



Capítulo 20

EL PACIENTE CON TOS EN URGENCIAS

N. Pérez Villaverde - A. Julián Jiménez

INTRODUCCIÓN

La tos se define como la expulsión brusca de aire procedente del aparato respiratorio que presiona contra las cuerdas vocales, las cuales se encuentran cerradas, en intento de dejar libre la luz de cuerpos extraños y/o secreciones.

Es el síntoma respiratorio más común, aunque tiene otras causas.

MANEJO DEL PACIENTE CON TOS EN URGENCIAS

Se debe aclarar si la tos es un síntoma único o el reflejo de alguna patología urgente acompañándose o no de otros signos y/o síntomas.

- 1- ANAMNESIS.** Se debe realizar una historia clínica general del paciente, prestando luego atención a determinadas características de la tos que precisaremos. Nos preguntaremos: ¿es aguda, subaguda o crónica?, ¿se acompaña de fiebre o de otros síntomas?, ¿se acompaña de expectoración? Si es así ¿qué características tiene?, ¿cuáles son los hábitos tóxicos del enfermo y sus antecedentes patológicos?

A- Comienzo de la tos:

- ▲ Aguda (menos de 3 semanas): de comienzo reciente, que probablemente el paciente relacione con algún desencadenante (interrogar sobre éstos).
- ▲ Subaguda (de 3 a 8 semanas).
- ▲ Crónica (más de 8 semanas): hasta de varios años de evolución, lo cual será difícil de precisar por el propio paciente. Interrogar por los cambios recientes de la misma que le han llevado a Urgencias (Así p.ej: "Cualquier cambio de una tos crónica en un fumador requiere una valoración para descartar un Carcinoma broncogénico")

B- Características de la tos:

- ▲ Seca o irritativa (sin expectoración).
- ▲ Productiva, en cuyo caso habrá que precisar el aspecto del esputo.
- ▲ Presencia o no de sangre (¿esputo hemoptoico? o ¿hemoptisis franca?)

C- Factores desencadenantes:

- ▲ Ingesta.
- ▲ Decúbito.
- ▲ Ejercicio.
- ▲ Cambios posturales.
- ▲ Determinado horario.
- ▲ Fármacos.
- ▲ Irritantes (humos, vapores, agentes químicos...)

D- Síntomas o signos acompañantes:

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| ▲ Disnea. | ▲ Mialgias. |
| ▲ Dolor torácico. | ▲ Pirosis. |
| ▲ Fiebre. | ▲ Bocio. |
| ▲ Ruidos respiratorios. | ▲ Diarrea. |
| ▲ Edemas. | ▲ Cianosis. |
| ▲ Cefalea. | ▲ Malestar general. |
| ▲ Estridor. | ▲ Síntomas constitucionales. |

2- EXPLORACIÓN

Se pondrá especial interés en aquellos datos que sugieran inestabilidad hemodinámica del paciente, y por lo tanto gravedad: TA, FC, FR y temperatura.

Posteriormente se hará una exploración general, buscando datos que nos orienten hacia un diagnóstico de sospecha.

- ▲ Cabeza y cuello: palpación del tiroides, ingurgitación yugular, adenopatías... Exploración detallada de la esfera ORL: moco o eritema en orofaringe, pilares, amígdalas, glotis... descartando causas de inflamación, irritación o infección superficial o profunda (abscesos). En ocasiones y siempre que no hayamos encontrado una causa o cuando además date de más de 3-4 semanas se solicitará la exploración por el especialista de ORL.
- ▲ AP: estridor inspiratorio (enfermedad respiratoria alta), roncus o sibilancias espiratorias (enfermedad respiratoria baja), crepitantes inspiratorios (proceso parenquimatoso), abolición o hipoventilación (derrame pleural)...
- ▲ AC: taquicardia, soplos, roce...
- ▲ Abdomen: hepatomegalia, ascitis...
- ▲ Extremidades: edemas, signos de TVP...

3- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ▲ Si tos y dolor torácico debemos descartar:
 - Infecciones del tracto respiratorio superior (tos aguda seca y dolor retroesternal).
 - Laringitis aguda (tos seca aguda y dolor retroesternal).
 - Neumonía típica (tos productiva de reciente comienzo y dolor pleurítico) o atípica.
 - Neumotórax (tos seca brusca y dolor torácico localizado y agudo).
 - Embolia pulmonar (tos aguda, a veces acompañada de esputo hemoptoico y dolor torácico intenso sobre todo inspiratorio).
 - Derrame pleural (tos irritativa aguda y dolor pleurítico).
 - Tuberculosis (tos crónica, a veces con hemoptisis y dolor torácico).
 - Reflujo gastroesofágico (tos irritativa y dolor de características anginosas, asociado o no a clínica típica de reflujo).
 - Cardiopatía isquémica.

Dependiendo de la sospecha solicitaremos: radiografía de tórax (PA, lateral, espiración forzada), hemograma, bioquímica, CPK (MB), ECG, y gasometría arterial basal.

- ▲ Si tos y disnea pensaremos entre otros en:
 - Bronquitis crónica (tos productiva crónica y desencadenada generalmente por el ejercicio, de predominio matutino, cambio en las características del esputo).
 - Asma (tos irritativa, sibilancias).
 - Proceso neumónico.
 - Sarcoidosis (tos irritativa crónica y manifestaciones en otros órganos como piel, articulaciones, ganglios linfáticos...)
 - Carcinoma bronquial (tos generalmente hemoptoica).
 - Psicógena (tos seca).
 - Embolia pulmonar (inicio brusco tanto de la disnea como de la tos).
 - Neumoconiosis (tos crónica).
 - Alveolitis alérgica extrínseca (tos productiva tras la exposición al antígeno).
 - Insuficiencia cardíaca (tos a menudo en decúbito, edemas, ingurgitación yugular).



Solicitar radiografía de tórax, hemograma, bioquímica, ECG, gasometría (basal o con oxígeno si el paciente tiene oxigenoterapia domiciliaria), TAC helicoidal si procede.

▲ Si tos y fiebre descartar:

- Infecciones del tracto respiratorio superior (febrícula y malestar general).
- Bronquitis aguda (febrícula y malestar general) en enfermo con/sin bronconeumopatía crónica.
- Neumonía típica (fiebre alta, mayor de 38.5°C, postración, dolor costal) o atípica.
- Bronquiectasias (infecciones de repetición).
- Otros: tuberculosis, sarcoidosis, tumores...

Ayudarán al diagnóstico el hemograma, gasometría y Radiografías de tórax.

▲ Si tos y síndrome constitucional descartar:

- Tuberculosis.
- Neoplasia pulmonar.
- Metástasis pulmonares.

Solicitar Radiografía de Tórax, resto de pruebas según sospecha.

▲ Si tos y otros síntomas o signos:

- Cefalea: sinusitis (radiografía de senos), neumonía atípica (psitacosis, mycoplasma).
- Diarrea: neumonía atípica (legionella, mycoplasma).
- Disminución del nivel de conciencia (agudo o permanente) y tos descartar aspiración (p.ej: enfermedades neurológicas, intoxicaciones, etc.)
- Sospecha de alteración del reflejo del vómito, molestias locales (cuerpos extraños).
- Fármacos (IECAS).
- Agentes irritantes (humos, gases, pinturas...).

4- TRATAMIENTO Y ACTITUD

Una vez llegado al diagnóstico, el tratamiento prioritario va encaminado a actuar sobre la enfermedad que está desencadenando la tos. Además:

▲ En el caso de tos productiva no debe limitarse (salvo que el paciente sea incapaz de toser). Se facilitará la expectoración mediante:

- Mucolíticos (de eficacia controvertida) como la acetilcisteína a dosis de 200 mg/8 horas.
- Humidificación ambiental.
- Correcta hidratación.
- Fisioterapia respiratoria.

▲ Si la tos es irritativa y molesta mucho al paciente se puede tratar con:

- Codeína a dosis de 15 mg cada 4-6 horas. Produce como efecto secundario estreñimiento y depresión del SNC a dosis altas.
- Dihidrocodeína (10 mg/ 4-6 horas). No aporta ventajas sobre la codeína.
- Dextrometorfano. Tener cuidado en EPOC, asma y ancianos. La dosis habitual es de 15mg/4h ó 30mg/6-8 horas. No produce efectos sobre el SNC.

▲ El paciente será controlado por su médico de atención primaria, o bien seguirá revisiones por el otorrinolaringólogo o neumólogo de zona cuando se diagnostique patología relacionada con estas especialidades si no reúne criterios de ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

- ▲ Braun J. Pulmón. En: Schäffler A. et al. Manual clínico. Medicina Interna. 5ª Edición. Madrid: Editores Médicos S.A; 1996. p. 165-197.
- ▲ De la Sierra G. Fernández Esteban I. et al. Aparato Respiratorio. En: Villa L. Medimecum Guía de terapia farmacológica. 5ª Edición. Madrid: Adis Internacional Ltd; 2000. p. 679-683.
- ▲ Salgado Marqués R. Tos. En: Moya Mir MS., editor. Normas de actuación en urgencias. Clínica Puerta de Hierro. Ed. 2000. Madrid: Smithkline-Beechan; 2000. p. 194-197.
- ▲ Irwin R.S, Madison J.M. The Diagnosis and Treatment of Cough. N Engl J Med 2000; 343: 1715-1722.