



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

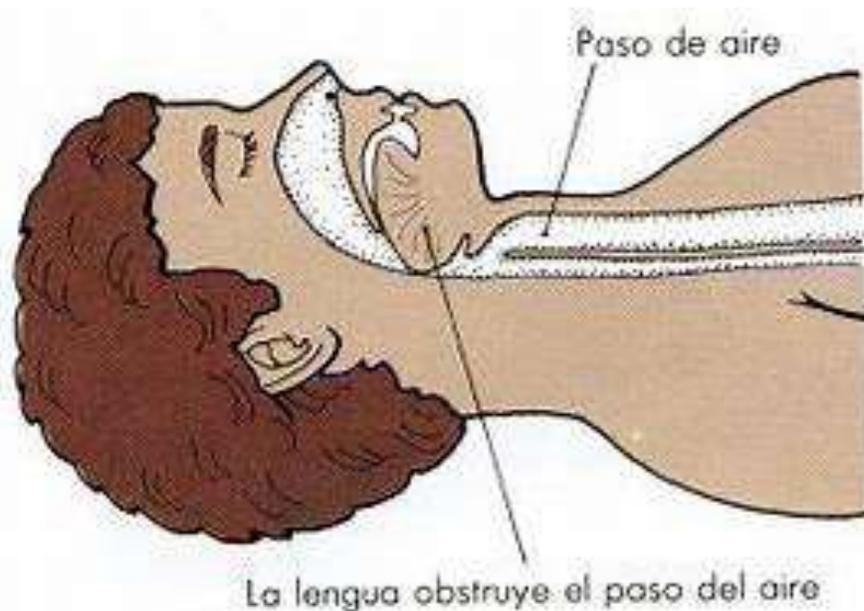
LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 6º

UNIDAD: 2

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

TITULO DEL TRABAJO: (Resumen) Obstrucción de Vías Aéreas.



Obstrucción de las vías respiratorias

La obstrucción de las vías respiratorias puede producirse por motivos que varían entre la enfermedad reactiva de las vías respiratorias (es decir, el asma) y la compresión mecánica debido a una masa en crecimiento. La obstrucción generalmente puede dividirse en dos categorías: reversible o fija. También puede haber combinaciones de entidades debido a que con frecuencia coexisten las enfermedades pulmonares obstructivas reactiva y crónica. Cualquiera de ellas o ambas pueden también estar presentes en un cáncer avanzado o en causas no malignas de obstrucción. Cualquier obstrucción al flujo suave de aire desde la boca o la nariz hasta los bronquiolos puede causar disnea, tos y ansiedad y signos o hallazgos físicos como las sibilancias, los roncus o el estridor. La obstrucción de las vías respiratorias puede estar causada o complicada por el broncoespasmo y la inflamación. Las **sibilancias** son un sonido continuo, musical o de silbido, durante la respiración causado por un estrechamiento u obstrucción en algún lugar de la vía respiratoria. La localización y la cronología de las sibilancias pueden sugerir la causa subyacente. Los **roncus** son un término utilizado con frecuencia de forma indistinta a las sibilancias. Algunos reservan los roncus para describir un sonido tosco y de menor frecuencia en lugar de las sibilancias, más musicales. El **estridor** es un tipo específico de sibilancia caracterizado por una respiración ruidosa, de alta frecuencia, que indica una obstrucción de las vías respiratorias que generalmente se localiza en la tráquea o la laringe. El estridor que ocurre sólo durante la inspiración sugiere que la obstrucción se encuentra en la laringe.

Fisiopatología y Epidemiología. Las sibilancias y los sonidos relacionados son consecuencia del desplazamiento de aire a través de una vía respiratoria que se ha estrechado de forma brusca. Este mecanismo recuerda la forma en que se produce el sonido mediante el silbido o un instrumento de viento. Cuando la obstrucción es de leve a moderada, el estrechamiento de la vía respiratoria puede causar sibilancias; cuando es más avanzada, la obstrucción puede limitar el flujo respiratorio hasta el punto de que no se producen sibilancias u otros sonidos de la vía respiratoria. Una obstrucción que es suficientemente grave y proximal como para comprometer gravemente la ventilación pulmonar puede causar la muerte por

asfixia. La obstrucción reversible de las vías respiratorias generalmente se ve en la enfermedad reactiva de las vías respiratorias, que puede ser una entidad primaria. En cuidados paliativos es más frecuente que constituya una comorbilidad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otras patologías pulmonares, lo cual añade un elemento reversible a una obstrucción fija basal de las vías respiratorias. En los ancianos, la EPOC representa la causa más frecuente de obstrucción fija de las vías respiratorias. Esto se considera una enfermedad del pulmón en sí mismo o una obstrucción periférica en lugar de una obstrucción traqueobronquial o central, lo cual generalmente es consecuencia de una masa o un cuerpo extraño. **Manifestaciones Clínicas.** El síntoma inicial de una OCVR generalmente es la tos debida a irritación de la vía respiratoria, aunque la disnea o la hemoptisis pueden también ser motivos de consulta. La neumonía postobstructiva puede también ser la presentación inicial de una OCVR. Las sibilancias y la disnea que no responden al tratamiento agresivo con agonistas deberían promover la evaluación de una obstrucción fija de las vías respiratorias. Aunque la mayoría de los procesos obstructivos son de inicio gradual, los episodios agudos como la aspiración o la hemorragia brusca en un tumor pueden precipitar síntomas obstructivos agudos. **Obstrucción reversible de las vías respiratorias.** Con la enfermedad reactiva de las vías respiratorias, la obstrucción es la consecuencia de una combinación del espasmo del músculo liso y la inflamación de las vías respiratorias. Los tratamientos de elección son los broncodilatadores para el espasmo muscular y los corticoides para la inflamación. Se utilizan tres principales clases de fármacos para la broncodilatación: 1. Estimulantes adrenérgicos. 2. Anticolinérgicos. 3. Metilxantinas. Las metilxantinas es decir, las teofilinas han dejado de ser tratamiento de elección por diferentes motivos, incluyendo sus efectos secundarios, el potencial de toxicidad grave debido a un bajo índice terapéutico, la necesidad de controlar los niveles plasmáticos y la disponibilidad de fármacos más seguros y eficaces. Los fármacos anticolinérgicos ofrecen poco a una pauta de mantenimiento de agonistas a dosis máximas. Sin embargo, pueden tener cierto efecto aditivo en el tratamiento de una agudización. Los agonistas son los broncodilatadores de primera elección en el

tratamiento de la enfermedad reactiva de las vías respiratorias. El albuterol racémico ha sido el agonista de acción rápida utilizado con mayor frecuencia. El levalbuterol ha generado un debate debido a su coste significativo comparado con los estudios que sugieren que puede ser más eficaz y tener menos efectos secundarios que otros fármacos. La relación coste beneficio ha sido analizada con detalle, pero no se ha alcanzado ningún consenso. Los corticoides de elección son la hidrocortisona, la metilprednisolona y la prednisona, que se metaboliza a metilprednisolona en el hígado. Existen varios protocolos de dosificación por ejemplo 200mg de hidrocortisona i.v. cada 6 horas, de 40 a 60mg de metilprednisolona i.v. cada 6 a 8 horas, de 40 a 60 mg de prednisona v.o. cada 6 a 8 horas, pero la dosis, la pauta y la duración del tratamiento óptimos no están claros. El tratamiento de una agudización, incluso con dosis altas, durante menos de 3 semanas no produce supresión suprarrenal. **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.** A diferencia de la obstrucción reversible de las vías respiratorias en el asma, la obstrucción fija o parcialmente reversible de las vías respiratorias de la EPOC estable raramente responde a agonistas o a tratamiento con corticoides sistémicos. El tratamiento con dosis altas de agonistas tiene riesgos potenciales, porque cierta cantidad de fármaco se absorbe por vía sistémica y produce vasodilatación con un mayor desajuste en la relación ventilación perfusión pulmonar y disminución de las saturaciones de oxígeno. Aunque estos fármacos son el tratamiento de primera línea en las agudizaciones debido a su rápido inicio de acción, su limitada eficacia y los potenciales riesgos hacen necesaria la adición de otros fármacos. Los fármacos anticolinérgicos cuaternarios, el ipratropio y el tiotropio, de mayor duración de acción, tienen un inicio de acción más lento que los agonistas pero producen una broncodilatación significativamente superior, con escasa absorción sistémica y por tanto menos efectos secundarios. El tratamiento de mantenimiento con corticoides inhalados no ha demostrado efectos significativos sobre la progresiva disminución de la función pulmonar en la EPOC. El tratamiento sí mejora los síntomas, reduce las agudizaciones y disminuye el uso de los servicios sanitarios. El tratamiento recomendado para la agudización de la EPOC comprende antibióticos durante 7 a

10 días y broncodilatadores, comenzando con un agonista de acción rápida seguido de un fármaco anticolinérgico. Están especialmente indicados si el paciente está utilizando actualmente un corticoide oral o inhalado, ha completado recientemente un ciclo de corticoides, tiene antecedentes de responder a los corticoides o no está respondiendo al tratamiento intensivo con broncodilatadores.

Obstrucciones centrales de las vías respiratorias. El tratamiento no invasivo de la OCVR fija es principalmente sintomático. Las obstrucciones de las vías respiratorias debidas a tumores invasores con frecuencia causan inflamación local con edema tisular y producción de moco que puede causar una obstrucción funcional superior al bloqueo anatómico. Los esteroides sistémicos a dosis moderadas o altas por ejemplo 8 a 12 mg de dexametasona al día con una disminución rápida de la dosis para tratar la inflamación y los mucolíticos como la guaifenesina oral o el suero salmo isotónico nebulizado pueden ser útiles. **Vías de administración de fármacos.** La mayoría de los fármacos para la obstrucción de las vías respiratorias se pueden administrar por varias vías. Las opciones son los inhaladores presurizados, los tratamientos nebulizados y la administración oral e intravenosa. El inhalador presurizado es el más habitual. Administra el fármaco en aerosol o en forma de polvo seco. Esto puede ser muy eficaz para administrar el tratamiento, pero en las poblaciones de pacientes geriátricos y de cuidados paliativos la eficacia puede ser limitada por la incapacidad para coordinar y administrar correctamente el tratamiento. El uso de espaciadores y de inhaladores activados por la respiración puede ser útil. Cuando se utiliza adecuadamente, un inhalador presurizado con un espaciador es tan eficaz como un nebulizador. **Futuras Investigaciones.** Se requiere más información sobre el coste y la eficacia del levalbuterol comparado con el albuterol como tratamiento agonista de primera elección. Es necesaria más investigación para determinar la pauta óptima de corticoides para las agudizaciones de los síntomas obstructivos y para explorar el uso de opiáceos nebulizados para la disnea y la ansiedad asociadas a la enfermedad obstructiva.

Bibliografía. Declan Walsh . (2010). Obstruccion de las Vías Respiratorias. En Medicina Paliativa(842 a la 846). Cleveland, Ohio: Elsevier Saunders.