



**FUNDACIÓN NEUMOLÓGICA COLOMBIANA**

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**TÍTULO DE LA GUÍA:**

***TOS CRONICA***

**RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN:**

Juanita Paz  
Especialista en Neumología

**FECHA DE ENTREGA ORIGINAL:**

Febrero de 2006

**FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN:**

Marzo de 2008

**VIGENCIA:**

DOS AÑOS

**RESPONSABLES GENERALES:**

Docencia

Departamento Médico  
Departamento de Educación y

# GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

## TOS CRÓNICA

### 1. DEFINICIÓN (DEFINICIÓN Y NOMENCLATURA *cuando aplique*)

Se define tos crónica a todo episodio de tos que dure más de 3 semanas. Hay una tendencia para redefinir el tiempo tomando como punto de corte 8 semanas. Se consideraría tos subaguda entre 3 a 8 semanas.

Las tres causas más frecuentes de tos crónica en no fumadores y que no ingieran Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA), con Radiografía de tórax normal, son: Síndrome de goteo postnatal , Asma, Reflujo gastroesofágico

Las otras menos frecuentes son: Bronquitis eosinofílica , bronquitis crónica, bronquiectasias , carcinoma broncogénico , fármacos (IECA , Nitrofurantoína), Enfermedades intersticiales difusas pulmonares, Postinfecciosa , tos psicógena . Pueden coexistir hasta en un 23% de los casos.

Se revisaran las tres causas más comunes que explican la tos hasta en un 95% de las veces :

- **SINDROME DE GOTEO POSTNASAL** : es la causa más frecuente de tos. Engloba diversos procesos inflamatorios del área rinosinusal : rinitis , sinusitis, poliposis , con irritación de la vía aérea superior por el escurrimiento de secreciones de ésta área.
- **ASMA**: síndrome clínico caracterizado por hiperreactividad del árbol traqueobronquial frente a diferentes estímulos. Esta definición incluye la condición de asma sin obstrucción reversible como es la *Tos asma equivalente* .
- **REFLUJO GASTROESOFAGICO (RGE)** : es causado por microaspiración del contenido esofágico dentro de la laringe y el árbol traqueobronquial, ó por irritación local de receptores de la tos del esófago inferior , mediado por el nervio vago .Se reporta en un 75% la tos como único síntoma de RGE

### 2. DIAGNÓSTICO

Como se trata de un síntoma se hará una breve descripción de los diagnósticos diferenciales , para hacer el enfoque diagnóstico .

- **SINDROME DE GOTEO POSTNASAL(SGPN)** : se establece con la anamnesis, exploración física, radiografías, y respuesta favorable al tratamiento .
  - \* Anamnesis: obstrucción nasal ,prurito nasal, estornudos, rinorrea acuosa, alteración del olfato
  - \* Examen físico: rinoscopia anterior simple ,en ocasiones laringoscopia para evaluar la presencia de secreciones en la rinofaringe.
  - \* Otras pruebas: Rx senos paranasales de 4 proyecciones y/o TAC senos para casos especiales .

\* Respuesta favorable al tratamiento : la herramienta más importante en el diagnóstico de SGPN

- **ASMA:** entre 6 a 57% de los pacientes con tos crónica tiene diagnóstico de asma .Se inicia el proceso diagnóstico de asma para demostrar una obstrucción bronquial reversible , la presencia de hiperreactividad de la vía aérea ó la variabilidad del Flujo espiratorio pico (PEF) .El diagnóstico se establece mediante la curva Flujo volumen pre y postbroncodilatador , la prueba de reto con metacolina , y la monitorización diaria del PEF . La más útil es la prueba con metacolina. Un resultado negativo casi que descarta el diagnóstico. El diagnóstico definitivo se realizará posterior a una prueba terapéutica con desaparición de la tos
- **REFLUJO GASTROESOFAGICO (RGE) :** cuando la causa de la tos es el RGE los síntomas gastrointestinales están ausentes casi siempre .Se ha definido el perfil clínico del RGE que consiste en : Radiografía de tórax normal o casi normal, ausencia de ingesta de IECA, Test de bronco provocación con metacolina negativa y ausencia de respuesta corticoides inhalados , ausencia de respuesta al manejo empírico para goteo postnasal, y ausencia de exposición a cigarrillo o otros irritantes. El diagnóstico se confirma con pHmetría esofágica de 24 horas . El parámetro diagnóstico es la cuantificación del tiempo de exposición al ácido del esófago ,  $\text{pH} < 4$ ; que es normal cuando no supera el 5% de la duración del registro total. La prueba terapéutica con inhibidor de la bomba de protones a dosis alta posee utilidad diagnóstica en estos pacientes.

## ALGORITMO DIAGNOSTICO

### Ver anexo 1.

Se propone un algoritmo secuencial de diagnóstico en tres fases , teniendo en cuenta que el carácter, le frecuencia , intensidad, temporalidad, acompañamiento con expectoración y la relación con las comidas no guardan relación con la causa de tos.

**Fase I :** Diagnóstico de causa frecuentes con exámenes convencionales : incluye una anamnesis dirigida hacia las causa expuestas , el hábito de fumar, y la ingesta o no de medicamentos como Inhibidores del enzima convertidora de angiotensina (IECA). Estos se retiran y se espera 4 semanas La exploración física debe incluir rinoscopia y faringoscopia. Posterior a las cuatro semanas , se solicita: Rx Torax posteroanterior y lateral, Rx senos paranasales , la de 4 proyecciones. Estudios de curva flujo volumen pre y postbroncodilatador , variabilidad del PEF.

**Fase 2 :** Diagnóstico de causas frecuentes con exámenes especiales

Se aconseja iniciar con valoración por Otorrinolaringología . De existir dudas se recomienda TAC de senos paranasales. Si no ha logrado diagnóstico se debe solicitar Test de broncoprovocación con metacolina para evaluar Asma de ser negativo se solicitará pHmetría esofágica de 24 horas.

También se debe considerar el diagnóstico de tos postinfecciosa .

Para establecer el fracaso a un tratamiento se debe esperar entre 1 y 3 meses

**Fase 3 : Diagnóstico de causas infrecuentes con exámenes especiales:**

Tiene como objetivo determinar el diagnóstico una vez descartadas las causas mas comunes.

Tac de Torax y Fibrobroncoscopia: para descartar cuerpo extraño , otras neumopatías , mediastinopatias, malformaciones broncovasculares, tumores de la vía aérea superior.

Según lo amerite se solicitará ecocardiograma para descartar cardiopatías y videofluoroscopia para evaluar trastornos de la deglución silentes , en especial asociado a enfermedades neuromusculares . Finalmente se considerará tos psicógena , sobretodo en adolescentes y jóvenes con antecedentes de alteraciones psicológicas. En tal caso se remitirá a un psiquiatra.

### 3. MANEJO

#### 3.1. Tratamiento

**\* SÍNDROME DE GOTEO POSTNASAL:**

Se recomienda el uso de antihistamínicos de primera generación: clorferinamina, dexbromferinamina, asociado a vasoconstrictores como sulfato de pseudoefedrina. Puede agregarse cromonas o esteroides nasales. Si hay rinitis resistente se utilizará anticolinérgicos nasales, esteroides orales o cirugía de cornetes, según sea el caso .Los pacientes con pólipos nasales debe utilizar esteroides nasales aún después de cirugía .

\* **ASMA.** El tratamiento no es diferente al tratamiento convencional del asma . Se utilizará esteroides inhalados asociado a un beta agonista. Algunos casos requerirá el uso de esteroides orales 30 mg día por 7 a 14 días. El mayor beneficio de los esteroides inhalados se observará a las 6-8 semanas de tratamiento. No es claro el tiempo de duración de los mismos.

**\* RGE : se propone :**

- Cambio de hábitos : pérdida de peso , reducción de grasas de la dieta , medidas posturales con elevación de la cabecera de la cama , evitar consumo de cafeína, tabaco, alcohol
- Fármacos antisecretores : Son más eficaces los inhibidores de bomba de protones que los antagonistas antiH2 .Puede llegar a utilizarse entre 60 a 80 mg de Omeprazol . La mejoría de la tos puede demorarse hasta 6 meses de tratamiento intensivo
- La cirugía antireflujo : la más utilizada es la funduplicatura . Se recomienda en casos en que no haya mejoría a pesar del manejo intensivo con inhibidores de bomba de protones

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

Damia D, Plaza Moral V, Garrigues V, cols. Tos crónica. Normativa Separ . Arch Bronconeumol 2002 ;38 (5):236-45

Irwin R ,Boulet L, Cloutier M cols.Managing cough as a defense mechanism and as a symptom : a consensus panel report of the American College of Chest Physicians.Chest 1998 ; 114: S133-81

Irwin R, Zawacki J, Wilson M, cols. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease : failure to resolve despite total/near total elimination of esophageal acid. Chest 2002 ;121: 1132-1140

#### ANEXO 1.

FASE 1:Diagnóstico de causa frecuentes con exploraciones convencionales



