



FAP
ap

Formación Activa
en Pediatría de
Atención Primaria

Formación continuada al día

Acreditación Solicitada a



TOS

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce

Septiembre 2008

ANAMNESIS TOS (I)

Tiempo de evolución	<ul style="list-style-type: none"> •Aguda: menos de 4 semanas •Crónica: 4 ó más semanas
Modo de inicio	<ul style="list-style-type: none"> •Brusco: valorar posibilidad de aspiración •Precedido o no por cuadro catarral
Características cualitativas	<p>Seca</p> <p>Húmeda</p> <p>Estridulosa</p>
Características temporales	<ul style="list-style-type: none"> •Predominio horario •Estacionalidad

ANAMNESIS TOS (II)

Síntomas y signos asociados	<ul style="list-style-type: none"> •Fiebre •Dificultad respiratoria •Estridor o disfonía •Afectación del estado general
Factores precipitantes	<p>Ejercicio</p> <p>Ingesta</p> <p>Neumoalergenos</p>
Antecedentes personales y familiares	<ul style="list-style-type: none"> •Hiperreactividad bronquial •Atopia

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA TOS POR ANAMNESIS (I)

<p>“Perruna”, con estridor</p>	<p>Aguda: Laringitis. Más raramente aspiración de cuerpo extraño. Crónica: Traqueomalacia. Menos frecuente: compresión bronquial.</p>
<p>Nocturna</p>	<p>Hiperreactividad bronquial. Postinfecciosa viral.</p>
<p>Predominio diurno, acompañada por rinorrea y goteo postnasal, sin mejoría tras dos semanas de un catarro</p>	<p>Sinusitis</p>

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA TOS POR ANAMNESIS (II)

Desencadenada por ejercicio, llanto, risa, aire frío o irritantes. Estacional	Asma bronquial
Desaparece con el sueño, aumenta con la atención	Psicógena
Paroxística, con “gallo”	Pertussis, Parapertussis. Menos frecuente: Mycoplasma, Clamydia, Adenovirus
Productiva con esputo hemoptoico	Tuberculosis, fibrosis quística
Con “carraspera”	Rinitis alérgica. Goteo postnatal
Inicio brusco con accesos intensos	Aspiración de cuerpo extraño
Desencadenada por la ingesta	RGE, fístula traqueoesofágica

EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección	<ul style="list-style-type: none"> • Estado general • Estado nutricional • Signos de dificultad respiratoria. • Cianosis
Exploración ORL	<ul style="list-style-type: none"> • Rinorrea • Inflamación faríngea • Moco <i>en cavum</i>
Auscultación pulmonar	<p>Sibilancias Crepitantes Ventilación</p>

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA POR LA EXPLORACIÓN FÍSICA I

Hallazgos	Posibilidad etiológica
Alteraciones a la auscultación pulmonar	<p>Sibilancias: crisis asmática, bronquiolitis</p> <p>Crepitantes: neumonía, bronquiolitis</p> <p>Hipoventilación localizada: neumonía, aspiración de cuerpo extraño</p>
Disnea o taquipnea	Bronquiolitis, crisis de asma, crup, neumonía
Acropaquias	Enfermedad supurativa pulmonar crónica

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA POR LA EXPLORACIÓN FÍSICA II

Hemoptisis	Tuberculosis, enfermedad pulmonar crónica con bronquiectasias, neumonía, cuerpo extraño
Enfermedad neurológica de base	Aspiración
Alteración del crecimiento o del estado nutricional	Fibrosis quística, otras neumopatías crónicas
Soplo cardiaco, edemas, hepatomegalia	Insuficiencia cardiaca
Dolor torácico	Asma, neumonía
Neumonía recurrente	Inmunodeficiencia, enfermedad supurativa pulmonar, infecciones atípicas, anomalías pulmonares congénitas, fístula tráqueo-esofágica

INDICACIONES DE RX EN LA TOS AGUDA

Sospecha de neumonía	<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre y dificultad respiratoria en ausencia de sibilancias o estridor - Fiebre elevada y crepitantes o hipoventilación a la auscultación - Persistencia de fiebre elevada y tos durante más de 5 días - Evolución tórpida o fiebre elevada persistente en una bronquiolitis
Posibilidad de aspiración de cuerpo extraño	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio súbito de la tos, sobre todo si las circunstancias orientan a la posibilidad de aspiración - Hiperinsuflación torácica - Asimetría a la auscultación de sibilancias o hipoventilación
Hemoptisis	
Afectación estado general	

ETIOLOGÍA DE LA TOS CRÓNICA EN LA INFANCIA (I)

<p>Infecciosa</p>	<p>Post-infecciosa viral Sinusitis Infección por <i>Bordetella pertussis</i> o procesos <i>Pertussis-like</i> (Parapertussis, <i>Mycoplasma</i>, <i>Clamidia</i>, Adenovirus) Tuberculosis pulmonar Bronquitis bacteriana</p>
<p>Anomalías congénitas</p>	<p>Anillos vasculares Traqueobroncomalacia Fístula traqueo-esofágica</p>

ETIOLOGÍA DE LA TOS CRÓNICA EN LA INFANCIA (II)

<p>Enfermedad pulmonar supurativa crónica</p>	<p>Fibrosis quística Inmunodeficiencia Discinesia ciliar Aspiración pulmonar recurrente Cuerpo extraño retenido</p>
<p>Otras causas</p>	<p>Asma bronquial (raro como causa de tos aislada) Reflujo gastroesofágico (raro como causa de tos aislada) Psicogénica Insuficiencia cardiaca</p>

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA TOS (I)

Catarro de vías altas	Tranquilizar y vigilar evolución
Broncoespasmo	Broncodilatador inhalado a demanda (aerosol con cámara o polvo seco). Puede añadirse corticoide oral 3-5 d (1 mg/kg/d)
Bronquiolitis	Tratamiento de sostén. Puede valorarse respuesta a broncodilatador
Laringitis	Leve: Dexametasona vo dosis única (0,15 mg/kg) Moderada: dosis única Dexametasona: 0,3-0,6 mg/kg v.o. + Budesonida nebulizada: 2 mg independientemente del peso.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA TOS (II)

Neumonía típica	Amoxicilina a 80 mg/kg/d 7-10 d Si no está bien vacunado para <i>Haemophilus influenzae</i> asociar ácido clavulánico
Neumonía atípica	Macrólido (no diferencias entre ellos)
Bronquitis aguda viral	Tratamiento sintomático
Sinusitis aguda	Amoxicilina (si no hay respuesta en 72 h asociar ácido clavulánico)
S. pertussoide	Macrólido
Rinitis alérgica	Antihistamínico. Con corticoide nasal si no mejoría o congestión nasal

DATOS DE ALARMA EN LA TOS CRÓNICA

- Inicio neonatal
- Esputo purulento o hemoptoico
- Alteraciones en la auscultación
- Inicio tras episodio de atragantamiento
- Antecedente de cardiopatía, alteración neurológica o inmunodeficiencia
- Antecedente de neumonía recurrente
- Relación con la ingesta
- Retraso de crecimiento
- Alteración del estado general

EVALUACIÓN TOS CRÓNICA

