

---

# Hábitos de consumo y preferencia de antitérmicos en pacientes de nuestro medio

I. Carabaño Aguado<sup>a</sup>, L. Llorente Otones<sup>b</sup>,  
A. Martínez Antón<sup>b</sup>, J. Ruiz Contreras<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Humanes, Madrid.

<sup>b</sup>Departamento de Pediatría, Hospital Materno-Infantil Doce de Octubre, Madrid.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:39-49

Iván Carabaño Aguado, carabano1975@hotmail.com

## Resumen

**Objetivo:** el objetivo del presente estudio es describir los hábitos de consumo y la preferencia de antitérmicos, así como evaluar cómo tratan la fiebre los padres de nuestros pacientes.

**Pacientes y métodos:** utilizando un modelo de encuesta, se recogieron los datos rellenos por los padres de 107 pacientes de edad comprendida entre 6 meses y 10 años. Se realizó un análisis descriptivo de las variables objeto de la encuesta y se estimó la frecuencia de cada una de las respuestas.

**Resultados:** el 92% de los padres ha dado alguna vez una determinada presentación de ibuprofeno oral (Dalsy®) a sus hijos, y el 98% les ha dado alguna vez una determinada presentación de paracetamol oral (Apiretal®). Entre los niños que alguna vez han consumido el preparado de ibuprofeno citado, a un 65% le agrada su sabor y a un 23% no le gusta. Entre los que han consumido el preparado de paracetamol mencionado, a un 61% le gusta su sabor, y a un 22% le desagrada. El 73% de los padres perciben que hay diferencia de eficacia entre los antitérmicos. De ellos, el 63% opina que el más eficaz es el ibuprofeno, frente a un 27% que se inclina por el paracetamol. El 84% de los padres prefiere dar un antitérmico en concreto a su hijo; de ellos, el 55% prefiere administrar el ibuprofeno frente a un 38% que prefiere darle el paracetamol. El 49% de los padres recurre a la alternancia de antitérmicos, y un 91% emplea medidas físicas.

**Conclusiones:** ambos preparados de ibuprofeno y paracetamol, masivamente consumidos por nuestros niños, son fármacos de agradable sabor. Copan de forma casi exclusiva el mercado farmacéutico de la fiebre. Los padres centran su preferencia en el ibuprofeno citado. En casi la mitad de los casos recurren a la alternancia entre dos fármacos. En la mayor parte de las situaciones febriles, acompañan el antitérmico de medidas físicas.

**Palabras clave:** Antitérmicos, Fiebre, Niños.

## Abstract

**Objective:** to describe the preferences and tendencies in the consume of antipyretics, as well as evaluate how the parents of our patients face up to treat fever.

---

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses por no haber recibido ninguna financiación para el presente estudio.

**Patients and methods:** data were collected using a survey filled by the parents of 107 patients whose ages ranged from 6 months to 10 years. A descriptive analysis of the aimed variables was made and frequency of each answer was estimated.

**Results:** 92% of parents have sometime offered an ibuprofen (Dalsy®) to their children, and 98% have given an acetaminophen (Apiretal®). Among the children who had consumed ibuprofen, 65% liked its flavour and 23% disliked it. Those who had tried acetaminophen, 61% liked his flavour and 22% disliked it. 73% of parents noticed differences of efficacy of antipyretics. 63% of them think ibuprofen is more effective than acetaminophen, and 26% think acetaminophen is more effective than ibuprofen. Most of parents (84%) prefer to give an specific antipyretic to their children. 55% of them prefer ibuprofen and 38% prefer acetaminophen. 49% alternate two antipyretics and 91% use physical measures.

**Conclusions:** ibuprofen and acetaminophen, widely consumed by our children, are both nice-flavoured. Both drugs monopolise the current pharmaceutical market of fever in children. Parents lead their preferences to the ibuprofen mentioned. In almost half cases the parents alternate two antipyretics. In most of the feverish situations, they also use physical measures.

**Key words:** Antipyretics, Children, Fever.

## Introducción

La fiebre supone el motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias de los hospitales pediátricos y el segundo motivo de consulta en cuanto a frecuencia en los centros de Atención Primaria<sup>1</sup>. Hoy por hoy continúa siendo una fuente de gran preocupación para los padres, tal y como ocurría hace 20 años, cuando se acuñó el término *fiebre fobia*<sup>2-4</sup>. Por esta razón, y por la gran frecuencia de infecciones en el paciente pediátrico, en el momento actual, el grupo de fármacos antitérmicos y analgésicos no narcóticos es el más consumido en nuestro sistema sanitario<sup>2</sup>.

La respuesta febril, pese ser desencadenada por un evento patológico, ejerce un efecto beneficioso en la defensa del huésped a la agresión. Bloquear esta respuesta

puede aumentar la mortalidad, al menos en infecciones graves<sup>5</sup>, o al menos prolongar el curso de las infecciones víricas a través de dificultar la respuesta inmunológica normal. En cualquier caso, el tratamiento de la fiebre reporta ventajas cuando la fiebre se hace sintomática o cuando complica una enfermedad subyacente<sup>6</sup>.

Los fármacos más utilizados para combatir la fiebre del paciente pediátrico son dos: paracetamol<sup>7-10</sup> e ibuprofeno<sup>11-14</sup>. En diversos estudios se ha comparado la eficacia de ambos, tanto en niños de otros ámbitos poblacionales<sup>15-34</sup>, como en el nuestro propio<sup>35</sup>.

El objetivo del presente estudio es describir los hábitos de consumo y la preferencia de antitérmicos, así como evaluar cómo tratan la fiebre los padres de nuestros pacientes.

## Material y métodos

### Composición

Se ha hecho un estudio en el que se han recopilado los datos obtenidos a través de un modelo de encuesta. La encuesta constó de 16 preguntas, 13 de las cuales presentaban contestaciones cerradas (guiadas por opciones), y tres, contestaciones libres, con amplio espa-

cio para tal fin. Su contenido exacto se expone en la Tabla I.

### Sujetos

La encuesta fue rellenada entre los meses de noviembre de 2003 y marzo de 2004 por los padres de 107 niños de edades comprendidas entre 6 meses y 10 años, que acudieron al servicio de urgencias de nuestro hospital con la fiebre co-

Tabla I. Modelo de encuesta realizada

1. ¿A partir de qué temperatura considera que su hijo tiene fiebre?
2. ¿Piensa usted que la fiebre es mala por sí misma?  
– En caso afirmativo, ¿por qué?
3. ¿Cuándo le da antitérmicos (fármacos empleados para bajar la temperatura) a su hijo?  
– Cuando lo prescribe un médico.  
– Cuando se lo recomienda un farmacéutico.  
– Cuando piensa que su hijo tiene fiebre, aunque no se lo haya prescrito nadie.
4. Su hijo, ¿ha tomado alguna vez Dalsy?  
– En caso afirmativo, ¿ha notado si le gusta o, por el contrario, le desagrada?
5. Su hijo, ¿ha tomado alguna vez Apiretal?  
– En caso afirmativo, ¿ha notado si le gusta o, por el contrario, le desagrada?
6. ¿Ha notado si algún antitérmico le baja mejor la temperatura a su hijo?  
– En caso afirmativo, especifique cuál.
7. ¿Qué antitérmico prefiere darle a su hijo?  
– Si ha especificado alguno, exponga la razón de su preferencia
8. ¿Combina o intercala usted varios antitérmicos en un mismo proceso si a su hijo no le baja la fiebre?
9. ¿Cuánto tiempo considera usted que tarda en comenzar a ser eficaz un antitérmico?  
– 0-15 min  
– 15-30 min  
– 30 min-1 hora  
– 1-2 horas
10. ¿Utiliza usted maniobras adicionales, además de darle medicamentos, para reducir la temperatura de su hijo? En caso afirmativo, especifique cuál o cuáles  
– Dejar al niño con poca ropa.  
– Aplicar paños de agua tibia.  
– Aplicar paños de alcohol.  
– Darle baños de agua tibia.

mo motivo de consulta. Cada formulario fue debidamente cumplimentado en la respectiva sala de urgencias mientras se termometraba al niño. Los pacientes han participado tras la obtención del correspondiente consentimiento informado de sus representantes legales.

### Criterios de exclusión

Se excluyó, por razones obvias, a los padres analfabetos (excepcionales, aunque presentes, por la idiosincrasia poblacional de nuestra área).

Se estimó que el criterio mínimo de rigor para aceptar una encuesta estribaba en que presentara como máximo cuatro respuestas en blanco. Por tal motivo, fueron excluidos los datos pertenecientes a un total de siete encuestas.

### Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de las variables objeto de la encuesta y se estimó la frecuencia de cada una de las respuestas, que se expresó en porcentajes, salvo en las contestaciones con opción

Tabla II. *Motivos de fiebrefobia en nuestro entorno poblacional*

¿Por qué piensa que es mala la fiebre que presenta su hijo?	Número de respuestas
Signo de infección.	23
Signo de alteración interna.	7
Peligro de crisis febriles.	5
Inflamación.	4
Mal estado general acompañante.	3
Riesgo de deshidratación.	3
Peligro de alteraciones neurológicas.	3
Produce cefalea.	1
No sabe/no contesta.	1

Tabla III. *Cuándo dan los padres los antitérmicos a sus hijos.*

¿Cuándo le dan un antitérmico a su hijo?	Respuesta (%)
Espontáneamente, cuando el niño tiene fiebre.	61%
Cuando lo prescribe el pediatra.	25%
No sabe/no contesta.	6%
Unas veces cuando lo pauta el pediatra, y otras espontáneamente.	4%
Cuando se lo dice el farmacéutico.	2%

múltiple, en las cuales se expresó con números absolutos.

## Resultados

---

### Datos generales

37 padres (37%) respondieron que utilizaban antitérmicos cuando la temperatura sobrepasa los 38 °C, 34 padres (34%) ante temperaturas superiores a 37,5 °C, 26 (26%) si pasa de 37 °C y 3 (3%) cuando la temperatura sobrepasa los 38,5 °C.

El 55% de los padres piensa que la fiebre es mala por sí misma (ver Tabla II). El 44% de los padres encuestados piensa que la fiebre no es mala por sí misma. El 1% restante se abstuvo de contestar.

Se preguntó, a su vez, cuándo le dan antitérmicos a sus hijos. Estos datos aparecen reflejados en la Tabla III.

Datos específicos sobre hábitos de consumo

92 (92%) padres han dado alguna vez Dalsy® (en adelante ibuprofeno A) a sus hijos, frente a 8 (8%) que no se lo han dado nunca. 98 (98%) padres han dado alguna vez Apiretal® (en adelante paracetamol A) a sus hijos, frente a 2 (2%), que no se lo han dado nunca. En cuanto a sus preferencias gustativas, ver los resultados expuestos en la Tabla IV. De los padres encuestados, 18 (18%)

han dado otros antitérmicos (paracetamol B, C y D, ibuprofeno B, ácido acetilsalicílico, metamizol) alguna vez a sus hijos.

73 (73%) padres perciben que hay diferencia de eficacia antitérmica entre los distintos fármacos que para tal fin están comercializados. En la Tabla V se expone cuál es el antitérmico que los padres consideran más eficaz; 27 (27%) padres no perciben diferencia alguna.

Después les preguntamos a los padres si preferían o no dar algún antitérmico en concreto a sus hijos; 84 (84%) manifestaron una preferencia concreta: 46 (55%) prefieren el ibuprofeno A, 32 (38%) el paracetamol A, 3 (4%) la alternancia de dos antitérmicos, 1 (1%) cada uno de los preparados B, C y D de paracetamol. En la Tabla VI se exponen los motivos de preferencia de los preparados de ibuprofeno y paracetamol citados. Los 16 (16%) padres restantes no expresaron ninguna preferencia concreta.

### Otros datos

En cuanto a la alternancia antitérmica, obtuvimos 49 (49%) respuestas favorables a ella y 50 (50%) contrarias. 1 (1%) no se decantó a favor ni en contra.

La demora de eficacia de un antitérmico fue también motivo de nuestro estudio; 5 (5%) padres respondieron que

**Tabla IV. Hábito gustativo de los dos antitérmicos más consumidos**

Fármaco	Ibuprofeno A	Paracetamol A
Le gusta su sabor.	60 (65%)	61 (61%)
No le gusta su sabor.	23 (25%)	31 (32%)
No saben si le gusta o desagrada.	9 (10%)	6 (7%)
Total	92 (100%)	98 (100%)

**Tabla V. Relación de los fármacos considerados más eficaces por los padres**

Fármaco	El más eficaz según los padres (%)
Ibuprofeno A	63%
Paracetamol A	27%
Paracetamol D	3%
Alternancia de dos antitérmicos	1%
Metamizol	1%
Paracetamol C	1%
Ibuprofeno B	1%

estos fármacos comienzan a ser eficaces en los primeros 15 minutos tras su administración, 54 (54%) contestaron que comienzan a ejercer su efecto entre 15 y 30 minutos después, 34 (34%) entre media hora y 60 minutos y 7 (7%) entre una y dos horas.

Para terminar, incluimos en la encuesta una pregunta sobre el uso de las, por otra parte controvertidas, medidas físicas. 91 (91%) padres reconocen aplicarlas sobre sus hijos. Obtuvimos 84 respuestas favorables a desabrigar al niño, 58 favorables a aplicar baños de agua tibia, 44 aplican sobre la frente compresas

de agua tibia y 7, paños de alcohol. 9 padres (9%) no aplican en ningún caso medidas físicas.

## Discusión

En el momento presente no existe clara evidencia científica para afirmar que uno de los dos antitérmicos más empleados en la edad pediátrica sea más eficaz a la hora de descender la temperatura, siempre y cuando se dosifiquen de forma correcta (paracetamol, 15 mg/kg/dosis; ibuprofeno, 7-10 mg/kg/dosis)<sup>15-26</sup>. Este hecho contrasta con la percepción de casi tres cuartas partes de los padres, que

estiman que hay diferencia de eficacia entre uno y otro. De los que piensan que hay diferencia de eficacia, hasta un 64% se decanta porque el formato comercialmente más difundido de ibuprofeno (ibuprofeno A) es el que mejor baja la temperatura a sus hijos. La razón que probablemente explique esta diferencia sea que el ibuprofeno consigue mejorar el estado general en mayor medida que el paracetamol, hecho que ha sido demostrado<sup>4</sup>. El alivio sintomático podría, a nuestro juicio, enmascarar la paridad del descenso térmico y enturbiar la percepción de los padres sobre éste. Otro de los argumentos que probablemente haga inclinar la balanza a favor del ibuprofeno es su mayor vida media. Los padres, aun así, muchas veces no saben expresar el porqué de su preferencia. Los que tratan de exponer algún motivo argumentan

muy distintas razones para decantarse por uno u otro, entre las que destacan dos: mayor efecto antitérmico y mayor velocidad de descenso. Este último aspecto se ha podido comprobar en un estudio reciente<sup>35</sup>, en el que se vio que la temperatura mínima se alcanza con ibuprofeno dos horas después de su administración; con paracetamol se alcanza a las tres horas. Cabe anotar que la mayor parte de los padres de nuestra área dan el antitérmico a su hijo espontáneamente, antes de solicitar consulta médica, cuando tiene fiebre. Aun así, hay que hacer notar que un estudio realizado sobre padres israelitas demuestra que tan sólo un 43% de los padres dosifica correctamente el fármaco, frente a un 24% que lo infradosifica y un 33% que lo sobredosifica. A estas confusiones contribuye el hecho de que los prospectos de la ma-

**Tabla VI.** Motivos de preferencia expuestos para dar un antitérmico en concreto

Fármaco	Ibuprofeno A (%)	Paracetamol A (%)
Desconocida.	29%	41%
Mayor efecto antitérmico.	23%	18%
Le gusta más.	17%	15%
Mayor velocidad de descenso térmico.	19%	11%
Efecto antiinflamatorio.	5%	-
Recomendación médica.	4%	-
Menos efectos secundarios.	-	3%
Descenso más gradual.	3%	3%
No le han prescrito otro.	-	3%
Lo tolera mejor.	-	6%

yoría de los antitérmicos incluyen una dosificación orientativa en función de la edad, y no basada en el peso. Por este motivo, creemos que lo más acertado y recomendable es que sea el pediatra quien establezca la dosificación de los antitérmicos.

La mayor parte de nuestros niños ha recibido en algún momento de su vida ibuprofeno y paracetamol, en sus formatos más difundidos. Según los resultados de nuestras encuestas, el sabor de ambos, en general, es bastante grato para nuestros pequeños pacientes. La cualidad gustativa es clave a la hora de que un fármaco tenga éxito en la población infantil. A este respecto, no hay que olvidar que el buen sabor del mismo puede generar movimientos de curiosidad. Este factor, unido a la gran disponibilidad en las boticas domésticas, hace que el paracetamol A sea el fármaco más implicado en intoxicaciones infantiles<sup>27</sup>.

Nos resultó llamativa la distancia comercial conseguida por el ibuprofeno A y paracetamol A. La práctica mayoría de nuestros padres no ha probado otros antitérmicos en sus hijos. Tan sólo un pequeño porcentaje de ellos les ha administrado otros preparados de paracetamol, ibuprofeno, ácido acetilsalicílico o dipirona. Especialmente notoria es la

baja tasa de consumo de ácido acetilsalicílico, que hace menos de 20 años era líder en el mercado antitérmico del niño, probablemente por el miedo a desarrollar síndrome de Reye. También nos llama la atención el bajo predicamento de otras firmas comerciales punteras en el mercado de la fiebre en adultos (paracetamol B y C), cuyos preparados en suspensión son escasamente consumidos en nuestro medio.

En cuanto a la alternancia de antitérmicos, en nuestra población diana aventajamos a la media del territorio nacional. Alrededor de la mitad de nuestros padres combina dos fármacos en un mismo proceso febril. Destacaremos que el 68% de los pediatras de nuestro país se muestra a favor de una práctica que no ha demostrado su eficacia<sup>28</sup>. Si se ha demostrado, por el contrario, la potencial toxicidad del hábito de alternar<sup>29</sup>. Estimamos oportuno, por tanto, desaconsejar esta práctica. La alternancia ancla sus raíces en la *fiebrerofobia*, y en la necesidad de actuar y proteger que muchas veces manifiestan los padres de los niños con fiebre. Así, en los Países Bajos, como ejemplo extremo, el 91% de los padres cree que la fiebre puede acarrear graves secuelas, un 21% piensa que la fiebre puede provocar daño cerebral y un 14% piensa que la fiebre es potencialmente



letal<sup>4</sup>. En nuestra encuesta, el 55% de los padres respondió que la fiebre es mala por sí misma, y argumenta razones diversas. Como vemos, las creencias erróneas sobre la fiebre se perpetúan en nuestros días. Es obligación de todos los facultativos indicar el correcto significado de la fiebre y las indicaciones concretas de su tratamiento.

El uso de medidas físicas es un hecho controvertido<sup>30-31</sup>. Por un lado, acarrea molestias en muchos niños, expresadas en forma de llanto, malestar y escalofríos; por otro lado, son bien percibidas por los padres, especialmente porque suponen una acción directa que ellos realizan sobre el proceso de curación del niño (es la madre quien baña a su pequeño, quien le aplica paños o compresas de agua tibia sobre la frente y el pecho...), y porque su acción es inmediata. Pero, en cualquier caso, su efecto es transitorio (5-10 minutos). Aun así, nuestros padres

recurren a ellas la mayoría de las veces que su hijo tiene fiebre.

En resumen, podemos afirmar que tanto el ibuprofeno A como el paracetamol A, los antitérmicos más consumidos por nuestros niños, son fármacos de agradable sabor. Copan de forma casi exclusiva el mercado farmacéutico de la fiebre. Los padres centran su preferencia en el ibuprofeno A, aunque en muchas ocasiones no saben exponer ninguna razón que lo justifique. Suelen ofrecer el antitérmico a su hijo de forma espontánea cuando detectan temperaturas superiores a 38 °C, y en casi la mitad de los casos recurren a la alternancia entre dos fármacos. En la mayor parte de las situaciones febriles, acompañan el antitérmico de medidas físicas. Les parece que la fiebre es nociva para sus hijos, especialmente porque anuncia una infección subyacente, aunque produce menos fiebre que en otras poblaciones.

---

## Bibliografía

1. García-Sicilia López J. Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria. 1.ª ed. Madrid: Publicación de Libros Médicos; 2001. p. 218-221.

2. Elorza Arizmendi FJ. A propósito del uso y abuso de los fármacos en Pediatría. *Acta Pediatr Esp.* 2000;58:4-6.

3. Crocetti Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions changes in 20 years? *Pediatrics.* 2001;107:1241-1246.

4. Van Stuijvenberg M, De Vos S, Tjiang GC, Steyerberg EW, Derksen-Lubsen G, Moll HA. Parents' fear regarding fever and febrile seizures. *Acta Paediatr.* 1999;88:618-622.

5. Shann F. Antipyretics in severe sepsis. *Lancet*. 1995;345:338.
6. Autret E, Reboul-Marty J, Henry-Launois B, Laborde C, Courcier S, Goehrs JM, et al. Evaluation of ibuprofen versus aspirin versus paracetamol on efficacy and comfort in children with fever. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;51:367-371.
7. Prescott LF. Paracetamol: past, present and future. *Am J Ther*. 2000;7:143-147.
8. Cranswick N, Cogan D. Paracetamol efficacy and safety in children: the first 40 years. *Am J Ther*. 2000;7:135-141.
9. Mofenson HC, McFee R, Caraccio T, Greensher J. Combined antipyretic efficacy therapy: another potential source of chronic acetaminophen toxicity. *J Pediatr*. 1998;133:712-714.
10. Meremikwu M, Oyo-Ita A. Paracetamol for treating fever in children (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002: CD003676.
11. Martín Sánchez F, Antelo Cortizas J, Morales Redondo R, Moreno Carretero E, Domínguez Granados R. Analysis of prognostic factors for the antipyretic response to ibuprofen. *An Esp Pediatr*. 2000;53:431-435.
12. Díez Domingo J, Planelles Cantarino MV, Moreno Madrid F, Uberos Fernández J, Moreno Martín J, Molina Carballo A, y cols. Evaluación de la eficacia antipirética y seguridad de dos formulaciones pediátricas de ibuprofeno. *An Esp Pediatr*. 2000;53:436-440.
13. Lesko SM, Mitchell A. An assessment of the safety of pediatric ibuprofen. *JAMA*. 1995; 273:929-933.
14. Nahata MC, Powell DA, Durrell DE, Miller MA, Grupta N. Efficacy of ibuprofen versus aspirin and paracetamol on efficacy and comfort in children with fever. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol*. 1992;30:94-96.
15. Autret E. Evaluation of ibuprofen versus aspirin and paracetamol on efficacy and comfort in children with fever. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;51:367-371.
16. Lesko SM, Mitchell AA. The safety of acetaminophen and ibuprofen in children among children younger than two years old. *Pediatrics*. 1999;104:49.
17. Wong A, Sibbald A, Ferrero F, Plager M, Santolaya ME, Escobar AM, et al. Antipyretic effects of dipyron versus acetaminophen in children: results of a multinational, randomized, modified double-blind study. *Clin Pediatr (Phila)*. 2001;40:313-324.
18. Wilson JT, Brown RD, Kearns GL, Eichler VF, Johnson VA, Bertrand KM, et al. Single-dose, placebo controlled comparative study of ibuprofen and acetaminophen antipyresis in children. *J Pediatr*. 1991;119:803-811.
19. Kauffman RE, Sawyer LA, Scheinbaum ML. Antipyretic efficacy of ibuprofen vs acetaminophen. *Am J Dis Child*. 1992;146:622-625.
20. Walson PD, Galleta G, Chomilo F, Braden NJ, Sawyer LA, Scheinbaum ML. Comparison of multidoses ibuprofen and acetaminophen therapy in febrile children. *Am J Dis Child*. 1992;146:626-632.
21. Autret E, Breart G, Jonville AP, Courcier S, Lassale C, Goehrs JM. Comparative efficacy and tolerance of ibuprofen syrup and acetaminophen syrup in children with pyrexia associated with infectious diseases and treated with antibiotics. *Eur J Clin Pharmacol*. 1994;46:197-201.
22. Van Esch A, Van Steensel-Moll HA, Seteyberg EW, Offringa M, Habbema JD, Derksen-Lubsen G. Antipyretic efficacy of ibuprofen and acetaminophen in children with febrile seizures. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:632-637.
23. McIntyre J, Hull D. Comparing efficacy and tolerability of ibuprofen and paracetamol in fever. *Arch Dis Child*. 1996;74:164-167.
24. Vauzelle-Kervroedan F, Dathis P, Pariente-Khayat A, Debregeas S, Olive G, Pons G. Equiva-

lent antipyretic activity of ibuprofen and paracetamol in febrile children. *J Pediatr*. 1997;131:683-687.

25. Lal A, Gomber S, Talukdar B. Antipyretic effects of nimesulide, paracetamol and ibuprofen-paracetamol. *Indian J Pediatr*. 2000;67:865-870.

26. Meremikwu M, Oyo-Ita A. Drugs and other methods for managing fever in children. *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update software; 2002.

27. Conejo Menor J, Lallana M. Intoxicaciones por antitérmicos. *An Esp Pediatr*. 2002;56:318-323.

28. 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*. 2001;55:503-510.

29. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensgher J. Alteranting antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics*. 2000;105:1009-1012.

30. Aksoylar S, Aksit S, Caglayan S, Yaprak I, Bakiler, Cetin F. Evaluation of sponging and antipyretic medication to reduce body temperature in febrile children. *Acta Pediatr Jpn*. 1997;39:215-217.

31. Pursell E. Physical treatment of fever. *Arch Dis Child*. 2000;82:238-239.

32. Wilson D. Assesing and managing the febrile child. *Nurse Pract*. 1995;20:59-60.

33. Whaba H. The antipyretic effect of ibuprofen and acetaminophen in children. *Pharmacotherapy*. 2004;24:280-284.

34. Goldman RD, Ko K, Linnett LJ, Scolnik D. Antipyretic efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children. *Ann Pharmacother*. 2004;38:146-150.

35. Carabaño Aguado I, Jiménez López I, López-Cerón Pinilla M, Calvo García I, Pello Lázaro AM, Balugo Bengoechea P, y cols. Eficacia de ibuprofeno y paracetamol como antitérmicos. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:117-122.

