

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“OBSTRUCCION DE VIAS AEREAS”**

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ  
CELAYA**

**SEMESTRE: 6°**

**ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA**

**UNIDAD: 2**

**CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL  
SAZ**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, 25 DE  
SEPTIEMBRE DE 2020**

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.

Las sibilancias, los roncus y el estridor son observaciones clínicas que sugieren una obstrucción de las vías respiratorias.

Las obstrucciones de las vías respiratorias pueden clasificarse en reversibles, como consecuencia de un broncoespasmo, o fijas, como consecuencia de la destrucción del tejido pulmonar (es decir, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o la afectación de las vías respiratorias por una masa, tejido cicatricial o cuerpos extraños.

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.

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 traqueobronquial.

### **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.

### **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 B2 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.

### **Tratamiento**

El tratamiento está basado en la reducción de la obstrucción primaria, la reversión del broncoespasmo y el tratamiento de la inflamación asociada. Las opciones de tratamiento varían con la causa subyacente de la obstrucción.

### **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.

Los agonistas B2 son los broncodilatadores de primera elección en el tratamiento de la enfermedad reactiva de las vías respiratorias.

El albuterol racémico ha sido el agonista B2 de acción rápida utilizado con mayor frecuencia. Los corticoides son tratamientos bien establecidos para la enfermedad reactiva de las vías respiratorias, aunque el mecanismo por el que funcionan no se comprende claramente. Los corticoides de elección son la hidrocortisona, la metilprednisolona y la prednisona, que se metaboliza a metilprednisolona en el hígado.

### **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 B2 o a tratamiento con corticoides

sistémicos. Los fármacos anticolinérgicos cuaternarios, el ipratropio y el tiotropio, de mayor duración de acción, tienen un inicio de acción más lento que los agonistas B<sub>2</sub>, pero producen una broncodilatación significativamente superior, con escasa absorción sistémica y por tanto menos efectos secundarios. El tratamiento recomendado para la agudización de la EPOC comprende antibióticos durante 7 a 10 días y broncodilatadores, comenzando con un agonista (32 de acción rápida seguido de un fármaco anticolinérgico).

### **Obstrucciones centrales de las vías respiratorias**

El tratamiento no invasivo de la OCVR fija es principalmente sintomático. Los esteroides sistémicos a dosis moderadas o altas (p. ej., de 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**

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.

Los nebulizadores tienen varias ventajas posibles en cuidados paliativos.

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.

## Bibliografía

- Walsh, D. (2010). Medicina paliativa. Barcelona, España: Elsevier.