



MOTIVOS FRECUENTES DE CONSULTA EN PEDIATRÍA: ESTREÑIMIENTO Y TOS AGUDA

SUMARIO

▶ INTRODUCCIÓN

▶ ESTREÑIMIENTO

- Diagnóstico
- Tratamiento
 - Intervenciones no farmacológicas
 - Tratamiento farmacológico
- Complicaciones
- Ideas clave

▶ TOS AGUDA

- Diagnóstico
- Tratamiento
 - Intervenciones no farmacológicas
 - Tratamiento farmacológico
- Ideas clave



INTRODUCCIÓN

La fiebre, la gastroenteritis aguda, los vómitos, el estreñimiento y la tos aguda son motivos de consulta muy frecuentes en pediatría de Atención Primaria (AP). En general, se trata de procesos leves autolimitados (PLA) que tienden a resolverse espontáneamente, en los que hay que descartar otras patologías concomitantes u otros criterios agravantes de salud que puedan requerir derivar a otros niveles asistenciales.

En los procesos leves no siempre está indicado el tratamiento farmacológico. Su manejo debe enfocarse fundamentalmente en la educación sanitaria, en el autocuidado y en evitar medicalizar el proceso.

En 2024 se publicó el [boletín INFAC sobre motivos frecuentes de consulta en pediatría](#) en el que se revisaron las características y el tratamiento de la fiebre y de la gastroenteritis aguda en pediatría de AP. En boletines del 2001 y del 2015, se trató de forma no exhaustiva el estreñimiento en pediatría. El presente número tiene como objetivo revisar de forma más detallada las características del tratamiento del estreñimiento y de la tos aguda.

ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es un problema muy frecuente en la edad pediátrica. En más del 90% de los casos es de origen funcional y solo un 5-10% está ligado a causas orgánicas tales como alteraciones anatómicas, neurológicas, musculares o anomalías en el mecanismo defecatorio que requieren tratamientos médicos o quirúrgicos específicos ^(1,2). En Europa se observa una prevalencia de estreñimiento funcional (EF) del 8,17% en menores de 4 años y del 11,39% en el grupo de 4 a 18 años, sin diferencias entre sexos. La prevalencia en este último grupo varía entre países, siendo 29,75% en Alemania y 16,1% en España ⁽³⁾.

El EF no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma caracterizado por un retraso o dificultad en la defecación, asociado a malestar en el paciente ⁽²⁾.

Los momentos en los que es más probable su aparición se corresponden con el paso de la lactancia materna (LM) a una alimentación con fórmula láctea, con el inicio de la alimentación complementaria o de la leche de vaca, el momento de iniciarse en los hábitos defecatorios tras la retirada del pañal y el inicio de la etapa escolar. La experiencia dolorosa previa a la expulsión de heces puede ser también una circunstancia desencadenante de estreñimiento ^(4,5,6).

Hay que tener en cuenta, que los niños y las niñas alimentados/as exclusivamente con LM presentan una gran variabilidad en el número de deposiciones: es normal que hagan una deposición por toma o que tarden hasta una semana en hacerla. Cuando el niño/a con LM tiene este ritmo intestinal, si crece con normalidad, está clínicamente bien y no existen datos de sospecha de organicidad no necesita tratamiento ⁽⁶⁾.

En el caso de los lactantes alimentados con fórmula, es necesario verificar que la preparación de ésta sea correcta, ya que un aumento de la concentración puede ser la causa del estreñimiento ⁽⁷⁾.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del EF se basa en la historia clínica (momento de eliminación del meconio, frecuencia y consistencia de las heces -Escala Bristol y Amsterdam-, edad de comienzo, historia dietética, antecedentes familiares, medicación...) y en la exploración física (valoración de estado general y nutricional, palpación abdominal...) y se establece cuando se cumplen los criterios diagnósticos Roma IV (ver tabla 1)..

En la gran mayoría de las ocasiones no es necesaria ninguna prueba complementaria ^(1,6).

Es importante detectar posibles síntomas y signos de alarma indicativos de un trastorno orgánico como pueden ser ⁽⁶⁾:

- Inicio del estreñimiento desde el nacimiento o en las primeras semanas de vida.
- Retraso en la evacuación de meconio (>48 horas).
- Historia familiar de enfermedad de Hirschprung.
- Escasa ganancia de peso.
- Heces acintadas.
- Vómitos o distensión abdominal importante.
- La presencia de fiebre con diarrea sanguinolenta y distensión abdominal en los lactantes con estreñimiento debe alertar ante la posibilidad de una enterocolitis en la enfermedad de Hirschprung.
- Retraso psicomotor.

- Síntomas o signos de enfermedad neurológica, que afecta a los miembros inferiores: alteración de la fuerza, tono, sensibilidad y reflejos osteotendinosos; nalgas planas.
- Anomalías de la exploración física del área lumbosacra y perineal: angiomas, mechones de pelo, fístulas, agenesia sacra, ano desplazado anteriormente, ausencia de reflejo cremastérico y alteración de la sensibilidad perianal.
- Ampolla rectal vacía y estrecha.
- Síntomas y signos de enfermedad sistémica, como hipotiroidismo.
- Mala respuesta al tratamiento, a pesar de un adecuado cumplimiento terapéutico.

El estreñimiento se debe diferenciar de la disquecia del lactante, que es un trastorno funcional que se manifiesta en lactantes menores de 6-9 meses caracterizado por episodios de al menos 10 minutos de llanto y esfuerzo antes de la emisión de heces blandas y ausencia de otros problemas de salud. Es una situación fisiológica que se produce como consecuencia de una descoordinación entre el aumento de la presión abdominal y la relajación del suelo pélvico. Se resuelve espontáneamente y no precisa tratamiento^(6,7).

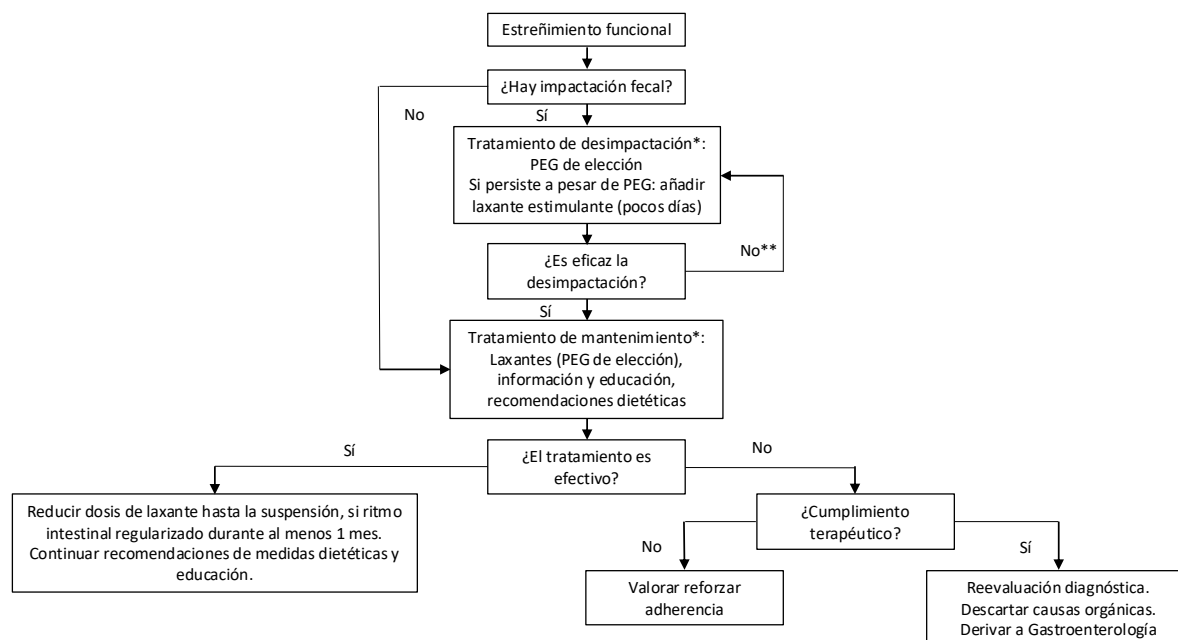
Tabla 1. Criterios diagnósticos Roma IV para la definición de estreñimiento funcional⁽⁶⁾

Lactante o niño/a menor de 4 años
Debe presentar durante al menos un mes, dos de los siguientes criterios:
1. Dos o menos deposiciones a la semana
2. Historia de retención fecal excesiva
3. Historia de defecación dolorosa o deposiciones duras
4. Historia de deposiciones de gran diámetro
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto
En niños/as continentes fecales pueden usarse los siguientes criterios adicionales:
6. Al menos un episodio semanal de incontinencia
7. Historia de deposiciones de gran diámetro que pueden obstruir el inodoro
Niño/a o adolescente de 4-18 años
Durante un mínimo de un mes, al menos una vez por semana debe cumplir dos o más de los siguientes criterios, con criterios insuficientes para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable:
1. Dos o menos deposiciones a la semana en el inodoro en un niño/a con una edad de desarrollo de al menos 4 años
2. Al menos un episodio de incontinencia fecal a la semana
3. Historia de posturas retentivas o retención fecal voluntaria excesiva
4. Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto
6. Historia de defecaciones de gran diámetro que pueden obstruir el inodoro
Después de una evaluación médica adecuada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento son corregir la impactación fecal, si existe, seguido de un tratamiento de mantenimiento, cuyo fin es la normalización del ritmo intestinal, la educación del niño/a y de la familia para comprender la fisiopatología del estreñimiento y adoptar unos hábitos dietéticos y defecatorios adecuados⁽⁶⁾ (ver figura 1).

Su instauración debe ser precoz, para evitar el estreñimiento crónico y sus complicaciones, y centrarse tanto en el aspecto farmacológico como en mantener unos hábitos dietéticos y conductuales adecuados, que incluyen la actividad física adaptada a la edad del niño/a^(1,4,5). No se deben usar las medidas dietéticas solas como primera línea de tratamiento⁽⁸⁾. Es importante iniciar el tratamiento explicando con ayuda de esquemas sencillos cuáles son los factores implicados en el desarrollo y mantenimiento del estreñimiento. El fin es transmitir confianza, tranquilidad y consensuar medidas terapéuticas con el niño/a y la familia para conseguir una buena adherencia al tratamiento, que puede prolongarse durante meses^(1,4,5).

Figura 1. Algoritmo terapéutico del estreñimiento funcional. Modificado de ⁽⁶⁾

* Para ampliar información ver texto y [Tabla de apoyo al Boletín INFAC](#)

**Si no se consigue desimpactar después de varios intentos derivar al paciente
PEG: polietilenglicol

Intervenciones no farmacológicas

Medidas dietéticas

En la fase de desimpactación, se recomienda una dieta baja o ausente en fibra y se debe asegurar una adecuada ingesta de agua para favorecer una consistencia blanda de las heces ^(1,2,6).

Tras la resolución de la impactación, la instauración de una dieta rica en fibra debe ser progresiva. Debe incluir un adecuado aporte de fibra y líquidos con el objetivo final de conseguir a medio plazo una dieta equilibrada con una ingesta de fibra adecuada, ajustada a las recomendaciones diarias. No hay evidencia para el uso de suplementos de fibra en el tratamiento del EF ⁽⁹⁾. Los niños/as con estreñimiento deben tomar una dieta equilibrada rica en frutas, verduras y legumbres ⁽⁶⁾. La ingesta recomendada de fibra puede calcularse según la fórmula edad en años + 5-10 g/día ^(1,6).

No existe evidencia de que el uso de prebióticos y probióticos sea efectivo en el estreñimiento ^(6,9-11).

Educación

Se debe incluir un programa de entrenamiento del hábito defecatorio, base del éxito del tratamiento a largo plazo. Se iniciará cuando el niño/a tenga control del esfínter y consiste en aconsejar que se siente en el inodoro todos los días, a poder ser a la misma hora, preferentemente después de una comida (para aprovechar el reflejo gastrocólico) e intente defecar. No conviene forzarle, ni dar demasiada importancia a si consigue o no realizar la deposición, no insistiendo más de 10 minutos en el intento. Deberá apoyar los pies en el suelo y si es preciso, se usará un elevador ^(1,5,6). También es recomendable hacer un calendario que recoja cada deposición, lo que le servirá como medida de refuerzo. Es muy importante la valoración verbal positiva por parte de los progenitores ^(1,2,6,8).

Si se presenta EF durante el entrenamiento del hábito defecatorio, éste debe interrumpirse temporalmente y reanudarse cuando el niño/a tenga un patrón de deposiciones normal y no se resista a sentarse en el inodoro ^(6,12,13).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se estructura en dos etapas: desimpactación y mantenimiento. Uno de los principales motivos de fracaso en el tratamiento del estreñimiento es la no realización de la desimpactación previa, que puede presentarse hasta en el 75% de los casos de EF ⁽²⁾.

Los fármacos empleados, dosis y efectos adversos se pueden consultar en la [tabla de apoyo del INFAC](#): Laxantes para el tratamiento del estreñimiento en pediatría. Cabe señalar que las recomendaciones de dosificación por edad para algunos de los fármacos no se corresponden con las aprobadas en sus Fichas Técnicas, por lo que se trataría de un uso "off label".

Desimpactación

Consiste en eliminar el acúmulo de heces duras y voluminosas, retenidas en recto y tramo final de intestino grueso con dificultad para su eliminación espontánea. La desimpactación es imprescindible para que el tratamiento sea efectivo⁽¹⁾.

El polietilenglicol (PEG) con o sin electrolitos, por vía oral, durante un máximo de 6-7 días, es el fármaco de elección^(1,2,5,13). No existe diferencia en la eficacia entre ambos, pero el PEG sin electrolitos tiene mejor palatabilidad. Antes de iniciar el tratamiento, conviene informar de que puede producirse un aumento de la incontinencia fecal durante el mismo^(1,7).

Si tras el tratamiento con PEG no se logra la desimpactación, se puede agregar un laxante estimulante (bisacodilo, senósidos y picosulfato) durante pocos días^(6,7,8).

En caso de intolerancia a PEG, la lactulosa, el lactitol y el aceite de parafina son alternativas⁽¹⁾. El aceite de parafina no debe indicarse en caso de trastornos de la deglución; tampoco debe tomarse en posición acostada ni administrar a niños/as menores de un año, debido al riesgo de neumonía lipodeica por aspiración⁽⁶⁾.

La vía rectal, aunque se considera tan efectiva como la oral, al ser invasiva y peor tolerada se reserva para los casos en los que la vía oral no ha sido eficaz o no sea factible. Se prefieren los enemas de suero salino isotónico frente a los de fosfatos, para evitar los trastornos hidroelectrolíticos, sobre todo en menores de dos años y cuando se emplean durante más de cinco días^(1,14). En lactantes se pueden usar enemas o supositorios de glicerol; si no se observa mejoría, enemas de suero fisiológico^(5,6).

Mantenimiento

Se debe iniciar inmediatamente después de la desimpactación^(6,8). Cuando no hay impactación el tratamiento comienza en esta fase⁽⁶⁾. El tratamiento de mantenimiento debe ser prolongado y solo iniciar una reducción gradual de la dosis cuando se haya conseguido regularizar el ritmo intestinal durante al menos un mes. La posibilidad de recaídas es de hasta un 50% y la causa más frecuente es el incumplimiento terapéutico, por lo que se debe insistir en la administración de dosis adecuadas y durante el tiempo recomendado^(1,2,8). Una vez instaurado el tratamiento es necesario un seguimiento estrecho del paciente. No hay que tener prisa en retirar la medicación. Uno de los errores más habituales es su retirada precoz, que suele ir seguida de un fracaso terapéutico. Es importante informar de que los laxantes no producen dependencia ni tolerancia^(5,6).

La práctica de un tratamiento prolongado con laxantes osmóticos está respaldada por una extensa experiencia clínica y algunos ensayos clínicos, que presentan en general un riesgo alto de sesgo. El PEG es el fármaco mejor estudiado y parece ser superior al placebo, la lactulosa y el hidróxido de magnesio^(5,15).

La mayoría de las guías recomiendan el PEG con o sin electrolitos por vía oral como tratamiento de elección^(2,6). En el tratamiento de mantenimiento el PEG sin electrolitos se puede utilizar desde los 6 meses de edad y el PEG con electrolitos, desde el año⁽¹⁶⁾.

La lactulosa, el lactitol, las sales de magnesio y el aceite de parafina son alternativas terapéuticas válidas en el caso de que no se tolere o no sea eficaz el tratamiento con PEG. La lactulosa y las sales de magnesio pueden emplearse en niños/as menores de un año; estas últimas con precaución por el riesgo de hipermagnesemia⁽⁶⁾.

Los laxantes estimulantes pueden utilizarse en niños/as mayores como terapia alternativa o de rescate durante unos pocos días, cuando la respuesta terapéutica con otros fármacos no sea adecuada. Su uso prolongado no se recomienda^(5,6).

El uso de enemas rectales no se recomienda en el tratamiento de mantenimiento del estreñimiento⁽²⁾. Si bien el uso de microenemas de miel es una práctica extendida, se trata de un producto que no está comercializado como medicamento por lo que no está sujeto a los mismos controles sobre su composición y pureza, ni se dispone de información que avale su eficacia ni su seguridad.

Actualmente, el uso de fármacos como la linaclotida y la prucaloprida, que estimulan el tránsito intestinal, no está autorizado para tratar el estreñimiento funcional en población pediátrica debido a la falta de datos sobre su eficacia y seguridad⁽¹²⁾. Tan sólo la FDA ha autorizado esta indicación para la linaclotida en población de 6 a 17 años⁽⁵⁾.

COMPLICACIONES

El estreñimiento funcional, si no se trata adecuadamente puede generar complicaciones como:

Fisuras anales: su tratamiento es fundamental para evitar el círculo vicioso de dolor-retención-dolor. Se recomienda aplicar una pomada de acción antiinflamatoria y cicatrizante y limpiar la zona perianal después de defecar con agua y jabón neutro, usando una esponja suave y secando bien. Las toallitas de un solo uso, que se emplean en lactantes con frecuencia, suelen irritar aún más la zona perianal⁽⁶⁾.

Incontinencia fecal retentiva: en pacientes estreñidos se puede producir una emisión involuntaria de heces, generalmente blandas, en la ropa interior. Suele deberse a la retención crónica y sobredistensión del recto⁽¹⁾.

Enlaces con información útil para la ciudadanía:

- Programa de Salud Infantil. Osakidetza 2021 ([enlace de acceso a documentos en distintos idiomas](#)):
 - [Recomendaciones ante el estreñimiento en pediatría](#)
 - [Aprendizaje sobre el control de esfínteres](#)
- Asociación Española de Pediatría. En familia: [estreñimiento](#)
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Familia y Salud:
 - [Estreñimiento](#)
 - [Fisura anal](#)

IDEAS CLAVE

- El tratamiento del estreñimiento funcional debe ser precoz y centrarse tanto en el aspecto farmacológico como en mantener unos hábitos dietéticos y conductuales adecuados.
- Se debe incluir un programa de entrenamiento del hábito defecatorio, base del éxito del tratamiento a largo plazo.
- Aumentar la ingesta de fibra o líquidos por encima de las recomendaciones diarias habituales no mejora el estreñimiento en los niños/as.
- Uno de los principales motivos de fracaso en el tratamiento del estreñimiento es la no realización de la desimpactación previa.
- El polietilenglicol vía oral es el tratamiento de elección para el estreñimiento funcional en pediatría, tanto para la desimpactación como en el tratamiento de mantenimiento.
- Los casos más resistentes de estreñimiento funcional pueden requerir el uso de un laxante estimulante a corto plazo.
- La causa más frecuente de recaídas es el incumplimiento terapéutico, por lo que se debe insistir en la administración del laxante a dosis adecuadas y durante el tiempo recomendado.

TOS AGUDA

La tos es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría de Atención Primaria⁽¹⁷⁾. Se trata de un reflejo protector de las vías respiratorias para expulsar secreciones o partículas extrañas⁽¹⁸⁾. La duración de más de 3-4 semanas marca el límite para distinguir la tos aguda de la prolongada o crónica, tal y como se recoge en la mayoría de las guías pediátricas^(17,18,19). En este INFAC se abordará la tos aguda que normalmente suele deberse a causas benignas⁽¹⁸⁾.

La causa más frecuente de la tos aguda son las infecciones virales de las vías respiratorias superiores o la exacerbación de una patología subyacente, como el asma. Generalmente es autolimitada, con resolución en 7-10 días, aunque a veces los síntomas pueden persistir durante varias semanas⁽¹⁸⁾. Osakidetza dispone de protocolo PLA para pediatría en el catarro, que puede ser una herramienta útil para el abordaje multidisciplinar de dicho proceso ([enlace a PLA](#)).

DIAGNÓSTICO

Es fundamental realizar una buena anamnesis preguntando las características de la tos, qué la desencadena, si es nocturna o diurna, productiva o seca y si hay o no síntomas acompañantes⁽¹⁷⁾, así como revisar el estado de inmunización⁽²⁰⁾ y valorar la exposición a factores ambientales como humos o irritantes⁽¹⁸⁾.

En el diagnóstico diferencial es importante considerar la presencia de cuerpos extraños, neumonía u otras infecciones como la tosferina o una enfermedad pulmonar subyacente como la bronquiectasia. Es necesario tener en cuenta una serie de enfermedades específicas en población infantil que presentan tos aguda. Una tos perruna puede sugerir crup, la tos acompañada de dificultad respiratoria/taquipnea puede ser signo de

neumonía o bronquiolitis (el virus respiratorio sincitial es la infección más común asociada a bronquiolitis) y una tos paroxística puede ser indicativa de tosferina⁽²⁰⁾. En las actuales circunstancias epidemiológicas de aumento de casos de tosferina hay que considerar este diagnóstico sobre todo ante una tos pertusoide o emetizante de predominio nocturno, incluso en un niño/a bien vacunado/a⁽¹⁷⁾.

TRATAMIENTO

La mayoría de los casos de tos aguda son benignos y autolimitados, generalmente secundarios a infecciones virales de vías respiratorias superiores. En general, el tratamiento farmacológico debe evitarse. Con frecuencia se buscan intervenciones para suprimir la tos y es importante comprender que la tos elimina las secreciones del tracto respiratorio y que su supresión puede provocar la retención de secreciones y la obstrucción potencialmente dañina de las vías respiratorias⁽²¹⁾.

Su manejo debe basarse en la educación sanitaria a la familia e incluir asesoramiento y recomendaciones sobre: la duración de la tos y cuándo volver a consultar o solicitar revisión médica urgente (por ejemplo, sospecha de cuerpo extraño, taquipnea, disnea, vómitos, incapacidad para alimentarse, fiebre persistente, letargo)⁽²⁰⁾.

Intervenciones no farmacológicas

- **Evitar exposición al humo de tabaco:** existen evidencias fuertes de que la tos se prolonga en los niños/as convivientes con fumadores⁽¹⁷⁾.
- **Miel:** puede ayudar a mejorar los episodios de tos, pero debe evitarse en menores de 1 año, por el riesgo de botulismo. Según una revisión Cochrane de 2018, la miel probablemente es más efectiva que placebo y que no recibir tratamiento para proporcionar alivio de la tos y reducir el impacto de la tos en el sueño de los niños/as. Su efecto sobre la tos es mayor que el de difenhidramina y similar al de dextrometorfano^(21,22).
- **Ingesta de líquidos:** aunque esta intervención no se ha estudiado en ensayos clínicos, mantener una hidratación adecuada puede ayudar a diluir las secreciones y calmar la mucosa respiratoria⁽²¹⁾.
- **Pastillas para la tos o caramelos:** son útiles en caso de tos seca irritativa. Debido al riesgo de atragantamiento no es conveniente el uso de caramelos duros en edades inferiores a los 5-6 años⁽²¹⁾.
- **Lavados nasales con solución salina:** pueden eliminar temporalmente secreciones nasales, mejorar la aclaración mucociliar y descongestionar⁽²¹⁾.
- **Plantas medicinales:** su evidencia en el tratamiento de la tos aguda es limitada. No se recomienda el uso de *Echinacea purpurea* por ausencia de beneficio y falta de datos de seguridad. *Pelargonium sidoides* tampoco se recomienda en población infantil debido a la evidencia limitada de beneficio y posibles efectos adversos⁽²¹⁾.
- **Cebolla:** si bien se ha utilizado tradicionalmente para el alivio de la tos, no se dispone de evidencia científica que avale su uso.
- **Humidificadores e inhalación de vapor:** no se recomienda la inhalación de vapor ni los vaporizadores/humidificadores en el manejo de la tos⁽²¹⁾. Además, existe riesgo de quemaduras producidas por la inhalación de vapor o aire caliente humidificado o por la manipulación de agua hirviendo para realizar vahos^(21,23).

Tratamiento farmacológico

Los medicamentos de venta libre (OTC) para la tos y el resfriado están entre los más utilizados. Sin embargo, en población pediátrica, no se ha demostrado que antitusivos, antihistamínicos, expectorantes, mucolíticos, descongestionantes, antipiréticos/analgésicos y combinaciones de éstos, sean más eficaces que el placebo en el tratamiento de la tos. No se recomienda su uso en menores de 6 años y muchos expertos sugieren no utilizarlos en niños/as de 6 a 12 años. Esto es debido a que se han asociado con sobredosis fatales en menores de dos años, tienen riesgo de una toxicidad aumentada en niños/as pequeños, ya que el metabolismo, la eliminación y los efectos de los medicamentos pueden variar según la edad y no se han establecido recomendaciones de dosificación seguras para esta población^(21,24). Además, la utilización de medicamentos para la tos y el resfriado compuestos por varios principios activos puede aumentar el riesgo de intoxicación en pacientes pediátricos. Se recomienda proporcionar información a los progenitores sobre los riesgos del uso de los medicamentos OTC, así como sobre la escasa evidencia que avala su eficacia⁽²⁵⁾.

- **Antitusivos:** en el caso de que sea estrictamente necesario utilizar un medicamento para la tos, dextrometorfano sería una opción en mayores de 2 años^(16,18,25). Hay que tener en cuenta que las personas con metabolización lenta del CYP2D6 pueden experimentar toxicidad a dosis bajas⁽²⁵⁾. La AEMPS recomienda no utilizar codeína para el tratamiento de la tos asociada a procesos catarrales en menores de 12 años, ni en población de 12 a 18 años que presente compromiso de la función respiratoria⁽²⁶⁾.

- **Antihistamínicos:** en ensayos aleatorizados, ni los antihistamínicos ni la combinación de antihistamínicos y descongestionantes han sido eficaces para aliviar la tos en niños/as con resfriado común. Además, pueden tener efectos adversos como la sedación, excitabilidad paradójica, depresión respiratoria, alucinaciones y mayor riesgo de convulsiones. Difenhidramina es el medicamento de venta libre más común asociado con la mortalidad pediátrica ⁽²¹⁾.
- **Expectorantes y mucolíticos:** no se recomiendan para tratar la tos en niños/as con resfriado común ⁽²¹⁾. En una revisión Cochrane no se encontraron estudios sobre el uso de expectorantes en pediatría y en general, la calidad de los datos en estudios sobre los mucolíticos fue muy baja ⁽²⁷⁾.
- **Ungüentos a base de mentol, alcanfor, eucalipto:** no existe evidencia para recomendar su uso en el tratamiento de la tos en población infantil (en Ficha Técnica está indicado en niños/as mayores de 6 años) ^(16,21,28). En población menor de 6 años pueden ser tóxicos si se ingieren ⁽²¹⁾.

Enlaces con información útil para la ciudadanía:

- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Familia y Salud: [Decálogo de la tos](#)
- Osasun Eskola: [Resfriado en menores](#)
- Documento en Osabide Global: [Tu familia mejor sin tabaco](#)
- i botika:
 - [¡Mi hijo tiene tos! ¡Mi hija no para de toser!](#)
 - [Síntomas de resfriado y gripe, ¿es necesario un cóctel antigripal?](#)

IDEAS CLAVE

- La tos aguda generalmente se resuelve en 7-10 días cuando es causada por una infección del tracto respiratorio superior, como el resfriado común.
- No está recomendado el tratamiento farmacológico para la tos.
- No se ha demostrado que los fármacos OTC para la tos sean más eficaces que placebo y los compuestos por varios principios activos pueden aumentar el riesgo de intoxicación en pacientes pediátricos.
- La miel puede ayudar a reducir la frecuencia y gravedad de la tos en mayores de 1 año; los caramelos para la tos se pueden utilizar a partir de los 5-6 años.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Emilio Aparicio Guerra, pediatra de AP de OSI Bilbao-Basurto y a Pablo Oliver Goicolea, jefe de servicio de pediatría del Hospital de Mendatxo de OSI Debabarrena la revisión del texto, así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pociello Almiñana N, Schneider S, Castillejo de Villasante G. [Diagnóstico diferencial y tratamiento del estreñimiento](#). Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:223-235.
2. Mateos Diego M.A. [Estreñimiento y encopresis](#). Pediatría Integral. 2019;XXIII(8):417-425.
3. Bloem MN, Baaleman DF, Thapar N, Roberts SE, Koppen IJN, Benninga MA. [Prevalence of functional defecation disorders in European children: A systematic review and meta-analysis](#). J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2025;80:580-97.
4. [Estreñimiento y laxantes](#). Actualización. INFAC. 2015;23(10):67-73.
5. Manu R Sood. [Chronic functional constipation and fecal incontinence in infants, children, and adolescents: Treatment](#) En: UpToDate Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [consultado 01/09/2025]
6. Carbajo Ferreira A.J. [Estreñimiento](#). FAPap Monogr. 2018;4:18-30.
7. Ortega Páez E. [Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Estreñimiento funcional en el niño](#). AEPap. 2015 [consultado 26/06/2025] Disponible en [algoritmos.aepap.org](#).
8. [Constipation in children and young people: diagnosis and management](#). London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 [consultado 26/06/2025]. CG99.
9. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S et al. [Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN](#). JPGN. 2014;58(2):258-74.

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAE. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

10. Wallace C, Sinopoulou V, Gordon M, Akobeng AK, Llanos-Chea A, Hungria G, Febo-Rodriguez L, Fifi A, Fernandez Valdes L, Langshaw A, Saps M. [Probiotics for treatment of chronic constipation in children](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 3. Art. No.: CD014257. DOI: 10.1002/14651858.CD014257.pub2.
11. Mulhem E, Khondoker F, Kandiah. [Constipation in Children and Adolescents: Evaluation and Treatment](#). Am Fam Physician. 2022;105(5):469-78.
12. Leung AKC, Hon KL. [Paediatrics: how to manage functional constipation](#). Drugs in Context 2021; 10: 2020-11-2. DOI: 10.7573/dic.2020-11-2.
13. Manu R Sood. [Recent-onset constipation in infants and children](#). En: UpToDate. Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [consultado 26/06/2025].
14. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). [Nota informativa de la AEMPS sobre laxantes con alto contenido en fosfatos](#). Ref: 2004/16 [consultado 26/06/2025].
15. Gordon M, MacDonald JK, Parker CE, Akobeng AK, Thomas AG. [Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD009118. DOI: 10.1002/14651858.CD009118.pub3.
16. [Centro de Información online de Medicamentos \(CIMA\)](#). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ministerio de Sanidad. [Consultado: 10/09/2025].
17. Moneo Hernández I, Asensi Monzó M, Rodríguez Fernández-Oliva CR. [Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Tos crónica en AP](#). AE-Pap. 2017 [consultado 26/06/2025]. Disponible en algoritmos.aepap.org
18. Irwin R, Metersky M, Van Zuuren EJ, Trow T. [Acute and subacute cough-Approach to the patient](#). Dynamed. 2023 [consultado 30/07/2025].
19. Zafra MA, Mechán Morales C. [Tos persistente](#). Pediatr Integral. 2021;XXV(1):5-12.
20. Wurzel DF, Marchant JM, Chang AB. [Drug treatments of childhood coughs](#). Australian Prescriber. 2014;37(4):115-119. [consultado 26/06/2025].
21. Diane E Pappas. [The common cold in children: Management and prevention](#). En: UpToDate Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [consultado 10/09/2025].
22. Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM. [Honey for acute cough in children](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 4. Art. No.: CD007094. DOI:10.1002/14651858.CD007094.pub5.
23. Belmonte JA, Domínguez-Sampedro P, Pérez E, Suelves JM, Collado JM. [Quemaduras graves relacionadas con la terapia inhalatoria con vahos](#). An Pediatr (Barc). 2015;82(2):95-99.
24. Shan Yin. [Over-the-counter cough and cold preparations: Approach to pediatric poisoning](#). En: UpToDate Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [consultado 10/09/2025].
25. Schafermeyer R, Barron S.A. [Nonprescription Cough and Cold Medication Poisoning in Children](#). Dynamed. 2024. [consultado 30/07/2025].
26. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). [Codeína: nuevas restricciones de uso como antitusígeno en pediatría](#) (MUH) (FV), 3/2015 [consultado 26/06/2025].
27. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. [Over-the-counter \(OTC\) medications for acute cough in children and adults in community settings](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD001831. DOI:10.1002/14651858.CD001831.pub5.
28. Malesker MA, Callahan-Lyon P, Ireland B, Irwin RS; CHEST Expert Cough Panel. [Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatment for Acute Cough Associated With the Common Cold](#): CHEST Expert Panel Report. 2017 Nov;152(5):1021-1037.

Fecha revisión bibliográfica: septiembre 2025

Este boletín debe citarse: Motivos frecuentes de consulta en pediatría: estreñimiento y tos aguda. INFAC. 2026;34(2):9-17

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: al farmacéutico de atención primaria de su OSI o a CEVIME o al e-mail: infac@osakidetza.eus

Consejo de Redacción: Iñigo Aizpurua¹, Iciar Alfonso², Ainhoa Arana³, María Armendáriz³, Markel Brouard⁴, Laura De la Rosa³, Saioa Domingo³, Maitane Elola⁵, Arritxu Etxebarria³, Jesús Fernández de Mendiola⁴, Julia Fernández³, Isabel Fontán³, Leire Gil³, Ana Isabel Giménez³, Juan José Iglesias⁴, Josune Iribar³, Nekane Jaio³, Itxasne Lekue³, M^a José López¹, Javier Martínez³, Teresa Morera⁶, Carmela Mozo³, Elena Ruiz de Velasco³, Amaia Sagastibelza⁷, Rita Sainz de Rozas³, Inés San José³, Maitane Umerez³, Elena Valverde³, Eluska Yetano⁴, Miren Zubillaga⁴.

1. Farmacéutico/a CEVIME; 2. Farmacóloga clínica; 3. Farmacéutico/a de atención primaria; 4. Médico/a de familia; 5. Médica de medicina interna; 6. Profesora de farmacología (UPV); 7. Pediatra de atención primaria.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>



Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

