

aproximadamente el 50% en el número de errores metodológicos detectados. No obstante, el 24% de los artículos originales publicados sí los tienen (tabla 1). Quizá la mayoría no debían haberse publicado para mejorar la calidad científica de la revista y su índice de impacto, considerando insuficiente el 54% de los manuscritos rechazados por su dirección<sup>1</sup>.

Al depender la difusión internacional de la revista en gran medida del "abstract" en inglés que aparece en la mayoría de los formatos de búsquedas bibliográficas, se ha realizado una evaluación crítica del resumen (5 ítems). En el año 2000 el número de ítems inadecuados ha descendido el 60% en relación al año 1999, siendo relevante en el último año la existencia de conclusiones no justificadas con los resultados en el 20% de los artículos y la inadecuada descripción de la muestra seleccionada (14%).

Aunque es limitada la posibilidad de corregir errores metodológicos en los artículos recibidos por la secretaría de redacción de una revista científica<sup>5</sup> y es evidente la gran mejora en la calidad científica de ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA durante el año 2000 (tabla 1); la redacción, la dirección y los evaluadores deben poner especial énfasis en los siguientes apartados: adecuar el título al estudio realizado, llevar a cabo una descripción detallada de la selección de los pacientes y las variables analizadas en los estudios, centrar la discusión en la comparación de los resultados obtenidos con la bibliografía reciente, y adecuar las conclusiones a los objetivos y resultados del estudio. Aunque representan un pequeño porcentaje (tabla 1), deben evitarse resultados estadísticos sin describir el método utilizado, que éste sea inadecuado y las deducciones incorrectas de los resultados.

Al ser ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA la publicación oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP), y observada la gran calidad de los "Artículos Especiales", comparto el interés y la necesidad<sup>6</sup> de promover (AEP a través de sus diferentes secciones), elaborar y publicar protocolos, guías de actuación o algoritmos diagnóstico-terapéuticos basados en la evidencia; los cuales mejorarían la calidad de la asistencia, disminuirían la variabilidad asistencial y mantendrían el interés por la revista, aunque disminuya el número de artículos originales publicados.

**A. Bonillo Perales**

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.  
Hospital Torrecárdenas. Almería.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González Pérez-Yarza E. Los manuscritos del año 2000. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 191.
2. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirement for Manuscript Submitted to Biomedical Journal. *N Engl J Med* 1997; 336: 309-315.
3. Polgar S, Thomas SA. Introducción a la Investigación en Ciencias de la Salud. Madrid: Churchill-Livingstone, 1993.
4. Burgos Rodríguez R. Metodología de Investigación y Escritura Científica en Clínica. Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
5. Lock S. Journalology: evolution of medical journals and some current problems. *J Inter Med* 1992; 232: 199-205.
6. González Pérez-Yarza E. Opina el lector. Encuesta de opinión sobre ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 504-507.

## La Ley del Menor y la "kaleborroka"

(*An Esp Pediatr* 2001; 54: 606-607)

*Sr. Director:*

La preocupación por la violencia juvenil, ya sea individual o colectiva, responde al deseo sincero por parte del público de que "se tomen algunas medidas", y a la necesidad por parte de los responsables de la toma de decisiones de "hacer algo al respecto". Esta situación es generalizable a casi todos los lugares del mundo, debido a los cambios sociodemográficos, políticos y económicos que aumentan el número de niños y adolescentes propensos a delinquir<sup>1</sup>.

La toma de decisiones en el área de la violencia infantojuvenil está impulsada por situaciones de crisis, que no permiten una respuesta general y objetiva a las situaciones de conflicto emergentes. Es por esto que, desde los ámbitos de la medicina, la jurisprudencia, la educación o la sociología, se reclaman estrategias basadas en pruebas científicas, fruto de una evaluación rigurosa que integren de manera racional las aportaciones de estas disciplinas<sup>2</sup>.

La reforma legislativa planteada por el Gobierno español para endurecer la lucha contra el terrorismo, con la modificación de la ley penal del menor, es la antítesis de una estrategia basada en la evidencia científica<sup>3</sup>.

Aunque algunos profesionales de la comunidad médica adoptaron esta metodología hace algún tiempo, los términos como "basado en la evidencia" o "basado en la ciencia", son aún novedosas en el ámbito de la justicia, la educación y el trabajo social<sup>4</sup>.

La pretensión política de ampliar a 10 años el tiempo máximo de reclusión para los menores que han participado en actos de violencia, así como el hecho de que estos adolescentes sean reclusos lejos de su entorno geográfico, carecen de toda base científica contrastada (con evidencias de efectos perversos), y se enmarcan en respuestas o programas de cariz represivo (con pruebas científicas de su dudosa eficacia individual y social), soslayando la apuesta por la prevención, la educación y la rehabilitación (con menos impacto mediático, pero con más rendimiento electoral)<sup>5</sup>.

El fenómeno de la violencia juvenil debe abordarse con una base científica de estudios experimentales y observacionales multidisciplinarios, con una correcta metodología y análisis. Sólo así es posible avanzar en la dirección correcta y responsable, no mediante medidas excepcionales<sup>6</sup>.

La adolescencia es un período de formación y cambio en las vertientes física, mental y social de la persona. Esta plasticidad es la razón biopsicosocial que permite la reeducación y reinserción del adolescente violento. Existen serias dudas de que el endurecimiento de la ley del menor que se pretende introducir puedan mejorar el resultado final en términos de salud física, mental y social de los individuos o colectivos con comportamientos violentos.

Se necesita un diálogo real entre los responsables políticos, los legisladores, los preocupados ciudadanos, los médicos y los educadores, sobre cómo responder a la violencia infantojuvenil basados en evidencias científicas.

**F. Sabaté Casellas**

Can Rull. Barcelona.  
Centro de Atención Primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Petrosino AJ. ¿Cómo podemos responder con eficacia a la delincuencia juvenil? *Pediatrics* (ed. esp.) 2000; 49: 143-144.
2. Boruch RF, Petrosino AJ, Chalmers I. The Campbell Collaboration: a proposal for multinational, continuous and systematic revisions of evidence. Paper presented at International Meeting on Systematic Reviews of the effects of Social and Educational Interventions. Londres: University College-London School of Public Policy, 1999.
3. Giménez E. La ley del Menor no debería cambiarse. *Barcelona: La Vanguardia*, 22-X-2000.
4. Boruch RF, Snyder B, DeMoya D. The importance of randomized field trials in delinquency research and other areas. Paper presented to the American Academy of Arts and Sciences, Cambridge, 1999.
5. Campbell DT. Reforms as experiments. *Am Psychol* 1969, 24: 409.
6. Davies P, Petrosino AJ, Chalmers I. The effects of social and educational interventions: developing an infrastructure for international collaboration to prepare, maintain and promote the accessibility to systematic reviews of relevant research. Report of a meeting at the School of Public Policy, Universty College, Londres, 1999.

## Hábitos poblacionales en el uso pediátrico de antitérmicos

(*An Esp Pediatr* 2001; 54: 607-608)

*Sr. Director:*

La fiebre es uno de los motivos de consulta más frecuentes<sup>1</sup> y los antitérmicos constituyen uno de los grupos de fármacos más empleados en niños. A pesar de esto el tratamiento de la fiebre sigue sujeto a controversia y, aunque el paracetamol es el antitérmico más usado en las diferentes series<sup>2</sup>, las pautas de tratamiento han cambiado en los últimos años. Además existen variaciones en el tratamiento de la fiebre dependientes tanto del pediatra como de las preferencias de la familia. Los antitérmicos no están exentos de efectos adversos, extremo éste en ocasiones obviado o desconocido por la familia y puede llevar al uso inadecuado de los mismos.

En el Servicio de Urgencias de Pediatría del hospital de Cruces de Bilbao realizamos de manera aleatoria encuestas a los acompañantes de 200 niños atendidos entre enero y junio de 2000 y se observó que la población de nuestro entorno, en general, utiliza los antitérmicos de forma correcta. La mayoría de los encuestados registra la temperatura de manera fiable, administra el fármaco en la dosis adecuada, con temperatura superior a 38 °C y con un intervalo entre dosis superior a 4 h.

En cualquier caso, existe una serie de aspectos cuya corrección facilitarían un mejor tratamiento del niño con fiebre. En la mayoría de los casos se recoge la temperatura axilar (83,5%), incluso en menores de 24 meses, en los que la temperatura rectal refleja más fielmente la del organismo. Los termómetros más usados son los de mercurio (48,5%) y digital (46%). El termómetro óptico es utilizado por el 4,5%. Estudios recientes atribuyen a este método una menor fiabilidad en la determinación de la temperatura<sup>3</sup>.

El paracetamol es el antitérmico más utilizado (56%). Las alternativas preferidas son el ibuprofeno (18%) en menores de 2 años y el ácido acetilsalicílico (AAS) (20,5%) en los mayores. Esta tendencia es resultado de los cambios producidos en los últimos años en el mundo de los antitérmicos. La evidencia de la asociación entre el uso de AAS y el síndrome de Reye indujo un descenso notable en la prescripción de AAS para el tratamiento de la fiebre en niños<sup>2</sup>. En los últimos años, el ibuprofeno se ha introducido como antitérmico y se ha comprobado que su eficacia es similar<sup>4</sup> e incluso superior<sup>5</sup> a la del paracetamol; también posee escasos efectos adversos en niños mayores de 6 meses<sup>6</sup>, sin que exista experiencia suficiente en menores de 6 meses.

Casi la mitad de los encuestados consideran un antitérmico mejor que los demás y el paracetamol es el compuesto preferido seguido muy de cerca del ibuprofeno.

La madre suele administrar el antitérmico (71,5%), responsabilidad en ocasiones compartida con el padre (26,5%) que no fue en ningún caso el único encargado del tratamiento en nuestra serie.

La vía de administración del antitérmico es casi exclusivamente oral (97%). La rectal es poco habitual (3,5%) y, en contra de lo esperado, en nuestro estudio es más utilizada en niños mayores de 2 años.

El antitérmico se administra con una temperatura menor de 38 °C en una tercera parte de los casos. Un pequeño grupo de familias (7,5%) lo administra con un intervalo entre dosis inferior a las 4 h con el consiguiente peligro de sobredosificación, extremo éste que era desconocido por las familias.

En general, se administran en dosis correctas. El AAS se administra en dosis infraterapéuticas en el 45% de los casos. Existe una tendencia a administrar dosis excesivas de paracetamol (hasta casi el 10% de las familias) (fig. 1). Numerosas familias consideran este antitérmico como un fármaco exento de riesgo, lo cual explica que las intoxicaciones medicamentosas accidentales más frecuentes en nuestro medio se deban al paracetamol<sup>7</sup>. Así mismo, en los procesos febriles prolongados la administración de dosis sucesivas de un mismo antitérmico en un intervalo corto de tiempo incrementa el riesgo de sobredosificación<sup>8</sup>.

El 50% de las familias alterna diferentes antitérmicos, habitualmente ibuprofeno y paracetamol. A pesar de ser un hábito ampliamente difundido, no existe evidencia científica de mayor efecto antipirético y además refuerza la idea de que la fiebre elevada se corresponde con una enfermedad más grave<sup>9</sup>.

Las medidas físicas constituyen una práctica eficaz y sin riesgos potenciales asociados que permanecen vigentes en nuestro medio (53,5%), principalmente los baños tibios (35,5%) y la aplicación de paños húmedos (12,5%).

En resumen, puede afirmarse que la mayoría de la población de nuestro entorno usa correctamente los antitérmicos, siendo los errores más importantes referentes a la dosificación de éstos. Una labor educativa por parte del pediatra de atención primaria puede solventar estos errores.

**C. Calvo Monge, E. Onís González,  
M.A. Vázquez Ronco, M.ªJ. Martínez González,  
J. Benito Fernández y S. Mintegui Raso**  
Urgencias de Pediatría. Departamento de Pediatría.  
Hospital de Cruces. Bilbao.