

Guía de Referencia Rápida

Abordaje Diagnóstico del Paciente Adulto con Tos Crónica

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-470-11



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

R05X Tos

GPC

**Abordaje Diagnóstico del Paciente
Adulto con Tos Crónica
ISBN: 978-607-7790-67-9**

DEFINICIÓN

Desde un punto de vista clínico se entiende como tos crónica aquella que persiste más de 3 semanas y no está relacionada con un proceso agudo, otros autores la definen como aquella que tiene más de 8 semanas de duración. Para fines de esta guía se considera tos crónica (productiva o no productiva) aquella que persiste durante 6 semanas o más.

ABORDAJE CLÍNICO DIRIGIDO

1. Como parte de la historia clínica del paciente con tos crónica, se debe investigar si existen síntomas o signos de alarma como:
 - Pérdida de peso
 - Astenia
 - Adinamia
 - Anorexia
 - Fiebre prolongada
 - Diaforesis
 - Hemoptisis
 - Hemoptoicos
 - Disnea (en reposo o de esfuerzo)
2. Interrogar dirigidamente los siguientes antecedentes:
 - Exposición a irritantes respiratorios: tabaquismo (activo o pasivo), contaminación ambiental, exposición ocupacional al polvo o al humo
 - Ingestión de medicamentos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o de beta bloqueadores
3. Si se detecta exposición a irritantes respiratorios se debe suspender el contacto con el que se haya identificado.
4. Los pacientes con tos crónica que reciben inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o beta bloqueadores deben suspender su ingestión, independientemente del tiempo de administración del fármaco o de evolución de la tos. La relación causa-efecto se establece cuando posterior a la suspensión del medicamento desaparece la tos (usualmente de 1 a 4 semanas, aunque en algunos

casos pueden transcurrir hasta 3 meses).

5. Antes de suspender el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o beta bloqueadores deberá ajustarse el tratamiento antihipertensivo de acuerdo a las recomendaciones establecidas para el manejo del paciente con hipertensión arterial.
6. Como parte del abordaje clínico dirigido se debe realizar interrogatorio dirigido para identificar cuadro clínico sugestivo de tuberculosis.
7. En pacientes con tabaquismo negativo, que no ingieren inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina ni betabloqueadores y cuyo estudio radiográfico de tórax no tiene alteraciones obvias, se recomienda realizar interrogatorio y exploración física que estén encaminados a la detección de las 3 principales causas de tos crónica, se debe llevar a cabo por pasos y de manera secuencial en el siguiente orden:
 - Rinosinusitis crónica
 - Asma
 - Reflujo gastroesofágico
8. Para identificar tos secundaria a rinosinusitis crónica interrogar acerca de:
 - Antecedente de cirugías nasosinusales
 - Síntomas de obstrucción nasal
 - Prurito nasal
 - Estornudos
 - Rinorrea (anterior o posterior)
 - Alteraciones de la olfacción y desviaciones del septum nasal
 - Síntomas habituales de goteo nasal posterior como: carraspeo, sensación de cuerpo extraño en la faringe, necesidad de limpiar-aclarar la laringe y descarga nasal posterior
9. Para investigar tos crónica derivada de rinosinusitis también se debe orientar la exploración física de la siguiente manera:
 - a) Realizar rinoscopia anterior simple y buscar:
 - Irritación de la mucosa
 - Pólipos nasales
 - Verificar el estado de permeabilidad de las fosas nasales
 - Observar obstrucción o resistencia al paso del aire
 - b) Realizar otoscopia directa
 - c) Mediante faringoscopia buscar:
 - Secreciones
 - Hipertrofia amigdalina
10. En pacientes con datos sugestivos de rinosinusitis crónica es recomendable iniciar tratamiento con descongestivos nasales y antihistaminicos de primera generación durante 2 semanas; la mejoría o desaparición de la tos confirman el diagnostico de tos por ésta entidad.

11. Si la tos persiste a pesar del tratamiento adecuado para rinosinusitis crónica, se debe considerar la posibilidad de asma. Se debe investigar si existen antecedentes familiares o personales de alergia o asma. Interrogar también si el paciente ha presentado sibilancias, disnea, tos nocturna o asociada con el ejercicio o con la ingestión de anti inflamatorios no esteroideos.
12. En caso de documentar datos sugestivos de asma se debe iniciar tratamiento antiasmático.
13. Si no se han documentado datos clínicos de rinosinusitis crónica ni de asma, se deben interrogar los sugestivos de reflujo gastroesofágico como:
 - Tos asociada a la ingestión de alimentos
 - Disfonía
 - Ardor retroesternal
 - Disfonía al hablar, reír o cantar
14. En la búsqueda de reflujo gastroesofágico investigar también, mediante faringoscopia indirecta, la presencia de irritación de faringe y laringe.
15. Se recomienda ofrecer tratamiento antirreflujo en pacientes con tos crónica y datos clínicos sugestivos de reflujo gastroesofágico.
16. Como parte del tratamiento no farmacológico del reflujo gastroesofágico se recomienda reducir la ingestión de grasas, elevar la cabecera de la cama, evitar el consumo de cafeína, tabaco y alcohol así como tratar el sobrepeso u obesidad.
17. Para poder establecer el diagnóstico de tos crónica debida a reflujo gastroesofágico, deberá desaparecer la tos en forma completa (o casi por completo) con el tratamiento antirreflujo.
18. Se debe sospechar origen post infeccioso de la tos cuando se han excluido rinosinusitis crónica, asma, reflujo gastroesofágico, tabaquismo e ingestión de fármacos (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o betabloqueadores), sobre todo si el paciente tiene radiografía de tórax y espirometría normales.
19. Para sustentar el diagnóstico de tos post infecciosa interrogar los siguientes antecedentes:
 - Tos en los familiares o compañeros de trabajo
 - Cuadro infeccioso de vías respiratorias en las 6 semanas previas al inicio de la tos en el paciente
20. En los casos en que se sospeche que la tos es de origen post infeccioso se recomienda ofrecer tratamiento con prednisona 30 mg al día durante 2 semanas.
21. En los pacientes con tos post infecciosa que manifiesten broncoespasmo durante la exploración física es recomendable proporcionar bromuro de ipratropio, indicar 2 inhalaciones 3 veces al día hasta la resolución de la tos.

ENSAYO TERAPÉUTICO

1. En todos los pacientes con tos crónica deben considerarse los diagnósticos de rinosinusitis crónica,

asma y enfermedad por reflujo gastroesofágico, aunque durante la historia clínica no se hayan identificado síntomas específicos que sugieran estas patologías.

2. En los casos en que al interrogatorio y exploración física dirigidos no se encontraron datos sugestivos de rinosinusitis crónica, asma o enfermedad por reflujo gastroesofágico, se recomienda llevar a cabo ensayo terapéutico de estas entidades (con base a la frecuencia de presentación) con la siguiente secuencia:
 - a) Proporcionar tratamiento para rinosinusitis crónica
 - b) Si la tos continúa después de 2 semanas de tratamiento para rinosinusitis crónica indicar tratamiento antiasmático empírico (en caso de no contar con espirometría que apoye el diagnóstico) (ver estudios paraclínicos).
 - c) Si después de 2 semanas de tratamiento antiasmático persiste con tos, ofrecer tratamiento para reflujo gastroesofágico.
 - d) Si después de 6 semanas de tratamiento antirreflujo el paciente permanece con tos, referir al neumólogo o en caso de no contar con él, al servicio de medicina interna.

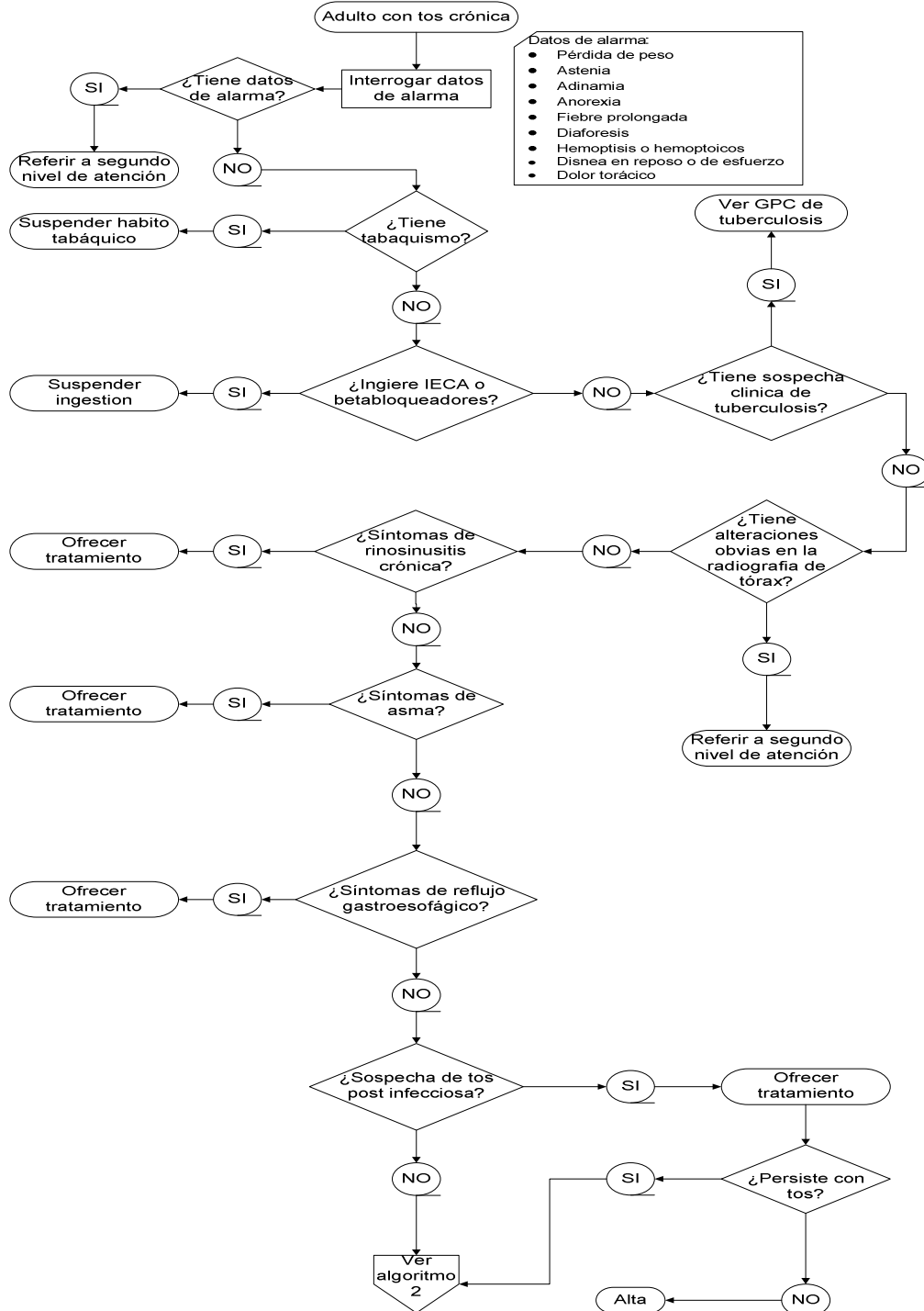
REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Referir al neumólogo o al médico internista (si no se cuenta con neumólogo) de segundo nivel de atención a los pacientes con tos crónica que presenten :

1. Síntomas o signos generales de alarma como:
 - Pérdida de peso
 - Astenia
 - Adinamia
 - Anorexia
 - Fiebre prolongada
 - Diaforesis
 - Hemoptisis o hemoptoicos
 - Disnea en reposo o de esfuerzo
 - Dolor torácico
2. Persistencia de la tos a pesar de haber recibido ensayo terapéutico para rinosinusitis crónica, asma y reflujo gastroesofágico.
3. Estudio radiográfico de tórax con alteraciones obvias: radio opacidad (nódulos, masas o derrames), deformidad de caja torácica o de estructuras mediastinales.
4. Resultado anormal de la espirometría.

DIAGRAMAS DE FLUJO

1. ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE ADULTO CON TOS CRÓNICA



2. ENSAYO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE CON TOS CRÓNICA

