



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA.

SEGUNDA UNIDAD.

TEMA: TOS, HEMOPTISIS Y BRONCORREA.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.

TOS, HEMOPTISIS Y BRONCORREA.

La tos es un mecanismo de defensa importante para ayudar a eliminar el exceso de secreciones y el material extraño de las vías respiratorias, manteniéndolas sin obstrucciones ni sustancias dañinas.

Sin embargo, en el cáncer de pulmón y otras situaciones, la tos puede ser un síntoma significativo.

La tos puede clasificarse en aguda, que dura menos de 3 semanas, y crónica, que dura de 3 a 8 semanas o más; no son mutuamente excluyentes.

La tos aguda con mayor frecuencia es transitoria, como en el resfriado común, pero ocasionalmente puede asociarse a entidades potencialmente mortales como un embolismo pulmonar, una insuficiencia cardíaca congestiva y una neumonía.

La tos crónica puede estar causada por más de una entidad de forma simultánea.

Las causas más frecuentes de tos crónica (en no fumadores que no toman inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y con una radiografía de tórax normal) son el síndrome de goteo posnasal, el asma y la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

La tos es uno de los síntomas más frecuentes del cáncer de pulmón.

La tos puede ser la consecuencia de entidades pulmonares o extrapulmonares.

El nexo de unión es la activación de subgrupos de nervios sensitivos de las vías respiratorias. La enfermedad respiratoria puede activar los nervios sensitivos de la vía respiratoria tras la liberación de mediadores inflamatorios, el aumento de la secreción de moco o la lesión del epitelio de las vías respiratorias.

Los trastornos en otros órganos que tienen neuronas transportadas por el vago (p. ej., esófago, corazón) probablemente interaccionan con las neuronas de las vías respiratorias en centros superiores para desencadenar el reflejo de la tos.

En un paciente con cáncer deberían abordarse las causas reversibles.

El tiempo, el esfuerzo y los efectos adversos asociados a las pruebas diagnósticas y los tratamientos deberían ser tolerables para el paciente.

Deberían considerarse las modificaciones ambientales (p. ej., humidificación, suplementos de oxígeno, evitar irritantes de las vías respiratorias como perfumes o el humo de los cigarrillos) y una postura adecuada.

Se recomienda la radioterapia paliativa para los síntomas locales problemáticos, con mayor frecuencia la tos, la hemoptisis, el dolor torácico y la dificultad respiratoria.

Hemoptisis.

La hemoptisis es la expectoración de sangre derivada de los pulmones o los bronquios.

Es un síntoma que asusta y que puede preceder a un episodio mortal.

La prevalencia de la hemoptisis en la población con cáncer ha sido documentada principalmente en el cáncer de pulmón.

Los pulmones reciben sangre del sistema arterial pulmonar y bronquial.

El sistema pulmonar de baja presión produce hemoptisis masiva, a menos que un tumor erosione el árbol bronquial.

Las arterias bronquiales, de mayor presión sistémica, son el origen más frecuente de hemorragia profusa y son responsables del 90% de las hemoptisis masivas.

La hemorragia de los tumores puede deberse a invasión superficial de la mucosa, erosión de los vasos sanguíneos o lesiones muy vascularizadas, generalmente neoplasias broncogénicas primarias (el carcinoma pulmonar metastásico raramente causa hemoptisis).

Aunque cualquier tipo de hemoptisis supone una gran preocupación para el paciente, la cantidad de sangre dicta el diagnóstico, la intervención y el pronóstico.

La hemoptisis generalmente se clasifica en masiva o no masiva en función del volumen, pero no existe una definición uniforme.

El criterio de hemoptisis masiva es de 200 a 1.000 ml en 24 horas.

La hemoptisis masiva puede causar inestabilidad hemodinámica y alteración del intercambio alveolar de gases.

El tratamiento debería ser individualizado en función del estado global del paciente, la gravedad de la hemoptisis, la causa subyacente y los deseos del paciente y la familia.

Las intervenciones agresivas generalmente descritas para la hemoptisis masiva, como la intubación endotraqueal, raramente están indicadas en los pacientes de cuidados paliativos.

Debería prestarse una atención especial a la comunicación con los pacientes y sus familias debido al impacto emocional que puede producir la hemorragia.

El tratamiento farmacológico debería abordar la causa subyacente siempre que sea posible. Si se sospecha infección, pueden pautarse antibióticos.

En los pacientes con embolismo pulmonar puede intentarse la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, aunque la hemorragia puede empeorar como consecuencia de ello.

Broncorrea.

La broncorrea es el exceso de producción de esputo acuoso (mayor o igual 100ml/día). Aunque es un síntoma relativamente infrecuente de las neoplasias de pulmón, puede tener importancia clínica.

La broncorrea es más frecuente como complicación del carcinoma bronquioalveolar (CBA), que es un subtipo de adenocarcinoma de pulmón.

Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a la broncorrea asociada a las neoplasias son inciertos.

Se han documentado casos de broncorrea de hasta 91 diarios, causantes de depleción significativa de líquidos y electrolitos.

El moco que rellena los alveolos puede producir desajustes en la ventilación-perfusión, hipoxemia y disnea.

La necesidad de expectorar con frecuencia afecta a la calidad de vida.

El tratamiento de la broncorrea en los pacientes de cuidados paliativos está limitado por la ausencia de ensayos clínicos.

Bibliografía.

D, Wash.. (2010). *Medicina paliativa*. España: Elsevier .