niños es algo transversal a todos los niños, familias, situaciones y profesionales de la salud que trabajan en pediatría. Siempre me había llamado la atención ese choque entre aquellos conocimientos teóricos que aprendí basados en que la fiebre es un mecanismo de defensa y como la actuación dentro del sistema sanitario era eliminarla siempre que estuviera presente.

Mi propia actuación como enfermero antes de plantearme la realización de este proyecto era tratar la fiebre cuando pasaba de 38°C y aunque aparecía en mi mente la duda en ocasiones del por qué, la rutina diaria y la sistematización de los cuidados reducían ese conflicto.

Poco a poco y con ayuda de mis directores, primero Jesús y posteriormente también con Rosa, fui entrando en el mundo de la investigación.

La primera intención era explorar el concepto de fiebre en los profesionales de la salud, tanto en lo médicos como en las enfermeras.

Así pues, el primer paso fue la realización de una revisión sistemática enfocada a cómo los profesionales de la salud entienden la fiebre. No fue sencillo completar con éxito este primer artículo, pero gracias a la perseverancia y al apoyo de mi director se logró terminar.

Si bien es cierto que aprendí mucho de esta primera incursión en el mundo de la investigación, la lectura de muchos artículos y las revisiones de mi director, así como las de los revisores de las revistas, me ayudaron a aprender de mis errores.

Posteriormente, conversaciones con mi directora, me llevaron a la conclusión de que también sería necesario conocer cuál es el punto de vista de las familias para así poder comparar y analizar con más rigor los resultados.

Para conocer lo que la literatura publicada decía sobre el punto de vista de los padres ante la fiebre, fue necesario realizar otra revisión enfocada en las familias. Cuando llevé a cabo esta segunda revisión todo lo aprendido con anterioridad me sirvió para afrontarla con muchos más conocimientos y menos dificultades.

El siguiente paso fue la confección del proyecto de investigación titulado “Análisis de los conocimientos y actitudes de los/las profesionales y familias ante la fiebre en los niños”.

Se constituyó un equipo investigador en el que se añadieron profesionales que trabajaban en los contextos a estudiar: dos enfermeras y una pediatra. Gracias a su disposición he conseguido acceder a los participantes del estudio.

Acordamos que para la consecución de los objetivos del proyecto lo más adecuado era un abordaje desde una metodología cualitativa. Por lo que

me aparecía una nueva dificultad, conseguir una mirada al fenómeno desde la postura de un investigador cualitativo.

Inicié en este momento y por primera vez un trabajo de campo desde una metodología cualitativa y con ello un proceso transformador en mi forma de percibir y analizar los datos.

Cuando el lector comience a leer esta tesis debe tener en cuenta aquellos determinantes que, condicionan mi postura como investigador de este fenómeno y que sin duda están presentes en mi forma de adentrarme en los datos y analizarlos.

Mi formación eminentemente clínica, el hecho de haber formado parte del mismo grupo social de las participantes entrevistadas y haber sido compañero de algunas de ellas, en los mismos contextos, es algo que me influye en la forma de estudiar este fenómeno.

Estas dos circunstancias me aproximan a los discursos que expresan las participantes, no me siento ajeno a ellos, sino que son muy similares a mi propia experiencia cuidando a niños con fiebre. De hecho, mi manejo de la fiebre era el mismo que el que las enfermeras expresan en este trabajo.

Por lo que, desde los términos de la investigación cualitativa puedo afirmar que no he perdido el punto de vista *emic* del cuidado de los niños con fiebre, desde una postura enfermera dentro del sistema sanitario.

Comprendo que puede ser complicado para un/a profesional sanitario/a que se encuentra dentro de la rutina y de la normatización del manejo de la fiebre, reflexionar sobre esas prácticas tan interiorizadas.

Los/las profesionales necesitan adaptarse al entorno donde trabajan y algunas dudas o cuestiones sobre la práctica diaria pueden quedar enterradas en la rutina. Incluso mis propias dudas cuando comparaba teoría y práctica diaria quedaban apartadas por cómo el sistema sanitario trata la fiebre y cuáles son las expectativas generales de los/las profesionales y los padres al tratarla.

Sin embargo, alejarme de ese entorno y acercarme a él de nuevo como investigador cualitativo, me ha permitido reforzar mi punto de vista *etic*. Esta perspectiva fue tomando más forma a medida que leía las recomendaciones disponibles y realizaba las revisiones sistemáticas incluidas en este trabajo.

Es curioso señalar como al mostrar las recomendaciones para el cuidado de los niños con fiebre a las enfermeras durante las entrevistas, se activaban las mismas dudas que yo tenía cuando trabajaba como profesional. Las participantes, por un momento, salían de la rutina y podía percibirse como cobraban sentido los conocimientos que habían acumulado, aunque estos no se correspondían con la práctica diaria.

El sexo y la maternidad/paternidad también pueden ser determinantes en la forma de afrontar fenómenos que involucren a niños, tanto para profesionales que atiendan a niños con fiebre como para investigadores.

Mis determinantes como hombre sin hijos en el momento de realizar este estudio me otorgan una visión que puede diferenciarse de aquellas personas que hayan vivido en primera persona la preocupación de ser padre o madre de un niño con fiebre. Aunque no lo veo como una limitación en mi forma de abordarlo sino más bien una mirada propia que también puede enriquecer los resultados obtenidos.

Es importante hacer mención al género que utilizo en esta tesis para referirme a las participantes del estudio y a otros actores implicados en sus discursos.

Para hablar de “las enfermeras” lo haré en femenino ya que la mayoría de las participantes del estudio son mujeres. Para hablar de “los médicos” lo haré en masculino, ya que así es como mayormente las participantes se refieren a esta disciplina en sus discursos y, además, la propia disciplina médica no se identifica de forma general por el término “médicas”.

También en sintonía con los discursos de las participantes, por una parte, utilizaré la palabra masculina “niños” para referirme a “los niños y las niñas” y “padres” para referirme a “los padres y las madres”, ya que es correcto utilizar el género masculino en castellano para los vocablos en plural. Por otra parte, utilizaré la palabra femenina “la familia” para referirme al conjunto de cuidadores de los niños en el hogar.

Para terminar este apartado me gustaría aclarar el significado del logo que aparece en la portada y previo al inicio de cada capítulo.

El logo que he diseñado es una mano sujetando a un termómetro cuya base es una pelota. La mano representa el cuidado que otorgan a los niños tanto los profesionales de la salud como las familias, la pelota representa el juego y el bienestar de los niños. Por último, el termómetro marca la cifra de temperatura y con el paso de los capítulos la

temperatura va disminuyendo, pero siempre teniendo en cuenta la comodidad del niño con fiebre.

1.2. Contextualización

La comunidad autónoma de las Islas Baleares se compone de tres áreas de salud, Mallorca, Menorca, Ibiza y Formentera. El área de Mallorca se divide en 4 sectores: sector sanitario de Llevant, sector sanitario de Tramuntana, sector sanitario de Ponent y sector sanitario de Migjorn.

El trabajo de campo de esta tesis toma como referencia el sector Migjorn del área de Mallorca, su población es de 270.276 personas aproximadamente y su población pediátrica es del 15,61%, es decir unos 42.190 habitantes se encuentran entre los 0 y los 14 años.

Este sector sanitario está formado por las zonas básicas de salud de: Coll d'en Rabassa, Santa Maria del Camí, Polígono de levante, Trencadors, Escola graduada, Migjorn, Rafal Nou, Es Raiguer, Son Gotleu, Serra Nord, Son Ferriol, Pont d'Inca, Platja de Palma y Muntanya.

Estas zonas básicas están compuestas en total por 14 centros de salud y 22 unidades básicas de salud.

En estos centros de salud se encuentran de forma aproximada 24 enfermeras en las consultas de pediatría, con aproximadamente 2 médicos por enfermera. Estos médicos pueden contar con la especialidad de pediatría o puede tratarse de médicos de familia atendiendo a niños.

El sector sanitario Migjorn dispone del Hospital Son Llàtzer, ubicado en Palma de Mallorca, como hospital de referencia.

El hecho de haber trabajado como enfermero en las unidades de pediatría de este hospital y de haber realizado también la residencia de enfermería pediátrica en el mismo, me permite tener un mayor conocimiento de las unidades susceptibles de estudio, así como sus rutinas y protocolos.

La atención pediátrica que se realiza dentro de este hospital cuenta con las unidades de urgencias pediátricas, hospitalización pediátrica y neonatología, que se divide en cuidados medios y cuidados intensivos.

La unidad de hospitalización cuenta con un total de 19 camas y un personal de 16 enfermeras y 9 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Además, cuenta con servicio de hospital de día para niños que precisen pruebas o tratamientos ambulatorios específicos.

Las urgencias pediátricas del hospital están compuestas por 4 boxes de exploración, 1 box de críticos y hasta 10 habitaciones de observaciones. Los recursos humanos están formados por 16 enfermeras y 9 TCAE.

La unidad de neonatos tiene una capacidad máxima de 6 incubadoras o cunas en la zona de cuidados intensivos y de 12 en cuidados medios. El equipo de enfermería está formado por 17 enfermeras y 11 TCAE.

El número de médicos pediatras total en el hospital son 27 adjuntos y 14 residentes. Hay que tener en cuenta que muchos de los pediatras adjuntos se encuentran en situaciones de reducción de jornada laboral.

En cuanto a los residentes de enfermería pediátrica actualmente se forman 3 Enfermeras Internas Residente (EIR) al año, el curso 2023/2024 el hospital comenzará a formar 4 al año.

Debido a que en estos momentos en España y más concretamente en las Islas Baleares la especialidad de enfermería pediátrica está en desarrollo. No existe un elevado número de profesionales con la formación de especialista y enfermeras con experiencia en pediatría o que desempeñan su trabajo en estas unidades pueden no tener esa titulación.

En este momento pueden realizar el trabajo en entornos clínicos pediátricos: profesionales de enfermería que obtuvieron la especialidad por vía extraordinaria en el año 2015, profesionales de enfermería con años de experiencia en servicios pediátricos sin el título de especialista, profesionales de enfermería noveles que están trabajando en estas unidades, pero no han cursado el EIR y por último enfermeras especialistas en enfermería pediátrica vía EIR.

No existe un número exacto registrado de enfermeras que cuentan con la especialidad pediátrica en las Baleares. En el Colegio Oficial de Enfermería cuentan con un total de 45 enfermeras colegiadas que han entregado su título de especialista en la sede del colegio, pero

probablemente el número de enfermeras pediátricas tituladas trabajando en Baleares sea mayor.

Por último, para formar parte del estudio de campo se seleccionan los entornos clínicos de las urgencias hospitalarias pediátricas, la unidad de hospitalización pediátrica y los centros de salud adscritos a este hospital, debido a que son los entornos donde se aborda la fiebre con más frecuencia.

1.3. Los cuidados a los niños con fiebre. ¿Qué dice la literatura?

La fiebre es la respuesta normal del organismo al activar el sistema inmunitario y combatir una infección (Villarejo-Rodríguez & Rodríguez-Martín, 2019). Algunos autores definen la fiebre como una elevación de la temperatura corporal por encima de la variación diaria normal (Sahm et al., 2016).

Esta elevación de la temperatura se produce cuando el organismo genera unas sustancias pirogénicas que aumentan el punto de ajuste hipotalámico, aumentando la temperatura corporal y creando un ambiente hostil para los gérmenes que atacan al huésped (Urbane et al., 2019).

La fiebre se distingue de la hipertermia en que es un proceso controlado que no supera niveles potencialmente letales de temperatura (Urbane et al., 2019). Es una señal de que el cuerpo está llevando a cabo una actuación protectora contra patógenos invasores, a través de una compleja respuesta fisiológica contra la enfermedad (Tafti et al., 2017).

Durante la etapa infantil la fiebre es el signo clínico más frecuente, más concretamente los niños de entre 3 y 36 meses. Estos niños tienen aproximadamente de dos a seis procesos febriles al año, lo que representa la mayor incidencia durante la etapa pediátrica (Kelly et al., 2016; Kuijpers et al., 2021; Lagerløv et al., 2003; Tafti et al., 2017; Thompson et al., 2020).

Sin embargo, no debemos perder de vista que la causa subyacente del aumento de temperatura sí puede ser peligrosa. Por ejemplo, los niños menores de 3 meses tienen mayor probabilidad de sufrir un episodio de

bacteriemia oculta, debido a carecer de signos de localización y a la inmadurez de su sistema inmunológico (De et al., 2014; Kelly et al., 2016; Kuijpers et al., 2021; Pitoli et al., 2021; Thompson et al., 2020; Van De Maat et al., 2018).

Relacionado con la peligrosidad de las causas de la fiebre también se debe destacar que, desde la introducción de las vacunas contra el *Haemophilus* tipo b (HIB) y contra el *Streptococcus pneumoniae* se ha producido una disminución significativa de la aparición de enfermedades con mayor potencial de gravedad, ya que estos agentes han sido los principales responsables de enfermedades como la neumonía, la meningitis y la sepsis, en el grupo de edad de hasta tres años (Pitoli et al., 2021).

En niños mayores de 3 meses, la presencia de este signo en sí mismo no es un indicador de gravedad y la temperatura más alta no es proporcional a padecer una enfermedad más grave. La evaluación de un niño con fiebre debería incluir otros indicadores como el deterioro de su estado general o su edad (Pitoli et al., 2021).

De hecho, la reducción de la temperatura en un episodio febril no ha demostrado mejorar la morbilidad en niños (Sullivan et al., 2011; Teuten et al., 2015; Warwick, 2008), siempre que no sufran una condición crónica o aguda grave que no les permita tolerar el aumento de las demandas metabólicas que acarrea el aumento de la temperatura corporal de forma endógena (Clarke, 2014; Crocetti & Serwint, 2005; El-Radhi, 2012; Razón Behar, 2011; Sherman & Sood, 2012; Sullivan et al., 2011). Por lo que, generalmente, este signo no causa más que molestias al niño y no requiere ninguna intervención específica (De et al., 2014; Kelly et al., 2016; Kuijpers et al., 2021; Pitoli et al., 2021; Thompson et al., 2020; Van De Maat et al., 2018).

Teniendo en cuenta las recomendaciones del National Institute for Health Care Excellence, especifican que el tratamiento de la fiebre no debe enfocarse en la disminución de la temperatura, sino que su objetivo debería ser el alivio del malestar y mantener una correcta hidratación (NICE guidelines, 2019).

Sin embargo, predomina una diferenciación entre las recomendaciones para el cuidado del niño febril y lo que los padres y otros cuidadores entienden y aplican (Kelly et al., 2016; Sahm et al., 2016).

La alta incidencia de enfermedades febriles en los niños supone que sea uno de los motivos más frecuentes de búsqueda de atención sanitaria, por parte de los padres, ya sea a través de la atención primaria o la hospitalaria de urgencia, generando ansiedad, preocupación y elevada carga emocional (Thompson et al., 2020). La preocupación ante este proceso conduce, entre otras consecuencias, a la excesiva administración de antipiréticos con la intención de controlar la temperatura lo antes posible (Tafti et al., 2017; Thompson et al., 2020).

En niños, la complicación de la fiebre que causa más preocupación son las convulsiones febriles. Estas convulsiones ocurren en el 2-5% de los niños en sus primeros 5 años de vida y el 80% de éstas son convulsiones febriles simples que no tienen repercusiones graves (Westin & Sund Levander, 2018).

Para muchos padres primerizos el episodio febril, será la primera experiencia de enfermedad en la infancia, lo que puede tener gran influencia en su forma de ver el sistema sanitario (De et al., 2014).

El uso de los servicios sanitarios por padres preocupados por la fiebre de su hijo, en muchas ocasiones, puede verse como innecesario desde el punto de vista profesional (Sahm et al., 2016).

Algunos autores señalan que, para los/las profesionales de la salud, la fiebre infantil representa una carga de trabajo considerable, y que existe una disparidad entre los niveles de preocupación de los padres y la gravedad de la enfermedad (Morris et al., 2021; Urbane et al., 2019).

Reconocer esta brecha entre gravedad percibida y gravedad real durante un episodio de fiebre y realizar intervenciones para su abordaje mejoraría los resultados de salud de los niños (Kelly et al., 2016). Debido a la baja prevalencia de la enfermedad grave, el diagnóstico de las infecciones severas en los niños febriles es un reto para los pediatras (Kuijpers et al., 2021).

Las directrices recomiendan a los/las profesionales que, cuando los padres acudan a los servicios sanitarios con un niño con fiebre, se les proporcione asesoramiento que incluya información escrita o verbal sobre los síntomas de alerta y sobre cuándo y cómo acceder a otros servicios sanitarios (Kelly et al., 2016).

Teniendo en cuenta el hecho de que los pediatras y las enfermeras pediátricas son el principal recurso de los padres para la comprensión de

los conceptos relacionados con la fiebre, su papel en el cambio de actitudes, percepciones y aumento de conocimientos en las familias es crucial (Westin & Sund Levander, 2018). La insatisfacción con el proceso de evaluación, tratamiento y apoyo de los/las profesionales de la salud puede causar una mayor preocupación de los padres, prácticas inadecuadas en el manejo de la fiebre y un mayor uso de los servicios sanitarios (De et al., 2014).

Comprender las razones que justifican las actuaciones de los padres puede permitir a los/las profesionales de la salud influir positivamente en sus percepciones, conocimientos y actitudes. Por ejemplo, a través de la creación de programas educativos eficaces, que ayuden a los padres valorar con más seguridad la gravedad de su hijo y manejar adecuadamente el episodio febril en el hogar, disminuyendo el número de consultas de urgencia por enfermedades leves autolimitadas (De et al., 2014; Ravanipour et al., 2014; Tafti et al., 2017; Thompson et al., 2020; Van De Maat et al., 2018; Villarejo-Rodríguez & Rodríguez-Martín, 2019).

Sin embargo, algunos estudios plantean que en ocasiones son los/as propios/as profesionales los/las que no comprenden la naturaleza, las consecuencias y los tratamientos de la fiebre. Esto hace que las instrucciones y definiciones que reciben los padres sobre el tratamiento de la fiebre sean a menudo incoherentes e incompletas (Kelly et al., 2016; Sahm et al., 2016).

En este sentido, algunos autores señalan que, a pesar de que la fiebre en los niños es un signo tratado de forma rutinaria por enfermeras y pediatras, produce miedos irracionales que los/las profesionales comparten con los padres como pueden ser: el daño cerebral, las convulsiones y la muerte. (Crocetti & Serwint, 2005; El-Radhi, 2008; Marzuillo et al., 2014; Purssell, 2013a, 2013b; Razón Behar, 2011; Richardson & Purssell, 2015; Sullivan et al., 2011).

Cuando los/las profesionales de la salud sobretratan la fiebre debido a una preocupación exagerada por sus complicaciones transmiten a los familiares la percepción de que la fiebre es siempre perjudicial y una urgencia por alcanzar la normo-termia, en lugar de asegurar el confort, la ingesta de líquidos y atender a posibles signos de enfermedad grave (Clarke, 2014; Clericetti et al., 2019; El-Radhi, 2012; Marzuillo et al., 2014; Niehues, 2013; Purssell, 2013b; Sherman & Sood, 2012; Sullivan et al., 2011).

Mientras unos autores ponen el foco en la formación de los/las profesionales y como la falta de conocimientos influye en que afronten la fiebre infantil con ansiedad (Baran & Turan, 2018; Greensmith, 2012; Jeong & Kim, 2014), otros sugieren que ciertas actitudes profesionales dirigidas al cuidado del niño febril no dependen tanto de los conocimientos, sino que son debidas a creencias culturales arraigadas y transmitidas de generación en generación (Considine & Brennan, 2006; Navarro García & De Carlos Alegre, 2010).

Teniendo en cuenta estas discrepancias de los diferentes autores, se observa que las relaciones interprofesionales tienen un impacto en el abordaje de la fiebre. Las relaciones de dependencia-independencia que se generan entre profesiones, la forma de percibir la asistencia sanitaria y la influencia de los contextos laborales, son condicionantes presentes en los cuidados y tratamientos dispensados rutinariamente en la práctica diaria respecto a la fiebre.

Tanto médicos como enfermeras presentan altos niveles de exigencia cognitiva, emocional y sensorial en sus puestos de trabajo (García-Rodríguez et al., 2015). Una colaboración interprofesional eficaz entre las dos profesiones podría reducir las exigencias emocionales y las insatisfacciones que surgen en el ambiente sanitario.

La colaboración interprofesional enfermera-médico puede definirse como el proceso conjunto de toma de decisiones en el que enfermeras y médicos comparten objetivos y responsabilidad de los resultados (Sollami et al., 2015). Este proceso debe caracterizarse por la confianza mutua, la comunicación abierta, el respeto y el reconocimiento del papel y la autonomía de cada uno (Petri, 2010).

Históricamente estas relaciones interprofesionales colocaban a la enfermera en una posición que se basaba en el cumplimiento de órdenes y evitación de la comunicación abierta con los médicos (Tang et al., 2013). Cuando la colaboración entre médicos y enfermeras es eficaz se mejora en gran medida la calidad de la atención al paciente y los resultados de salud (Tang et al., 2013).

Se ha objetivado en las enfermeras unas actitudes más positivas hacia la colaboración interprofesional, pero curiosamente son los médicos los que perciben una mayor colaboración existente en sus entornos de trabajo (Sollami et al., 2015).

Esta diferencia entre médicos y enfermeras evidencia una concepción distinta de la colaboración y de la comprensión del entorno laboral, que se encuentra presente también en los estudiantes de ambas profesiones que adoptan filosofías asistenciales diferentes (Sollami et al., 2015). En la formación tradicional los médicos se centraban más en el desarrollo de habilidades técnicas y la curación de enfermedades, mientras que en la formación de las enfermeras el peso fundamental se centraba en los cuidados holísticos y la toma de decisiones compartida (Tang et al., 2013).

Los comportamientos de médicos y enfermeras se ven influidos en gran medida por su formación previa pero también por la cultura de su unidad de trabajo que puede variar según el entorno clínico y el área geográfica (Tang et al., 2013).

La falta de reconocimiento por parte de los médicos de las funciones profesionales de las enfermeras es un obstáculo importante para establecer una adecuada comunicación y colaboración entre estas disciplinas (Sela et al., 2022). En ocasiones las enfermeras pueden sentir que no se valora su aportación a la mejoría del paciente, lo que se traduce en una percepción de falta de respeto y confianza (Tang et al., 2013).

La literatura describe como el contexto laboral influye en la fluidez de la comunicación entre disciplinas, así como la percepción que los médicos tienen del rol de las enfermeras.

Por ejemplo, la colaboración médico-enfermera en hospitales se ha evidenciado útil cuando los médicos percibían que sus decisiones terapéuticas se aplicaban eficazmente y se les mantenía informados de la evolución del paciente (Krogstad et al., 2004; Tang et al., 2013). Para las enfermeras del entorno hospitalario la cooperación no sólo significa comunicar observaciones médicas o administrar medicamentos, sino también ser apreciadas por su contribución independiente al proceso de curación, por ejemplo, en la comprensión de la situación completa del paciente (Krogstad et al., 2004).

Las bajas puntuaciones en la dimensión de control y autonomía sobre la propia actividad es lo que lleva a la insatisfacción laboral de muchas enfermeras (Jönsson, 2012).

De hecho, en los entornos hospitalarios tanto médicos como enfermeras consideran a los médicos como muy competentes, pero muchos médicos

no están seguros de la competencia de las enfermeras (Krogstad et al., 2004).

Sin embargo, en los entornos de atención primaria se consideraron muy útiles la mayoría de las actividades de las enfermeras pediátricas, principalmente la educación sanitaria y la prevención de enfermedades. Siendo considerado crucial el rol de las enfermeras en la preparación y administración de las vacunas, así como la educación que acompaña a esta actividad (Dall'Oglio et al., 2021).

Al ocupar posiciones de mayor poder, los médicos no consideran que la toma de decisiones compartida sea necesaria. Además, las enfermeras no se sienten lo suficientemente seguras o con confianza para comunicarse en igualdad de condiciones con los médicos y en muchas ocasiones se limitan a seguir su ejemplo (Tang et al., 2013).

Resulta curioso como la diferencia en la priorización de tareas puede llevar a frustraciones tanto por parte de médicos como de enfermeras debido a que, según la disciplina, no se atienden con la misma percepción de importancia los eventos ocurridos durante la práctica asistencial (Weller et al., 2011).

Este fenómeno podría deberse a los diferentes conocimientos y percepciones que poseen sobre los pacientes. Los médicos tienden a evaluar el estado de sus pacientes mediante valores objetivos como constantes vitales y análisis de laboratorio y las enfermeras tienden a utilizar más sus intuiciones, observaciones y experiencias humanas de las enfermedades. Esto hace, por ejemplo, que los médicos actúen con mayor prontitud cuando las enfermeras les informan de pruebas objetivas de deterioro en lugar de observaciones generales de los pacientes (Weller et al., 2011).

Por tanto, las relaciones interprofesionales y los diferentes entornos sanitarios impactan de forma clara en la forma de abordaje de los diferentes signos de los pacientes y en particular, en la fiebre en los niños.

Por ejemplo, un estudio turco que encuesta a médicos de atención primaria evidencia que seguían considerando la fiebre peligrosa en sí misma, afirmando que debe ser tratada con antipiréticos siempre que esté por encima de los 38°C y con terapia combinada de estos fármacos si fuese necesario (Demir & Sekreter, 2012).

En un estudio portugués, a pesar de que los médicos indican que la fiebre es un proceso fisiológico beneficioso para el sistema inmune y que se debe tener en cuenta el estado general del niño para tratarla, un 78.1% de los médicos de familia y un 81.4% de los pediatras siguen recomendando la terapia alterna de antipiréticos para conseguir la disminución de la temperatura (Martins & Abecasis, 2016).

Los estudios realizados por Chiappini et al. en pediatras (2012, 2013, 2017) muestran que algunas conductas en el tratamiento de la fiebre, como el uso de métodos físicos, han disminuido, pero otras actitudes relacionadas con tener en cuenta el malestar del niño por encima de la temperatura no llega a consolidarse y únicamente el 38,2% de los pediatras encuestados trataría la fiebre según el malestar y no según la cifra de temperatura.

En lo que se refiere a la percepción de las enfermeras en los artículos basados en cuestionarios, se observa que, aunque les inquietan las complicaciones ya expuestas anteriormente por los médicos, se destaca una mayor preocupación por la incomodidad del niño, lo que les hace establecer más medidas de confort (Karwowska et al., 2002).

Las enfermeras creen en la parte beneficiosa de la fiebre, pero igual que los médicos presentan actitudes de preocupación por las complicaciones que siguen arraigadas.

Por ejemplo, en un estudio con enfermeras irlandesas el 50% de las encuestadas afirma que la fiebre tiene efectos beneficiosos para el sistema inmune y el 84,9% indica que el uso rutinario de paracetamol puede enmascarar síntomas (Greensmith, 2012). Sin embargo, esta misma muestra de enfermeras únicamente tiene en cuenta la temperatura como criterio para administrar antitérmicos y, consideran necesario tratar la fiebre de forma agresiva para evitar las convulsiones febriles (Greensmith, 2012).

Los resultados de un estudio portugués con enfermeras siguen la misma línea. Indican que la fiebre es un proceso fisiológico, pero piensan que la fiebre debe ser tratada independientemente del estado general del niño. Para estas enfermeras, la complicación principal a considerar de la fiebre, son las convulsiones febriles y apoyan la terapia combinada de estos fármacos para lograr una temperatura inferior a un límite establecido (Martins & Abecasis, 2016).

En general, según la literatura revisada, los/las profesionales de la salud de ambas disciplinas, médica y enfermera, presentan miedos irracionales que los llevan a sobretratar la fiebre, lo que tiene implicaciones en los cuidados que se realizan a los niños desde el sistema sanitario y en aquellos que los padres llevan a cabo en el hogar. Sin embargo, su punto de vista, pese al interés que puede despertar, está poco explorado (Clericetti et al., 2019).

1.4. Justificación. ¿Por qué es interesante profundizar en el punto de vista de padres y profesionales sobre la fiebre en los niños?

La fiebre es uno de los principales motivos de consulta en pediatría. Se calcula que entre el 20% y el 40 % de los niños hasta los 5 años de edad que acuden a un servicio sanitario es debido a la fiebre (Pitoli et al., 2021). La mayoría de los episodios de fiebre están causados por infecciones víricas autolimitadas y benignas que no requieren tratamiento. Los conocimientos y comportamientos de los padres ante la fiebre afectan al cuidado del niño febril en el hogar, así como la relación de las familias con el sistema (Pitoli et al., 2021).

Aquello que las familias aprenden sobre el cuidado del niño febril por parte de los/las profesionales y del sistema sanitario es un factor determinante en la ansiedad que desarrollan ante las consecuencias de la fiebre. Esta ansiedad predispone a un uso excesivo de medicación y posibles errores de administración, así como a una utilización desproporcionada de los servicios de urgencias (Castellano et al., 2020).

Para poder situarse en la base del problema surge la necesidad de comprender como los/las profesionales de la salud entienden la fiebre y cuáles son los cuidados que se proporcionan desde el sistema sanitario. Explorar los motivos que subyacen al manejo de la fiebre por parte de enfermeras y médicos, es lo que permitirá realizar los cambios necesarios en la práctica diaria (Vicens-Blanes et al., 2021).

Según la literatura, la necesidad de los/las profesionales de alcanzar la normotermia en el niño febril no siempre se debe a razones basadas en la evidencia, sino a temores o acciones sistémicas (Vicens-Blanes et al., 2021). Estas actitudes de médicos y enfermeras son percibidas por las familias, ya sea de forma directa a través de la educación para la salud o de forma indirecta observando sus acciones en el ámbito clínico (Vicens-Blanes et al., 2022).

Hay que tener en cuenta que las publicaciones acerca de este fenómeno con un nivel de evidencia adecuado y una calidad aceptable son escasas, principalmente, cuando analizamos el punto de vista de los/las profesionales de la salud.

Una investigación cualitativa con enfoque etnometodológico que estudie como los miembros de un grupo social perciben, definen y clasifican las actividades que se realizan de forma cotidiana, así como los significados que les asignan (Dowling, 2007; Harper, 2008) es una forma adecuada de analizar, a través de sus discursos, como las enfermeras pediátricas, médicos y padres entienden uno de los fenómenos más rutinarios a los que se enfrentan en su práctica clínica diaria y en el hogar como es la fiebre.

Esta tesis parte de un proyecto de investigación que tiene el objetivo de analizar la construcción del concepto de fiebre infantil por parte de profesionales de la salud y las familias. Se alcanzará este objetivo general a través de los objetivos específicos que exploran las percepciones, actitudes y conocimientos de médicos y enfermeras de atención primaria, urgencias hospitalarias y planta de hospitalización, así como la forma en que estos/estas profesionales y sus formas de actuar influyen en cómo los padres entienden y cuidan a su hijo cuando tiene fiebre.

El presente documento de tesis incluye dos revisiones sistemáticas y un estudio de campo realizado en enfermeras que trabajan en contextos pediátricos.

En primer lugar, para los/las profesionales de la salud se realiza una revisión sistemática con metaanálisis que explora el concepto de fiebre infantil y su manejo en enfermeras y médicos. Esta revisión también analiza la eficacia de programas educativos para el aumento de conocimientos y la modificación de percepciones y actitudes de enfermeras ante la fiebre infantil (Vicens-Blanes et al., 2021).

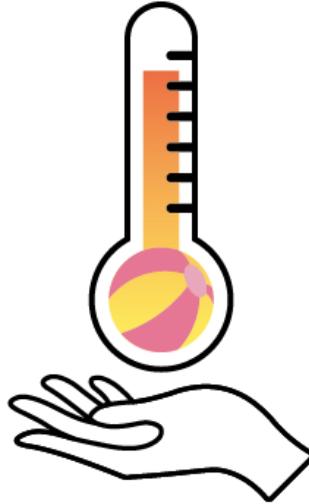
En segundo lugar, para las familias, se llevó a cabo una revisión sistemática con metasíntesis cualitativa debido a la mayor existencia de artículos cualitativos de calidad. Esta circunstancia permitió profundizar en la construcción del concepto de fiebre por parte de padres y madres analizando los discursos existentes en la literatura científica publicada (Vicens-Blanes et al., 2022).

Una vez explorada y estudiada la bibliografía existente del fenómeno a estudio, se inicia la recogida de datos y el análisis de los discursos de las enfermeras de los tres contextos diana: Atención primaria, urgencias hospitalarias y planta de hospitalización.

Los estudios anteriores a la realización de este trabajo de campo, presentes en la literatura científica publicada y que exploran cuáles son las percepciones, los conocimientos y las actitudes de enfermeras ante la fiebre infantil son principalmente descriptivos y/o con un bajo nivel de evidencia. De hecho, el concepto de fiebre que las enfermeras manejan en su práctica diaria está poco analizado y solo se aproximan al fenómeno algunos análisis de programas educativos con un elevado riesgo de sesgos (Vicens-Blanes et al., 2021).

Las enfermeras tratan la fiebre en los niños de forma más directa que otros/otras profesionales y es un aspecto integral de su rol como enfermeras pediátricas. Además, la información que transmiten es fundamental para padres y otros enfermeros más noveles (Considine & Brennan, 2006; H. Edwards et al., 2007; H. E. Edwards et al., 2001; Jeong & Kim, 2014; Vicens-Blanes et al., 2022).

Por ello, las enfermeras son escogidas como las primeras participantes del proyecto y el análisis de sus discursos compone el trabajo de campo de esta tesis.



Capítulo 2

Perspectiva teórica

2. Perspectiva teórica

En este capítulo se describen los conceptos que permiten alcanzar un mayor nivel teórico-interpretativo de los resultados y que enriquecen la discusión del trabajo de campo.

Está compuesto por dos apartados diferenciados: Orientación etnometodológica y pluralismo teórico.

El primero de los apartados expone los conceptos claves de la orientación etnometodológica, que sirven como diseño de estudio cualitativo y a su vez una forma de entender el fenómeno.

El segundo de los apartados es denominado pluralismo teórico ya que se utilizan teorías de tres autores de disciplinas como la pedagogía y la psicología para interpretar los resultados obtenidos y alcanzar un mayor nivel de análisis. Estos autores son Antonio Bolívar, Albert Bandura y Paulo Freire.

2.1. Orientación etnometodológica

Para explorar el fenómeno de la fiebre en los niños desde la práctica enfermera se ha optado por utilizar una metodología cualitativa de investigación con un **enfoque etnometodológico**, el cual permite conocer en profundidad los conocimientos, percepciones y actitudes de este grupo profesional.

La etnometodología se inscribe en el marco filosófico del **constructivismo** y es un enfoque de investigación cualitativa que estudia cómo los miembros de un grupo social perciben, definen y clasifican las actividades que se realizan de forma cotidiana, así como los significados que les asignan (Bowers, 1992; Dowling, 2007; Harper, 2008).

El objetivo de la etnometodología es lograr una mayor comprensión de hechos de la vida social que son tan rutinarios y arraigados que resulta necesario hacerlos conscientes para poder reflexionar sobre ellos, y así

conocer su significado y valorar su importancia (Harper, 2008). El fenómeno de estudio es un hecho cotidiano sobre el que las enfermeras no se han parado a reflexionar porque su manejo está naturalizado y minusvalorado.

El análisis del discurso se postula como la forma más práctica y viable de investigación etnometodológica (Dowling, 2007). A través de la conversación de los participantes, la etnometodología permite explorar como los miembros del grupo social reconocen, describen y explican el orden de su vida cotidiana, es decir, permite comprender su conocimiento y también cuál es su comportamiento en relación al fenómeno. (Harper, 2008).

Cuando las enfermeras son noveles todo es nuevo e interesante, fuente de aprendizaje, pero con el tiempo la práctica profesional se vuelve más repetitiva y rutinaria. Esta rutina puede estar tan arraigada y automatizada que las enfermeras dejan de razonar sobre los motivos subyacentes de sus actividades e intervenciones. Además, a medida que las enfermeras adquieren experiencia, también se socializan en la profesión y se acaban identificando dentro de su grupo social. Al identificarse como miembro de un equipo concreto aprenden cuáles son las actitudes aceptadas y esperadas, lo que probablemente perpetúa aquellas acciones que el grupo realiza de forma sistémica o rutinaria (Harper, 2008).

La etnometodología permite poner el foco en ese tipo de actividades como si de fenómenos extraordinarios se tratase e indagar en su significado (Bowers, 1992; Harper, 2008). El hecho de reflexionar sobre aquellos supuestos que se dan por obvios, contribuye a aumentar el conocimiento y la comprensión de las enfermeras sobre sus prácticas clínicas diarias (Harper, 2008), lo cual deja clara la idoneidad del enfoque metodológico para este proyecto

Para enriquecer el análisis de los resultados se han incorporado conceptos claves de la etnometodología desarrollados en el trabajo de Harper (2008), más concretamente, en su estudio acerca de la evaluación del dolor post operatorio en pacientes por parte de enfermeras. Son los siguientes:

- **Supuestos que se dan por sentados:** Se describen como las actividades cotidianas y rutinarias que realizan los miembros de un grupo, junto con las expectativas de lo que debería ocurrir

con normalidad y sobre cuál debería ser la actuación de los demás.

- **Conocimientos y procedimientos de sentido común:** Harper explica que los conocimientos y procedimientos de sentido común son el cuerpo de conocimientos colectivos que utilizan los miembros de un grupo social para dar sentido al mundo.
- **Tipificación:** La tipificación es descrita como un proceso de categorización que clasifica objetos, acontecimientos y situaciones que estructuran las experiencias de los miembros del grupo. Estas clasificaciones varían y pueden ser modificadas.
- **Indexicalidad:** Este concepto es referido a aquellas expresiones o acciones cuyo significado depende del contexto en el que se producen. Son los miembros del grupo quienes las interpretan, ya que sin el contexto en el que se dan no tendrían significado.
- **Contabilidad (*Accounting*):** Es el proceso a través del cual los miembros de un grupo relacionan los supuestos que se dan por sentado y los conocimientos de sentido común. Son los pensamientos y actividades manifiestas que realizan o construyen los miembros de un grupo para justificar y racionalizar sus acciones.
- **Reflexividad:** La reflexividad desde el punto de vista de la investigación cualitativa es el proceso mediante el cual el investigador es consciente del efecto que tiene sobre los participantes del estudio y sobre los propios datos obtenidos y su posterior análisis.

Harper también define la reflexividad desde el punto de vista de los participantes, en el sentido de que las propias verbalizaciones y procesos de pensamiento sobre los fenómenos cotidianos que estudia la etnometodología, llevan a un análisis que quizás no se hubiera producido en ellos si no hubieran participado en el estudio.

2.2. Pluralismo teórico

Para llevar a cabo el análisis de los resultados se incorporan elementos del trabajo de tres autores, que permiten un nivel de interpretación de los datos que lleva los resultados del estudio de campo más allá de la simple descripción.

En primer lugar, aquello que Antonio Bolívar expone en su obra *Los Contenidos Actitudinales en el Currículo de la Reforma. Problemas y Propuestas* (1992) ha sido útil para entender las actitudes desde su marco de referencia y además comprender como afectan el rol profesional y el contexto al manejo de la fiebre por parte de las enfermeras.

En segundo lugar, los conceptos que Paulo Freire desarrolla en la *Pedagogía Del Oprimido* (1997) se han utilizado para analizar qué tipo de conocimientos relacionados con la fiebre en los niños tienen las enfermeras.

Finalmente, las formas de aprendizaje y las conductas que Albert Bandura explica en su *Teoría del Aprendizaje Social* (1987) permiten discutir la transmisión de conocimientos de las enfermeras y cómo reaccionan cuando un niño tiene fiebre.

Los conceptos que desde la pedagogía definen Bolívar y Freire permiten analizar y comprender las actitudes y los conocimientos. Desde la psicología, la teoría de Bandura enmarca los procesos de aprendizaje y ayuda a entender formas de aprender dentro de un grupo social.

2.2.1. Construcción del currículo formativo

Este subapartado se desarrolla a partir de la importancia que Antonio Bolívar da las **actitudes** en el aprendizaje dentro del currículo escolar. Antonio Bolívar es Catedrático de Didáctica y Organización Escolar en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada. Es experto en los campos de formación del profesorado, innovación y desarrollo del currículum, así como liderazgo, dirección y mejora de la escuela.

Tomo para el desarrollo de este capítulo conceptos expuestos en la obra *Los Contenidos Actitudinales en el Currículo de la Reforma. Problemas y Propuestas* (Bolívar, 1992). Esta obra consiste en un análisis y crítica de la propuesta de la Reforma educativa (Real decreto de Enseñanzas Mínimas de 1991) que tiene la intención de hacer explícitos para los alumnos contenidos actitudinales que hasta ese momento se encontraban de forma implícita en los contenidos educativos tradicionales.

Los conceptos que propone Bolívar desde un punto de vista educativo, los traslado al análisis del fenómeno de estudio dentro del contexto sanitario.

La reforma educativa que analiza, exige que los profesores planifiquen estrategias docentes y evaluativas, con la intención de asegurarse de forma objetiva que los alumnos no solo adquieren contenidos conceptuales sino también actitudinales.

Uno de los problemas que resalta Bolívar de la propuesta educativa es la concepción de **valores y actitudes** como contenidos que deben ser planificados, desarrollados y evaluados. Sin embargo, estos valores y actitudes están más presentes en la forma de cómo se enseña y aprende, que en los propios contenidos. Es decir, el propio proceso educativo está impregnado de actitudes, que envuelven a los conocimientos que quieren transmitirse al alumnado. La transmisión de actitudes es inseparable del hecho educativo.

Trasladado a nuestro fenómeno, las formas de percibir, entender y actuar ante la fiebre en los niños por parte de los/las profesionales van más allá de los conocimientos teóricos adquiridos.

Según explica Bolívar aquello que el medio escolar da la oportunidad de aprender al alumnado es lo que se llama **currículo** y engloba el aprendizaje de contenidos que son objetivos explícitos de aprendizaje.

Según define Bolívar las actitudes de las personas se encuentran subordinadas a los valores. Los **valores** son ideales de vida y de comportamiento, aunque también pueden verse condicionados por circunstancias que los trascienden.

El sistema personal de valores de cada persona genera un conjunto de obligaciones autoimpuestas en las preferencias de selección de conductas. Los valores son el fundamento último de **actitudes y normas**.

Bolívar, desde el punto de vista educativo, habla de una educación basada en la **clarificación de valores** y explica que, la confusión de metas de hacia dónde deben moverse las acciones, origina conductas desorganizadas y poco coherentes. Cuando los/las profesionales tratan la fiebre en los niños deben tener claro cuál es el objetivo de ese manejo y si es coherente con sus valores y conocimientos.

El autor define como una técnica enfocada a la clarificación de valores, los **diálogos clarificadores**. Estos diálogos son una serie de preguntas que, según el autor, al formularlas sirven como un estímulo que desencadena una reflexión sobre los valores implicados en un determinado fenómeno. Asumo que las entrevistas en profundidad realizadas a las enfermeras, sobre el manejo de la fiebre en niños, es un “diálogo clarificador” que provocará una reflexión en las profesionales participantes.

Desde el punto de vista de la psicología, los valores son definidos como el lugar más alto y abstracto de la estructura cognitiva. Las **actitudes** surgirán a partir de ellos, integrándose como parte de una **estructura cognitiva**.

En esa estructura cognitiva de la que forman parte, las actitudes, están compuestas por un conjunto organizado de convicciones o creencias que condicionan la percepción de la realidad y nos predisponen a actuar de una determinada manera.

Las actitudes son estables y consistentes, aunque los factores externos pueden modificarlas, pero en todo caso, lo hacen dentro de una cierta estabilidad. Son aprendidas por interacción dentro del medio social.

Teniendo en cuenta estas características, podemos dividir las actitudes en varios elementos que se tendrán en cuenta para el análisis de los discursos de los/las profesionales en la presente tesis:

- **Elemento cognitivo:** Incluye las creencias y conocimientos sobre la fiebre expresados por los participantes.
- **Elemento afectivo:** Incluye aquellas emociones que despierta la fiebre en las participantes.

- **Elemento perceptivo:** Incluye aquellas percepciones que los participantes expresan y que rodean al fenómeno de la fiebre infantil.
- **Elemento comportamental:** Incluye las conductas que expresan los participantes que llevan a cabo en el manejo del niño con fiebre

Cuando los elementos de las actitudes no están en consonancia puede aparecer un malestar, tensión o incomodidad en la persona. Principalmente este malestar surge de una desincronización entre el componente cognitivo (creencias) y el componente comportamental (conductas). En ese momento si la persona quiere reducir ese malestar puede optar por dos estrategias: modificar sus creencias para adaptarlas a sus conductas o modificar sus conductas para adaptarlas a sus creencias. Estos sentimientos de malestar cuando nuestras creencias no están en armonía con nuestras conductas es la llamada **disonancia cognitiva**.

En el diseño curricular del Real decreto de Enseñanzas Mínimas de 1991, que Bolívar analiza, se distinguen tres tipos de contenidos explícitos que los profesores deben alcanzar en sus bloques temáticos:

- **Hechos, conceptos y principios.**
- **Procedimientos.**
- **Actitudes, valores y normas.**

Bolívar considera que esta clasificación es un esfuerzo artificial de separar y hacer explícitas y objetivables características de la educación que se encuentran de forma intrínseca en la propia docencia y cultura de los centros educativos.

Sin embargo, la distinción de estas tres categorías resulta muy útil para el análisis de la fiebre infantil como nuestro fenómeno de estudio:

- La integración de los/las profesionales de la salud en la cultura del grupo social de la institución en la que trabajan pasa no solo por conocer aspectos conceptuales, sino también por ser hábiles en destrezas manuales e interiorizar un conjunto de normas propias de ese grupo social.

- Los contenidos que la institución sanitaria transmite de forma implícita pueden pasar desapercibidos y ser aceptados de forma automática. Hacer explícitos estos valores, actitudes y normas, permite una reflexión crítica.
- Diferenciar estos tres campos permite una planificación mejor desde el punto de vista de la educación para la salud de padres, la formación de profesionales de la salud y la identificación de áreas de mejora.

El primer tipo de contenidos Bolívar lo engloba en **saber** y serían aquellos conocimientos más teóricos y, que, a su vez, se sitúan en subcategorías según su nivel de complejidad y abstracción: hechos, conceptos y principios.

El **hecho** podría denominarse la unidad de conocimientos, como señala el autor, un contenido factual. Por ejemplo: El aumento de la temperatura corporal.

Los **conceptos** son agrupaciones de hechos con características comunes y que permiten darles significado. Por ejemplo: La fiebre como el concepto de aumento de la temperatura corporal.

Los **principios** describen la relación entre conceptos y como se producen cambios entre ellos: La fiebre como mecanismo de defensa ante una infección.

El segundo de los contenidos son los **contenidos procedimentales**. Bolívar los llama, **saber hacer** y se refieren a la capacidad de llevar a cabo diferentes acciones que nos conduzcan hasta un fin.

Los contenidos procedimentales agruparían desde estrategias cognitivas que nos permiten llegar a un objetivo concreto, hasta la utilización de técnicas e instrumentos, mediante el aprendizaje de la destreza necesaria para lograrlo.

Si nuestro objetivo es disminuir la temperatura corporal en un niño, el profesional de la salud, o el padre o madre, establecerán unas estrategias cognitivas para conseguirlo, que se traducirán en el uso de técnicas o instrumentos (por ejemplo, farmacológicos) para lograrlo.

Bolívar señala, respecto a la educación escolar en procedimientos, que no debe quedarse únicamente en el aprender a hacer de forma mecánica,

sino que el objetivo final debería ser la construcción de conocimientos a partir del *saber hacer* y conseguir la habilidad de poder generalizar a otras situaciones esos aprendizajes.

El tercer tipo de contenidos son los **contenidos actitudinales**. En este punto Bolívar destaca que, la enseñanza de **actitudes** es inseparable del objeto de enseñanza en el centro escolar, y es impartido por los profesores ya sea de modo planificado o incidental.

De la misma forma, en el contexto sanitario los contenidos actitudinales se encuentran presentes en profesionales, familia y en la estructura organizativa de los centros influyéndose de forma recíproca y canalizando las acciones y las conductas en última instancia.

Según expone Bolívar, las actitudes forman parte de todas las áreas y materias de aprendizaje y están relacionadas directamente con los contenidos conceptuales tratados. En este caso nos centraremos en las actitudes que influyen en el manejo del niño febril. Los contenidos actitudinales que podrían evaluarse de forma explícita son entendidos por el autor de tres formas diferentes:

- Como orientación necesaria para la adquisición de diferentes conocimientos o procedimientos de forma concreta. Por ejemplo, la curiosidad que mueve a entender el motivo de los cuidados.
- Guías de aprendizaje para un conjunto de áreas. Por ejemplo, la intención de querer actuar siempre teniendo en cuenta la evidencia científica adecuada.
- Aquellas actitudes y valores específicamente morales. Por ejemplo, buscar como fin último el bienestar del niño y de la familia.

Estos contenidos actitudinales tienen como característica la transversalidad, ya que influirán en el aprendizaje y el cuestionamiento de los conocimientos, y en la realización de los diferentes procedimientos.

Estos contenidos forman parte de lo que Bolívar llama el **currículo oculto** y explica cómo los alumnos de una escuela aprenden más allá de lo que explica el profesor de forma explícita en clase. Las actitudes,

normas y valores se encuentran definidas, en gran parte, por la estructura social y física del centro escolar.

El objetivo sobre explorar las percepciones, los conocimientos y las actitudes de las enfermeras que se plantea en esta tesis pretende identificar el currículo oculto de los/las profesionales en los diferentes contextos sanitarios.

Se busca comprender no solo como las actitudes, las normas y los valores influyen en cómo los/las profesionales afrontan la fiebre en el niño, sino también explorar como la cultura de la organización (el hospital y de forma más concreta la unidad o centro de salud) influye sobre ellos.

En sintonía con Bolívar considero una falacia querer acabar con el currículo oculto y hacerlo completamente explícito. Sin embargo, comprenderlo nos ayudará a reflexionar sobre aquellas prácticas aceptadas de forma sistémica sobre unas actitudes no cuestionadas.

Desde un análisis **funcionalista**, este currículo oculto, permite una autorregulación del sistema establecido y su propia subsistencia siendo necesario para el mantenimiento de las estructuras sistémicas. Desde el punto de vista del manejo de la fiebre infantil, permite el funcionamiento del engranaje sanitario ya que tanto familias como profesionales comparten ciertos valores, actitudes y normas. Conocerlo puede ayudar a comprender las limitaciones y barreras existentes en la implementación de ciertas indicaciones basadas en la evidencia, sobre el manejo de la fiebre en los niños, dentro de los contextos a estudio.

2.2.1.1. Cultura de centro

Bolívar define el contexto del centro escolar como un medio con una **cultura organizativa** propia, con roles y códigos de conducta que le dan un sentido a su identidad y que se constituye a partir de los valores que comparten la mayor parte de sus miembros.

Del mismo modo una planta de hospitalización, de urgencias o un centro de salud genera un ecosistema y una estructura propia. En este caso los/las profesionales veteranos/as que ya han asimilado las actitudes, los

valores y las normas de esa estructura social lo transmiten a nuevos/as profesionales en proceso de asimilarlos y a las familias que acuden a estos centros en búsqueda de atención sanitaria. La **cultura del centro sanitario** aporta un marco referencial del que partir para interpretar los diferentes eventos y cuál sería la conducta más aceptada.

Esta cultura de centro, del mismo modo que explica Bolívar para los centros educativos, puede favorecer o no la cooperación, el diálogo, el debate y la aceptación de nuevas propuestas.

Bolívar define la cultura organizativa en función de cuatro esferas de análisis que puede servir para entender como la organización de los diferentes contextos sanitarios influye en el manejo de la fiebre en el niño.

- **El contexto ecológico:** Es el contexto físico, temporal y social del centro.
- **La interacción:** Son las redes de interacción entre los miembros del grupo y otros actores.
- **Los acuerdos colectivos:** Son las interpretaciones de los acontecimientos compartidas por los miembros del grupo.
- **La capacidad reproductiva y adaptativa:** Es el mantenimiento y transmisión de la cultura organizativa a través de conductas reproductivas y adaptativas.

Además, define la cultura de centro en función de dos factores que ayudan a reducir las ambigüedades y las ansiedades que puede causar el trabajo diario. Estos factores que también son útiles para el análisis desde el ámbito sanitario son:

- **Contenido:** Son las creencias, valores y hábitos asumidos y compartidos por los equipos
- **Forma:** Son las pautas de relación y de asociación entre los miembros

Igual que la cultura del centro escolar, la cultura de los centros sanitarios no es monolítica, existen diferentes **subculturas** con metas y valores compartidos, pero entre las que también pueden existir conflictos e

intereses propios. Los planes de actuación en este caso frente a los problemas de salud y más concretamente la fiebre infantil serán más exitosos cuando la cultura de centro predomine más que las subculturas diferenciadas.

En el caso del fenómeno a estudio se pueden entender como subculturas diferenciadas a los/las profesionales que forman parte de la disciplina médica y a aquellos que forman parte de la disciplina enfermera.

También encontramos culturas diferenciadas en los diferentes contextos a estudio: Atención Primaria, Urgencias hospitalarias y Hospitalización. Las demandas del contexto y las diferentes formas de atención que precisan forman parte de esa cultura.

Como dice Bolívar la enseñanza de normas, actitudes y valores en la escuela podría en ocasiones oponerse y ser contraria a lo vivido por los alumnos en el contexto familiar, y en otras ocasiones alinearse y asemejarse a lo aprendido en el hogar. De hecho, el profesor tampoco es un ser independiente e incondicionado, sino que él mismo comparte valores como persona perteneciente al mismo grupo social.

Del mismo modo, los/las profesionales de la salud fuera del contexto sanitario comparten mismo grupo social con muchas familias a las que atienden. Por lo que es esperable que enfermeras y médicos puedan presentar actitudes y valores ante la fiebre semejantes a los que puedan tener algunos padres y madres.

Este autor considera que el verdadero contexto formativo en actitudes y valores es el **ambiente de aula**, este concepto puede ser traducido a **ambiente de unidad**. En la unidad (hospitalización, urgencias o centro de salud) se crea una propia cultura con pautas de interacción entre sus miembros, significados contextuales, formas de percibir la realidad, etc. Puede ser necesario una auto revisión de la unidad a través de un proceso de deliberación conjunta por parte de los actores implicados para revisar y diagnosticar como se afrontan las situaciones desde el ambiente de unidad y si es necesario tomar acciones de mejora en ciertos aspectos.

Las culturas de los centros se sostienen en gran parte por diferentes **normas**. Según define Bolívar las normas son reglas o pautas de conducta que determinan qué conducta es la adecuada y derivan de principios

valorativos. Son instrumentos para alcanzar determinadas metas. Por ejemplo, mantener a los niños dentro de unos rangos de norma.

Bolívar diferencia entre normas subjetivas y normas exteriores o sociales:

- **Normas exteriores o sociales:** Son aquellas normas que vienen impuestas desde el entorno por algún tipo de poder o son aceptadas por un grupo social. La conducta debe ser ajustada a ellas debido al riesgo de coacciones sociales o jurídicas. Las normas exteriores pueden llegar a interiorizarse y convertirse en subjetivas.
- **Normas subjetivas:** El origen de estas normas es externo pero el individuo las ha aceptado e interiorizado y se las impone a sí mismo de forma libre. Se constituyen a partir de estas sus valores personales.

Las conductas humanas pueden impregnarse de valores positivos o negativos según si se ajustan o desajustan a las normas establecidas y son los valores propios el criterio para la aceptación o el rechazo de normas particulares.

El cambio en las normas, en este caso dentro de un contexto sanitario, solo puede tener éxito, tras una reflexión, diagnóstico de la situación y consenso de los sujetos implicados con un compromiso de mejora. En esta tesis se pretende generar consciencia de esas normas relacionadas con el cuidado de los niños con fiebre, con el objetivo de poder cuestionarlas.

2.2.1.2. Aprender a memorizar o a reflexionar

Para acabar este subapartado, se explica el tipo de aprendizaje que Bolívar considera el más adecuado para afianzar los conocimientos del corpus formativo y potenciar actitudes positivas hacia la reflexión y el pensamiento crítico.

El autor comenta que si partimos de un entendimiento de la educación próximo a una psicología cognitiva de tipo constructivista concebiremos el aprendizaje como un **aprendizaje significativo**.

Este tipo de aprendizaje pasa por utilizar los conocimientos previos del alumnado para que pueda atribuir significado a los nuevos contenidos objeto de aprendizaje y de esta forma lograr una actualización de los **esquemas de conocimiento**.

En este tipo de aprendizaje debe evitarse la **memorización mecánica** y repetitiva ya que ha de ser susceptible a la construcción de significados.

Para alcanzar estos objetivos Bolívar propone un sistema de aprendizaje basado en una situación-problema para que el alumno planifique estrategias para resolverlo y de esta forma potenciar el aprendizaje significativo.

El enfoque de la educación tradicional, según Bolívar, es que el alumnado asimile de forma conformista y sin conflictos los valores socialmente establecidos. Formando así un **corpus normativo** que sirva de orientación para el comportamiento.

Bolívar plantea si el objetivo de la escuela debe ser integrar a los alumnos en los valores sociales vigentes o promover una autonomía moral en el **sentido crítico** y reflexivo.

El autor critica que cuando la formación se centra exclusivamente en el aprendizaje de un corpus normativo el profesor ejerce un rol que el autor denomina **técnico-eficiente**, es decir, un simple gestor de las prescripciones establecida por parte de expertos/gerentes. Este rol, para Bolívar, denigra el trabajo, la dignidad y el estatus de los/las profesionales.

2.2.2. Educación bancaria

Para continuar con modelos de aprendizaje, en este subapartado se desarrollan conceptos del pedagogo y filósofo Paulo Freire.

Freire fue un pedagogo y filósofo brasileño que defendía la autonomía como fundamento pedagógico. Uno de sus trabajos más influyentes es su

obra *Pedagogía del Oprimido* (1997), la que se considera un texto fundamental para la **pedagogía crítica**.

Uno de los conceptos que desarrolla en esta obra es el de **educación bancaria**. Este concepto es muy útil para la interpretación de los datos del estudio, principalmente en la comprensión de los conocimientos de las enfermeras hacia la fiebre infantil.

Desde la postura de la pedagogía crítica que Freire propone define la **educación bancaria** como lo opuesto al objetivo ideal de la pedagogía.

La educación bancaria se basa en la pedagogía cuyo núcleo central es la narración de contenidos. Esta educación precisa de un sujeto que narra esos contenidos (**educador**) y unos objetos pasivos que son los oyentes (**educandos**). A fin de mantener esas posiciones esta educación niega el diálogo.

Estos contenidos narrados tienden a petrificarse o a transformarse en algo **inerte**, depositado en la memoria, pero a los que no se les da aplicación empírica.

La tarea principal del educador en la educación bancaria es “llenar” con conceptos a los educandos con los contenidos de su narración, esto los lleva a una **memorización mecánica**. Estos contenidos se desvinculan de la realidad y del contexto que les da sentido, convirtiéndose en palabras huecas sin capacidad transformadora.

Los educandos de esta forma se convierten en archivadores de la información que se les transmite y estos contenidos quedan en forma de depósitos guardados y archivados.

Por tanto, esta visión de la educación impone una pasividad en la que los educandos tienden a adaptarse al mundo en lugar de transformarlo, aumentando su ingenuidad y disminuyendo el **espíritu crítico**.

Freire plantea la **educación problematizadora** como pedagogía opuesta a la **educación bancaria**.

La educación problematizadora ya no se encarga de depositar conocimientos en los educandos, sino en que el acto de la educación sea un acto consciente. Los conocimientos transmitidos no deben basarse en palabras huecas que se mitifiquen, sino en conceptos ligados a la realidad y que impliquen acción y reflexión.

En la educación problematizadora, los educandos van desarrollando su comprensión del mundo que ya no se presenta como una realidad estática sino como realidades dinámicas. Esta educación debe ser dialógica cambiando la estructura unidireccional educador-educando, convirtiendo a los educandos receptores dóciles de información a **investigadores críticos**.

Este tipo de educación sería similar al **aprendizaje significativo** propuesto por Bolívar que también favorecerá el empoderamiento del profesional

Si analizamos la influencia del ambiente sobre las personas y lo relacionamos con la educación, la educación bancaria enfatiza el **determinismo** del ambiente y disminuye sus percepciones de eficacia sobre la transformación del entorno. La educación problematizadora, sin embargo, expone a reflexión de aquellas ideas consideradas objetivas y favorece entender las situaciones complicadas como desafíos a superar, la realidad pasa a ser algo con la **capacidad de ser transformado**.

Relacionando estos conceptos con los anteriores propuestos por Bolívar, se puede afirmar que una educación bancaria en los/las profesionales de la salud los aproxima al rol de técnico eficiente. Mientras que una educación problematizadora o un aprendizaje significativo potenciaría la autonomía profesional y el **pensamiento crítico**.

2.2.3. Observación de “modelos” de conducta en el aprendizaje

En este subapartado se desarrollarán los conceptos que Albert Bandura expone en su *teoría del aprendizaje social* (Bandura, 1987). Albert Bandura fue un psicólogo decisivo en la transición de la psicología conductista a la **psicología cognitiva**. Se reconoce su importante aportación a las teorías de aprendizaje humano con su planteamiento de que gran parte de ese aprendizaje se da en interacción con el medio social.

Esta teoría psicológica clásica elaborada por Albert Bandura parte del paradigma conductista de estímulo-respuesta perfeccionándolo y añadiendo un **factor cognitivo** que le acerca al constructivismo. No es suficiente un refuerzo para la adquisición de conductas, sino que también

es dependiente de una interacción entre factores cognitivos, conductuales y ambientales siendo clave el aprendizaje observacional y la imitación de **modelos**.

Utiliza el término **modelo** en referencia para aquellas personas que en un medio social específico reúnen características y/o habilidades que las hacen deseables de ser imitadas. Los **observadores** de esos modelos presuponen que si adquieren esas habilidades también serán exitosos dentro de ese ambiente social.

Los observadores presuponen el éxito de esos modelos cuando han podido observar como reciben refuerzos o incentivos positivos del medio en el que actúan.

Sin embargo, esta teoría incluye un factor cognitivo por el cual estas observaciones serían dependientes de un conjunto de **variables cognitivas** propias de cada persona, lo que llevará a la internalización o no de esas actitudes observadas.

Para que el aprendizaje social sea efectivo y los observadores aprendan y ejecuten las conductas de los modelos, Bandura explica cuáles son los **procesos cognitivos** necesarios.

El aprendizaje social precisa que el observador mantenga la atención mientras realiza la conducta, que se produzca una retención en la memoria para recordar esa conducta cuando el modelo no está presente y finalmente una reproducción motora que afianzará el aprendizaje. Por tanto, explicaremos cada una de estos elementos:

- **Proceso de atención:** Se define como el proceso mediante el cual se fija la atención en los rasgos significativos de la conducta del “modelo”. Los observadores atenderán más a las conductas que resultan efectivas y en las que el individuo que las ejecuta posea características que demuestran su éxito y experiencia: grupo social al que pertenece, apariencia general, forma de comunicarse, edad, símbolos de éxito socio-económico, etc. Aquellas conductas que parezcan más efectivas y las que no presenten consecuencias negativas serán más interesantes de ser observadas y aprendidas.
- **Proceso de retención:** Mediante este proceso se consigue la representación simbólica de las pautas de la conducta observada

cuando el modelo ya no está presente. Es decir, el recuerdo de esa conducta objeto de imitación y aprendizaje.

- **Proceso de reproducción motora:** Este proceso es finalmente la conversión en pautas motoras de la conducta memorizada. La reproducción óptima de la conducta dependerá de que el individuo posea o no las destrezas necesarias para llevarla a cabo.

Observar el éxito de una conducta ajena aumenta la tendencia a comportarse de una forma similar, mientras que la observación de una conducta castigada tiende a disminuirla, sería el llamado **reforzamiento vicario**.

La interacción de los resultados observados y los experimentados en uno mismo durante la vida cotidiana van inseparablemente unidos. Los juicios acerca del valor y validez de las **representaciones cognitivas** se forman comparándolos con la evidencia que proporciona la experiencia. La conducta que se ha reforzado tanto de forma vicaria como directa es más estable en el tiempo.

El *feed-back* informativo que proporciona la experimentación directa produce una **verificación cognitiva** de las consecuencias de las conductas llevadas a cabo.

En ocasiones, la verificación experimental es difícil o imposible por lo que se recurre a una **verificación social**, evaluando y comparando nuestras representaciones cognitivas con las de otras personas. Se genera de esta forma el llamado **conocimiento vicario**.

Este tipo de conocimiento no se adquiere de primera mano, sino que precisa de la mediación de otra persona que transmita el saber y que se basa en argumentos o suposiciones indirectas que llegan al sujeto receptor de conocimiento sin ser comprobadas.

En el conocimiento y el aprendizaje vicario tiene gran importancia el componente emocional. La **excitación emocional** de los modelos al actuar frente a una situación también se reproduce en los observadores, al percibir las actitudes en forma de lenguaje no verbal como: expresiones vocales, faciales o posturales.

Esto puede tener un valor muy importante para la supervivencia, pero también se pueden transmitir miedos innecesarios y generalizarse a otras situaciones similares, produciéndose una **hipergeneralización**.

Cuando ante una situación se activan estos miedos generan **conductas anticipatorias** para evitar posibles daños. La función primordial de las conductas anticipatorias consiste en proporcionar protección frente a peligros potenciales.

En muchas ocasiones esas asociaciones cognitivas entre el estímulo y el evento desagradable pueden no tener una relación de causa y consecuencia. La reflexión ante esas asociaciones ayudará a eliminar las conductas anticipatorias.

Sin embargo, estas conductas defensivas fruto de reacciones anticipatorias son difíciles de eliminar ya que, al llevar a cabo estas conductas defensivas no se produce el daño y eso hace que se refuerce la creencia de que estas maniobras han sido efectivas

Una forma de reducir esos miedos y las reacciones anticipatorias, es llevar a cabo de forma directa acciones que pueden considerarse subjetivamente amenazantes, consiguiendo una **verificación cognitiva** de las consecuencias.

Cuando esas situaciones se superan con éxito aumentan los sentimientos de eficacia. De hecho, cuando las personas se perciben como más **eficaces** se reducen los miedos anticipatorios.

Llevar a cabo por ellos mismos las acciones subjetivamente amenazantes, permite obtener **experiencias** que aumentan sus sentimientos de eficacia. Las personas que desisten y no llevan a cabo este aprendizaje seguirán manteniendo sus miedos.

La **expectativa de eficacia** es la convicción de que uno puede efectuar con éxito la conducta necesaria para producir unos resultados satisfactorios, pero hay que tener en cuenta que la excitación emocional elevada en situaciones amenazantes puede hacer disminuir las expectativas de eficacia, ya que esta excitación emocional es propensa a debilitar la ejecución.

A continuación, para ayudar a comprender mejor las aportaciones de Bandura, se explicarán los incentivos en la generación de conductas y el determinismo recíproco en el aprendizaje social.

2.2.3.1. Incentivos en la generación de conductas

Pese a que en la teoría de Bandura el factor cognitivo juega un papel fundamental, el autor considera que los **reforzadores o incentivos** de conductas, propios de teorías conductistas, también tienen un papel determinante en el aprendizaje. Estos reforzadores pueden ser extrínsecos o intrínsecos.

Los **reforzados extrínsecos** son consecuencias para una conducta que son externas y su relación con la conducta es arbitraria. Son consecuencias para la conducta que la sociedad dispone. Por ejemplo, disminuir la temperatura por debajo de 38°C para cumplir con el protocolo establecido.

Divide los **reforzadores intrínsecos** en tres tipos:

- Consecuencias para la conducta, de **origen externo** pero que se relacionan de forma natural con la conducta. Por ejemplo, la percepción de reducción del malestar en un niño por parte de un profesional de la salud cuando ha administrado un antipirético.
- Consecuencias para la conducta, **naturales e internas al organismo**, son respuestas generadas por efectos fisiológicos. Por ejemplo, la reducción del malestar en una persona cuando ella misma ha tomado un antipirético.
- Autoevaluaciones de las propias conductas que son fuente de autosatisfacción. Lo que se denomina **auto refuerzo**. Por ejemplo: la sensación de satisfacción que siente un profesional de la salud cuando logra aumentar el bienestar de un niño con fiebre.

Para cada persona el valor que da a los incentivos puede ser diferente, por lo que aquellos incentivos mejor valorados, serán los que dirigen la conducta con el objetivo de conseguirlos.

Se debe tener presente que, en la conducta humana, el **auto refuerzo** es un factor a tener muy en cuenta, ya que sus acciones no están subordinadas a los factores externos, sino que es posible ejercer un control sobre los sentimientos, pensamientos y acciones propios.

De hecho, las personas evalúan sus conductas en muchas ocasiones de forma **auto reforzante** o **auto punitiva** según valoraciones positivas o negativas que se ajustan a criterios internos que han podido aprenderse a través de modelos.

Aunque en muchas ocasiones la conducta se guía por estas consecuencias autoevaluativas pueden darse procesos a través de los cuales se **disocia** de ellas. En estos casos el autor habla de:

- **Reestructuración cognitiva:** Se define como un proceso cognitivo mediante el cual aquellas creencias que causan autoevaluaciones negativas se relativizan reflexionando sobre ellas con la intención de separar la creencia de la autoevaluación negativa.
- **Disociación:** Se define como la acción cognitiva de distorsionar la relación de responsabilidad entre las acciones y los efectos que ellas provocan, desplazando la responsabilidad de las consecuencias a una autoridad legítima. La persona que desplaza su responsabilidad a otra deja de sentirse responsable de sus acciones, librándose así de las reacciones auto punitivas.
- **División del trabajo:** Este concepto hace referencia a como la distribución de la toma de decisiones y la acción colectiva permiten a la gente actuar de formas que individualmente podrían llevar a procesos auto punitivos y sin embargo consigue que la responsabilidad se diluya sin que nadie se sienta personalmente responsable.
- **Interpretación errónea de las consecuencias de las acciones:** Cuando una persona decide realizar una actividad contraria a sus valores y que ella misma desapruueba, puede utilizar estrategias cognitivas para convencerse de que el perjuicio que puede ocasionar es menor y desatender los posibles efectos perjudiciales de su conducta.

2.2.3.2. Determinismo recíproco en el aprendizaje social

Para concluir se desarrolla la forma en que Bandura entiende la **libertad de actuación** de las personas y el condicionamiento que sufren por parte del ambiente.

La mezcla que producen los reforzadores externos, internos y vicarios, así como los procesos cognitivos que regulan las conductas, da lugar a lo que Bandura denomina un **determinismo recíproco** es decir una interdependencia de determinantes personales y ambientales.

Por una parte, los determinantes personales son: los **factores personales del individuo** y su **conducta**. Estos determinantes personales, a su vez, se afectan recíprocamente.

Por otra parte, los **determinantes ambientales** no son factores que afecten de forma inevitable a los individuos. Son potencialidades que actúan como influencias cuando el individuo las activa, y es la conducta la que determinará cuál de estas influencias ambientales se activará. En un proceso inverso también las influencias ambientales determinan que conductas son desarrolladas y activadas.

Por tanto, para el aprendizaje social el determinismo recíproco es un proceso de doble vía, el entorno es influenciado tanto como la conducta que regula. Durante los intercambios, un mismo acontecimiento puede ser al mismo tiempo, un estímulo, una respuesta o un refuerzo ambiental, dependiendo del punto arbitrario de la secuencia en el que se comience el análisis.

La conducta no sólo puede regular el impacto de las condiciones ambientales, sino también crearlas. Los ambientes sociales proporcionan muchas oportunidades de crear contingencias que afectan recíprocamente a la conducta del sujeto.

La persona por medio de sus acciones, juega un papel activo en la producción de contingencias ambientales reforzantes que influyen sobre ella. A través de sus conductas las personas pueden **modificar** las condiciones ambientales que determinan las posibilidades para alcanzar sus metas.

Dentro de este determinismo recíproco, Bandura se plantea el concepto de **libertad de actuación personal**. En el marco del aprendizaje social, la

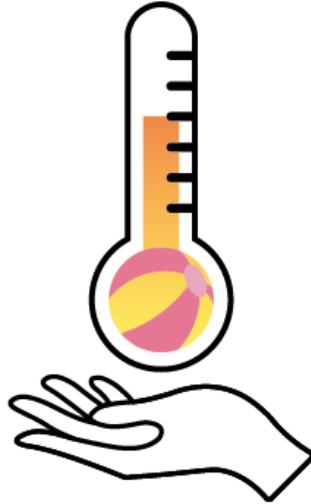
libertad se define en términos del número de opciones de que disponen las personas y el derecho que tienen de ejercerlas. Por tanto, la libertad puede fomentarse mediante el desarrollo de habilidades y reduciendo las autolimitaciones que pueden generar los miedos injustificados.

Esto se encuentra en sintonía con la **educación problematizadora** de Freire (1997) que aumenta las percepciones de capacidad transformadora del entorno y disminuye la percepción de **determinismo ambiental**.

Sin embargo y como puntualiza Bandura, cuando se analiza la conducta de los sujetos también hay que tener en cuenta las limitaciones que imponen a la conducta los **roles** y las circunstancias socialmente estructuradas.

Vemos aquí similitudes con conceptos que Bolívar (1992) desarrolla como son la cultura de centro y las subculturas diferenciadas. Estas culturas presentes en los sistemas sanitarios influyen en aquellas actitudes que son más deseables de ser aprendidas o desarrolladas para adaptarse e integrarse en los grupos sociales a los que el profesional pertenece.

Pese a las limitaciones que el rol pueda representar, las enfermeras, tienen la capacidad de actuar sobre los condicionantes ambientales del sistema y mediante el determinismo recíproco, modificar el ambiente y creando contingencias que favorezcan nuevos cuidados a los niños con fiebre.



Capítulo 3

Metodología

3. Metodología

A continuación, en este capítulo expongo la metodología de los artículos que componen la tesis y que en el apartado de resultados se encuentran de forma completa.

Este capítulo se divide en tres subapartados en el primero se especificarán los objetivos de investigación a cumplir por la presente tesis; seguidamente se especifica la metodología de las revisiones sistemáticas y finalmente la metodología del trabajo de campo.

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo General

- Analizar la construcción del concepto de fiebre infantil por parte de enfermeras que trabajan en servicios pediátricos en los contextos de atención primaria, hospitalización y urgencias hospitalarias.

3.1.2. Objetivos Específicos

- Explorar los conocimientos de las enfermeras relacionados con la fiebre infantil y cuál es su manejo de este signo.
- Analizar como el entorno asistencial influye o modula los conocimientos y actitudes en las enfermeras relacionados con la fiebre infantil.
- Analizar las relaciones entre la disciplina médica y enfermera, desde el punto de vista de las enfermeras, en el cuidado de los niños con fiebre.
- Explorar cual es la relación entre los/las profesionales de salud y los padres, desde el punto de vista de las enfermeras, ante un niño con enfermedad febril.

3.2. Revisiones sistemáticas

En un primer lugar para explorar cuales son las percepciones, conocimientos y actitudes de los/las profesionales de la salud hacia la fiebre infantil, se realiza una **revisión sistemática con metaanálisis**.

La búsqueda bibliográfica se lleva a cabo del 15 de noviembre de 2020 al 15 de enero de 2021 usando las siguientes bases de datos: Biblioteca virtual de la salud, Pubmed, Web of science y Cochrane. Además del metabuscador EBSCOhost con las siguientes bases de datos seleccionadas: Psychology and Behavioral Sciences Collection, APA PsycInfo, CINAHL with Full Text, Educational Administration Abstracts, MLA Directory of Periodicals, MLA International Bibliography, APA PsycArticles, E-Journals, eBook Collection (EBSCOhost), Social Work Abstracts, SocINDEX with Full Text.

La estrategia de búsqueda se formula con descriptores DeCS/MeSH y un término libre, mediante el truncamiento de estos términos con operadores booleanos.

La fórmula de la búsqueda es: (*pediatricians OR nurses, pediatric*) and (*fever OR fever phobia*) además de una búsqueda posterior únicamente con el término libre “*fever phobia*” para evitar la pérdida de resultados.

Se incluye como límite en la búsqueda el idioma de los artículos, seleccionando aquellos escritos en español o inglés. No se establece límite en referencia al año de publicación.

Posteriormente se realiza una búsqueda dirigida o en bola de nieve, revisando las referencias de los artículos y se incluyen aquellos relevantes para el fenómeno de estudio que por los límites no han aparecido. La selección de los artículos se realiza por fases. Primero revisando los títulos y los resúmenes, para después continuar con una lectura del texto completo y decidir si cumplen los criterios de inclusión y alcanzan la calidad pertinente.

Se realiza un análisis de contenido de los artículos para conocer el fenómeno de estudio en más profundidad. Se exploran las variables que condicionan los cuidados y/o el tratamiento de los/las profesionales de la salud hacia el niño febril. Su heterogeneidad y su condición no

analítica no permiten la inclusión de todos los artículos en el metaanálisis.

Se procede a incluir en el metaanálisis aquellos estudios con carácter analítico y de los que se pueden extraer al menos dos medidas estadísticas de las variables que incluyen, coincidiendo todos ellos en artículos que evalúan programas educativos a enfermeras. Para poder desarrollar el metaanálisis se utilizó la herramienta Meta-Essentials para Excel.

El análisis de los artículos se divide según las variables que analizan, así se crean tres grupos, aquellos que analizan los conocimientos, aquellos que analizan las actitudes y/o los que analizan las percepciones. Un mismo artículo podía entrar en varias categorías si analiza más de una variable.

Se evalúa la calidad de los estudios mediante el “Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)” a través de la herramienta online de fichas de lectura crítica “FLC 3.0”. Según los criterios aplicados por esta herramienta se clasificaron los estudios en calidad baja, media o alta

El riesgo de sesgo se evaluó mediante los siete dominios de la herramienta de la colaboración Cochrane versión 5.1.0 (The cochrane collaboration, 2011). Estos dominios son: generación de la secuencia adecuada, ocultamiento de la asignación, cegamiento, medidas de resultados incompletos, notificación selectiva y otros sesgos.

La media y la desviación estándar (SD) de cada variable se extraen de los estudios seleccionados a través de sus resultados en los pretest y post-test; y dependiendo de si su intervención contaba con un grupo experimental y control o únicamente grupo experimental.

Se dividen las diferencias de medias de los grupos experimentales y los grupos control por la desviación típica SD agrupada de ambos grupos para obtener la diferencia de medias estandarizadas (DME) y los intervalos de confianza (IC) del 95%.

Para obtener el tamaño de efecto de cada variable de aquellos artículos que cuentan con grupo experimental y control, cada uno con su pretest y post-test; se calcula la diferencia entre las medias de los pretest y post-test de ambos grupos. Posteriormente se calcula la diferencia entre la media del pretest del grupo experimental y el pretest del grupo control.

La heterogeneidad se evalúa usando la prueba Q inferencial propuesta por Cochrane, y el índice de heterogeneidad (I^2) con un 95% de intervalo de confianza (IC) se considera alto cuando es superior al 50%.

Tras esta primera revisión, se realiza una segunda **revisión sistemática con metasíntesis** de estudios cualitativos para analizar las percepciones, conocimientos y actitudes de las familias relacionadas con el fenómeno de la fiebre en los niños.

Para la búsqueda bibliográfica que se realiza entre el 15 de agosto de 2021 al 1 de septiembre de 2021 se usan las siguientes bases de datos: Biblioteca virtual de la salud, Pubmed, Web of science y Cochrane. Además del metabuscador EBSCOhost con las siguientes bases de datos seleccionadas: Psychology and Behavioral Sciences Collection, APA PsycInfo, CINAHL with Full Text, Educational Administration Abstracts, MLA Directory of Periodicals, MLA International Bibliography, APA PsycArticles, E-Journals, eBook Collection (EBSCOhost), Social Work Abstracts, SocINDEX with Full Text.

La estrategia de búsqueda se formula mediante los descriptores DeCS/MeSH, usando el truncamiento de estos términos con operadores booleanos.

La fórmula de la búsqueda es: "*qualitative research*" AND "*parents*" AND "*fever*".

De la misma forma que en la revisión enfocada a profesionales se realiza una búsqueda dirigida o en bola de nieve, revisando las referencias de los artículos seleccionados y se incluyen aquellos relevantes para el fenómeno de estudio que no han aparecido en las bases de datos. La selección de los artículos se realiza por fases. Primero revisando los títulos y los resúmenes, para después continuar con una lectura del texto completo y decidir si cumplían los criterios de inclusión y alcanzan la calidad pertinente.

Se incluye como límite en la búsqueda el idioma de los artículos, seleccionando aquellos escritos en español o inglés. No se establece límite en referencia al año de publicación.

Se explora el fenómeno de estudio a través de los estudios cualitativos de campo y de los estudios mixtos que superan o igualan una puntuación de 6 en la lista de comprobación para la investigación cualitativa de instituto Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2017). Además, se revisan y

analizan las revisiones sistemáticas que están dentro de los criterios de inclusión y las metasíntesis cualitativas.

Se seleccionan los estudios de campo cualitativos para llevar a cabo un enfoque de síntesis temática extrayendo y codificando los conceptos clave de cada artículo que reflejan las percepciones, los conocimientos o las actitudes frente a la fiebre en los niños por parte de los padres y cuidadores.

En una primera fase se seleccionan todos los conceptos que eran expresados por los padres y analizados en los artículos, en sus propios temas y categorías, para reorganizarlos dentro de las tres grandes áreas temáticas: percepciones, conocimientos y actitudes.

En una segunda fase, a partir de la información extraída de los artículos se crearon nuevas categorías, subcategorías y códigos con la intención de captar el significado y el contenido de lo que expresaron los diferentes participantes. En esta fase se representan los resultados en forma de mapas conceptuales.

Finalmente, en una tercera fase tras examinar la clasificación obtenida y comprobar la coherencia en la interpretación de códigos se alcanza una explicación del fenómeno de estudio desde múltiples perspectivas, permitiendo generar nuevos constructos interpretativos.

Los hallazgos de estas revisiones pueden consultarse en el apartado de resultados.

La primera de ellas fue publicada en la revista “International Journal of Environmental Research and Public Health” en 2021, revista indexada en JCR *Journal Citation Reports* y posicionada en el primer Cuartil dentro de la categoría *Public Environmental & Occupational Health*.

La segunda fue publicada en la revista “Journal of Clinical Nursing” en 2022, revista indexada en JCR *Journal Citation Reports* y posicionada en el primer Decil dentro de la categoría *Nursing*.

3.3. Análisis discursivo de los cuidados enfermeros hacia la fiebre infantil y sus diferencias contextuales: Un estudio etnometodológico.

El trabajo de campo de esta tesis consiste en un análisis de los discursos de enfermeras de hospitalización, urgencias y atención primaria, para conocer las percepciones, conocimientos y actitudes de estas profesionales hacia la fiebre en los niños.

Una vez analizado el discurso de las enfermeras de los tres contextos asistenciales se compone un artículo que se encuentra en proceso de revisión, titulado: “Análisis discursivo de los cuidados enfermeros hacia la fiebre infantil y sus diferencias contextuales: Un estudio etnometodológico”, en la revista *Nursing Inquiry* indexada en JCR *Journal Citation Reports* y posicionada en el primer Cuartil dentro de la categoría *Nursing*.

A continuación, se desarrolla la metodología de este estudio cualitativo.

3.3.1. Diseño

Esta investigación utiliza la etnometodología como diseño de investigación cualitativa y se sitúa en el paradigma constructivista.

El constructivismo es una lente teórica que hace hincapié en la naturaleza dinámica de nuestro mundo, sostiene que los puntos de vista de los individuos están directamente influenciados por sus experiencias, y son estas experiencias y puntos de vista individuales los que dan forma a su perspectiva de la realidad. Esencialmente, el pensamiento constructivista se centra en cómo la "realidad" no es una certeza fija y las experiencias, interacciones y antecedentes dan a las personas una visión única del mundo (Tenny et al. 2020).

Se plantea un enfoque etnometodológico con el objetivo de analizar las percepciones, los conocimientos y las actitudes de las enfermeras ante la fiebre infantil.

Se considera el abordaje idóneo de investigación cualitativa dado que estudia como los miembros de un grupo social perciben, definen y clasifican las actividades que se realizan de forma cotidiana, así como los significados que les asignan. Se centra en hechos de la vida social que son tan rutinarios y arraigados que es necesario un esfuerzo para poder reflexionar sobre ellos, conocer su significado y valorar su importancia (Dowling, 2007; Harper, 2008).

3.3.2. Perspectiva teórica

Para presentar los resultados de este estudio se utiliza el **pluralismo teórico** descrito en la orientación teórica anterior que acompañará el análisis de los datos. Por un lado, para explicar los conceptos claves de la etnometodología y mejorar la discusión sobre el fenómeno se utiliza la perspectiva teórica de Harper (2008). Por otro lado, para lograr el nivel de interpretación de resultados requerido se utilizan elementos teóricos de los trabajos de Freire, Bandura y Bolívar.

Desde la perspectiva de Harper (2008), las actividades cotidianas y rutinarias de las enfermeras en el abordaje de la fiebre en el niño son el objeto de análisis. También se tiene en cuenta como el foco que la etnometodología pone en aquellas actividades cotidianas y arraigadas puede originar la reflexividad de las participantes a través de la propia conversación que se mantiene con ellas.

En la discusión de resultados, se ha utilizado el concepto de educación trabajado por Freire (1997), para analizar los conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado del niño con fiebre. La teoría del aprendizaje social de Bandura (1987) para analizar las conductas que las enfermeras aprenden y transmiten socialmente. Finalmente, la aportación del trabajo de Bolívar (1992) permite comprender las actitudes como concepto y analizar la influencia del contexto y el rol profesional.

3.3.3. Participantes

El estudio se realiza en un hospital de tercer nivel, Hospital Universitario Son Llàtzer, ubicado en Palma de Mallorca, Baleares, España, y los catorce centros de salud incluidos dentro de su sector sanitario. Se han estudiado los contextos de hospitalización pediátrica, urgencias hospitalarias pediátricas y atención primaria pediátrica.

El sector sanitario que abarca este hospital incluye a una población de 270.276 personas aproximadamente y su población pediátrica es del 15,61%, es decir unos 42.190 habitantes se encuentran entre los 0 y los 14 años.

Las participantes del estudio son trece enfermeras que desempeñan sus funciones en los contextos estudiados y que manifiestan interés en participar en el estudio. Se contacta con ellas a través de una informante clave. Las informantes clave para cada contexto forman parte del equipo investigador de este estudio

En la unidad de hospitalización y en las urgencias hospitalarias pediátricas es la supervisora de enfermería quien se encarga de contactar e informar sobre el estudio a las enfermeras de estas dos unidades.

En atención primaria la informante clave es una enfermera que trabaja en la gerencia de atención primaria de Mallorca, y se encarga de contactar con las enfermeras que trabajaban en las consultas pediátricas.

Además de las informantes clave, se utiliza la estrategia en la bola de nieve, cuando alguna enfermera entrevistada comenta que otra profesional del servicio también manifiesta interés en participar.

El investigador principal contacta con las enfermeras interesadas en participar mediante mensaje de correo electrónico o a través de una aplicación de mensajería. De este modo se consensua la fecha y lugar para la entrevista, y se informa del procedimiento y duración.

El lugar de realización de la entrevista cambia según el contexto estudiado: Para las enfermeras de hospitalización se accede a una sala donde se llevan a cabo sesiones clínicas, ubicada en la propia unidad de hospitalización pediátrica del centro. En el caso de las enfermeras de urgencias, se realiza en alguna habitación de observación vacía en la

misma unidad. Con las enfermeras de atención primaria se acordó realizar la entrevista en su propia consulta.

La primera de las entrevistas se realiza el 28 de febrero del 2022 y la última el 29 de abril del 2022. Del total de enfermeras participantes 4 trabajan en la unidad de hospitalización, 5 en el servicio de urgencias y 4 en atención primaria.

Los criterios de inclusión de las participantes son:

- Enfermeras que desempeñan su trabajo en la planta de hospitalización pediátrica, en la unidad de urgencias pediátricas y en centros de salud pertenecientes al área del hospital citado anteriormente.
- Se incluyen enfermeras especialistas en enfermería pediátrica y enfermeras generalistas que trabajan en estas unidades.

Los criterios de exclusión de las participantes son:

- Enfermeras que trabajen en: cuidados intensivos pediátricos ya que en un niño en situación crítica la fiebre puede provocar un aumento del gasto metabólico que alteraría el concepto de fiebre que queremos estudiar; unidades de neonatos, ya que los mecanismos de termorregulación en el neonato aún no están desarrollados completamente, por lo que las temperaturas elevadas que se registren pueden ser por motivos tales como: estar demasiado arropados y/o tener la temperatura o humedad de la incubadora demasiado elevadas, por ejemplo. También se excluye de este estudio el contexto clínico del paciente pediátrico oncológico debido a sus particularidades en referencia a la inmunosupresión y/o neutropenia que pueden presentar.

Debido a que en estos momentos en España más concretamente en las Islas Baleares la especialidad de enfermería pediátrica está en desarrollo, tal como se ha comentado anteriormente, la pertenencia o no de la titulación de especialista en enfermería pediátrica no es un requisito para poder ser participante en este estudio cualitativo, pero si se recoge como información a tener en cuenta.

3.3.4. Recogida y análisis de los datos

Para la recogida de datos de las participantes se utiliza una técnica conversacional, mediante entrevista semiestructurada en profundidad que cuenta con un guion de preguntas abiertas, con una duración aproximada de 1 hora, aunque la duración depende de cada entrevistada (Anexo I).

El discurso es el uso del lenguaje como una forma de práctica social, y su análisis permite al investigador centrarse en los significados de la comunicación de los participantes e interpretar estos significados a la luz de las influencias y costumbres sociales y culturales (Lincoln & Denzin, 2005).

Al inicio de las entrevistas se recoge la siguiente información sociodemográfica: Servicio en el cual desempeñan su trabajo, edad, sexo, especialidad, tiempo trabajado en servicios pediátricos, si tenían o no hijos, si eran miembros de alguna asociación científica relacionada con la pediatría y si ocupaban cargos de gestión.

La entrevista incluye durante su desarrollo, la muestra de unas infografías (Anexo II, III, IV) con recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de la fiebre en los niños para que sean consultadas y comentadas por las participantes. Con esto se quiere analizar su reacción y si aparece un cuestionamiento sobre su práctica cotidiana. Las recomendaciones mostradas eran las siguientes:

- - “Decálogo de la fiebre”- (Asociación Española de Pediatría de atención Primaria, 2011) orientada a familiares
- - “Fever in under 5s: assessment and initial management”- (NICE guidelines, 2019) orientada a profesionales.

Al final de la entrevista, se muestran dos casos clínicos, incluidos en las infografías, con dos situaciones comunes en el cuidado al niño con fiebre.

Se presentan dos casos para cada contexto. De forma general, aparecen dos niños de 3 años de edad, ambos con buen estado general, uno con una temperatura de 38°C y otro con una temperatura de 37, 5°C. El resto del contenido de los casos está adaptado al contexto pediátrico de cada

enfermera entrevistada, para que sea lo más trasladable posible a su práctica diaria.

La edad de los niños es relevante debido a que aún pueden aparecer convulsiones febriles. Se especificaba que el niño con una temperatura de 37,5°C había sufrido convulsiones febriles con anterioridad.

Con las respuestas del caso se analiza entre otras cosas la influencia de la cifra de temperatura para tratar la fiebre y de la historia de convulsiones febriles.

También es interesante analizar en las respuestas de los casos clínicos, si ha habido reflexión sobre la práctica diaria tras la entrevista y tras la lectura de las recomendaciones.

El análisis de los datos ha respondido a un proceso cíclico de análisis inductivo y deductivo siguiendo una secuencia de varias fases (Lincoln & Denzin, 2005).

En primer lugar, se obtiene la información a analizar mediante entrevistas en profundidad y notas del diario de campo. La información de las entrevistas se captura mediante grabadora de audio y se transcribe posteriormente mediante la herramienta online - “Sonix”- (*Sonix, inc.* 2022). Cada transcripción es revisada por el investigador principal.

En segundo lugar, los textos obtenidos se anonimizan y se asignan unas siglas para cada contexto y un número para cada entrevista realizada. Se leen los textos subrayando y anotando comentarios, de forma preliminar, de aquellas partes más interesantes. Tras varias lecturas se comienza la codificación sistemática de la información obtenida.

A partir de los textos transcritos se lleva a cabo un análisis inductivo, se codifica la información de las entrevistas y observaciones identificando palabras, frases o párrafos completos para identificar temas específicos determinando qué es significativo. Posteriormente, se lleva a cabo un análisis deductivo que permite reconocer el comportamiento de los datos y dar significado a las categorías (Lincoln & Denzin, 2005).

En este proceso cíclico de análisis se lleva a cabo una primera fase descriptiva de los datos y códigos obtenidos para sentar las bases de la fase posterior interpretativa.

Finalmente se agrupan los datos en categorías y subcategorías integrando la información, extrayendo significados, comparaciones y conclusiones desde un marco etnometodológico.

Se realizan árboles de codificación que muestran de forma visual las categorías, las subcategorías y los códigos analizados.

3.3.5. Rigor

Este estudio sigue los criterios de dependencia-consistencia lógica, credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad, que aseguran el rigor en los estudios con metodología cualitativa.

- En primer lugar, se aseguró una **consistencia interna** de la interpretación de los datos tras un ejercicio de triangulación llevado a cabo por el investigador principal junto con otra investigadora del equipo de investigación y generaron categorías similares con distintos datos (Moscoso Loaiza & Díaz Heredia, 2018)
- En segundo lugar, **la credibilidad** se refiere a como los resultados de un estudio son verdaderos para las personas que fueron estudiadas, y para aquellas que han estado en contacto con el fenómeno investigado (Cadenas, 2016). También se contribuye a la credibilidad del estudio comparando los resultados con la evidencia revisada sobre el fenómeno (Moscoso Loaiza & Díaz Heredia, 2018).

Al finalizar las entrevistas se confirma con las entrevistadas la información que ellas transmiten. La presentación de las recomendaciones provoca reflexiones sobre sus propias actuaciones y durante el análisis del caso que se les plantea, algunas modifican lo que han dicho y otras mantienen su discurso. Además, se han tenido en cuenta los efectos que la presencia del investigador puede modificar los discursos (Cadenas, 2016).

También se triangula una entrevista de cada contexto y los mapas conceptuales resultantes con los diferentes miembros del

equipo investigador, siendo algunos/as de ellos/ellas profesionales del propio contexto estudiado. La triangulación es una de las estrategias para garantizar el rigor metodológico en investigación cualitativa (Lincoln & Denzin, 2005).

- En tercer lugar, la **confirmabilidad** es la capacidad para que otros investigadores puedan replicar el estudio en otros contextos (Cadenas, 2016). Para ello se añaden como anexos a esta tesis, las preguntas realizadas y las infografías con las recomendaciones ante la fiebre y los casos clínicos planteados (ver apartado anexos).

Además, se ha descrito también el contexto del estudio, el tipo de hospital en el que se realiza y la estructura de las unidades de las participantes. Se describen también las estrategias de captación de participantes y los datos sociodemográficos de las enfermeras que accedieron a ser entrevistadas.

Asumiendo unas características y condiciones contextuales parecidas, otros investigadores deberían ser capaces de llegar a resultados similares (Cadenas, 2016).

- Por último, la **transferibilidad** o aplicabilidad de los resultados del estudio a otras poblaciones, dependerá de la similitud entre el contexto definido en este estudio (Cadenas, 2016).

Con el objetivo de garantizar la transferibilidad se lleva a cabo una discusión de resultados desde un marco teórico plural que aporta nuevo conocimiento al significado del fenómeno y ofrece pautas para futuras investigaciones (Moscoso Loaiza & Díaz Heredia, 2018).

A parte de estas cuatro características principales, como herramientas de rigor de los datos recogidos y generación de los resultados, se ha tenido en cuenta la **saturación de los datos**, es decir las informantes entrevistadas en último lugar ya no indican información distinta a la recogida por las primeras participantes, en cada contexto.

Por último, como otra herramienta de rigor metodológico se lleva a cabo un **diario de campo** el cual ha permitido modificar técnicas de recogida de datos y mejorar la información obtenida.

3.3.5.1. Diario de campo

En este apartado voy a describir y explicar el proceso de toma de decisiones durante el desarrollo del estudio. Desde las técnicas de recogida de datos como aspectos relacionados con el análisis, el equipo y sus roles y los cambios aplicados a lo largo del estudio.

Partiendo desde mi posicionalidad expresada anteriormente he realizado las reflexiones ante cualquier tipo de discurso, a partir de mi capacidad de escucha y observación, para llegar a un análisis de los datos profundo para dar respuesta a los objetivos planteados.

El diario de campo está formado por las notas del investigador principal, escritas o audio grabadas, tomadas de forma previa o posterior a las entrevistas incluyendo aquellas observaciones y autoobservaciones que han generado pensamientos, emociones o ideas que aumentan la validez externa e interna del presente estudio y se utilizan principalmente para modificar aspectos de las entrevistas (Kroef et al., 2020; Punch, 2012).

Uno de los primeros cambios llevados a cabo fue la técnica de recogida de datos. En un primer momento se pensó en realizar grupos de discusión con enfermeras de los tres contextos a estudio. Sin embargo, debido a la imposibilidad de reunir en un número aceptable a las profesionales en un día en concreto para realizar los grupos de discusión, se decide cambiar a entrevistas individuales en profundidad como método de recogida de datos.

Las observaciones de lo recogido anteriormente en la entrevista y lo que comentaban las enfermeras como respuesta a las situaciones planteadas, sirvió para realizar pequeñas modificaciones en los casos planteados para poder obtener más información relevante sobre la práctica diaria de las enfermeras.

He podido registrar en este diario como las enfermeras han presentado tensiones al presentar las recomendaciones de la evidencia sobre el abordaje de la fiebre. En un primer momento se presentaban las recomendaciones al final de la entrevista y no se informaba previamente de que se iban a mostrar. Pude percibir que esto generaba en algunas enfermeras incomodidad y que podían sentirlo como un engaño, como si estuviéramos buscando respuestas equivocadas.

Debido a esto decido informar en un principio de que se van a mostrar las recomendaciones a mitad de entrevista y que también se les preguntará sobre sus percepciones acerca de esas indicaciones. Estos cambios eliminaron esas incomodidades y no sintieron la presentación de las recomendaciones como dicho engaño.

Además, se modifican algunas preguntas, añadiéndose nuevas cuestiones a medida que emergen en el análisis preliminar temáticas interesantes a explorar, relacionadas con el fenómeno de estudio. Principalmente se añaden alguna pregunta más relacionada con las relaciones interprofesionales en el cuidado de los niños con fiebre.

Las participantes expresaban a través de otras preguntas de forma indirecta la influencia en los cuidados de las relaciones interprofesionales, principalmente con los médicos. Se consideró interesante añadir preguntas específicas sobre ese tema para poder profundizar en el mismo, con las que se obtuvo información relevante para el estudio.

Entre las observaciones registradas en el diario, cabe resaltar algunas expresiones hechas por las enfermeras en relación con la autonomía en sus acciones, que no quedaban bien reflejadas en las transcripciones de las entrevistas.

Las ocasiones en las que las enfermeras aportan más información verbal es en aquellas preguntas sobre la relación que mantienen con los padres y con otros/otras profesionales, así como tras la presentación de las recomendaciones.

En cuanto a los discursos sobre los padres, se expresan claramente los miedos y las actitudes que perciben en ellos, algunas ocasiones mostrando empatía y en otras resaltando aquellos comportamientos que creían incorrectos. Ambas expresiones eran percibidas como discursos ajenos a ellas, cuando curiosamente eran miedos y actitudes muy similares a los que aparecían en sus discursos en anteriores preguntas.

Las expresiones que usan las enfermeras al hablar sobre la relación interprofesional entre médicos y enfermeras cambian según el contexto.

En las expresiones utilizadas en atención primaria se percibe una relación más colaborativa. Mientras que, las enfermeras de urgencias y hospitalización en muchas ocasiones usan expresiones que denotan que se sienten fiscalizadas por ellos y dejan entrever algo de frustración al expresar que sus aportaciones no se tienen en cuenta.

Sin embargo, también se percibe en sus discursos cierta comodidad en esa posición, por lo que parece existir un conflicto en ellas entre buscar más autonomía, pero tener dudas ante la aceptación de más responsabilidad.

De hecho, aparecen algunos discursos críticos hacia las pautas médicas, y formas sistémicas de actuar, pero también se detectan expresiones relacionadas con la dificultad o imposibilidad de realizar cambios al respecto.

Si bien es cierto que se percibe una mayor aceptación de la responsabilidad en la educación de los padres por parte de las enfermeras de atención primaria. Sus expresiones en la forma de hablar transmiten una mayor conciencia en la importancia que tienen sus mensajes para las familias. Por esta razón son estas enfermeras las que transmiten mayor incomodidad cuando se muestran las diferencias entre sus formas de actuar y las recomendaciones.

Las enfermeras hospitalarias tienen muy presente la realización correcta de las técnicas y seguir adecuadamente los protocolos. Aceptan con comodidad las diferencias que encuentran entre las recomendaciones y sus acciones, quizás porque no sienten tanta responsabilidad en sus acciones como las enfermeras de atención primaria. Su responsabilidad parece quedar algo diluida entre las pautas médicas, los protocolos y las actuaciones conjuntas del resto de compañeros y compañeras.

Por último, es destacable como la diferencia entre algunas de sus actuaciones y las recomendaciones, además de los conocimientos que ellas mismas expresan tras las primeras preguntas de la entrevista crean una disonancia cognitiva en las enfermeras. En algunas de ellas aflora una actitud de duda ante las acciones que llevan a cabo en la práctica diaria y una actitud positiva hacia la búsqueda de información actualizada, expresando interés en aumentar sus conocimientos sobre el fenómeno.

Esto último me hace reflexionar y pensar en que potenciar esas actitudes de duda en la práctica diaria, no únicamente relacionadas con la fiebre en los niños, podría ser un mecanismo a partir del cual fomentar las actitudes positivas hacia la búsqueda de la forma más correcta de cuidar o de actuar ante las diferentes situaciones y potenciar de esta forma la autonomía enfermera.

3.3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación está aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares (CEI-IB) con fecha del 5 de noviembre del 2021 (Anexo V). También está aprobada por los comités de ética del Hospital Universitario Son Llàtzer (Anexo VI) y de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (Anexo VII). Además, cuenta con la conformidad de la jefa de los servicios de pediatría del hospital Son Llàtzer (Anexo VIII). Este estudio ha recibido financiamiento del Colegio de Enfermería de las Islas Baleares (COIBA) (Anexo IX).

Se aseguró en materia de Protección de Datos, la legislación vigente, tanto la Ley 03/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento Europeo 2016/679 de protección y tratamiento de datos personales. Por lo que los participantes tuvieron y tienen el derecho de poder solicitar el acceso, cese y cancelación de la información hasta ese momento recogida, siempre y cuando no hubiese sido anonimizada completamente. Se han respectado el código de buenas prácticas en investigación y la Declaración de Helsinki. Al finalizar el estudio se eliminaron las grabaciones de las entrevistas, una vez transcritas a texto y codificadas.

Este estudio respeta la autonomía de las participantes, asegurando la voluntariedad de la participación. Todas las participantes son informadas de que pueden abandonar el estudio en cualquier momento que lo deseen sin que deban explicar al equipo los motivos.

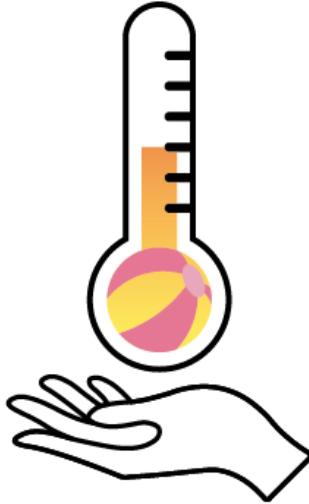
Se hace entrega de la hoja de información al participante (Anexo X) y quienes participen firman el consentimiento informado (Anexo XI), donde, entre otras cosas, se les explica la sistemática de grabación y anonimización de las entrevistas.

Cumple con el principio de beneficencia y no maleficencia, disminuyendo al máximo los perjuicios e incrementado los beneficios. Evitando también los daños que pudiera ocasionar en la etapa de difusión, manteniendo siempre la privacidad de las participantes.

La distribución de los resultados atenderá al principio de justicia y equidad, entendiendo que las personas participantes en el estudio serán

informadas y favorecidas por los resultados y por futuros estudios relacionados con el fenómeno.

Durante todo el proceso de investigación se garantiza el anonimato de las participantes. En las entrevistas pueden hablar sin sentirse juzgadas, y los datos personales, así como la información obtenida solo serán accesibles por miembros del equipo investigador.



Capítulo 4

Resultados

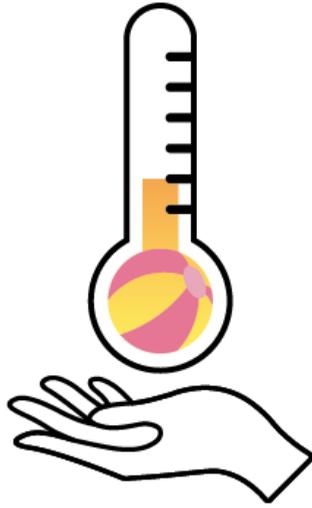
4. Resultados

En este apartado se incluyen los tres artículos realizados que forman parte de esta tesis.

Dos de ellos se encuentran publicados en revistas indexadas en el Journal Citation Reports (JCR) y el último de ellos está en estado de revisión en una revista también indexada en JCR.

Los artículos son los siguientes:

- Vicens-Blanes, F., Miró-Bonet, R., & Molina-Mula, J. (2021). ***Analysis of Nurses' and Physicians' Attitudes, Knowledge, and Perceptions toward Fever in Children: A Systematic Review with Meta-Analysis.*** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1–31. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312444>
- Vicens-Blanes, F., Miró-Bonet, R., & Molina-Mula, J. (2022). ***Analysis of the perceptions, knowledge and attitudes of parents towards fever in children: A systematic review with a qualitative meta-synthesis.*** *Journal of Clinical Nursing*, 00 (February), 1–27. <https://doi.org/10.1111/jocn.16271>
- Vicens-Blanes, F., Molina-Mula, J., & Miró-Bonet, R. ***Discursive analysis of nursing care towards childhood fever and its contextual differences: An ethnomethodological study.*** *Nursing Inquiry (Under Review)*



Capítulo 5

Discusión

5. Discusión

Los objetivos de investigación planteados en las revisiones sistemáticas incluidas en la presente tesis han permitido profundizar en el fenómeno de estudio con conocimiento de la literatura anterior publicada. Las variables generales que se estudian en las revisiones realizadas son las percepciones, los conocimientos y las actitudes ante la fiebre en los niños.

El objetivo de la primera revisión fue analizar como las percepciones, conocimientos y actitudes de los/las profesionales de la salud ante la fiebre influyen en su manejo del niño febril y si los programas educativos a enfermeras son eficaces en el cambio de esas variables para el cuidado de los niños con fiebre.

La segunda revisión tiene como objetivo conocer la construcción del concepto de fiebre infantil por parte de padres y cómo influyen sus percepciones, conocimientos y actitudes en la comprensión del fenómeno.

Con este conocimiento previo, el trabajo de campo realizado profundiza en la construcción del concepto de fiebre infantil por parte de enfermeras que trabajan en los contextos de pediatría en atención primaria, urgencias hospitalarias y hospitalización.

Partiendo de este objetivo general se analiza cuáles y cómo son los conocimientos de las enfermeras ante la fiebre en los niños. También se explora la forma en cómo el entorno asistencial modula sus conocimientos y actitudes relacionados con la fiebre infantil y además se analiza las relaciones que establecen las enfermeras con los médicos y los padres durante el cuidado del niño con fiebre.

El abordaje de este fenómeno mediante el uso de la **etnometodología** es un ejemplo de la utilidad de esta metodología para promover la deliberación de acciones cotidianas, rutinarias y tradicionales en participantes de un grupo social concreto (Dowling, 2007; Harper, 2008). Esta metodología ha permitido dar respuesta a los objetivos planteados para este trabajo de campo.

Si analizamos los conocimientos que las enfermeras expresan a través de sus discursos se descubre que son asimilables a aquellos conocimientos que según Freire (Freire, 1997) se aprenden en la *Educación Bancaria*. Son conocimientos estáticos que no se utilizan para generar un cambio o para aumentar el pensamiento crítico. De hecho, se han quedado enterrados en la rutina diaria como un **conocimiento inerte**.

Este conocimiento aprendido y archivado sin aplicación en la práctica diaria queda expuesto cuando, por una parte, todas las enfermeras participantes expresan de forma segura y tajante que la fiebre es un mecanismo de defensa. Por otra parte, entran en conflicto con ellas mismas cuando verbalizan ese conocimiento y lo comparan con su práctica diaria. Este conflicto es el primer paso para la **reflexión** ante estos cuidados rutinarios y tradicionales (Harper, 2008) y dar paso a una **educación más problematizadora** (Freire, 1997).

Estas contradicciones no solo están presentes en las enfermeras participantes, sino que se asemejan a los discursos de enfermeras de otros trabajos publicados en la literatura. Sobre todo, cuando se manifiesta que la fiebre es un mecanismo fisiopatológico benigno que contribuye a la función del sistema inmunitario, pero indicando que se debe tratar ese signo con el objetivo de disminuir la temperatura en el niño, independientemente de su estado general e incluso despertándolo si es necesario (H. E. Edwards et al., 2001; Greensmith, 2012; Martins & Abecasis, 2016; Tan et al., 2022).

Cuando se da ese conflicto o contradicciones que produce una reflexión y comparación entre teoría y práctica diaria, las enfermeras aportan matices a la definición de fiebre que puedan encajar más con la rutina de los cuidados, emergiendo de esos discursos dificultades para diferenciar la fiebre como signo y la enfermedad subyacente. **Los modelos de referencia** de las enfermeras y **reforzadores extrínsecos** de la rutina justifican el abordaje de la fiebre descrito (Bandura, 1987).

Para las enfermeras entrevistadas se considera exitosa su conducta cuando consiguen disminuir la cifra temperatura del niño por debajo de 38°C y con ello reciben la aprobación de otras compañeras, de médicos y/o de los padres. Conseguir este objetivo funciona como un **reforzador** (Bandura, 1987) que guía sus acciones. Teniendo en cuenta los conceptos propios de la etnometodología conseguir la normotermia en los contextos estudiados es un **supuesto que se da por sentado**,

estableciendo una **tipificación** del modo de actuar (Harper, 2008) que va configurando el **corpus normativo** explicado por Bolívar (1992).

Esta tendencia a disminuir la temperatura está presente principalmente en las enfermeras de hospitalización y urgencias pediátricas. Estas enfermeras expresan y ponen de manifiesto en los casos clínicos planteados que la temperatura de 38°C o superior es el indicador principal que las llevará a usar medidas antipiréticas. Objetivar esa temperatura, mediante un termómetro, les crea un malestar como profesionales que desaparece al disminuirla. Se convierten, por tanto, este malestar en el motor del **reforzamiento vicario** definido por Bandura (1987) y determina el **saber y saber hacer** de la enfermera ante la fiebre (Bolívar, 1992).

Para las enfermeras de atención primaria este malestar aparecería con cifras superiores, podrían tolerar cifras de temperatura en el niño en torno a 38°C sin que eso les provocase ansiedad. Aunque la sensación de peligrosidad ante la fiebre no desaparece en estas enfermeras, su ansiedad como profesionales, según comentan, comenzaría con cifras cercanas a los 39°C. Esto coincide con la literatura publicada donde los límites de referencia que toman las enfermeras y médicos para tratar la temperatura oscilan, generalmente, entre los 38°C y los 39°C (Brick et al., 2017; Demir & Sekreter, 2012; El Khoury et al., 2010; García Puga et al., 2012; Lava et al., 2012; Martins & Abecasis, 2016; Melamud et al., 2008).

Las propias enfermeras de atención primaria expresan que la sensación de gravedad de un niño que acude a urgencias hospitalarias o que está ingresado es mayor y esto puede influir en que las enfermeras hospitalarias manejen un umbral de temperatura menor en el niño.

Esto es corroborado por las enfermeras hospitalarias que explican cómo al usar fármacos antipiréticos y disminuir la temperatura del niño, perciben mayor sensación de control de la situación y protección al niño, disminuyendo a su vez la percepción de gravedad. Estas son expresiones o acciones ante la fiebre en el niño que tienen sentido en el contexto que se producen y por los miembros del grupo que las interpretan, lo que Harper (2008) denomina **indexicalidad**.

Bajo esta necesidad de control aparece de forma llamativa en todos los contextos el miedo a las convulsiones febriles. Los discursos de las enfermeras, en este estudio, no difieren de aquello que recoge la literatura científica anterior: Aumentan el control de la temperatura en

los niños con historia de convulsiones febriles y administran de forma precoz los fármacos antipiréticos, ya que creen que así conseguirán prevenirlas (H. E. Edwards et al., 2001; Gaffney et al., 2021; Greensmith, 2012; Tan et al., 2022)

Por tanto, la historia de convulsiones febriles en un niño, desencadena en las enfermeras una serie de **conductas defensivas y reacciones anticipatorias** (Bandura, 1987) que tienen como objetivo evitar el aumento de temperatura, basadas en la creencia de que de esta forma conseguirán mantener el control de la situación y no se dará la convulsión febril.

Las ocasiones en las que se administra antipirético y no se da la convulsión refuerzan la sensación de **efectividad de la conducta**, por lo que este tipo de conductas defensivas son difíciles de cambiar (Bandura, 1987).

A pesar de que estas convulsiones ocurren únicamente entre el 2% y el 5% de niños menores de 5 años y el 80% de ellas son benignas (Westin & Sund Levander, 2018), el miedo que producen es tan prevalente e intenso que cuando se pregunta a las enfermeras sobre las complicaciones de la fiebre son las únicas que mencionan. Este hecho, está mermando su capacidad en la toma de decisiones y, por tanto, su **libertad de actuación** debido a **interpretación errónea** del propio signo de la fiebre (Bandura, 1987).

La deshidratación como complicación de la fiebre queda olvidada en los discursos y sí que puede aparecer en los niños con fiebre debido al aumento de las demandas metabólicas que produce el aumento de temperatura (Clarke, 2014).

En otros estudios descriptivos, cuando aparece en los cuestionarios de forma explícita, la deshidratación como complicación de la fiebre, sí que es citada por enfermeras de forma más escasa o más prevalente (Gaffney et al., 2021; Greensmith, 2012).

De hecho, aquello que despertó más sorpresa entre las participantes de todos los contextos, al leer las recomendaciones ante la fiebre, fue que los antipiréticos no previenen las convulsiones febriles.

Ante este choque entre teoría y práctica algunas enfermeras respondieron a los casos clínicos planteados cambiando su actuación, expresando que ya no administrarían antipiréticos para prevenir las convulsiones o ya no

verían necesario despertar a un niño para administrarle un antipirético. Además, cuando se eliminan las **conductas defensivas** (Bandura, 1987) ante las convulsiones febriles, las enfermeras ven más claro el uso de las medidas antipiréticas para evitar el malestar, en lugar de únicamente disminuir la temperatura.

Un concepto que está constantemente presente en los resultados y en las diferentes estrategias que utilizan las participantes para cuidar a un niño con fiebre, es la denominada la **cultura del centro**.

La cultura del centro sanitario donde las enfermeras desempeñan su función, aporta un marco referencial del que partir para interpretar los diferentes eventos y cuál sería la conducta más aceptada (Bolívar, 1992).

La cultura de centro afecta a las competencias enfermeras, las cuales se adaptan a la unidad o centro donde desempeñan su función. Esta circunstancia puede observarse con claridad cuando comparamos los diferentes grados de autonomía en el manejo de la fiebre en los contextos estudiados en el presente trabajo.

Podemos identificar claramente como la actividad enfermera resulta **centro-dependiente** y como explica Bolívar (1992) en esta dependencia intervienen: el **contexto ecológico** del centro, la **interacción intra e interprofesional** y la **capacidad reproductiva y adaptativa** de las conductas del grupo.

Por ejemplo, las enfermeras hospitalarias, a diferencia de las enfermeras de atención primaria, perciben que es necesario disminuir la temperatura del niño para poder realizar adecuadamente otros procedimientos.

Necesitan que al niño se le disminuya la temperatura para obtener unas **constantes vitales** que no estén alteradas y para tener éxito en la **canalización de vías venosas periféricas**.

Estas enfermeras creen que es necesario administrar antipiréticos previamente a un niño con fiebre para facilitar la técnica de punción venosa. Perciben que existe una mayor debilidad capilar y una vasoconstricción periférica durante el estado febril que les dificulta la realización de esta técnica. Esta dificultad se objetiva en el estudio de De Freitas Floriano et al (2018) y es que la fiebre en el niño es un factor condicionante para precisar dos o más intentos para la canalización exitosa de vías venosas periféricas.

Además, entre las enfermeras de hospitalización y las de urgencias hospitalarias, existe una diferencia fundamental: la función del **triaje** de pacientes según gravedad en urgencias. Esta actividad transmite a estas enfermeras una mayor percepción de control al poder organizar las prioridades de atención de los niños que acuden al servicio.

También, desde el triaje, las enfermeras participantes administran antipiréticos sin la necesidad de una pauta médica, de forma similar a las administraciones que realizan en la consulta de atención primaria, quedando las enfermeras de planta de hospitalización pendientes de pauta médica para poder administrar esos fármacos. Sin embargo, la responsabilidad en la administración de estos fármacos se diluye entre las conductas grupales, los protocolos y/o las pautas médicas, este es uno de los efectos de la **división del trabajo** explicados por Bandura (1987).

Sin embargo, las enfermeras de atención primaria expresan que es pequeña o nula la influencia de la fiebre en los niños para la realización de sus actividades. Aunque tiene un peso fundamental cuando hablan sobre la **administración de vacunas** y el cuidado de sus posibles complicaciones.

Las vacunas juegan un papel fundamental en la forma en que estas enfermeras entienden la fiebre, siendo las profesionales del único de los tres contextos que las administra de forma rutinaria. La administración de vacunas es una actividad central en el trabajo de la enfermera de atención primaria. Estas enfermeras construyen el concepto de fiebre a partir del acto de la vacunación y así racionalizan sus conductas, es el proceso que Harper (2008) denomina **contabilidad**.

Resulta llamativo en los discursos de las participantes de atención primaria que, a pesar de que expresan que la fiebre que provocan las vacunas es distinta a la que produce una infección, escogen los primeros actos vacunales del niño para explicar a los padres como cuidar a su hijo si tiene fiebre. Esta información podría percibirse como incoherente por parte de los padres, como afirman las enfermeras y médicos del estudio de Peetoom (2016).

La cultura del centro sanitario (Bolívar, 1992), no afecta solo a las diferentes actividades que pueden llevar a cabo o no las enfermeras en los distintos contextos, además la forma en que se adaptan a él los cuidados enfermeros influye en las **percepciones de control** y autonomía de las enfermeras participantes.

En muchas ocasiones, según lo que expresan en sus discursos, la cultura de los centros sanitarios las lleva a desarrollar actitudes más cercanas a un rol **técnico-eficiente** que a un profesional con capacidad valorativa (Bolívar, 1992).

El concepto de técnico-eficiente es utilizado por Bolívar (1992) para explicar que un profesional con autonomía debe comprender, reflexionar y decidir tras analizar las situaciones, las actitudes más próximas al técnico-eficiente denigran el estatus de la profesión.

Este tipo de actitudes van en contra de la autonomía de la profesión y la percepción de control sobre las acciones, variables que según Jönsson (2012) son fuente principal de **insatisfacción laboral** enfermera.

En las enfermeras entrevistadas, estas actitudes técnico-eficientes, están más presentes en aquellas que llevan a cabo su actividad en el contexto hospitalario. Es posible que el ambiente especializado en el que se encuentran no permita el espacio para su reflexión y que esa actitud sea potenciada por el propio contexto en el que desempeñan su trabajo, para seguir funcionando del modo que lo hace. Esta reflexión coincide con los resultados del estudio de Jeong & Kim (2014), en el que las enfermeras hospitalarias tienden a administrar antipiréticos de forma rutinaria a los niños febriles según la pauta de los pediatras y no valoran otros aspectos que se diferencien de la temperatura, lo que genera la percepción de no tener ningún control sobre el manejo de este signo.

En el discurso de algunas participantes de urgencias y hospitalización aparece un conflicto entre su postura ante la fiebre en el hogar y su forma de actuar según el protocolo establecido dentro de su contexto laboral.

Curiosamente las características de las participantes que expresan este conflicto coinciden con las del estudio de Edwards et al. (2001). Son principalmente madres que controlan y tratan la fiebre en su hogar de forma distinta que, como profesionales de la salud, la diferencia radica en que fuera del entorno hospitalario tratan la fiebre de sus propios hijos guiándose más por el malestar que por la cifra de temperatura.

Esta falta de coordinación entre elementos cognitivos (creencias) y conductuales genera **disonancia cognitiva** (Bolívar, 1992). Esta disonancia debería producir malestar y motivar esfuerzos para reducirla, sin embargo, en este estudio las enfermeras muestran como prefieren

situarse en la normativa del que consideran el protocolo establecido, como marco de seguridad y protección ante sus acciones.

Aparecen otras **estrategias cognitivas** en los discursos de las enfermeras para evitar la disonancia que les produce el choque entre la evidencia y su práctica diaria. Cuando se muestran las recomendaciones algunas de las participantes intentan justificar sus acciones o dar énfasis a aquellas conductas en las que sí actúan según la evidencia. Intentan evitar, por tanto, la reflexión y el cambio que sería necesario con la justificación y la reafirmación de sus acciones, de forma similar a algunas de las enfermeras en el trabajo de de Vries & Timmins (2016) cuando se les expone ante la reflexión crítica de sus cuidados. Bandura (1987) en este sentido habla de la necesidad de que se produzca una **reestructuración cognitiva** para paliar dicha disonancia de la postura.

Hay que tener en cuenta que la cultura de los centros sanitarios no es monolítica, existen diferentes **subculturas** con metas y valores compartidos, pero entre las que también pueden existir conflictos e intereses propios (Bolívar, 1992).

En el manejo del fenómeno de la fiebre en el niño intervienen como **subculturas predominantes y diferenciadas** los/las profesionales que forman parte de la disciplina médica y aquellos/as que forman parte de la disciplina enfermera. Los planes de actuación frente a los problemas de salud y más concretamente la fiebre infantil serán más exitosos cuando la cultura de centro predomine más que las subculturas diferenciadas (Bolívar, 1992).

Una de las dificultades para que estas dos subculturas dentro de un servicio sanitario trabajen en colaboración se encuentra como señalan Weller et al. (2011) en las diferentes formas de percibir a los pacientes y a la situación de salud.

Para las enfermeras participantes los médicos comparten con ellas el mismo concepto de fiebre y pese a ello actúan de formas distintas. Se encuentran diferencias en esas percepciones interprofesionales, por parte de las enfermeras, según el contexto en el que se relacionan.

Para las enfermeras de hospitalización los médicos presentan una menor ansiedad ante la fiebre y ellas lo perciben como una falta de empatía hacia el niño, aunque son conscientes de que su posición más cercana con la familia las condiciona a sentir una mayor sensación de urgencia.

Además, se sienten fiscalizadas por los médicos en el control de la temperatura y la administración de fármacos. Expresan que los médicos necesitan que lleven un control de la temperatura del niño y que si administran un antipirético fuera del protocolo debe estar acompañado de un comentario explicando el motivo. Perciben que con estas conductas los médicos cuestionan su autonomía.

Para estas enfermeras igual que se evidencia en los estudios de Krogstad et al. y Tang et al. (2004; 2013) los médicos entienden la colaboración interprofesional en cuanto sus indicaciones son realizadas de forma eficaz y cuando les transmiten adecuadamente los signos clínicos objetivos del paciente.

Las enfermeras de urgencias hospitalarias expresan que los médicos tienen mayor responsabilidad ante la familia y el niño con fiebre. Sin embargo, también creen que están demasiado preocupadas por la cifra de temperatura y que esa mayor responsabilidad legal les impide dar el alta a niños que tienen buen estado general a pesar de tener fiebre, lo que entorpece el funcionamiento del servicio. Esta discrepancia afecta directamente al concepto definido por Bandura (1987) del **determinismo recíproco** por interdependencia de determinantes personales y ambientales de la estructura y las relaciones interprofesionales.

A diferencia de los contextos anteriores donde se percibe que el médico controla el fenómeno de la fiebre y que la forma de tratarla dependerá de su punto de vista, en atención primaria se describe una relación más colaborativa entre médico y enfermera.

De hecho, es curioso como cambia el concepto de equipo según el contexto estudiado y se refleja en las expresiones utilizadas. En atención primaria las enfermeras expresan a menudo en su discurso al equipo de pediatría refiriéndose al equipo formado por enfermera y médico. Pero, para las enfermeras hospitalarias el equipo principal es el de enfermería (enfermeras y TCAE) percibiendo a los pediatras como profesionales en un equipo aparte. Esto ha quedado bastante explicado en otros estudios sobre las **relaciones interprofesionales** (Dall'Oglio et al., 2021; Krogstad et al., 2004; Sela et al., 2022; Sollami et al., 2015; Tang et al., 2013).

Una particularidad de atención primaria es la coexistencia de médicos pediatras y médicos de familia atendiendo niños. De forma general las enfermeras perciben a estos últimos como más desactualizados que los primeros en cuanto al cuidado del niño con fiebre.

Las discrepancias existentes entre las diferentes subculturas es una de las dificultades que las enfermeras del estudio expresan que pueden entorpecer o ser una barrera para la implementación de las últimas recomendaciones en el cuidado del niño con fiebre.

Dentro de la cultura del centro sanitario las enfermeras actúan, según la teoría del aprendizaje social de Bandura (Bandura, 1987), como **modelos** de conducta para unos observadores que pueden ser otras enfermeras más noveles o padres.

Hay que tener en cuenta que desempeñar una profesión en un campo disciplinar específico no solo supone agrupar y asimilar conocimientos sino también aprender cuales son los **valores y actitudes** por los que se rige ese campo disciplinar (Bolívar, 1992). Por ejemplo, para las enfermeras del estudio de Edwards et al. (2001) las acciones que se llevan a cabo de forma individual sin tener en cuenta la cultura del centro pueden crear conflictos con los padres afectando a otras compañeras.

Las enfermeras participantes más noveles expresan como recurren a compañeras con más experiencia para aprender a cuidar del niño febril. De este modo logran entender cuáles son las formas de actuar esperadas y recompensadas en el contexto donde trabajan. Este es el aprendizaje basado en la observación y la transmisión de información por parte de modelos considerados exitosos, es lo que Bandura (1987) define en su teoría del **Aprendizaje Social**.

Desde la teoría del aprendizaje social este tipo de conocimiento tiene utilidad para las enfermeras con poca experiencia que comienzan a trabajar en una unidad o servicio desconocido para ellas, ya que les permite actuar conociendo previamente cuales van a ser las acciones recompensadas, evitando así posibles reacciones de desagrado de compañeros y/o padres ante conductas no esperadas en ese entorno, lo que se conoce como el **refuerzo vicario** (Bandura, 1987).

Sin embargo, esta forma de aprendizaje puede mantener y perpetuar el conocimiento inerte cuando, esos saberes, no son cuestionados o verificados con la evidencia científica disponible. Esta afirmación es compartida por Edwards et al. (H. Edwards et al., 2007) y Baran & Turan (Baran & Turan, 2018) en sus estudios para promover un manejo de la fiebre en los niños basado en la evidencia, cuando señalan que la experiencia no está asociada necesariamente al conocimiento y que las

enfermeras expertas presentan creencias incoherentes y actitudes negativas hacia la fiebre similares a las enfermeras inexpertas.

A parte de la variable experiencia, encontramos la variable relacionada con una formación o una titulación como especialista en pediatría. Curiosamente en las enfermeras entrevistadas, la obtención o no de ese título no fue relevante para presentar unas creencias acerca de la fiebre en los niños distintas de las que no tenían ese título. En su estudio con enfermeras irlandesas, Greensmith (2012) tampoco encontró diferencias en los conocimientos y actitudes ante la fiebre cuando comparó enfermeras con una formación superior en pediatría con las que no la tienen, concluyó que podría deberse a una transmisión de información incoherente entre enfermeras formadoras en pediatría, que no siempre está basada en pruebas actualizadas.

Cuando los modelos de conducta, en este caso las enfermeras expertas, transmiten que el **éxito** en el cuidado de un niño febril es la disminución de la temperatura, los observadores prestan más atención a las conductas que tengan este fin y serán las que repetirán con más frecuencia (Bandura, 1987).

En los discursos de las enfermeras entrevistadas se interpreta una dificultad para verse a sí mismas como modelos de conducta para los padres.

Por una parte, estas enfermeras señalan con facilidad el miedo que los padres tienen a la fiebre y la falta de conocimientos que presentan ante este fenómeno. Coinciden con los discursos de médicos y enfermeras holandeses cuando explican que los padres sobrestiman la importancia de la temperatura corporal y sufren en general una falta de conocimientos sobre la definición, fisiopatología y manejo de la fiebre (Peetoom et al., 2016).

Por otra parte, podemos observar como los miedos, preocupaciones y conocimientos que perciben en los padres son iguales o muy similares a los **suyos propios** que habían sido expresados con anterioridad en sus discursos.

Además, como expone Bandura (1987), las reacciones emocionales observadas también se transmiten, por lo que los miedos de los/las profesionales también son observados y aprendidos por los padres

activando, por ejemplo, conductas defensivas ante la creencia de evitar la aparición de posibles peligros para el niño.

De hecho, se encuentra recogido en la literatura existente como profesionales sanitarios y padres parecen compartir los miedos y preocupaciones ante la fiebre en los niños. Esto puede comprobarse si comparamos los resultados de las revisiones sistemáticas que se incluyen en esta tesis, en las que el miedo a las convulsiones febriles, el daño cerebral o incluso la muerte estaban recogidos en ambos grupos (Vicens-Blanes et al., 2021, 2022).

Las enfermeras del presente estudio explican que las creencias sobre la fiebre en los niños y su manejo están culturalmente arraigadas y que por ello los padres no preguntan mucho a los/las profesionales sobre el fenómeno.

Hay que tener en cuenta que, a pesar de que las enfermeras pertenecen a un subsistema de profesionales de la salud se encuentran, a su vez, dentro un **grupo social** más amplio con valores compartidos con los padres (Bandura, 1987). En este grupo social compartido, las **normas** ante el cuidado del niño febril se han interiorizado en la población general y siguen presentes en los/las profesionales de la salud y en la estructura de los cuidados.

La interiorización de la eliminación de la fiebre en los niños ha generado normas de las que se derivan valores, por lo que unas conductas que vayan en contra de esos valores podrían ser catalogadas como negativas y dar lugar a conflictos sociales (Bolívar, 1992). Estos posibles conflictos con los padres son percibidos por las participantes como una de las barreras, junto con la oposición médica, para implementar nuevos cuidados a niños con fiebre.

Podría interpretarse pues, a partir de los discursos analizados en el presente estudio, que las enfermeras se han quedado dentro de un **marco tradicional** en el manejo de la fiebre en el niño y los padres no obtienen de los/las profesionales más información relevante de la que pueden obtener a través de medios informales.

Cuando en los casos clínicos exponen que es lo que explican a los padres, su información se centra principalmente en reducir la ansiedad y la preocupación paterna. Además, en todos los contextos exponen que

suelen explicar lo mínimo para que no haya equivocaciones, lo que suele estar relacionadas con las **dosificaciones** de los fármacos antipiréticos.

Si las enfermeras pretenden que los padres estén más empoderados en el cuidado de su hijo con fiebre y acudan menos al sistema sanitario, deben transmitir las **destrezas necesarias** para llevar a cabo esos cuidados. Para que de esta forma puedan desarrollar los procesos adecuados de reproducción motora de las conductas, como así planteaba Bandura (1987).

Aunque es cierto que en sus discursos detectan que es necesario aumentar los conocimientos de los padres para el cuidado de la fiebre y, además, para la mayor parte de enfermeras participantes lo más adecuado serían cursos pre y post parto donde se incluyese información acerca del cuidado del niño con fiebre.

Cabe resaltar que no solo los padres necesitan una actualización de conocimientos respecto a los cuidados del niño con fiebre sino también las enfermeras. Las enfermeras entrevistadas expresan en muchas ocasiones en sus discursos una confusión de metas de hacia dónde debe dirigirse las acciones en el tratamiento del niño con fiebre, principalmente se pueden dividir en dos objetivos: disminuir la temperatura o disminuir el malestar. Los objetivos y las metas que no están claras originan **conductas desorganizadas** y poco coherentes (Bolívar, 1992).

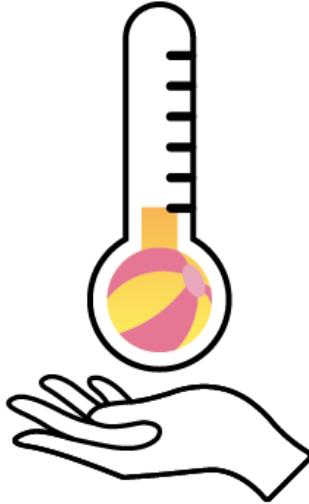
A este respecto, sería de utilidad fomentar un **aprendizaje significativo** en las enfermeras en formación y en la actualización de conocimientos de enfermeras expertas, que permita dar sentido a los nuevos contenidos sobre la fiebre en los niños, utilizando aquello ya aprendido para que los esquemas de conocimiento se actualicen y finalmente se vean reflejados los nuevos conocimientos en la práctica diaria (Bolívar, 1992).

Este tipo de aprendizaje, muy relacionado con la **educación problematizadora** de Freire (1997), abriría unas nuevas opciones de conducta para las enfermeras y como afirma Bandura (1987) tener más opciones de conducta ante una situación nos hace **más libres** y menos determinados por el ambiente.

Esta nueva **libertad ante el cuidado del niño con fiebre** aumentaría en última instancia la autonomía del profesional de enfermería ante este fenómeno y disminuiría las actitudes técnico-eficientes (Bolívar, 1992),

aumentando el uso de las competencias que convierten a las enfermeras en un profesional con **capacidad valorativa** propia.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con el acceso a los participantes que ha estado limitado por los intermediarios o informantes claves, la escasa literatura previa que explore con profundidad este fenómeno que limita la discusión de resultados, así como la no existencia de artículos cualitativos con perspectivas teóricas que enriquecerían del mismo modo la discusión. Hasta ahora no se ha analizado este fenómeno desde la perspectiva teórica de Bolívar, Bandura y Freire, lo que podría afectar a la comprobación de la transferabilidad de este análisis de discurso.



Capítulo 6

Conclusiones

6. Conclusiones

En este capítulo final, expongo las consideraciones finales del análisis de la construcción del concepto de fiebre infantil por parte de las enfermeras. También explico el impacto científico, social y profesional social de este trabajo, así como la transferencia del conocimiento aportado a la sociedad. Por último, describo las futuras líneas de investigación relacionadas con este fenómeno.

6.1. Consideraciones finales

Atendiendo a la construcción del concepto de fiebre de enfermeras que trabajan en pediatría y la influencia que tiene en ellas el contexto sanitario, así como las relaciones que se generan con otros/otras profesionales y las familias durante el cuidado del niño con fiebre, se da respuesta a los objetivos planteados.

En primer lugar, los conocimientos de las enfermeras en base a este signo están poco actualizados y en muchas ocasiones responden a creencias tradicionales. Desconocen generalmente las últimas recomendaciones para el manejo de la fiebre, por lo que el conocimiento vicario que se transmite de enfermeras más expertas a enfermeras más noveles y las reacciones defensivas tienen un papel fundamental en el cuidado del niño con fiebre.

El uso de antipiréticos es muy importante para las enfermeras y la administración de estos fármacos se encuentra ligada al aumento de temperatura. Se les atribuyen a estos fármacos cualidades como: prevención de las convulsiones febriles, medidor de gravedad de la infección según su efecto, ayuda para eliminar la infección y ansiolítico familiar.

En segundo lugar, dependiendo del contexto donde se desarrolle la actividad enfermera, las enfermeras desarrollarán unas competencias u otras. Las enfermeras de hospitalización y urgencias, precisan la disminución de la temperatura en el niño para la realización de técnicas y

traspasan a las enfermeras de atención primaria la educación de los padres. La mayor parte de esta educación se da durante el acto vacunal, actividad que generalmente realizan las enfermeras en la consulta.

El rol de técnico-eficiente que responde ante pautas preestablecidas está más presente en las enfermeras hospitalarias donde los protocolos enmarcan sus conductas. En el contexto hospitalario se ha mecanizado la atención a la fiebre en el niño y las enfermeras responden a una temperatura igual o superior a los 38°C, disminuyéndola, siendo un reforzador de la conducta. Las enfermeras de atención primaria describen menos ansiedad hacia una cifra de temperatura establecida, pero el miedo general a la temperatura no desaparece.

En tercer lugar, las relaciones que se establecen entre médicos y enfermeras durante el cuidado del niño febril, responden a la cultura del centro sanitario donde trabajen. De forma general las enfermeras perciben que los médicos tienen el mismo concepto de fiebre que ellas, pero existen diferencias dentro de cada disciplina que determinan la forma de cuidar y tratar al niño con fiebre y a la familia.

Estas diferencias surgen principalmente de la forma de entender el cuidado al paciente y la situación de salud. Las enfermeras de hospitalización perciben que los médicos cuestionan su autonomía cuando llevan a cabo acciones que se salen del protocolo o de las pautas médicas. Las participantes de hospitalización y urgencias perciben que los médicos les dan demasiada importancia a los datos clínicos objetivos como las constantes vitales.

Para las enfermeras de urgencias esta necesidad médica por tener unas constantes controladas entorpece el funcionamiento del servicio. Para las enfermeras de hospitalización el registro de la fiebre y la administración de antipiréticos son conductas que los médicos necesitan que hagan las enfermeras, por lo que podría ser una barrera para aplicar en el hospital las recomendaciones del cuidado del niño febril con el objetivo de reducir el malestar en lugar de los grados de temperatura.

Por último, en la relación de las enfermeras con las familias hay que destacar las similitudes entre los miedos y creencias que las enfermeras expresan de sí mismas y lo que perciben en los padres. Las enfermeras son modelos de conducta, aunque no son conscientes de ello, y los padres como observadores aprenden la información explícita que les

transmiten, pero también las conductas que expresan sus actitudes y los miedos que muestran mediante reacciones emocionales observables.

Los conocimientos sobre los cuidados de un niño con fiebre de las enfermeras en muchos casos se enmarcan en la tradicionalidad y parecen no diferir, en gran medida, de lo que la población general transmite culturalmente.

Por último, hacer énfasis en que las enfermeras son capaces de salir de su rol de **técnico-eficiente** e ir más allá de un **aprendizaje vicario** en el cuidado del niño con fiebre. El aprendizaje más próximo a una **educación problematizadora** en lugar de a una **educación bancaria** permite a las enfermeras ser más libres y autónomas como profesionales. Los conocimientos sobre los cuidados aprendidos y reflexionados llevan a un mayor **determinismo recíproco** entre las acciones y el ambiente. Por lo que, si las enfermeras toman consciencia de que sus acciones tienen la capacidad de cambiar la **cultura del centro** pueden crear unas condiciones más óptimas desde el sistema sanitario para el cuidado del niño febril y su familia.

6.2. Impacto científico social y profesional

Esta tesis presenta tres artículos, dos de ellos publicados en revistas científicas indexadas en JCR y uno en revisión.

El primer artículo titulado: *Analysis of Nurses' and Physicians' Attitudes, Knowledge, and Perceptions toward Fever in Children: A Systematic Review with Meta-Analysis* (Vicens-Blanes et al., 2021), se encuentra publicado en la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health* indexada en JCR *Journal Citation Reports* con un factor de impacto de 4614 y está posicionada en el primer Cuartil dentro de la categoría *Public Environmental & Occupational Health*

El segundo artículo titulado: *Analysis of the perceptions, knowledge and attitudes of parents towards fever in children: A systematic review with a qualitative meta-synthesis* (Vicens-Blanes et al., 2022), se encuentra publicado en la revista *Journal of Clinical Nursing* indexada en JCR

Journal Citation Reports con un factor de impacto de 4423 y está posicionada en el primer Decil dentro de la categoría *Nursing*.

El tercer artículo titulado: *Discursive analysis of nursing care towards childhood fever and its contextual differences: An ethnomethodological study*, se encuentra en estado de revisión en la revista *Nursin inquiry* indexada en JCR *Journal Citation Reports* con un factor de impacto de 2658 y está posicionada en el primer Cuartil dentro de la categoría *Nursing*.

El análisis etnometodológico realizado en el estudio de campo pone de manifiesto la poca reflexión que generalmente se da en los cuidados de la fiebre en los niños. Es paradójica la poca importancia que se le da al manejo de este signo cuando es uno de los más comunes en los niños y las enfermeras pediátricas lo tratan de forma recurrente independientemente del contexto.

Cuando se pone atención a los cuidados rutinarios a este fenómeno, se evidencia que el abordaje de la fiebre presenta grandes dudas entre profesionales y está condicionado por los conocimientos, actitudes y percepciones de los mismos.

La transmisión de los resultados de este estudio se debería reflejar en las formaciones de enfermeras, de forma general y principalmente aquellas que lleven a cabo formaciones en pediatría.

La comprensión de los condicionantes que llevan a las enfermeras a tratar la fiebre de forma automatizada, permite actuar de forma más eficaz sobre los contextos estudiados para aplicar cuidados profesionales que se diferencien de la tradicionalidad y reduciendo la medicalización de la temperatura de la fiebre.

El análisis de las relaciones interprofesionales respecto a la fiebre en los niños de este estudio, refleja la posibilidad de que las enfermeras den un paso al frente en el cuidado del niño con fiebre, se responsabilicen de la educación a las familias y potencien su autonomía personal en el manejo de este fenómeno.

Las similitudes entre las creencias sobre la fiebre que las enfermeras perciben en los padres y las suyas propias evidencian la necesidad de que los conocimientos enfermeros se diferencien de las creencias de la población general, y que su función como modelos de conducta tenga

resultados positivos en el empoderamiento de los padres en el hogar y la reducción de visitas a urgencias por procesos febriles leves.

6.3. Transferencia del conocimiento a la sociedad

Tomar consciencia de los procesos mecanizados y ritualizados en los cuidados del niño con fiebre es el primer paso para lograr cambios efectivos.

Por un lado, la reflexividad que ha producido en las propias participantes del estudio, el hecho de explorar mediante la entrevista esos conocimientos inertes es una fuente propia de movimiento y de cambio.

Así, aproximar los resultados de este estudio a profesionales modificará la percepción que tienen sobre la fiebre, motivará un aumento de conocimientos y finalmente generará un cambio en sus actitudes y comportamientos para el abordaje de este signo.

Este cambio pasará por hacer a las enfermeras conscientes de sus propios procesos y responsables de ellos, lo que potencialmente aumentará su autonomía y el deseo por conocer las formas más adecuadas de actuar ante la fiebre.

Una vez presentada la tesis y de forma concreta se realizarán diversas actividades para acercar los resultados al campo de estudio:

- Impartición de seminarios formativos a enfermeras, comenzando por los contextos estudiados, donde se expliquen las recomendaciones de la guía NICE sobre los cuidados del niño con fiebre (NICE guidelines, 2019). Donde también puedan expresar las barreras que perciben para su aplicación y las estrategias de implementación más adecuadas.
- Impresión de infografías que representen gráficamente las recomendaciones para repartirse en las unidades y centros de salud para que estén a disposición de los/las profesionales.

- Se llevarán a cabo formaciones y trabajos científicos con los Enfermeros Internos Residentes de pediatría en formación.
- Presentación de los resultados de esta tesis en congresos, en formato póster o comunicación oral. De hecho, ya se ha realizado un póster titulado: “Análisis de las percepciones, conocimientos y actitudes de padres y madres hacia la fiebre en los niños: Una metasíntesis cualitativa.” En el 68 congreso de la Asociación Española de Pediatría en 2022.

6.4. Futuras líneas de investigación

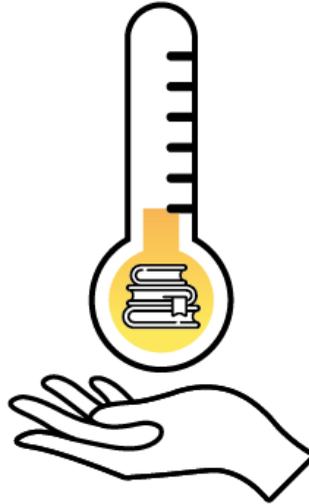
Esta tesis se enmarca dentro de un proyecto de investigación mayor. En este trabajo se exponen las partes del proyecto que hacen referencia a las revisiones sistemáticas y a la construcción del concepto de fiebre por parte de enfermeras.

Como trabajo postdoctoral, se continuará con el proyecto, ampliando el análisis cualitativo a médicos y padres/madres o tutores de los niños, con las correspondientes publicaciones.

Los datos referentes a los profesionales médicos ya han sido recogidos en formato de audio a través de entrevistas grabadas y sus discursos ya han sido transcritos y se encuentran en la fase de análisis.

Una vez finalizado el análisis del discurso de los médicos y familias y junto al de las enfermeras se procederá a la comparación entre ellos para establecer una estrategia común de abordaje de la fiebre en los diferentes entornos sanitarios de forma coordinada y coherente con las recomendaciones de la evidencia.

Se recomienda a partir de aquí, para realizar un cambio real y transformar la práctica en el abordaje de la fiebre, un diseño de Investigación, Acción y Participación (IAP) con la intención de implantar nuevas estrategias para el manejo de la fiebre en los niños en los contextos previamente estudiados.



Bibliografía

Bibliografía

- Asociación Española de Pediatría de atención Primaria. (2011). *Decálogo de la fiebre*.
https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/decalogo_fiebre.pdf
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social* (Espasa-Calpe (ed.); 3ª).
- Baran, G., & Turan, E. (2018). Investigation of the Effect of the Training on Fever and Febrile Convulsion Management Given to Pediatric Nurses on Their Knowledge Level. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 677–685.
<https://pdfs.semanticscholar.org/6e39/d3c40afbce04fb49ce203e28fafd4580de0c.pdf>
- Bolívar, A. (1992). *Los contenidos actitudinales en el currículo de la reforma. Problemas y propuestas* (E. E. Española (ed.)).
- Bowers, L. (1992). Ethnomethodology I: an approach to nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 29(1), 59–67.
[https://doi.org/10.1016/0020-7489\(92\)90061-K](https://doi.org/10.1016/0020-7489(92)90061-K)
- Brick, T., Agbeko, R. S., Davies, P., Davis, P. J., Deep, A., Fortune, P. M., Inwald, D. P., Jones, A., Levin, R., Morris, K. P., Pappachan, J., Ray, S., Tibby, S. M., Tume, L. N., & Peters, M. J. (2017). Attitudes towards fever amongst UK paediatric intensive care staff. *European Journal of Pediatrics*, 176(3), 423–427.
<https://doi.org/10.1007/s00431-016-2844-1>
- Cadenas, D. M. R. (2016). El Rigor en la Investigación Cualitativa: Técnicas de Análisis, Credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad. *SINOPSIS EDUCATIVA. Revista Venezolana de Investigación*, 7(1), 17–26.
- Castellano, V. E., Talamona, N., Giglio, N. D., Sabbaj, L., & Gentile, Á. (2020). Knowledge and management of fever in parents of children under 5 years of age at a children's hospital. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 118(October 2018), 89–94.

<https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.89>

- Chiappini, E., Bortone, B., Galli, L., & Martino, M. De. (2017). Guidelines for the symptomatic management of fever in children: Systematic review of the literature and quality appraisal with AGREE II. *BMJ Open*, *7*(7), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015404>
- Chiappini, E., D’Elios, S., Mazzantini, R., Becherucci, P., Pierattelli, M., Galli, L., & de Martino, M. (2013). Adherence among Italian paediatricians to the Italian guidelines for the management of fever in children: a cross sectional survey. *BMC Pediatrics*, *13*, 210–216. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-210>
- Chiappini, E., Parretti, A., Becherucci, P., Pierattelli, M., Bonsignori, F., Galli, L., & de Martino, M. (2012). Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC Pediatrics*, *12*, 97–106. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-97>
- Clarke, P. (2014). Evidence-Based Management of Childhood Fever: What Pediatric Nurses Need to Know. *Journal of Pediatric Nursing*, *29*(4), 372–375. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.02.007>
- Clericetti, C. M., Milani, G. P., Bianchetti, M. G., Simonetti, G. D., Fossali, E. F., Balestra, A. M., Bozzini, M. A., Agostoni, C., & Lava, S. A. G. (2019). Systematic review finds that fever phobia is a worldwide issue among caregivers and healthcare providers. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, *108*(8), 1393–1397. <https://doi.org/10.1111/apa.14739>
- Considine, J., & Brennan, D. (2006). Emergency nurses’ opinions regarding paediatric fever: The effect of an evidence-based education program. *Australasian Emergency Nursing Journal*, *9*(3), 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2006.03.005>
- Crocetti, M. T., & Serwint, J. R. (2005). Fever: separating fact from fiction. *Contemporary Pediatrics*, *22*(1), 34–42.
- Dall’Oglio, I., Rosati, G. V., Biagioli, V., Tiozzo, E., Gawronski, O., Ricci, R., Garofalo, A., Piga, S., Gramaccioni, S., Di Maria, C., Vanzi, V., Querciati, A., Alvaro, R., Biancalani, L., Buonomo, E., Doria, M.,

- & Villani, A. (2021). Pediatric nurses in pediatricians' offices: a survey for primary care pediatricians. *BMC Family Practice*, 22(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01457-1>
- De Freitas Floriano, C. M., Machado Avelar, A. F., & Sorgini Peterlini, M. A. (2018). Difficulties Related to Peripheral Intravenous Access in Children in an Emergency Room. *Journal of Infusion Nursing*, 41(1), 66–72. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000262>
- De, S., Tong, A., Isaacs, D., & Craig, J. C. (2014). Parental perspectives on evaluation and management of fever in young infants: An interview study. *Archives of Disease in Childhood*, 0, 1–7. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305736>
- de Vries, J., & Timmins, F. (2016). Care erosion in hospitals: Problems in reflective nursing practice and the role of cognitive dissonance. *Nurse Education Today*, 38, 5–8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.007>
- Demir, F., & Sekreter, O. (2012). Knowledge, attitudes and misconceptions of primary care physicians. *Italian Journal of Pediatrics*, 38, 40–46.
- Dowling, M. (2007). Ethnomethodology: Time for a revisit? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 826–833. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.002>
- Edwards, H. E., Courtney, M. D., Wilson, J. E., Monaghan, S. J., & Walsh, A. M. (2001). Fever management practices: What pediatric nurses say. *Nursing and Health Sciences*, 3(3), 119–130. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2001.00083.x>
- Edwards, H., Walsh, A., Courtney, M., Monaghan, S., Wilson, J., & Young, J. (2007). Promoting evidence-based childhood fever management through a peer education programme based on the theory of planned behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1966–1979. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01767.x>
- El-Radhi, A. S. M. (2008). Why is the evidence not affecting the practice of fever management? *Archives of Disease in Childhood*, 93(11), 918–920.

<https://doi.org/10.1136/adc.2008.139949>

- El-Radhi, A. S. M. (2012). Fever management: Evidence vs current practice. *World Journal of Clinical Pediatrics, 1*(4), 29–33. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v1.i4.29>
- El Khoury, A. C., Durden, E., Larry, M., Markson, L. E., Lee, A. W., Duan, Y., & Foley, K. (2010). Perception and management of fever in infants up to six months of age: A survey of US pediatricians. *BMC Pediatrics, 10*, 95–101. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-95>
- Freire, P. (1997). *Pedagogía del oprimido* (S. Siglo veintiuno de España editores (ed.); 50th ed.).
- Gaffney, G. R., Bereznicki, L. R., & Bereznicki, B. J. (2021). Knowledge, beliefs and management of childhood fever among nurses and other health professionals: A cross-sectional survey. *Nurse Education Today, 97*(November 2020), 104731. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104731>
- García Puga, J. M., Garrido Torrecillas, F. J., Hernández Morillas, D., Castillo Díaz, L., Santos Pérez, J. L., Callejas Pozo, J. E., Ortega Páez, E., Jiménez Romero, T., Expósito Ruiz, M., & Ruiz Extremera, Á. (2012). Análisis del conocimiento y manejo de la fiebre por parte de pediatras y residentes en relación a un proceso asistencial establecido. *Revista de Pediatría de Atención Primaria, 14*(54), 115–126. <https://doi.org/10.4321/s1139-76322012000300004>
- Greensmith, L. (2012). Nurses' knowledge of and attitudes towards fever and fever management in one Irish children's hospital. *Journal of Child Health Care, 17*(3), 305–316. <https://doi.org/10.1177/1367493512461457>
- Harper, P. (2008). Ethnomethodological ethnography and its application in nursing. *Journal of Research in Nursing, 13*(4), 311–323. <https://doi.org/10.1177/1744987108090722>
- Jeong, Y. S., & Kim, J. S. (2014). Childhood fever management program for Korean pediatric nurses: A comparison between blended and face-to-face learning method. *Contemporary Nurse, 49*, 35–46.

<https://doi.org/10.1080/10376178.2014.11081951>

- Jönsson, S. (2012). Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction among Swedish registered nurses and physicians - a follow-up study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 236–244. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00924.x>
- Karwowska, A., Nijssen-Jordan, C., Johnson, D., & Davies, H. D. (2002). Parental and health care provider understanding of childhood fever: A Canadian perspective. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 4(6), 394–400. <https://doi.org/10.1017/S1481803500007892>
- Kelly, M., McCarthy, S., O’Sullivan, R., Shiely, F., Larkin, P., Brenner, M., & Sahm, L. J. (2016). Drivers for inappropriate fever management in children: a systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38, 761–770. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0333-2>
- Kroef, R. F. da S., Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020). Field Diary and the Researcher’s Relationship with the Theme-Field in Intervention Research. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 20(2), 464–480. <https://doi.org/10.12957/EPP.2020.52579>
- Krogstad, U., Hofoss, D., & Hjortdahl, P. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 491–497. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh082>
- Kuijpers, D. L., Peeters, D., Boom, N. C., Van De Maat, J., Oostenbrink, R., & Driessen, G. J. A. (2021). Parental assessment of disease severity in febrile children under 5 years of age: A qualitative study. *BMJ Open*, 11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042609>
- Lagerløv, P., Helseth, S., & Holager, T. (2003). Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): A qualitative study of parents’ management of common childhood illnesses. *Family Practice*, 20, 717–723. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm616>
- Lava, S. A. G., Simonetti, G. D., Ramelli, G. P., Tschumi, S., & Bianchetti, M. G. (2012). Symptomatic Management of Fever by

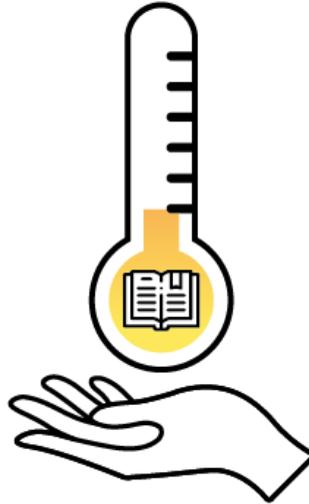
- Swiss Board-Certified Pediatricians: Results From a Cross-Sectional, Web-Based Survey. *Clinical Therapeutics*, 34(1), 250–256. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2011.12.002>
- Lincoln, Y. S., & Denzin, N. K. (2005). *Te sage handbook of qualitaive research* (Third Edit).
- Martins, M., & Abecasis, F. (2016). Healthcare professionals approach paediatric fever in significantly different ways and fever phobia is not just limited to parents. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 105(7), 829–833. <https://doi.org/10.1111/apa.13406>
- Marzuillo, P., Guarino, S., & Barbi, E. (2014). Paracetamol: a focus for the general pediatrician. *European Journal of Pediatrics*, 173(4), 415–425. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2239-5>
- Melamud, A., Suwezda, A., Matamoros, R., & Ringuélet, L. (2008). Indicación de antitérmicos por médicos pediatras. Internet como modalidad de recolección de datos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 106(5), 404–408.
- Morris, E., Glogowska, M., Ismail, F. A., Edwards, G., Fleming, S., Wang, K., Verbakel, J. Y., Van den Bruel, A., & Hayward, G. (2021). Parents' concerns and beliefs about temperature measurement in children: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 22(9). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01355-y>
- Moscoso Loaiza, L. F., & Díaz Heredia, L. P. (2018). Aspectos éticos en la investigación cualitativa con niños TT - Ethical aspects in qualitative research with children TT - Aspectos éticos na pesquisa qualitativa com crianças. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(1), 51–67. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022018000100051&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v18n1/1657-4702-rlb-18-01-00051.pdf
- Navarro García, M. A., & De Carlos Alegre, V. (2010). La fiebre en los niños. Guía de cuidados. *ROL de Enfermería*, 33(2), 55–62.
- NICE guidelines. (2019). *Fever in under 5s: assessment and initial management Clinical guideline*.

- Niehues, T. (2013). The Febrile Child: Diagnosis and Treatment. *Deutsches Arzteblatt International*, 110(45), 764–774. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0764>
- Peetoom, K. K. B., Ploum, L. J. L., Smits, J. J. M., Halbach, N. S. J., Dinant, G. J., & Cals, J. W. L. (2016). Childhood fever in well-child clinics: a focus group study among doctors and nurses. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1488-1>
- Pitoli, P. J., Duarte, B. K., Fragoso, A. A., Damaceno, D. G., & Sanches Marin, M. J. (2021). Fever in children: Parents' search for urgent and emergency services. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26(2), 445–454. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40782020>
- Punch, S. (2012). Hidden struggles of fieldwork: Exploring the role and use of field diaries. *Emotion, Space and Society*, 5, 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.emospa.2010.09.005>
- Purssell, E. (2013a). Antipyretic use in children: More than just temperature. *Jornal de Pediatria*, 89(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.02.001>
- Purssell, E. (2013b). Fever in children - a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3575–3582. <https://doi.org/10.1111/jocn.12347>
- Ravanipour, M., Akaberian, S., & Hatami, G. (2014). Mothers' perceptions of fever in children. *Journal of Tropical Pediatrics*, 3. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmi076>
- Razón Behar, R. (2011). Fiebre fobia. *Revista Cubana de Pediatria*, 83(4), 431–441.
- Richardson, M., & Purssell, E. (2015). Who 's Afraid of fever. *Archives of Disease in Childhood*, 0(0).
- Sahm, L. J., Kelly, M., McCarthy, S., O'Sullivan, R., Shiely, F., & Rømsing, J. (2016). Knowledge, attitudes and beliefs of parents regarding fever in children: A Danish interview study. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 105(1), 69–73. <https://doi.org/10.1111/apa.13152>

- Sela, Y., Artom, T., Rosen, B., & Nissanholtz-Gannot, R. (2022). Primary Care Physicians' Perceptions on Nurses' Shared Responsibility for Quality of Patient Care: A Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph191710730>
- Sherman, J. M., & Sood, S. K. (2012). Current challenges in the diagnosis and management of fever. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(3), 400–406. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32835333e3>
- Sollami, A., Caricati, L., & Sarli, L. (2015). Nurse-physician collaboration: A meta-analytical investigation of survey scores. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 223–229. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.955912>
- Sullivan, J. E., Farrar, H. C., Section on Clinical Pharmacology, & Committee on Drugs. (2011). Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*, 127(3), 580–587. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3852>
- Tafti, B. F., Salmani, N., & Afshari Azad, S. (2017). The maternal experiences of child care with fever: A qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, 5(2), 4429–4437. <https://doi.org/10.22038/ijp.2017.21615.1807>
- Tan, E., Beck, S., Haskell, L., MacLean, A., Rogan, A., Than, M., Venning, B., White, C., Yates, K., McKinlay, C. J. D., & Dalziel, S. R. (2022). Paediatric fever management practices and antipyretic use among doctors and nurses in New Zealand emergency departments. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, May, 943–953. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.14022>
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T., & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291–302. <https://doi.org/10.1111/inr.12034>
- Teuten, P., Paul, S. P., & Heaton, P. A. (2015). Management of childhood febrile illness. *Journal of Family Health*, 25(4), 26–29.

- The cochrane collaboration. (2011). *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones* (J. P. Higgins & S. Green (eds.)).
- The Joanna Briggs Institute. (2017). Checklist for Qualitative Research. In The Joanna Briggs Institute. <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>www.joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research.pdf
- Thompson, A. P., Nesari, M., Hartling, L., & Scott, S. D. (2020). Parents' experiences and information needs related to childhood fever: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 103*, 750–763. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.004>
- Urbane, U. N., Gaidule-Logina, D., Gardovska, D., & Pavare, J. (2019). Coping with febrile illness in children: A qualitative interview study of parents. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences, Section B: Natural, Exact, and Applied Sciences, 73*(2), 117–124. <https://doi.org/10.2478/prolas-2019-0019>
- Van De Maat, J. S., Van Klink, D., Den Hartogh-Griffioen, A., Schmidt-Crossen, E., Rippen, H., Hoek, A., Neill, S., Lakhanpaul, M., Moll, H. A., & Oostenbrink, R. (2018). Development and evaluation of a hospital discharge information package to empower parents in caring for a child with a fever. *BMJ Open, 8*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021697>
- Vicens-Blanes, F., Miró-Bonet, R., & Molina-Mula, J. (2021). Analysis of Nurses' and Physicians' Attitudes, Knowledge, and Perceptions toward Fever in Children: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*, 1–31. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312444>
- Vicens-Blanes, F., Miró-Bonet, R., & Molina-Mula, J. (2022). Analysis of the perceptions, knowledge and attitudes of parents towards fever in children: A systematic review with a qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing, 00*(February), 1–27. <https://doi.org/10.1111/jocn.16271>

- Villarejo-Rodríguez, M. G., & Rodríguez-Martín, B. (2019). Parents' and primary caregivers' conceptualizations of fever in children: A systematic review of qualitative studies. *Nursing and Health Sciences*, 1–34. <https://doi.org/10.1111/nhs.12639>
- Warwick, C. (2008). Paracetamol and fever management. *Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 128(6), 320–323. <https://doi.org/10.1177/1466424008092794>
- Weller, J. M., Barrow, M., & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Medical Education*, 45(5), 478–487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x>
- Westin, E., & Sund Levander, M. (2018). Parent's Experiences of Their Children Suffering Febrile Seizures. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.001>



Anexos

Anexo I. Guion de las entrevistas

Buenos días/tardes en primer lugar darte las gracias de parte del equipo investigador por participar en este proyecto de investigación: "Análisis de los conocimientos y actitudes de los profesionales y familias ante la fiebre infantil".

En este proyecto pretendemos analizar cómo los profesionales médicos, pediatras y enfermeras entienden y manejan la fiebre infantil, en los diferentes niveles asistenciales, y también cómo lo hacen las familias.

Para llevar a cabo este estudio necesitamos, por tanto, conversar con profesionales y también con familias, y por ello queríamos organizar grupos de discusión, pero dada la dificultad que supone reunir a un grupo de profesionales en estos momentos, hemos optado por hacer entrevistas individuales.

La entrevista no es más que una conversación sobre el tema que te he comentado, donde no hay afirmaciones correctas o incorrectas, simplemente se trata de conocer su opinión como experto/a en pediatría que lleva a cabo su trabajo asistencial en el ámbito pediátrico, para ser más específico en atención primaria/hospitalización/urgencias.

Además, a mitad de entrevista se te mostrará una infografía con recomendaciones actuales sobre la fiebre en los niños y al finalizar se le expondrán dos casos clínicos relacionados con los cuidados habituales para este signo.

Antes de empezar aprovecho para informarte de ciertas formalidades. La entrevista que ahora arrancamos forma parte de los datos del proyecto, y para poder ser rigurosos en su análisis debemos grabarla y posteriormente transcribirla de forma anónima. Por ello pondremos en marcha dos grabadoras, y registraremos el audio de esta sesión, al que no tendrá acceso nadie fuera del equipo investigador. Por otro lado, también debo pedirte una vez leído firmes el consentimiento informado y de confidencialidad, a través del que ambos acordamos no divulgar ningún tipo de información que hoy podamos comentar.

Me gustaría empezar hablando sobre...

- ¿Qué entiendes por fiebre? ¿Qué percepción crees que tienen tus compañeros sobre la fiebre?
 - Si es un proceso protector contra infecciones ¿Por qué lo eliminamos insistentemente?
 - ¿Cuándo la fiebre puede ser peligrosa?
- ¿Qué dificultades asistenciales plantea un niño con fiebre?
- ¿Qué objetivo tiene para ti la terapia antipirética? ¿Qué objetivo tiene para tus compañeros?
 - ¿Cuáles son las medidas antipiréticas que usas/recomiendas?
 - ¿Crees que los fármacos antipiréticos se pautan y/o administran en la justa o medida, o que podría reducirse o aumentar su uso? ¿Tendría alguna ventaja?
 - Cuando tratáis/cuidáis a un niño con fiebre que ha tenido convulsiones febriles ¿Cambiaría el manejo de la fiebre? ¿Piensas en lo que deben sentir los padres?
 - ¿Qué opinas del decálogo de la fiebre de la Aepap y de las recomendaciones de la NICE?

- ¿Cómo son las relaciones interprofesionales que se dan durante un episodio febril de un niño?
 - ¿Qué actividades realiza la enfermera de forma autónoma?
 - ¿Cuál es la función del médico/pediatra?
 - ¿Cuál crees que es la percepción de los pediatras respecto a la fiebre?

- ¿Qué opinas de la información que reciben los padres acerca de la fiebre infantil?
 - ¿Dónde y cuándo crees que se recibe y que se debe dar la primera información sobre el manejo de la fiebre a los padres? ¿Cómo crees que se les explica a los padres; qué es la fiebre?
 - ¿Qué indicaciones relacionadas con el manejo de la fiebre se les da a los padres por parte de los profesionales de la salud?
 - ¿Consideras que la simple reducción de la temperatura disminuye la ansiedad de los padres? ¿Qué objetivo consideras que tiene para ellos la terapia antipirética?

- ¿Ya para finalizar, piensas que hay algo que podríamos mejorar en el manejo y la atención de la fiebre infantil?

Ahora que hemos podido conversar sobre el concepto de la fiebre infantil, me gustaría proponerte un par de casos clínicos breves, y que, a partir de ellos, comentemos cómo y cuál crees que sería el abordaje real que se llevaría a cabo.

Anexo II. Infografía para planta de hospitalización

Análisis de los conocimientos y actitudes de los profesionales y familias ante la fiebre en los niños



IP: Francisco Vicens Blanes

Fiebre en menores de 5 años: evaluación y manejo inicial (NICE guideline) (1)



1.6

Intervenciones antipiréticas

1.6.1 Los antipiréticos no previenen las convulsiones febriles y no deben utilizarse específicamente para este fin.

1.6.2 No se recomienda el uso de esponjas tibias para el tratamiento de la fiebre.

1.6.3 Los niños con fiebre no deben ir con poca ropa ni demasiado abrigados.

1.6.4 Considere el uso de paracetamol o ibuprofeno en niños con fiebre que muestren malestar.

1.6.5 No utilice agentes antipiréticos con el único objetivo de reducir la temperatura corporal en niños con fiebre.

1.6.6 Al utilizar paracetamol o ibuprofeno en niños con fiebre:

- Continuar sólo mientras el niño parezca tener malestar.
- Considerar la posibilidad de cambiar al otro agente si el malestar del niño no se alivia.
- No administrar ambos agentes simultáneamente.
- Sólo considerar la alternancia de estos agentes si el malestar persiste o se repite antes de la siguiente dosis.

Decálogo de la fiebre (AEPap) (2)

1. La fiebre no es una enfermedad.
2. No causa daño cerebral.
3. Tratar la fiebre no previene las convulsiones.
4. Solo hay que usar antipiréticos si existe malestar.
5. Se desaconseja el uso de medidas físicas.
6. No cubrir ni desabrigar en exceso.
7. Asegurar la hidratación.
8. Está desaconsejado el uso de antipiréticos como prevención tras la vacunación.
9. El grado de la fiebre o su respuesta al antitérmico no está relacionado con la gravedad de la infección.
10. Debe vigilar signos de empeoramiento y visitar a urgencias si su hijo tiene:
 - Manchas en la piel, oscuras o moradas, que no desaparecen al estrar la piel de alrededor.
 - Decaimiento, irritabilidad.
 - Rigidez del cuello.
 - Convulsión o pérdida de conocimiento.
 - Dificultad para respirar.
 - Vómitos y/o diarrea persistente.
 - Orina escasa.
 - Siempre que sea menor de 3 meses de edad.



Caso 1

Se encuentra ingresado un niño de 2 años debido a una infección que precisa antibioterapia endovenosa.

Son las 01.00h, su madre toca al timbre y avisa de que "lo nota caliente".

Entras a la habitación y encuentras al niño dormido.



Caso 2

Se encuentra ingresado un niño de 2 años y medio debido a una infección que precisa antibioterapia endovenosa.

Son las 15.30, su madre toca al timbre, le ha medido la temperatura y os dice que está a 37,5°, está preocupada porque hace tres meses sufrió una convulsión febril.

Entras a la habitación y encuentras al niño jugando con un juguete.



1. NICE GUIDELINES: FEVER IN UNDER 5s: ASSESSMENT AND INITIAL MANAGEMENT CLINICAL GUIDELINE, 2019

2. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. DECALOGO DE LA FIEBRE, 2011

Anexo III. Infografía para urgencias hospitalarias

Análisis de los conocimientos y actitudes de los profesionales y familias ante la fiebre en los niños



IP: Francisco Viens Blanes

Fiebre en menores de 5 años: evaluación y manejo inicial (NICE guideline) (1)



1.6 Intervenciones antipiréticas

1.6.1 Los antipiréticos no previenen las convulsiones febriles y no deben utilizarse específicamente para este fin.

1.6.2 No se recomienda el uso de esponjas tibias para el tratamiento de la fiebre.

1.6.3 Los niños con fiebre no deben ir con poca ropa ni demasiado abrigados.

1.6.4 Considere el uso de paracetamol o ibuprofeno en niños con fiebre que muestren malestar.

1.6.5 No utilice agentes antipiréticos con el único objetivo de reducir la temperatura corporal en niños con fiebre.

1.6.6 Al utilizar paracetamol o ibuprofeno en niños con fiebre:

- Continuar sólo mientras el niño parezca tener malestar.
- Considerar la posibilidad de cambiar al otro agente si el malestar del niño no se alivia.
- No administrar ambos agentes simultáneamente.
- Sólo considerar la alternancia de estos agentes si el malestar persiste o se repite antes de la siguiente dosis.

Decálogo de la fiebre (AEPap) (2)

1. La fiebre no es una enfermedad.
2. No causa daño cerebral.
3. Tratar la fiebre no previene las convulsiones.
4. Solo hay que usar antipiréticos si existe malestar.
5. Se desaconseja el uso de medidas físicas.
6. No cubrir ni desabrigar en exceso.
7. Asegurar la hidratación.
8. Está desaconsejado el uso de antipiréticos como prevención tras la vacunación.
9. El grado de la fiebre o su respuesta al antitérmico no está relacionado con la gravedad de la infección.
10. Debe vigilar signos de empeoramiento y visitar a urgencias si su hijo tiene:
 - Manchas en la piel, oscuras o moradas, que no desaparecen al estirar la piel de alrededor.
 - Decaimiento, irritabilidad.
 - Rigidez del cuello.
 - Convulsión o pérdida de conocimiento.
 - Dificultad para respirar.
 - Vómitos y/o diarrea persistente.
 - Orina escasa.
 - Siempre que sea menor de 3 meses de edad.



Caso 1

Un niño de 3 años acude a urgencias a las 16.00h, con fiebre como motivo de visita.

Los padres expresan que tiene fiebre desde esta mañana. En el triaje el niño se encuentra con buen estado general, sin alteración en el triángulo de valoración pediátrica.

Le colocamos el termómetro y muestra una temperatura de 38°.

Resto de constantes estables, aunque la frecuencia cardiaca se encuentra algo elevada, así como la frecuencia respiratoria, sin llegar a valores de taquipnea.



Caso 2

Un niño de 3 años acude a urgencias a las 04.00h, con fiebre como motivo de visita.

Los padres expresan que tiene fiebre desde las 22.00h, están preocupados porque hace unos meses sufrió una convulsión febril.

En el triaje el niño se encuentra con buen estado general, dormido y sin alteración en el triángulo de valoración pediátrica.

Le colocamos el termómetro y muestra una temperatura de 37,5°.

Resto de constantes estables, aunque la frecuencia cardiaca se encuentra algo elevada, así como la frecuencia respiratoria, sin llegar a valores de taquipnea.



1. NICE GUIDELINES. FEVER IN UNDER 5s: ASSESSMENT AND INITIAL MANAGEMENT CLINICAL GUIDELINE. 2019

2. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. DECÁLOGO DE LA FIEBRE. 2011

Anexo IV. Infografía para atención primaria

Análisis de los conocimientos y actitudes de los profesionales y familias ante la fiebre en los niños



IP: Francisco Vicens Blanes

Fiebre en menores de 5 años: evaluación y manejo inicial (NICE guideline) (1)



1.6

Intervenciones antipiréticas

1.6.1 Los antipiréticos no previenen las convulsiones febriles y no deben utilizarse específicamente para este fin.

1.6.2 No se recomienda el uso de esponjas tibias para el tratamiento de la fiebre.

1.6.3 Los niños con fiebre no deben ir con poca ropa ni demasiado abrigados.

1.6.4 Considere el uso de paracetamol o ibuprofeno en niños con fiebre que muestren malestar.

1.6.5 No utilice agentes antipiréticos con el único objetivo de reducir la temperatura corporal en niños con fiebre.

1.6.6 Al utilizar paracetamol o ibuprofeno en niños con fiebre:

- Continuar sólo mientras el niño parezca tener malestar.
- Considerar la posibilidad de cambiar al otro agente si el malestar del niño no se alivia.
- No administrar ambos agentes simultáneamente.
- Sólo considerar la alternancia de estos agentes si el malestar persiste o se repite antes de la siguiente dosis.

Decálogo de la fiebre (AEPap) (2)



1. La fiebre no es una enfermedad.
2. No causa daño cerebral.
3. Tratar la fiebre no previene las convulsiones.
4. Solo hay que usar antipiréticos si existe malestar.
5. Se desaconseja el uso de medidas físicas.
6. No cubrir ni desabrigar en exceso.
7. Asegurar la hidratación.
8. Está desaconsejado el uso de antipiréticos como prevención tras la vacunación.
9. El grado de la fiebre o su respuesta al antitérmico no está relacionado con la gravedad de la infección.
10. Debe vigilar signos de empeoramiento y visitar a urgencias si su hijo tiene:
 - Manchas en la piel, oscuras o moradas, que no desaparecen al estirar la piel de alrededor.
 - Decaimiento, irritabilidad.
 - Rigidez del cuello.
 - Convulsión o pérdida de conocimiento.
 - Dificultad para respirar.
 - Vómitos y/o diarrea persistente.
 - Orina escasa.
 - Siempre que sea menor de 3 meses de edad.

Caso 1



Un niño de 3 años acude de urgencia a las 16.00h, con fiebre como motivo de visita.

Los padres expresan que tiene fiebre desde esta mañana. El niño se encuentra con buen estado general.

Le colocamos el termómetro y muestra una temperatura de 38°.

Resto de constantes estables, aunque la frecuencia cardíaca se encuentra algo elevada, así como la frecuencia respiratoria, sin llegar a valores de taquipnea.

Caso 2

En la consulta de los 2 años una madre expresa dudas acerca de la fiebre.

Su hijo sufrió convulsiones febriles hace 2 meses.

Pregunta como debería actuar la próxima vez que su hijo tenga fiebre.



1. NICE GUIDELINES. FEVER IN UNDER 5s: ASSESSMENT AND INITIAL MANAGEMENT CLINICAL GUIDELINE. 2019

2. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. DECÁLOGO DE LA FIEBRE. 2011.

Anexo V. Aprobación del comité de ética de la investigación de las Islas Baleares



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LAS ISLAS BALEARES

Gema Jiménez Jiménez, Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares,

CERTIFICO:

Que este Comité, en la sesión celebrada el día 28 de julio (nº 11/2021), evaluó los aspectos metodológicos, éticos y legales del proyecto de investigación:

Código CEI: IB 4627/21 PI

Título: ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES Y FAMILIAS ANTE LA FIEBRE EN LOS NIÑOS

Promotor: Universitat de les Illes Balears (UIB)

Que en dicha sesión se acordó solicitar aclaraciones al promotor.

Que en la sesión del día 29 de septiembre (nº 13/2021) se evaluó nuevamente el estudio, acordando solicitar aclaraciones al promotor.

Que en la sesión del día 27 de octubre (nº 15/2021) se evaluó de nuevo el estudio, considerando válidas las aclaraciones presentadas.

Versión y fecha de protocolo: 2 de 16-9-2021

Versión y fecha de HIP-CI: 3 de 16-9-2021

Que se acuerda emitir DICTAMEN FAVORABLE para la realización de este proyecto de investigación en los siguientes centros:

Investigador principal	Centro	Servicio
Francisco Vicens Blanes	Universitat de les Illes Balears (UIB)	Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Que el CEI-IB, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de Buena Práctica Clínica (CHMP/ICH/135/95) y con la legislación vigente que regula su funcionamiento, teniendo en cuenta que en el caso de que algún miembro participe en el estudio o declare algún conflicto de interés no habrá participado en la evaluación ni en el dictamen.

C. del calçat, 2 A. 2n
07011 Palma
Tel. 971 17 73 78
ceic_ib@caib.es
ceisalut.caib.es

<https://vd.caib.es/1636110838183-357804846-5380802525941853972>



Adreça de validació:
<https://csv.caib.es/hash/1636110838183-357804846-5380802525941853972>
CSV: 1636110838183-357804846-5380802525941853972



GOIB

Que, a la fecha de aprobación de este estudio, la composición del CEI-IB es la siguiente:

Presidente:	Francisco Campoamor Landín	Farmacología clínica
Vice-presidenta:	Cristina Villena Portella	Biología
Secretaria:	Gema Jiménez Jiménez	Biología
Vocales:	Alberto Alonso Fernández	Neumología
	Joan Bargay Leonart	Hematología
	Miguel Ángel Benito Tovar	Delegado de protección de datos
	Enrique Colás Ruiz	Cirugía general y del aparato digestivo
	Cristina Corbillo Colom	Representante de los pacientes
	Magdalena Esteve Cantó	Medicina preventiva y salud pública
	Francisco Javier Fanjul Losa	Medicina interna
	Miquel Fiol Sala	Medicina intensiva
	José Fuster Salvá	Oncología médica
	Rocío Gómez Juanes	Psiquiatría
	Gemma Jiménez Guerra	Microbiología
	Raquel Marsé Fabregat	Oncología médica
	Antònia Mas Cantalops	Derecho
	Cristina Moreno Mulet	Enfermería
	Antònia Obrador Hevia	Biología
	Jaume Orfila Timoner	Medicina interna
	Carmen Pata Iglesias	Farmacia atención primaria
	José Ignacio Ramírez Manent	Medicina familiar y comunitaria
	Pere Riutord Sbert	Estomatología
	Montserrat Rodríguez Delgado	Química
	Juan Rodríguez García	Medicina preventiva y salud pública
	Mónica Sanz Muñoz	Farmacia hospitalaria
	Llorenç Socias Crespi	Medicina intensiva
	Javier Ureña Morales	Derecho

Palma, en fecha de la firma digital

C. del calçat, 2 A, 2n
07011 Palma
Tel. 971 17 73 78
ceic_ib@caib.es
ceisalut.caib.es



Adreça de validació:
<https://csv.caib.es/hash/1636110838183-357804846-5380802525941853972>
CSV: 1636110838183-357804846-5380802525941853972

<https://vd.caib.es/1636110838183-357804846-5380802525941853972>



2



GOVERN
ILLES
BALEARS

DOCUMENT ELECTRÒNIC

CODI SEGUR DE VERIFICACIÓ

1636110838183-357804846-5380802525941853972

ADREÇA DE VALIDACIÓ DEL DOCUMENT

<https://csv.caib.es/hash/1636110838183-357804846-5380802525941853972>

INFORMACIÓ DELS SIGNANTS

Signant

GEMA MARIA JIMENEZ JIMENEZ

CERTIFICADO ELECTRONICO DE EMPLEADO PUBLICO

COMUNITAT AUTONOMA DE LES ILLES BALEARS

Data signatura: 05-nov-2021 12:29:54 PM GMT+0100

"Data signatura" és la data que tenia l'ordinador del signant en el moment de la signatura

METADADES DEL DOCUMENT

Nom del document: Dictamen_CEI-IB_IB4627-21PI.pdf

Data captura: 05-nov-2021 12:30:00 PM GMT+0100

Les evidències que garanteixen l'autenticitat, integritat i conservació a llarg termini del document es troben al gestor documental de la CAIB

Pàgines: 3



Adreça de validació:

<https://csv.caib.es/hash/1636110838183-357804846-5380802525941853972>

CSV: 1636110838183-357804846-5380802525941853972

Pàgina 3/3

Anexo VI. Aprobación de la comisión de Investigación del Hospital Son Llàtzer

Comisión de Investigación Hospital Universitario Son Llàtzer	Informe de Evaluación de Estudio Fecha: 15/09/2021	
---	---	--

A 15 de septiembre de 2021, la Comisión de Investigación acuerda lo siguiente en relación al estudio:

Título: *Análisis de los conocimientos y actitudes de los profesionales y familias ante la fiebre en los niños.*

Investigador principal: Francisco Vicens Blanes (Universidad de las Islas Baleares).

Investigadora responsable en el centro: Francisca Raquel Vidal Pérez, enfermera supervisora del servicio de Pediatría (Hospital Universitario Son Llàtzer).

El presente estudio presentado por Francisco Vicens Blanes, profesor ayudante del departamento de Enfermería de la Universidad de las Islas Baleares, se trata de un estudio que utiliza la etnometodología como método de investigación cualitativa y se sitúa en el paradigma constructivista para comprender y analizar la construcción que llevan a cabo profesionales de salud y familias del concepto de fiebre infantil.

Tras su evaluación, la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Son Llàtzer decide emitir informe favorable para que conste a efectos de inicio del estudio en el centro y para su presentación/comunicación al CEI-IB.

Y para que conste, firma

En Palma, a 15 de Septiembre de 2021.



Fdo.: Joan Bargay Lleonart
Presidente de la Comisión de Investigación



Fdo.: Inés Asunción Losada López
Secretaria de la Comisión de Investigación

Comisión de Investigación

Anexo VII. Aprobación de la comisión de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I GERÈNCIA ATENCIÓ
B PRIMÀRIA MALLORCA

Miguel Caldentey Tous, Director Gerent d'Atenció Primària de Mallorca

AUTORITZ:

D'acord amb la Comissió d'Investigació, a què es realitzi l'estudi amb títol **"Análisis de los conocimientos y actitudes de los profesionales y familias ante la fiebre en los niños"** (PI21/26) del qual és investigador principal Francisco Vicens Blanes.

I, perquè consti, expedesc aquesta autorització.

Palma, 26 d'octubre de 2021



C/ de l'Escola Graduada, 3
07002 Palma
Tel. 971 17 58 90
ibsalut.es/apmallorca

Anexo VIII. Conformidad de la jefa de servicio de pediatría del Hospital Son Llàtzer

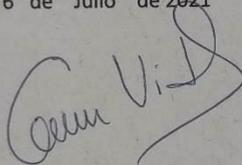
CONFORMIDAD DE LOS SERVICIOS IMPLICADOS

María del Carmen Vidal Palacios, jefe del Servicio de Pediatría del centro, Hospital Universitario Son Llàtzer

DECLARO:

1. Que tengo conocimiento de la documentación del estudio titulado: Análisis de los conocimientos y actitudes de los profesionales y familias ante la fiebre en los niños
2. Que el investigador principal es: Francisco Vicens Blanes
3. Que el servicio implicado reúne las características necesarias de competencia para llevar a cabo estudios, así como la metodología específica del estudio de referencia.
4. Que autorizo en este servicio la realización del trabajo que dirige el investigador principal.

Palma, 6 de Julio de 2021



[Rúbrica]

Anexo IX. Aceptación de financiamiento



ACEPTACIÓN DE LA AYUDA DE LA 11ª CONVOCATORIA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERIA DE LES ILLES BALEARS - 2021

Francisco Vicens Blanes con DNI 43217836P, comunico al Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears, como responsable del proyecto, mi aceptación de la ayuda de 5.773€ (cinco mil setecientos setenta y tres euros), que se me ha otorgado para la realización del proyecto con número 2021-0441 "Análisis de los conocimientos y actitudes de los profesionales y familias ante la fiebre en los niños" dentro del marco de la 11ª Convocatoria de Proyectos de Investigación del COIBA 2021.

Palma, ____ de _____ de 2022.

Firma,

**VICENS
BLANES
FRANCISCO -
DNI 43217836P**

Firmado digitalmente
por VICENS BLANES
FRANCISCO - DNI
43217836P
Fecha: 2022.04.07
09:48:04 +02'00'

Anexo X. Hoja de Información al participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE (profesionales)

Palma, 7 de julio de 2021 Versión 3

TÍTULO DEL ESTUDIO: Análisis de los conocimientos y actitudes de los profesionales ante la fiebre en los niños y su influencia en las familias

CÓDIGO DEL PROTOCOLO:

PROMOTOR: Universidad de las Islas Baleares

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Francisco Vicens Blanes

CARGO, UNIDAD, CENTRO: Profesor ayudante del departamento de enfermería y fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares

TELÉFONO: 971259807

CORREO ELECTRÓNICO: f.vicens@uib.es

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno. Si tiene alguna duda diríjase a *Francisco Vicens Blanes*

DESCRIPCIÓN GENERAL

El objetivo general de esta investigación es comprender mejor los conocimientos, las actitudes y las percepciones entorno a la fiebre infantil por parte de profesionales de la salud y las familias. Se plantea un diseño de investigación cualitativa, para poder llevar a cabo el estudio del fenómeno. El objetivo de este tipo de abordaje metodológico es el de comprender como se construye y trasmite un conocimiento, desde el punto de vista de las personas que lo viven (Taylor y Bogdan, 1984).

La metodología cualitativa es un método de investigación que pretende explorar profundamente un fenómeno en un contexto concreto, de forma no numérica.

Los profesionales que formen parte del estudio participarán en los grupos de discusión, reuniones con una duración máxima de 1:30h en las que se realizará grabación digital. Las grabaciones y las transcripciones se guardarán un máximo de 5 años de forma pseudoanonimizada.

En las reuniones un miembro del equipo investigador actuará como moderador y otro de los miembros del equipo como observador. En ningún caso percibirán remuneración económica, aunque se agradece enormemente su colaboración y tiempo dedicado.

Este tipo de investigación no sería posible sin su colaboración, ya que los datos que pueden aportarnos son fundamentales para su desarrollo.

Si cambia de idea y quiere retirarse del estudio simplemente debe comunicárselo a la investigadora, ello no conlleva ningún tipo de consecuencias negativas para usted.

Gracias por su colaboración

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Por una parte, la participación en el estudio no conlleva ningún riesgo. Por otra parte, los beneficios serán los derivados tras el análisis de la postura ante la fiebre de profesionales y padres.

CONFIDENCIALIDAD

Responsable del tratamiento: *Universidad de las Islas Baleares*

Finalidad de la recogida de datos: *Investigación cualitativa en salud*

Destinatarios de la información: *No habrá cesión de datos a terceros*

Plazo máximo de conservación de los datos: *5 años*

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento de datos, incluso a trasladar sus datos a un tercero autorizado (portabilidad), para lo cual deberá dirigirse al investigador principal responsable de tratamiento en las siguientes direcciones:

- Carretera de Valldemossa, km 7.5, 07122 Palma, Illes Balears. Edificio Guillem cifre de Colonya. Despacho 203.
- f.vicens@uib.es

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un sistema automatizado de datos de carácter personal que cumple con todas las medidas de seguridad de acceso restringido al objetivo descrito en este documento.

Para garantizar la confidencialidad de la información obtenida, sus datos estarán identificados mediante un código y solo el investigador principal y colaboradores tendrán acceso a ellos. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de urgencia médica, requerimiento de la Administración sanitaria o requerimiento legal.

Los datos obtenidos de las entrevistas sólo se utilizarán para llevar a cabo el análisis que permita dar respuesta a los objetivos de la presente investigación, y que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la Seguridad Social, etc. Solo tendrán acceso a esos datos los miembros del equipo investigador.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador principal del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y

procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Igualmente, se le informa que usted podrá realizar cualquier consulta sobre este tratamiento a la Delegada de Protección de Datos de la Universitat de les Illes Balears, Código DIR3: U00300193 la cual tiene su sede en la Carretera de Valldemossa, km 7.5, 07122 Palma, Illes Balears y su correo electrónico de contacto es dpo@uib.cat.

En cualquier caso, usted puede dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos para cualquier reclamación derivada del tratamiento de sus datos personales.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto y tampoco le serán reintegrados los gastos extraordinarios (por ejemplo: comidas y traslados).

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin dar ningún tipo de explicación.

Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, ni se realizarán nuevos análisis de la muestra, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

AGRADECIMIENTO

Sea cual sea su decisión, tanto el promotor como el equipo investigador quieren agradecer su tiempo y atención. Usted está contribuyendo a aumentar el conocimiento sobre cómo mejorar el cuidado de la fiebre en los niños.

Anexo XI. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES

(Palma, 7 de Julio de 2021) Versión 2

TÍTULO DEL ESTUDIO: Análisis de los conocimientos y actitudes de los profesionales y las familias ante la fiebre en los niños

Datos sociodemográficos del participante

Servicio		¿Cuánto tiempo llevas trabajando en servicios pediátricos?	
Edad		¿Tienes hijos?	
Género		¿Eres miembro de alguna asociación científica pediátrica?	
Disciplina		¿Ocupas algún cargo de gestión?	
Especialidad			

PROMOTOR: Universidad de las Islas Baleares

INVESTIGADOR PRINCIPAL: *Francisco Vicens Blanes. Universidad de las Islas Baleares. 971 259807*

CENTRO:

Yo,

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con: *(Francisco Vicens Blanes)*.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
- Comprendo que, si decido retirarme del estudio, los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados.
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento de datos, incluso a trasladar mis datos a un tercero autorizado (portabilidad), de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al paciente.

Firma del participante:

Nombre:
Fecha:

Firma del investigador:

Nombre:
Fecha:

