

Tratamiento sintomático de la tos en niños con infección del tracto respiratorio superior

JC. Buñuel Álvarez
Pediatra.
ABS Girona-4 (ICS).

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 469-473
José Cristóbal Buñuel Álvarez, p416ucua@pgirona.scs.es

Escenario clínico

Acude a la consulta una madre con su hijo de 3 años. Refiere que desde hace 3 días presenta un cuadro de tos persistente acompañado de rinitis. Durante los 2 primeros días ha tenido febrícula (37,5 °C) encontrándose afebril en la actualidad). Tras la pertinente exploración física, el pediatra diagnostica un catarro de vías altas. Recomienda a la madre que le efectúe al niño lavados nasales con suero fisiológico y le explica que se trata de un proceso autolimitado que se soluciona en el período aproximado de una semana. La madre muestra su disconformidad ya que quiere "que le receten algo para la tos, ya que el niño no descansa e incluso a veces vomita".

Pregunta clínica

En niños con tos aguda secundaria a infección del tracto respiratorio superior (ITRS), ¿los antitusígenos y mucolíticos (AT/MC) son eficaces para disminuir la intensidad y/o duración de los síntomas?

Estrategia de búsqueda

- Fecha de la búsqueda: 3 de septiembre de 2004.
- Base de datos: TRIP <http://www.tripdatabase.com>. Términos de búsqueda: "acute cough", seleccionando la opción "Title & Text". En los resultados, dentro de la categoría "Evidence Based", se recuperó una revisión sistemática de la Cochrane Library: "Over-the-counter medications for acute cough in children".

and adults in ambulatory settings". A través de la Cochrane Library Plus <http://www.updatesoftware.com/clibplus/clibpluslogon.htm> se accedió al texto íntegro de la revisión. Se ofrece a continuación un resumen estructurado de la misma.

Resumen estructurado

Estudio

Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Diseño

Revisión sistemática (RS).

Objetivo

Determinar si los (AT/MC) son eficaces para disminuir la intensidad y/o duración de la tos en niños con ITRS.

Fuentes de datos

Se revisaron, sin restricción de idioma, las siguientes bases de datos: Registro Cochrane de Ensayos Clínicos (EC), Registro específico del Grupo Cochrane de Infecciones Respiratorias Agudas, Medline, Embase, Registro de Investigación

Nacional de Salud del Reino Unido, revisión del listado de referencias bibliográficas de los estudios recuperados y colección personal de referencias de los autores de la RS. Se contactó con los autores de los artículos recuperados y con la industria farmacéutica para identificar trabajos no publicados.

Selección de los estudios

Criterios de inclusión: 1) Niños y adultos con tos aguda (menos de 3 semanas de evolución); 2) los medicamentos evaluados eran AT/MC que podían adquirirse sin receta médica; 3) la variable de respuesta de los estudios era la tos (intensidad, duración); 4) los estudios eran EC aleatorios (ECA) controlados con placebo; 5) estudios cuyo emplazamiento fue en Atención Primaria.

Criterios de exclusión: 1) pacientes con tos crónica, definida como de más de 3 semanas de duración; 2) pacientes con enfermedad crónica subyacente (asma, tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, cáncer de pulmón); 3) estudios realizados con antitusígenos no convencionales, como hierbas o preparados homeopáticos; 4) estudios realizados con preparados cuya vía de administración no era oral; 5) estudios en los que la tos se indujo artificialmente en voluntarios sanos.

Resultados principales: se identificaron 328 artículos. 21 ECA cumplieron los criterios de selección. De éstos, 6 se realizaron en niños (438 pacientes menores de 16 años). A estos seis estudios se restringirá el resumen. La heterogeneidad de los mismos no hizo posible efectuar un meta-análisis.

- Antitusígenos: un ECA comparó tres grupos de pacientes tratados respectivamente con dextrometorfán, codeína o placebo durante tres días. La codeína y el dextrometorfán no fueron más eficaces que el placebo ($P=0,41$). No existieron diferencias significativas en la incidencia de efectos secundarios.
- Mucolíticos: un estudio con letosteína produjo una mejoría de los síntomas entre el cuarto y el décimo día de administración en una escala de intensidad de la tos de cuatro puntos. La mejoría fue de 0,2 puntos ($P<0,01$).
- Antihistamínicos-descongestivos: dos estudios (155 niños) compararon una combinación de estos dos tipos de fármacos con placebo:

La combinación bromfeniramina-fenilpropanolamina no fue más eficaz que el placebo para reducir el porcentaje de niños con tos a las 2 horas del inicio del tratamiento ($P=0,53$). Los niños que re-

cibieron el medicamento activo presentaron somnolencia con mayor frecuencia que el grupo control.

La combinación bromfeniramina-fenilefrina-fenilpropanolamina no fue más eficaz que el placebo ($P=0,5$) o la no administración de tratamiento alguno (0,8).

- Otras combinaciones de fármacos. Un estudio comparó tres grupos de intervención: triaminicol, dorcol o placebo. No existieron diferencias significativas entre los tres grupos ($P=0,5$).
- Antihistamínicos: un estudio comparó clemastina, clorfeniramina y placebo. Se produjo una mejoría espontánea en los tres grupos sin diferencias estadísticamente significativas ($P=0,2$).

Conclusiones de los autores

En la actualidad no existe evidencia suficiente a favor ni en contra para recomendar o rechazar la prescripción de AT/MC en la tos aguda secundaria a ITRS debido a la escasa potencia estadística de los estudios incluidos en la revisión, la diversidad de los fármacos analizados, la heterogeneidad de los resultados clínicos valorados y las limitaciones en la validez metodológica de la mayoría de los estudios.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Comentario crítico

La presente RS cumple los criterios exigibles a un diseño de este tipo. Existió una gran heterogeneidad de los ECA individuales en cuanto a la medición de la variable de respuesta principal, fármaco evaluado o número de pacientes perdidos durante el período de seguimiento. Existieron, asimismo, diversas carencias metodológicas en muchos de los estudios incluidos en la revisión; en tres ECA no se indicó si existió algún tipo de ocultamiento de la intervención a pacientes y/o médicos. Ningún estudio describió el proceso de aleatoriedad. Estos hechos limitan la posibilidad de extraer conclusiones útiles para la práctica clínica diaria en el momento actual.

Las ITRS son el primer motivo de consulta en las consultas de pediatría de Atención Primaria y es la patología que produce un mayor gasto farmacéutico en nuestro medio¹⁻³. Sorprende por tanto la escasez de ECA bien diseñados que intenten determinar la utilidad diagnóstica de los fármacos destinados a aliviar su sintomatología. No existen en nuestro ámbito estudios que analicen los hábitos de prescripción del pediatra de Atención Primaria en las ITRS. Sin em-

bargo, parece factible suponer que son heterogéneos y que oscilan desde la no administración de medicación hasta la prescripción de alguno de los productos analizados en la RS de Schroeder et al.

En la actualidad, dado el estado actual del conocimiento científico, no es posible extraer conclusiones sobre la ineficacia (o eficacia) de los AT/MC. Este dato es importante, ya que probablemente la opinión más extendida entre la mayoría de pediatras es que estos productos son totalmente ineficaces. Y quizá sea así, pero hasta la fecha no se ha efectuado ningún ECA, con el tamaño muestral suficiente, que utilice variables de respuesta clínicamente relevantes y que cumpla con todos los criterios de validez metodológica exigibles a un estudio de este tipo, que contribuya a clarificar esta situación. La realización de estudios de estas características, que determinen la utilidad de los fármacos más comúnmente empleados, es prioritario.

La situación actual, ante este vacío de conocimiento científico sobre el tema, es: ¿qué conducta seguir? Es aquí donde entran en juego la experiencia clínica personal de cada profesional así como las preferencias del paciente o de sus padres: éstos han de conocer, en primer lugar, el curso benigno y autolimitado

de la enfermedad de su hijo. Además, existen medidas no farmacológicas, tales como la exposición a aire humidificado, que sí han demostrado alguna eficacia⁴ y deberían ser por tanto propuestas a los padres. Éstos deberían ser informados también sobre los posibles efectos secundarios de los AT/MC, que no deben menospreciarse. En las condiciones controladas de un ECA es más difícil

que aparezcan, pero en condiciones reales, de la práctica clínica diaria, se han descrito casos^{5,6}.

A pesar de esta actitud puede darse el caso de que los padres opten, pese a todo, por que su hijo reciba algún tipo de medicación. En esta situación, el pediatra puede recurrir a aquellos fármacos que presenten un menor riesgo de potenciales efectos secundarios.

Bibliografía

1. Sánchez de Dios M, Machin Valtuena M, Carnicero Laseca RM, Cameo Rico MI, Moro Monge R, Burgoa Arribas L. Utilización de un punto de atención continuada por la población infantil, valorando la necesidad de atención prestada por pediatras. *Aten Primaria* 1993; 11: 306-308.
2. García Llop LA, Asensi Alcoverro A, Grafia Juan C, Coll Mas P. Estudio de la demanda en Atención Primaria pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 469-474.
3. Franzi Siso A, Placencia Zarzoso ML, Rodríguez Latre L. Estudio de la prescripción inducida

de las Áreas Básicas de Salud de la Dirección de Atención Primaria Sabadell. *Aten Primaria* 1997; 20: 408-414.

4. Singh M. Heated, humidified air for the common cold (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
5. Pender ES, Parks BR. Toxicity with dextromethorphan-containing preparations: a literature review and report of two additional cases. *Pediatr Emerg Care*. 1991; 7: 163-165.
6. Magnani B, Evans R. Codeine intoxication in the neonate. *Pediatrics*. 1999; 104: e75.



