

NOMBRE DEL ALUMNO: Noemi
Gómez Méndez.

NOMBRE DEL PROFESOR: Dr.
Oscar Fabián Gonzales Sánchez.

NOMBRE DEL TRABAJO:
Patologías Respiratorias.

MATERIA: Patología del Adulto.

GRADO: Sexto Cuatrimestre.

FARINGITIS

La faringitis es una inflamación aguda de la mucosa de la orofaringe, también denominada buco faringe o faringe media, situada por detrás de la boca abarcando desde el borde inferior del velo del paladar hasta el borde superior de la epiglotis (membrana existente en la unión de la faringe con la tráquea y que cierra el paso de los alimentos al aparato respiratorio). La zona afectada es muy susceptible de ser infectada por gérmenes debido a que forma parte a la vez del tracto digestivo y del respiratorio. Es zona de paso de alimentos con distintas características de tamaño, superficie y temperatura que pueden ir acompañados de algún germen, y que van desde la boca hacia el tubo digestivo. Además, la faringe tiene continuo contacto con el aire inspirado a distintas temperaturas que proviene de las fosas nasales y de la boca y con el aire expirado que proviene de los pulmones.

La inflamación se produce por muchas causas. Entre ellas, cabe destacar el consumo de sustancias irritantes como el tabaco o el alcohol, que alteran las células de la mucosa; la temperatura ambiental baja, que provoca un enfriamiento del aire inspirado (éste disminuye el movimiento ciliar de la mucosa nasal y altera la formación de moco, provocando una menor filtración de posibles agentes infecciosos), o simplemente por infección masiva de gérmenes, frente a la cual se ven desbordados los sistemas de defensa.

CLASIFICACION

La inflamación de la faringe puede ser de naturaleza infecciosa, alérgica, química o traumática. La podemos clasificar según distintos aspectos:

Por localización: En lesiones superficiales (sólo afecta la mucosa y tejido linfo epitelial), submucosas o profundas (afecta también a muscular y adventicia). A su vez pueden ser circunscritas, si quedan limitadas a una zona faríngea (ejemplo: amigdalitis) o difusas si afectan a toda la faringe.

Por evolución: Agudas, recurrentes o crónicas.

Por etiología: Infecciosas, químicas, traumáticas y alérgicas.

ETIOLOGIA

El cuadro más frecuente es la llamada faringitis catarral aguda, que es una inflamación superficial, difusa y suele estar ocasionada por virus (rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza, para influenza) y en menor proporción por bacterias (estreptococo B hemolítico del grupo A, estafilococos, neumococos), hongos, levaduras, o por la acción térmica (alimentos calientes o vapores) y los cáusticos. Los virus representan el agente etiológico más frecuente, cursando en brotes epidémicos. Entre los virus destacamos por orden de frecuencia a: rinovirus y coronavirus (los más frecuentes. Se suelen acompañar de lesiones cutáneas), adenovirus (afectan a niños de entre 3 y 6 años donde es típica la afectación

conjuntival, las adenopatías y la fiebre), virus influenza (acompañado de mialgias y cefalea, cuadro típico gripal), coxsackie (mano, boca, pie) y herpes virus (enanema). Debemos destacar también el VIH en cuya primera infección se va a desencadenar un cuadro de faringitis inespecífica hasta en un 70% de pacientes. Las faringitis bacterianas van a representar aproximadamente el 30% del total y el agente más prevalente va a ser el estreptococo pyogenes, responsable de la mitad de los cuadros bacterianos y cuya importancia radica en la posibilidad de producir complicaciones tanto supuradas como no supuradas.

CUADRO CLINICO

Las faringitis causadas por virus tienen una incidencia estacional y se instauran de forma gradual. El período de incubación oscila entre 1 y 3 días y afecta a cualquier edad. Lo primero que aparece es sensación de fatiga y escalofríos, seguido de sequedad de garganta con dolor faríngeo que, aunque poco intenso dificulta la deglución. Puede aparecer fiebre, aunque nunca supera los 38 °C. Otros síntomas, no siempre presentes, son los típicos del catarro (estornudos, tos y obstrucción nasal), de la rinitis aguda (rinorrea) y la presencia de aftas en boca y faringe. En general, son procesos leves y auto limitados, aunque se pueden complicar si seguidamente se produce infección bacteriana.

La faringitis bacteriana aparece en cualquier época del año en forma de pequeñas epidemias y se instaura bruscamente. Aparece fiebre elevada por encima de 38 °C hasta los 40 °C, acompañada de dolor muy intenso que dificulta la deglución de los alimentos y el paso de la saliva. El dolor puede irradiar hacia la oreja, produciendo otalgias. Se presenta con malestar general y aparición de cefaleas, náuseas, vómitos y dolor abdominal. Además del enrojecimiento y tumefacción de la mucosa, se observan placas de color blanco-amarillento en la pared posterior de la faringe y los ganglios inflamados. El contagio se produce fácilmente a través de las gotas de saliva que se pueden expulsar al hablar o toser.

DIAGNOSTICO

Mediante la historia clínica, la exploración completa a las que se asocia pruebas de laboratorio en las formas más graves reflejando una leucocitosis y una Velocidad de sedimentación globular (VSG) aumentada. Hallazgos en otras pruebas son por ejemplo déficit de proteínas o de hierro, así como aumentos de PCR en algunas bioquímicas. También se ven anticuerpos anti-Estreptococo beta hemolíticos del tipo A (ASLO) aumentados indicándonos la presencia presente o pasada de dicho microorganismo. Es conveniente realizar un frotis faríngeo para obtener un antibiograma y realizar un tratamiento específico si se sospecha origen bacteriano.

TRATAMIENTO

Como su origen más habitual es el viral, se recomienda el reposo relativo con AINES. Ante la sospecha de origen bacteriano se usará además un antibiótico

empírico y posteriormente ajustar al antibiograma (como primera elección se usa la Penicilina, dejando los beta lactámicos para fallos en el tratamiento o eritromicina en caso de alergia). Pueden estar indicados los corticoides con protección gástrica si existe edema importante asociado a la inflamación. Suelen ser auto limitados y curan espontáneamente en unos días.

COMPLICACIONES

- Escarlatina, una infección por estreptococo caracterizada por un sarpullido prominente.
- Inflamación de los riñones (glomerulonefritis pos estreptocócica).
- Fiebre reumática, una enfermedad inflamatoria grave que puede afectar al corazón, las articulaciones, el sistema nervioso y la piel.
- Artritis reactiva pos estreptocócica, una enfermedad que causa inflamación en las articulaciones.

PREVENCION

Para prevenir esta enfermedad es recomendable descansar la voz o beber mucha agua para mantener la humedad de la garganta y prevenir la deshidratación. Otros consejos son:

- Lavarse las manos con frecuencia, sobre todo antes de comer o después de estornudar y comer.
- Evitar compartir los alimentos, vasos o cubiertos.
- Usar desinfectante a base de alcohol para las manos como una alternativa para el lavado de estas cuando no se dispone de agua y jabón.
- Evitar el contacto con personas que están padeciendo faringitis.



AMIGDALITIS

Las amígdalas son masas de tejido en la parte posterior de la garganta. Hay dos de ellas, una a cada lado. Junto con los adenoides, las amígdalas son parte del sistema linfático. El sistema linfático elimina las infecciones y mantiene equilibrados los fluidos corporales. Los adenoides y las amígdalas atrapan gérmenes que entran por la boca y la nariz. La amigdalitis es una inflamación aguda de las amígdalas palatinas y en otras formaciones linfoides del buco faringe y se conoce vulgarmente como anginas. Es un trastorno muy frecuente que aparece de forma brusca tras un período de incubación de 2-4 días.

CLASIFICACION

Hay diversos tipos de amigdalitis. La más común es la amigdalitis aguda infecciosa, que puede ser vírica o bacteriana. Cuando esta infección se presenta de forma repetida, se denomina amigdalitis recurrente.

También hay casos en los que la inflamación es crónica, dando lugar a un aumento considerable y permanente del tamaño de las anginas conocido como hipertrofia amigdalar, o bien al acúmulo de un material blanquecino en las amígdalas.

Amigdalitis eritematosa: Cursa con aumento de tamaño y enrojecimiento de las amígdalas; también se enrojecen la parte posterior de la faringe, el velo superior del paladar y la campanilla. Ocasionalmente aparecen puntos blanquecinos que forman un velo cremoso que se desprende de la superficie de las amígdalas con relativa facilidad y con folículos linfoides más grandes de lo normal. En este caso se denomina amigdalitis eritematopultácea. Cuando la infección es de tipo viral puede afectar al aparato respiratorio, apareciendo rinitis, laringitis o bronquitis.

Amigdalitis vesiculosa: Como su nombre indica, se caracteriza por la aparición de vesículas que se rompen y provocan pequeñas lesiones ulcerosas cubiertas en superficie por una capa amarillenta e instauradas sobre un halo eritematoso.

Amigdalitis pseudomembranosa: Se presenta con enrojecimiento y formación de depósitos fibrinógenos de color blanco-grisáceo encima de las amígdalas, que se puede extender hacia la laringe. Es provocada por el virus de Epstein Barr, responsable de la mononucleosis infecciosa, muy frecuente entre niños y adolescentes. Ésta cursa con fiebre alta y adenopatías generalizadas, dolor articular o dilatación del hígado y del bazo. El virus C. Diphtheriae también se encuentra como agente causal de este tipo de amigdalitis, pero de forma más rara

Amigdalitis ulcero necrótica: Se manifiesta con ulceración de las amígdalas, con posible extensión hacia la mucosa de la boca y la faringe, recubierta por una membrana blanquecina pútrida y maloliente. Es el caso de la angina de Plaut Vincent, producida sobre todo por malas condiciones higiénicas y con afectación

frecuentemente asimétrica de una sola amígdala, o el caso de afectaciones por la flora anaerobia endógena (hemopatía subyacente) o por T. Pallidium.

ETIOLOGIA

La causa más frecuente de la amigdalitis son los virus, de los cuales hay centenares de ellos: adenovirus, virus gripales y para influenza, virus de Epstein Barr (mononucleosis infecciosa), enterovirus o virus herpéticos, entre otros. En cuanto a las bacterias la más frecuente es el estreptococo pyogenes, pero hay un gran número de bacterias que las pueden causar, incluso a veces se trata de una combinación de varios gérmenes.

CUADRO CLINICO

En la amigdalitis aguda el período de incubación desde que una persona se infecta hasta que muestra los síntomas es difícil de establecer dada la gran variedad de microorganismos que pueden causarla, pudiendo ir de unas horas a una semana. Esta infección produce dolor de garganta al tragar, fiebre, aparición de ganglios cervicales y malestar general; algunas veces hay también dolor de cabeza o de barriga. Las amígdalas tienen un aspecto muy enrojecido, a veces con la presencia de placas de pus o una especie de membranas blanquecinas en su superficie.

La amigdalitis crónica da una molestia persistente en la garganta, a veces con pérdida de apetito y cansancio, y pueden tener ganglios permanentemente inflamados o incluso producir una infección en otros órganos del cuerpo. Si las anginas son de gran tamaño pueden crear problemas obstructivos respiratorios y del sueño, así como alteraciones en el desarrollo del paladar y colocación de los dientes. En la amigdalitis caseosa suele haber episodios de dolor y halitosis.

DIAGNOSTICO

Para diagnosticar la amigdalitis se realiza una exploración física y se realizan pruebas complementarias para confirmar una afección.

- Cultivo faríngeo
- Fibrolaringoscopia
- Hemograma completo

TRATAMIENTO

El tratamiento varía dependiendo de su origen, cuando son virales, hay que dejar que la enfermedad siga su curso y darle al paciente te de limón con miel. El uso de analgésicos y antiinflamatorios para tratar la fiebre y dolor.

Para tratar las bacterianas se utilizan:

- Penicilina V
- Penicilina B Genzatina
- Amoxicilina

En casos recurrentes de amigdalitis se recomienda la extirpación de las amígdalas (Amigdalectomía)

COMPLICACIONES

La inflamación o la hinchazón de las amígdalas debido a la amigdalitis frecuente o continua (crónica) puede causar complicaciones tales como las siguientes:

- Dificultad para respirar
- Interrupción en la respiración durante el sueño (apnea obstructiva del sueño)
- Infección que se propaga profundamente en los tejidos circundantes (celulitis amigdalina)

Infección que produce una acumulación de pus detrás de una amígdala Si la amigdalitis causada por el estreptococo del grupo A u otra cepa de la bacteria estreptocócica no se trata, o si no se completa el tratamiento con antibióticos, tu hijo tiene un mayor riesgo de sufrir trastornos poco frecuentes, como los siguientes:

- Fiebre reumática, una enfermedad inflamatoria que afecta al corazón, las articulaciones y otros tejidos
- Glomerulonefritis pos estreptocócica, una enfermedad inflamatoria de los riñones que provoca la eliminación inadecuada de desechos y líquidos en exceso de la sangre
- (absceso peri amigdalino)

PREVENCION

Los gérmenes que causan las anginas (amigdalitis) bacterianas y virales son contagiosos. Por lo tanto, la mejor prevención es tener buenos hábitos de higiene.

- Lavarse las manos completamente y con frecuencia, sobre todo después de ir al baño y antes de comer
- Evitar compartir alimentos, vasos, botellas de agua o utensilios
- Reemplazar el cepillo de dientes después de recibir un diagnóstico de amigdalitis



BRONQUITIS

La bronquitis es la inflamación de los conductos bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno hacia los pulmones. La bronquitis puede ser de corta duración (aguda) o crónica, es decir, que dura por mucho tiempo y a menudo reaparece.

CLASIFICACION

La bronquitis aguda generalmente comienza como una infección respiratoria viral que afecta la nariz, los senos paranasales y la garganta, y luego se propaga hacia los pulmones causando tos con mucosidad, dificultad para respirar, jadeo y presión en el pecho.

La bronquitis crónica es un tipo de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Los bronquios inflamados generan una secreción mucosa abundante. Esto produce tos y dificulta la entrada y la salida de aire de los pulmones. El fumar cigarrillos es la causa más común. Respirar otro tipo de humo y polvo por un período prolongado también puede causar bronquitis crónica. El tratamiento ayudará con los síntomas, pero la bronquitis crónica es una enfermedad a largo plazo que reaparece y nunca desaparece completamente.

ETIOLOGIA

Cuando son virales lo causan: Adenovirus, Influenza A y B, Para influenza 3, Virus sincicial respiratorio. Coxsackievirus, Coronavirus. Rinovirus.

Por bacterias: Bordetella pertussis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae. Haemophilus influenzae.

También lo puede provocar el humo de cigarrillo, ser fumador constante, gases nocivos y contaminación ambiental, entre otros factores más.

CUADRO CLÍNICO

Los principales síntomas de ambos tipos de bronquitis son:

- Molestia en el pecho
- Tos que produce moco. Si es de color verde amarillento, es más probable que se tenga una infección bacteriana.
- Fatiga.
- Fiebre, usualmente baja.
- Dificultad respiratoria agravada por el esfuerzo o una actividad leve.
- Sibilancias.

Los síntomas de la bronquitis aguda se mejoran luego de unos 7 a 10 días, aunque puede persistir una tos seca y molesta durante varias semanas

DIAGNOSTICO

- Historia clínica
- Exploración física
- Radiografía de tórax
- Examen de esputo
- Prueba de la punción pulmonar

TRATAMIENTO

El tratamiento va dirigido al control y mejoría de los síntomas, así como a la causa sospechada; si se trata de causas virales, no se administran antibióticos y se deja a que la enfermedad siga su curso:

- Hidratación: es importante la ingesta de líquidos, preferiblemente de agua.
- Antitérmicos (medicamentos que reducen la temperatura): en caso de presentar fiebre.
- Antibiótico: solo si se sospecha que la causa es una bacteria y únicamente prescrito por el médico. En los niños, la amoxicilina es el fármaco de elección habitual.
- Inhaladores: es el tratamiento que se administra a través de la vía respiratoria. Suelen recomendarse los que contienen corticoide y broncodilatador porque desinflan y dilatan los bronquios, aumentando su calibre para facilitar el paso del aire.

COMPLICACIONES

Las complicaciones pueden incluir neumonía y episodios repetidos de bronquitis grave.

PREVENCION

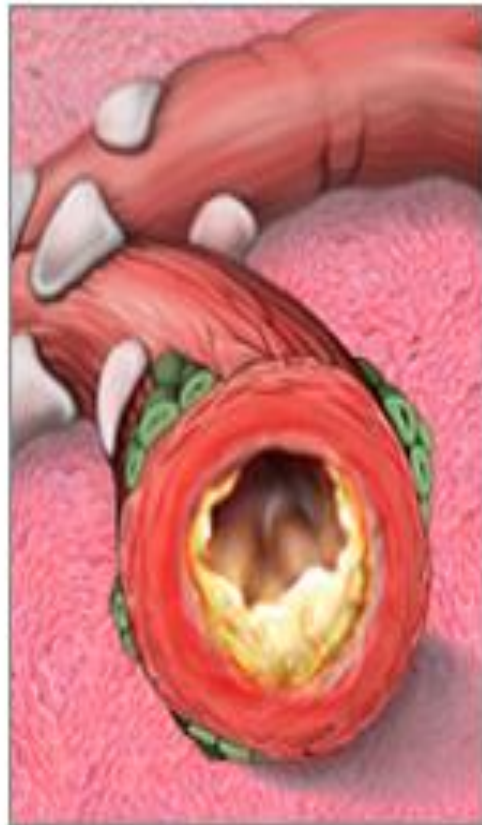
Para reducir el riesgo de contraer bronquitis, se recomienda:

- Evitar el humo del cigarrillo. Este aumenta el riesgo de padecer bronquitis crónica.
- Vacunación. Muchos casos de bronquitis aguda se producen a causa del virus de la influenza
- Lavarse las manos. Para reducir el riesgo de contraer una infección viral
- Usar mascarilla quirúrgica.

Bronquios normales



Bronquitis



NEUMONIA

La neumonía es una lesión inflamatoria pulmonar en respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal y al parénquima. inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones. Los sacos aéreos se pueden llenar de líquido o pus (material purulento).

CLASIFICACIÓN

Forma de aparición.

- a) Aguda.
- b) Crónica.

Lugar de contagio.

- a) Adquirida en la comunidad (NAC). se produce (se contrae o contagia) fuera de los hospitales y otros centros de salud.
- b) Nosocomial.

ETIOLOGIA

El agente causal más frecuente es *S. pneumoniae*, seguido de *H. influenzae*. La proporción de casos de neumonía comunitaria en ancianos cuya etiología se debe a bacilos gram negativos y bacterias atípicas (*L. pneumophila*, *M. pneumoniae* y *C. burnetti*)

CUADRO CLÍNICO

Los signos y síntomas de la neumonía varían de moderados a graves y dependen de varios factores, como el tipo de germen que causó la infección, edad y salud en general. Los signos y síntomas moderados suelen ser similares a los de un resfrío o una gripe, pero duran más tiempo. Los síntomas de la neumonía vírica y los de la bacteriana son similares, si bien los de la neumonía vírica pueden ser más numerosos que los de la bacteriana.

Los signos y síntomas de la neumonía pueden incluir lo siguiente:

- Dolor en el pecho al respirar o toser
- Desorientación o cambios de percepción mental (en adultos de 65 años o más)
- Tos que puede producir flema
- Fatiga
- Fiebre, transpiración y escalofríos con temblor
- Temperatura corporal más baja de lo normal (en adultos mayores de 65 años y personas con un sistema inmunitario débil)
- Náuseas, vómitos o diarrea

- Dificultad para respirar

DIAGNOSTICO

En la mayoría de los casos, el diagnóstico se confirma con una radiografía de tórax que, con frecuencia, contribuye a determinar cuál es el microorganismo causante de la enfermedad. También se examinan muestras de esputo y de sangre con el fin de identificar la causa. Sin embargo, en la mitad de los individuos con neumonía, no se llega a identificar el microorganismo responsable.

TRATAMIENTO

El tratamiento antimicrobiano debe iniciarse lo antes posible después del diagnóstico de neumonía se establece y se obtienen muestras apropiadas, especialmente en pacientes que requieren hospitalización.

Las recomendaciones de tratamiento se pueden dividir en aquellas en las que los pacientes ambulatorios y para los pacientes que requieren hospitalización.

MANEJO AMBULATORIO.

- Paciente sin comorbilidades.
- Primera opción macrólido:
Claritromicina, 500 mg por vía oral dos veces al día por 10-14 días.
Azitromicina, 500 mg por vía oral como primera dosis y luego 250 mg una vez al día durante 4 días, o 500 mg al día durante 3 días
- Segunda opción. Betalactámico (ceftriaxona, cefotaxima, carbapenems) + Macrolido (claritromicina, azitromicina)

MANEJO INTRAOSPITALARIO.

- Primera opción: Betalactámico amplio espectro (cefotaxima, ceftriaxona) + Macrolido (claritromicina, azitromicina) o fluorquinolona respiratoria (levofloxacino, moxifloxacino, gemifloxacino).
- Alergicos penicilina y derivados. Fluorquinolona respiratoria (levofloxacino, moxifloxacino, gemifloxacino) + Aztreonam
- Sospecha de Pseudomona.
 - a) Betalactámico antineumococo y antipseudomónico (piperacilina/tazobactam, ceftazidima, imipenem, meropenem) + fluorquinolona (ciprofloxacino, levofloxacino).

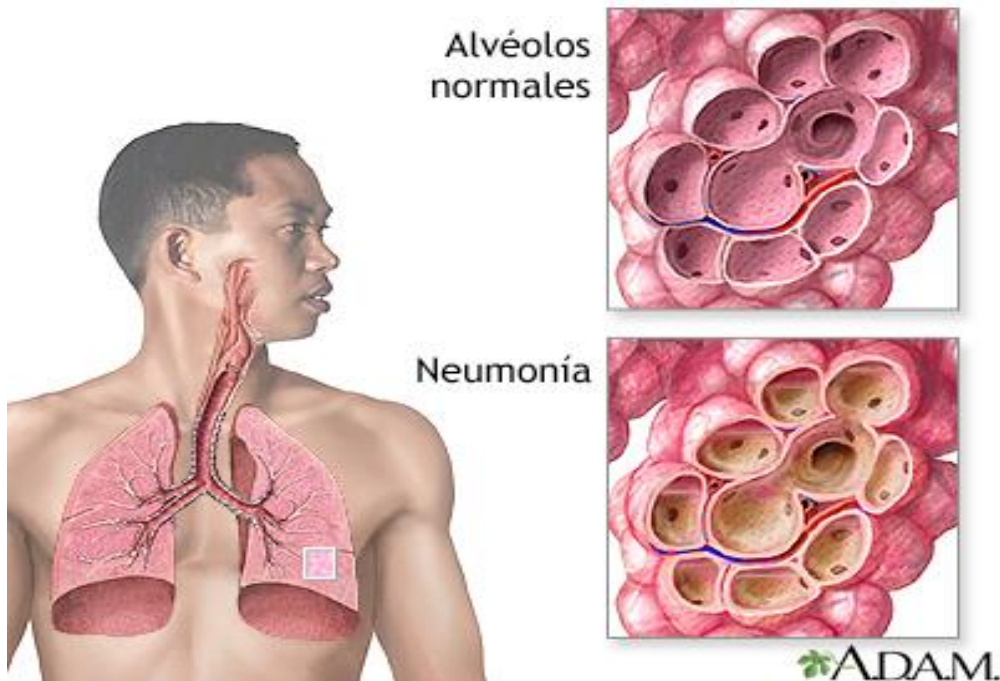
COMPLICACIONES

Incluso habiendo recibido tratamiento, algunas personas que tienen neumonía, especialmente aquellos que se encuentran en los grupos de alto riesgo, pueden experimentar complicaciones, incluidas las siguientes:

- Bacterias en el torrente sanguíneo (bacteriemia). Las bacterias que ingresan en el torrente sanguíneo desde los pulmones pueden propagar la infección a otros órganos y, potencialmente, provocar una insuficiencia orgánica.
- Dificultad para respirar. Si la neumonía es grave o si existen enfermedades pulmonares crónicas ocultas, posiblemente haya problemas para obtener suficiente oxígeno al respirar.
- Acumulación de líquido alrededor de los pulmones (derrame pleural). La neumonía puede causar la acumulación de líquido en el fino espacio que hay entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica (pleura). Si el fluido se infecta, es posible que deban drenarlo a través de una sonda pleural o extraerlo mediante una cirugía.
- Absceso pulmonar. Un absceso tiene lugar si se forma pus en una cavidad en el pulmón. Normalmente, los abscesos se tratan con antibióticos. A veces, se necesita una cirugía o un drenaje con una aguja larga o una sonda que se coloca en el absceso para extraer el pus

PREVENCIÓN

- La vacuna antineumocócica.
- La vacuna antigripal o vacuna contra la gripe (influenza)
- Dejar de fumar.
- Reducir el consumo de alcohol.
- Lavado de manos con frecuencia.



ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es frecuente, prevenible y tratable. Se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica al flujo aéreo por lo general progresiva y parcialmente reversible, asociada a una reacción inflamatoria pulmonar persistente principalmente frente al humo del tabaco y leña.

CLASIFICACION:

La EPOC incluye

- Bronquitis obstructiva crónica (definida por la clínica)
- Enfisema (definido por la anatomía patológica y la radiología)

Muchos pacientes tienen características de ambos.

La bronquitis obstructiva crónica es una bronquitis crónica con obstrucción del flujo de aire. La bronquitis crónica se define como tos productiva la mayoría de los días de la semana durante al menos 3 meses de duración total en 2 años sucesivos. La bronquitis crónica se convierte en una bronquitis obstructiva crónica si aparece evidencia espiro métrica de obstrucción del flujo de aire. La bronquitis asmática crónica es una enfermedad similar que se superpone, caracterizada por tos productiva crónica, sibilancias y obstrucción al flujo de aire parcialmente reversible; aparece sobre todo en fumadores con antecedentes de asma. En algunos casos, la distinción entre bronquitis obstructiva crónica y bronquitis asmática crónica es poco clara y puede denominarse superposición de asma EPOC (AOC).

El enfisema es la destrucción del parénquima pulmonar que conduce a la pérdida del retroceso elástico y de los tabiques alveolares y la tracción radial de la vía aérea, que aumenta la tendencia al colapso de la vía aérea. A continuación, se produce la hiperinflación pulmonar, la limitación al flujo de aire y el atrapamiento de aire. Los espacios aéreos se agrandan y pueden, por último, aparecer vesículas enfisematosas o bullas. Se cree que la obliteración de las vías aéreas pequeñas es la lesión más temprana que precede al desarrollo de enfisema.

ETIOLOGIA

Hay varias causas de EPOC:

- Tabaquismo (y con menor frecuencia, a exposiciones por inhalación)
- Factores genéticos
- Exposición a ciertos gases o emanaciones en el sitio de trabajo
- Exposición a cantidades considerables de contaminación o humo indirecto de cigarrillo
- Uso frecuente de fuego para cocinar sin la ventilación apropiada

CUADRO CLINICO

La disnea es el principal síntoma de la EPOC (La disnea suele aparecer en la sexta década y tiene un desarrollo progresivo)

Tos crónica con expectoración.

Durante el curso de la EPOC pueden aparecer otros signos y síntomas inespecíficos, como las sibilancias o la opresión torácica.

DIAGNOSTICO:

- Radiografía de tórax
- Prueba de la función pulmonar

El diagnóstico está sugerido por los antecedentes, el examen físico y los estudios por la imagen hallazgos del tórax, y se confirma por las pruebas de la función pulmonar

En ocasiones, la ecocardiografía es útil para evaluar la función ventricular derecha y la hipertensión pulmonar, aunque el atrapamiento de aire hace que sea técnicamente difícil en pacientes con EPOC. La ecocardiografía se indica con mayor frecuencia cuando se sospecha enfermedad ventricular izquierda o valvulopatía coexistente.

La hemoglobina y el hematocrito tienen poco valor diagnóstico en la evaluación de la EPOC, pero puede mostrar eritrocitemia (hematocrito > 48%) si el paciente presenta hipoxemia crónica. Los pacientes con anemia (por razones distintas de la EPOC) presentan una disnea desproporcionadamente intensa. El recuento leucocitario diferencial puede ser útil. Un cuerpo de evidencia creciente sugiere que la eosinofilia predice la respuesta a los corticosteroides.

Los electrolitos séricos son de poco valor, pero pueden mostrar un nivel elevado de bicarbonato si los pacientes tienen hipercapnia crónica.

TRATAMIENTO

- Dejar de fumar
- Broncodilatadores o corticoides inhalatorios
- Medidas sintomáticas (p. ej., oxigenoterapia, rehabilitación pulmonar)

El manejo de la EPOC implica el tratamiento de la enfermedad crónica estable y la prevención y el tratamiento de las exacerbaciones. El tratamiento del cor pulmonale, una complicación de la EPOC grave de larga evolución.

Dejar de fumar es fundamental en el tratamiento de la EPOC.

El tratamiento de la EPOC estable crónica tiene como objetivo prevenir las exacerbaciones y mejorar la función pulmonar y física. Aliviar los síntomas rápidamente, sobre todo con medicamentos beta-adrenérgicos de acción corta y disminuir las exacerbaciones con corticosteroides inhalados, beta-adrenérgicos de acción prolongada, anticolinérgicos de acción prolongada, o una combinación

La rehabilitación pulmonar incluye entrenamiento con ejercicios estructurados y supervisados, asesoramiento nutricional y educación para el autocontrol.

La oxigenoterapia está indicada en pacientes seleccionados.

El tratamiento de las exacerbaciones asegura la oxigenación adecuada y el pH sanguíneo cerca de los valores normales, revierte la obstrucción de las vías aéreas y trata cualquier causa.

COMPLICACIONES

Con la EPOC, se puede tener otros problemas de salud como:

- Latidos cardíacos irregulares (arritmias)
- Necesidad de un respirador y oxigenoterapia
- Insuficiencia cardíaca derecha o cor pulmonale (inflamación del corazón e insuficiencia cardíaca debido a enfermedad pulmonar crónica)
- Neumonía
- Colapso pulmonar (neumotórax)
- Pérdida considerable de peso y desnutrición
- Adelgazamiento de los huesos (osteoporosis)
- Debilidad
- Aumento de la ansiedad

PREVENCIÓN

A diferencia de otras enfermedades, la EPOC tiene una causa clara y un modo claro de prevención. La mayoría de los casos están directamente relacionados con el tabaquismo, y la mejor manera de prevenir la EPOC es no fumar o dejar de fumar ahora mismo.

La exposición que generan ciertos trabajos a vapores y polvo de sustancias químicas es otro factor de riesgo para la EPOC, por eso es de importancia usar un equipo de protección respiratoria.



Alvéolos
con enfisema



Vista al microscopio
de alvéolos normales



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Fisiopatología y patología general: autor Juan Pastrana Delgado y Gonzalo García de Casasola Sánchez.

Faringitis y amigdalitis: página web: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-faringitis-amigdalitis-tratamiento-etilogico-sintomatico-13021226>

Faringitis: página web: <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/5>

Bronquitis: página web: <https://medfinis.cl/img/manuales/bronquitis.pdf>

Bronquitis: página web: <http://www.msal.gob.ar/index.php/ayuda/130-bronquitis?format=pdf>

Neumonía: página web:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/234_IMS_S_09_Neumonia_comunidad_adultos/RR_IMSS_234_9.pdf

Neumonía: página web: <https://files.sld.cu/bmn/files/2018/03/salud-del-barrio-marzo-2018.pdf>

Enfermedad obstructiva crónica: página web:
<https://www.neumosur.net/files/EB03-25%20EPOC%20estable.pdf>

EPOC: Pagina web:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/037_GP_C_EPOC/IMSS_037_08_GRR.pdf