

Catarro de vías altas

Ángel González Requejo [angelgrequejo@terra.es]

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

Fecha de actualización: 01/10/2007
Guía_ABE_Catarro de vías altas (v.1/2007)

Cita sugerida: González Requejo A.

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.

Microorganismos causales		
Muy frecuentes	Frecuentes	Menos frecuentes
Rinovirus ¹ Coronavirus ²	VRS ³	Parainfluenza ⁴ Adenovirus ⁵ Enterovirus no polio ⁶ Influenza ⁷



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 variable de diferentes signos como rinorrea, mucosidad y congestión faríngea, exudado amigdalor, 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 diferencial⁸. La exploración en el CVA es básica para descartar otras patologías, pero generalmente arroja mas 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

Otras medidas terapéuticas

Paracetamol o ibuprofeno para aliviar el malestar y la fiebre

Lavados nasales con suero salino fisiológico: aunque hay muy pocos ensayos clínicos que hayan evaluado su eficacia y en ellos no se ha apreciado una mejoría significativa, su inocuidad y el alivio transitorio que proporcionan al facilitar la eliminación de las secreciones los hace 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 están por ello desaconsejados. Los efectos de humidificadores o nebulizadores no han sido evaluados.

Otros tratamientos farmacológicos: en ninguna otra patología existe un arsenal farmacológico tan amplio y tan poco avalado en su eficacia y seguridad como en el CVA:

Antitusivos: en los ensayos clínicos realizados en niños, ni la codeína ni el dextrometorfano se mostraron



Otras medidas terapéuticas

superiores al placebo en el control 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 años⁹. El dextrometorfano es, pese a todo, el fármaco antitusivo más estudiado y el que presenta mayor seguridad a dosis terapéuticas¹⁰

Antihistamínicos: no se han mostrado más eficaces que placebo en el alivio sintomático del CVA.

Mucolíticos: no existen ensayos clínicos que avalen la eficacia de los mucolíticos disponibles en nuestro medio.

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, y en particular la pseudoefedrina han sido relacionados con el fallecimiento de un número nada despreciable de lactantes¹¹. 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).

Teniendo en cuenta estos datos, el tratamiento del CVA debe basarse en la educación sanitaria de los padres, informando de los posibles riesgos y escaso beneficio de los tratamientos farmacológicos, sobre todo en lactantes. Debe detallarse el curso evolutivo del CVA e instruir a la familia sobre los signos de alarma de complicaciones (fiebre o curso prolongados, irritabilidad, deterioro del estado de ánimo). Deben promoverse medidas sencillas, como el uso prudente de analgésicos, la ingesta de líquidos, los lavados nasales o la elevación de la cabecera de la cuna/cama para disminuir la tos nocturna por goteo postnasal. El uso de antibióticos no juega ningún papel en el CVA, salvo en aquellas situaciones que planteen la sospecha firme de una complicación, como un curso muy prolongado (sinusitis) o la aparición brusca de otalgia o irritabilidad (OMA).

Referencias bibliográficas

American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Use of codeine- and dextromethorphan-containing cough remedies in children. *Pediatrics*. 1997;99:918-20.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Infant deaths associated with cough and cold medications-Two states, 2005. *MMWR*. 2007;56:1-4.

Paul IM, Yoder KE, Crowell KR, et al. Effect of dextromethorphan, diphenhydramine, and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. *Pediatrics*. 2004;114:e85-90.

Schroeder K, Fahey T. Fármacos sin prescripción para la tos aguda en niños y adultos en el ámbito ambulatorio (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) [actualizada el 12/08/2004].

Von Muhlendahl KE, Scherf-Rahne B, Krienke EG, et al. Codeine intoxication in childhood. *Lancet*. 1976;2:303-5.

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.

Wingert WE, Mundy LA, Collins GL, et al. Possible role of pseudoephedrine and other over-the-counter cold medications in the deaths of very young children. *J Forensic Sci*. 2007;52:487-90.

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



Notas

- ¹ Rinovirus: causan un 33-50% de los CVA. Picos de incidencia en primavera y otoño.
- ² Coronavirus: 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. La reinfecciones en niños mayores cursan como CVA y traqueobronquitis. Picos de incidencia de octubre a abril.
- ⁴ Cursa con mayor frecuencia con laringitis y bronquiolitis (2º causa de bronquiolitis tras VRS).
- ⁵ Se asocia con OMA hasta en un 50 %. Cursa frecuentemente con diarrea.
- ⁶ 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.
- ⁷ Síntomas constitucionales más intensos. En niños pequeños puede manifestarse en cualquier región del aparato respiratorio.
- ⁸ 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.
- ⁹ Intoxicaciones con dosis de codeína >5 mg/kg se han asociado a depresión respiratoria grave con necesidad de ventilación mecánica y a fallecimientos.
- ¹⁰ El dimemorfano (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 levodropopizina, antitusivo de acción periférica (Tautos®, Levotus®) no cuentan con ensayos clínicos de calidad que avalen su eficacia.
- ¹¹ 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 1 vez al año. Próxima revisión prevista en 2008. 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.

[i] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>
[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5