

Persistencia de la fiebre a pesar de la evidencia científica

S. Bauer Izquierdo, J. Díez Domingo¹, R. Ballester Fernández², A. Ballester Sanz¹
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. ¹Servicio de Pediatría. Centro de Salud de Nazaret.
²Servicio de Pediatría. Hospital «La Fe». Valencia

Title: Feverphobia persistence in spite of scientific evidences

Señor Director:

Hemos leído con interés la revisión de los doctores Carabaño y Llorente¹ sobre el tratamiento de la fiebre, en la que se discute el controvertido efecto de la alternancia de ibuprofeno y paracetamol en el tratamiento de la fiebre², pero nos gustaría hacer una serie de puntualizaciones al respecto.

A pesar de que la fiebre es uno de los procesos médicos más frecuentes en pediatría, persiste el dilema acerca del beneficio del tratamiento sintomático de ésta, y aún hoy en día no encontramos respuestas firmes³.

Desde hace más de 30 años se estudia la fiebre como un proceso dimórfico: como una enfermedad en sí misma y como respuesta a una enfermedad⁴.

Este dimorfismo ha perdurado en el tiempo a pesar de haberse demostrado reiteradamente que la fiebre no es el origen de la enfermedad, sino una respuesta a ella. Sin embargo, es una creencia que impide el adecuado manejo del niño con fiebre^{3,4}.

La fiebre, a diferencia de la hipertermia, sólo excepcionalmente provoca lesiones en el niño⁵. E incluso puede ser beneficiosa. Entonces, ¿por qué tanta agresividad en su manejo?

Desde que Smith concibió el vocablo «fiebre fobia», numerosos estudios avalan dicha expresión. Y no únicamente se refiere al miedo que puedan tener los padres a la fiebre, sino también al de los propios médicos y el resto de profesionales del sistema sanitario.

En la citada revisión¹ se comentan dos ensayos clínicos aleatorizados, publicados en el año 2006^{5,6}, en los que se observa una mayor eficacia de la alternancia entre paracetamol e ibuprofeno al compararlo con la monoterapia.

Ambos ensayos presentan unas limitaciones metodológicas importantes que ponen en duda su validez externa, como el hecho de que los pacientes procedían de ámbitos hospitalarios, y también su validez interna, como el pequeño tamaño muestral. Además, presentan sesgos significativos, como la utilización de dosis de fármacos no bioequivalentes.

En el artículo de Nabulsi et al.⁶ no había un enmascaramiento adecuado del tratamiento y, lo más importante, no se pautaron dosis de antitérmicos bioequivalentes en cada grupo. Las dosis utilizadas, además, difieren de las recomendaciones existentes tanto en España como en Estados Unidos⁷ (paracetamol 10-15 mg/kg/dosis cada 4-6 h, sin superar los 60 mg/kg/día, e ibuprofeno 20-30 mg/kg peso, con una dosis máxima diaria de 40 mg/kg) según la ficha técnica de la Agencia Española del Medicamento.

Del mismo modo, no consta el momento del día en que los padres tomaron la temperatura ni el tiempo transcurrido entre la medición y la previa administración de antitérmicos. Habría sido adecuado que los autores hubieran descrito estos datos con mayor precisión, puesto que el paracetamol alcanza su mayor pico antipirético a las 2 horas y el ibuprofeno a las 3 horas, según se reconoce en el artículo. Quizás, y a causa de esta disminución en la precisión, alcanzaron un pico febril mayor los niños en monoterapia.

También debe tenerse en cuenta el ensayo clínico publicado por Sarrel et al.⁵, que compara el efecto antipirético del régimen alternado de paracetamol e ibuprofeno frente al de cada fármaco individualmente en niños de 6-36 meses de edad con fiebre.

Los niños fueron distribuidos en tres grupos, para recibir paracetamol (12,5 mg/dosis/6 h) (n= 154), ibuprofeno (5 mg/dosis/8 h) (n= 155) o una alternancia de paracetamol e ibuprofeno cada 4 horas con las mismas dosis (n= 155) después de una dosis de carga (25 mg de paracetamol o 10 mg de ibuprofeno).

Los resultados del estudio refieren que el régimen de alternancia se caracterizó por una media de temperatura más baja, mayor rapidez de reducción de la fiebre, menor cantidad de medicación recibida, menor estrés parental y menos absentismo laboral, comparado con los otros grupos.

Sin embargo, debe destacarse que en los grupos que recibieron un solo antitérmico también se percibió una disminución significativa de la fiebre y del grado de estrés del niño, de menor magnitud.

Además, se debe considerar que no existe una comparación real entre grupos, puesto que la dosis de alternancia fue pautada cada 4 horas, frente a las 6 y 8 horas de paracetamol e ibuprofeno, respectivamente. También es necesario tener en cuenta que las dosis consideradas no son bioequivalentes,

puesto que existe una duplicidad de dosis en el grupo que alterna. Por tanto, en lugar de comparar la alternancia, se compara la sobredosificación y la administración frecuente, mientras que en el grupo B existe una infradosificación y periodos entre dosis más largos.

El estudio concluye que los antitérmicos alternados fueron más eficaces para disminuir la recurrencia de la fiebre al quinto día, es decir, que se acorta la duración del proceso febril. Cabe preguntarse si esto es un efecto real de los antitérmicos alternados o bien si existe alguna diferencia entre los grupos de comparación no detectada en el estudio, y que hace que se estén comparando grupos distintos. Cabe mencionar también que estos resultados no son aplicables en nuestro medio, puesto que no usamos una dosis inicial de carga en el tratamiento de la fiebre. Para comprobar la utilidad de dicha dosis de carga sería necesario un nuevo estudio.

Así pues, para determinar con seguridad si los antitérmicos alternados producen más beneficios que la monoterapia, es imprescindible realizar ensayos clínicos de mayor tamaño muestral. Son necesarios también ensayos clínicos que comparen las tres pautas con igual intervalo de administración entre dosis y con enmascaramiento de las intervenciones.

Por tanto, ante un proceso febril en un niño es recomendable la administración de un solo antitérmico, explicar a los padres que la fiebre es una reacción normal del organismo y tranquilizarlos, reservando la monoterapia con intervalos más cortos

para los niños en los que la fiebre reaparece rápidamente o en casos de gran angustia familiar. La seguridad de los antitérmicos alternados necesita ser comprobada en ensayos clínicos de mayor tamaño muestral. ■

Bibliografía

1. Carabaño Aguado I, Llorente Otones L. Fiebre y niños: puesta al día. *Acta Pediatr Esp.* 2008; 66(2): 57-66.
2. Díez Domingo J, Burgos Ramírez A, Garrido García J, Ballester Sanz A, Moreno Carretero E. Utilización de la alternancia de antipiréticos en el tratamiento de la fiebre en España. *An Esp Pediatr.* 200; 55: 503-510.
3. Moreno-Pérez D, Chaffanel Peláez M. Antitérmicos, padres y pediatras. ¿Tenemos conclusiones para todos ellos? *Evid Pediatr.* 2006; 2: 6.
4. Moraga F, Horwitz B, Romero C. Fiebre y niños: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre. *Rev Chil Pediatr.* 2007; 78(2): 160-164.
5. Sarrell EM, Wielunsky E, Cohen HA. Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen or both alternating in a randomized, double-blind study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006; 160: 197-202.
6. Nabulsi M, Tamiz H, Mahfoud Z, Itani M, Sabra R, Chamsedine M, et al. Alternating ibuprofen and acetaminophen in the treatment of febrile children: a pilot study. *BMC Med.* 2006; 4: 4.
7. Serwint JR. Question from the clinician: alternating acetaminophen and ibuprofen in the treatment of fever. *Pediatr Rev.* 2007; 28(10): 395.