

Ficha técnica do



cim

CENTRO
DE INFORMAÇÃO
DO MEDICAMENTO

A TOSSE

A tosse é um movimento voluntário, ou um reflexo, com frequência por reacção a uma irritação da laringe, da traqueia ou dos brônquios.¹ A tosse é um mecanismo protector, que facilita a remoção de partículas estranhas inaladas e de secreções das vias respiratórias superiores.^{2,5} A tosse pode também ser um sintoma de doença,^{4,5} e pode facilitar a transmissão desta, através de gotículas respiratórias e contaminação de objectos.²

TIPOS E CAUSAS DA TOSSE

Uma causa frequente de tosse é a irritação relacionada com um fluxo mucoso ou mucopurulento, usualmente como reacção a uma infecção viral.¹ A tosse é considerada aguda, quando dura menos de 3 semanas; subaguda, com duração entre 3 e 8 semanas e crónica, se persiste mais de 8 semanas.^{2,6,8}

A principal causa de tosse aguda é a infecção viral aguda das vias respiratórias superiores.^{2,4-6,8} Também pode ser consequência de sinusite bacteriana, exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), rinite alérgica ou factores ambientais.² Raramente, pode surgir por inalação de um corpo estranho por uma criança ou pela passagem de conteúdo bucal para as vias respiratórias (via falsa).¹ A tosse aguda geralmente é transitória e autolimitada.⁵

A tosse subaguda é frequentemente resultado de sinusite bacteriana, asma ou infecção.^{2,8} Muitas vezes a tosse pós-viral persiste,^{1,6} especialmente se há factores irritantes, como o tabaco.¹ Algumas infecções produzem defeitos nos cílios que duram semanas.⁴

As causas mais frequentes de tosse crónica nos adultos não fumadores são: a asma, o refluxo gastroesofágico (RGE) e a síndrome de rinorreia posterior, recentemente designada síndrome de tosse das vias aéreas superiores (STVA).^{5,8,9} Esta manifesta-se com sensação de muco acumulado na garganta,⁹ e pode adibir de vários tipos de rinosinusite.^{5,6,9} A tosse pode ser o único sintoma de RGE e asma,^{6,9} nesta, costuma ser acompanhada de dispneia e pieira.⁶ A tosse crónica pode ser também uma reacção adversa de medicamentos, como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou, em ocasiões, os antagonistas dos receptores da angiotensina II.^{1,5,6,9} Entre 10 a 30% dos tratados com um IECA apresentam tosse seca persistente.^{4,8,9} Trata-se de um efeito de classe, que pode surgir horas depois da primeira dose, ou semanas a meses após início do tratamento.^{5,9} Com a paragem do fármaco, a tosse regride lentamente.^{1,6} Os bloqueadores beta, sistémicos ou oftálmicos, podem causar tosse em doentes com asma ou DPOC,¹⁰ por estreitamento dos bronquíolos.⁴ A tosse crónica pode ser uma resposta a factores ocupacionais ou ambientais, como irritantes ou fungos.⁶

A tosse pode ser psicológica, nomeadamente nas crianças,¹ e há casos de tosse não explicada.^{6,9}

Em ausência de secreção, a tosse é considerada não produtiva ou seca. Na tosse produtiva ou húmida, o doente elimina ou engole secreções.^{4,5,10} A tosse é efectiva, se as secreções são facilmente

expelidas, ou inefectiva, com secreções mas difíceis de expelir. As secreções podem ser claras, purulentas ou com mau cheiro.⁸

SINAIS DE ALERTA

O surgimento de alguns sintomas indica a necessidade de obter aconselhamento médico: febre prolongada,^{1,5} ou elevada;⁸ presença de expectoração amarelada, de muco verde,^{5,8} ou de sangue na expectoração; dificuldades respiratórias, perda de peso não intencional;^{1,5,8} persistência inexplicada,^{1,8} existência de casos próximos de tuberculose; hospitalização recente; alteração marcada do estado geral;¹ ou se parece estar relacionada com medicamentos.⁸

Se a tosse se iniciar abruptamente num lactente próximo de pequenos objectos, poderia ser causada por corpo estranho nas vias aéreas.^{1,8} Como complicações da tosse podem surgir exaustão, insónia, dor musculoesquelética, rouquidão e incontinência urinária.⁸

TRATAMENTO DA TOSSE

O objectivo do tratamento é a redução da gravidade e do número de episódios de tosse e a prevenção das complicações.¹¹ Deve tratar-se a patologia subjacente (por ex. uma pneumonia bacteriana com antibióticos ou o RGE com supressores da acidez). Contudo, por vezes, é adequado o tratamento sintomático.^{3,11}

Devem ser evitadas as possíveis causas da tosse, como tabaco, fármacos e factores ocupacionais ou ambientais.^{1,6} O tabaco irrita as vias aéreas e reduz a eficiência dos cílios; cessar de fumar é a melhor opção para um fumador com tosse.⁴ A humidificação do ar é às vezes aconselhada em locais particularmente secos.¹ Contudo, uma humidade elevada pode aumentar a quantidade de fungos e ácaros, piorando as alergias.⁸ A inalação de ar quente e húmido liquefaz as secreções e tem efeito demulcente. É difícil que a adição de mentol ou óleos voláteis proporcione benefício adicional, mas podem estimular o uso.³ O benefício clínico da ingestão de líquidos nas infecções respiratórias não tem sido provado.^{7,8} Teoricamente, com boa hidratação formar-se-ão secreções menos viscosas e fáceis de expulsar. Contudo, a água não se incorpora no muco já formado.⁸

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

As opções terapêuticas para a supressão da tosse são limitadas.^{4,8} Existem poucos dados sobre a eficácia dos antitússicos.⁶ Estes têm-se mostrado efectivos em tosse induzida experimentalmente e em tosse crónica, mas não na tosse aguda associada com o resfriado.^{6,8}

A codeína e o dextrometorfano são antitússicos de acção central que inibem o reflexo da tosse,^{1,9} usados na tosse não produtiva.⁸ Há poucos indícios de eficácia na tosse severa.¹ Nas doses usadas como antitússico, a codeína tem um baixo risco de dependência.³ O dextrometorfano estruturalmente relacionado com a morfina, mas sem propriedades analgésicas,⁶ tem mostrado uma eficácia similar à codeína.¹² É um fármaco alternativo com pouco potencial aditivo e menor risco de reacções

adversas nas doses recomendadas.^{1,3,4,8,12} Os dois fármacos podem causar reacções adversas (gastrointestinais, tonturas, depressão respiratória em doses muito elevadas, sonolência e efeitos aditivos com depressores do SNC).^{1,8,11} O dextrometorfano não deve administrar-se antes de decorrerem 14 dias da paragem de um inibidor da monoaminoxidase, pelo risco de síndrome serotoninérgica.^{4,8} Outros antitússicos são, por exemplo, a oxolamina, o butamirato ou a cloperastina.³

A difenidramina é um anti-histamínico não selectivo com propriedades anticolinérgicas e acção central, que aumenta o limiar da tosse. Pode ser útil na tosse alérgica.^{3,8} Pode causar sedação, tonturas, depressão respiratória, visão turva, retenção urinária, boca seca, excitabilidade nas crianças e potenciar os efeitos dos depressores do SNC.⁸ Pelos efeitos anticolinérgicos, precaução em glaucoma, asma, hipertrofia da próstata, doença cardiovascular ou hipertensão.^{3,8}

Os demulcentes (glicerol, mel, alcaçuz ou xaropes com sacaro-se) aliviam a tosse, provavelmente de forma indirecta, ao proporcionar um revestimento protector nos receptores sensoriais da mucosa faríngea.³

A cânfora e o mentol são aplicados por fricção (pomadas de uso cutâneo) ou por inalação na tosse do resfriado. Podem ter efeito anestésico local nos receptores do tracto respiratório.^{4,13}

Os expectorantes, como sais de amónio, citrato de sódio ou guaifenesina,³ alteram a consistência do muco e aumentam o volume das secreções respiratórias,⁸ facilitando sua eliminação.¹² São de escolha se existe dificuldade na expulsão de secreções espessas.⁸ Todavia, faltam provas de eficácia.³

São usadas associações de antitússicos e/ou expectorantes com simpaticomiméticos, anti-histamínicos ou analgésicos,^{3,8} mas o maior número de fármacos expõe a mais reacções adversas, e as doses de cada um podem não ser as mais adequadas.³ As associações de antitússico e expectorante parecem ilógicas e devem ser evitadas;^{3,4,8} tornariam a tosse mais produtiva e ao mesmo tempo provocar-se-ia a sua paragem.^{4,11} Devem reservar-se para os raros casos de tosse produtiva e que também sofrem de interrupção do sono.⁴

Os mucolíticos, como a acetilcisteína, carbocisteína, bromexina ou ambroxol, afectam a viscosidade e estrutura do muco.^{3,12} Os doentes referem alívio sintomático, mas não uma melhoria firme na função pulmonar.³ Os broncodilatadores aliviam a tosse associada a broncospasmo nos asmáticos.^{3,7}

Numa avaliação dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) para tosse aguda em crianças e adultos (antitússicos, expectorantes, mucolíticos, anti-histamínicos e associações destes com descongestionantes),¹⁴ os estudos mostraram resultados contraditórios e são necessários estudos de qualidade para determinar a sua efectividade.

Quando a tosse é claramente resultado do resfriado pode ser tratada por indicação farmacêutica. Os MNSRM são indicados para tosse causada por irritação leve bronquial, ou da garganta, associada ao resfriado ou à inalação de irritantes.⁸ Na tosse irritativa não produtiva, sem utilidade fisiológica, podem ser usados antitússicos para proporcionar algum alívio,^{3,4,8} sem exceder o tempo de automedicação aconselhável,^{4,8} e reavaliando a situação passada uma semana. Também podem usar-se rebuçados não medicados.⁸ Uma tosse produtiva não deve ser suprimida, excepto se absolutamente necessário (por impedir conciliar o sono ou afectar a realização da vida normal), já que pode levar à retenção de secreções respiratórias e diminuir a ventilação.^{3,8} Suprimir uma tosse benéfica pode atrasar a recuperação de uma infecção.⁴ Podem recomendar-se medidas não farmacológicas e um expectorante se o doente tem dificuldade em expelir secreções espessas.⁸

A tosse deve ser avaliada quanto à duração, momento do dia em que surge, se é ou não produtiva e se há outros sintomas, como dificuldade respiratória, dor torácica, febre ou outras patologias. Na tosse crónica recomenda-se um tratamento escalonado, sendo essencial a identificação da etiologia. Ter em atenção a possi-

bilidade de ser pós-infecciosa ou relacionada com medicamentos. Pode ser necessário efectuar uma radiografia de tórax, testes de alérgenos ou de asma. Em alguns casos, será iniciada terapêutica empírica para STVA com anti-histamínico, que pode ser combinado com descongestionante. Quando há suspeita de RGE, são recomendáveis mudanças no estilo de vida e supressores da secreção ácida, como os inibidores da bomba de protões.¹⁰

A Tosse nas Crianças

A tosse costuma ser autolimitada e a primeira medida deve ser a exclusão de patologia grave. Uma tosse acompanhada de sintomas respiratórios, como rinorreia ou dor de garganta, costuma ter origem viral.¹²

Não há muitos estudos acerca da eficácia do uso de antitússicos ou expectorantes para a tosse em crianças.⁷ Suprimir a tosse pode provocar agravamento respiratório por espessamento do muco, prejudicial em doentes com asma, tosse convulsa ou fibrose cística. Os lactentes são particularmente sensíveis aos efeitos dos opióides, existindo risco de apneia.¹¹ Alguns mucolíticos podem diminuir a tosse em crianças com mais de 2 anos.¹³ Os estudos com anti-histamínicos não mostram eficácia superior ao placebo.⁷

As soluções salinas de cloreto de sódio são eficazes na rinosinusite crónica, mas a eficácia no resfriado comum é limitada;¹² podem proporcionar alívio e reduzir a necessidade de mucolíticos.¹³ Nos lactentes com resfriado, o uso destas soluções pode soltar o muco nasal.¹¹ O mel pode representar uma alternativa, mas são necessários mais dados; não se aconselha em menores de um ano.¹¹⁻¹³ A aplicação tópica de óleos aromáticos com mentol, cânfora ou eucalipto pode proporcionar alívio sintomático na tosse nocturna por infecção respiratória.¹⁵ Há limitações na concentração de cânfora usada nestas preparações.^{3,15} Como mucolítico, a acetilcisteína pode diminuir a tosse em crianças com mais de 2 anos.¹³

Pelas possíveis reacções adversas, sobredosagens acidentais e falta de provas de eficácia nas crianças, diversos países, como Austrália, Estados Unidos da América ou Reino Unido têm vindo a indicar que os MNSRM para a tosse (antitússicos, anti-histamínicos ou expectorantes) não devem ser utilizados nos menores de 2 anos.¹² Em 2009, as autoridades do Reino Unido recomendaram que os MNSRM para a tosse não fossem usados em menores de 6 anos, em ausência de claras provas de eficácia e de algumas provas de risco.^{3,12} A frequente administração de medicamentos na criança por vários cuidadores representa um risco adicional.¹²

Aurora Simón
Farmacêutica

Referências bibliográficas

1. Toux géantes. *Rev Prescrire* 2011; 31(334): 612-14.
2. Holmes RL, Fadden CT. Evaluation of the patient with chronic cough. *Am Fam Physician*. 2004; 69(9):2159-66.
3. Sweetman SC. ed. *Martindale The Complete Drug Reference*. 37th ed. London, The Pharmaceutical Press, 2011.
4. Pray WS. *Nonprescription Product Therapeutics*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
5. UpToDate patient information. Chronic cough in adults. UpToDate Jan2013 [online] (acedido a 10.10.2011) Disponível em: www.uptodate.com.
6. Dicipinigtis PV. Cough: an unmet clinical need. *Br J Pharmacol*. 2011; 163(1):116-24.
7. Sousa M. Tratamento da tosse associada a infecções do trato respiratório superior em crianças: qual a melhor evidência? *Rev Port Clin Geral*. 2010; 26: 215-19.
8. Berardi RR. et al. eds. *Handbook of Nonprescription Drugs*, 15th ed. Washington, American Pharmacists Association, 2006.
9. Dicipinigtis P. Tosse crónica. Procurar a causa e a solução. *Postgrad Med (Ed Port)*. 2008; 30(3): 8-18.
10. Weinberger SE, Silvestri RC. Treatment of subacute and chronic cough in adults. UpToDate Jan2013 [online] (acedido a 10.10.2011) Disponível em: www.uptodate.com.
11. Pappas DE, Hayden GF, Hendley JO. Tratamentos da tosse e da constipação nas crianças. Há alguma coisa que funcione? *Postgrad Med (Ed Port)*. 2008; 30(3): 21-38.
12. Sung V, Cranswick N. Cough and cold remedies for children. *Aust Prescr*. 2009; 32: 122-4.
13. Fashner J, Ericson K, Werner S. Treatment of the common cold in children and adults. *Am Fam Physician*. 2012; 86(2): 153-9.
14. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012, Issue 8. Art. N.º: CD001831. DOI:10.1002/14651858.CD001831.pub4.
15. Paul IM, Beiler JS, King TS, Clapp ER, Vallati J, Berlin CM Jr. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. *Pediatrics*. 2010; 126(6): 1092-9.