

CATARRO DE VÍAS ALTAS

Protocolo Consensuado Área de Gran Canaria²⁰⁰⁶

Sinónimos

Rinofaringitis o infección respiratoria de vías altas no específica.¹ Denominado también catarro o resfriado común. Se trata de la mas frecuente de las infecciones pediátricas.

Etiología

El catarro de vías altas (CVA) está producida por virus. El 60% son debidos a Rhinovirus y Coronavirus.¹ La etiología varía con la edad y la época del año.

Clínica

Los síntomas iniciales son de *obstrucción nasal e irritación de garganta*. En pocas horas empiezan los *estornudos* y la *secreción nasal acuosa*. *La tos* no suele faltar y puede aparecer *fiebre, malestar general, dolor de cabeza, anorexia y mialgias*.

Entre el primer y el tercer día del comienzo, las secreciones nasales típicamente se hacen mas espesas y *mucopurulentas*. La rinitis purulenta (rinorrea nasal espesa, opaca o coloreada) se debe a la descamación de las células epiteliales y a la mieloperoxidasa, que liberan los leucocitos polimorfonucleares y que tiñe las secreciones nasales de color amarillo a verdoso.²

Existen evidencias recientes de que el catarro generalmente se acompaña de rinosinusitis viral.¹ *La rinitis purulenta* debe ser considerada como parte de la evolución normal de ella y, por tanto, *acompaña normalmente al catarro de vías altas*.^{1,3}

La rinorrea (serosa o purulenta) puede durar, junto con la tos, hasta dos semanas. La secreción nasal purulenta no debe interpretarse como signo de infección bacteriana y *no es una indicación para tratar con antibióticos salvo que persista mas de 10 a 14 días*.^{1,3,4}

La rinitis purulenta es parte de la evolución normal del catarro y no significa sobreinfección bacteriana

Los síntomas del catarro, como tos y rinorrea, pueden durar hasta 2 semanas

LA RINOFARINGITIS ESTA PRODUCIDA POR VIRUS

rhinovirus coronavirus influenza parainfluenza adenovirus	60% de los casos
---	------------------

Tratamiento

Aumentar la administración de líquidos para tener una *hidratación* correcta. En la congestión nasal, que puede impedir la alimentación, se utilizará una pera de goma de succión u otro sistema de *extracción de las mucosidades*, especialmente si el bebé tiene menos de 6 meses.⁵ Si el moco es espeso hay que intentar licuarlo con gotas nasales de suero fisiológico.^{5,6} Poner 2 gotas en cada fosa nasal 15 a 20 minutos antes de cada comida, e inmediatamente, proceder a la extracción de mucosidades.⁵ El suero fisiológico es mas barato que otras soluciones salinas en spray que se utilizan para este fin. Se presentan en pequeños envases que pueden ser desechados cada 24 horas y la posibilidad de contaminación bacteriana puede ser mucho menor que si se utilizan los sprays.⁷

También puede utilizarse agua vaporizada para humedecer las secreciones nasales, pero el *humidificador* debe ser lavado y secado convenientemente cada día para evitar la contaminación bacteriana.⁵ Sistema, por tanto, mas caro y engorroso para conseguir el mismo efecto que el suero fisiológico. No se aconseja vapor de agua caliente porque puede producir quemaduras por accidente al niño pequeño.⁵

Para evitar el contagio, en niños mayores, se aconsejará la utilización de *pañuelos desechables para sonarse* y taparse cuando estornude o tosa (deben tirarse inmediatamente después de su uso) y el *lavado frecuente de manos*, especialmente antes de las comidas.⁸

Para la fiebre se aconseja dar *paracetamol* (10 a 15 mg/kg/dosis) cada 4 ó 6 h. o *ibuprofeno* (20 mg/kg/día), en tomas cada 6 u 8 h. Evitar el ibuprofeno en niños de menos de 6 meses⁵ o que pesen menos de 7 kg.⁹ *La administración de aspirina esta contraindicada por su asociación con el Síndrome de Reye*.⁸

LOS ANTIBIÓTICOS NO ESTÁN INDICADOS PORQUE:

la rinofaringitis es de etiología viral
aumentan el riesgo colonización por gérmenes resistentes
no previenen las complicaciones bacterianas
no previenen las infecciones respiratorias de vías bajas

El uso de *antibióticos* en el CVA no solo es innecesario, dada su etiología viral, sino que es potencialmente perjudicial, porque incrementa el riesgo de colonización de gérmenes resistentes, no previene las complicaciones bacterianas ni previene las infecciones respiratorias de vías bajas.^{1,3} Es nuestro deber dar esta información al paciente.

La tos es un mecanismo de defensa que despeja las mucosidades o secreciones de las vías bajas y generalmente no existe razón alguna para suprimirla. La mayoría de los *antitusígenos* son preparados de *codeína o dextrometorfan*. Algunos de ellos contienen además alcohol. El Committee on Drugs de la Academia Americana de Pediatría publicó un informe, en 1997, sobre estos fármacos con las siguientes conclusiones:¹⁰

1. No existen estudios científicos bien controlados que demuestren la eficacia y seguridad de antitusígenos, como la codeína y dextrometorfan, en niños. No se han establecido las indicaciones para su uso en niños.
2. En las infecciones virales la tos es autolimitada, durando pocos días y debe ser tratada, solo, con la administración de líquidos y humedad. La supresión de la tos, en muchas enfermedades de la vía aérea pulmonar, puede ser peligrosa y está contraindicada.
3. La dosis de estos fármacos son extrapolados de datos y experiencia clínica en adultos y, por ello, imprecisos en niños. Se han comunicado efectos secundarios adversos y sobredosis de preparados antitusígenos.
4. Los padres deben ser informados y educados sobre la falta de efectos probados de estos antitusígenos y de sus riesgos potenciales.

Estudios recientes en niños confirman que estos medicamentos no son mas efectivos que placebo.^{11,12} Nombres comerciales con codeína: Bisoltus[®], Codeisan[®], Fludan Codeína[®], Hista-verin[®], Toseina[®]. Con dextrometorfan: Benylin antitusivo[®], Robitussin[®], Romilar[®], Tusorama.[®]

Otros antitusígenos, que tienen composiciones heterogéneas, carecen de interés en la práctica. Todos los antitusígenos están contraindicados en caso de hiperreactividad bronquial.¹³

Los *mucolíticos* no han demostrado su eficacia y seguridad en niños (para sus indicaciones de tos aislada, rinofaringitis o bronquitis aguda). Chalumeau M et al, en una revisión reciente sobre mucolíticos (acetilcisteína y carbocisteína) suscribe esta afirmación y advierte que algunos indicios sugieren pobre seguridad en lactantes menores de 8 meses (encuentra 6 casos de congestión pulmonar paradójica).¹⁴

Nombres comerciales de fármacos con acetilcisteína: Fluimucil[®], Flumil[®], Mucolibex[®] y las EFG. Con carbocisteína: Actithiol[®], Fluidin Mucolítico[®], Inistón mucolítico[®], Mucovital[®], Pectodril[®], Pectox[®] y Viscoteina[®]. Fármacos con Ambroxol: Ambrolitic[®], Motosol[®], Mucibron[®], Mucosan[®], Naxpa[®] y las EFG. Con bromhexina: Bisolvon.[®]

Los *antihistamínicos* (clorfeniramina, bromfeniramina,) solos o asociados a fármacos *descongestionantes* (simpaticomiméticos tales como la efedrina, pseudoefedrina, etc.) también se emplean en el catarro de vías altas. Revisiones sistemáticas sobre estudios realizados de estos medicamentos concluyen que no son efectivos en niños o que su eficacia clínica no esta científicamente demostrada.^{11,15,16,17,18}

Además, estos preparados pueden producir efectos secundarios indeseables, especialmente en lactantes pequeños. Los antihistamínicos pueden causar: sedación, depresión respiratoria, alucinaciones, taquicardia, visión borrosa, agitación, hiperactividad y convulsiones. Los descongestionantes: dolor de cabeza, taquicardia, hipertensión, agitación, psicosis, insomnio y

EN EL CVA NO ESTÁ INDICADO DAR:

antitusígenos
mucolíticos
antihistamínicos
descongestionantes

LAS RAZONES:

no son efectivos en niños
no son sustancias placebo
pueden tener efectos secundarios importantes
(especialmente en lactantes)

TRATAMIENTO DEL CATARRO DE VÍAS ALTAS

hidratar con aporte adecuado de líquidos
instilaciones nasales de suero fisiológico
extracción de mucosidades (lactantes)
sonarse (usar pañuelos desechables)
si fiebre: paracetamol o ibuprofeno
la aspirina está contraindicada (S. Reye)

convulsiones.^{18,19} Debemos informar y educar a los padres acerca de la falta de beneficios, demostrados científicamente, de estos preparados y de los riesgos por sus efectos secundarios.^{15,19} Por todas las razones anteriormente expuestas, este grupo de fármacos no están recomendados en los niños.^{11,18,19}

Nombres comerciales de este grupo: Atiramin[®], Idulanex[®], Paidoterin Descongestivo[®].

Complicaciones

Las complicaciones bacterianas más frecuentes del CVA son la otitis media aguda y la sinusitis. Este último caso se sospechará cuando los síntomas del catarro (tos y/o rinorrea) persistan más de 10-14 días.⁴

Controles y normas de evolución

Se aconseja dar normas de evolución y realizar una nueva valoración en los siguientes casos: 1. En los lactantes, menores de 12 meses, dentro de las primeras 72 horas del inicio de los síntomas, especialmente en épocas de epidemia de bronquiolitis. 2. Si aparece dificultad respiratoria o “pitos”. 3. Si la fiebre persiste > 72 horas. 4. Si aparece otalgia o irritabilidad durante la evolución. 5. Si los la tos y/o la rinorrea dura >10-14 días.

Bibliografía

1. Rosenstein N, Phillips WR, Gerber MA, Marcy MS, Schwartz B, Dowell SF. The common cold. Principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998;101:181-184.
2. Leslee F. Kelly. Pediatric cough and cold preparations. *Pediatrics in Review* 2004;25(4):115-123.
3. Dowell SF, Schwartz B., Phillips WR, And The Pediatric URI Consensus Team. Appropriate Use of Antibiotics for URIs in Children: Part II. Cough, Pharyngitis and the Common Cold. *Am Fam Physician* 1998 Oct 15;58(5):1335-45.
4. American Academy of Pediatrics. 2003 Red Book. Report of the Committe on Infectious Diseases. 26Th Edition. Elk

Grove Village. 2003:697.

5. American Academy of Pediatrics. Patient Education Information. Medical Library. Common Colds and young Children. Excerpted from “Caring for You Baby an Young Child: Bird to Age”.2000. [Http://www.aap.org](http://www.aap.org).
6. Cruz M, Crespo M, Brines J, Jiménez R, Molina JA. Manual de pediatría. Editorial Ergon. Madrid 2003:568.
7. Brook I. Bacterial contamination of saline nasal spray/drop solution in patients with respiratory tract infection. *Am J Infect Control*. 2002 Jun;30(4):246-7.
8. American Academy of Pediatrics. Patient Education Information. Medical Library. Common Colds and young Children. Excerpted from “Caring for You Baby an Young Child: Ages 5 to 12”.2000. [Http://www.aap.org](http://www.aap.org).
9. Martindale. Guía completa de consulta fármaco-terapéutica. Primera edición. Pharma Editores, SL. Barcelona; 2003: 58.
10. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Use of codeine and dextromethorphan containig cough remedies in children *Pediatrics*1997;99:918-20.
11. Schoeder K, Fahey T. Should we advise parents to administer over the counter cough medicines for acute cough?. *Sistematic review of randomised controlled trials. Arch Dis Child* 2002;86:170-75.
12. Effect of Dextromethorphan, Diphenhydramine, and Placebo on Nocturnal Cough and Sleep Quality for Coughing Children and Their Parents. *Pediatrics* Vol. 114 No 1. July 2004
13. Anónyme. 10^e Conférence de Consensus en Thérapeutique Anti-Infectieuse. “Les Infections ORL” Lyon, 19 juin 1996. Texte long du Consensus. *Med Mal Infect* 1997;27:341-54.
14. Chalumeau M, Cheron G, Assathiany R, Moulin F, Bavoux F, Breart G, Pons G. Fluidifiants bronchiques dans les infections respiratoires aigues du nourrisson: un probleme pharmacoepidemiologique? *Arch Pediatr*. 2002 Nov;9(11):1128-36.
15. Mossad SB. Treatment of the common cold. *BMJ* 1998;317:33-36.
16. De Sutter AIM, Lemingre M, Campbell H, Mackinnon HF. Antihistamines for the common cold (Cochrane Review). In: *The Cochrane Lybrary*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
17. Clemens CJ, Taylor JA, Almquist JR, Quinn HC, Mehta A, Naylor GS. Is an antihistamine-decongestant combination effective in temporarily relieving symptoms of the common cold in preschool children?. *J Pediatr* 1997;130:463-6.
18. Taverner D, Bickford L, Draper M. Nasal decongestants for the common cold (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
19. Gunn VL, Taha SH, Liebelt EL, Serwint JR. Toxicity of Over-the-Counter cough and cold medications. *Pediatrics* 2001;108-3. URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/3/e52>.

Autores

Valentín Ruiz Caballero, Peditra de Atención Primaria
Ángeles Cansino Campuzano, Coordinadora AP-Especializada Área G.C.
Francisco Machado Fernández, Jefe Servicio Pediatría del HUMIC
Elena Colino Gil, Unidad Enf. Infecciosas del HUMIC
Noelia Montesdeoca Araujo, MIR pediatría del HUMIC
HUMIC: Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.
Este protocolo se terminó y consensuó con los peditras de AP en febrero de 2005 y se revisó y actualizó en julio de 2006.