

Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva:
carmenrosarfo@gmail.com

Taller

Abordaje de la tos crónica en Atención Primaria a través de casos clínicos

C. M. Rodríguez Fernández-Oliva^a, I. Moneo Hernández^b

^aCS La Cuesta. Tenerife. España • ^bCS Las Fuentes Norte. Zaragoza. España

INTRODUCCIÓN

En la definición de tos, podemos tomar como referencia la de la ERS Task Force, *Guidelines on the assessment of cough*, que la define como “maniobra forzada expulsiva, generalmente con la glotis cerrada y que se asocia a un sonido característico”¹.

En Atención Primaria la tos es el motivo de consulta en un 10% de niños en edad escolar y hasta el 20% de los preescolares, cifras que pueden aumentar en épocas epidémicas².

Estudios prospectivos han demostrado que en la mayoría de los niños (más del 90%) la tos asociada a una infección respiratoria aguda tiene una duración inferior a 3-4 semanas, aproximadamente, con una media de cuatro días a dos semanas. De acuerdo con esto, es lógico definir la tos crónica en Pediatría como una tos diaria que dura más de cuatro semanas³, de acuerdo con las guías americana⁴ y australiana-neozelandesa⁵, o más de ocho semanas, de acuerdo con la guía británica⁶.

Entre la tos aguda y la crónica existe un periodo gris que se conoce como tos subaguda. Las guías americana y australiana-neozelandesa la definen como una tos que dura cuatro semanas, y la guía británica establece el límite en ocho semanas. La

actitud recomendada es observación, y si la tos se prolonga más de cuatro semanas, realizar una radiografía de tórax; si esta es normal, debe hacerse un seguimiento del niño durante 6-8 semanas.

La tos con esta duración, por lo tanto, debe ser evaluada para descartar patologías específicas que abarcan todo el espectro de la Neumología Pediátrica, y que requieren tratamiento precoz.

Las causas de tos crónica en el niño varían en función de la edad. Marchant *et al.*⁷ realizaron un estudio etiológico en niños preescolares con tos crónica, concluyendo que la causa más frecuente era la bronquitis bacteriana persistente (BBP) (40%), y como segunda causa, la resolución espontánea secundaria a prolongación o superposición de infección respiratoria de vías altas (IRVA), y solo el 10% de los casos se debieron a asma, síndrome de la vía aérea superior o reflujo gastroesofágico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Al evaluar un niño con tos crónica, nuestro objetivo debe ser decidir si se puede establecer un diagnóstico fácilmente o si es necesario iniciar un estudio adicional para llegar al diagnóstico o descartar otras enfermedades más graves. El diagnóstico se

Cómo citar este artículo: Rodríguez Fernández-Oliva CM, Moneo Hernández I. Abordaje de la tos crónica en Atención Primaria a través de casos clínicos. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2015;(24):53-7.

basa en una buena historia clínica, una exploración física y las exploraciones complementarias apropiadas y se realizarán siguiendo una secuencia lógica desde las causas más frecuentes a las de menor frecuencia.

La clasificación de la tos se puede realizar considerando signos clínicos y resultados de determinadas pruebas complementarias³:

Tos crónica inespecífica

En los casos de tos seca aislada, con actividad normal del niño y buen estado general, sin que se observen otros signos y síntomas de enfermedad y con resultados normales en la radiografía de tórax y la espirometría, hablamos de tos inespecífica, e inicialmente no se requieren más exploraciones; la conducta consiste en observar si desaparece gradualmente la tos y reevaluar en caso contrario en un periodo de dos semanas.

Tos crónica específica

Las causas de tos crónica son múltiples; tos crónica específica es aquella en la que existen síntomas y signos que sugieren un diagnóstico específico al

que se ha llegado tras un estudio exhaustivo. En este grupo entran los diagnósticos de asma, bronquiectasias (BQ), fibrosis quística (FQ), aspiración de cuerpo extraño, síndromes aspirativos, infecciones respiratorias atípicas, anomalías cardíacas y patología intersticial pulmonar, y pueden ser necesarios: tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR) torácica, broncoscopia, test de sudor, inmunoglobulinas y otros, para llegar al diagnóstico.

Tos esperada o normal

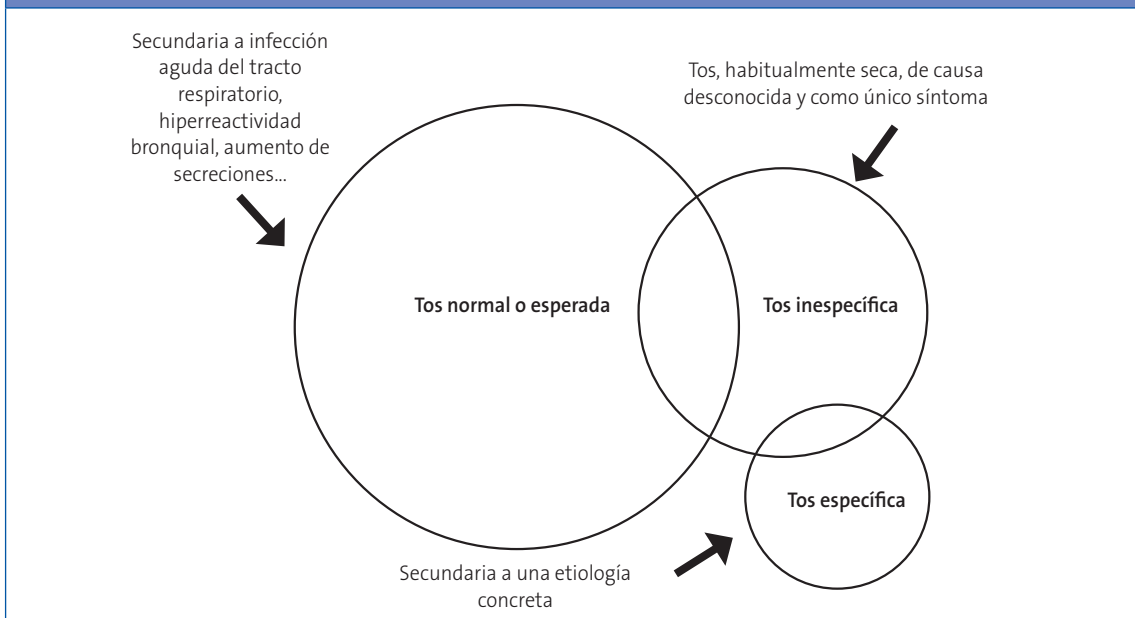
Secundaria a infecciones respiratorias agudas, hiperreactividad bronquial, etc. (Figura 1).

Es necesaria una buena anamnesis que nos ayude y dirija en el proceso diagnóstico. En la Tabla 1 se detallan las principales preguntas que debemos realizar y la información que nos pueden aportar.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA TOS CRÓNICA

La historia clínica debe valorar tiempo y evolución, tipo de tos, ritmo horario, factores agravantes y

Figura 1. Clasificación de la tos crónica según su etiología



| Tabla 1. Preguntas para la anamnesis | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Pregunta | Ejemplo | Diagnóstico probable |
| ¿Cómo empezó la tos? | Muy agudo Coincidiendo con catarro | Aspiración de cuerpo extraño Posviral |
| ¿Cuándo empezó la tos? | Neonatal | Aspiración Malformación Fibrosis quística Discinesia ciliar Infección pulmonar intrauterina |
| ¿Cómo es la tos? | Productiva Paroxística con/sin gallo Hemoptoica Tos con indiferencia que aumenta con la atención Tos seca con el sueño Tos áspera metálica Tos con expulsión de moldes | Enfermedad pulmonar supurativa Fibrosis quística Síndrome pertusoide Fibrosis quística Bronquiectasias Tuberculosis Tumores Hemosiderosis Malformación arteriovenosa pulmonar Tos psicógena Hábito tusígeno Laringomalacia Bronquitis plástica |
| ¿Es progresiva? | | Aspiración de cuerpo extraño Colapso lobular tuberculosis Lesión intratorácica |
| ¿Es único síntoma o asociada? | Aislada Con sibilancias Asociada a neumonía recurrente o infiltrados intersticiales | Tos inespecífica Asma Aspiración de cuerpo extraño Fibrosis quística Bronquiolitis obliterante Enfermedad pulmonar intersticial Bronquitis bacteriana Persistente Tuberculosis Inmunodeficiencias Cardiopatías con <i>shunt</i> |
| ¿Qué desencadena la tos? | Frío, ejercicio Acostarse La ingesta | Asma Goteo posnasal Aspiración recurrente |

Fuente: Praena-Crespo M, Callén-Blecua M. Tos crónica Atención Primaria. An Pediatr Contin. 2010;8:1-9.

desencadenantes, calidad de la tos (seca o productiva). La presencia de tos húmeda tras tres semanas de evolución es uno de los signos clínicos más sensibles para encontrar una causa específica de tos. Es importante evaluar si en el paciente existen causas predisponentes a determinados diagnósticos (Tabla 2).

TRATAMIENTO DE LA TOS CRÓNICA EN EL NIÑO

El tratamiento de la tos crónica debe realizarse tras una exhaustiva investigación etiológica, teniendo como objetivo eliminar el agente causal y siguiendo las guías de práctica clínica. Es imprescindible recordar a la familia que evite la exposición del

| Tos crónica en niño sano | Tos crónica en niños con enfermedad pulmonar |
|--|--|
| Infecciones respiratorias de repetición | Enfermedades supurativas: FQ, BQ o DCP |
| Bronquitis bacteriana persistente | Inmunodeficiencias |
| Síndrome de la vía aérea superior o goteo posnasal | Síndromes aspirativos |
| Tos como equivalente asmático | Aspiración de cuerpo extraño |
| Tos psicógena | Infecciones: <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , tuberculosis, neumonías... |
| Tos irritativa (tabaco u otros irritantes) | Anomalías congénitas: fistula traqueo-esofágica, anillos vasculares, malformaciones de la vía aérea, enfermedades neuromusculares... |

BQ: bronquiectasia; C. *trachomatis*: *Chlamydia trachomatis*; DCP: discinesia ciliar primaria; FQ: fibrosis quística; M. *pneumoniae*: *Mycoplasma pneumoniae*. Fuente: Lamas A, Ruiz M, Maiz L. Tos crónica. Arch Bronconeumol. 2014;50:294-300.

niño al humo del tabaco y a otros irritantes ambientales.

Tratamiento de la tos de causa específica

La tos crónica secundaria a asma requiere tratamiento con broncodilatadores y, en función de su clasificación, y grado de control, procede tratamiento con corticoides inhalados. En los casos de rinitis alérgica requerirá antihistamínicos y esteroides nasales. La sinusitis precisará tratamiento con antibióticos.

La bronquitis bacteriana persistente hasta ahora era una entidad poco estudiada e infradiagnosticada, y se define como tos crónica productiva secundaria a infección de la vía aérea, precisa tratamientos prolongados (entre dos y seis semanas) con amoxicilina-clavulánico o claritromicina, una vez que se han descartado otras patologías. Los microorganismos más comúnmente implicados son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*, aislándose, en algunos casos, más de un patógeno⁹.

El síndrome de la vía aérea superior o goteo nasal posterior se origina por la estimulación mecánica de la rama aferente del reflejo de la tos en la vía aérea superior por las secreciones que descienden de la nariz y/o los senos paranasales. En la edad preescolar se debe a infecciones de repetición por hipertrofia adenoamigdalares y/u otitis seromucosa. En los escolares, la presencia de rinitis persistente y/o hipertrofia de cornetes debe hacer pensar en

atopia, y la presencia de pólipos nasales obliga a descartar fibrosis quística.

El reflujo esofágico, como causa de tos crónica es un diagnóstico controvertido, y requerirá tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y/o cirugía.

Tratamiento de la tos de causa inespecífica

Si el impacto de la tos es moderado, no hay datos de enfermedad subyacente y el niño está bien, se recomienda un periodo de observación sin realizar pruebas diagnósticas ni tratamiento y revisar al niño en 6-8 semanas.

Si se decide realizar un ensayo terapéutico, la duración es empírica y se basa en recomendaciones de expertos, dada la ausencia de estudios controlados en población pediátrica¹⁰. Se recomienda un ensayo terapéutico con corticoides inhalados a dosis medias en los casos de tos predominantemente seca (400 µg/día de budesonida o equivalente) durante dos semanas, según la guía Americana⁴, y 8-12 semanas según la guía británica⁶, reevaluando al paciente a las 2-3 semanas, y si no responde al tratamiento, se debe retirar el mismo (Figura 2).

En los casos de tos inespecífica productiva se puede valorar iniciar un ciclo de antibióticos (amoxicilina-clavulánico) durante 2-3 semanas.

No está indicado el empleo de antitusivos de acción central, antitusivos no narcóticos, mucolíticos ni expectorantes^{2,3,11}. La presencia de más de una causa de la tos puede ser la causa de retraso o

fracaso terapéutico si no se tratan todas las patologías subyacentes³.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

BBP: bronquitis bacteriana persistente • **BQ:** bronquiectasias • **FQ:** fibrosis quística • **IRVA:** infección respiratoria de vías altas • **TACAR:** tomografía axial computarizada de alta resolución.

BIBLIOGRAFÍA

- Morice AH, Fontana GA, Belvisi MG, Biring SS, Chung KF, Dicipinigitis PV, et al. ERS guidelines on the assessment of cough. European Respiratory Society (ERS). *Eur Respir J*. 2007;29:1256-76.
- Praena-Crespo M, Callén-Blecua M. Tos crónica Atención primaria. *An Pediatr Contin*. 2010;8:1-9.
- Lamas A, Ruiz M, Maiz L. Tos crónica. *Arch Bronconeumol*. 2014;50:294-300.
- Chang AB, Glomb WB. Guidelines for evaluating chronic cough in pediatrics: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;129:260-83.
- Chang AB, Landau LI, van Asperen PP, Glasgow NJ, Robertson CF, Marchant JM, et al. Cough in children: definitions and clinical evaluation. *Med J Aust*. 2006;184:398-403.
- Shields MD, Bush A, Everard ML, McKenzie S, Primhak R. BTS guidelines: Recommendations for the assessment and management of cough in children. *Thorax*. 2008;63:1-15.
- Marchant JM, Masters IB, Taylor SM, Cox NC, Seymour GJ, Chang AB. Evaluation and outcome of young children with chronic cough. *Chest*. 2006;129:1132-41.
- Marchant M, Masters IB, Taylor SM, Chan AB. Utility of signs and symptoms of chronic cough in predicting specific cause in children *J Thorax*. 2006;61:694-8.
- Craven V, Everard ML. Protracted bacterial bronchitis: Reinventing an old disease. *Arch Dis Child*. 2013;98:72-6.
- Brodie M, Graham C, McKean MC. Childhood cough. *BMJ*. 2012;344:e1177.
- Callén Blecua MT, Praena Crespo M. Normas de calidad para el diagnóstico y tratamiento de la tos crónica en Pediatría de Atención Primaria. En: AEPap [en línea] [consultado el 01/06/2015]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm