

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

*R. Corrales V.

Resfrío común

RESUMEN

El resfrío común se puede considerar como la infección más frecuente de la vía aérea, tanto en niños como en adultos. Es una infección autolimitada de evolución benigna. Su etiología es viral, pudiendo ser producido por diferentes grupos de virus, los cuales producen sintomatología similar. Los rinovirus son responsables de la gran mayoría de los episodios de resfrío común. En niños menores de dos años determinan cuadros más graves, afectando frecuentemente la vía aérea inferior. El resfrío común se caracteriza por coriza, generalmente sin otra sintomatología. En los resfríos de mayor gravedad puede acompañarse de compromiso del estado general, fiebre, cefalea y tos, que obligan a guardar reposo. El diagnóstico es exclusivamente clínico, debiendo diferenciarse de rinitis alérgica y de la etapa inicial de otras infecciones virales. El tratamiento es sintomático, destinado a aliviar el malestar general en la etapa aguda. Se debe asegurar una hidratación adecuada, reposo, aseo nasal y adecuado control de la fiebre. No se justifica el empleo de antibióticos, ni de antitusígenos.

El resfrío común, tanto en adultos como en niños, y la laringitis en estos últimos son la forma de presentación más frecuente de las infecciones de la vía aérea superior. El resfrío

común se caracteriza por coriza que, generalmente, no se acompaña de fiebre ni otros síntomas. Se trata de la infección más frecuente y probablemente la más costosa, ya que produce un alto ausentismo escolar y laboral. La incidencia de infecciones respiratorias altas es de 7 o más episodios por año por niño, y disminuye con la edad. La mayor frecuencia se observa en los dos primeros años de vida para luego disminuir en forma progresiva, llegando a ser de alrededor de 4 episodios por año en adolescentes y adultos jóvenes.

ETIOPATOGENIA

Las infecciones respiratorias de la vía aérea superior pueden ser producidas por diferentes grupos de virus, los cuales producen síntomas parecidos (Tabla 1). De éstos, los rinovirus son los responsables de la gran mayoría de los episodios de resfrío común: 10 a 15% en el adulto y 5 a 10% en los niños. En los menores de 2 años, determinan cuadros graves que afectan con frecuencia las vías respiratorias inferiores. Los rinovirus crecen mejor en una temperatura de 33° C y a un pH de 6,8, condiciones similares a las que existen en las fosas nasales. Estos virus entran al huésped a través del epitelio respiratorio o gastrointestinal y son transmitidos fundamentalmente a través del contacto de manos, y además por medio de la tos y estornudos. Su período de incubación es corto, de 1 a 6 días con un promedio de dos.

*Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Tabla 1
PRINCIPALES VIRUS EN INFECCIONES
DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR

SÍNDROME	Grupo	VIRUS	
		Subgrupo	
Resfrío común	Picornavirus	— Rinovirus	
		— ECHO	
Síndrome faríngeo	Paramixovirus	— Coxsackie	
		— Parainfluenza I y II	
	— Respiratorio sincial		
	Adenovirus	— Adenovirus	
	Ortomixovirus	— Influenza	
Paramixovirus	— Parainfluenza		
Laringitis aguda	Picornavirus	— Coxsackie	
		— ECHO	
	Paramixovirus	— Parainfluenza I y II	
		— Respiratorio sincial	
	Adenovirus	— Adenovirus	
	Ortomixovirus	— Influenza	

CUADRO CLÍNICO

El resfrío común se caracteriza por una serie de síntomas bastante familiares para todos: malestar general, estornudos, odinofagia o disfagia, congestión nasal y coriza que pueden ser de diversa magnitud. Inicialmente, la secreción nasal es acuosa y trasparente, a medida que avanza la enfermedad ésta se hace más espesa y opaca. En el caso de sobreinfección bacteriana adquiere aspecto purulento. Cuando la inflamación es acentuada, con importante edema de la mucosa nasal, puede obstruirse la entrada de los senos paranasales y de la trompa de Eustaquio, y provocar sinusitis y otitis media. En el lactante, especialmente en el menor de seis meses, es frecuente la obstrucción nasal lo que dificulta su alimentación ya que éste no respira espontáneamente por la boca.

En los casos de mediana gravedad se observa mayor compromiso del estado general, cefalea, a veces fiebre, calofríos y sudoración y los síntomas suelen durar aproximadamente una semana. En los resfríos graves, los síntomas respiratorios son más marcados, fundamentalmente la sintomatología nasal, pero también se observa tos acompañada de malestar general, lo que obliga a guardar reposo. En estos casos la presencia de fiebre es más frecuente y los sínto-

mas pueden prolongarse por más de dos semanas.

Los signos físicos se limitan por lo general a la nasofaringe. Los cornetes nasales se observan edematosos y cubiertos de secreciones, obstruyendo las fosas nasales. La faringe y amígdalas se encuentran enrojecidas, sin exudado. La temperatura generalmente no sobrepasa los 38°C. Los exámenes de laboratorio son de escasa utilidad.

El resfrío común es una enfermedad benigna, autolimitada, de corta duración y las complicaciones son poco frecuentes. En los niños, a diferencia de los adultos, es habitual la sobreinfección bacteriana de la vía respiratoria, lo que da lugar a cuadros de bronquitis, otitis media o laringitis.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es exclusivamente clínico, basado en la sintomatología del paciente, la escasa importancia de la infección localizada en la nasofaringe y la ausencia de fiebre.

No existen características clínicas que permitan sospechar un agente etiológico determinado, ya que un mismo cuadro puede ser producido por diferentes virus. En niños con resfríos a repetición debe hacerse el diagnóstico diferen-

cial con la rinitis alérgica cuya sintomatología es prácticamente idéntica. Se diferencian en que la rinitis puede ser estacional, con recurrencia anual, y acompañarse de aumento de recuento de eosinófilos en la secreción nasal.

El resfrío común debe diferenciarse también de la etapa inicial de otras infecciones virales, especialmente del sarampión.

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico para el resfrío común. Las medidas a considerar están dirigidas a aliviar el malestar del paciente durante la fase aguda.

Es importante una hidratación adecuada, reposo, aseo nasal frecuente, para mantener la vía aérea permeable, y controlar la fiebre.

Existe un sinnúmero de medicamentos que se expenden para el tratamiento del resfrío y que contienen más de un compuesto activo, alguno de los cuales antagonizan la acción de los otros. Con frecuencia se encuentran constituidos por antihistamínicos, descongestionantes, expectorantes y antitusígenos. Los medicamentos para el tratamiento sintomático del resfrío debieran estar compuestos por un mínimo de sustancias activas, con el objeto de tratar síntomas específicos.

Analgesicos: Analgesicos como el ácido acetilsalicílico y el paracetamol, se utilizan con frecuencia para el tratamiento del malestar general, dolores musculares y fiebre que se asocian al resfrío común. El ácido acetilsalicílico es el analgésico de elección para adultos y niños mayores, pero no así para los menores de dos años, quienes son altamente susceptibles a sus efectos tóxicos. El paracetamol es una excelente alternativa, de similar actividad analgésica y antipirética, pero de menor toxicidad.

Antibióticos: El empleo profiláctico de antibióticos no tiene ninguna justificación. Su empleo no modifica la incidencia de infecciones respiratorias bacterianas y lleva a la aparición de resistencia.

Descongestionantes de uso tópico: Las gotas nasales descongestionantes, generalmente producen un alivio rápido y significativo de la congestión nasal. Su efecto es de corta duración y

requiere de la administración repetida del medicamento. La aparición de tolerancia es frecuente. Cuando se suspenden se observa un efecto de rebote que suele producir una congestión similar a la original; por este motivo no se recomienda su uso en el niño menor.

Las gotas nasales en solución oleosa no deben emplearse en niños, ya que pueden ser aspiradas y producir una neumonía lipoidea. Las soluciones hipotónicas o hipertónicas son capaces de paralizar la actividad ciliar, por lo que el aseo nasal debiera realizarse con una solución isotónica (suero fisiológico).

Los simpaticomiméticos más frecuentemente utilizados en niños son la fenilefrina y la oximetazolina. El primero tiene el inconveniente de producir un mayor efecto de rebote, y oximetazolina es tóxico ya que produce una sedación profunda al ser absorbido.

Descongestionantes orales: Los simpaticomiméticos orales más frecuentemente utilizados son la efedrina, pseudoefedrina, fenilefrina y fenilpropanolamina (Tabla 2), que se emplean solos o en combinación especialmente con antihistamínicos. En los lactantes menores de seis meses pueden espesar las secreciones nasales y producir obstrucción nasal y dificultad respiratoria secundaria. La efedrina es la que tiene mejor absorción, pero es la que produce mayor estimulación del Sistema Nervioso Central (SNC). La fenilefrina se absorbe menos porque es rápidamente inactivada en el estómago, y es la que produce menos excitación del SNC. La fenil-

Tabla 2
SIMPATICOMIMÉTICOS UTILIZADOS
COMO DESCONGESTIONANTES
DOSIS RECOMENDADAS

	Niños* (mg/kg/24 h)	Adultos** (mg)	Estimulación del SNC
Efedrina	3	50	+++
Pseudoefedrina	1-2	60	++
Fenilefrina	4	10-25	-
Fenilpropanolamina	3	50	+

*En 3 ó 4 dosis.

**Cada 6-8 horas.

propranolina es un vasoconstrictor más potente, siendo sólo inferior a fenilefrina.

Antihistamínicos: Por su efecto sedante, se asocian a los descongestionantes orales.

Los antihistamínicos más frecuentemente utilizados pertenecen a uno de tres grupos: eta-

nolaminas, etilendiaminas o alquilaminas (Tabla 3). Todos éstos, además de su efecto antihistamínico, poseen actividad anticolinérgica, por lo que disminuyen la secreción de mucus. Se diferencian fundamentalmente por su efecto sedante (Tabla 3).

Tabla 3
ANTIISTAMÍNICOS. DOSIS RECOMENDADAS

	Niños* (mg/kg/24 h)	Adultos** (mg)	Depresión del SNC
<i>Etanolaminas</i>			
— Difenhidramina	5	25-50	+++
— Carbinoxamina	0,8	4-8	+
<i>Etilendiaminas</i>			
— Pírilamina	2,5	25-50	+
— Tripelenamina	2,5	25-50	++
<i>Alquilaminas</i>			
— Clorofeniramina	0,35	2-4	+
— Bromofeniramina	0,5	2-4	+
— Triprolidina	0,5(§)	2,5(§§)	+

*En 3 ó 4 dosis.

**Cada 6-8 horas.

(§)En 2 ó 3 dosis.

(§§)Cada 8-12 horas.

Antitusígenos: Los antitusígenos no deben utilizarse en lactantes y sólo ocasionalmente en niños hasta los cuatro años. La tos que acompaña al resfrío común es generalmente autolimitada; sin embargo, estos fármacos podrían estar indicados en el caso de existir tos irritativa que impida el descanso o una alimentación adecuada. Los antitusígenos más utilizados son narcóticos o derivados: codeína, hidrocodona y dextrometorfan; este último sin efecto narcótico es el antitusígeno de elección en niños. La dosis recomendada de codeína y dextrometorfan en niños es de 1 mg/kg/día, en 3 ó 4 dosis.

A pesar de que con frecuencia se emplean expectorantes en el manejo de las secreciones de los resfríos, hasta el momento el mejor efecto

expectorante se obtiene con una buena hidratación.

En resumen, es preferible el empleo de medicamentos que contienen una sola sustancia activa, lo cual hace más específica y precisa su dosificación. Los antihistamínicos, especialmente del grupo alquilaminas que producen menos sedación, deben reservarse para aquellos pacientes con rinitis alérgica.

Los descongestionantes deben evitarse en niños por su efecto de rebote cuando se administran en forma tópica y por su efecto estimulante del SNC cuando son administrados por vía oral.

Los antitusígenos no deben utilizarse en lactantes y sólo ocasionalmente, como ya se indicó, en niños mayores.

PREVENCIÓN

El aislamiento de pacientes sintomáticos no tiene ningún valor en la prevención del resfrío común, pero sí en su diseminación, por lo que es recomendable mantener al niño en su domicilio. El contagio se ve favorecido por el hacinamiento y el contacto directo, especialmente a través de las manos.

Conviene recordar que el frío per se no aumenta las posibilidades de presentar esta enfermedad. El enfriamiento determina un descenso en la temperatura corporal y la nariz que es especialmente sensible, se irrita con el aire frío produciéndose estornudos y descarga serosa. Esto es con frecuencia confundido con infecciones virales.

También se ha observado que los sujetos con rinitis alérgica hacen infecciones con mayor facilidad que los no alérgicos frente a un contacto. □

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crofton, J.; Douglas, A.: Respiratory diseases. Great Britain, William Cloves and Sons Limited, 1969, 100.
2. Levin, R.H.: Upper respiratory infections. En: Herfindal, E.T.; Hirschman, J.L., eds. Clinical pharmacology and therapeutics. Baltimore, Williams and Wilkins, 132-142, 1979.
3. Liu, C.: Resfriado común. En: Hoeprich, P.D., ed. Tratado de enfermedades infecciosas. Barcelona, Salvat, 223-228, 1982.
4. Loda, R.A.; Glenzen, P.E.; Clyde, W.A.: Respiratory disease in group day care. Pediatrics, 19:428, 1972.
5. Pruitt, A.W.: Rational use of cold and cough preparations. Pediatric Annals, 14:289, 1985.
6. Segal, S.; Cohen, S.N.; Freeman, J.; Hill, R.M.; Kagan, B.M., eds. Use of codeine and dextromethorphan-containing cough syrups in pediatrics. Pediatr., 62:118, 1978.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
BIBLIOTECA DE MEDICINA
Y CIENCIAS BIOLÓGICAS

