

## RESFRÍO COMÚN EN NIÑOS, EVIDENCIA MÁS ALLÁ DE LOS ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS

**Autor: Catalina Campos A. Residente Medicina Familiar UC.**

**Editor: Dra. Pamela Rojas G, Docente Medicina Familiar UC.**

**Junio 20, 2020**

### **Resumen:**

La rinoфарингитis es el diagnóstico más frecuente en los servicios de urgencia y en la consulta diaria de la atención primaria en niños en Chile. Puede causar síntomas muy molestos en los niños, y bastante ansiedad en los padres. Este artículo presenta una revisión de la efectividad de los fármacos más utilizados hoy para su manejo.

### **INTRODUCCIÓN:**

La rinoфарингитis afecta a todas las edades, pero su frecuencia guarda una relación inversa con la edad <sup>(1)</sup>. Su presentación clásica incluye: congestión nasal, odinofagia, tos, malestar general y/o fiebre de bajo grado. El cuadro es autolimitado y remite en 10 días (en niños la duración media es de 8 días y el 90% se resuelve por completo a los 23 días).

La etiología predominante son los virus como el rinovirus y la transmisión ocurre a través del contacto con secreciones nasales y saliva de personas infectadas <sup>(2)</sup>.

A pesar de no ser una condición de gravedad, tiene un impacto sustancial en términos de ausentismo laboral y escolar, y a un importante gasto en fármacos prescritos y de libre acceso. Anualmente, el resfrío común se traduce en EEUU en 22 millones de días de colegio perdidos, 20 millones de ausencias laborales (incluyendo las ausencias por cuidar a niños enfermos), 25 millones de visitas médicas, y un gasto de USD 40 billones <sup>(3)</sup>.

### **¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA SOBRE SU TRATAMIENTO?**

El objetivo primario del tratamiento de un resfrío común es reducir la duración de los síntomas y su severidad <sup>(2)</sup>, lo que motiva el uso de diversos tratamientos asociados a los analgésicos y antipiréticos. Numerosos estudios han intentado probar algún beneficio, sin embargo sólo unos pocos lo han hecho.

A continuación, se presenta un resumen de algunos preparados que se han estudiado en población infantil para el tratamiento de resfrío común y las principales conclusiones al respecto:

- 1. Irrigación nasal con solución salina (6):** Puede ser administrada en diferentes presentaciones, que permiten la entrega de la irrigación salina en forma de pulverización fina o chorro. La concentración usual es la "salina normal", que se aproxima a un fluido iso-osmolar, pero también existen soluciones salinas hipertónicas. Una RS de 5 ECR, que incluyó 544 niños y 205 adultos, evaluó la efectividad de la irrigación salina nasal en los síntomas de la infección respiratoria aguda alta en comparación con tratamiento estándar sin irrigación salina. Los resultados mostraron:
  - a. Duración de los síntomas: sin diferencias estadísticamente significativas (DM -0,74 días; IC 95% -2,58 a +1,11; GRADE Muy Bajo).
  - b. Prescripción de antibióticos: sin diferencias estadísticamente significativas (OR 0,65; IC 0,29-1,46; GRADE Muy Bajo).

- c. Odinofagia: Disminución de síntomas en una escala del 1 al 4 reportada por pacientes seguidos hasta por 3 semanas a favor de la irrigación con solución salina (DM -0,14; IC -0,24 a -0,04); GRADE Bajo).
- d. Efectos adversos: No se reportaron efectos adversos serios, sólo 3 niños experimentaron epistaxis. Con respecto a los efectos adversos menores, un estudio con lactantes reportó que 40-44% de los participantes no toleró la irrigación salina mediante gotas nasales y otro estudio asoció disconfort cuando la aplicación de la irrigación era a mayores presiones.

Todos estos resultados se basan en estudios muy pequeños y con alto riesgo de sesgo. Pese a su alta frecuencia de uso, la efectividad de la irrigación salina nasal en los síntomas del resfrío común aún es incierta.

- 2. **Descongestionantes nasales (7):** 1 RS con 15 ECR, que incluyó 1838 participantes, evaluó la eficacia de los descongestionantes nasales en el control de los síntomas del resfrío común. Sólo 1 estudio que incluía participantes mayores de 12 años (el resto sólo incluía adultos). A pesar de que el resfrío es muy frecuente en niños, no hay evidencia acerca de la efectividad o seguridad de los descongestionantes nasales en este grupo etario para el manejo de síntomas respiratorios altos.
- 3. **Antihistamínicos (8):** 1 RS de 18 ECR, que incluyó 4342 participantes, evaluó la eficacia de los antihistamínicos en el control de los síntomas del resfrío común. Sólo 2 estudios incluyeron niños menores de 18 años (N= 212 niños). Estos estudios fueron insuficientes para demostrar efectividad, dado que eran pequeños.
- 4. **Combinación antihistamínico-descongestionante-analgésico (9):** Una RS con 27 ECR, que incluyó 5117 participantes, evaluó la efectividad y seguridad de las combinaciones de antihistamínico, descongestionante y analgésicos en el manejo de los síntomas del resfrío común vs placebo. 8 estudios incluyeron niños de diferentes edades.
  - a. Control de síntomas: sin diferencias estadísticamente significativas entre el grupo tratado y el no tratado con combinaciones.
  - b. Efectos adversos: Aumento en la somnolencia en el grupo que usó la terapia combinada.

Estos resultados solo aplican para el subgrupo de niños entre 6 meses y 5 años. Los niños más grandes no se pudieron analizar por separado ya que sus resultados fueron incluidos en el grupo de adultos.

\*\*\*\* **IMPORTANTE:** Durante los años 2004-2005, un estimado de 1519 niños menores de 2 años fueron aceptados en los servicios de urgencias de EE.UU. por eventos adversos asociados al uso de medicamentos para la tos y para el resfrío. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) decide revisar estos reportes e identifica 3 lactantes menores de 6 meses fallecidos el año 2005 de manera secundaria a la ingesta de medicamentos para la tos y el resfrío, lo que habían sido indicados por un profesional de salud. En ellos se encontraron altos niveles de pseudoefedrina, dextrometorfano y acetaminofeno en sangre, y tras una investigación se descartó intencionalidad y anomalías cardíacas. Las dosis de descongestionantes y de combinaciones de antihistamínico-descongestionante-analgésico seguras para niños menores de 2 años son desconocidas. Ante esto, y a la

ausencia de evidencia confiable sobre su efectividad en los síntomas de resfrío en niños, se sugiere no administrar (10, 11).

**5. Antitusivos (Levodropropizina) (13):** Una RS de 4 estudios evaluó la efectividad de Levodropropizina en el tratamiento de la tos en niños con síntomas de resfrío común. La RS contenía 1 ECR que incluyó 258 niños de 2-14 años con tos seca; el resto de los estudios eran observacionales o incluían niños con asma o bronquitis. Al comparar levodropropizina versus dropropizina se observó:

- a. Disminución en la frecuencia de la tos: sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (DM -0,05 (IC -0,29 a 0,20) (p=0,72).
- b. Disminución en el despertar nocturno: sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (DM 0 (IC -0,25 a 0,25) (p=1).

En el estudio concluyen que sería un fármaco promisorio pero sin estudio de seguridad o de eficacia en lactantes. Al ser sólo un estudio donde no hay una comparación con placebo o no tratar, no se puede establecer una recomendación.

Es importante mencionar que en esta revisión se observa una comparación entre 2 "tratamientos activos". Se menciona la existencia de 1 estudio contra placebo, fundamental para dar cuenta de una real efectividad, pero no lo incluyen en esta RS, lo que hace difícil establecer cualquier recomendación.

**6. Miel (14):** Una RS de 3 ECR que incluyó a 568 niños de 1-18 años evaluó la efectividad y seguridad de la miel en el tratamiento de la tos aguda en niños. Los resultados mostraron:

- a. score de tos: reducción estadísticamente significativa a favor de miel versus no tratar (DM -1,05 IC -1,48 a -0,62) y también versus placebo (DM -1,85 IC -3,36 a -0,33). Sin diferencias estadísticamente significativas al comparar miel versus dextrometorfano, y levemente superior a difenidramina (DM -0,57 (IC -0,9 a 0,24).
- b. Efectos adversos: Sin diferencias estadísticamente significativas. Cabe recordar que debido a la ausencia de inmunidad contra *Clostridium Botulinum*, los lactantes menores a 1 año no deben recibir miel.

## RESUMEN

Si bien el uso de analgésicos y antipiréticos parecen medidas razonables y suficientes para el manejo de los síntomas del resfrío común infantil, existen numerosos preparados que se utilizan con o sin prescripción médica en estos cuadros.

Luego de revisar la evidencia, sólo la irrigación nasal con solución salina y la miel podrían tener algún efecto sobre la reducción de síntomas del resfrío común. Se sugiere ser cautelosos en la indicación de medicamentos, y discutir esta información con los padres, de modo de evitar el uso de fármacos innecesarios y potencialmente riesgosos.

## REFERENCIAS:

1. **De la Flor i Brú, J.** Infecciones de vías respiratorias altas-1: resfriado común. *Pediatr Integral* (2017). Vol 2 (6);377–398.
2. DeGeorge, K. C; Ring, D. J; Dalrymple S. N. Treatment of the common cold. *Am Fam Physician* (2019). Vol. 100(5);281-289.

3. Deckx L, De Sutter AIM, Guo L, Mir NA, van Driel ML. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2016). Issue 10. Art. No.: CD009612.
4. **Kim SY, Chang YJ, Cho HM, Hwang YW, Moon YS. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2015).**
5. Wong T, Stang AS, Ganshorn H, et al. Combined and alternating parac- etamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10):CD009572.
6. King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GKP. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2015).
7. Deckx L, De Sutter AIM, Guo L, Mir NA, van Driel ML. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2016)
8. De Sutter AIM, Saraswat A, van Driel ML. Antihistamines for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2015)
9. De Sutter AIM, van Driel ML, Kumar AA, Lesslar O, Skrt A. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2012).
10. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5601a1.htm>
11. <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/when-give-kids-medicine-coughs-and-colds>
12. Hayward G, Thompson MJ, Perera R, Del Mar CB, Glasziou PP, Heneghan CJ. Corticosteroids for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2015).
13. Zanasi et al. Levodropropizine for treating cough in adult and children: a meta-analysis of published studies. *Multidisciplinary Respiratory Medicine* (2015).
14. Oduwole O, Meremikwu MM, Oyo-lta A, Udoh EE. Honey for acute cough in children. *Cochrane Data- base Syst Rev*. (2014)