



## Tosse pós-infecciosa

### Introdução

A tosse devido as infecções virais das vias aéreas é a causa mais comum da tosse aguda. Os adultos sofrem de 2-5 infecções das vias aéreas superiores por ano. Há 200 vírus identificados que podem causar o “resfriado comum”. Cerca de 15% dos indivíduos afetados apresentará síndrome de tosse pós-infecciosa, persistindo de 3-8 semanas após infecção viral das vias aéreas superiores, esta tosse é conhecida como tosse subaguda. Uma tosse aguda é conhecida como uma tosse com duração inferior a 3 semanas.

### 1. Condição Médica

Pensa-se que a etiologia da tosse pós-infecciosa é uma resposta inflamatória desencadeada pela infecção viral inicial das vias aéreas. A resposta inflamatória pós-viral pode incluir hiperresponsividade brônquica, hipersecreção de muco e comprometimento da clearance mucociliar. A Tosse pós-infecciosa é uma doença autolimitada, que normalmente se dissipa em 2 meses sem qualquer tratamento. No entanto, os sintomas de tosse são bastantes significativos para que o tratamento muitas vezes seja necessário para o controle dos sintomas.

### 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
- Infecções virais, tais como mononucleose infecciosa
- DRGE - Doença do refluxo gastroesofágico
- Bronquite (aguda e crônica)
- Induzida por medicação:
  - Inibidores da ECA
  - Beta bloqueador no paciente asmático
- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- *Pertussis*
- Outras causas incomuns tais como embolia pulmonar, cardíaca, neoplasia, fibrose cística.

## B. Critérios de Diagnóstico

A tosse deve seguir os sintomas de uma infecção aguda das vias aéreas pelo menos 3 semanas, mas não mais de 8 semanas. O exame clínico deve ser exaustivo e estabelecido para determinar outras causas de tosse crônica, listadas anteriormente.

A avaliação radiológica é normal.

Outros testes de diagnóstico para descartar as causas da tosse anteriormente listadas acima também serão negativos na síndrome de tosse pós-infecciosa.

## 3. Boas Práticas no tratamento médico

### A. Nome das substâncias proibidas

A combinação de descongestionante oral (pseudoefedrina) e anti-histamínicos de 1ª geração (sedativo), se disponível. Note que a pseudoefedrina é proibida apenas no período da competição. A AUT não é necessária para utilização fora de competição.

- Via de Administração: Oral
- Frequência: de acordo com a indicação descrita no rótulo do medicamento.
- As formulações com anti-histamínicos não são proibidas
- Embora cada caso deva julgar-se individualmente, seria raro a concessão de uma AUT para doses superiores à dose terapêutica, uma vez que existem alternativas de tratamentos razoáveis.
- Duração recomendada: até 8 semanas, conforme necessário para o controle dos sintomas.
- CUIDADO: a pseudoefedrina é proibida em competição para uma concentração urinária acima do limite de 150 ng/mL (em 1 de janeiro de 2010). O nível limiar foi estabelecido baseado na administração oral de doses terapêuticas de pseudoefedrina, definido como uma dose diária máxima de 240 mg, de acordo com os seguintes esquemas posológicos:
  - 4 administrações diárias (uma toma a cada 4-6 horas) de um comprimido de 60 mg (ou 2 comprimidos x 30 mg), ou
  - 2 administrações diárias (uma a cada 12 horas) de um comprimido de 120 mg (liberação prolongada), ou
  - 1 administração diária de um comprimido de 240 mg (liberação prolongada). A AUT deve demonstrar a presença da patologia através da evidência de exames físicos e história clínica, assim como outras alternativas de tratamento anteriores com substâncias não proibidas

Embora raro, é possível que o nível de limiar estabelecido, pode ser alcançado por alguns indivíduos que tomam doses terapêuticas, particularmente 6-20 horas após a administração do comprimido de liberação prolongada.

**Deste modo, a AMA informa aos atletas que parem de ingerir os comprimidos com pseudoefedrina, 24 horas antes do período em competição.**

### B. Denominação das substâncias proibidas

Preparações orais de glicocorticóides (ex.: prednisona 30-40 mg). Os glicocorticóides orais podem ser necessários em casos graves, quando a corticoterapia inalatória foi ineficaz. Os glicocorticóides orais são proibidos somente em competição.

- Via de administração: Oral
- Frequência: uma vez por dia
- Duração recomendada do tratamento: período de tempo curto, como 4-5 dias.
- É necessário uma AUT para os glicocorticóides orais em competição, o pedido deve demonstrar a ineficácia terapêutica com glicocorticóides inalatórios.

#### 4. Outros tratamentos alternativos não proibidos

- 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 glicocorticóides inalatórios são permitidos no esporte, 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 autolimitada e não uma ameaça à vida, a tosse pode causar um prejuízo significativo à qualidade de vida, causando tanto sofrimento físico quanto emocional, e ainda, distúrbios do sono. O tratamento é muitas vezes necessário para controle dos sintomas.

#### 6. Monitorização do Tratamento

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

#### 8. Medidas de Prevenção Apropriadas

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

#### 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