



Tos crónica en niños ¿Cómo abordarla desde la APS?

Autor: Dra. Claudia Inostroza Orellana. Residente Medicina Familiar mención Niño UCM.

Revisor: Dra. Francisca Rojas Morales. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen:

La tos es una causa frecuente de consulta y se considera crónica cuando supera las 4 semanas de duración continua. Existen diferentes causas que la originan, pulmonares o extrapulmonares, y entre las más frecuentes encontramos la tos post postinfecciosa, el asma y la bronquitis bacteriana persistente. Lo más importante del abordaje es realizar una completa anamnesis, examen físico y complementarlo con una radiografía de tórax para buscar elementos que orienten a una causa específica.

Introducción:

En la población infantojuvenil la prevalencia de tos crónica es alrededor del 5-15% según el grupo etario (1). Un estudio realizado en Suiza muestra que a menor edad prevalecen las causas infecciosas y en niños mayores el asma bronquial (2).

No existe un tratamiento estándar para el tratamiento de la tos crónica, pues este dependerá de la causa.

Este artículo permitirá orientar al médico de APS en cómo abordar el tratamiento de la tos crónica en niños.

Desarrollo:

Uno de los aspectos claves dentro de la valoración según la guía CHEST del 2022 es verificar que la tos sea efectivamente crónica, es decir que se manifieste de forma continua durante más de 4 semanas y no se deba a infecciones recurrentes (3).

En segundo lugar, realizar una anamnesis y examen físico completos que permitan pesquisar elementos que orienten a alguna causa específica, como muestra en la siguiente tabla (4, 5).

Tos postviral	Ira alta con tos en remisión sin signos de alarma
Asma	Tos seca con ejercicio, frío, risa. Atopia
Bronquitis bacteriana persistente	Tos húmeda persistente sin otra causa que lo explique con buena respuesta a tratamiento antibiótico.
Síndrome de vía aérea superior	Tos nocturna, descarga posterior, rinorrea, prurito nasal
Coqueluche	Tos paroxística con gallo inspiratorio
TBC	Antecedente de contacto estrecho, tos con expectoración mayor a 2 semanas en paciente de riesgo, hemoptisis, sudoración nocturna.
Malformaciones de Vía aérea	Inicio en periodo neonatal
Alteración Deglución/RGE	Tos relacionada con la alimentación
Cuerpo extraño	Inicio brusco tras atragantamiento
Inmunodeficiencias	Infecciones a repetición
Fibrosis Quística	Tos con mala movilización de secreciones, infecciones respiratorias recurrentes, mal incremento ponderal, diarrea crónica.

Dentro de la historia es recomendable preguntar dirigidamente sobre contaminantes ambientales. Una revisión sistemática a partir de estudios observacionales relacionó la tos crónica con factores de riesgo como: antecedentes de Asma (OR = 4,06), NO₂ exterior/interior (OR = 1,19), remodelación de la vivienda (OR = 1,82), humo de tabaco ambiental (OR = 1,41), exposición a mascotas (OR = 1,56), moho (OR = 1,64) y edad < 1 año (OR = 3,19) (6).

Una vez que se hayan descartado elementos clave de la historia y examen físico, la Guía CHEST recomienda:

- Solicitar radiografía de tórax y, cuando sea factible por edad, espirometría pre y post B2. (Recomendación 1B)
- No solicitar de rutina TAC, broncoscopia, Mantoux, pruebas cutáneas u otros estudios. (Recomendación 1B)

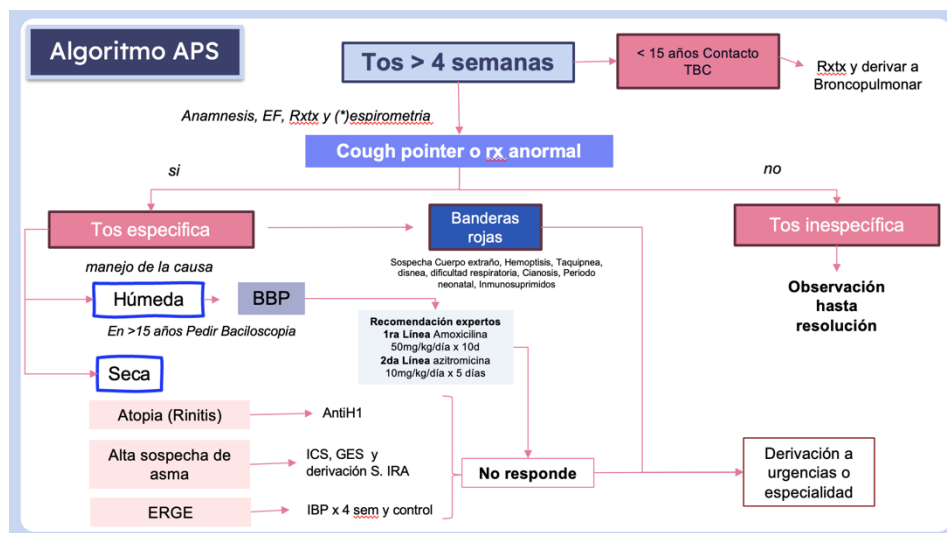
Y, si no existen indicadores, la radiografía y espirometría son normales y la tos es seca, se considera inicialmente una tos inespecífica, que puede observarse y reevaluarse (3).

Esto queda demostrado en un estudio publicado en el año 2015, realizado en una cohorte australiana de más de 300 niños, concluyo que aquellos en los que la tos crónica se resolvía espontáneamente eran de mayor edad, no tenían expectoración y su radiografía de tórax era normal, considerando como orientadores de causa específica a la tos húmeda (OR 73), sibilancias o reversibilidad de la obstrucción (OR 21) y rx de tórax anormal (OR 20) (7).

Ahora una pregunta que nos hacemos con frecuencia: ¿existe utilidad en el uso de antitusivos, mucolíticos o antibióticos en la tos crónica? Revisiones sistemáticas de la colaboración Cochrane publicadas en 2016 y 2025, demuestran que no existe evidencia que respalde el uso de codeína en la tos crónica o mucolíticos en la tos crónica productiva respectivamente (8, 9), y una publicada en el 2018 en relación con el uso de antibióticos muestra beneficios en su uso en lo que respecta a cura clínica y disminución de complicaciones que requieran terapia adicional con NNT de 3 y 4 respectivamente, esta última revisión consideró 2 estudios que utilizaron amoxicilina/ácido clavulánico y uno que utilizó eritromicina. La duración del tratamiento fue de 7 a 14 días, y la comparación fue con placebo o ningún tratamiento (10).

Ahora bien, considerando nuestra epidemiología, expertos locales sugieren el uso de amoxicilina 50mg/kg/día por 10 días como primera línea, azitromicina 10mg/kg/día por 5 días como segunda línea y derivación a especialidad en caso de no respuesta.

Para facilitar la comprensión, se presenta un algoritmo de manejo en APS (elaboración propia).





Conclusiones:

- La tos crónica puede generar gran preocupación en padres.
- Es importante considerar las diferentes causas de tos y realizar una anamnesis, examen físico de forma exhaustivo para descartar causas que requieran manejo específico.
- Se debiese realizar una radiografía de tórax como parte del estudio inicial.
- Un niño con tos crónica, sin marcadores específicos, tos seca y radiografía normal, puede tener seguimiento hasta su resolución.

Bibliografía

1. M. Zafra Anta, C. Merchán Morales: Tos persistente. *Pediatr integral* 2021; XXV (1): 5-12
2. Mallet, M. C., Elmiger, A., Glick, S., Krasnova, T., de Jong, C. C. M., Kern, B., Moeller, A., Regamey, N., Sutter, O., Usemann, J., Pedersen, E. S. L., Kuehni, C. E., & SPAC Study Team (2025). Diagnosis in Children With Prolonged or Recurrent Cough: Findings From the Swiss Paediatric Airway Cohort. *Pediatric pulmonology*, 60(2), e27499. <https://doi.org/10.1002/ppul.27499>
3. Chang, A. B., Oppenheimer, J. J., Irwin, R. S., & CHEST Expert Cough Panel (2020). Managing Chronic Cough as a Symptom in Children and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*, 158(1), 303–329. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.01.042>
4. Gallucci, M., Pedretti, M., Giannetti, A., di Palmo, E., Bertelli, L., Pession, A., & Ricci, G. (2020). When the Cough Does Not Improve: A Review on Protracted Bacterial Bronchitis in Children. *Frontiers in pediatrics*, 8, 433. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00433>
5. E. Fernandez Mozo, A. López Neyra: Tos crónica y bronquitis bacteriana persistente. *Pediatr integral* 2026;XXX (1): 15-20
6. Zheng, K., Tang, L., Wang, X., Chen, L., Zhao, Y., & Chen, X. (2024). The risk factors for chronic cough in children: A meta-analysis covering five continents. *Respiratory medicine*, 232, 107752. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2024.107752>
7. Chang, A. B., Van Asperen, P. P., Glasgow, N., Robertson, C. F., Mellis, C. M., Masters, I. B., Landau, L. I., Teoh, L., Tjhong, I., Petsky, H. L., & Morris, P. S. (2015). Children with chronic cough: when is watchful waiting appropriate? development of likelihood ratios for assessing children with chronic cough. *Chest*, 147(3), 745–753. <https://doi.org/10.1378/chest.14-2155>
8. Gardiner, S. J., Chang, A. B., Marchant, J. M., & Petsky, H. L. (2016). Codeine versus placebo for chronic cough in children. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD011914. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011914.pub2>
9. O'Farrell, H. E., McElrea, E. R., Chang, A. B., Yerkovich, S. T., Mullins, T., & Marchant, J. M. (2025). Mucolytics for children with chronic suppurative lung disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD015313. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015313.pub2>
10. Marchant, J. M., Petsky, H. L., Morris, P. S., & Chang, A. B. (2018). Antibiotics for prolonged wet cough in children. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD004822. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004822.pub3>