

TOS CRÓNICA

Elena Ruiz Martínez R1 de MFyC.

¿QUÉ ES?

- Mecanismo de defensa para la expulsión de cuerpos extraños.
- Inspiración profunda + cierre de glotis.

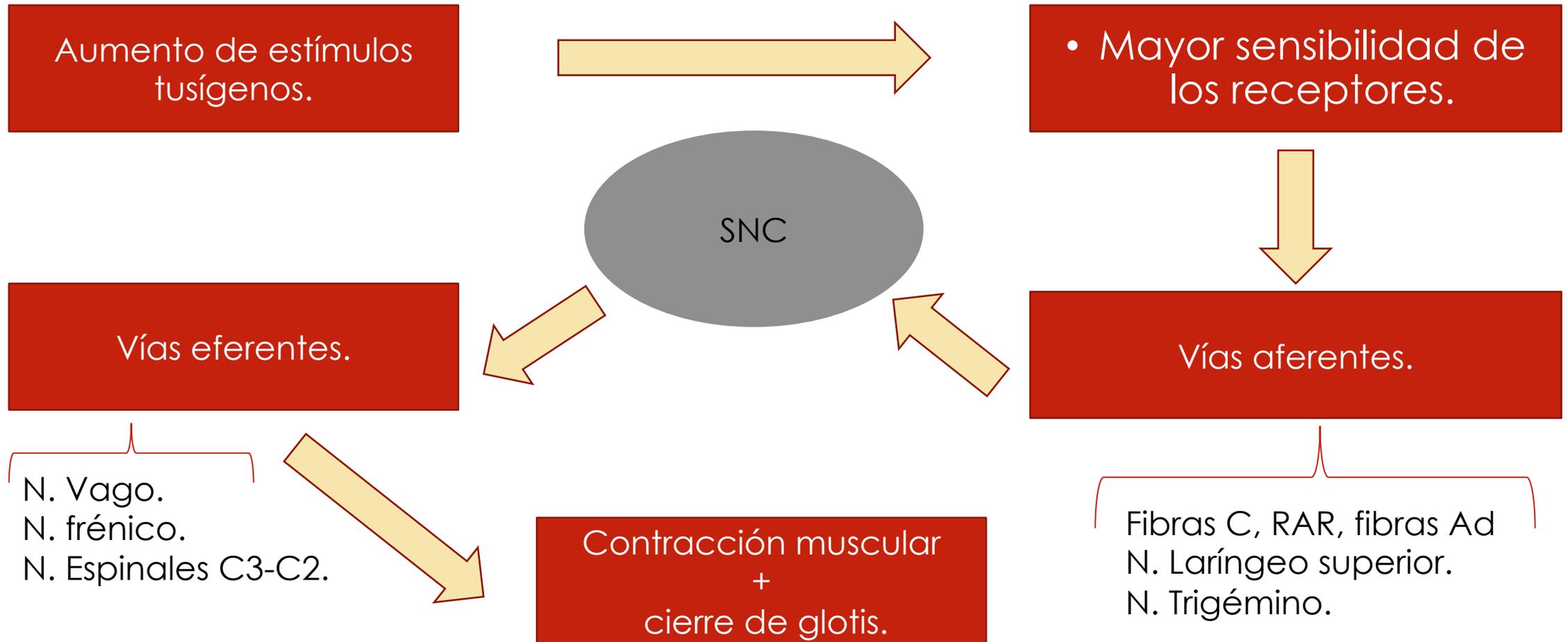


↑ Presión intratorácica + ↑ Diámetro de la tráquea.
+ Apertura de glotis.



Expulsión brusca del aire con flujo que arrastra elementos extraños.

FISIOPATOLOGÍA DEL REFLEJO TUSÍGENO



TOS CRÓNICA

- > **3** semanas **sin** relación con proceso agudo.
- > **8** semanas **tras** episodio agudo.

PROBLEMA DE SALUD

- 10-20% de las visitas médicas.
- 40-48% de las consultas respiratorias ambulatorias.
- 7% de los pacientes la tos interfiere en su actividad diaria. Aspectos psicológicos.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

- LEICESTER COUGH QUESTIONNAIRE.
 - 19 ítems.
 - Aspectos físicos, psicológicos y sociales.
 - Valoración de las 2 últimas semanas.
 - Puntuación para cada ítem del 1 al 7. 1 = siempre; 7= nunca. Excepto ítem 15.
- COUH-SPECIFIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE.
 - 28 ítems.
 - Valoración de:
 - Quejas físicas.
 - Temas psicológicos.
 - Aspectos funcionales.
 - Bienestar emocional.
 - Quejas físicas extremas.
 - Miedo por la seguridad personal.

DIAGNÓSTICO

- 1º EXCLUIR →



DIAGNÓSTICO

- 84-98% de probabilidad de llegar al diagnóstico etiológico específico.
- CAUSAS MÁS FRECUENTES:
 - Goteo postnasal.
 - Asma.
 - RGE.

1 etiología 38-62%
18-62% 2 o más etiologías.

DIAGNÓSTICO

- CAUSAS POCO FRECUENTES:

- Infección pulmonar oculta.
- Enfermedad inmunológica.
- IC izquierda.
- Masa/cuerpo extraño inhalado.
- Exposición tóxica laboral.
- Poliposis nasal/ rinolitos.
- Neuralgia occipital.
- Traqueomalacia.
- Enfermedades del mediastino (LH)
- Enfermedades del SNC.
- Miopatías.
- Obstrucción VA: tumores traqueales, laríngeos, tiroideos, malformaciones vasculares...
- Síndrome de Gilles de la Tourette.

DIAGNÓSTICO: HC

- Orientada a las 3 causas más frecuentes.
- Definitivo = tratamiento etiológico específico suprime la tos.

1. Antecedentes familiares y personales.
2. Tabaquismo: activo/ pasivo.
3. Fármacos



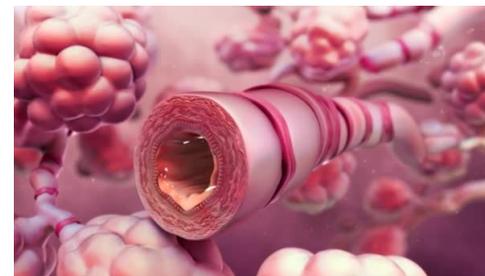
1º semana ó 6 meses.
Posible persistencia tras retirada.

♀



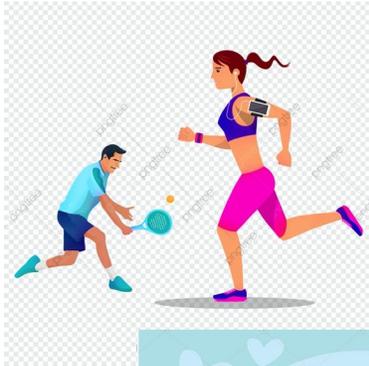
si →

HRB



DIAGNÓSTICO: HC

4. Desencadenantes:



DIAGNÓSTICO: HC

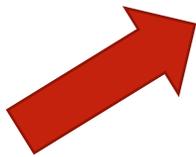
5. Forma de presentación:

- Súbita.
- Productiva.
- Seca.
- Persistente.
- Recurrente.
- Paroxística.
- Hemoptoica.

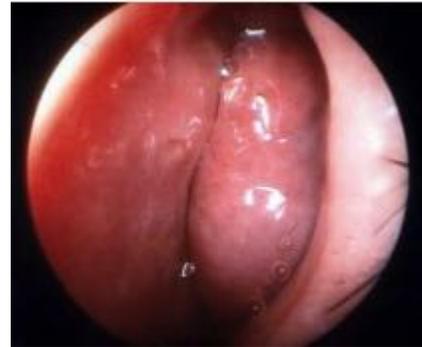
6. Momento de aparición:



DIAGNÓSTICO: EF



Valoración del estado general



DIAGNÓSTICO: PC

- Si persistencia tras **4 semanas** del abandono de tabaco/IECA.
- Mayor rentabilidad si negativas (descartan).
- Si positivas  confirmación diagnóstica tras desaparición con tratamiento específico.

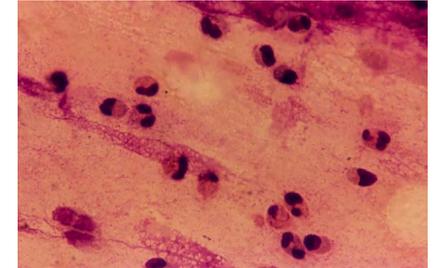


DIAGNÓSTICO: FASE II

- Valoración ORL.



- Test de broncoprovocación + recuento eosinofílico en esputo.

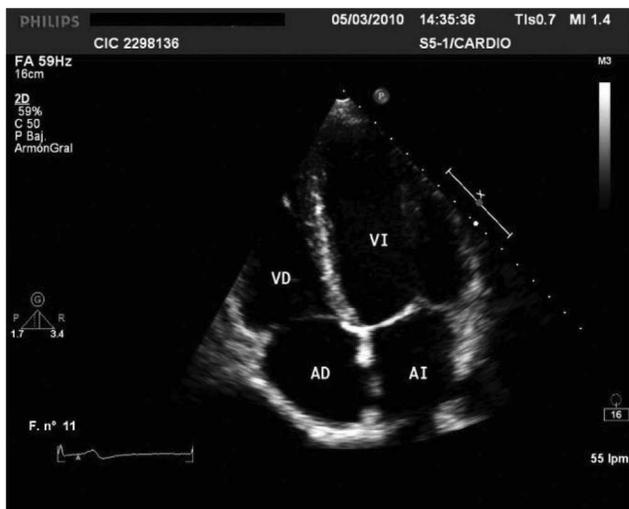
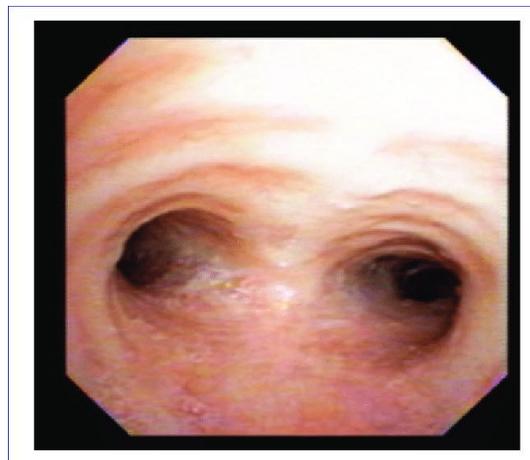
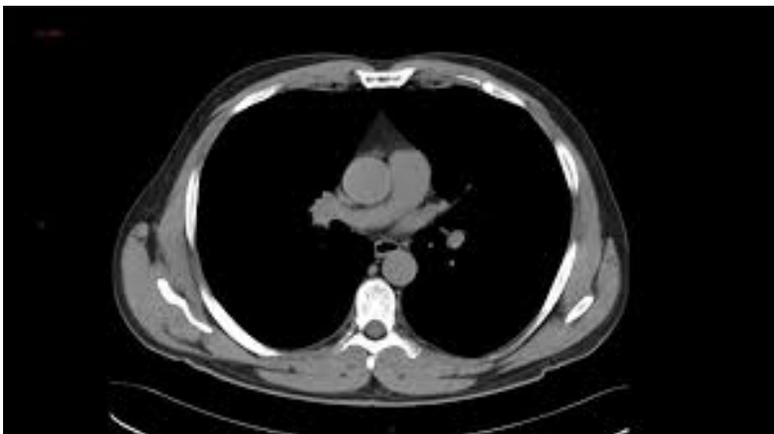


- pHmetría esofágica 24 h.



- No diagnóstico   ¿postinfecciosa?

DIAGNÓSTICO: FASE III



→ ¿tos psicógena?

A TENER EN CUENTA

- Baja adhesión al tratamiento.
- Mala interpretación de las pruebas complementarias.
- Más de una causa (alguna sin tratar).
- Finalizar el tratamiento de la primera causa al tratar otra.
- Aumento de la tos por los fármacos inhalados.
- Fármacos “supuestamente eficaces”.
- Poco tiempo de tratamiento.
- Tratamiento insuficiente (antiH2 → IBP/Nissen).

TRATAMIENTO ESPECÍFICO: GOTEOS POSTNASAL

- Lavados con SF + antihistamínicos v.o. **1º generación** +/- vasoconstrictores +/- corticoides nasales (evidencia B).
- * Antihistamínicos de nueva generación NO EFICACES.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO: RGE

- Medidas higiénico-dietéticas. (evidencia B)
- AntiH2, procinéticos.
- IBP (evidencia A)  omeprazol 40mg/día. ↑ 60-80 mg/día.
Durante **3-6 MESES**.



- Cirugía de Nissen  pacientes jóvenes.
 predominio del reflujo.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO: ASMA

- Agonistas β_2 + corticoides inhalados (6^o-8^o semana – evidencia A-).
- Si desaparición de la tos → se recomienda retirada (forma leve).
- Corticoides orales. Prednisona 30 mg durante 1 semana si no respuesta a tratamiento inhalado o tos muy intensa.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO: POSTINFECCIOSA

- Broncodilatadores / esteroides.



- Sin utilidad demostrada si no hay HRB.
- 30 mg/día si síntomas muy intensos. (evidencia D) → ¿efecto inflamatorio reversible?

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- EPOC:
 - **No fumar** (mejoría en un mes).
 - Evitar irritantes.
 - No evidencia del tratamiento con corticoides.
 - Antibioterapia si agudización bacteriana.
- PSICÓGENA:
 - Valoración y tratamiento psiquiátrico.
 - Sugestión.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

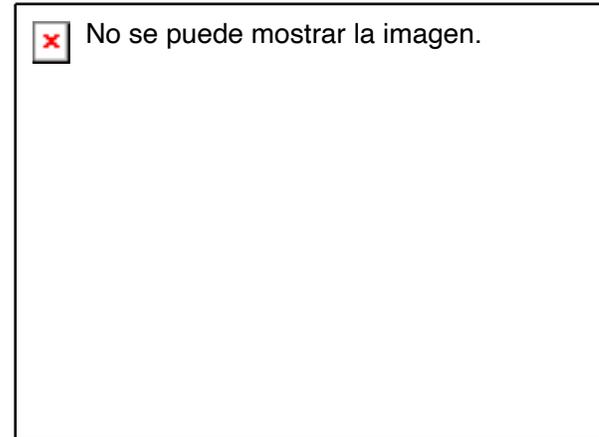
- Poco empleado.
- Disminuir los factores irritantes mucociliares:
 - Dexbromfeniramina + pseudoefedrina.
- Aumentar el umbral de la vía aferente:
 - Anestésicos locales / levodropriopicina / benzonatato.
- Aumentar el umbral de la vía eferente:
 - Bromuro de ipratropio.
- Aumentar el umbral de la tos refleja:
 - Narcóticos: codeína, morfina, metadona, meperidina.
 - No narcóticos: dextrometorfano, difenhidramina, cloperastina.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

- Mayor eficacia conocida y más empleados:

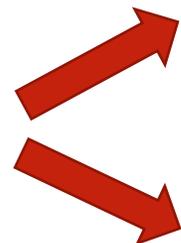


0.25 mg/kg/6h



10-20 mg/6h

Dextrometorfano



5-10 mg/6h en niños

15-30 mg/6h en adultos

BIBLIOGRAFÍA

- Birring SS, Prudon B, Carr AJ, *et al.* Development of a symptom specific health status measure for patients with chronic cough: Leicester Cough Questionnaire (LCQ). *Thorax* 2003;**58**:339-343.
- Cynthia T. French, Richard S. Irwin, Kenneth E. Fletcher and Todd M Adams. Evaluation of a Cough-Specific Quality-of-Life Questionnaire. *Chest* 2002;121;1123-1131.
- Diagnóstico y tratamiento de la tos crónica. Procedimientos y protocolos del Servicio de Neumología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Ed1ª. España: Ergón; 2012. 35-41.
- J. L. Velasco Garrido, Mª Victoria Hidalgo Sanjuán, N. Avisbal Portillo, G. de Luiz Martínez. Estudio del paciente con tos crónica. En: José Gregorio Soto Campos. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. 1ª edición. Majadahonda: ERGON; 2005. 249-256.
- I. Alcorta, M. L. González. Tos crónica en adultos. Elsevier [Internet]. [Consultado 31/12/2014]. Disponible en: <http://www.clinicalkey.es/#!/>



Muchas
gracias!