

Catarro de vías altas

Ángel González Requejo [angelgrequejo@gmail.com]

Pediatra. Centro de Salud Santa Mónica [Servicio Madrileño de Salud, Área 1], Madrid.

Fecha de actualización: 09/03/2009
Guía_ABE_Catarro de vías altas (v.2/2009)

Cita sugerida: González Requejo A. Catarro de vías altas (v.2/2009). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 09/03/2009; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

Introducción / puntos clave

La rinofaringitis aguda o catarro de vías altas (CVA) es la enfermedad infecciosa más frecuente en la edad pediátrica, siendo uno de los principales motivos de consulta en Pediatría de Atención Primaria. El CVA es particularmente frecuente en los primeros 3 años de vida y en niños que acuden a escuelas infantiles (de 3 a 10 episodios/año). A pesar de la benignidad del proceso, con un curso autolimitado, la baja incidencia de complicaciones y la ausencia de tratamientos etiológicos, genera un consumo ingente de recursos sanitarios, tanto de consultas como de tratamientos farmacológicos, generalmente de escasa utilidad y en ocasiones con importantes efectos adversos.

En lactantes y niños pequeños el CVA es generalmente una enfermedad febril, que puede cursar con fiebre elevada, sobre todo en las primeras 24-48 horas.

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 o fiebre elevada (>39 °C), la ingesta de líquidos, los lavados nasales con suero salino fisiológico y la elevación de la cabecera de la cuna o cama para disminuir la tos nocturna por goteo postnasal son las medidas que, por su inocuidad y sensatez, deben utilizarse ante un CVA.

Cualquier tratamiento farmacológico del CVA (aparte de los analgésicos) debe sopesarse cuidadosamente dadas la falta de eficacia comprobada y la posibilidad de efectos adversos; por debajo de los 2 años, el uso de descongestivos orales debe ser proscrito.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior (v.1/2007): tras una revisión bibliográfica no se han introducido cambios sustanciales, destacándose el escaso papel que juegan los fármacos en el 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▪ Metaneumovirus⁷▪ Enterovirus no polio⁸



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 y/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. 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 de diferentes signos como rinorrea, mucosidad y congestión faríngea, exudado amigdalár, vesículas en paladar blando y 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 diferencial⁹. La exploración en el CVA es básica para descartar otras patologías, pero generalmente arroja más dudas que certezas en el diagnóstico de CVA

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
Paracetamol o ibuprofeno	Útiles para aliviar el malestar y la fiebre
Fármacos "anticatarrales"	<p>Antitusivos: en los ensayos clínicos realizados, ni la codeína ni el dextrometorfano se mostraron superiores al placebo en el alivio de la tos. Ambos tienen efecto depresor del SNC y su sobredosificación accidental se ha asociado a síntomas neurológicos y depresión respiratoria; la codeína presenta una toxicidad mucho más elevada e impredecible, sobre todo en lactantes, y por ello debe evitarse en niños menores de 5 años¹⁰. El dextrometorfano es, pese a todo, el fármaco antitusivo más estudiado y el que presenta mayor seguridad a dosis terapéuticas¹¹</p> <p>Antihistamínicos: no se han mostrado más eficaces que placebo en el alivio sintomático del CVA</p>



Otros tratamientos farmacológicos (...)	
Productos	Comentarios
	<p>Mucolíticos: ningún ensayo clínico avala la eficacia de los mucolíticos disponibles en nuestro medio</p> <p>Descongestivos orales: en los estudios realizados en lactantes y niños menores de 5 años, los descongestivos orales asociados a antihistamínicos no se mostraron más eficaces que el placebo en el alivio de los síntomas del CVA. Como agentes simpaticomiméticos están además asociados a potenciales efectos adversos graves cardiovasculares y neurológicos. En los últimos años, los descongestivos orales, en particular la pseudoefedrina, han sido relacionados con el fallecimiento de lactantes¹². En niños mayores, la combinación loratadina-pseudoefedrina se ha mostrado superior al placebo en la mejoría de los síntomas nasales (congestión y rinorrea), aunque esta mejoría fue, no obstante, moderada y de corta duración (1-2 días)</p>

Otras medidas terapéuticas
<ul style="list-style-type: none">▪ Educación sanitaria: 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 escaso beneficio de los tratamientos farmacológicos, sobre todo en lactantes▪ Lavados nasales con suero salino fisiológico: pocos ensayos clínicos han evaluado su eficacia y en ellos no se han apreciado mejorías significativas. No obstante, su inocuidad y el alivio transitorio que proporcionan los hacen recomendables. 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) empeora los síntomas del CVA y está por ello desaconsejado. Los efectos de humidificadores o nebulizadores no han sido evaluados▪ Remedios "tradicionales": avalados por la OMS como una alternativa válida frente al arsenal terapéutico de fármacos anticatarrales, incluyen medidas como la ingesta de líquidos calientes o el uso de la miel en diferentes combinaciones. Recientemente, un ensayo clínico halló que la miel fue superior al placebo en el alivio de la tos, por lo que su uso sería razonable en niños mayores (nunca en lactantes por su asociación con el botulismo)

Referencias bibliográficas
<p>American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Use of codeine- and dextromethorphan-containing cough remedies in children. <i>Pediatrics</i>. 1997;99:918-20. Disponible en http://aappolicy.aapublications.org/cgi/reprint/pediatrics;99/6/918</p> <p>Kelly LF. Preparados pediátricos para el tratamiento de la tos y el resfriado. <i>Pediatr Rev (Ed. esp.)</i>. 2005;26:25-33.</p> <p>Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Fármacos de venta libre para la tos aguda en pacientes ambulatorios niños y adultos (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i>, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de <i>The Cochrane Library</i>, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).</p> <p>Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Infant deaths associated with cough and cold medications—Two states, 2005. <i>MMWR</i>. 2007;56:1-4. Disponible en http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5601a1.htm</p> <p>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. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_CAH_01.02.pdf</p>



Abreviaturas: CVA: catarro de vías altas. OMA: otitis media aguda. OMS: Organización Mundial de la Salud. SNC: sistema nervioso central. SSF: suero salino fisiológico. VRS: virus respiratorio sincitial.

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 manifestarse en cualquier región del aparato 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 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.
- ⁹ La rinorrea mucopurulenta no es indicativa de sobreinfección bacteriana. La presencia de congestión y exudado amigdalár 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.
- ¹⁰ Intoxicaciones con dosis de codeína > 5 mg/kg se han asociado a depresión respiratoria grave con necesidad de ventilación mecánica y a fallecimientos.
- ¹¹ El dimorfano (Dastosin®) 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 levodropizina, antitusivo de acción periférica (Tautos®, Levotus®), no cuentan con ensayos clínicos de calidad que avalen su eficacia.
- ¹² Recientemente los CDC han publicado 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. Una revisión reciente de 15 casos de fallecimientos en lactantes asociados al uso de anticatarrales halló que el descongestivo pseudoefedrina fue el único fármaco detectado en sangre en todos los casos.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos cada dos años. 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://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/es/>

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2009. ISBN: 978-84-95028-90-7.