

## ▶ BLOQUE 1: SÍNDROMES

## Capítulo 04: Tos incoercible

### Autores

---

<b>Darío Miguel Martínez Rodríguez</b>	Neumología, Hospital Vithas Xanit Internacional (Málaga).
<b>Martín Alonso Ruano Carretero</b>	Neumología, Hospital Vithas Xanit Internacional (Málaga).
<b>Marcos Retroba Nicolás</b>	Medicina de Urgencias y Emergencias, Hospital General La Mancha Centro (Ciudad Real). Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

### Introducción

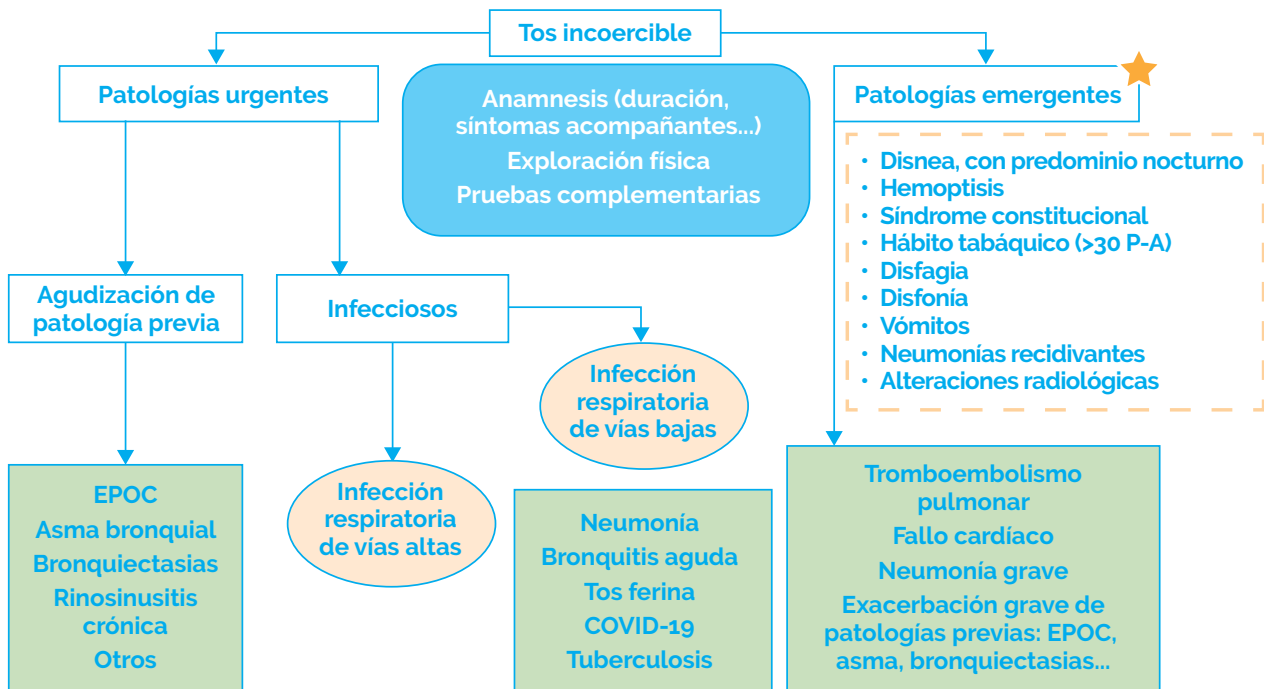
La tos incoercible es aquella que no cede tras tratamiento sintomático convencional y/o medidas higiénico-dietéticas. Es un síntoma inespecífico, de aparente simplicidad, pero elevada complejidad real. Existe un gran abanico de posibles etiologías, desde la patología más banal a la más grave. Es causante de una gran morbilidad por la afectación en la calidad de vida que provoca y por la gran cantidad de patologías en las que se manifiesta.

Dentro de la tos, la incoercible puede ser un motivo de asistencia a urgencias en un contexto que puede ser agudo, subagudo o crónico. Supone un reto tanto diagnóstico, por la mencionada complejidad de sus posibles causas, como terapéutico, por la necesidad de alcanzar un diagnóstico etiológico que nos permita dirigir el tratamiento, además del escaso arsenal terapéutico que tenemos para tratarla como síntoma.

### Diagnóstico

Es necesaria una adecuada anamnesis, exploración física y pruebas complementarias en función de la sospecha con el fin de orientar el diagnóstico etiológico (**Figura 1**) y elegir el tratamiento más adecuado<sup>1</sup>.

Figura 1. Diagnóstico etiológico de la tos coercible.



COVID-19: enfermedad por coronavirus de 2019; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; P-A: paquete-años. Figura adaptada de: Irwin RS, MD, French CL, Chang AB, *et al.* Classification of Cough As a Symptom in Adults and Management Algorithms, *Chest.* 2018; 153(1):196-209.

Las causas más frecuentes de tos incoercible y las características que orientan hacia cada una de ellas serían las siguientes:

1. Infección de vías respiratorias altas, donde no hay que olvidar la tos ferina (pertussis).
2. Infección de vías respiratorias bajas.
  - 2.1. Neumonía, bronquitis aguda, enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19), otras: Según la causa, asocian expectoración, que puede ser purulenta, con fiebre y crepitantes focalizados a la auscultación. En analítica de sangre se observa elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis. Las pruebas de imagen pueden ser normales o presentar infiltrados alveolointersticiales.
  - 2.2. Tuberculosis: Merece mención aparte por su relevancia, manifestándose de forma más subaguda/crónica pudiendo asociar hemoptisis y cuadro constitucional.
3. Exacerbación de patologías crónicas (Capítulos 11, 12, 13 y 14).
  - 3.1. Respiratorias:

- 3.1.1.** Asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Disnea, sibilancias y aumento del volumen y purulencia del esputo.
- 3.1.2.** Bronquiectasias: Aumento del volumen y purulencia del esputo. Suele cursar sin fiebre ni marcada elevación de los reactantes de fase aguda.
- 3.2.** Insuficiencia cardíaca: Disnea, edematización de miembros inferiores, recorte del volumen de diuresis, ortopnea.
- 3.3.** Rinosinusitis crónica: Congestión nasal, rinorrea, cefalea, estornudos.
- 4.** Tromboembolismo pulmonar (Capítulo 17): Disnea, ocasionalmente hemoptisis, dolor torácico y/o síncope. Ante la sospecha según clínica y antecedentes personales, habría que aplicar la escala de Wells para valorar, en función del riesgo, si solicitar dímero-D en analítica sanguínea o directamente realizar un angioTAC de tórax.<sup>2,3</sup>

## Tratamiento

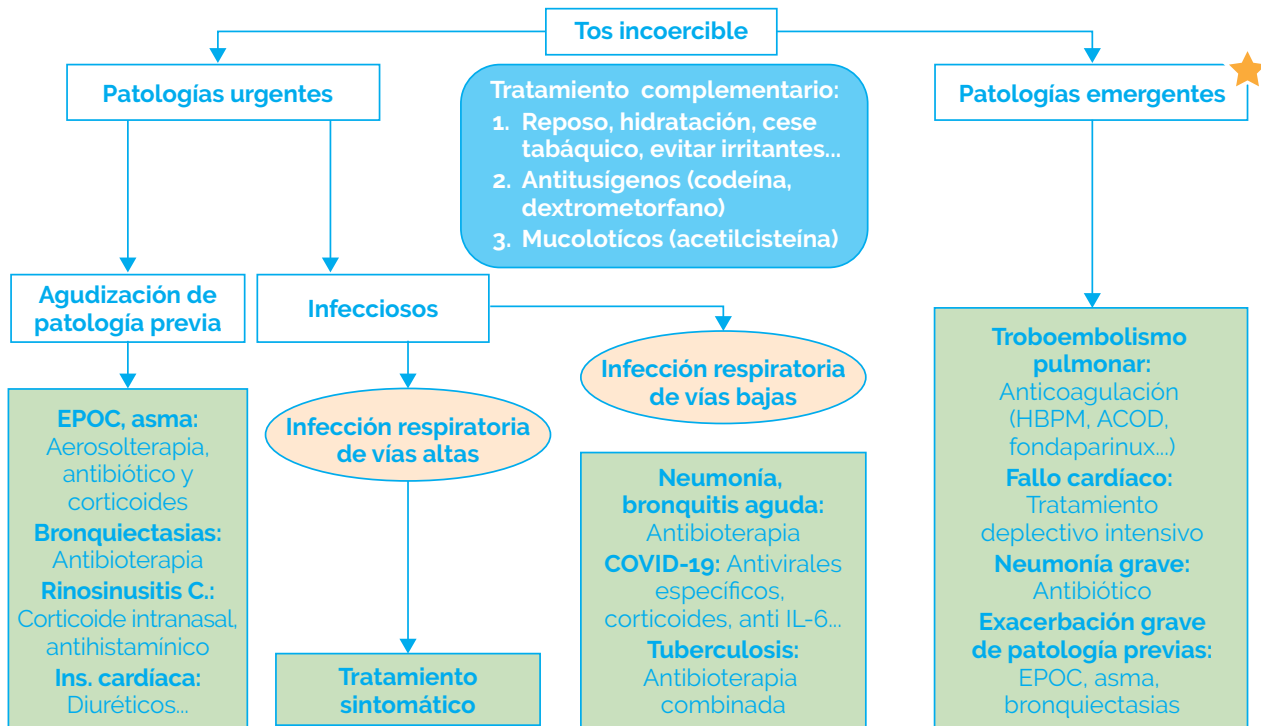
El primer paso en el tratamiento es identificar y abordar la causa subyacente. Es imprescindible determinar si está causada por una patología que potencialmente pueda poner en riesgo la vida del paciente o no.

- 1.** Infección de vías respiratorias altas: Generalmente víricas y autolimitadas, por lo que suelen requerir manejo exclusivamente sintomático.
- 2.** Infección de vías respiratorias bajas (Capítulos 8, 9, 10 y 15).
  - 2.1.** Neumonía, bronquitis aguda, COVID-19, tuberculosis, otras: En caso de sospecha de etiología bacteriana, principalmente la neumonía, precisará antibioterapia.
- 3.** Exacerbación de patologías crónicas.
  - 3.1.** Respiratorias:
    - 3.1.1.** Asma y EPOC: Capítulos 11 y 12.
    - 3.1.2.** Bronquiectasias: Capítulo 13.
  - 3.2.** Insuficiencia cardíaca: Tratamiento depletivo con diuréticos.

- 3.3. Rinosinusitis crónica: Corticoides intranasales (p.e. furoato de fluticasona o mometasona), antihistamínicos (p.e. bilastina 20 mg/24h, cetirizina 10 mg/24 h...) y lavados nasales con solución salina.
- 4. Tromboembolismo pulmonar: Iniciar anticoagulación lo antes posible, que podrá ser con heparina no fraccionada, heparina de bajo peso molecular (1 mg/kg/12 h), anticoagulantes orales directos (de inicio solo apixabán y rivaroxabán) o fondaparinux (Capítulo 17).

Además, se pueden usar como tratamiento complementario, antitusígenos como la codeína (10-20 mg/6 h) y el dextrometorfano (15-30 mg/6-8 h), mucolíticos (acetilcisteína 600 mg/24 h, p.e.) junto con medidas generales (reposo, hidratación, evitar irritantes, cese tabáquico)<sup>4</sup>. En el Capítulo 27 se describe el tratamiento paliativo de la tos.

Figura 2. Tratamiento de la tos incoercible de acuerdo con la causa subyacente.



ACOD: anticoagulante oral directo; C: crónica; COVID-19: enfermedad por coronavirus de 2019; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HBPM: heparina de bajo peso molecular; Ins: insuficiencia

Figura adaptada de: Irwin RS, MD, French CL, Chang AB, *et al.* Classification of Cough As a Symptom in Adults and Management Algorithms, Chest. 2018; 153(1):196-209.

## Resumen



### RECORDAR QUE

- Se debe correlacionar siempre con la clínica.
- Buscar siempre la etiología. La tos resistente a tratamiento sintomático debe hacernos sospechar patología subyacente, siendo necesario prestar especial atención a las manifestaciones de las patologías emergentes con el fin de priorizar y elegir el lugar adecuado desde el que se realizará el estudio (atención primaria, neumología u hospitalario).
- Tener en cuenta la epidemiología ("lo más frecuente es lo más frecuente").
- Tratar la tos sin olvidar las posibles etiologías farmacológicas y/o iatrogénicas.



### QUÉ NO HACER

- Menospreciar la tos como sintoma.
- Infratrar la tos.
- Cronificar tratamientos sintomáticos sin buscar la causa.
- Olvidar las medidas higiénico-dietéticas<sup>5</sup>.

1. Irwin RS, MD, French CL, Chang AB, *et al.* Classification of Cough As a Symptom in Adults and Management Algorithms, *Chest*. 2018; 153(1):196-209.
2. Weinberger SE, Barnes PJ, King TE. Causes and epidemiology of subacute and chronic cough in adults. [Internet]. [Consultado 13 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
3. Irwin RS, French CT, Lewis SZ, *et al.* Overview of the management of cough: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest* 2014; 146:885.
4. Font E. Fármacos para el tratamiento de la tos. OFFARM [Internet]. 2003 [Consultado 25 Octubre 2023]; 22 (11). Disponible en: <https://www.elsevier.es>
5. Chen R, Qiu Z, Lai K. 2019 ERS cough guideline: consensus and controversy. *J Thorac Dis* 2020; 12:7504.