

Cambios de los hábitos poblacionales en el tratamiento de la fiebre en la infancia

Sr. Editor:

La administración de antitérmicos (AT) constituye una parte importante del tratamiento del niño con fiebre, motivo principal de consulta en los servicios de urgencias pediátricos en nuestro entorno¹. A pesar de ser fármacos relativamente seguros, no están exentos de efectos secundarios y constituyen la primera causa de intoxicación accidental en la infancia².

En el año 2000, en nuestro servicio de urgencias de pediatría, realizamos una encuesta sobre los hábitos poblacionales de utilización de antitérmicos, siendo éstos, en general, correctos³.

El objetivo de este estudio fue determinar la existencia de cambios en los hábitos poblacionales en el uso de AT en la infancia en los últimos 5 años (tabla 1) así como detectar posibles acciones de mejora.

Se compararon las encuestas realizadas a los acompañantes de 421 niños que consultaron en Urgencias de Pediatría en 2004 y las 200 realizadas en 2000. La encuesta consistió en una serie de preguntas de respuesta múltiple sobre distintos aspectos del tratamiento de la fiebre y administración de AT. A los pa-

dres se les entregó previa inclusión una hoja informativa y consentimiento.

El termómetro digital ha desplazado al de mercurio en la forma de registrar la temperatura en los niños con fiebre, a pesar de que, en diferentes estudios, los termómetros de mercurio parecen ser más precisos⁴. Este hecho parece estar relacionado con las recomendaciones dadas por la Academia Americana de Pediatría, sobre los riesgos de la contaminación ambiental por el mercurio⁵.

El lugar de registro preferido de la temperatura continúa siendo la axila, aunque en un tercio de los lactantes la temperatura se registra en el recto. En situaciones en que la medición de la temperatura debe ser precisa, es preferible registrar la temperatura en el recto⁶.

El ibuprofeno se ha convertido en el AT de elección en el tratamiento de estos niños con fiebre, salvo en los menores de un año. Diferentes estudios han demostrado una eficacia similar entre el paracetamol y el ibuprofeno para el descenso de la temperatura en los niños con fiebre, salvo en mayores de 5 años, en quienes, según algunos trabajos, parece más eficaz el ibuprofeno⁷. La mayor utilización de paracetamol en menores de un año podría estar en relación con el hecho de que no esté completamente establecida la seguridad del ibuprofeno en menores de 6 meses y, de hecho, en la ficha técnica se recomienda no administrarlo en menores de 3 meses. El ácido acetilsalicílico prácticamente no se usa en la actualidad, seguramente por su posible asociación con el síndrome de Reye⁸.

La mayoría (74,6%) usa los AT en dosis correctas, para cuya elección consultan frecuentemente al pediatra (83%), y con un intervalo de tiempo adecuado (57,7%).

Prácticamente la totalidad de los encuestados utilizan la vía oral. La absorción rectal en muchas ocasiones es errática, además de ser más incómoda para el paciente. Sin embargo, puede ser útil en caso de vómitos o imposibilidad de administrar el fármaco por vía oral.

Cerca de la mitad de las familias refiere que alterna habitualmente los AT en el mismo proceso febril. Esta práctica puede verse en muchos casos potenciada por los mismos pediatras, siendo la asociación más utilizada ibuprofeno y paracetamol⁹. La alternancia de los AT facilita la fiebre-fobia, la aparición de efectos secundarios de los fármacos y la posibilidad de errores de dosificación.

TABLA 1. Cambios de hábitos poblacionales en el uso de antitérmicos 2000-2004

	2004 (%)	2000 (%)	P
Termómetro digital	60,6	46	0,0008
Registro de temperatura axilar	77,2	83,5	NS
Registro de temperatura rectal	12,6	9,5	NS
Administrador principal: madre	84	72	0,01
Antitérmico de elección: ibuprofeno	49	18	0,00001
Antitérmico de elección: paracetamol	45	56	0,01
Antitérmico de elección: AAS	1	20	0,00001
Asociación medidas físicas	53,5	40	0,002
Vía de administración oral	98	97	NS

El análisis estadístico se efectuó mediante el programa SPSS para Windows, versión 11.5. Los datos categóricos se analizaron por medio de la chi cuadrado con la corrección de Yates y la prueba exacta de Fisher.
NS: sin significación estadística; AAS: ácido acetilsalicílico.

Los AT constituyen la causa más frecuente de intoxicación accidental en la infancia, siendo el paracetamol el más frecuentemente implicado². El 56,1% de los encuestados usa presentaciones con tapón de seguridad. A pesar de que es excepcional la toxicidad derivada de la ingesta accidental de paracetamol en niños pequeños, la prescripción de éstas evitaría visitas a centros sanitarios, realización de pruebas complementarias y administración de diferentes tratamientos.

Los padres relacionan más con patología grave el no descenso de la temperatura (79,3%) que la fiebre elevada (57,8%). Los pediatras a veces podemos potenciar la fiebre-fobia, ya que el primer signo que se obtiene la mayoría de las veces en el hospital es la temperatura, y muchas veces se dan instrucciones a los padres de vigilar o volver a consultar si la temperatura aumenta o persiste¹⁰.

Existen pocos trabajos que evalúen la utilidad de las medidas físicas, aunque algunos han demostrado su eficacia. Además, pueden no ser del todo inocuos ya que pueden producir temblores o incomodidad¹¹.

Como resumen, podemos afirmar que el ibuprofeno ha desplazado, salvo en los menores de un año, al paracetamol como AT de elección en la infancia en nuestro medio. A pesar de que, en general, los hábitos poblacionales del tratamiento de la fiebre en los niños son adecuados, ciertos aspectos debieran motivar la reflexión de los profesionales que participamos en el cuidado de los niños.

**A. Rodríguez Serna, E. Astobiza Beobide,
M. González Balenciaga,
B. Azkunaga Santibáñez,
J. Benito Fernández y S. Mintegi Raso**

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo.
Bilbao. España.

Correspondencia: Dr. Santiago Mintegi Raso.
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces.
Pl. de Cruces, s/n. 48903 Baracaldo. Bilbao. España.
Correo electrónico: smintegui@hcr.u.osakidetza.net

BIBLIOGRAFÍA

- Mintegi S, Benito J, García S, Corrales A, Bartolomé MJ, Trebolazabala N. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:156-61.
- Mintegi S, Benito J, Vázquez MA, Fernández A, Gortazar P, Grau G. Intoxicaciones en Urgencias: cambios epidemiológicos en los últimos años. *An Esp Pediatr*. 2002;87:392-6.
- Calvo C, Onís E, Vázquez MA, Martínez MJ, Benito J, Mintegi S. Hábitos poblacionales en el uso de antitérmicos. *An Esp Pediatr*. 2001;54:607-8.
- Jones H, Kleber C, Eckert G, Mahon B. Comparison of rectal temperature measured by digital vs. mercury glass thermometer in infants under two months old. *Clin Pediatr (Phila)*. 2003;42:357-9.
- AAP Committee on Environmental Health. Technical Report: Mercury in the environment: Implications for Pediatricians. *Pediatrics*. 2001;107:197-205.
- Craig J, Lancaster G, Williamson P, Smyth R. Temperature measured at the axilla compared with rectum in children and young people: Systematic review. *BMJ*. 2000;320:1174-8.
- Carabaño I, Jiménez I, López-Cerón M, Calvo I, Pello AM, Balugo P, et al. Eficacia de ibuprofeno y paracetamol como antitérmicos. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:117-22.
- McGovern MC, Glasgow JF, Stewart M. Reye's syndrome and aspirin: Lest we forget. *BMJ*. 2001;322:1591-2.
- Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics*. 2000;105:1009-12.
- Taveras EM, Durousseau S, Flores G. Parent's beliefs and practices regarding childhood fever. *Pediatr Emerg Care*. 2004;20:579-87.
- Meremikwu MO. Métodos físicos para tratar la fiebre en niños. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3.