



Tosse aguda

Resumo de diretriz NHG M78 (primeira revisão, fevereiro 2013)

Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP, Sachs APE, Thiadens HA, Verlee E

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Definições
- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Considerações durante a consulta por telefone
 - Exame físico
 - Exames adicionais
 - Avaliação
- Conduta
 - Orientações e aconselhamento não medicamentosos
 - Medicação
 - Monitoramento e encaminhamentos

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Definições

Tosse aguda: tosse com duração até três semanas.

Diagnóstico

Anamnese

- Determinar o grau de urgência durante a consulta (eventualmente telefônica):

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- *Sintomas de alarme em crianças pequenas:* gravemente doente (febre, problemas na alimentação, sonolência, choro persistente, taquipnéia), dispnéia grave, períodos de apnéia (em crianças lactentes jovens);
- *Sintomas de alarme em crianças mais velhas e adultos:* gravemente doentes (febre, taquipnéia e/ou confusão ou sonolência), dispnéia grave, hemoptise, dor torácica ao respirar;
- Idade < 3 meses ou > 75 anos.
- Perguntas voltadas ao esclarecimento da causa (ou agente infeccioso):
 - natureza da tosse, dispnéia ou chiado no peito, tosse ladrante, ataques de tosse possivelmente acompanhada de vômitos;
 - duração dos sintomas, tosse recorrente (asma, DPOC);
 - outras queixas (nariz/garganta/ouvidos, febre, geral) características de asma, DPOC, infecção do trato respiratório superior ou influenza;
 - fatores externos: tabaco (fumaça), contato com aves doentes (psitacose) ou outros animais (febre Q);
 - viagem recente (resistência à penicilina, Legionella);
 - medicamentos, tais como inibidores da ECA¹, outros fatores, como aspiração de corpo estranho.
- Esclarecer o *pedido de ajuda*², e identificar comorbidades relevantes.

Considerações durante a consulta por telefone

Examinar o paciente pessoalmente a curto prazo: sintomas de alarme; idade < 3 meses ou > 75 anos; comorbidade relevante; febre > 3 dias ou febre recorrente após alguns dias sem febre; calafrios; aumento da dispnéia e/ou chiado no peito.

Exame físico

- *Gravidade da doença em crianças:* febre, taquipnéia, retração inspiratória de espaço intercostal, batimento de asa de nariz, taquicardia, cor da pele (pálida, cianótica), reação a estímulos exteriores (por exemplo sonolência, choro inconsolável) e sinais de desidratação.
- *Gravidade da doença em adultos:* febre, taquipnéia, taquicardia, hipotensão e sinais de consciência alterada.
- Ausculta (se indicado percussão) dos pulmões.
- Exame físico guiado por sintomas

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Exames adicionais

- Na maioria dos pacientes os exames complementares não influenciam a conduta.
- Proteína C-reativa (PCR) em pacientes adultos moderadamente doentes com alguns sintomas gerais e/ou locais.
- Raio-X de tórax: em persistência na incerteza sobre o diagnóstico, pouca ou nenhuma recuperação e em suspeita de outra patologia.
- Considere teste de diagnóstico adicional para agentes infecciosos específicos na ausência de recuperação ou suspeita de doença de notificação obrigatória³.

Avaliação

Infecção respiratória não-complicada

Tosse aguda sem evidência de uma infecção respiratória complicada e sem outros fatores de risco para um curso complicado (ver abaixo).

Infecção respiratória complicada

Diagnóstico provável *pneumonia*: pacientes com tosse aguda e:

- Sinais de doença grave como taquipnéia, taquicardia, hipotensão (PAS <90, PAD <60 mmHg), ou confusão mental;
- moderadamente doente e:
 - anormalidades auscultatórias em um dos lados do pulmão (ausência não exclui pneumonia);
 - PCR >100 mg/l em adulto moderadamente doente; PCR <20 mg/l exclui praticamente uma pneumonia. Em PCR de 20 a 100 mg/l os determinantes principais são a apresentação clínica, e a presença de fatores de risco;
 - infiltração em radiografia de tórax;
 - duração dos sintomas >7 dias, com febre e tosse (sem anormalidades no exame físico).

Outros fatores de risco para um curso complicado:

- idade <3 meses ou >75 anos;
- comorbidades relevantes (em crianças, especialmente doenças cardíacas e pulmonares, exceto asma; em adultos especialmente insuficiência cardíaca, as formas mais graves de DPOC, diabetes mellitus especialmente em uso de insulina, distúrbios neurológicos, insuficiência renal grave, sistema imunológico debilitado).

Também há (aumento do risco de) evolução complicada em:

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- crianças com laringite subglótica (crupe) moderada ou grave;
- crianças lactentes com bronquiolite e um ou mais sintomas de alarme;
- (suspeita de) coqueluche em um paciente em família com crianças não vacinadas ou incompletamente vacinadas <1 ano ou com uma gestante > 34 semanas de gravidez.

Conduta

Orientações e aconselhamento não-medicamentoso

- Tosse devido a uma infecção respiratória simples é geralmente auto limitada, mas pode persistir durante duas a seis semanas.
- Desaconselhar o tabagismo (também de forma passiva) e o pigarrear frequente.
- Em coqueluche o uso de antibióticos não diminui os sintomas e não encurta o curso da doença.
- Na laringite subglótica sem falta de ar grave as queixas diminuem geralmente dentro de horas, sem a necessidade de medidas especiais. A eficácia de vaporização não é comprovada.
- Em bronquiolite geralmente a criança se recupera dentro de três a sete dias espontaneamente. Falta de ar grave ou progressiva, breves períodos de apnéia e a ingestão insuficiente de líquidos são razões para contatar o médico de família e comunidade diretamente.

Medicação

Infecção respiratória não-complicada

- Medicação contra a tosse e anti-histamínicos não são recomendados. A eficácia de medicação inalada é insuficientemente comprovada.
- Na laringite subglótica leve ou bronquiolite a conduta expectante é segura.

Infecção respiratória complicada

Prescrever um antibiótico nos casos de pneumonia:

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- em crianças < 9 anos (ou mais, mas com peso < 31 kg): amoxicilina 40 mg/kg em 3 doses, 5 dias; em hipersensibilidade a amoxicilina: azitromicina 1 vez ao dia 10 mg/kg, 3 dias;
- em adultos e crianças ≥ 9 anos (se ≥ 31 kg): amoxicilina 500 mg 3 vezes ao dia durante 5 dias; em hipersensibilidade: doxiciclina, 1º dia 200 mg 1 dose, em seguida, 1 vez por dia 100 mg, durante 6 dias (total 7 dias);
- em mulheres grávidas e mulheres em lactação: amoxicilina 500 mg 3 vezes ao dia durante 5 dias; em hipersensibilidade eritromicina 500 mg 4 vezes ao dia, 7 dias;
- com melhoria insuficiente após 2 dias de uso de amoxicilina em paciente não-crítico: substituir a amoxicilina por doxiciclina, ou outros meios levando em conta o risco potencial de um microorganismo específico.

Condições ou doenças específicas

- Áreas com presença de febre-Q: em adultos, doxiciclina 100 mg 2 vezes por dia, 14 a 21 dias; em crianças sulfametoxazol-trimetoprima.
- Fatores de risco para infecção com Legionella Pneumophila: considerar a prescrição de doxiciclina e consultar o especialista.
- Recente estadia em país com alto percentual de pneumococos resistentes à penicilina: iniciar amoxicilina e controlar paciente após 24 a 48 horas.
- Coqueluche: tratamento antimicrobiano só é indicado se crianças ou gestantes (no último trimestre da gravidez) estiverem presentes no ambiente direto do paciente para prevenir casos secundários da doença: crianças azitromicina 1 vez por dia, 10 mg/kg, durante 3 dias; em adultos azitromicina 1 dd 500 mg durante 3 dias; gravidez e lactação eritromicina 500 mg 4 vezes ao dia durante 7 dias.
- Laringite subglótica moderada a grave: dexametasona dose única (0,15 mg/kg) por via oral ou intramuscular ou 2 mg de budesonida inalação.
- Bronquiolite: considerar em caso de dispnéia tratamento com caráter experimental com beta simpaticomimético se não for possível fazer a diferenciação entre bronquiolite e um (primeiro) ataque de asma.

Em pacientes com outros fatores de risco para um curso complicado (idade, comorbidades, veja avaliação), o quadro clínico determina (e opcionalmente PCR) se um antibiótico é indicado.

Controle e encaminhamento

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Pneumonia

- Um paciente gravemente doente deve ser reavaliado no prazo de 24 horas ou encaminhado diretamente (com base no julgamento clínico).
- Reavaliar após 24 a 48 horas paciente com recente estadia em um país com percentagem elevada de pneumococos resistentes à penicilina e em caso de melhora clínica insuficiente consultar pneumologista, especialista em doenças infecciosas ou microbiologista.
- Nos outros casos instruir o paciente para que entre em contato se não houver melhora dentro de 3 dias após o início do antibiótico.
- Encaminhar em caso de melhora insuficiente com a terapia antimicrobiana.
- Fazer uma radiografia de tórax, se a tosse não desaparecer após 6 semanas.

Laringite subglótica

- Moderada-grave: averiguar efeito do tratamento após meia hora; encaminhar em caso de melhora insuficiente ao uso de corticóides.
- Grave: encaminhamento imediato ao pediatra.

Bronquiolite

- Verifique diariamente durante os primeiros dias e encaminhar em casos de sintomas de alarme.
- Encaminhar as crianças com tosse aguda e febre < 1 mês de idade, e casos de suspeita de aspiração de um corpo estranho.

Consultar pediatra em caso de suspeita de pneumonia com Legionella. Encaminhar em suspeita de tuberculose, febre Q em gestantes ou em pacientes com anomalia de uma válvula cardíaca grave, e em pacientes com febre Q crônica.

Notas do tradutor

ECA: enzima conversora da angiotensina

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

O termo *pedido de ajuda* é a tradução literal do termo holandês *hulpvraag* (*hulp* = ajuda, *vraag* = pergunta/pedido), utilizado no texto. O termo é bastante utilizado na medicina de família e comunidade e refere-se à ‘pergunta por trás da pergunta’, normalmente omitida pelo paciente. São perguntas e expectativas do paciente, sendo essas frutos de idéias, receios, experiências anteriores ou a maneira como lida com suas queixas físicas. A exploração do pedido de ajuda é composta por 4 questões essenciais: o quê o paciente pensa que é o problema, o quê ele gostaria de atingir (em relação ao problema), como ele gostaria de atingir esse objetivo e qual o papel (esperado) do profissional de saúde consultado, para atingir esse objetivo. (Remke van Staveren, *Patiëntgericht communiceren – Comunicação direcionada ao paciente* • 2010).

Doenças de notificação obrigatória são doenças infecciosas que devem ser notificadas às autoridades locais de saúde pública, por diversas razões de interesses públicos.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.