

Parte Primera

SÍNTOMAS GUÍA

Capítulo 1

Estudio del paciente con tos persistente

Capítulo 2

Manejo básico del paciente con hemoptisis

Capítulo 3

Estudio del paciente con disnea

Capítulo 4

Estudio del paciente con dolor torácico

Capítulo 5

Aspectos básicos en radiología de tórax
Directrices y criterios para su petición

Capítulo 1

*E*studio del paciente con tos persistente

M^a del Águila del Trigo Espinosa
Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud El Torrejón
Huelva

José Domingo García Jiménez
Neumología
Hospital Distrital de Faro
Faro (Portugal)

María Suárez Pérez
Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud El Torrejón
Huelva

SÍNTOMAS GUÍA

DEFINICIÓN

La tos es la estimulación del reflejo tusígeno, cuya principal finalidad es expulsar secreciones u otro material extraño tanto del árbol traqueobronquial como de la laringe. Es un mecanismo de defensa que, en condiciones patológicas, indica la presencia de enfermedades importantes.

La **tos crónica** es aquella que persiste o es recurrente, dura más de tres semanas y no está relacionada con un proceso agudo. Algunos autores consideran también tos crónica la que persiste más de ocho semanas después de un episodio agudo.

Supone en nuestro medio la primera causa de consulta pediátrica (22,6%, por delante incluso de la fiebre); la quinta causa de consulta al médico en Atención Primaria, del 10% al 20% de las consultas de neumología extrahospitalaria y es, además, una importante causa de consumo de fármacos.

ETIOLOGÍA

La causa más frecuente de la tos crónica en los adultos es el tabaquismo.

En pacientes no fumadores, la tos crónica, en un 85% de los casos, es debida al asma, al reflujo gastroesofágico (RGE) o goteo nasal posterior. La edad es importante a la hora de evaluar la etiología. En los niños, la causa más importante es el asma, incluso por delante del goteo nasal posterior.

Causas de tos crónica en pacientes adultos no fumadores:

- Goteo nasal posterior (8-87%)
- Asma (20-33%)
- Reflujo gastroesofágico (10-21%)
- Bronquitis eosinofílica (13%)
- Bronquitis crónica y EPOC (5%)
- Bronquiectasias (4%)
- Carcinoma broncogénico (2%)
- Fármacos: IECAS, otros
- Enfermedades intersticiales difusas pulmonares
- Postinfecciosa
- Tos psicógena

Estudio del paciente con tos persistente

Causas de tos crónica en los niños:

- Asma
- Infecciones respiratorias recurrentes (de origen vírico y bacteriano)
- Síndrome de goteo nasal posterior (rinitis, sinusitis o poliposis)
- Reflujo gastroesofágico
- Aspiración de cuerpo extraño
- Tos psicógena
- Otras: malformaciones congénitas, fibrosis quística, etc.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

ANAMNESIS

Es uno de los elementos más importantes a evaluar para llegar al diagnóstico.

- **Antecedentes familiares:** EPOC, asma, alergias, tuberculosis, etc...
- **Antecedentes personales:** exposición activa o pasiva al tabaco, EPOC, asma, rinoconjuntivitis alérgica, sinusitis, clínica de RGE, hernia de hiato. Tos relacionada con la exposición laboral, ambiental (soldadores, pintores, panaderos, mineros, trabajadores textiles...) o la exposición a alérgenos domésticos (humedad, polvo..).
- **Enfermedad actual:** características de la tos, tiempo de evolución, momento de aparición, desencadenantes y agravantes, síntomas acompañantes, tratamiento que está realizando en la actualidad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Valoración del estado general:** coloración de piel y mucosas, estado de nutrición y de hidratación, temperatura, etc.
- **Auscultación pulmonar:** frecuencia respiratoria; si existen estertores (por ej: sibilantes/roncus, pueden orientar hacia la presencia de secreciones, cuerpos extraños; crepitantes finos pueden indicar edema pulmonar, etc).
- **Auscultación cardíaca:** frecuencia cardíaca, soplos cardíacos, ruidos patológicos, alteraciones en el ritmo cardíaco.
- **Exploración ORL:** otoscopia, rinoscopia (si existen signos de rinitis o pólipos nasales) voz nasal, faringoscopia (en el goteo nasal posterior a veces se puede apreciar moco en la pared posterior de la faringe), exploración de boca y de senos, exploración de la laringe (si existe ronquera o cambios en la voz, estridor, engrosamiento de la pared laríngea en RGE).
- **Exploración del cuello:** tiroides, búsqueda de adenopatías y otras estructuras por si existiese causa de compresión traqueal.
- **Exploración general:** búsqueda de edemas, ingurgitación yugular y hepatomegalia que pueden orientar hacia insuficiencia cardíaca; acropaquias que nos harían pensar en bronquiectasias, fibrosis quística, carcinoma broncogénico, etc.

SÍNTOMAS GUÍA

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS BÁSICAS

Tras una completa anamnesis y exploración física, pasaremos a la realización de pruebas complementarias básicas que, si son negativas, nos van a permitir ir descartando determinadas patologías. En el caso de ser positivas, nos harán confirmar la sospecha diagnóstica junto con la respuesta al tratamiento específico.

- **Rx de tórax:** imprescindible si la anamnesis y la exploración física no nos han permitido llegar al diagnóstico. Suele ser normal en asma, patologías extrapulmonares y en tabaquismo. Nos puede permitir realizar la exclusión diagnóstica de carcinoma broncogénico o enfermedad intersticial.
- **Rx de senos paranasales y lateral de cavum:** si sospechamos sinusitis o goteo nasal posterior. Puede existir engrosamiento de la mucosa, ocupación o niveles en los senos que, junto con la anamnesis y la exploración física, nos pueden llevar al diagnóstico definitivo.
- **Espirometría con prueba broncodilatadora:** puede aparecer patrón obstructivo que nos orientará hacia EPOC o asma (con prueba broncodilatadora positiva será diagnóstica). Si el patrón es restrictivo pensaremos en enfermedad intersticial.
- **Analítica básica:** Debe incluir hemograma completo con recuento leucocitario y VSG, más bioquímica elemental.
- **Prueba de tuberculina y estudio del esputo:** si se sospecha TBC. El estudio del esputo es importante también en la bronquitis eosinofílica (eosinofilia en el esputo >3%. El valor normal es <2%).
- **Electrocardiograma:** ante la sospecha de patología cardíaca.
- **Endoscopia digestiva alta o pHmetría:** si hay sospecha de RGE.
- **Broncoscopia:** para descartar movimiento paradójico de cuerdas vocales o la existencia de cuerpo extraño endobronquial, sobre todo en niños.
- **TAC de senos:** la sensibilidad y especificidad es mayor que la de Rx de senos paranasales para el diagnóstico de sinusitis.

Las tres últimas pruebas complementarias mencionadas con anterioridad se realizarán en las consultas de Atención Especializada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Características de la tos (forma de presentación)

- **Tos seca o irritativa:** faringotraqueítis virales, sinusitis, IECAs, patología pleural o pericárdica, neoplasia broncopulmonar.
- **Tos húmeda o productiva:** es típica de procesos inflamatorios crónicos, bronquiales o infecciosos del parénquima pulmonar; carcinoma broncogénico; RGE...

Estudio del paciente con tos persistente

- **Tos súbita:** pensar en un cuerpo extraño.
- **Tos persistente:** asma, bronquitis, bronquitis eosinofílica.
- **Tos recurrente:** infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior.
- **Tos paroxística:** tos ferina, cuerpo extraño.
- **Tos hemoptoica:** bronquitis crónica, TBC, carcinoma broncogénico, tromboembolismo pulmonar, fibrosis quística, bronquiectasias.
- **Tos herrumbrosa:** neumonías y neumoconiosis.

Momento de aparición

- **Tos matutina:** debe orientarnos hacia goteo nasal posterior y bronquitis crónica.
- **Predominio nocturno:** bronquiectasias, sinusopatía, asma, insuficiencia cardíaca o RGE.
- **Diurna y nocturna:** indagar tratamiento con IECAs.
- **Desaparece por la noche:** sospechar tos psicógena, principalmente, o EPOC sin hiperreactividad bronquial.
- **Estacional:** asma y alergias respiratorias.

Factores desencadenantes

- **Tras el ejercicio:** pensar en asma, enfermedad intersticial pulmonar o en problema cardíaco si se acompaña de edemas, disnea paroxística nocturna, ortopnea o hemoptisis.
- La tos que aparece **con cambios atmosféricos o de temperatura:** debe hacernos pensar en asma.
- Cuando aparece **tras cambios de posición:** absceso pulmonar o bronquiectasias.
- **Tras la ingesta de alimentos:** RGE, fistulas.

Síntomas acompañantes

- **Síndrome goteo postnasal:** el paciente comenta "como si algo le bajase por la garganta" y se acompaña de tos, secreciones mucopurulentas, congestión nasal, rino-rrhea. Puede ser debido a rinitis alérgica o no alérgica, vasomotora, sinusitis o faringitis aguda.
- **Asma:** suele ser tos seca, de predominio nocturno, aunque también puede ser diurna, se puede acompañar de sibilancias y disnea. Se empeora con el ejercicio, los cambios atmosféricos y de temperatura.
- **RGE:** la tos se puede acompañar de dolor retroesternal, pirosis, molestias abdominales, disfagia. Más frecuentemente suele aparecer cuando el paciente está en decúbito, inclinación hacia delante.
- **Bronquitis crónica simple:** tos y expectoración tres meses al año durante al menos dos años consecutivos.
- **Bronquiectasias:** tos y expectoración mucopurulenta abundante (>30 ml/día).

SÍNTOMAS GUÍA

- **Bronquitis eosinofílica:** tos seca o poco productiva, persistente, sin disnea ni sibilancias que mejora con corticoides inhalados.

Farmacoterapia actual

- **IECAs:** parece ser que la aparición de la tos es independiente de la dosis del fármaco. Puede aparecer desde las primeras semanas hasta un año después de iniciado el tratamiento y, a veces, persiste unos meses después de la retirada del mismo. Es más frecuente en mujeres. Habitualmente es una tos seca que persiste durante todo el día pero que suele empeorar por las noches.
- **Betabloqueantes:** pueden producir tos, más frecuentemente en pacientes con hipereactividad bronquial.
- Medicación inhalada: cromoglicato disódico, corticoides, etc.

Complicaciones graves de la tos

Fragmentación del sueño, fracturas costales, emesis, incontinencia de estrés, síncope y aislamiento social.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ir dirigido a la causa de tos crónica si la conocemos, y si no es así se realizará tratamiento sintomático.

Medidas higiénico-dietéticas

- Dejar de fumar.
- Cambios en el estilo de vida: pérdida de peso, restringir grasas y el consumo de cafeína, alcohol y otras sustancias que favorecen el RGE.
- Medidas posturales, elevación de la cabecera de la cama (15-20 cm), etc.
- Evitar factores desencadenantes de tos asmática: ejercicio, cambios de temperatura y atmosféricos, sustancias irritantes, etc.

Tratamiento farmacológico específico

- **Goteo nasal posterior:** se inicia tratamiento con antihistamínicos por vía oral (dextbromfeniramina 3mg/12h, azatadina 1mg/12h, ebastina 10mg/24h o loratadina 10mg/24h) asociado si es necesario a vasoconstrictores (sulfato de pseudoefedrina 60 mg/12h por vía oral o xilometazolina 1mg/8-12h por vía nasal) durante una semana, e incluso añadir corticoides nasales (budesonida 200 µgr/24h, fluticasona 100µgr/24h, mometasona 100µgr/24h, beclometasona 100µgr/12h).

Estudio del paciente con tos persistente

- **Asma:** los esteroides inhalados (beclometasona, budesonida, fluticasona) son los fármacos más eficaces, ocasionalmente asociados a beta-2 agonistas (salbutamol, terbutalina) por vía inhalada, para aliviar la tos. El beneficio máximo de los esteroides inhalados se produce a las 6 u 8 semanas del inicio del tratamiento. Se recomienda retirarlos al desaparecer la tos. En algunos casos es necesario emplear una pauta de esteroides orales (30mg/día de prednisona durante 7-14 días).
- **RGE:** se utilizan los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol 40mg/día. Si no existe buena respuesta se puede aumentar a 60-80mg/día que han demostrado tener más eficacia que los antagonistas de los receptores H2. Algunos estudios han demostrado que la mejoría de la tos precisa, a veces, un tratamiento de hasta 6 meses.
- **Si se toman IECAs:** se han de sustituir por otro fármaco. Si la tos mejora o desaparece (suele ser en las primeras 4 semanas) se puede asumir que éstos son la causa de ella.
- **Si el paciente padece EPOC:** el dejar de fumar y la evitación de irritantes ambientales hace que la tos se alivie o desaparezca, en gran parte de los sujetos, a partir del mes. El uso de antibióticos sólo está indicado en casos de reagudización bacteriana.
- **Tos postinfecciosa:** suele ser autolimitada, se resuelve casi siempre de forma espontánea en pocas semanas. Se ha de realizar el tratamiento del agente etiológico que esté produciendo la infección.
- **Tos psicógena:** la sugestión y el tratamiento psiquiátrico la mejoran.

Si después de los tratamientos anteriores no desaparece del todo la tos, se deben solicitar las pruebas complementarias que se estimen, ya que, a veces, la tos de larga evolución puede ser debida a varias causas simultáneas.

Tratamiento sintomático

Se plantea en escasas ocasiones el tratamiento sintomático de la tos crónica, ya que en la mayoría de los casos es posible determinar la causa de ella y, además, el tratamiento específico es eficaz (84-98%).

- **Los opiáceos:** han demostrado su eficacia. Los más empleados son la codeína (10-20 mg/6h los adultos y 0,25 mg/kg/6h los niños) y el dextrometorfano (15-30 mg/6-8h en adultos y 5-10 mg/6h en niños).
- **Benzonatato oral o lidocaina nebulizada** producen alivio de la tos.
- **Mucolíticos y expectorantes:** no han demostrado su eficacia.
- **Bromuro de ipratropio:** su efecto beneficioso sobre el aclaramiento del moco y la tos es discutido y parece ser escaso.

SÍNTOMAS GUÍA

- **Antihistamínicos:** los que tienen propiedades anticolinérgicas hacen que se eliminen secreciones en pacientes con tos crónica por rinitis alérgica, sinusitis o goteo nasal posterior. El más utilizado es la difenhidramina (25mgr/4-6h en adultos y en niños mayores de 1 año 5mgr/kg/día).
- Se considerará el empleo de **cromonas nasales** en rinitis leves y rinitis alérgicas.
- La **hidratación** no ha demostrado eficacia como antitusígeno.

DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

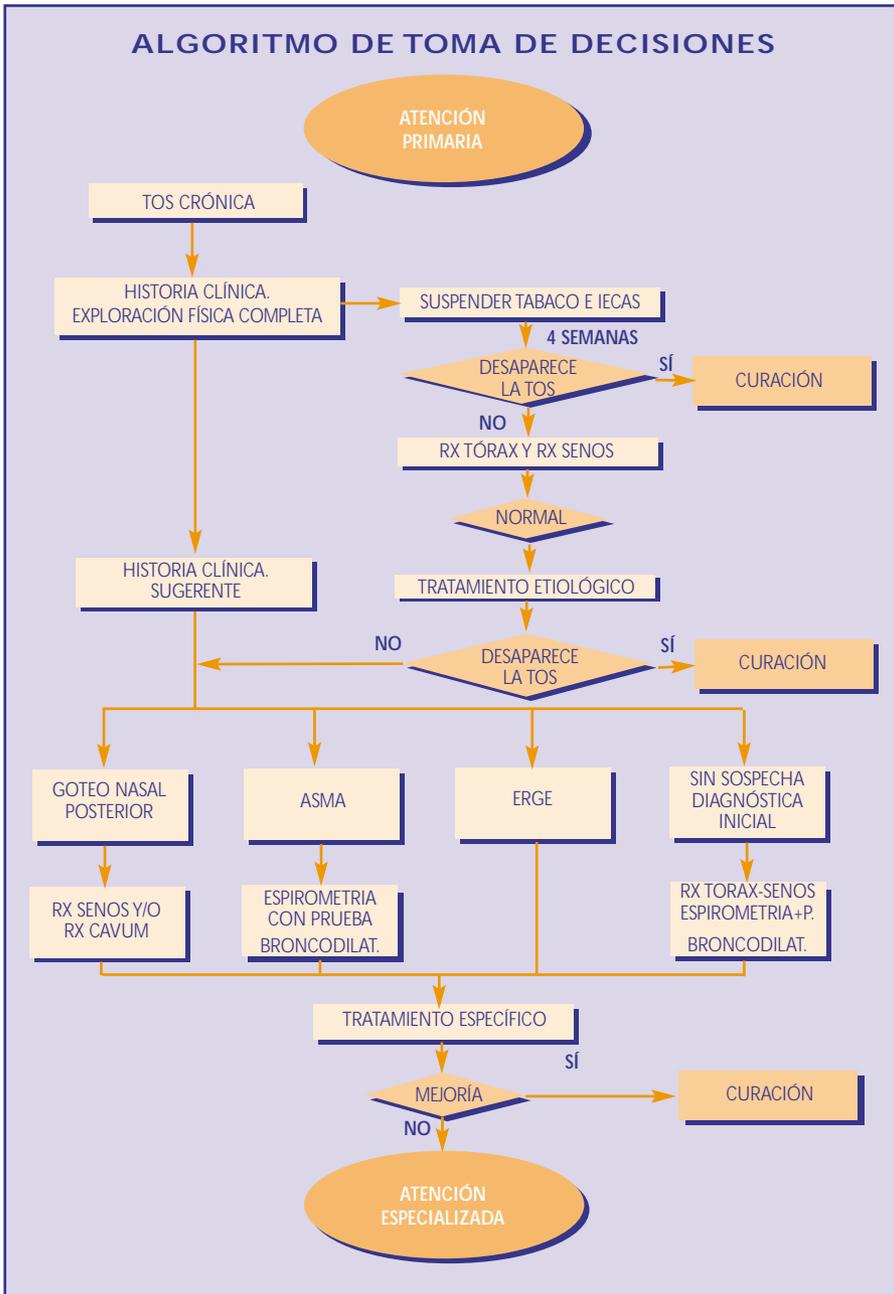
Está indicada cuando se precisen exploraciones complementarias que no se pueden realizar en Atención Primaria, cuando se presentan complicaciones que no puede solventar el médico de familia o falta de respuesta a un tratamiento correcto. Se derivará según nuestra sospecha diagnóstica a: neumología, cardiología, ORL, etc.

PUNTOS CLAVE

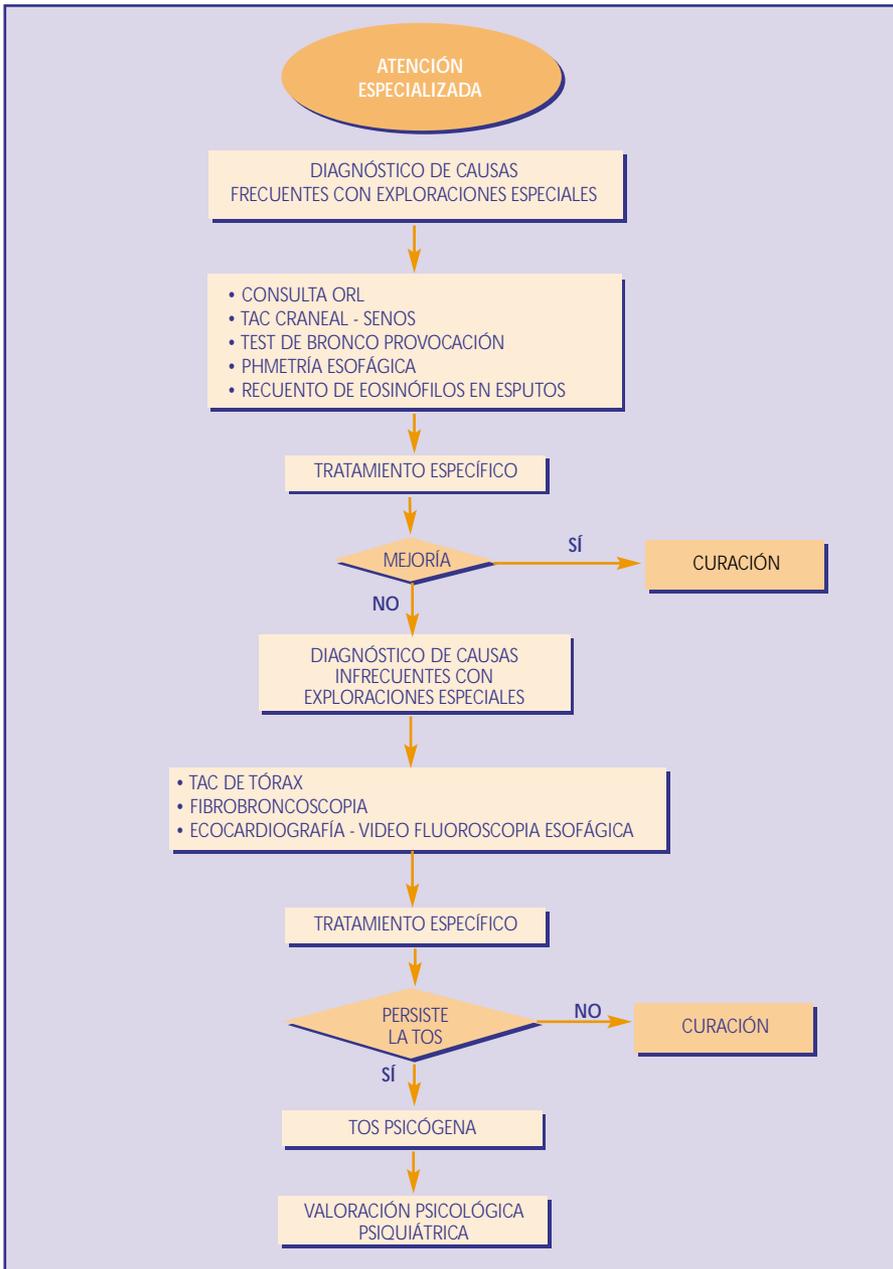
La tos crónica es aquella que persiste más de 3 semanas.

- La causa más frecuente de tos crónica es el tabaquismo. En los no fumadores: el goteo nasal posterior, el asma y el RGE.
- La tos crónica es tan frecuente en los fumadores que, a veces, no le prestamos la suficiente atención y puede estar relacionada con una enfermedad importante.
- La anamnesis, una completa exploración física y pruebas complementarias básicas nos orientarán hacia el diagnóstico.
- En la mayoría de casos es posible determinar la causa de la tos crónica e indicar tratamiento etiológico.

Estudio del paciente con tos persistente



SÍNTOMAS GUÍA



Estudio del paciente con tos persistente

BIBLIOGRAFÍA

1. De Diego Damiá, V. Plaza Moral, V.Garrigues Gil, J.L. Izquierdo Alonso. Tos Crónica (Normativa SEPAR). Arch Bronconeumol 2002; 38(5):236-245.
2. J. Molina París, L. Olmo Enciso. Tos de larga evolución. Guía de Actuación en Atención Primaria de SEMFYC (2ª Edición) 2002;471-475.
3. M.Angel López Gil, Milagrosa Vega Romero. Tos crónica en adultos. Guías Clínicas 2002; 2(31).
4. Ronald C Silvestri, Steven E Weinberger. Evaluation of chronic cough. UpToDate (The literature review for version 11.3 is current through September 2003).
5. AH Morice, JA Kastelik. Cough 1: Chronic cough in adults. Thorax 2003;58(10):901-907.