

Catarro de vías altas

Ángel González Requejo

Pediatra. Centro de Salud Santa Mónica, Rivas-Vaciamadrid, Madrid, España.

Bibliografía revisada hasta: 31-may-2015

Fecha de publicación: 17-sep-2015

Guía-ABE_Catarro de vías altas (v.3/2015)

Cita sugerida: González Requejo A. Catarro de vías altas (v.3/2015). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 31-may-2015; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es/>

Introducción / puntos clave

La rinofaringitis aguda, resfriado común o catarro de vías altas (CVA) es la enfermedad infecciosa más frecuente en la edad pediátrica, con una incidencia particularmente elevada en los primeros 3 años de vida y en niños que acuden a escuelas infantiles (3 a 10 episodios/año).

El diagnóstico debe basarse en la anamnesis y la exploración física encaminadas a descartar entidades de mayor gravedad o susceptibles de tratamiento etiológico.

El uso juicioso de paracetamol e ibuprofeno en situaciones de malestar importante, una hidratación adecuada, la elevación de la cabecera de la cuna en lactantes, la administración de líquidos calientes y los lavados nasales con suero salino fisiológico son las medidas, por su inocuidad y sensatez, más recomendables ante un CVA.

Ningún medicamento "anticatarral" tradicional (antitusivos, antihistamínicos, descongestivos y mucolíticos) ha mostrado una eficacia clínica relevante en el alivio de los síntomas del CVA, particularmente en niños menores de 6 años, por lo que su uso está desaconsejado en este grupo de edad. Por debajo de los 2 años, su utilización está asociada a efectos adversos potencialmente graves y debe ser siempre evitado. El zinc, la vitamina C y la equinácea tampoco han demostrado una eficacia relevante en el alivio de los síntomas del CVA.

Los tratamientos preventivos con probióticos, zinc y vitamina C no han mostrado resultados concluyentes.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior (v.2/2009): tras una revisión bibliográfica, que ha incluido tratamientos más "novedosos" en el manejo y la prevención, no se han introducido cambios sustanciales, destacándose el escaso papel de los fármacos y productos medicinales en la prevención y tratamiento del resfriado común.

Microorganismos causales		
Muy frecuentes	Frecuentes	Menos frecuentes
<ul style="list-style-type: none"> Rinovirus¹ Coronavirus² 	<ul style="list-style-type: none"> VRS³ 	<ul style="list-style-type: none"> Parainfluenza⁴ Adenovirus⁵ Influenza⁶ Metapneumovirus⁷ Bocavirus⁸ Enterovirus no-polio⁹

Historia natural y diagnóstico

El diagnóstico es exclusivamente clínico, basado en:

- **Anamnesis:** en niños mayores el proceso se inicia con congestión nasal y dolor faríngeo, pudiendo asociar síntomas constitucionales (cefalea, malestar general, mialgias o fiebre, generalmente de bajo grado). En cuestión de horas se produce rinorrea, inicialmente serosa, que evoluciona a mucopurulenta en 3-4 días, estornudos y tos. Los síntomas se resuelven generalmente en 7-10 días. En lactantes pequeños los síntomas son superponibles, aunque más variables y prolongados; presentan con frecuencia fiebre alta, generalmente de duración menor de 48 horas; la tos suele ser más intensa y puede ser emetizante
- **Exploración:** los hallazgos exploratorios del CVA incluyen la presencia variable de diferentes signos como rinorrea, congestión nasal, mucosidad e hiperemia faríngea, presencia de vesículas o exudados en la faringe o las amígdalas, hiperemia o abombamiento timpánico. Los signos exploratorios del CVA son variables, generalmente inespecíficos y, a veces, ambiguos y deben considerarse con cautela a la hora de hacer un diagnóstico diferencial¹⁰. La exploración en el CVA es básica para descartar otras patologías, pero no aporta signos de certeza en su diagnóstico

Estudios complementarios

	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio, microbiología, imagen	Habitualmente no necesarios	Habitualmente no necesarios

Indicaciones ingreso hospitalario

Ninguna específica

Tratamiento antimicrobiano empírico

No indicado

Otros tratamientos farmacológicos (../...)

Productos	Comentarios
Fármacos "anticatarrales" por vía oral	Ningún fármaco anticatarral ha mostrado su eficacia en menores de 6 años, por lo que no están recomendados en este grupo de edad. En menores de 2 años, están asociados a efectos adversos graves y no deben utilizarse ¹¹
	Antitusivos: en ningún ECA realizado en niños y adolescentes la codeína o el dextrometorfano fueron superiores al placebo en el alivio de la tos, por lo que su uso está desaconsejado en ambos grupos de edad. Los 2 fármacos producen depresión respiratoria y del sistema nervioso central. La codeína presenta una toxicidad mayor e impredecible y debe evitarse en menores de 12 años ^{12,13}
	Antihistamínicos: no se han mostrado más eficaces que el placebo en el alivio de los síntomas del CVA
	Mucolíticos: no han mostrado una mejoría clínicamente relevante en los síntomas ¹⁴

Otros tratamientos farmacológicos (../...)	
Productos	Comentarios
	Descongestivos orales: en lactantes y niños menores de 6 años, los descongestivos orales asociados a antihistamínicos no se mostraron más eficaces que el placebo. Como agentes simpaticomiméticos están además asociados a efectos adversos cardiovasculares y neurológicos graves ¹⁵ . En adolescentes, la combinación descongestivo oral-antihistamínico puede producir una leve mejoría en los síntomas nasales, de dudosa relevancia clínica ¹⁶
Fármacos "antecatarrales" intranasales	No recomendados en niños por la falta de estudios. En mayores de 12 años su beneficio es limitado, con efectos adversos leves (sensación de sequedad, sangrado)
	Descongestivos tópicos: pueden mejorar la congestión nasal, con el riesgo de un efecto rebote al suspenderlos
	Bromuro de ipratropio: puede disminuir la rinorrea, pero no mejora la congestión nasal
Remedios herbales	Equinácea: su uso esta desaconsejado en niños por la falta de evidencia de beneficios y el riesgo de efectos adversos (exantema). En adolescentes, el zumo exprimido de la <i>Echinacea purpurea</i> podría aportar cierto beneficio en la duración e intensidad de los síntomas del CVA ¹⁷
	Vapor rub o VapoRub: ungüento que contiene alcanfor, mentol y aceite de eucalipto y que se aplica sobre el tórax y el cuello. No recomendado por la escasa evidencia disponible y su efecto irritante ¹⁸
Zinc	Cuando su administración se inicia en las primeras 24 horas, podría disminuir levemente (0,5-1 día) la duración de los síntomas nasales y la tos, aunque no su intensidad. No está establecida la pauta más adecuada de administración en niños. No se recomienda su uso rutinario

Otras medidas terapéuticas	
Educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Debería ser la piedra angular del manejo del CVA • Describir el curso evolutivo del CVA e instruir a la familia sobre los signos de alarma de complicaciones (curso prolongado, llanto o irritabilidad, deterioro del estado de ánimo) • Informar de los riesgos y el escaso beneficio de los tratamientos farmacológicos
Lavados nasales con suero salino fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Los ensayos clínicos que han evaluado su eficacia son limitados y muy heterogéneos, y solamente en uno se ha apreciado una leve mejoría de los síntomas. No obstante, son inocuos y proporcionan un alivio transitorio • El suero salino hipertónico o agua marina no se ha mostrado superior al SSF en el alivio sintomático de los procesos agudos de vías altas y su coste es más elevado • El aire caliente humedecido (vahos) no aporta beneficios consistentes. Los efectos de humidificadores o nebulizadores no han sido evaluados
Remedios "tradicionales"	<ul style="list-style-type: none"> • Avalados por la OMS como una alternativa válida frente al arsenal terapéutico de fármacos "antecatarrales", incluyen medidas como la toma de líquidos calientes o el uso de la miel en diferentes combinaciones • En un reciente ECA, la miel fue superior al placebo en la mejora de la intensidad y la frecuencia la tos, por lo que su uso sería razonable en niños mayores (nunca en lactantes menores de 1 año, por su asociación con el botulismo)

Tratamientos preventivos	
Medidas físicas	El lavado frecuente de manos es la medida más eficaz. Evitar tocarse la boca, la nariz y los ojos; toser y estornudar en un pañuelo (incluso en la manga de la ropa) y el uso de soluciones viricidas en el lavado de manos disminuyen la transmisión
Productos medicinales	Probióticos: no recomendados de forma rutinaria. Podrían ofrecer un beneficio muy limitado, al reducir el número de niños que presentan algún episodio catarral durante su administración ¹⁹
	Zinc: los datos actualmente disponibles no permiten establecer una recomendación sobre su uso en la prevención ²⁰
	Vitamina C: la suplementación diaria con vitamina C, a dosis >200 mg/día, no disminuye la incidencia ni la intensidad de los síntomas de CVA, pero podría disminuir la duración de los episodios (entre 1 y 2 días)

Referencias bibliográficas
Pappas DE. The common cold in children: Clinical features and diagnosis. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (consultado el 10 de mayo de 2015)
Pappas DE. The common cold in children: Treatment and prevention. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (consultado el 10 de mayo de 2015)
Smith SM, et al. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings . Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD001831.
Hemilä H, et al. Vitamin C for preventing and treating the common cold . Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD000980.
Hao Q, Dong BR, Wu T. Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections . Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD006895.
Karsch-Völk M, et al. Echinacea for preventing and treating the common cold . Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD000530.
WHO. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children . Geneva Department of Child and Adolescent Health and Development of the World Health Organization; 2001.

Abreviaturas: **AEMPS:** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **CDC:** Centers for Disease Control and Prevention. **CVA:** catarro de vías altas. **ECA:** ensayo clínico aleatorizado. **EMA:** European Medicines Agency. **FDA:** Food and Drug Administration. **OMA:** otitis media aguda. **OMS:** Organización Mundial de la Salud. **SSF:** suero salino fisiológico. **VRS:** virus respiratorio sincitial.

Consulta de medicamentos en Pediatría:



Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.



[Ⓞ] Más información en: <http://www.guia-abe.es/>
 [✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Algunos derechos reservados

Con la colaboración de:



[©] Guía-ABE, 2015. ISSN: 2174-3568.

Notas

- ¹ Causan un 33-50% de los CVA. Picos de incidencia en primavera y otoño.
- ² Causan alrededor del 10% de los casos. Picos de incidencia en invierno y primavera.
- ³ Primera causa de [neumonía](#) y [bronquiolitis](#) en el primer año de vida. Las infecciones en niños mayores cursan como CVA y [traqueobronquitis](#). Picos de incidencia de octubre a abril.
- ⁴ Cursa con mayor frecuencia con [laringitis](#) y [bronquiolitis](#).
- ⁵ Se asocia con [OMA](#) hasta en un 50%. Cursa frecuentemente con diarrea.
- ⁶ Síntomas constitucionales más intensos. En niños pequeños puede afectar a cualquier región del árbol respiratorio.
- ⁷ Implicados en infecciones respiratorias, tanto del tracto superior como del inferior, con un patrón epidemiológico y clínico muy similar al VRS. Constituyen la segunda causa de [bronquiolitis](#) después del VRS y son responsables de un 5-10% de los CVA, donde se asocian con frecuencia a [OMA](#).
- ⁸ Implicados en infecciones respiratorias de gravedad muy variable en lactantes. Su relevancia real es controvertida, al tener un periodo de eliminación viral muy prolongado tras la primoinfección y reinfecciones posteriores.
- ⁹ La manifestación más frecuente es la enfermedad febril inespecífica con [faringitis](#), aunque algunos tipos se asocian a CVA. Picos de incidencia en verano y principios de otoño.
- ¹⁰ La rinorrea mucopurulenta no es indicativa de sobreinfección bacteriana. La presencia de congestión y exudado amigdalares dentro del cortejo sintomático de una CVA (rinorrea y tos) es con casi total certeza un signo de infección vírica y no de una [amigdalitis](#) estreptocócica. En casos dudosos, un [frotis faríngeo](#) o un [test rápido para Streptococcus pyogenes](#) pueden ser útiles. Del mismo modo, la hiperemia o abombamiento timpánico, sin otros criterios de [OMA](#) (inicio brusco, otalgia o irritabilidad), no deben constituir un criterio de tratamiento antibiótico.
- ¹¹ En 2008 la FDA norteamericana desaconsejó el uso de medicamentos anticatarrales en menores de 2 años. Ese mismo año, la Agencia de Salud Canadiense amplió esta recomendación a los niños menores de 6 años, con la única excepción de algunos mucolíticos. Esta misma recomendación ha sido asumida en los últimos años por las autoridades sanitarias de Australia y Reino Unido.
- ¹² La EMA y la AEMPS han emitido sendas notas de seguridad sobre la codeína restringiendo su uso, tanto como analgésico como antitusivo, en menores de 12 años.
- ¹³ El dextrometorfano es, pese a todo, el fármaco antitusivo más estudiado y el que presenta mayor seguridad a dosis terapéuticas. El dimetorfano (Dastosín[®]) es un opioide tetracíclico de perfil similar a dextrometorfano, pero con menor experiencia clínica. La cloperastina, antihistamínico con modesta acción antitusiva (Flutox[®], Sekisan[®]), y la levodropropizina, antitusivo de acción periférica (Tautoss[®], Levotus[®]), no cuentan con ensayos clínicos de calidad que avalen su eficacia.
- ¹⁴ La acetilcisteína se ha asociado, en un solo ECA en infecciones respiratorias inferiores y superiores, a una leve disminución de la duración de la tos, de dudosa relevancia clínica.
- ¹⁵ En el año 2005 los CDC publicaron 3 casos de fallecimientos de lactantes menores de 6 meses asociados a la toma de fármacos anticatarrales. En los 3 casos se detectaron altos niveles de pseudoefedrina en los análisis *post mortem*.
- ¹⁶ En un ECA que incluyó adultos y mayores de 12 años, la combinación loratadina-pseudoefedrina se mostró superior al placebo en la mejoría de los síntomas nasales (congestión, estornudos y rinorrea), aunque esta mejoría fue, no obstante, moderada y de corta duración.
- ¹⁷ La EMA ha avalado, en un informe de noviembre de 2014, la eficacia y seguridad del zumo exprimido de la planta de *Echinacea purpurea* en la reducción de la duración y los síntomas del CVA en adultos y adolescentes, con una pauta de 6-9 ml de zumo exprimido al día repartido en 2-4 tomas durante 10 días.
- ¹⁸ Un solo ECA mostró que la aplicación de Vapor-rub[®] se asociaba a una mejoría en la calidad del sueño en niños y padres, con una tendencia a la mejoría de la tos. No obstante, la ausencia de ciego y el frecuente efecto irritante (casi 50%) producido en la piel, la nariz y los ojos desaconsejan su uso.
- ¹⁹ Varios ECA han mostrado que, además de disminuir el número de niños que presenta algún proceso catarral, algunos probióticos podrían asociarse a una leve disminución de la frecuencia e intensidad de las infecciones respiratorias. Los probióticos más avalados serían el *Lactobacillus rhamnosus GG* y el *Lactobacillus casei*.
- ²⁰ En dos ECA la suplementación con zinc (10 y 15 mg/día, durante 7 y 5 meses respectivamente) se asoció a una menor incidencias de CVA, menor absentismo escolar y menor consumo de antibióticos que en el grupo control. No obstante, la heterogeneidad de ambos estudios y algunos sesgos metodológicos no permiten, pese a estos resultados, establecer una recomendación en la práctica clínica diaria.