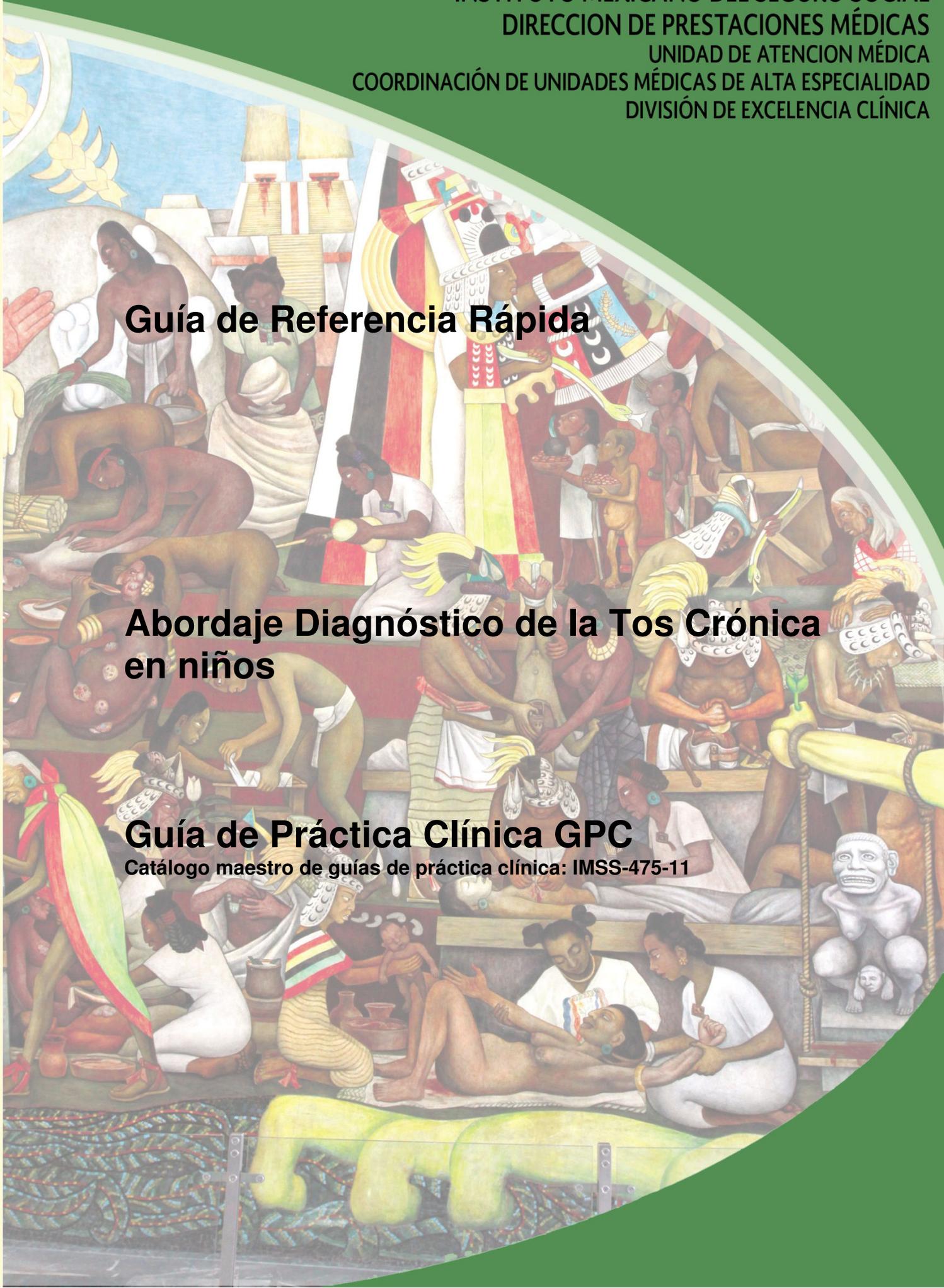


## Guía de Referencia Rápida

## Abordaje Diagnóstico de la Tos Crónica en niños

## Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-475-11



## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**R05 Tos**

**GPC**

**Abordaje diagnóstico de la tos crónica en niños  
ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

No hay un consenso para determinar el tiempo de persistencia de la tos en niños para considerarse crónica. El "American College of Chest Physicians", "Thoracic Society of Australia and New Zeland", y otros estudios han definido como una tos crónica, aquella que dura más de cuatro semanas, considerando que las infecciones respiratorias agudas en la mayoría de los niños se resuelven antes de éste intervalo. En comparación, las directrices de la "British Thoracic Society" definen como una tos crónica cuando dura más de ocho semanas, sin embargo sugieren que una "tos aguda prolongada" que dura por lo menos tres semanas y es "continua y progresiva", requiere de una investigación antes de las ocho semanas.

### CLASIFICACION

La tos crónica causada por una anomalía o enfermedad subyacente se denomina tos específica  
Se considera tos crónica no específica cuando no hay datos que sugieran una etiología precisa, ni alteraciones en la radiografía de tórax y ni en la espirometría

### DIAGNÓSTICO

En la historia clínica de niños con tos crónica se debe registrar los antecedentes familiares de enfermedades atópicas, fibrosis quística, discinesia ciliar primaria y VIH materna.

Investigar también enfermedad actual de miembros de su familia o contactos cercanos, que puedan orientar sobre padecimientos infecto-contagiosos (tuberculosis, VIH)

Los siguientes son parámetros útiles para sospechar la causa de tos crónica en niños:

1. Causas probables por edad (cuadro 1).
2. Factores desencadenantes (alergenos, asistencia a la escuela, cambios de posición etc)
- 3.- Características de la tos (tos húmeda, seca, paroxística, metálica, perruna etc)
4. Antecedente reciente de infecciones de las vías respiratorias (neumonía, infección de vías respiratorias altas, infección por Bordetella, etc)
5. Horario de la tos crónica (diurno, nocturno etc.)

Investigar si la tos crónica en el niño se acompaña de lo siguiente:

- 1.- Disnea o hemoptisis
- 2.- Infección endobronquial recurrente y/o retraso en el desarrollo con o sin síntomas de insuficiencia pancreática
- 3.- Pérdida de peso, fiebre persistente y/o retraso en el desarrollo
- 4.- Afectación neurológica o convulsiones.

Se deben investigar las siguientes exposiciones ambientales:

1. Condiciones de la habitación (humedad, higiene, ventilación, presencia de zoonosis y/o fauna nociva)
2. Exposición pasiva o activa al humo de tabaco, irritantes, marihuana, cocaína, u otras sustancias químicas
3. Humo de leña
4. Contaminación del aire por combustibles de biomasa (madera y residuos agrícolas y estiércol animal)
5. Contacto con mascotas u otros animales
6. Ubicación de la casa del niño y antecedentes de viajes recientes.
7. La epidemiología local puede orientar especialmente con respecto a las infecciones endémicas por hongos y parásitos. (Cuadro 2)

La tos crónica húmeda nos habla de un proceso infeccioso activo, se debe hacer énfasis sobre las características clínicas de la tos para establecer una probable etiología y solicitar estudios específicos de serología o/y cultivos.

En el examen físico se debe prestar mucha atención a signos de enfermedad crónica subyacente.

Se recomienda que durante la auscultación de tórax si se escuchan sibilancias se determine si son polifónicas o monofónicas e investigar las causas más probables.

En todo niño con tos crónica se debe tomar una radiografía de tórax en lateral izquierda y postero anterior.

En caso de sospecha de aspiración de cuerpo extraño se debe obtener una placa anteroposterior durante inspiración y expiración para evaluar la sobredistensión pulmonar unilateral que pueda sugerir obstrucción. En niños no cooperadores también se puede obtener información con la combinación radiografías en decúbito (lateral derecho, lateral izquierdo).

En niños mayores de 6 años con tos crónica se debe realizar una espirometría con test broncodilatador.

En niños con tos crónica se debe realizar una broncoscopia cuando existe sospecha de cuerpo extraño, malacia de las vías respiratorias, fístula traqueo-esofágica o estenosis. Así como en pacientes con mala respuesta a tratamiento antibiótico (2 a 6 semanas) se debe realizar una broncoscopia para toma de estudios histopatológicos y cultivos para hongos, micobacterias y bacterias

La pH-metría esofágica de 24 horas esta indicada en casos en donde los pacientes presenten síntomas respiratorios y probable reflujo, previo a la cirugía antirreflujo para valorar respuesta a tratamiento farmacológico o quirúrgico y ante la sospechas de eventos de "casi ahogamiento". (Ver GPC de Diagnóstico y tratamiento de reflujo gastroesofágico en pediatría en primer nivel de atención.)

En paciente con tos crónica que se sospeche de etiología de vías respiratorias altas crónica (sinusitis, rinitis, hipertrofia adenoidea, etc) se debe realizar placa de Rx de senos paranasales.

Los niños con tos crónica específica que se sospeche de lesión congénita de la vía aérea esta justificada más investigación diagnóstica.

El asma y la BBP pueden coexistir por lo cual en niños con asma y tos húmeda resistente a tratamiento de asma se puede considerar el tratamiento empírico de la BBP.

## TRATAMIENTO

En niños con tos, los supresores de la tos y otros medicamentos de venta libre no deben ser usados, especialmente en lactantes porque pueden presentar morbilidad y mortalidad altamente

significativa.

El tratamiento empírico para el ERGE es inadecuado en los niños con tos crónica no específica. Se deberá investigar de manera exhaustiva a los niños con datos sugestivos de ERGE hasta confirmar o descartar el diagnóstico

En caso de sospecha BBP se debe iniciar tratamiento antibiótico empírico contra los gérmenes más frecuentes (*S. pneumoniae*, *H. influenza*, *M. catarrhalis*) por ciclo de 2 a 6 semanas.

Se recomienda iniciar amoxicilina suspensión a dosis de 50-90 mg/Kg/día dividido en 3 tomas o amoxicilina con ácido clavulánico en dosis de 25-45mg/kg/día dividido en 2 tomas. En caso de alergia a penicilinas se sugiere usar eritromicina en dosis de 30-50mg/kg/día divididos en 3 a 4 tomas; o también se puede usar claritromicina en dosis de 15mg/kg/día dividido en 2 tomas.

## REFERENCIA

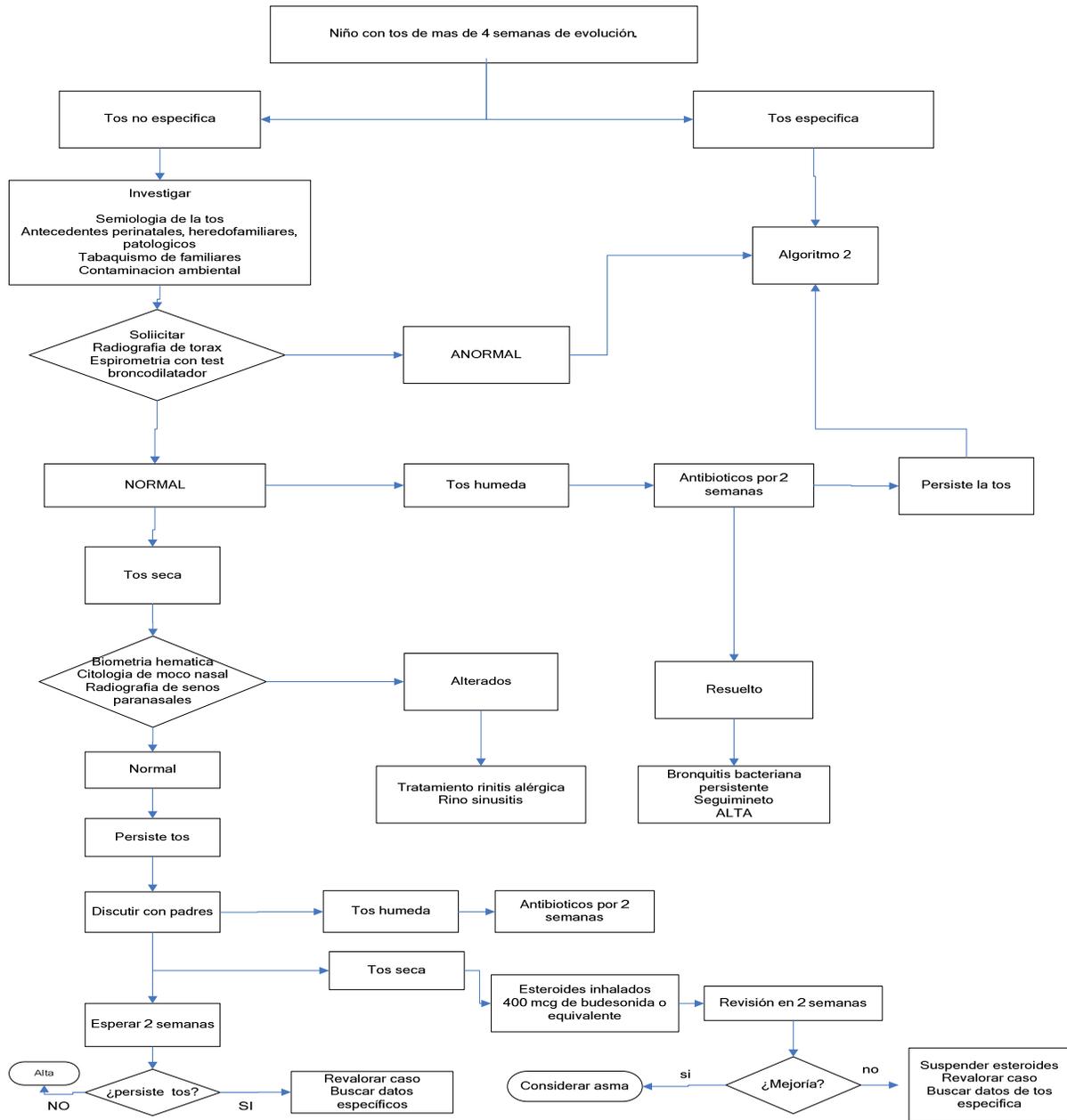
Referir de primer al segundo nivel de atención a pediatría médica:

A todo niño con tos crónica de más de 4 semanas.

Indicaciones de referencia del segundo al tercer nivel de atención:

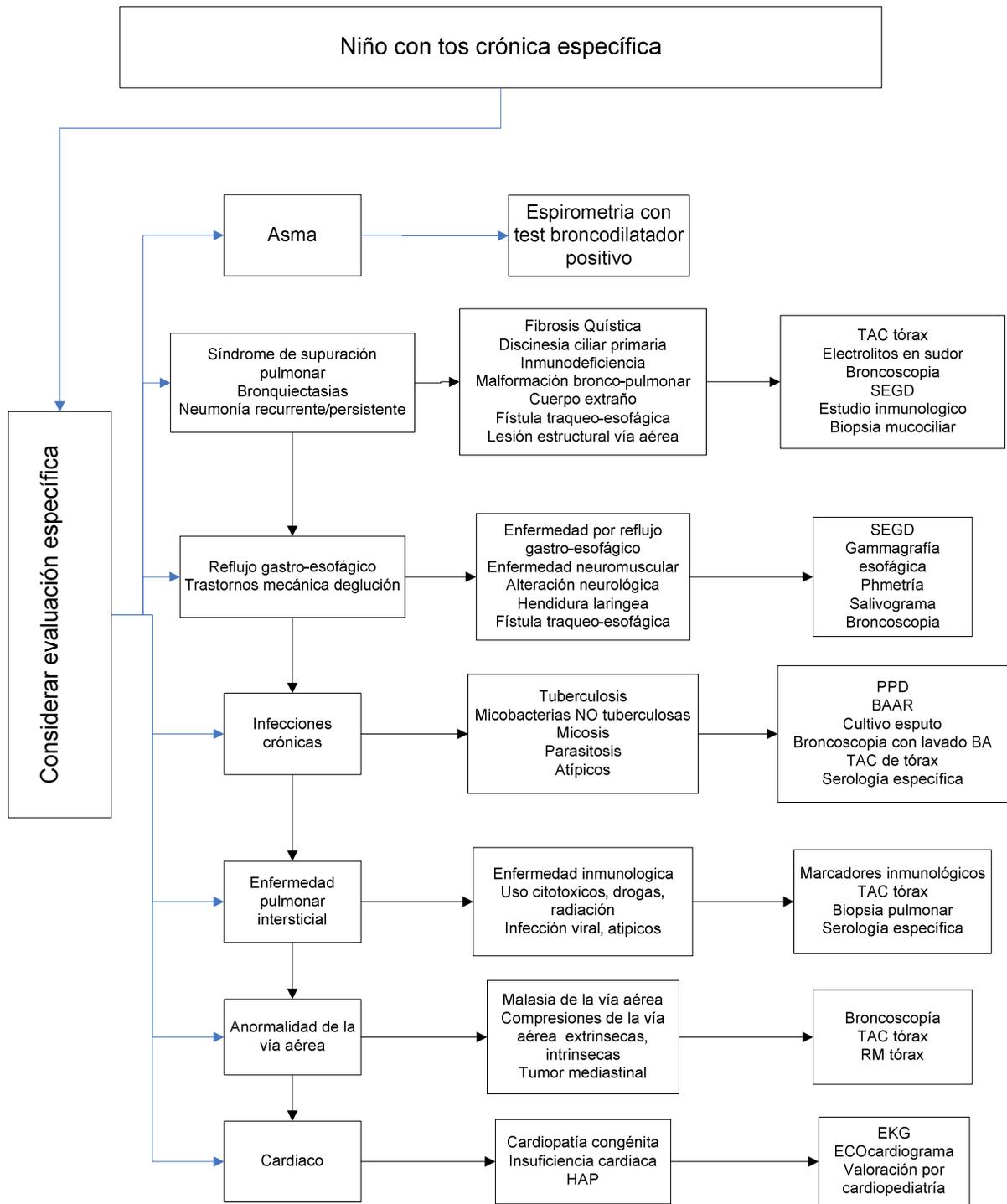
1. Diagnóstico incierto
2. Falla inicial al tratamiento
3. Recaídas
4. Falta de medicamentos y auxiliares de diagnóstico en el segundo nivel de atención.

**ALGORITMO 1. ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL NIÑO CON TOS CRÓNICA**



FUENTE: MODIFICADO DE CHANG AB 2010. CAN A MANAGEMENT PATHWAY FOR CHRONIC COUGH IN CHILDREN IMPROVE CLINICAL OUTCOME: PROTOCOL FOR A MULTICENTRE EVALUATION TRIAL 2010; 11: 103-110

**ALGORITMO 2. ABORDAJE DE NIÑOS CON TOS CRÓNICA ESPECÍFICA**



FUENTE: MODIFICADO DE CHANG AB 2010. CAN A MANAGEMENT PATHWAY FOR CHRONIC COUGH IN CHILDREN IMPROVE CLINICAL OUTCOME: PROTOCOL FOR A MULTICENTRE EVALUATION TRIAL 2010; 11: 103-110

**CUADRO 1. TIPOS DE TOS**

<b>TIPO DE TOS</b>	<b>PROBABLE ETIOLOGÍA</b>
TOS CRÓNICA HÚMEDA MATUTINA	ENFERMEDAD SUPURATIVA PULMONAR
TOS PERRUNA O METÁLICA	CRUP, MALACIA, TOS HABITUAL
TOS PRODUCTIVA	BRONQUITIS BACTERIANA
TOS SIMILAR A GRAZNIDO	TOS PSICÓGENA
TOS PAROXÍSTICA CON O SIN ESTERTORES	SÍNDROME COQUELUCHOIDE
TOS INCISIVA INTERMITENTE	<i>CHALMYDIA</i> EN NIÑOS
TOS NOCTURNA	ASMA

FUENTE: MODIFICADO DE: CHANG A, GLOMB W. GUIDELINES FOR EVALUATING CHRONIC COUGH IN PEDIATRICS ACCP EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. CHEST. 2006, 129 (1): 260S-283S

**CUADRO 2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE TOS CRÓNICA ESPECÍFICA POR GRUPO DE EDAD**

<b>LACTANTES</b>	<b>PREESCOLARES</b>	<b>ESCOLARES Y ADOLESCENTES</b>
REFLUJO GASTROESOFÁGICO	SIBILANCIAS POST VIRALES	ASMA
INFECCIÓN	ASMA	SINUSITIS, RINITIS E HIPERTROFIA DE CORNETES
MALFORMACIONES BRONCOPULMONARES CONGÉNITAS	TABAQUISMO PASIVO	TABAQUISMO PASIVO Y ACTIVO
MALFORMACIONES CARDIACAS	REFLUJO GASTROESOFÁGICO	TUBERCULOSIS PULMONAR
TABAQUISMO PASIVO	CUERPO EXTRAÑO	BRONQUIECTASIAS
CONTAMINACIÓN AMBIENTAL	BRONQUIECTASIAS O MALFORMACIONES PULMONARES	TOS PSICÓGENA
ASMA	MEDICAMENTOS (IECA,PROPANOLOL)	TUMORES
FIBROSIS QUÍSTICA	INFECCIONES	MALFORMACIONES PULMONARES
ALTERACIONES DE LA MECÁNICA DE LA DEGLUCIÓN	FIBROSIS QUÍSTICA INMUNODEFICIENCIAS	MEDICAMENTOS PÓLIPOS NASALES

FUENTE: MODIFICADO DE: CHOW PY. CHRONIC COUGH IN CHILDREN. SINGAPORE MED J. 2004;45: 462-469./ MORALES O, MARIN A, JARAMILLO J. ET AL. MANUAL DE PEDIATRÍA AMBULATORIA. 1A EDICIÓN. ED. MEDELLÍN: SOC. DE PED. DE ANTIOQUÍA 2007: 527-33

**CUADRO 3. ZONAS ENDÉMICAS DE ENFERMEDADES MICÓTICAS Y PARÁSITOS.**

<b>ETIOLOGÍA</b>	<b>ZONA DEL PAÍS</b>
COCCIDIODOMICOSIS	NORTE. ZONAS DESÉRTICAS
BLASTOMICOSIS	POBLACIÓN MIGRANTE QUE PROVIENE DE ESTADOS CENTRALES DE ESTADOS UNIDOS
PARACOCCIDIODOMICOSIS	CENTRO Y SURESTE
EQUINOCOSIS	TODO EL PAÍS. EXPOSICIÓN A HECES DE PERROS
PARAGONIMIASIS	ZONAS COSTERAS O MÁRGENES DE RÍOS. CONSUMO DE CRUSTÁCEOS CRUDOS

FUENTE: GRAD R. APPROACH TO CHRONIC COUGH IN CHILDREN. 2011. [HTTP://WWW.UPTODATE.COM/CONTENTS/APPROACH-TO-CHRONIC-COUGH-IN-CHILDREN?SOURCE=SEARCH\\_RESULT&SELECTEDTITLE=1%](http://www.uptodate.com/contents/approach-to-chronic-cough-in-children?source=search_result&selected_title=1%25)