



Ramón Ugarte Libano
rugarte@gmail.com

Editorial

¿Necesitamos antitusígenos?

R. Ugarte Libano

Pediatra. CS Olaguibel. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

Cuando se acerca el otoño los pediatras tenemos asumido que se inicia la campaña de catarros, gripe, bronquiolitis y un sinfín de infecciones respiratorias. También se asume, por algunos pediatras y por muchas familias, que se abre la prescripción y consumo de medicamentos antitusígenos. A. Cano *et al.*¹ publicaron a principios de este año un estudio en el que se constata un importante consumo de medicamentos anticatarrales y antitusígenos en España (concretamente en Castilla y León, aunque es verosímil que ocurra algo similar en el resto de las comunidades autónomas españolas). En una encuesta² realizada a 77 pediatras de Atención Primaria (AP) del País Vasco, 52 (67,5%) prescribían antitusígenos, principalmente dextrometorfano (41, el 78,9% de los prescriptores) y cloperastina o codeína (34, el 65,4%); tres pediatras (5,8%) indicaban antitusígenos a cualquier edad, 38 (73,1%) a mayores de dos años y solo 11 (21,1%) a mayores de seis años; las indicaciones más frecuentes eran el catarro de vías altas (46), la laringitis (14) y la rinitis (7). Este perfil de prescripción no se aleja del mencionado por A. Cano *et al.*¹. Todo esto pone en evidencia el importante consumo de antitusígenos en Pediatría de AP y en todos los tramos etarios.

Parece necesario todavía recordar que la tos es un mecanismo de defensa del aparato respiratorio y

que, si bien su presencia es molesta, sus beneficios son incuestionables en términos de salud. La idea benéfica de abolir este síntoma para proporcionar más comodidad y descanso al tosedor es un objetivo que ha sido perseguido a lo largo de la historia con todo tipo de remedios y medicamentos. Hoy en día, es evidente que el objetivo terapéutico no es el tratamiento del síntoma sino del proceso subyacente.

En 1889 empezó a utilizarse la heroína como antitusígeno infantil y estuvo disponible hasta 1914. Esta droga fue sustituida por la codeína, considerada una prodroga por metabolizarse en morfina. La eficacia de la codeína como antitusígeno siempre contó con mucho predicamento y se convirtió en la referencia de fármacos antitusígenos pese a que no hubiera ensayos clínicos realizados en niños para justificar su uso. Estudios y revisiones sistemáticas publicados en las últimas décadas no han avalado suficientemente la eficacia antitusígena de la codeína^{3,4} y menos aún su balance riesgo/beneficio, ya que en los últimos años se ha constatado la presencia de un número no desdeñable de pacientes metabolizadores ultrarrápidos de codeína^{5,6} que han sufrido problemas graves de salud, incluso letales, al utilizarse la codeína como analgésico en adenoamigdalectomías y que ha generado recientemente una alerta farmacológica en la

Cómo citar este artículo: Ugarte Libano R. ¿Necesitamos antitusígenos? Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:199-201.

Food and Drug Administration⁷ y en la European Medicines Agency⁸. En 2010, la agencia británica que regula el uso de medicamentos (la Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) prohibió el uso de preparaciones líquidas de codeína con indicación antitusígena en menores de 18 años⁹.

El dextrometorfano, sin duda el medicamento antitusígeno más empleado en el ámbito pediátrico mundial, fue patentado en 1954 y surgió de la necesidad de crear un fármaco que tuviera los efectos de la codeína pero que no generara adicción. La eficacia antitusígena del dextrometorfano no ha demostrado ser mejor que la miel o el placebo¹⁰ y, por el contrario, se ha convertido en una droga de uso recreacional en niños mayores y adolescentes en muchos países.

La cloperastina es un medicamento sintetizado a mediados del siglo pasado que posee propiedades antihistamínicas. Su eficacia clínica en Pediatría y en adultos ha sido insuficientemente estudiada, apenas hay una veintena de artículos referenciados en PubMed (tanto de eficacia clínica como de efectos adversos), todos ellos procedentes de un área geográfica limitada y con la sospecha de un marcado conflicto de intereses.

Si la prescripción de antitusígenos es discutible en sí misma por tratar de inhibir un mecanismo defensivo del aparato respiratorio, no lo es menos por su no probada eficacia¹¹⁻¹³ y por sus potenciales efectos adversos. Son numerosas las consultas en los Servicios de Urgencias por intoxicaciones, en algunos casos con consecuencia de muerte, deri-

vadas del consumo de estos fármacos fruto de errores en la administración o por uso reiterado y abusivo, propiciado por la ineficacia de estos productos para calmar la tos y la falsa percepción de inocuidad, especialmente cuando se dispensan en farmacias como medicamento de libre dispensación.

La regulación de medicamentos antitusígenos y anticatarrales es habitual en otros países (EE. UU. prohíbe la venta de antitusígenos y anticatarrales de libre dispensación para niños menores de cuatro años; Reino Unido, Australia, Bélgica y Holanda, por mencionar solo algunos países, prohíben la dispensación libre de estos fármacos para menores de seis años) y esta medida ha sido enormemente eficaz para reducir los efectos adversos de estos medicamentos^{14,15}.

En definitiva, sería deseable que esta nueva temporada de infecciones respiratorias se convierta en una magnífica oportunidad para que los pediatras de AP empoderemos a las familias para que sepan tratar de manera racional la tos¹⁶ y exigir a las Administraciones sanitarias una regulación más exigente sobre la venta de medicamentos antitusígenos y anticatarrales de libre dispensación.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano Garcinuño A, Casares Alonso I, Rodríguez Barbero J, Pérez Gracia I, Blanco Quirós A. Prescripción de fármacos anticatarrales de uso sistémico a niños de 0-13 años. Un problema no resuelto. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78:43-50.
2. Blanco Guzmán E, Ruano López A, Ugarte Libano R. Prescripción de antitusígenos por pediatras de Atención Primaria del País Vasco. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15:238.e85-e88.
3. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Use of codeine and Dextromethorphan-containing cough remedies in children. *Pediatrics*. 1997; 99:918-20.

4. Goldman RD. Codeine for acute cough in children. *Can Fam Physician*. 2010;56:1293-4.
5. Kirchheiner J, Schmidt H, Tzvetkov M, Keulen JT, Lötsch J, Roots I, *et al*. Pharmacokinetics of codeine and its metabolite morphine in ultra-rapid metabolizers due to CYP2D6 duplication. *Pharmacogenomics J*. 2007;7:257-65.
6. Kelly LE, Rieder M, Van den Anker J, Malkin B, Ross C, Neely MN, *et al*. More codeine fatalities after tonsillectomy in North American children. *Pediatrics*. 2012;129:e1343-7.
7. FDA. Drug Safety Communication: Safety review update of codeine use in children; new Boxed Warning and Contraindication on use after tonsillectomy and/or adenoidectomy [en línea] [consultado el 08/08/2013]. Disponible en www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm339112.htm
8. EMA. Restrictions on use of codeine for pain relief in children – CMDh endorses PRAC recommendation [en línea] [consultado el 08/08/2013]. Disponible en www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/06/news_detail_001829.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
9. MHRA. Oral liquid cough medicines containing codeine: should not be used in children and young people under 18 years. October 2010 [en línea] [consultado el 08/08/2013]. Disponible en www.mhra.gov.uk/home/groups/pl-p/documents/websitesources/con096798.pdf
10. Paul IM, Beiler J, McMonagle A, Shaffer ML, Duda L, Berlin CM Jr. Effect of honey, dextromethorphan, and no treatment on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:1140-6.
11. Schroeder K, Fahey T. Should we advise parents to administer over the counter cough medicines for acute cough? Systematic review of randomized controlled trials. *Arch Dis Child*. 2002;86:170-5.
12. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD001831.
13. Chang CC, Cheng AC, Chang AB. Over-the counter (OTC) medications to reduce cough as an adjunct to antibiotics for acute pneumonia in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2:CD006088.
14. Shehab N, Schaefer MK, Kegler SR, Budnitz DS. Adverse events from cough and cold medications after a market withdrawal of products labeled for infants. *Pediatrics*. 2010;6:1100-7.
15. Mazer-Amirshahi M, Reid N, van den Anker J, Litovitz T. Effect of Cough and Cold Medication Restriction and Label Changes on Pediatric Ingestions Reported to United States Poison Centers. *J Pediatr*. [Epub ahead of print].
16. AEPap. Decálogo de la tos (2012) [en línea] [consultado el 08/08/2013]. Disponible en www.aepap.org/sites/default/files/decologo_tos.pdf