



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ASIGNATURA**

MEDICINA PALIATIVA

## **ACTIVIDAD**

OBSTRUCCION DE VIAS RESPIRATORIAS

## **DOCTOR**

RICARDO ACUÑA DEL SAZ

## **ALUMNO**

RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLÍN

## **GRADO Y GRUPO:**

6ºA

# **OCTUBRE DEL 2020**

La obstrucción se divide en dos categorías que son reversible o fija, también puede haber combinaciones de entidades debido a que con frecuencia coexisten las enfermedades pulmonares obstructivas reactiva y crónica, puede 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.

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.

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. Una obstrucción que es suficientemente grave y proximal como para comprometer gravemente la ventilación pulmonar puede causar la muerte por asfixia.

Es frecuente el cáncer primario de pulmón, y se estima que un 20-30% desarrollan complicaciones de obstrucción de las vías respiratorias<sup>1</sup>. 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 traqueobronquia.

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.

Tumor en su mecanismo es la obstrucción intrínseca en la vía respiratoria o compresión extrínseca de la vía respiratoria, que lo que causa es una obstrucción mecánica. La masa mediastínica es un tumor, adenopatías, sangre, infección o absceso o aneurisma aórtico que comprime la vía respiratoria, lo cual causa una obstrucción mecánica.

Los tratamientos de elección son los broncodilatadores para el espasmo muscular y los corticoides para la inflamación, se pueden utilizar tres principales clases de fármacos para la broncodilatación que son estimulantes adrenérgicos, anticolinérgicos y metilxantinas. El tratamiento con dosis altas de agonistas B2 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.

Los fármacos anticolinérgicos cuaternarios, el ipratropio y el tiotropio, de mayor duración de acción, tienen un inicio de acción más lento que los agonistas B2, 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 B2 de acción rápida seguido de un fármaco anticolinérgico.

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. 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.

Los nebulizadores tienen varias ventajas posibles en cuidados paliativos que pueden ser utilizados de forma eficaz en pacientes demasiado débiles o incapaces de emplear correctamente un inhalador presurizado y 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 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.

Para las masas submucosas o extrínsecas las opciones son la dilatación, la braquiterapia y la radioterapia externa. Pueden colocarse endoprótesis en las vías, respiratorias de forma aislada o en combinación con varios de los métodos los corticoides de elección son la hidrocortisona, la metilprednisolona y la prednisona, que se metaboliza a metilprednisolona en el hígado.

## Bibliografía

Walsh, D. (2010). *Medicina paliativa*. Barcelona, España.: ELSEVIER SAUNDERS.