



Mi Universidad

NOMBRE DE ESTUDIANTE:

Adly Candy Vázquez Hernández

DOCENTE:

Dr. Ricardo Acuña Del Saz

MATERIA:

Medicina Paliativa

TEMA:

"Tos, Hemoptisis y Broncorrea"

CARRERA:

Medicina Humana

SEMESTRE:

6°

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

30/04/2021

TOS

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 [IECA] y con una radiografía de tórax normal) son el síndrome de goteo posnasal, el asma y la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Otras causas de tos crónica son la tos postinfecciosa, la inducida por IECA, las bronquiectasias, la de origen psicógeno, la enfermedad pulmonar intersticial y la bronquitis crónica, especialmente en los fumadores.

Fisiopatología

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 la enfermedad inflamatoria o crónica, muchos cambios patológicos afectan a las fibras nerviosas sensitivas, con aumento de la excitabilidad y cambios fenotípicos en el receptor y la expresión de neurotransmisores y sensibilización del reflejo de la tos.

Manifestaciones clínicas

Se conoce poco sobre el impacto de la tos en la calidad de vida en cuidados paliativos.

Tratamiento

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.

Fisiopatología

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)

Manifestaciones clínicas

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. La hemoptisis masiva debida a neoplasia tiene un peor pronóstico que otras causas.

Tratamiento

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. Los tratamientos de una hemoptisis maligna son la radioterapia externa, la quimioterapia, las técnicas endobronquiales y la embolización de la arteria bronquial.

BRONCORREA

La broncorrea es el exceso de producción de esputo acuoso (≤ 100 ml/día). Aunque es un síntoma relativamente infrecuente de las neoplasias de pulmón, puede tener importancia clínica. El moco protege en condiciones normales el epitelio de las vías respiratorias de la deshidratación y las agresiones infecciosas y tóxicas inhaladas. Consta de agua (95%) y mucinas. Las mucinas son glucoproteínas secretadas por las células caliciformes y mucosas de las vías respiratorias. Se hidratan para formar un gel con propiedades viscoelásticas poco habituales que permite su interacción con los cilios para efectuar la limpieza mucociliar. El sistema del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) desempeña una función esencial en la producción de mucina. El EGFR es una glucoproteína de membrana activada por ligandos como el factor de crecimiento epidérmico y el factor transformante del crecimiento α . La expresión y la activación del EGFR causan producción de mucina en el epitelio de las vías respiratorias mediante la promoción de la diferenciación de las células epiteliales de las vías respiratorias en células caliciformes y el aumento de la síntesis de mucina. La activación del EGFR se produce en respuesta a diferentes estímulos, incluidos los productos bacterianos, los alérgenos, el humo del tabaco, los cuerpos extraños, las especies reactivas de oxígeno, la interleucina 13 y los neutrófilos y eosinófilos Activados.

Tratamiento

El tratamiento de la broncorrea en los pacientes de cuidados paliativos está limitado por la ausencia de ensayos clínicos. La mayoría de los tratamientos han sido publicados como casos aislados y series de casos. Generalmente, la radioterapia no es una opción para los pacientes con CBA debido a la diseminación de la afectación pulmonar. Sin embargo, un paciente con CBA metastásico pero con afectación pulmonar limitada tuvo menos broncorrea tras la radioterapia

Fármacos: La indometacina inhalada redujo la producción del esputo en un ensayo aleatorizado, a doble ciego, controlado con placebo en 25 pacientes con broncorrea causada por bronquitis crónica, panbronquiolitis difusa o bronquiectasias

BIBLIOGRAFÍAS: Declan Walsh, MD. (2010). Medicina Paliativa. Barcelona, España: Elsevier saunders.