

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Comentario Asociado

Antitérmicos en Pediatría, ¿cómo usarlos?

Ruiz Contreras J

Pediatra. Catedrático de Pediatría. Universidad Complutense de Madrid. Exjefe del Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Correspondencia: Jesús Ruiz Contreras: jruizcontreras@gmail.com

Fecha de recepción: 28 de febrero de 2025 • Fecha de aceptación: 1 de febrero de 2025
Fecha de publicación del artículo: 12 de marzo de 2025

Evid Pediatr. 2025;21:10.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ruiz Contreras J. Antitérmicos en Pediatría, ¿cómo usarlos? Evid Pediatr. 2025;21:10.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2025;21:10>.

©2005-25 • ISSN: 1885-7388

Antitérmicos en Pediatría, ¿cómo usarlos?

Ruiz Contreras J

Pediatra. Catedrático de Pediatría. Universidad Complutense de Madrid. Exjefe del Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Correspondencia: Jesús Ruiz Contreras: jruizcontreras@gmail.com

La revisión sistemática llevada a cabo por De la Cruz-Mena JE y cols.¹ valora la eficacia de los dos antitérmicos más utilizados en pediatría, el paracetamol y el ibuprofeno. El trabajo trata de responder a la siguiente pregunta: ¿son más eficaces los tratamientos en los que se combinan ambos fármacos (administración simultánea) o cuando se administra paracetamol seguido por ibuprofeno 2-4 horas más tarde (administración intermitente), que el tratamiento con cualquiera de los dos fármacos aislados?

Para la comparación de la eficacia de las intervenciones, el estudio no distingue entre las dosis de paracetamol de 5-10 mg/kg y las dosis de 10-15 mg/kg, que se valoran conjuntamente en el mismo grupo. Sin embargo, el trabajo sí diferencia dos grupos en los niños tratados con ibuprofeno, según la dosis utilizada: baja dosis (5-7,5 mg/kg) o alta dosis (7,7-10 mg/kg).

La revisión no encuentra diferencias significativas en el tiempo de desaparición de la fiebre con las diferentes pautas, aunque parece existir una tendencia a un tiempo de aclaramiento menor con la terapia combinada. Sin embargo, cuando se mira a la proporción de niños afebriles a las 4 horas, la terapia combinada (número de personas a tratar o NNT: 3) es superior a la terapia alternante (NNT: 4), que también es más alta que el ibuprofeno a altas dosis (NNT: 8), y que, a su vez, es superior al paracetamol. A las 6 horas, las dos terapias duales son equivalentes (NNT: 3 para ambas) y superiores al paracetamol, cuya eficacia en este caso es similar a la del ibuprofeno a altas dosis. Los efectos secundarios a corto plazo son similares en todos los regímenes.

Una revisión de la Cochrane² también encontró que la temperatura fue más baja con la terapia combinada a la hora (-0,27 °C), a las 4 horas (-0,7 °C) y a las 6 horas (-1,30 °C) después de la toma del antitérmico. Además, la terapia dual redujo un 92% el riesgo de seguir con fiebre con respecto a la monoterapia a las 4 horas y un 90% a las 6 horas. Todo ello teniendo en cuenta que más de dos tercios de los niños en tratamiento con monoterapia estaban también afebriles a las 4 horas.

Para poder calibrar el impacto de la terapia combinada o alternante en el tratamiento de la fiebre del niño, es necesario considerar, una vez más, la eficacia comparativa del paracetamol e ibuprofeno en monoterapia. En un metanálisis reciente³ que incluyó 19 estudios (11 aleatorizados y 8 no aleatorizados) y

241 138 niños, el ibuprofeno tuvo una eficacia antipirética y analgésica mayor que el paracetamol. Sin embargo, las diferencias fueron pequeñas (0,38 °C a las 4 horas). Además, la proporción de niños que se quedaron afebriles en las siguientes 4 horas fue mayor en los niños que recibieron ibuprofeno (53,6%) que en los que recibieron paracetamol (41%). La capacidad analgésica fue también un poco mayor con el ibuprofeno que con el paracetamol. Los efectos secundarios, que se evaluaron en 27 932 niños, fueron leves, infrecuentes y similares en el grupo del ibuprofeno (1,4%) y del paracetamol (1,3%).

Finalmente, otra revisión sistemática⁴ arroja resultados parecidos a la anterior. La eficacia frente a la resolución de la fiebre fue similar para ambos antitérmicos, aunque podría ser algo superior con el ibuprofeno en los niños menores de 2 años. La temperatura a la hora y las dos horas después de iniciar el tratamiento fue similar para ambos antitérmicos, pero un poco más alta en el grupo del paracetamol a las 4 (0,27 °C) y a las 6 horas (0,24 °C). La frecuencia de efectos secundarios, muy infrecuentes y casi todos leves, fue un 30% más baja en los niños que recibieron paracetamol, aunque esta reducción no se encontró en los estudios en los que la media de edad fue menor.

En resumen, la mayoría de los niños con fiebre experimentarán una reducción de la temperatura cuando reciban monoterapia con paracetamol o ibuprofeno, aunque este último podría tener una capacidad antitérmica un poco mayor (cuya significación clínica es difícil de precisar) y un poder analgésico también más alto. La terapia dual, combinada o alternante, proporciona un efecto antitérmico mayor y, sobre todo, de más duración, sin aumentar los efectos secundarios.

Como ha sido oportunamente señalado en la valoración crítica sobre esta revisión sistemática⁵, la fiebre no es una enfermedad, sino un mecanismo fisiológico que tiene efectos beneficiosos, ya que dificulta el crecimiento de los virus y las bacterias, además de estimular la respuesta inmunitaria frente a algunas infecciones⁶. Por tanto, hay un acuerdo general en que los tratamientos antipiréticos deberían dirigirse a mejorar el estado general o la incomodidad del niño, más que a lograr un estado afebril. Desafortunadamente, el confort del niño es un tema complejo, que no ha podido ser valorado en los estudios anteriores, aunque parece probable, como parece indicar la experiencia diaria, que mejore al bajar la temperatura.

A la luz de la evidencia disponible, el paracetamol a dosis de 10-15 mg/kg/ cada 4-6 horas (dosis máxima diaria, 90 mg/kg) o, indistintamente, el ibuprofeno a dosis de 10 mg/kg (dosis máxima diaria 40 mg/kg) son buenas opciones para el tratamiento inicial de la fiebre en los niños, aunque el ibuprofeno podría ser preferible en los casos en que el niño tenga dolor además de la fiebre. La terapia combinada o alternante podría tener una función cuando la monoterapia no sea lo suficientemente efectiva o cuando por circunstancias familiares o sociales sea necesario prolongar el efecto antitérmico lo máximo posible. En todo caso, es necesario advertir a los padres que la disminución de 1-2 °C en la temperatura es la respuesta esperada más común, que el descenso térmico tarda en iniciarse hasta una hora después de administrar el fármaco y que el efecto máximo se logra entre las 3 y 4 horas.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Cruz-Mena JE, Veroniki AA, Acosta-Reyes J, Estupiñán-Bohorquez A, Ibarra JA, Pana MC, et al. Short-term Dual Therapy or Mono Therapy With Acetaminophen and Ibuprofen for Fever: A Network Meta-Analysis. *Pediatrics*. 2024;154(4):e2023065390.
2. Wong T, Stang AS, Ganshorn H, Hartling I, Maconochie IK, Thomsen AM, et al. Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(10):CD009572
3. Tan E, Braithwaite I, McKinlay CJD, Dalziel SR. Comparison of Acetaminophen (Paracetamol) With Ibuprofen for Treatment of Fever or Pain in Children Younger Than 2 Years: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(10):e2022398.
4. Kuo N, Su NY, Hou SK, Kang YN. Effects of acetaminophen and ibuprofen monotherapy in febrile children: a meta-analysis of randomized controlled trials *Arch Med Sci*. 2021;18(4):965-81.
5. Esparza Olcina MJ, Pérez Solís, D. Combinar o alternar antitérmicos es más eficaz contra la fiebre, pero ¿es esa la cuestión? *Evid Pediatr*. 2025;21:9.
6. Sullivan JE, Farrar, HC; Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, and Committee on Drugs. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*. 2011;127(3):580-7.