

Los antitusígenos no son eficaces para producir una disminución de la intensidad y/ o duración de la tos en las infecciones agudas del tracto respiratorio superior.

Estudio

Schroeder K, Fahey T. Should we advise parents to administer over the counter cough medicines for acute cough? Systematic review of randomised controlled trials. [Arch Dis Child 2002; 86: 170- 175.](#)

Diseño

Revisión sistemática (RS).

Objetivo

Determinar si los antitusígenos son eficaces para disminuir la intensidad y/ o duración de la tos en niños con infección del tracto respiratorio superior (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 intentó contactar con los autores de los artículos recuperados y con la industria farmacéutica para identificar trabajos adicionales no publicados.

Selección de los estudios

Criterios de inclusión: 1) estudios realizados en población de edad inferior a 16 años; 2) los medicamentos evaluados eran antitusígenos que era posible adquirir sin receta médica; 3) la variable de respuesta de los estudios era la tos (intensidad, duración); 4) los estudios eran EC aleatorios (ECA) que disponían de un grupo control que recibía placebo. Criterios de exclusión: pacientes con tos crónica, definida como de más de tres semanas de duración en niños con una enfermedad crónica subyacente (asma, TBC); 3) estudios realizados con antitusígenos no convencionales, como hierbas o preparados homeopáticos; 4) estudios realizados con preparados cuya vía de administración no era oral.

Resultados principales

Se identificaron 328 artículos. Seis ECA, que incluían un total de 438 pacientes, cumplieron los criterios de selección. La heterogeneidad de los mismos no hizo posible efectuar un meta- análisis.

Antitusígenos: Un ECA comparó tres grupos de pacientes tratados respectivamente con dextrometorfan, codeína o placebo durante tres días. La codeína y el

dextrometorfan no fueron más eficaces que el placebo ($P= 0,41$). No existieron diferencias significativas en la incidencia de efectos secundarios.

Mucolíticos: Un estudio con el mucolítico 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 compararon una combinación de estos dos tipos de fármacos con placebo.

La combinación bromfeniramina- fenilpranolamina no fue más eficaz que el placebo para reducir el porcentaje de niños con tos a las dos horas del inicio del tratamiento ($P= 0,53$). Los niños que recibieron el medicamento activo presentaron somnolencia con mayor frecuencia que el grupo control.

La combinación bromfeniramina- fenilefrina- fenilpropranolamina 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 para recomendar la prescripción de antitusígenos en las ITRS, por lo que estos productos no deberían ser utilizados como tratamiento de inicio. La letosteína produjo una mejoría sintomática estadísticamente significativa pero de nula relevancia clínica.

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 valorados en cuanto a la medición de la variable de respuesta principal, fármaco evaluado o número de pacientes perdidos durante el periodo de seguimiento. Existieron, asimismo, algunas carencias de tipo metodológico en algunos estudios; 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 aleatorización.

Las ITRS son el primer motivo de consulta en las consultas de pediatría de atención primaria (AP) y es la patología que produce un mayor gasto farmacéutico en nuestro medio^(1,2,3). No existen en nuestro ámbito estudios que analicen los hábitos de prescripción del pediatra de AP en las ITRS. Sin embargo, parece factible suponer que éstos son muy 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. Por este motivo, sus resultados son especialmente importantes para el pediatra de AP; en ocasiones, para el pediatra puede resultar más fácil, por la presión asistencial, recetar un medicamento para el alivio sintomático de la tos que invertir uno- dos minutos en explicar a los padres que las ITRS son procesos autolimitados y que, en la mayoría de las ocasiones, los antitusígenos- descongestivos- mucolíticos no contribuyen a aliviar los síntomas. En ocasiones, la actitud de rellenar una receta para

este tipo de patología es una manera de combatir más la ansiedad de los padres que el proceso que el niño padece. La presente RS aporta información valiosa para inducir un cambio de actitud en este sentido: los padres deberían ser informados sobre la eficacia real y los posibles efectos secundarios de estos fármacos para, de esta manera, tomar una decisión conjunta médico- padres individualizada en cada caso. La actitud del médico debería ser no recomendar este tipo de medicamentos basándose en las pruebas actualmente disponibles. Medidas no farmacológicas tales como la humedad ambiental han demostrado ser eficaces en la actualidad⁴. Pueden darse situaciones en que los padres deseen, a pesar de todo, que su hijo reciba algún tipo de medicación. En esta situación, el pediatra debería recurrir a aquellos fármacos que presenten un menor riesgo de efectos secundarios potenciales.

Autor

José Cristóbal Buñuel Álvarez Pediatra ABS Girona- 4 (Institut Català de la Salut)

Bibliografía

1. Sanchez de Dios M, Machin Valtuena M, Carnicero Laseca RM, Cameo Rico MI, Moro Monge R, Burgoa Arribas L. Utilization of a continuing care center by the child population, assessing the need of care delivered by pediatricians. [Aten Primaria 1993; 11 :306-8](#)
2. Garcia Llop LA, Asensi Alcoverro A, Grafia Juan C, Coll Mas P. The demand for primary pediatric care. [An Esp Pediatr 1996; 44: 469-74](#)
3. Franzi Siso A, Placencia Zarzoso ML, Rodriguez Latre L. Study of prescriptions issued in base health areas of the Primary Care Administration of Sabadell. [Aten Primaria 1997; 20: 408-14](#)
4. Singh M. Heated, humidified air for the common cold (Cochrane Review). [In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software](#)