

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEGUNDO PARCIAL.

TEMA: OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

## **OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA**

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.

Definiciones: 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. Cuando se produce durante ambas fases de la respiración, generalmente se localiza en la tráquea, y cuando se produce durante la espiración, la obstrucción habitualmente se encuentra en partes más distales del árbol traqueo bronquial.

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 traqueo bronquial o central, lo cual generalmente es consecuencia de una masa o un cuerpo extraño. En el contexto de los cuidados paliativos, una obstrucción central de las vías respiratorias (OCVR) está causada con mayor frecuencia por una compresión de las vías respiratorias por parte de un tumor. Los tumores que se originan en la tráquea son poco frecuentes (de 600 a 700 al año); sin embargo, es frecuente el cáncer primario de pulmón, y se estima que un 20-30% desarrollan complicaciones de obstrucción de las vías respiratorias. Las neoplasias no broncogénicas pueden también causar obstrucción debido a extensión tumoral directa debido a tumores en los tejidos adyacentes. Algunos ejemplos son el cáncer de esófago y de tiroides y la enfermedad metastásica, con más frecuencia de tumores de células renales, de mama y de tiroides. Las principales causas no malignas de OCVR son las adenopatías, el tejido de granulación, los cuerpos extraños y la fibrosis del árbol traqueo bronquial.

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.

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.

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. Para una agudización grave, deberían considerarse los corticoides. 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. 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. Los nebulizadores tienen varias ventajas posibles en cuidados paliativos:

1. Pueden ser utilizados de forma eficaz en pacientes demasiado débiles o incapaces de emplear correctamente un inhalador presurizado.
2. La máquina, el ruido y el sistema de tubos sugieren una intervención médica intensiva. Un nebulizador puede administrar otros fármacos, como anestésicos locales para la tos persistente, opiáceos para la disnea (controvertido pero todavía frecuente) y el suero salino isotónico para movilizar las secreciones viscosas. Las vías oral e intravenosa se utilizan con poca frecuencia en el caso de los broncodilatadores debido al riesgo de efectos secundarios sistémicos y a la falta de

pruebas de una mayor eficacia. El tratamiento intravenoso principalmente está limitado a los corticoides a dosis moderadas o altas en el caso de un paciente con una agudización de los síntomas.

BIBLIOGRAFIA: Declan Walsh. (2010). obstrucción de la vía aérea. En medicina paliativa (842-846). 2010: ELSEVIER.