



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Miel para la tos aguda en niños (Revisión)

Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM

Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM.
Honey for acute cough in children
(Miel para la tos aguda en niños).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 4. Art. No.: CD007094.
DOI: [10.1002/14651858.CD007094.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007094.pub5).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Miel para la tos aguda en niños

Olabisi Oduwole¹, Ekong E Udoh², Angela Oyo-Ita³, Martin M Meremikwu²

¹Institute of Tropical Diseases Research and Prevention, University of Calabar Teaching Hospital (ITDR/P), Calabar, Nigeria. ²Department of Paediatrics, University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria. ³Department of Community Health, University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria

Dirección de contacto: Olabisi Oduwole, Institute of Tropical Diseases Research and Prevention, University of Calabar Teaching Hospital (ITDR/P), Moore Road, Calabar, Cross River State, Nigeria. olabisioduwole@yahoo.co.uk, olabisioduwole@gmail.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Infecciones Respiratorias Agudas.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 12, 2018.

Referencia: Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM. Honey for acute cough in children (Miel para la tos aguda en niños). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD007094. DOI: [10.1002/14651858.CD007094.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007094.pub5).

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La tos ocasiona preocupación en los padres y es una causa principal de visitas a los consultorios externos. La tos puede afectar la calidad de vida, causar ansiedad y alterar el sueño de los niños y sus padres. La miel se ha utilizado para aliviar los síntomas de la tos. Ésta es una actualización de revisiones publicadas previamente en 2014, 2012 y 2010.

Objetivos

Evaluar la efectividad de la miel para la tos aguda en niños de ámbitos ambulatorios.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en CENTRAL (2018, número 2), que contiene el registro especializado del Grupo Cochrane de Infecciones Respiratorias Agudas (Cochrane Acute Respiratory Infections Group's Specialised Register), MEDLINE (2014 hasta 8 de febrero de 2018), Embase (2014 hasta 8 de febrero de 2018), CINAHL (2014 hasta 8 de febrero de 2018), EBSCO (2014 hasta 8 de febrero de 2018), Web of Science (2014 hasta 8 de febrero de 2018), y en LILACS (2014 hasta 8 de febrero de 2018). También se hicieron búsquedas en la ClinicalTrials.gov and the World Health Organization International Clinical Trial Registry Platform (WHO ICTRP) el 12 de febrero de 2018. La revisión de 2014 incluyó búsquedas en AMED y CAB Abstracts, pero éstos no se examinaron para esta actualización debido a la falta de acceso institucional.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios que compararon la miel sola o en combinación con antibióticos versus ningún tratamiento, placebo, jarabe para la tos con miel u otros fármacos antitusivos de venta libre para niños de 12 meses a 18 años de edad para la tos aguda en ámbitos ambulatorios.

Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar previstos por Cochrane.

Resultados principales

Se incluyeron seis ensayos controlados aleatorios con 899 niños; se añadieron tres estudios (331 niños) en esta actualización.

Los dos estudios se consideraron con alto riesgo de sesgo de realización y detección; tres estudios presentaron riesgo de sesgo de desgaste; y tres estudios presentaron riesgo incierto de otros sesgos.

Los estudios compararon la miel con dextrometorfano, difenhidramina, salbutamol, bromelina (una enzima de la familia de las bromeliáceas [piña]), ningún tratamiento y placebo. Cinco estudios usaron escalas de Likert de 7 puntos para medir el alivio sintomático de la tos; uno usó una escala poco clara de 5 puntos. En todos los estudios la puntuación baja indicó un mejor alivio sintomático de la tos.

Con una escala de Likert de 7 puntos, la miel probablemente reduce la frecuencia de tos mejor que ningún tratamiento o placebo (ningún tratamiento: diferencia de medias [DM] -1,05; intervalo de confianza [IC] del 95%: -1,48 a -0,62; $I^2 = 0\%$; dos estudios; 154 niños; evidencia de certeza moderada; placebo: DM -1,62; IC del 95%: -3,02 a -0,22; $I^2 = 0\%$; dos estudios; 402 niños; evidencia de certeza moderada). La miel puede tener un efecto similar al dextrometorfano en la reducción de la frecuencia de la tos (DM -0,07; IC del 95%: -1,07 a 0,94; $I^2 = 87\%$; dos estudios; 149 niños; evidencia de certeza baja). La miel puede ser mejor que la difenhidramina en la reducción de la frecuencia de la tos (DM -0,57; IC del 95%: -0,90 a -0,24; un estudio; 80 niños; evidencia de certeza baja).

La administración de miel por hasta tres días probablemente sea más efectiva para el alivio de los síntomas de tos en comparación con placebo o salbutamol. Después de los tres días, la miel probablemente no tuvo ventaja alguna sobre el salbutamol o placebo en la reducción de la gravedad de la tos, la tos molesta y la repercusión de la tos en el sueño para los padres y los niños (evidencia de certeza moderada). Con una escala de tos de 5 puntos, probablemente hubo poca o ninguna diferencia entre los efectos de la miel y la bromelina combinada con miel en la reducción de la frecuencia y la gravedad de la tos.

Los eventos adversos fueron: nerviosismo, insomnio e hiperactividad en siete niños (9,3%) tratados con miel y dos niños (2,7%) tratados con dextrometorfano (cociente de riesgos [CR] 2,94; IC del 95%: 0,74 a 11,71; $I^2 = 0\%$; dos estudios; 149 niños; evidencia de certeza baja). Tres niños (7,5%) del grupo de difenhidramina presentaron somnolencia (CR 0,14; IC del 95%: 0,01 a 2,68; un estudio; 80 niños; evidencia de certeza baja). Cuando la miel se comparó con placebo, 34 niños (12%) del grupo de miel y 13 (11%) del grupo placebo informaron de síntomas gastrointestinales (CR 1,91; IC del 95%: 1,12 a 3,24; $I^2 = 0\%$; dos estudios; 402 niños; evidencia de certeza moderada). Cuatro niños que recibieron salbutamol presentaron erupciones cutáneas en comparación con un niño del grupo de miel (CR 0,19; IC del 95%: 0,02 a 1,63; un estudio; 100 niños; evidencia de certeza moderada). No se informaron efectos adversos en el grupo de ningún tratamiento.

Conclusiones de los autores

La miel probablemente alivia los síntomas de tos en mayor medida que ningún tratamiento, la difenhidramina y placebo, pero puede lograr poco o ningún cambio en comparación con el dextrometorfano. La miel probablemente reduce la duración de la tos en mayor medida que el placebo y el salbutamol. No hubo evidencia sólida a favor o en contra del uso de miel. La mayoría de los niños recibieron tratamiento por una sola noche, lo que constituye una limitación para los resultados de esta revisión. No hubo diferencias en los eventos adversos entre los grupos que recibieron miel y control.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Miel para la tos aguda en niños

Pregunta de la revisión

¿La miel puede disminuir los síntomas de tos causados por las bacterias y los virus en los niños?

Antecedentes

La tos ocasiona preocupación en los padres y es una causa principal de visitas a los consultorios externos. Se cree que la miel impide el crecimiento de gérmenes y reduce la inflamación.

Fecha de la búsqueda

Se realizaron búsquedas en las bases de datos hasta el 8 de febrero de 2018 y en los registros de ensayos hasta el 12 de febrero de 2018.

Características de los estudios

Se incluyeron seis ensayos pequeños con 899 niños de 12 meses a 18 años realizados en Irán, Israel, Estados Unidos, Brasil y Kenia. Esta actualización incluyó tres nuevos ensayos realizados entre 2007 y 2016 que involucraron a 331 niños.

Fuentes de financiación de los estudios

Dos estudios fueron patrocinados por fabricantes farmacéuticos; uno por un centro de investigación universitario; uno por la Honey Board de Israel y organismos no gubernamentales; y uno por la National Honey Board de EE.UU. Un estudio no informó fuentes de financiación.

Resultados clave

La miel se comparó con preparados antitusivos de venta libre, bromelina (una enzima presente en la piña) combinada con miel, tratamiento inactivo (placebo) y ningún tratamiento.

La miel probablemente reduce los síntomas de tos en mayor medida que el placebo y el salbutamol (un fármaco que expande las vías respiratorias) cuando se administra por hasta tres días. La miel es probablemente más efectiva para el alivio de la tos y la reducción de la repercusión de la tos en el sueño nocturno de los niños que ningún tratamiento.

Puede haber poca o ninguna diferencia entre los efectos de la miel y el dextrometorfano (un principio activo en compuestos antitusivos de venta libre) o la miel y la bromelina con miel en todos los síntomas de tos. La miel puede ser mejor que la difenhidramina (un antihistamínico) en el alivio y la reducción de la tos en los niños.

Los padres de siete niños que recibieron miel y dos que recibieron dextrometorfano informaron de efectos secundarios en los hijos, como dificultades para conciliar el sueño, inquietud y sobreexcitación. Los padres de tres niños del grupo de difenhidramina informaron que los hijos presentaron con frecuencia somnolencia. Los padres de nueve niños que recibieron salbutamol, siete que recibieron miel y seis que recibieron placebo informaron de diarrea. Los padres de cuatro niños que recibieron salbutamol y un niño que recibió miel informaron de erupciones.

No se encontró evidencia a favor o en contra de la administración de miel para aliviar la tos en los niños. No se recomienda el uso de miel en lactantes de hasta 12 meses de edad debido a que puede existir inmunidad deficiente contra las bacterias, lo que puede derivar en parálisis. La mayoría de los niños recibieron miel durante solo una noche, lo que es una limitación para los resultados de esta revisión.

Calidad de la evidencia

En general, la calidad de la evidencia fue de baja a moderada. Algunos estudios no cegaron a los participantes.