

Evidencia para la APS

Uso de medicamentos para la tos en niños

Dra. Sofía Cuba Fuentes*

Caso que origina la pregunta

Paciente de sexo masculino de 11 años, es traído a consulta por tos de 5 días de evolución, la tos es seca, y fue precedida por 2 días de malestar general rinorrea y estornudos; después del examen físico, Usted cree que la tos es producto de una infección viral del tracto respiratorio alto. La madre del paciente le pide que por favor le prescriba un medicamento para la tos.

Muchos profesionales de la salud recomiendan medicación para la tos, algunas veces por presión de los padres.

Según un estudio latinoamericano se prescribe medicación para la tos hasta en un 48% de las consultas por infección respiratoria alta.² y según uno norteamericano en un 40%¹.

Las implicancias del uso de medicación para la tos son importantes tanto para el cuidado del paciente como para los costos en salud

Pregunta para la búsqueda de evidencia

¿Debemos recomendar a los padres la administración de medicación para la tos en casos de tos aguda en niños?

Respuesta basada en la evidencia

La evidencia es contradictoria en la mayoría de casos, sin embargo la mayoría de investigaciones concluyen que **la medicación para la tos no es más efectiva que placebo, por lo tanto no deben ser recomendadas como tratamiento de primera línea en tos aguda en niños (Nivel de evidencia Ib).**

Conocimiento acumulado

Las Infecciones respiratorias altas representan hasta un 60% de la consulta infantil en atención primaria.¹ La tos aguda debida a una infección respiratoria alta en niños, es un síntoma común.

Aunque dicha medicación parece ser bien tolerada —no mostró mayores efectos adversos que placebo—, puede llevar a gastos innecesarios tanto del paciente como del sistema de salud.

(*) Médica Familiar. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Resumen de la evidencia

Se revisó sin restricción de idioma, las siguientes bases de datos: Registro Cochrane de Ensayos Clínicos (EC), Registro específico del Grupo Cochrane de Infecciones Respiratorias Agudas y Medline a través del acceso Pubmed.

Palabras clave para la búsqueda:

Acute Cough treatment
 Over the counter treatment for acute cough.
 Cough in URTI

Se encontraron 6 estudios clínicos randomizados con un total de 438 niños, un Estudio clínico (57 niños) mostró que el uso de dextrometorfano o codeína no fue mejor que placebo después de tres días de tratamiento³ (**Nivel de evidencia Ib**), otro estudio (40 niños) mostró que el mucolítico letosteina fue mejor que placebo desde el 4to día (20% de mejoría en la escala de tos)⁴, dos estudios que

compararon antihistamínicos descongestionantes con placebo (155 niños) no encontraron diferencia con placebo en efectividad, pero si mayor somnolencia^{5,6} (**Nivel de evidencia Ib**), otro estudio (43 niños) comparó triaminicol contra placebo, no encontrando diferencia⁷ (**Nivel de evidencia Ib**), finalmente un estudio

con antihistamínicos (143 niños), demostró mejoría contra placebo aunque no significativa estadísticamente⁸ (**Nivel de evidencia Ib**).

Además se encontró un estudio placebo control no randomizado que encontró que uso de dextrometorfano, difenhidramina y placebo mejoraban el sueño de los niños y sus padres⁹ (**Nivel de evidencia Ila**).

Bibliografía

1. K. Schroeder, T Fahey Should Wue Advise the parents to administer over the counter medicines Arch Dis Child 2002;86 10-175
2. 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.
3. Taylor JA, Novack AH, Almquist JR, Rogers JE. Efficacy of cough suppressants in children. J Paediatr 1993;122:799-802.
4. Nespoli L, Monafo V, Bonetti F, et al. Valutazione clinica dell'attività della letosteina nel trattamento della bronchite acuta febbrile in eta pediatrica. Indagine controllata in doppio cieco vs placebo. Minerva Pediatr 1989;41:515-20.
5. Clemens CJ, Taylor JA, Almquist JR, et al. Is an antihistamine-decongestant combination effective in temporarily relieving symptoms of the common cold in preschool children? J Paediatr 1997;130:463-6.
6. Hutton N, Wilson MH, Mellits ED, et al. Effectiveness of an antihistamine-decongestant combination for young children with the common cold: a randomized, controlled clinical trial. J Pediatr 1991;118:125-30.

NIVELES DE EVIDENCIA

Ia: La evidencia proviene de [meta-análisis de ensayos controlados](#), randomizados, bien diseñados.

Ib: La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.

Ila: La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.

Ilb: La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los [estudios de cohortes](#). Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.

III: La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o [estudios de casos y controles](#).

IV: La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los [estudios de series de casos](#).

7. Reece CA, Cherry AC Jr, Reece AT, et al. Tape recorder for evaluation of coughs in children. Am J Dis Child 1966;112:124-8.

8. Sakchainanont B, Ruangkanhasetr S, Chantarojanasiri T, Tapasart C. Effectiveness of antihistamines in common cold. J Med Assoc Thai 1990;73:96-101.

9. Paul IM, Yoder KE Effect of Dextromethorphan, diphenhydramina and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents Pediatrics 2004 Jul;114(1)85-90.