



Tosse pós-infecciosa

Introdução

A tosse por infeções respiratórias virais é a causa mais comum da tosse aguda. Os adultos sofrem de 2-5 infeções do trato respiratório superior por ano. Há 200 vírus identificados que podem causar “constipação comum.” Aproximadamente 15% dos indivíduos afetados apresentarão síndrome de tosse pós-infecciosa que persiste por 3-8 semanas após infeção viral do trato respiratório superior, conhecida como tosse subaguda. Enquanto a tosse aguda é definida como uma tosse que dura menos de 3 semanas.

1. Condição Médica

Pensa-se que a etiologia da tosse pós-infecciosa seja uma resposta inflamatória desencadeada pela infeção respiratória viral inicial. Esta resposta inflamatória pós-viral pode incluir hiper-reatividade brônquica, hipersecreção de muco e comprometimento da clearance muco-ciliar. Tosse pós-infecciosa é uma doença autolimitada, que normalmente se dissipa em 2 meses sem qualquer tratamento. No entanto, os sintomas de tosse são suficientemente importantes para que o tratamento seja muitas vezes necessário de forma a controlar a sintomatologia.

2. Diagnóstico

A. História Médica

Tosse pós-infecciosa é um diagnóstico de exclusão. Outras causas da tosse a serem consideradas incluem:

- Asma
- Tabagismo
- Exposições ambientais
- Sinusite
- Rinite alérgica
- Infeções virais, tais como mononucleose infecciosa
- Doença do refluxo gastro-esofágico
- Bronquite (aguda e crónica)
- Induzida por medicação:
 - IECA
 - Beta-bloqueante no doente asmático
- Doença pulmonar obstrutiva crónica
- *Pertussis*
- Outras causas incomuns tais como embolia pulmonar, cardíaca, neoplasia, fibrose quística.

B. Critérios de Diagnóstico

A tosse deve seguir os sintomas de uma infeção respiratória aguda por pelo menos 3 semanas, mas não mais de 8 semanas. O exame clínico deve ser exaustivo de forma a afastar outras causas de tosse crónica, listadas anteriormente.

A avaliação radiológica é normal.

Outros testes de diagnóstico para afastar as causas da tosse anteriormente enumeradas serão também negativos na síndrome de tosse pós-infecciosa.

3. Boas Práticas Médicas

A. Denominação das substâncias proibidas

A associação, se disponível, do descongestionante oral, de pseudoefedrina e de anti-histamínicos de 1ª geração (sedativo) é proibida. De notar que a pseudoefedrina é proibida apenas em competição. A AUT não é necessária para utilização fora de competição.

- Via de Administração: Oral
- Frequência: de acordo com a indicação descrita no RCM do medicamento.
- As formulações com anti-histamínicos não são proibidas
- Apesar de cada caso ser avaliado individualmente, a concessão de uma AUT para doses superiores à dose terapêutica é uma situação rara, uma vez que existem tratamentos alternativos razoáveis.
- Duração recomendada: até 8 semanas, de acordo com o necessário para o controlo dos sintomas
- PRECAUÇÃO: a pseudoefedrina é proibida em competição quando a concentração na urina for superior a 150 µg/mL (desde 1 de janeiro de 2010). Este limite foi estabelecido com base na administração oral de doses terapêuticas de pseudoefedrina, definidas como uma dose diária máxima de 240 mg, de acordo com os seguintes esquemas posológicos:
 - 4 tomas diárias (uma toma a cada 4-6 horas) de comprimidos com 60 mg (ou 2 comprimidos x 30 mg), ou
 - 2 tomas diárias (uma a cada 12 horas) de comprimidos de 120 mg (libertação prolongada), ou
 - Uma toma diária de comprimidos de 240 mg (libertação prolongada). A AUT deve demonstrar a presença da patologia através da evidência de exames físicos e história clínica, assim como tentativas de tratamento anteriores com substâncias não proibidas.

Apesar de raro, é possível que o limite estabelecido possa ser alcançado por alguns indivíduos que tomem doses terapêuticas, particularmente 6-20 horas após a toma de formulações de libertação prolongada. **Deste modo, a AMA aconselha os atletas a não tomarem comprimidos com pseudoefedrina nas 24 horas que antecedem o período em competição.**

B. Denominação das substâncias proibidas

Preparações orais de glucocorticosteroides (ex.: prednisona 30-40 mg). Os glucocorticóides orais podem ser necessários em casos graves, quando a terapêutica por glucocorticosteroides inalados não foi eficaz. Os glucocorticosteroides orais são proibidos somente em competição.

- Via de administração: Oral
- Frequência: uma vez por dia
- Duração do Tratamento recomendada: curto período de tempo tal como 4-5 dias.
- É necessário uma AUT para os glucocorticosteroides orais em competição, devendo a aplicação demonstrar a ineficácia terapêutica com glucocorticosteroides inalados.

4. Outros tratamentos alternativos permitidos

- Assegurar hidratação adequada.
- Os antibióticos não são eficazes no tratamento de tosse pós-infecciosa, a menos que na presença de sinusite bacteriana.
- Brometo de ipratrópio inalado/nasal pode ser necessário se a tosse estiver associada a rinite.
- Desde 1 de janeiro de 2011 que os glucocorticosteroides inalados são permitidos no desporto, sem necessidade de uma declaração de uso.
- Um estudo controlado randomizado com placebo constatou que os AINEs podem ser úteis.

5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento

Embora esta condição seja auto-limitada e não uma ameaça à vida, a tosse pode causar prejuízo significativo à qualidade de vida, causando tanto sofrimento físico como emocional, bem como distúrbios do sono. O tratamento é muitas vezes necessário para controlo dos sintomas.

6. Monitorização do Tratamento

O tratamento é monitorizado pelo médico assistente para assegurar a eficácia do seu regime de tratamento.

Para um atleta com tosse persistente, superior a 8 semanas, é recomendado o encaminhamento para um especialista, para investigação de outras condições subjacentes.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

O tratamento deve ser continuado até que os sintomas se dissipem e pode durar até 2 meses.

8. Medidas de Precaução Apropriadas

Se a tosse persistir para além de 8 semanas, deve ser realizado um estudo sobre a tosse crónica.

9. Referências

Irwin RS, Bauman MH, Bolser DG, Boulet LP, et.al. Diagnosis & Management of Cough Executive Summary: ACCP (American College of Chest Physicians) Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2006; 129:1S-23S.

Boulet LP. Tout sur la toux! Le clinicien. 2008; 81-86

Morice AH, Fontana GA, Belvisi MG, al. ERS Guidelines on the assessment of cough. Eur Respir J 2007; 29: 1256-1276.

Morice AH, Fontana GA, McGarvey L, Pavard. British Thoracic Society Guidelines: Recommendations for the management of cough in adults. Thorax. 2006; 61: i1-i24.

Pratter MR, Cough & the Common Cold: ACCCP (American College of Chest Physicians) Evidence-Based Clinical Practice Guidelines; Chest. 2006; 129; 72S-74S.

10. Especialistas consultados

Louis-Philippe Boulet, University of Laval, Quebec, CAN

Ken Fitch, University of Western Australia, AUS

Richard Irwin, University of Massachusetts, USA

Don McKenzie, University of British Columbia, Ca