

El uso de dexametasona en nuestro caso se basó en los trabajos descritos de meningitis neumocócica, en los que el tratamiento corticoideo asociado a la antibioterapia reduce la morbimortalidad<sup>8</sup>. Existen trabajos que proponen usar dexametasona como terapia adyuvante en el tratamiento de cualquier meningitis aguda que se presuma de etiología bacteriana<sup>9</sup>.

La meningitis continúa siendo una manifestación inusual de las infecciones invasivas por estreptococo del grupo A. A pesar de la baja incidencia, se han descrito casos con importantes secuelas neurológicas y curso fulminante, sobre todo en niños donde no se establecieron un diagnóstico y un tratamiento precoz. Es muy importante que todos los pediatras seamos conscientes de esta entidad, de tratamiento sencillo y bien conocido pero de curso y pronóstico grave si el diagnóstico no se establece con prontitud.

## Bibliografía

1. Lamagni TL, Darenberg J, Luca Harari B, Siljander T, Efstratiou A, Henriques Normark B, et al. Epidemiology of severe *Streptococcus pyogenes* disease in Europe. *J Clin Microbiol*. 2008;46:2359–67.
2. Fanella S, Embree J. Group A streptococcal meningitis in a pediatric patient. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2008;19:306–8.
3. Stephens DS, Farley MM. Pathogenic events during infection of the human nasopharynx with *Neisseria meningitidis* and *Haemophilus influenzae*. *Rev Infect Dis*. 1991;13:22–33.
4. Steppberger K, Adams I, Deutscher J, Müller H, Kiess W. Meningitis in a girl with a recurrent otitis media caused by *Streptococcus pyogenes*. Otitis media has to be treated appropriately. *Infection*. 2001;29:286–8.
5. Brandt CM, Kitz R, Lütticken R, Brade V. *Streptococcus pyogenes* meningitis complicating varicella in a 3-month-old child. *Scand J Infect Dis*. 2003;35:876–8.
6. Shetty AK, Frankel LR, Maldonado Y, Falco DA, Lewis DB. Group A streptococcal meningitis: report of a case and review of literature since 1976. *Pediatr Emerg Care*. 2001;17:430–4.
7. Perera N, Abulhoul L, Green MR, Swann RA. Group A streptococcal meningitis: Case report and review of the literature. *J Infect*. 2005;51:e1–4.
8. Van de Beek D, de Gans J, McIntyre P, Prasad K. Corticosteroids for acute bacterial meningitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;1:CD004405.
9. Baraldés MA, Domingo P, Mauri A, Monmany M, Castellanos M, Pericas R, et al. Group A streptococcal meningitis in the antibiotic era. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1999;18:572–8.

E. Jiménez González\*, P. Bello Gutiérrez, E. Alonso Villán e I. Carabaño Aguado

*Servicio de Pediatría, Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles,, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: erika.jimenez@hospitalreyjuancarlos.es (E. Jiménez González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.04.002>

## Tratamiento sintomático de las infecciones respiratorias agudas de vías superiores: ¿lo estamos haciendo bien?

### Symptomatic treatment of acute upper respiratory tract infections: Are we doing it right?

*Sr. Editor:*

Hemos leído con gran interés el artículo de Cano et al.<sup>1</sup> que aporta datos muy recientes sobre el consumo de fármacos anticatarrales en niños de 0-13 años. Este estudio confirma que el uso de estos fármacos no ha cambiado significativamente respecto a la última Encuesta Nacional de Salud del año 2006. Lo que parece más reseñable es que continúan siendo prescritos por médicos en su mayoría, y sobre todo en niños menores de 4 años, lo que los autores atribuyen a hábitos profundamente enraizados en la comunidad médica. La tos aguda es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría y en la mayoría de los casos es el producto de una infección de las vías respiratorias altas (IVRA). Aunque se trata de un proceso transitorio y auto-limitado, tiene un gran impacto en la calidad de vida de nuestros pacientes (y sus familiares), por lo que motiva un gran consumo de fármacos. Muchos de estos medicamentos, que son de venta libre y pueden adquirirse sin receta médica

(SRM), además de tener escaso efecto en el control de la tos, tienen una morbilidad y una mortalidad asociada no despreciables.

Los fármacos más empleados para el tratamiento sintomático de la tos y de las IVRA en la infancia se clasifican en antitusígenos, mucolíticos y expectorantes, antihistamínicos y descongestionantes. Se han realizado numerosas revisiones hasta la actualidad y todas concluyen que estas medicaciones tienen escaso o ningún efecto en el control sintomático de la tos en los niños<sup>2</sup>. La revisión Cochrane de 2012, que incluye 26 ensayos, 8 de ellos en niños (n = 616), concluye que no hay evidencia a favor ni en contra de la efectividad de estos fármacos en el control de la tos asociada a IVRA<sup>3</sup>.

Aunque los fármacos SRM tienen pocos efectos secundarios a dosis adecuadas, se han publicado varios casos de intoxicación grave e incluso muerte, la mayoría de ellos asociados a sobredosificación. En Estados Unidos, durante un año, 7.091 pacientes <12 años fueron tratados en urgencias por efectos adversos de fármacos para la tos e IVRA. La mayoría tenía entre 2 y 5 años y consultó por ingesta accidental, y los <2 años por error de dosificación de los cuidadores<sup>4</sup>. La Asociación Americana de los Centros de Control de Envenenamiento en 2005 reportó 64.658 exposiciones a estos productos en niños <2 años de edad, de los cuales 28 se relacionaron con efectos adversos mayores o muerte. En una revisión de 2009 se concluye que el 85% de los casos de muerte en <12 años relacionada con fármacos para la

tos/IVRA fue por sobredosis. El 87% de los casos se trataba de productos adquiridos SRM<sup>5</sup>.

Por todos estos motivos, y tras la recomendación en contra de su uso en < 2 años por la Food and Drug Administration, continúa aumentando la lista de países que advierten en contra de su empleo, extendiendo la edad hasta menores de 6 años (Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda y Australia). Posteriormente, se han realizado varios estudios valorando el impacto de estas recomendaciones y se ha puesto de manifiesto un menor número de visitas a Urgencias por este motivo<sup>6</sup>, una disminución de los errores terapéuticos<sup>7</sup> y una menor predisposición de los pediatras para su prescripción y de los progenitores para su empleo<sup>8</sup>. Estos datos son especialmente significativos en niños de corta edad. Por otra parte, existen trabajos europeos que señalan que este impacto solo se aprecia en los países que han realizado advertencias oficiales sobre este tipo de tratamiento, como se demuestra en un estudio poblacional que compara la prescripción en 2 países: Italia, donde se recomienda evitar el uso de simpaticomiméticos en < 12 años, y Holanda, donde no se han dado advertencias<sup>9</sup>.

En resumen, dado que no disponemos de evidencias a favor del uso de este tipo de fármacos y sí de numerosos trabajos sobre su riesgo potencial, especialmente en menores de 2 años, creemos que sobran los motivos para que los pediatras abandonemos dichos hábitos de prescripción. Los profesionales de la salud tenemos la obligación de conocer las recomendaciones y evitar en lo posible el uso de estos medicamentos en las situaciones clínicas referidas. Debemos ofrecer una información adecuada acerca del proceso y su duración, e insistir en los potenciales efectos secundarios de algunas medicaciones SRM, ya que, como se ha demostrado, los progenitores malinterpretan a menudo los prospectos de estos medicamentos<sup>10</sup>. Por último, podemos reforzar su cumplimiento mediante el uso de medidas no farmacológicas y ofreciendo una nueva valoración clínica en unos días.

## Bibliografía

1. Cano Garcinuño A, Casares Alonso I, Rodríguez Barbero J, Pérez García I, Blanco Quirós A. Prescripción de fármacos anticatarr-

- les de uso sistémico a niños de 0-13 años. Un problema no resuelto. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78:43-50.
2. Paul I. Therapeutic options for acute cough due to upper respiratory infections in children. *Lung*. 2012;190:41-4.
3. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8. CD001831.
4. Schaefer M, Shehab N, Cohen A, Budnitz D. Adverse events from cough and cold medications in children. *Pediatrics*. 2008;121:783.
5. Dart RC, Paul IM, Bond GR, Winston DC, Manoguerra AS, Palmer RB, et al. Pediatric fatalities associated with over the counter (nonprescription) cough and cold medications. *Ann Emerg Med*. 2009;53:411-7.
6. Shehab N, Schaefer MK, Kegler SR, Budnitz DS. Adverse events from cough and cold medications after a market withdrawal of products labeled for infants. *Pediatrics*. 2010;126:1100-7.
7. Doyon S, Tra Y, Klein-Schwartz W. Decrease in therapeutic errors involving prescription cough and cold medications in young children. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2012;17:84-7.
8. Garbutt J, Sterkell R, Banister C, Walbert C, Struk R. Physician and parent response to the FDA advisory about use of over-the-counter cough and cold medications. *Acad Pediatr*. 2010;64-9.
9. Sen EF, Verhamme MC, Felisi M, Jong GW, Giaquinto C, Picelli G, et al. Effects of safety warnings on prescription rates of cough and cold medicines in children below 2 years of age. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;71:943-50.
10. Lokker N, Sanders L, Perrin E, Kumar D, Finkle J, Franco V, et al. Parental misinterpretations of over-the-counter pediatric cough and cold medication labels. *Pediatrics*. 2009;123:1464-71.

E. Puerto-Carranza\*, B. Osona y J. Figuerola

*Servicio de Pediatría, Unidad de Neumología y Alergia Infantiles, Hospital Universari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [elsa.puerto@ssib.es](mailto:elsa.puerto@ssib.es)

(E. Puerto-Carranza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.04.007>