

## Aparato Respiratorio

### Tos crónica en el niño. Protocolo de actuación en Atención Primaria

M. SÁNCHEZ JACOB

*Centro de Salud La Vitoria. Valladolid*

#### INTRODUCCIÓN

La tos es un motivo de consulta muy frecuente en la atención pediátrica y sobre todo en la asistencia de Atención Primaria.

Su correcta valoración exige de un proceso mental que requiere tiempo y, también, paciencia dada la innegable frecuencia de la misma y la insistencia con que las familias consultan dicho síntoma.

La tos es molesta tanto para el niño como para los que conviven con él, por lo que existe una tendencia bastante generalizada de intentar suprimirla o modificarla con el uso de fármacos antitusígenos, expectorantes y mucolíticos. Merece la pena destacar que el 8,12% del total de los envases prescritos por los pediatras de Atención Primaria del área oeste de Valladolid corresponden a fármacos mucolíticos (sin antiinfecciosos), lo que supone un 4% del gasto total de los pediatras del área<sup>(1)</sup>.

La **tos crónica** se define en función del tiempo de duración, pero no existe unanimidad en la definición. Para algunos autores es aquella que persiste más de 3-4 semanas<sup>(2-5)</sup> mientras que para otros, la duración debe ser superior a 2 meses<sup>(6-9)</sup>.

Es importante precisar en el interrogatorio que la tos es continuada en el tiempo, y que no se trata de episodios recurrentes de infecciones de vías altas. No hay que despreciar en la consulta expresiones como "el niño/a lleva todo el

invierno con tos" o "el niño/a tiene tos y mocos permanentes".

La prevalencia de la tos crónica es alta, cifrándose en escolares entre 7 y 10 años hasta en un 26,8%<sup>(10)</sup>.

#### DIAGNÓSTICO

Ante una tos crónica, más que pensar en el amplio grupo de posibilidades etiológicas que vienen referidas en los libros de texto, el pediatra general se limitará a considerar las causas más frecuentes en la práctica diaria, que en función de la edad quedan reflejadas en la tabla I.

Un diagnóstico correcto, y por tanto un tratamiento específico, permite la resolución o control de la tos en el 87%-98% de los casos<sup>(11,2)</sup>.

Para el diagnóstico nos basaremos en la anamnesis, exploración física y exámenes complementarios.

#### Anamnesis

1. Antecedentes familiares de enfermedades pulmonares, asma y/o atopia.
2. Antecedentes personales de prematuridad, atopia, "bronquitis espásticas", respuesta y evolución a las terapéuticas intentadas. Factores medioambientales: condiciones de la vivienda, animales domésticos, tabaco, polución ambiental.
3. Anamnesis dirigida al síntoma de la tos, que nos puede sugerir alguna causa o lugar de origen.

*Correspondencia:* M. Sánchez Jacob. Centro de Salud La Vitoria. Valladolid.

### 3.1. Características de la tos

- \*Existencia o no de secreciones
  - Seca .....irritación traqueal
  - Húmeda
    - Espujo — claro .....asma
      - goteo postnasal
    - purulento .....fibrosis quística
      - bronquiectasias
    - hemoptoico .....nasal o faríngeo
      - cuerpo extraño
      - tuberculosis
      - fibrosis quística
      - bronquiectasias
      - hemosiderosis pulmonar
  - \*Paroxística y en accesos .....tos ferina
    - cuerpo extraño
  - \*Forma de comienzo súbito ....cuerpo extraño

### 3.2. Momento en que se produce

- Nocturna y de madrugada ....hiperreactividad vías aéreas
  - Al levantarse .....goteo postnasal
    - (limpieza matinal).....exceso secreciones
      - bronquiectasias
      - fibrosis quística
  - Desaparece durante el sueño..psicógena
  - Se induce con el ejercicio .....hiperreactividad vías aéreas. Asma
  - Al deglutir o vomitar .....RGE. Fístula
  - Exacerbación estacional .....alergia respiratoria
  - Durante el invierno .....inf. virales repet. calefacción

### 3.3 Datos acompañantes

- Disfonía y estridor insp. ....laríngeo
- Estridor insp. y esp. ....tráquea, tumor inflam. o cuerpo extraño
- Disnea o espiración alargada..asma
- Signos de atopia .....alergia respiratoria.

### Exploración física

1. Exploración general: aspecto de enfermedad grave y signos de enfermedad crónica (cianosis, acropaquias, espujo purulento).

2. Exploración tórax: configuración, auscultación.

3. Exploración de cabeza y cuello (ORL). Signos de atopia
  - Hipertrofia adenoidea o amigdalar
  - Sinusitis. Goteo postnasal
  - Otitis serosa crónica
  - Cuerpo extraño o cerumen en CAE
  - Tos psicógena (reflejo corneal y nauseoso deprimidos).
  - Signos de atopia

TABLA I. CAUSAS FRECUENTES DE TOS CRÓNICA SEGÚN LA EDAD.

Lactante	
* Hiperreactividad de vías aéreas (HRVA)	
* Anomalías congénitas	
* Otras:	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Infecciones víricas de repetición intrafamiliares o escolares.</li> <li>-Cuerpo extraño</li> <li>-Reflujo gastroesofágico</li> </ul>
Preescolar	
* Reactiva. Esfera ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Infecciones: sinusitis</li> <li>-Inflamación crónica de amígdalas y adenoides</li> <li>-Rinitis crónica (alérgica y no alérgica)</li> <li>-Irritantes ambientales: tabaco, polución ambiental</li> </ul>
* Hiperreactividad de vías aéreas (HRVA)	
* Otras:	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuerpo extraño</li> <li>-Infecciones víricas</li> <li>-Reflujo gastroesofágico</li> </ul>
Escolar	
* Hiperreactividad de vías aéreas	
* Reactiva. Esfera ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Infecciones: sinusitis</li> <li>-Rinitis crónica (alérgica y no alérgica)</li> <li>-Irritantes ambientales: tabaco, polución ambiental</li> </ul>
* Psicógena	

### Exámenes complementarios

- A realizar de primera intención, cuando no se sospecha enfermedad grave: Hemograma. VSG  
 Rx tórax  
 Mantoux  
 Retirada de factores ambientales.
- Hasta un 4,5% de los niños que han tenido o tienen un animal doméstico en casa presentan tos crónica<sup>(12)</sup>.

**Aproximación al diagnóstico según la edad**

Según la edad se pueden plantear los siguientes intentos diagnósticos.

**Lactante**

- Tratamiento con broncodilatadores y/o antiinflamatorios y revisión en 2-3 semanas.
- Rx tórax en inspiración y espiración.
- Despistaje radiológico de RGE (tránsito, pHmetría, gammagrafía).
- Endoscopia
- Opcional: valoración ORL

**Preescolar**

- Investigar tos reactiva. Esfera ORL
- Rx senos y cavum (sinusitis, hipertrofia amigdalar y adenoidea).
- Opcional:
  - . Pruebas alérgicas (IgE, pruebas cutáneas)
  - . Valoración ORL
- Tratamiento con broncodilatadores y/o antiinflamatorios y revisión en 2-3 semanas.
- Opcional: test de función pulmonar
- Rx tórax en inspiración y espiración. Despistaje radiológico de RGE

**Escolar**

- Tratamiento con broncodilatadores y/o antiinflamatorios y revisión en 2-3 semanas.
- Test de función pulmonar. Peak-flow-meter.
- Investigar tos reactiva. Esfera ORL
- Rx senos
- Pruebas alérgicas (IgE, pruebas cutáneas)
- Investigar patología psicósomática

En centros de referencia el abordaje diagnóstico seguiría la siguiente secuencia<sup>(13)</sup>:

- Lactante:** 1º Endoscopia  
2º Despistaje RGE  
3º Tratamiento broncodilatador
- Preescolar:** 1º Rx. senos  
2º Tratamiento broncodilatador  
3º Endoscopia

- Escolar:** 1º Test de función pulmonar  
2º Rx. senos  
3º Endoscopia

El tratamiento broncodilatador y/o antiinflamatorio de la tos variante del asma se realiza inicialmente con un broncodilatador, seguido de cromoglicato disódico o budesonida inhalada mediante espaciador. Si tras 15 días de antiinflamatorio no responde, se puede pasar a corticoides orales: prednisona: 1-2 mg/kg/día (máximo 60 mg), durante 10 días<sup>(5)</sup>.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Gerencia de Atención Primaria. Valladolid Oeste.
2. Richard S. Irwin, Frederick J. Curley and Cynthia L. French. Chronic cough. *Am Rev Respir Dis* 1990; **141**: 640-647.1.
3. Kamei PK. Chronic cough in children. *Pediatric. Clinics of North-America* 1991; **38**: 593-605.
4. Robert W. Wilmott. Cuando el niño tiene tos persistente. *Atención Médica* 1990; enero/febrero:27-37.
5. Richard T. Hatch, Gary B. Carpenter and Laurie J. Smith. Treatment options in the child with a chronic cough. *Drugs* 1993; **45**,3: 367-373.
6. Paul J. Hannaway MD, G. David K Hopper MD. Cough variant asthma in children. *JAMA* 1982; **247**,2: 206-208.
7. Gary S. Rachelefsky MD, Roger M Katz and Sheldon C. Siegel MD. Chronic sinus disease with associated reactive airway disease in children. *Pediatrics* 1984; **73**,4: 526-529.
8. Michelle M. Cloutier MD and Gerald M Loughlin MD. Chronic cough in children: A manifestation on airway hyperreactivity. *Pediatrics* 1981; **67**: 6-12.
9. H. M. Lewis, M. Haeney, J. Jeacock and H. Thomas. Chronic cough in a hospital population; its relationship to atopy and defects in host defense. *Arch Dis Child* 1989; **64**: 1593-1598.
10. R.D. Clifford, M. Radford, J. B. Howell and S.T. Holgate. Prevalence of respiratory symptoms among 7 and 11 year old school-children and association with asthma. *Arch Dis Child* 1989; **64**: 1118-1125.1.
11. Lauren D. Holinger, M.D. Chronic cough in infants and children. *Laryngoscope* 1986; **96**: 316-322.
12. Bert Brunekreef, Bernard Groot and Gerard Hoek. Pets, Allergy and respiratory symptoms in children. *Intern J Epidemiol* 1992; **21**,2: 338-342.
13. Lauren D Holinger MD; Anthony D Sanders MD. Chronic cough in infants and children: An update. *Laryngoscope* 1991; **101**: 596-605.