

Manejo de la tos crónica en Atención Primaria

Autoras

Isabel Moneo Hernández

C.S. Fuentes Norte. Zaragoza

Maite Asensi Monzo

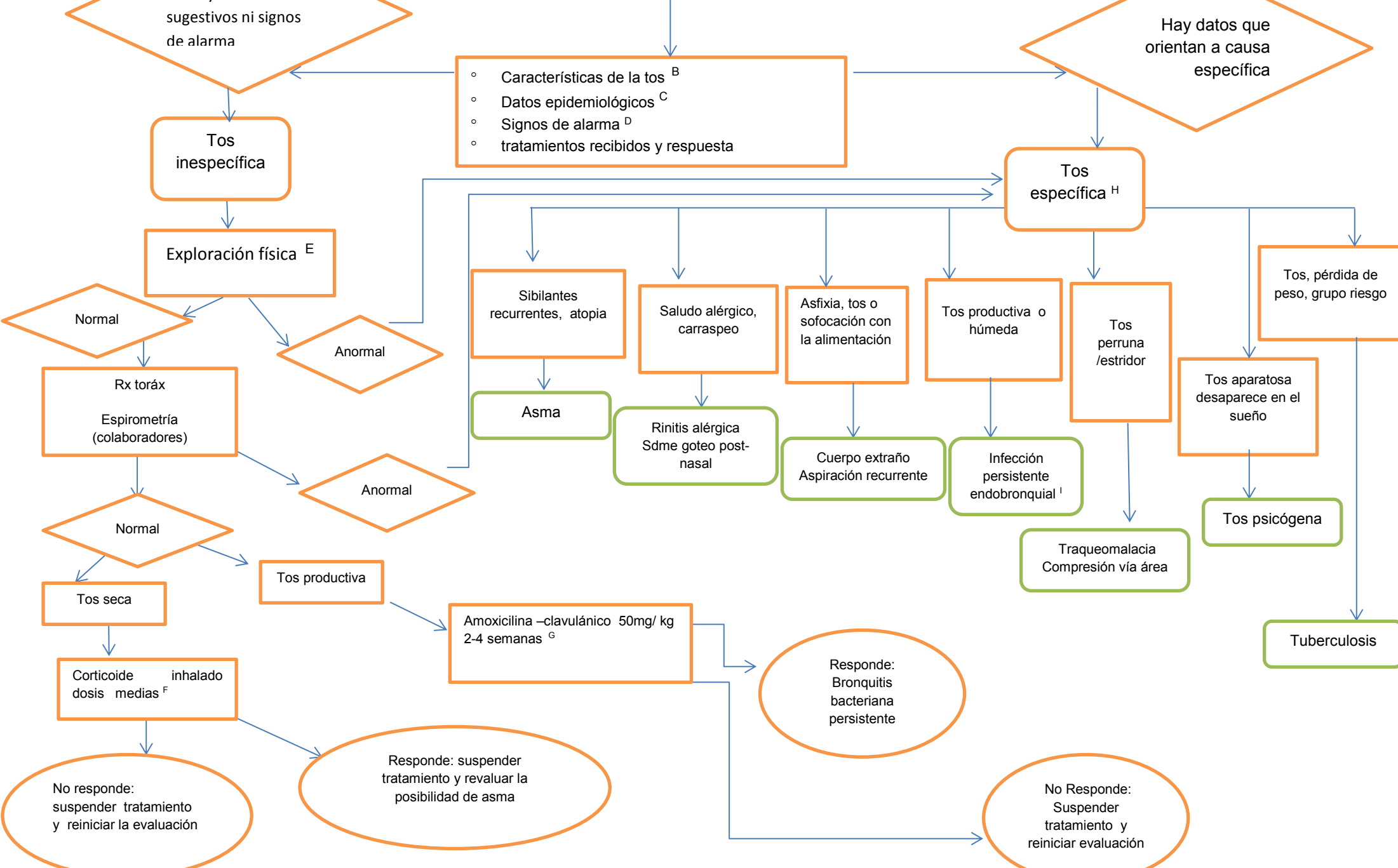
C.S Serrería. Valencia

Carmen Rosa Rodríguez Fernández -Oliva

C.S La Cuesta. Tenerife

Cómo citar este artículo: Moneo Hernández I, Asensi Monzó M, Rodríguez Fernández-Oliva CR. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Tos crónica en AP. AEPap. 2017 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en algoritmos.aepap.org

Tos crónica ^A



A:

La tos es uno de los motivos de consulta más frecuentes para el pediatra de Atención Primaria y puede ser debida a patología en cualquier nivel de la vía respiratoria e incluso en otras localizaciones.

Hablamos de tos crónica cuando dura más de 4 semanas según la guía Americana ¹ y la Australiana ² mientras que la guía Británica ³ no considera una tos como crónica hasta que se prolonga más de 8 semanas, entre las 4 y las 8 semanas propone clasificar a la tos como subaguda y aconseja una actitud expectante y vigilancia estrecha del niño si no existen otros datos de enfermedad.

La mayoría de los estudios de seguimiento han puesto de manifiesto que la tos debida a infecciones virales agudas dura entre 2 y 4 semanas, por ello este límite de las 4 semanas es el más razonable para hablar de tos crónica.

B:

Es fundamental realizar una buena anamnesis (tabla 1) inquiriendo las características de la tos, qué lo desencadena, si es nocturna o diurna, productiva o seca y si hay o no síntomas acompañantes

TABLA 1

PREGUNTA	EJEMPLO	DIAGNÓSTICO PROBABLE
¿Cómo empezó la tos?	Muy agudo Coincidiendo con catarro	Aspiración de CE Postviral
¿Cuándo empezó la tos?	Neonatal	Aspiración Malformación

		Fibrosis quística(FQ) Discinesia ciliar Inf.pulmonar intrauterina
¿Cómo es la tos?	Productiva Paroxística con/sin gallo Hemoptoica Tos con indiferencia que aumenta con la atención y desaparece en el sueño Tos seca con el sueño Tos áspera metálica Tos con expulsión de moldes	Enf.pulmonar supurativa FQ S. Pertusoide FQ Bronquiectasias TB Tumores Hemosiderosis Malf.arteriovenosa pulmonar Tos psicógena Hábito tusígeno Asma Laringomalacia Bronquitis plástica
¿Es progresiva?		Aspiración de CE Colapso lobular TB Lesión intratorácica

¿Es único síntoma o asociada?	<p>Aislada</p> <p>Con sibilancias</p> <p>Asociada a neumonía recurrente o infiltrados intersticiales</p>	<p>Tos inespecífica</p> <p>Asma</p> <p>Aspiración de CE</p> <p>FQ</p> <p>Bronquiolitis obliterante</p> <p>Enf. Pulmonar intersticial</p> <p>Bronquitis bacteriana</p> <p>Persistente</p> <p>TB</p> <p>Inmunodeficiencias</p> <p>Cardiopatías con shunt</p>
¿Qué desencadena la tos?	<p>Frío, ejercicio</p> <p>Acostarse</p> <p>La ingesta</p>	<p>Asma</p> <p>Goteo postnasal</p> <p>Aspiración recurrente</p>

Adaptado de : M. Praena-Crespo y M. Callén-Blecua. Tos crónica Atención primaria. An Pediatr Contin.2010;8:1-9 ⁴

C:

En la evaluación de un niño con tos crónica tenemos que considerar si pertenece o no a un grupo de riesgo de mayor incidencia de enfermedad tuberculosa, interrogar sobre la existencia de contactos o la presencia de adultos convivientes tosedores crónicos.

En las actuales circunstancias epidemiológicas de aumento de casos de tosferina hay que considerar este diagnóstico sobre todo ante una tos pertusoides o emetizante de predominio nocturno, incluso en un niño bien vacunado. Para algunos autores debería ser considerada en el diagnóstico de cualquier niño con tos de más de 2 semanas⁵. Dado el retraso en el diagnóstico serológico o microbiológico si no se dispone de PCR, en caso de sospecha clínica podría iniciarse un

tratamiento empírico que si se instaura rápidamente mejorará la evolución de la enfermedad y en todo caso disminuirá la posibilidad de contagio, sobretodo en el caso de contacto estrecho del tosedor con menores de 6 meses.

En cuanto a la exposición al humo del tabaco existen evidencias fuertes de que la tos se prolonga en los niños convivientes con fumadores, el pediatra debe de aprovechar las consultas por este motivo para discutir con los padres la repercusión que el tabaquismo pasivo produce en sus hijos. Ofrecerles de forma empática los recursos disponibles en nuestro medio .Recordar siempre que la intervención breve por el personal sanitario es una medida que ha demostrado ser coste efectiva.

D:

Los datos clínicos que nos deben alertar son fundamentalmente comienzo neonatal, o coincidiendo con la alimentación o sofocación, presencia de tos productiva de más de 4 semanas y la asociación con síntomas generales (tabla 2)

TABLA 2

Síntomas y signos de alarma en el niño con tos crónica

Síntomas y signos de alarma	Comentarios
Auscultación anormal	Asma, bronquitis, cuerpo extraño, FQ, anomalías congénitas...
Tos húmeda o productiva	Enfermedades supurativas (FQ, BQ, DCP, BBP...), bronquitis...
Tos de inicio brusco tras episodio de atragantamiento	Aspiración de cuerpo extraño
Tos en relación con alimentación o deglución	Síndromes aspirativos
Disnea crónica	Patología torácica (vía aérea o parénquima), cardíaca...
Disnea con ejercicio	Asma, enfermedad pulmonar...
Soplo cardíaco	Enfermedad cardíaca
Presencia de patología neurológica	Síndromes espirativos, debilidad muscular...
Deformidades de la pared torácica	Malformaciones, enfermedad pulmonar crónica grave...
Hemoptisis	Enfermedad supurativa, anomalías vasculares, bronquitis...
Neumonías recurrentes	Asma, cuerpo extraño, malformaciones, inmunodeficiencias...
Fallo de medro	Enfermedad pulmonar, cardíaca...
Presencia de acropaquias	Enfermedad pulmonar, enfermedad supurativa, cardíaca...
Coexistencia de comorbilidades	Enfermedades crónicas

BBP: bronquitis bacteriana persistente; BQ: bronquiectasias; DCP: discinesia ciliar primaria; FQ: fibrosis quística.

Tomado de Lamas ⁶

E:

La exploración debe ser completa, valorando el desarrollo del niño y la presencia de signos que nos orienten a una causa específica.

En las vías aéreas superiores (fosas nasales y faringe) buscaremos el goteo nasal posterior, es decir, el drenaje de mucosidad en la pared posterior de la faringe, que puede acompañarse de otitis serosa, hipertrofia amigdalal y/o adenoidea, e inferiores (auscultación pulmonar, conformación de la caja torácica).

El estridor inspiratorio es sugestivo de cuerpo extraño o masas de localización en vía respiratoria alta (laringo o traqueomalacia)

Una auscultación cardiaca patológica o la presencia de cianosis labial y ungueal apuntarán hacia anomalías cardiovasculares.

La piel puede mostrar signos de atopia y la observación de dedos en palillo de tambor orienta hacia una enfermedad pulmonar crónica como la fibrosis quística.

A veces la observación de una crisis de tos proporciona las claves para hacer un diagnóstico específico.

F:

Una tos seca mantenida puede ser el único síntoma de asma crónica lo que se ha llamado “equivalente de asma”. Este término, admitido en los adultos, no es aceptado por las sociedades científicas para los niños. La mayoría de los estudios han señalado que el asma es una causa poco frecuente de tos en ausencia de otros síntomas. No obstante todas las guías ^{1,2,3} aceptan que ante una tos seca como único síntoma con exploración normal, Rx de tórax y espirometría normal podemos hacer un ensayo terapéutico. Puede realizarse una prueba terapéutica con corticoides inhalados a dosis medias, es decir budesonida 200 mcg /12 h o fluticasona 100mcg /12 h independiente de la edad y el peso del niño.

Una respuesta positiva apoya pero no confirma el diagnóstico de asma, ya que la tos de causa inespecífica tiende también a resolverse con el tiempo. Debe haber un tiempo limitado para considerar que ha habido respuesta: unas guías establecen un período de respuesta de 2 semanas y otras de 8 a 12 semanas, pero parece razonable esperar una respuesta en 4 o 6 semanas.

La falta de respuesta al tratamiento es suficiente para excluir el diagnóstico y suspenderlo en la mayoría de los casos.

G:

La bronquitis bacteriana prolongada es una enfermedad posiblemente más frecuente de lo que se diagnostica^{7,8}. Está causada por una infección crónica del epitelio bronquial por bacterias patógenas comunes de la vía respiratoria superior que colonizan formando “biofilms”, produciendo una alteración de la función

ciliar. Clínicamente aparece una “tos húmeda persistente”, con Rx de tórax normal. Debemos considerarla cuando el síntoma más prominente es la tos productiva y prolongada. El diagnóstico preciso se realiza por cultivo bronquial obtenido por broncoscopia; en Atención Primaria siempre que sea posible se intentará cultivo del esputo aunque se admite que el diagnóstico puede ser clínico, si tras la clínica citada hay respuesta a una tanda de antibiótico. El objetivo es la erradicación de las bacterias y la regeneración del epitelio bronquial

El tratamiento produce una rápida mejoría de los síntomas, su duración óptima no está bien definida, algunos autores⁹ proponen tratamientos prolongados de 6-8 semanas, lo que conlleva un problema potencial de desarrollo de resistencias antibióticas.

Una tos productiva que no responde a 1 o dos tandas de antibiótico debe ser evaluada en un segundo nivel asistencial.

H:

La experiencia clínica sugiere que la mayoría de los pacientes pediátricos con tos crónica, son en realidad niños sanos que tienen infecciones respiratorias recurrentes por virus, pero también puede ser la manifestación de una enfermedad respiratoria o sistémica grave, por lo que deben de ser cuidadosamente evaluados.

En presencia de tos productiva, radiografía de tórax patológica o una espirometría alterada la posibilidad de tener una causa específica es alta y obliga a realizar más estudios complementarios para llegar al diagnóstico¹⁰

I

En los niños la presencia de tos productiva mantenida si va acompañada de alteración del desarrollo pondo estatural, infecciones recurrentes pulmonares, acropaquias, es sugestiva de enfermedad pulmonar que requiere más investigaciones y debería ser remitido a neumología. En la enfermedad supurativa endobronquial incluimos entidades más graves pero menos frecuentes como la discinesia ciliar, fibrosis quística, bronquiectasias³

Bibliografía

1. Chang AB, Glomb WB. Guidelines for evaluating chronic cough in pediatrics: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006; 129 :260S-283S.
2. Chang AB, Landau LI, Van Asperen PP, Glasgow NJ, Robertson CF, Marchant JM et al. Thoracic Society of Australia and New Zealand. Cough in children: definitions and clinical evaluation. *Med J Aust*. 2006; 184: 398-403
3. Shields MD, Bush A, Everard ML, McKenzie S, Primhak R; British Thoracic Society Cough Guideline Group. BTS guidelines: Recommendations for the assessment and management of cough in children. *Thorax*. 2008; 63: 1-15.
4. Praena-Crespo M, Callén-Blecua M Tos crónica *An Pediatr Contin*.2010;8 :1-9.
5. Moraga-Llop F, Campins-Martí M. Vacuna de la tos ferina. Reemergencia de la enfermedad y nuevas estrategias de vacunación .*Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 33:190–6.
6. Lamas A, Ruiz de Valbuena M, Máiz L . Tos en el niño. *Arch Bronconeumol*. 2014;50:294–300
7. Marchant J, Masters I.A, Champion A, Petsky H, Chang AB. Randomised controlled trial of amoxicillin clavulanate in children with chronic wet cough. *Thorax* (2012). doi:10.1136
8. Craven V, Everard ML. Protracted bacterial Bronchitis. Reinventing an old disease. *Arch. Dis.Child*2013; 98:72-6.

9. Gedik AH , Cakir E, Torun E, Demi A.D, Kuccukkoc M, Erenberk U et al. Evaluation of 563 children with chronic cough accompanied by a new clinical algorithm. Italian Journal of Pediatrics (2015) 41:73DOI 10.1186/s13052-015-0180-0.
10. Callén Blecua MT, Praena Crespo M. Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la tos crónica en Pediatría de Atención Primaria. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-9). (fecha de acceso 22707/2016). Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm