

Catarro de vías altas

Ángel González Requejo

Pediatra. Centro de Salud Santa Mónica, Rivas-Vaciamadrid, Madrid, España.

Fecha de actualización: 18/03/2023

Cita sugerida:

González Requejo A. Catarro de vías altas (2023). En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18-mar-2023; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es/>

Introducción / puntos clave

El catarro de vías altas (CVA), resfriado común o rinofaringitis aguda es la enfermedad infecciosa más frecuente en Pediatría, con una distribución estacional (predominio en otoño-invierno) y una incidencia más elevada en los primeros 3 años de vida y en niños que acuden a escuelas infantiles (4 a 10 episodios/año).

El CVA es generalmente una enfermedad leve y autolimitada. La educación sanitaria a padres y cuidadores constituye la herramienta fundamental de su manejo. Como medidas de soporte, el uso de paracetamol en situaciones de malestar, una hidratación adecuada y los lavados nasales con suero salino son las intervenciones más recomendables.

Ningún fármaco "anticatarral" (antitusivos, antihistamínicos, descongestivos, mucolíticos) ha mostrado una eficacia relevante en el alivio de los síntomas del CVA, siendo totalmente ineficaces en menores de 6 años y estando asociados, en menores de 2 años, a efectos adversos graves.

La miel es el único compuesto que se ha mostrado superior al placebo en el alivio de la tos en ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y podría recomendarse en niños mayores de 1 año.

Las medidas más eficaces en su prevención son la higiene de manos y las maniobras para limitar la diseminación de las secreciones respiratorias (toser y estornudar en un pañuelo, incluso en la manga de la ropa; evitar tocarse la boca, la nariz y los ojos)

La administración de probióticos podría disminuir de forma modesta la frecuencia de infecciones respiratorias de vías superiores, aunque su elevado coste no justificaría su uso generalizado. La suplementación con Vitamina D podría reducir el riesgo de presentar una infección respiratoria en niños mayores de 1 año y adolescentes, particularmente en situaciones de déficit de esta vitamina, aunque su efecto es muy limitado y muy probablemente irrelevante en la práctica. Los tratamientos preventivos con equinacea, zinc y vitamina C no han mostrado resultados favorables.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: se refuerza la recomendación de limitar el uso de fármacos "anticatarrales" en niños mayores y evitarlos en pequeños. La miel se postula como el

antitusivo más “sensato” en niños mayores de un año. Los probióticos y en menor medida la vitamina D podrían jugar un modesto papel en la prevención, aunque no se puede recomendar su uso generalizado.

Microorganismos causales		
Muy frecuentes	Frecuentes	Menos frecuentes
<ul style="list-style-type: none"> • Rinovirus¹ • Coronavirus: <ul style="list-style-type: none"> ○ Comunes (HCoV-229E, -OC43, -NL63, -HKU1)² ○ SARS-CoV-2³ 	<ul style="list-style-type: none"> • VRS⁴ • Parainfluenza⁵ • Influenza⁶ • Adenovirus⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • Metapneumovirus⁸ • Bocavirus⁹ • Enterovirus no-polio¹⁰

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio, microbiología ¹¹ , imagen	No. El diagnóstico es clínico.	Valorar en cursos atípicos o prolongados ¹¹ o con fines epidemiológicos

Indicaciones ingreso hospitalario
Ninguna específica

Tratamiento antimicrobiano empírico
No indicado

Otros tratamientos farmacológicos	
Productos	Comentarios
Fármacos “anticatarrales” por vía oral	<p>Ningún fármaco anticatarral ha mostrado eficacia alguna en menores de 6 años, por lo que su uso está desaconsejado en este grupo de edad¹². En menores de 2 años, están asociados a efectos adversos potencialmente graves y deben evitarse¹³.</p> <p>Antitusivos: en niños y adolescentes ningún antitusivo se ha mostrado superior al placebo en el alivio de la tos¹⁴. La codeína y el dextrometorfano pueden producir depresión respiratoria y del sistema nervioso central. La codeína presenta una toxicidad mayor e impredecible y está contraindicada en menores de 12 años¹⁵.</p> <p>Antihistamínicos: no han mostrado ninguna eficacia en el alivio de los síntomas del CVA en niños.</p> <p>Mucolíticos: no han mostrado una mejoría clínicamente relevante en los síntomas¹⁶</p>

	<p>Descongestivos orales: en lactantes y niños menores de 6 años, los descongestivos orales en monoterapia o asociados a antihistamínicos no fueron más eficaces que el placebo y están asociados, como agentes simpaticomiméticos, a efectos adversos cardiovasculares y neurológicos potencialmente graves¹⁷. En mayores de 12 años, la combinación descongestivo oral-antihistamínico podría producir una leve mejoría en los síntomas nasales, de dudosa relevancia clínica, y que debe sopesarse frente al riesgo de efectos adversos.</p>
Fármacos "antecatarrales" intranasales	<p>No recomendados en niños por la falta de estudios. En mayores de 12 años podrían aportar una leve mejoría en los síntomas nasales, de dudosa relevancia clínica y asociados a efectos adversos locales (sensación de sequedad, sangrado).</p>
	<p>Descongestivos tópicos: podrían mejorar en un grado leve la congestión nasal en adolescentes, pero no deben aplicarse más allá de los 2-3 primeros días por el riesgo de efecto rebote.</p>
	<p>Bromuro de ipratropio: podrían disminuir la rinorrea, pero no mejoran la congestión nasal.</p>

Otros tratamientos	
Productos	Comentarios
Remedios herbales	<p>Equinácea: ampliamente utilizada en países de nuestro entorno, su uso está desaconsejado en niños por la falta de evidencia de beneficios y el riesgo de efectos adversos (exantema). En adolescentes su eficacia es dudosa y clínicamente irrelevante, tanto en el tratamiento como en la prevención.</p>
	<p>Vapor rub o VapoRub: ungüento que contiene alcanfor, mentol y aceite de eucalipto y que se aplica sobre el tórax y el cuello. No recomendado por la escasa evidencia disponible y su efecto irritante¹⁸</p>
Zinc	<p>No hay evidencias sólidas de su eficacia y se desconoce la pauta más adecuada de administración en sus distintas formulaciones. No recomendado.</p>

Medidas terapéuticas eficaces	
Educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Es la piedra angular del manejo del CVA, avalada y recomendada por instituciones científicas de prestigio (AAP, NICE, AEPap) • Describir el curso evolutivo del CVA e instruir a la familia sobre los signos de alarma de complicaciones que indiquen la necesidad de una valoración médica (dificultad respiratoria, llanto o irritabilidad intensas, deterioro del estado de ánimo, curso prolongado) • Informar de los riesgos y del escaso o nulo beneficio de los tratamientos farmacológicos.

Lavados nasales con suero salino	<ul style="list-style-type: none"> • Los ensayos clínicos realizados muestran una mejoría en los síntomas nasales, aunque el número reducido de pacientes incluidos limita la validez de los resultados¹⁹. • No hay ninguna evidencia de que el agua marina o el suero hipertónico aporten ventaja alguna frente a las soluciones salinas isotónicas y su coste es mayor. • El aire caliente humedecido (vahos) está desaconsejado por la ausencia de beneficios demostrados y los riesgos que comporta su uso (quemaduras). El uso de nebulizadores no ha sido evaluado.
Miel	<ul style="list-style-type: none"> • La miel es el único compuesto que se ha mostrado superior al placebo en el alivio de la tos en ECA, y las evidencias de su eficacia como antitusivo son cada vez más sólidas. Su efecto no obstante es modesto y no puede utilizarse en menores de 1 año por el riesgo de botulismo²⁰.
Remedios "caseros"	<ul style="list-style-type: none"> • Avalados por la OMS como una alternativa válida y segura frente a los preparados farmacológicos, incluyen la toma de infusiones o preparados con miel (miel y limón, etc)

Tratamientos preventivos	
Medidas físicas	El lavado frecuente de manos es la medida más eficaz. Evitar tocarse la boca, la nariz y los ojos; toser y estornudar en un pañuelo (incluso en la manga de la ropa) y el uso de soluciones viricidas en el lavado de manos disminuyen la transmisión
Productos medicinales	Zinc: los datos actualmente disponibles no permiten establecer una recomendación sobre su uso en la prevención.
	Vitamina C: la suplementación diaria con vitamina C, a dosis >200 mg/día, no disminuye la incidencia ni la intensidad de los síntomas de CVA, pero podría disminuir la duración de los episodios (entre 1 y 2 días)
	Vitamina D: un metaanálisis reciente ha mostrado que la suplementación, en forma diaria o semanal – no en bolos – podría reducir el riesgo de padecer una infección respiratoria, particularmente en sujetos con niveles séricos de 25-OHD < 25 nmol/L y en niños entre 1 y 15 años (no en menores de 1 año). No obstante, el efecto es de muy escasa magnitud y por tanto de dudosa aplicabilidad en la práctica clínica diaria.
	Probióticos: La administración prolongada oral de probióticos podría disminuir de forma modesta la frecuencia de infecciones respiratorias de vías superiores y el uso de antibióticos, aunque el balance coste-beneficio sería difícilmente favorable por su elevado coste y la benignidad de la gran mayoría de estos procesos ²¹ .

Referencias bibliográficas
<ul style="list-style-type: none"> • Pappas DE. The common cold in children: Clinical features and diagnosis. En: UpToDate, Edwards MS, Torchia MM (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Nov 17, 2022 • Van Driel ML, Scheire S, Deckx L, et al. What treatments are effective for common cold in adults and children? BMJ 2018; 363: k3786. • Preventing and treating the common cold: what's the evidence? Lynda Ware for Evidently Cochrane blog, 20 January 2017, republished 21 March 2022. • Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and

adults in community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; 11: CD001831

- De Sutter AIM, Saraswat A, van Driel ML. Antihistamines for the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015; 11: CD009345.
- Chalumeau M, Duijvestijn YCM. Acetylcysteine and carbocysteine for acute upper and lower respiratory tract infections in paediatric patients without chronic broncho-pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 5: CD003124.
- De Sutter AIM, Eriksson L, van Driel ML. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. Cochrane Database of Systematic 2022; 1:CD004976.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Infant deaths associated with cough and cold medications--two states, 2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2007; 56:1-4.
- Halmo LS, Wang GS, Reynolds KM, et al. Pediatric Fatalities Associated With Over-the-Counter Cough and Cold Medications. Pediatrics 2021; 148:e2020049536
- Deckx L, De Sutter AIM, Guo L, et al. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016; 10: CD009612.
- AlBalawi ZH, Othman SS, AlFaleh K. Intranasal ipratropium bromide for the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 6: CD008231.
- 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.
- King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Reviews 2015; 4: CD006821
- Oduwale O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM. Honey for acute cough in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018; 4: CD007094.
- Karsch-Völk M, Barrett B, Kiefer D, et al. Echinacea for preventing and treating the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; 2: CD000530.
- Hemilä H, et al. Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 1: CD000980.
- Zhao Y, Dong BR, Hao Q. Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022; 8: CD006895.
- Karsch-Völk M, Barrett B, Kiefer D, et al. Echinacea for preventing and treating the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; 2: CD000530.
- Martineau AR, Jolliffe DA, Hooper RL, et al. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ 2017; 356: i6583.

Abreviaturas:

CVA: catarro de vías altas. **ECA:** ensayo clínico aleatorizado. **VRS:** virus respiratorio sincitial. **AAP:** Academia Americana de Pediatría. **NICE:** National Institute for Health and Care Excellence. **AEMPS:** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **EMA:** European Medicines Agency. **CDC:** Centers for Disease Control and Prevention. **FDA:** Food and Drug Administration. **OMS:** Organización Mundial de la Salud.

Notas aclaratorias:

1. *Los rinovirus causan un 33-50% de los CVA. Picos de incidencia en otoño y marzo-abril.*
2. *Los coronavirus comunes causan un 10-15% de los casos, con una mayor incidencia entre diciembre y abril. En aproximadamente un 50% de los casos asocian síntomas digestivos.*
3. *El espectro de manifestaciones clínicas de la infección por SARS-CoV-2 es muy amplio, desde infecciones asintomáticas hasta formas potencialmente mortales como el síndrome inflamatorio multisistémico. No obstante, el patrón más habitual de presentación es el de una infección respiratoria de vías altas, indistinguible clínicamente del originado por otros virus. Como otros coronavirus, asocia con frecuencia síntomas digestivos. Otras presentaciones frecuentes incluyen los síntomas digestivos no asociados a clínica respiratoria y la fiebre sin foco. La ageusia puede ser un síntoma orientativo en niños mayores y adolescentes. La incidencia de la infección por SARS-CoV-2 tras la pandemia está por determinar.*
4. *El VRS es la 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 noviembre a marzo.*
5. *Los virus parainfluenza (particularmente el tipo 1) son la primera causa de laringitis. Picos de incidencia en otoño.*
6. *Las infecciones por los virus de la gripe tienen su máxima incidencia en los meses de invierno. Pueden presentarse con síntomas constitucionales más intensos y prolongados y afectar a cualquier parte del árbol respiratorio, sobre todo en niños pequeños.*
7. *Los adenovirus afectan fundamentalmente a niños menores de 5 años, con mayor incidencia a finales de invierno y primavera. Producen infecciones respiratorias y digestivas y son el agente causal de la fiebre faringo-conjuntival.*
8. *Los metapneumovirus están 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.*
9. *Los bocavirus están implicados en infecciones respiratorias de gravedad muy variable en lactantes. Su relevancia real es controvertida, al tener un periodo de eliminación viral muy prolongado tras la primoinfección y reinfecciones posteriores.*
10. *La manifestación más frecuente de la infección respiratoria por enterovirus es la enfermedad febril inespecífica con faringitis, aunque algunos tipos se asocian a CVA. Picos de incidencia en verano y principios de otoño.*
11. *Las pruebas de detección rápida de algunos de los virus causantes de CVA (Influenza A y B, SARS-CoV-2, adenovirus, VRS) pueden tener utilidad en aquellas presentaciones prolongadas o atípicas, donde pueden aportar una mayor certeza diagnóstica y podrían evitar estudios complementarios o tratamientos innecesarios. No están indicadas en CVA de curso habitual.*
12. *En 2008 la FDA norteamericana recomendó evitar el uso preparados anticatarrales en menores de 2 años. La Academia Americana de Pediatría recomienda evitarlos antes de los 4 años. Las Agencia de Salud de Canadá, Reino Unido y Australia han ampliado esta recomendación a los niños menores de 6 años.*
13. *Una revisión reciente de fallecimientos asociados al uso de anticatarrales en menores de 12 años durante el periodo 2008-2016, registrados mediante un sistema de farmacovigilancia federal en USA, ha mostrado que la mayoría de los fallecimientos se produjeron en menores de 2 años y asociados al uso de antihistamínicos (particularmente la difenhidramina). El dextrometorfano como antitusivo y la pseudoefedrina como descongestivo figuran también en el listado.*
14. *El dextrometorfano es, pese a todo, el fármaco antitusivo más estudiado. La cloperastina, antihistamínico con modesta acción antitusiva (Flutox®, Sekisan®) y la levodropropizina, antitusivo de acción periférica (Tautoss®, Levotus®), no cuentan con ensayos clínicos de calidad que los avalen.*
15. *La EMA y la AEMPS han emitido sendas notas de seguridad sobre la codeína restringiendo su uso, tanto como analgésico como antitusivo, en menores de 12 años. La EMA asimismo desaconseja el*

uso de codeína en pacientes de 12 a 18 años que presenten compromiso de la función respiratoria por cualquier causa.

16. *La acetilcisteína se ha asociado, en un solo ECA en infecciones respiratorias inferiores y superiores, a una leve disminución de la duración de la tos, de dudosa relevancia clínica.*
17. *En el año 2005 los CDC publicaron 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 mórtem.*
18. *Un solo ECA mostró que la aplicación de Vapor-rub® se asociaba a una mejoría en la calidad del sueño en niños y padres, con una tendencia a la mejoría de la tos. No obstante, la ausencia de ciego y el frecuente efecto irritante (casi 50%) producido en la piel, la nariz y los ojos desaconsejan su uso.*
19. *El mayor ECA sobre lavados nasales en la edad pediátrica con una solución salina isotónica, con 400 pacientes, mostró una mejoría de los síntomas obstructivos y la rinorrea y un menor uso de fármacos anticatarrales en el grupo que recibió los lavados.*
20. *Como cantidad orientativa de miel como antitusivo se propone 2,5 ml entre 1 y 5 años, 5 ml entre 6 y 11 años y 10 ml por encima de los 12 años, siendo su administración a demanda.*
21. *En una reciente revisión sistemática de la colaboración Cochrane (2022), los probióticos mostraron beneficios en la prevención, con unos niveles de evidencia moderado-bajo. No obstante, los ECAs en niños arrojaron resultados dispares y como indican los propios autores de la revisión "los resultados de los ensayos tenían más probabilidades de ser positivos si los ensayos estaban financiados por la industria o si los autores tenían un conflicto de intereses". Los autores también reconocen que no pueden recomendar una pauta clara en cuanto al tipo de probiótico, dosis o duración.*

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en el segundo semestre de 2007. 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/>

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

Con la colaboración de:

el
gipi

lua
ediciones s.o

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