

Laringitis y resfriado común

M. T. Callén Blecua¹, M. Esteller²

Pediatra. CS Bidebieta. San Sebastián, Guipúzcoa. España. Grupo de Vías Respiratorias (GVR) de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)

Pediatra. Grupo de Vías Respiratorias (GVR) de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Sociedad Catalana de Pediatría

RESUMEN

La laringitis/crup es una enfermedad común de origen viral, que afecta sobre todo a niños entre seis meses y tres años y es más frecuente en septiembre-octubre. Generalmente es leve y se resuelve en 48 horas, pero pueden existir cuadros graves y hay que diferenciarla de otros procesos de obstrucción de la vía aérea superior. El diagnóstico se realiza por la clínica –tos perruna, afonía y estridor inspiratorio acompañados o no de rinitis y fiebre– y no son necesarias otras exploraciones. El tratamiento farmacológico es con corticoides y con adrenalina en las laringitis moderadas y graves. La dexametasona oral es el corticoide de elección en todos los casos; en los leves disminuye la tos y el número de consultas.

El resfriado común es una enfermedad viral muy prevalente y uno de los principales motivos de consulta. La clínica es generalmente leve y se resuelve en 1-2 semanas, pero ocasiona un gran impacto social y económico. El diagnóstico es clínico y el tratamiento sintomático, pero persiste una elevada prescripción de antibióticos y anticatarrales, a pesar de que la evidencia sugiere lo contrario. La educación del personal sanitario y de los padres es fundamental.

PUNTOS CLAVE

- La laringitis es la enfermedad obstructiva de la vía aérea superior más frecuente en la infancia. Su etiología es viral, causada por el virus *Parainfluenza* en la mayoría de los casos.
- Es más frecuente en niños de seis meses a tres años. Se produce un pico en los meses de septiembre y octubre.
- El tratamiento con corticoides por vía oral, intramuscular o nebulizados, disminuye los síntomas, el número de consultas médicas, de ingresos y el uso de adrenalina.
- El corticoide de elección es la dexametasona oral.
- La adrenalina nebulizada produce una mejoría rápida de la obstrucción de la vía aérea pero el efecto dura menos de dos horas.
- No hay evidencia sobre la eficacia del uso de aire húmedo en el tratamiento de la laringitis o de la exposición al aire frío por la noche.
- El resfriado común es una enfermedad vírica, muy prevalente, en general no grave, que se resuelve por sí sola en un plazo de 1-2 semanas.
- Tiene un gran impacto, ya que ocasiona un malestar considerable, absentismo escolar y laboral y un importante gasto económico.
- En cuanto al tratamiento, no hay evidencia respecto a la indicación de antibióticos y anticatarrales.
- Los antitérmicos/analgésicos, la miel y la irrigación nasal con suero salino fisiológico pueden ser útiles como tratamiento sintomático, y la vitamina C y los probióticos como profilaxis.
- Medidas tales como el lavado de manos, el uso de mascarillas, no compartir (y/o lavar) los juguetes, restringir las visitas y la asistencia a la guardería o incentivar la lactancia materna pueden ser útiles en la prevención de la transmisión del resfriado común.

LARINGITIS

Introducción

La laringitis/crup es una enfermedad común; es la infección obstructiva de la vía aérea superior más frecuente en la infancia y afecta principalmente a niños entre seis meses y tres años. Su incidencia aumenta repentinamente en el mes de septiembre, alcanzando su máximo en octubre, para descender bruscamente en noviembre y mantenerse baja hasta alcanzar el mínimo en julio.

La etiología es viral, siendo los virus *Parainfluenza* tipos 1 y 2 los patógenos más frecuentes, el *Parainfluenza* tipo 3 es el responsable de casos esporádicos que a menudo son más graves. También pueden causar laringitis el virus respiratorio sincitial, el coronavirus humano NL63, el rinovirus, el *Influenza* y el *Coxsackie* tipos A9, B4 y B5, sin olvidar el virus del sarampión en áreas donde persiste la enfermedad.

Habitualmente es una enfermedad leve, que cede en 48 horas, pero constituye un motivo frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias por la angustia que producen en el paciente y su familia.

Es importante distinguir los cuadros leves de los que evolucionan con rapidez a una obstrucción respiratoria grave, además de establecer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que también cursan con obstrucción de la vía aérea superior y precisan una actuación rápida.

Laringitis, laringotraqueítis y crup no son iguales en etiología y clínica, pero los tres términos se mezclan en la literatura. El tratamiento en Atención Primaria y en Urgencias es el mismo.

Clínica

Se produce por la inflamación de la laringe y la vía aérea por debajo de la glotis. La clínica habitual consiste en un cuadro de aparición brusca por la noche con tos perruna y afonía, instaurándose a continuación, de forma rápida en el crup o lenta en la laringitis, estridor inspiratorio y dificultad respiratoria. La laringitis puede ir precedida de un cuadro catarral y fiebre, que puede ser alta en los niños pequeños. El crup espasmódico siempre ocurre por la noche de forma brusca, es de corta duración, no hay fiebre, puede haber rinitis y los episodios se repiten de dos a cuatro noches consecutivas; suele ser recurrente, puede haber historia familiar de crup o de atopia, el curso es leve y los síntomas ceden al tranquilizar al niño.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y no son necesarias pruebas de imagen. En la exploración se pueden encontrar signos de dificultad

respiratoria alta, tiraje supraesternal, intercostal y subcostal con mayor o menor hipoventilación según la gravedad del cuadro. Hay numerosas escalas clínicas para valorar la gravedad pero, dada la gran variabilidad entre los observadores, son de escasa utilidad y se usan sobre todo cuando se realizan estudios de eficacia de fármacos. Una de las más extendidas es la de Westley, que valora y puntúa la intensidad del estridor, las retracciones y la ventilación. La alteración del nivel de consciencia y la palidez/cianosis indican gravedad y necesidad de actuación inmediata. La presencia de estridor es el elemento clave para valorar la gravedad, el estridor en reposo es un signo de obstrucción de la vía aérea superior.

El diagnóstico diferencial se debe realizar sobre todo por su extrema gravedad, con la epiglotitis producida por el *Haemophilus influenzae* (aunque actualmente su incidencia es mínima debido a la vacunación sistemática). No obstante, conviene recordar que ante un niño afectado con fiebre alta, disfagia, babeo, voz apagada, estridor poco llamativo, sin tos ronca y el cuello en extensión hay que pensar en ella y derivarlo inmediatamente. Otros procesos a diferenciar son la traqueítis bacteriana y cuerpo extraño en la vía aérea, además de absceso retrofaríngeo y edema angioneurótico.

Una laringitis que se prolonga en el tiempo o en la que, tras una mejoría, hay un repunte de la fiebre con niño decaído sugiere una sobreinfección bacteriana, traqueítis o neumonía por *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*.

Un niño con episodios recurrentes de laringitis viral debe ser evaluado para descartar alteraciones de la vía aérea que favorezcan la obstrucción de la misma.

Tratamiento

Intentar tranquilizar al niño y molestarlo lo menos posible. No se debe explorar la orofaringe si el niño no colabora, ya que puede empeorar.

El tratamiento farmacológico de la laringitis son los corticoides y la adrenalina nebulizada.

Corticoides

Su acción antiinflamatoria disminuye el edema de la mucosa laríngea. La evidencia derivada de una revisión sistemática que incluye 24 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (2878 niños) que comparan el tratamiento con corticoides frente a placebo y 14 ECA que comparan diferentes corticoides y diferentes vías de administración demuestra que los **corticoides** (por vía oral, IM o nebulizados) proporcionan un tratamiento efectivo en la laringitis leve, moderada y grave. Mejoran la puntuación en las escalas clínicas de laringitis a las seis horas y disminuyen

posteriores visitas médicas, la necesidad de hospitalización y el uso de adrenalina.

La **dexametasona** en dosis única oral es el corticoide de elección, por su eficacia y seguridad bien conocidas, facilidad de administración y de duración más prolongada. La dexametasona por vía oral se absorbe rápidamente, siendo tan efectiva como la dexametasona IM y menos traumática para el niño.

En relación a la dosis óptima de dexametasona, se ha comparado la efectividad de dosis única oral de 0,15 mg/kg con una dosis única de 0,6 mg/kg en niños con laringitis moderada a grave, sin que se encuentren diferencias significativas en la mejoría de los síntomas en ambos grupos. Es decir, la dosis de dexametasona de 0,15 mg/kg es tan efectiva como la dosis de 0,6 mg/kg en el tratamiento del crup moderado a grave. No obstante, hay autores que continúan recomendando la dosis alta, por considerar que la muestra de este estudio puede no ser suficiente para detectar diferencias clínicamente importantes.

En la laringitis leve, una dosis única de dexametasona oral (0,15 mg/kg) demostró que las consultas posteriores y la tos disminuían de forma significativa.

No hay evidencia de que dosis repetidas de corticoides proporcionen un beneficio mayor que una dosis única.

Con respecto a la **prednisolona**, hay dos ensayos clínicos que la comparan con la dexametasona. En uno de ellos, se compara una dosis única oral de prednisolona de 1 mg/kg con una dosis equipotente de dexametasona (0,15 mg/kg), encontrando que la prednisolona es algo menos efectiva que la dexametasona en niños con laringitis leve a moderada. En el otro ensayo clínico se compara una dosis única de dexametasona oral de 0,6 mg/kg con dexametasona en dosis de 0,15 mg/kg y con un tercer grupo tratado con 1 mg/kg de prednisolona en dosis única oral, sin que se encuentre diferencia significativa entre los tres grupos, en ingresos hospitalarios o en necesidad de atención médica posterior.

El metaanálisis de estos dos ECA no muestra diferencia en la escala clínica de gravedad, pero los que reciben dexametasona consultan menos veces *a posteriori* y/o ingresan menos un 9,6 frente a un 29,7%, riesgo relativo 0,3 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,2 a 0,6).

La **budesonida** nebulizada ha demostrado ser tan efectiva como la dexametasona oral o IM para el tratamiento de la laringitis; sin embargo, hay razones prácticas para preferir el uso de dexametasona oral: la nebulización prolonga con frecuencia la agitación y el llanto del niño, con empeoramiento de la dificultad respiratoria, la administración de la nebulización requiere de 10 a 15 minutos, frente a 1-2 minutos para tomar un fármaco por vía oral, y además la budesonida es sustancialmente

más cara. La budesonida nebulizada podría proporcionar una alternativa para niños con vómitos o con dificultad respiratoria grave, en quienes la budesonida podría utilizarse mezclada con adrenalina y administrarse simultáneamente.

La utilización de tratamiento combinado con budesonida nebulizada + dexametasona oral frente a la utilización de cualquiera de ellas por separado no ha demostrado diferencia significativa en las escalas clínicas de gravedad del crup o en el porcentaje de ingresos hospitalarios. Así pues, el tratamiento combinado no proporciona beneficio adicional.

No se han descrito **efectos adversos** en niños que han recibido una dosis única de corticoide oral, IM o IV para el tratamiento de la laringitis. El riesgo potencial es la infección bacteriana secundaria.

La administración de corticoides puede enmascarar la presencia de un hemangioma en la vía aérea superior que se manifieste con estridor inspiratorio, sobre todo en los cuadros catarrales.

Adrenalina

La adrenalina produce una vasoconstricción en las arteriolas de la mucosa y disminuye la presión hidrostática capilar, lo que permite la reabsorción de fluido y disminuye el edema en la vía aérea.

Varios ensayos clínicos aleatorizados de muestra pequeña y un metaanálisis de tres ECA han demostrado que la adrenalina nebulizada produce una mejoría a los 30 minutos, en la escala clínica de los síntomas de laringitis moderada a grave, comparada con placebo, diferencia estandarizada de medias (DME) -0,94; IC 95%: -1,37 a -0,51.

Sin embargo, el efecto clínico de la adrenalina nebulizada es transitorio, no dura más de dos horas. Después de que el efecto ha desaparecido, los síntomas pueden volver a la línea basal o cerca de la basal. Por ello, los niños que reciben adrenalina nebulizada deberían ser observados en la sala de Urgencias durante 2-4 horas después de la administración, para asegurarse de que los síntomas no vuelven a la línea basal.

En niños con laringitis moderada y grave, su uso es beneficioso, administrada a la vez que el corticoide. Aunque el efecto es transitorio, proporciona una ventana de oportunidad para que el tratamiento con corticoides haga efecto. En niños ingresados reduce la estancia hospitalaria respecto a placebo (un ECA, diferencia media: -32 horas; IC 95%: -59,1 a -4,9).

Diversos estudios aleatorizados han comparado adrenalina racémica (mezcla 1:1 de D y L-isómeros) con L-adrenalina en niños con laringitis, sin que se encuentre diferencia significativa a los 30 minutos entre las dos preparaciones en las escalas

de laringitis, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, fracción de oxígeno inspirado y saturación de oxígeno. Después de dos horas, la L-adrenalina mostró una reducción significativa en comparación con la adrenalina racémica en un ECA (DME: 0,87; IC 95%: 0,09 a 1,65). Es decir, ambas presentaciones de adrenalina tienen igual efectividad y ambas son aceptables para el tratamiento de la laringitis.

Los efectos adversos importantes con la adrenalina nebulizada son excepcionalmente raros. En general, la evidencia muestra que la nebulización con 3 a 5 ml de adrenalina al 1:1000 es un tratamiento seguro, con escasos efectos adversos (ligero aumento de la frecuencia cardiaca). Sin embargo, hay publicado un caso de infarto agudo de miocardio (IAM) en un niño que recibió tres dosis en 60 minutos, por ello, si se precisan varias dosis de adrenalina, sería aconsejable utilizar monitorización cardiaca y, de forma general, los niños que requieran más de una dosis para estabilizar su función respiratoria deberían estar ingresados.

Las diferencias entre los distintos fármacos utilizados en la laringitis se recogen en la [Tabla 1](#).

Otros fármacos

- **Antibióticos:** no tienen ningún papel en el tratamiento de la laringitis no complicada, ya que es de causa viral. Solo deberían emplearse si hay complicaciones como la traqueítis bacteriana o la neumonía.
- **Antitusivos y anticongestivos:** no deben prescribirse pues, al igual que en otros procesos infecciosos de la vía aérea, no son eficaces. La codeína puede producir alteración sensorial.

Aire húmedo

Aunque la humidificación se ha utilizado ampliamente en el tratamiento de la laringitis leve a moderada, no hay evidencia que apoye su uso en la práctica clínica. Hay dos ECA: uno compara humedad frente a no humedad y el otro compara no humedad, baja humedad, y 100% de humedad, entre niños que acuden a un Servicio de Urgencias por laringitis. No se demostraron cambios significativos en las escalas de laringitis en los distintos grupos.

Sin embargo, aunque el aire húmedo no disminuye el edema subglótico, puede proporcionar otros beneficios: la inhalación de aire húmedo puede disminuir la sequedad de la superficie mucosa inflamada y hacer que las secreciones sean menos espesas, proporcionando una sensación de confort y tranquilidad al niño y a los padres.

La exposición al aire frío por la noche parece que puede disminuir los síntomas en la laringitis leve, aunque tampoco hay estudios rigurosos que lo avalen.

Manejo de la laringitis en el centro de salud

El algoritmo de actuación ante una laringitis en el centro de salud se muestra en la [Figura 1](#), algunas aclaraciones:

Si la laringitis es leve, se debe tranquilizar a la familia y explicar el cuadro. Recomendar como medidas generales ambiente húmedo y frío, así como antitérmicos en caso de fiebre, y dar hoja informativa ([Anexo 1](#)). Una dosis única de dexametasona oral de 0,15 mg/kg disminuirá la tos y la afonía si incomoda mucho al niño y/o a la familia.

La dexametasona oral en suspensión no está comercializada pero puede prepararse como fórmula magistral (véase el protocolo

Tabla 1. **Tratamiento: comparativa de fármacos empleados**

	Farmacocinética			Dosis			Efecto	
	Vida media	Actividad glucocorticoide	Actividad mineralcorticoide	Habitual	Máxima diaria	Pauta	Inicio	Duración
Adrenalina nebulizada (1:1000)	2 horas	–	–	3 ml diluidos en 2 ml de SSF	3 nebulizaciones con intervalo entre dosis de 20 min	Dosis única	10-30 minutos	2 horas
Budesonida nebulizada 0,5 mg/ml	2-3 horas	–	Nula	2 mg en 2 ml de SSF	-	Dosis única	1-2 horas	24 horas
Dexametasona	36-54 horas	25	Nula	0,15 a 0,6 mg/kg/día	10 mg	Dosis única	2-6 horas	36-72 horas
Prednisolona	18-36 horas	4	Baja	1 mg/kg/día*	30 mg	Dosis única	2-6 horas	12-36 horas

SSF: suero salino fisiológico.

*1 mg/kg de prednisolona es equivalente a 0,15 mg/kg de dexametasona.

Modificada de protocolo de Laringitis del Grupo de Vías Respiratorias (publicación P-CVR-5).

de laringitis del Grupo de Vías Respiratorias en www.respirar.org/images/pdf/grupovias/laringitis_p_gvr_5_2010.pdf en las oficinas de farmacia y disponer de ella en los centros. Existen comprimidos comercializados de 1 y de 4 mg, que se pueden disolver en 5 ml de agua azucarada. En algunos Servicios de Urgencias se utilizan las ampollas de presentación IV (4 mg/ml) por vía oral; sin embargo, no hay estudios que informen de la farmacodinámica de la ampolla IV al tomarla por vía oral, por lo que no se puede recomendar esta forma de utilización.

La prednisona, cuya suspensión oral sí está comercializada, se emplea en una dosis equipotente, pero es de segunda elección.

En niños asmáticos suele asociarse broncoespasmo, por lo que habrá que añadir salbutamol inhalado.

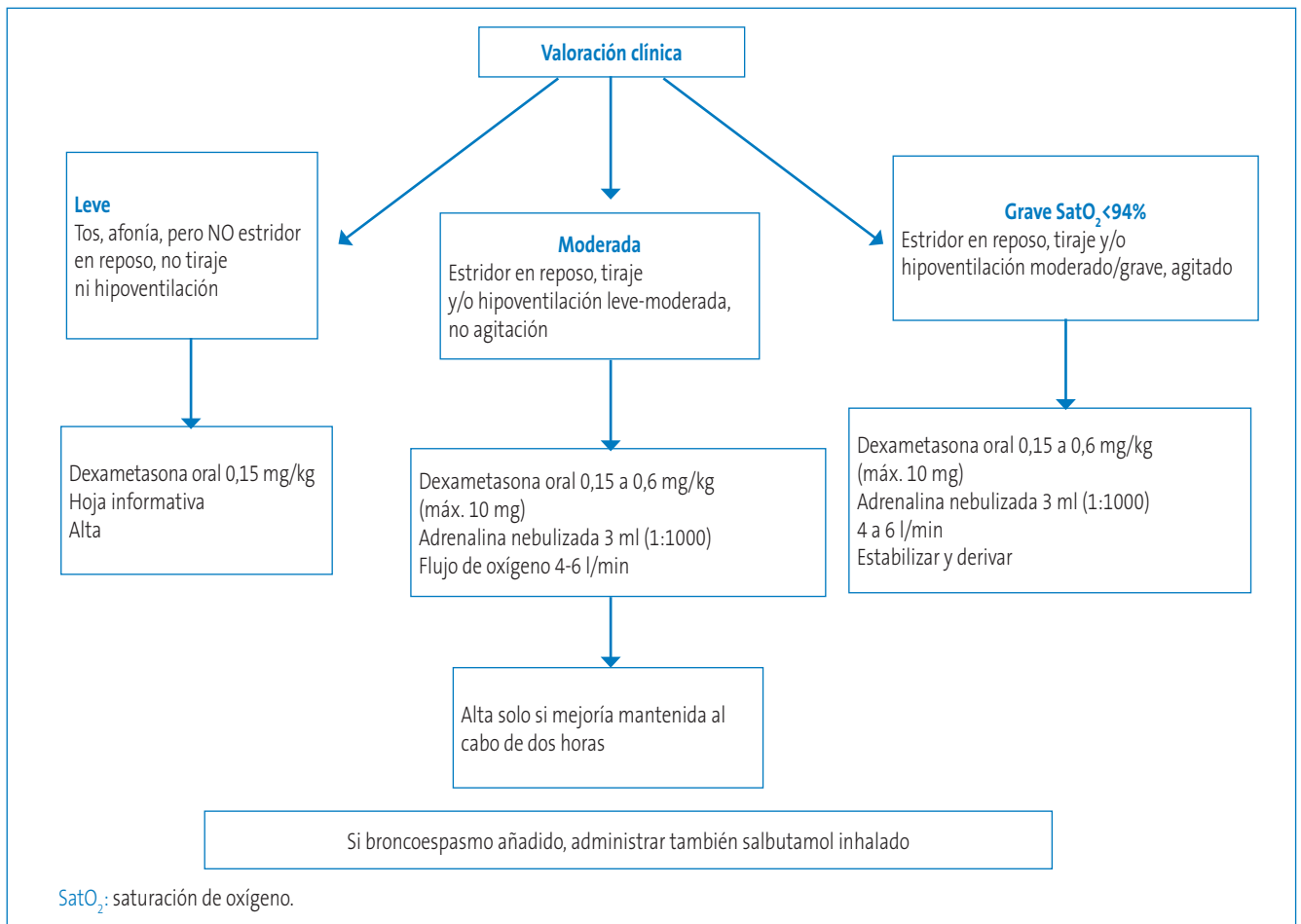
El nivel de conciencia alterado o la cianosis indican necesidad de tratamiento, estabilización y traslado inmediato.

RESFRIADO COMÚN

Introducción

El resfriado común (RC) es omnipresente en todos los sectores de la población y es uno de los principales motivos de consulta en Pediatría de Atención Primaria. Es más común en los niños, especialmente en los más pequeños. La incidencia se sitúa en torno a los 3-8 episodios al año, si bien puede llegar hasta 12.

Es una infección causada por virus (han sido implicados más de 200): los rinovirus son la causa más frecuente (más del 50%) y muestra picos de actividad en otoño y primavera. Los coronavirus son la segunda causa (15-20%) seguidos por el resto de los virus en porcentajes menos importantes. Alrededor de un cuarto de los resfriados no tienen una causa identificable. Se piensa que la infección con dos o más virus se produce en el 5% de los resfriados.



Modificado del protocolo del Grupo de Vías Respiratorias (publicación P-GVR-5).

Figura 1. **Tratamiento de la laringitis en el centro de salud**

Anexo 1. Laringitis/crup. Hoja informativa para padres

¿Qué es la laringitis?

- Una infección por virus que causa inflamación de la laringe. Esta inflamación puede dar tos ronca, afonía y con frecuencia un “sonido” cuando su hijo respira. Este sonido se conoce como “estridor”
- Generalmente, la laringitis empeora por la noche. El niño puede acostarse bien y de repente despertarse con tos perruna y dificultad para respirar. A menudo mejora durante el día, pero luego empeora de nuevo la noche siguiente
- Lo más probable es que la tos del crup desaparezca en un par de días; sin embargo, algunos niños continúan tosiendo hasta siete días. A menudo la tos desaparece tan rápido como comenzó, aunque en algunos casos va seguida de tos blanda y mucosidad nasal

¿Qué puedo hacer para que mi hijo esté más cómodo?

- Si tiene fiebre o dolor de garganta, puede darle paracetamol o ibuprofeno, en las dosis recomendadas por su pediatra
- Ofrecer líquidos frescos
- Si empieza a tener “estridor” al respirar, abrir la ventana del dormitorio para que respire aire frío durante 5-10 minutos
- El ambiente tranquilo y la calma le ayudarán a disminuir los problemas de respiración

¿Qué signos de alarma hay que vigilar?

De vez en cuando, ver y escuchar su respiración con el pecho desnudo, para comprobar si tiene dificultad para respirar. **Necesita acudir al médico si:**

- El “estridor” al respirar se oye todo el tiempo, no solo cuando está a disgusto y llorando
- Al respirar se hunde el tórax entre las costillas o el hueco que hay debajo de la nuez
- Está somnoliento o muy irritable
- Tiene color azulado de cara o labios (cianosis)

Modificada del protocolo del Grupo de Vías Respiratorias (publicación P-GVR-5).

El RC se define como rinorrea y/o tos sin sibilancias, disnea o crepitantes ni uso de broncodilatadores, acompañado o no de fiebre. En general no es una enfermedad grave y con frecuencia se resuelve por sí sola en el plazo de una a dos semanas.

Sin embargo, el RC presenta un gran impacto, ya que ocasiona un **malestar considerable, absentismo escolar y laboral** y un importante **gasto económico**, en relación a la frecuentación en la consulta y Urgencias y al consumo de fármacos.

Se evidencia una escasa atención prestada al tratamiento correcto, por ser una enfermedad considerada menor, a la que se atiende siguiendo hábitos arraigados entre el personal médico.

Las infecciones respiratorias de la vía superior suponen más del 50% de las prescripciones de antibióticos y una elevada prescripción de anticatarrales (el 85% de los que se consumen son prescritos), a pesar de que la evidencia sugiere lo contrario con respecto tanto a la efectividad como a los efectos adversos.

Se justifica su puesta al día para aumentar el porcentaje de pacientes con diagnóstico de infección respiratoria superior viral que reciben tratamiento adecuado y reducir el tratamiento excesivo con antibióticos y anticatarrales.

Clínica

Se manifiesta como congestión nasal, rinorrea, estornudos, tos y ocasionalmente fiebre. En el **lactante y preescolar**, la congestión nasal grave puede interferir en la alimentación, la

respiración y el sueño, en ocasiones se pueden presentar vómitos con la tos y la fiebre suele estar en el rango de 38-39 °C. Se puede asociar a inquietud o irritabilidad. En el **niño mayor**, la rinorrea suele ser profusa y clara al principio, volviéndose más densa y oscura a medida que avanza la infección (aunque esto no suele indicar presencia de infección bacteriana) y la fiebre es poco común. Otros síntomas asociados suelen ser la odinofagia (a menudo el primer síntoma), la disfonía, el malestar general y las cefaleas y mialgias (aunque estas dos últimas se asocian más frecuentemente a gripe).

El inicio de los síntomas después de la infección es repentino. El periodo de incubación puede ser tan corto como 10-12 horas, aunque también puede ser más largo. Los síntomas tienden a alcanzar su punto máximo después de 2-5 días y luego disminuyen en intensidad.

En niños mayores, los síntomas suelen durar alrededor de una semana, y en niños pequeños, de 10 a 14 días. La tos, especialmente en niños pequeños, puede durar tres semanas (90%), y en algunos (10%) persistir la cuarta semana.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y no están indicadas las exploraciones complementarias.

Los síntomas del resfriado común pueden ser vagos y pueden coincidir con los de otras enfermedades más graves, por lo

que el **diagnóstico diferencial** se debe realizar con **gripe, faringitis estreptocócica, absceso periamigdalino, retrofaringeo o epiglotitis, rinitis alérgica, mononucleosis infecciosa, meningitis, tos ferina y cuerpo extraño.**

Tratamiento

Sobre la base del conocimiento actual, mediante estudios, guías y revisiones Cochrane, la evidencia de la que se dispone en cuanto al tratamiento farmacológico y con otras terapias del RC es la siguiente:

Analgésicos y antipiréticos

El paracetamol y, en el grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el ibuprofeno son los más utilizados. Los AINE tienen cierta eficacia en el **alivio del dolor, el malestar y la fiebre** causados por el resfriado, pero su uso debe decidirse considerando los efectos secundarios.

Antibióticos

No hay evidencia de beneficios en el uso de antibióticos para el RC, pero sí hay evidencia de que los antibióticos causan efectos adversos significativos, aumentan el riesgo de resistencias y no previenen la infección bacteriana.

Anticatarrales

No existe evidencia a favor de la utilización de **antitusígenos** para el tratamiento de la tos asociada al resfriado común.

Las combinaciones de **analgésicos, descongestionantes y antihistamínicos** presentan algún beneficio general en los adultos y en los niños mayores, pero deben compararse con el riesgo de efectos adversos (congestión de rebote, rinitis medicamentosa). No existen pruebas de efectividad en los niños pequeños.

Los fármacos anticatarrales pueden ser causa de efectos adversos significativos y su condición de medicamentos sin receta médica incrementa el riesgo de sobredosificación e ingestión accidental.

Bromuro de ipratropio intranasal

Las pruebas existentes, con algunas limitaciones, indican que el bromuro de ipratropio podría ser eficaz para **aliviar la rinorrea**. Su uso se ha asociado con efectos secundarios, aunque parece que estos son bien tolerados y desaparecen espontáneamente. Se necesitan ensayos más grandes de alta calidad para determinar la eficacia en el alivio de los síntomas del RC.

La vitamina C

Los estudios realizados indican que la **administración regular de suplementos de vitamina C** reduce la duración y gravedad del RC pero no su **incidencia**. Estos resultados no se han repetido en los **ensayos terapéuticos** realizados.

El zinc

El zinc **administrado en el plazo de las 24 horas posteriores a la aparición de los síntomas parece reducir la duración y la gravedad del RC**, pero se necesita cierta precaución debido a la heterogeneidad de los datos. Actualmente, no se recomienda el uso de zinc en niños.

Irrigación nasal con solución salina

Se considera que puede ayudar a aliviar la congestión nasal y mejorar la alimentación, pero en una reciente revisión se considera que los ensayos incluidos fueron demasiado pequeños y tuvieron un riesgo demasiado alto de sesgo para concluir a favor de los posibles beneficios.

La miel

Parece **aliviar la tos** y mejorar la calidad del sueño en comparación con el placebo y, aunque no existe evidencia a favor ni en contra como para indicarla en niños mayores de un año, dados los escasos efectos adversos que tiene (efecto cariogénico), podría ser una alternativa.

Probióticos

Usados **profilácticamente** pueden **disminuir la incidencia** del RC.

Otros

Actualmente, no existe evidencia para recomendar el uso de **antitusígenos tópicos (Vapor rub®), corticoides intranasales, suplementos de ajo, extracto de equinacea, extracto de Pelargonium sidoides** y de la **inhalación de aire caliente humidificado** para la profilaxis o tratamiento del RC.

Finalmente, se debe recomendar un consumo adecuado de **líquidos**, ya que se considera un pilar del tratamiento, dado el beneficio de mantenerse hidratado y suavizar las secreciones. También hay que recomendar **alimentos nutritivos**, sin ser necesaria ninguna dieta específica, y tranquilizar a los padres comentándoles que es común que los niños pierdan el **apetito** durante unos días y que no se trata de un problema grave. Por último, aconsejar un **descanso** adecuado, teniendo en cuenta que no hay ninguna recomendación sobre cuándo una persona

debe permanecer fuera del trabajo o la escuela y que la actividad normal no va a prolongar la enfermedad.

Complicaciones

Entre las principales complicaciones encontramos **bronquiolitis y neumonía** (lactantes y niños pequeños), **otitis media aguda** (la más común en lactantes y niños pequeños), **sinusitis e infecciones del tracto respiratorio inferior** (las más comunes en niños mayores) y **exacerbación aguda asmática**.

Recomendaciones

- Tranquilizar al paciente y/o a los padres diciéndoles que, aunque los síntomas son desagradables, el RC es benigno y son raras las complicaciones.
- Explicar que el RC es de rápido inicio, con síntomas pico a los 3-5 días, y que la mayoría de los síntomas desaparecen después de 7-14 días, aunque la tos puede persistir.
- Explicar que se trata de una infección vírica y que los antibióticos no son útiles. Estos, usados innecesariamente, pueden ser perjudiciales y causar efectos adversos, creando resistencias, y no son útiles para prevenir infecciones bacterianas.
- Informar de que la tos asociada al RC suele ser autolimitada, así como de la falta de eficacia de los medicamentos anticatarrales y la posibilidad de efectos adversos asociados con su uso.
- Informar explícitamente sobre el plan de tratamiento de los síntomas.
- Transmitir interés, fomentar la confianza y no menospreciar la enfermedad.
- Indicar los signos de alarma por los que conviene volver a consultar: si los síntomas empeoran (por ejemplo fiebre prolongada, taquipnea, disnea, vómitos, rechazo de las tomas) o persisten (por ejemplo, después de 7-10 días, excepto para la tos leve). Mantener un umbral más bajo para los niños pequeños.
- La educación sanitaria a los padres, sobre la enfermedad y el tratamiento, puede reducir la necesidad de posteriores consultas.

Prevención

La transmisión del RC no puede evitarse completamente, pero existen medidas para limitar la propagación, tales como el **lavado de manos** y el **uso de mascarillas**, intentar no

compartir juguetes y lavarlos con agua y jabón después de su uso y desalentar a los visitantes que tengan síntomas de RC. La **asistencia a la guardería** es un factor de riesgo para el resfriado común en edades tempranas. No existen recomendaciones específicas sobre cuándo evitar ir a la escuela o al trabajo. Finalmente, indicar que la lactancia materna es un factor protector.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bjornson C, Russell KF, Vandermeer B, Durec T, Klassen TP, Johnson DW. Nebulized e pinephrine for croup in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(2):CD006619.
- Bjornson CL, Klassen TP, Williamson J, Brant R, Mitton C, Plint A, et al. A randomized trial of a single dose of oral dexamethasone for mild croup. *N Engl J Med*. 2004;351:1306-13.
- Callén Bleuca M, Cortés Rico O. El pediatra de Atención Primaria y la Laringitis Aguda/Crup. *Protocolos del GVR* (publicación P-GVR-5) [en línea] [consultado el 26/11/2015]. Disponible en: http://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/laringitis_p_gvr_5_2010.pdf
- Clinical Knowledge Summaries. CKS Clinical topics: Common cold. NHS Evidence (National Institute for Health and Clinical Excellence). 2011 [en línea]. Disponible en: <http://cks.nice.org.uk/common-cold#!backgroundsub:1>
- García A, Carvajal I. ¿Cuál es la eficacia de los medicamentos para el tratamiento de la tos en las infecciones respiratorias agudas de las vías altas en los niños? *An Pediatr Contin*. 2006;4:311-5.
- Goldman RD. Treating cough and cold: Guidance for caregivers of children and youth. *Paediatrics Child Health*. 2011;16:564-9.
- Johnson DW. Croup. *BMJ Clin Evid*. 2009;2009:0321.
- Russell KF, Liang Y, O'Gorman K, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(1):CD001955.
- The Cochrane Collaboration-The Cochrane Library. *Cochrane Reviews: common cold and cough* [en línea] [consultado el 28/07/2013]. Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com/details/browseReviews/578741/Common-cold--cough.html>
- Woods CR. Croup: approach to management. En: *UpToDate* [en línea] [consultado el 26/11/2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/croup-approach-to-management>

LECTURAS RECOMENDADAS

- Callén Blecua M, Cortés Rico O. El pediatra de Atención Primaria y la Laringitis Aguda/Crup. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-5) [en línea] [consultado el 26/11/2015]. Disponible en: http://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/laringitis_p_gvr_5_2010.pdf.pdf
Incluye una hoja de recomendaciones para los padres, y la fórmula magistral para preparar la dexametasona oral. El protocolo breve es útil para consulta rápida.
- The Cochrane Collaboration-The Cochrane Library. Cochrane Reviews: common cold and cough [en línea] [consultado el 28/07/2013]. Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com/details/browseReviews/578741/Common-cold--cough.html>

Dirección web donde que dispone de las revisiones Cochrane sobre los distintos fármacos y terapias utilizados en la profilaxis y tratamiento del resfriado común, con la evidencia científica disponible.

- Woods CR. Croup: approach to management. En: UpToDate [en línea] [consultado el 26/11/2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/croup-approach-to-management>
Capítulo de libro electrónico con revisión de la literatura actualizada en mayo de 2013, muy completo, incluye diagnóstico diferencial, manejo de la laringitis en distintos ámbitos. También aporta información para pacientes.