

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 frecuentes¹ 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 series², 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 temperatura³.

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 niños². En los últimos años, el ibuprofeno se ha introducido como antitérmico y se ha comprobado que su eficacia es similar⁴ e incluso superior⁵ a la del paracetamol; también posee escasos efectos adversos en niños mayores de 6 meses⁶, 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 paracetamol⁷. 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 sobredosificación⁸.

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 grave⁹.

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.

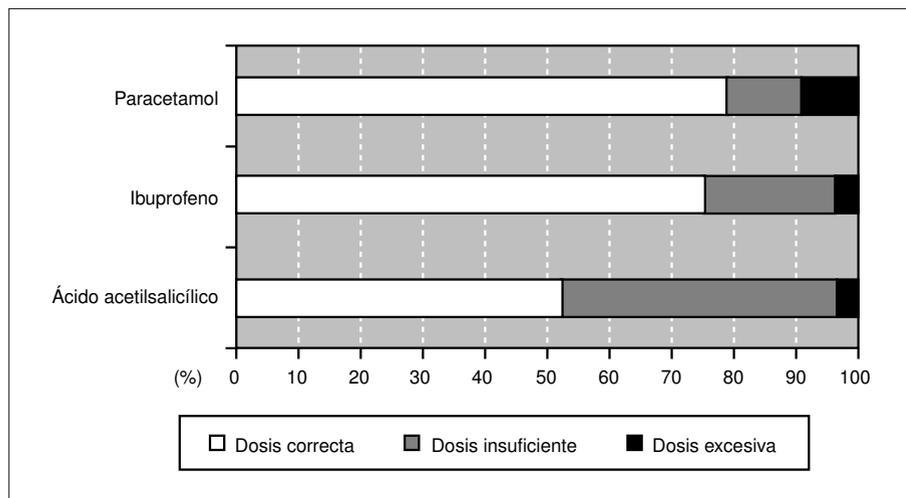


Figura 1. Dosificación de los diferentes antiérmicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pou J, Cambra FJ, Moreno J, Fernández Y. Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *An Esp Pediatr* 1995; 42: 27-30.
2. Drug therapy and Hazardous Sustances Committee. Canadian Paediatric Society. Acetaminophen and ibuprofen in the management of fever and mild to moderate pain. *Paediatrics and Child Health* 1998; 3.
3. Brennan DF, Falk JL, Rothrock SG, Kerr RB. Reliability of infrared tympanic thermometry in the detection of rectal fever in children. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 21-30.
4. Vauzelle-Kervroëdan F, d'Athis P, Pariente-Khayat A, Debregeas S, Olive G. Equivalent antipyretic activity of Ibuprofen and paracetamol in febrile children. *J Pediatr* 1997; 131: 683-687.
5. Autret E, Reboul-Marty J, Henry-Launois B, Laborde C, Courcier S, Goehrs JM et al. Evaluation of ibuprofen versus aspirin and paracetamol on efficacy and comfort in children with fever. *European J Clin Pharmacol* 1997; 51: 367-371.
6. Lesko SM, Mitchell AA. The Safety of Acetaminophen and Ibuprofen among children younger than two years old. *Pediatrics* 1999; 104.
7. Blanco E, Azúa B, Rodríguez R, Mintegui S, Sánchez J, Benito J. Intoxicaciones en la infancia: aspectos epidemiológicos y manejo hospitalario. *An Esp Pediatr* 1995; 42: 265-268.
8. Heubi JE, Barbacci MB, Zimmerman HJ. Therapeutic misadventures with acetaminophen. Hepatotoxicity after multiple doses in children. *J Pediatr* 1998; 132: 22-27.
9. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greenssher J. Alternating antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics* 2000; 105: 1009-1012.

Estudio seroepidemiológico frente al virus del sarampión

(*An Esp Pediatr* 2001; 54: 608-609)

Sr. Director:

La importancia que ha cobrado la estrategia de adelantar la vacunación frente al sarampión no necesita ser destacada¹. Las recomendaciones efectuadas por los comités de expertos y la

actualización de los calendarios vacunales vigentes en nuestro país son unánimes a la hora de incorporar la referida estrategia². En este contexto, los estudios de vigilancia seroepidemiológica permiten, aun asumiendo los potenciales sesgos inherentes a su diseño, establecer la respuesta inmunitaria de base humoral frente a los antígenos estructurales del virus^{3,4}.

Conscientes de la relevancia de la descripción del estado real de la seropositividad frente al virus del sarampión en nuestro medio nos propusimos documentar su situación en niños sometidos a pautas de inmunización teóricamente correctas.

La presente aportación se basa en los datos obtenidos de un estudio transversal realizado en niños de un área sanitaria de Castilla y León a lo largo del período comprendido entre 1999 y 2000. El marco elegido se circunscribió a muestras de suero remitidas a un servicio de microbiología de un hospital de tercer nivel, para determinación de marcadores de infección diferentes del sarampión. Se realizó una doble estratificación: por una parte se evaluaron 124 niños con edades comprendidas entre 1 y 5 años y, de otra, 162 niños de 6 a 14 años. Todos los sueros se repartieron en alícuotas y se conservaron a -20 °C hasta el momento de su procesamiento. La determinación de anticuerpos frente a antígenos proteicos de la envoltura del virus del sarampión se realizó mediante enzimoanálisis (EIA) indirecto (Bio-Whittaker, EE.UU.). Para la valoración de los resultados se siguieron las instrucciones del fabricante y se consideraron positivos aquellos sueros cuya absorbancia neta superó el 15% del valor umbral (*cutoff*).

Se ha encontrado que 110 de los niños investigados entre 1 y 5 años (88,9%) poseían anticuerpos frente al virus del sarampión (intervalo de confianza [IC] 95%, 67,1-100%), siendo el resto seronegativos en el momento de nuestro estudio. En el grupo de edad de 6 a 14 años la prevalencia de anticuerpos fue del 73,2% (118/162) (IC 95%, 64,3-82,1%), lo cual resultó ser significativamente inferior a lo hallado en el grupo precedente ($p < 0,05$). Este hecho refleja una notoria disminución (15,7%) en el porcentaje de seropositividad entre los dos estratos de edad analizados.

Con la cautela exigible a este tipo de estudios y asumiendo su validez interna para la muestra poblacional evaluada, nuestro hallazgo apunta a una pérdida de seroprotección intraedad. Entre las potenciales causas que sustentan esta realidad cabe apun-