

**NOMBRE DE ALUMNO(A): GLORIBEL  
LÓPEZ SANTIZ.**

**NOMBRE DEL PROFESOR: DR. FABLÁN  
GONZÁLEZ SÁNCHEZ.**

**NOMBRE DEL TRABAJO: DISFUNCIÓN  
RESPIRATORIA (FARINGITIS,  
AMIGDALITIS, BRONQUITIS, NEOMUNIA Y  
EPOC).**

PASIÓN POR EDUCAR

**MATERIA: PATOLOGÍA DEL ADULTO.**

**GRADO: 6° CUATRIMESTRE.**

**GRUPO: A**

**OCOSINGO, CHIAPAS A 03 DE JULIO 2020.**

## PROBLEMAS DE VÍAS ÁREAS SUPERIORES

### FARINGITIS:

La faringitis es una inflamación aguda de la mucosa de la orofaringe, también denominada bucofaringe 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.

El término faringitis describe la inflamación aguda o crónica de la mucosa de la faringe, un órgano hueco que se localiza en el cuello. La faringitis aguda es la forma más frecuente de inflamación de la faringe y suele manifestarse como catarro agudo. Las faringitis crónicas son mucho menos frecuentes.



### ETIOLOGIA:

Dentro de los agentes etiológicos descritos de faringitis y/o FA se encuentran:

- Virus respiratorios: 50-80%, son la causa más frecuente de faringitis y/o FA (adenovirus, virus influenza, virus. Parainfluenza, rinovirus, virus respiratorio sincicial).
- Streptococcus  $\beta$  hemolíticos de los grupos C y G: < 5-20%.
- Virus de Epstein Barr: 1-10% (como parte de un cuadro sistémico).
- Otros virus: coxsackie, echovirus, herpes simple tipo 1 y, como parte de un cuadro sistémico: citomegalovirus, rubéola, sarampión, virus de inmunodeficiencia humana.

- Otras bacterias: *Chlamydia pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Fusobacterium necrophorum*: < 5%.

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.

Según la causa de la inflamación, se diferencia la faringitis infecciosa (debida a virus y a bacterias) y la faringitis no infecciosa (producida por alergias, por sustancias irritantes, por sequedad del ambiente, por traumatismos, etc.)

## **CLASIFICACION:**

### **Faringitis agudas**

Las faringitis agudas suelen ser víricas o bacterianas, más raramente fúngicas, y hasta en el 30% de los casos no se identifica ningún microorganismo patógeno. La mayor parte de las faringitis agudas se presenta durante los meses fríos, esto es, en la estación de las enfermedades respiratorias infecciosas.

En adultos, la mayoría de las faringitis son víricas. Entre los virus implicados se encuentran los del resfriado, como el rinovirus o el adenovirus, el virus de la gripe (Influenzavirus), el virus de Epstein-Barr que produce la mononucleosis infecciosa, etc.

En los adultos es relativamente frecuente la faringitis gonocócica producida por *Neisseria gonorrhoeae*. Clínicamente, el síntoma que siempre aparece y más frecuente es el dolor de garganta. Este puede ser espontáneo o bien aumentar al tragar. También aparece quemazón y sensación de garganta rasposa y seca que provoca carraspeo. Cuando la infección es bacteriana, la clínica suele ir acompañada de fiebre alta, malestar general, dolor de cabeza y adenopatías cervicales, es decir, inflamación de los ganglios linfáticos de la zona lateral del cuello.

### **Faringitis crónicas**

Las faringitis crónicas representan modificaciones inflamatorias, irritativas o alérgicas de la faringe, que se mantienen a lo largo del tiempo. No suelen tener una causa infecciosa, sino una serie de factores causales como:

- ✚ Sustancias irritantes: polvo, sustancias químicas laborales, aire acondicionado seco en oficinas.
- ✚ Abuso de alcohol y/o tabaco.
- ✚ Respiración bucal propia de las obstrucciones nasales por desviación del tabique, sinusitis o aumento del tamaño de los adenoides (vegetaciones).
- ✚ Factores hormonales: hipotiroidismo, menopausia.
- ✚ Enfermedades crónicas como la diabetes y la alergia respiratoria.
- ✚ El uso abusivo de gotas vasoconstrictoras nasales.

En las faringitis crónicas hay una sensación muy molesta de sequedad de garganta, carraspera, eliminación de mucosidad espesa, sensación de ocupación faríngea, dificultad para tragar saliva, aunque el paciente tiene la necesidad de tragar constantemente, sensación de sed y tos irritativa

### **CUADRO CLÍNICO:**

La clínica va a depender del agente causal, inmunidad del individuo, agentes externos como alcohol y tabaco, factores alérgicos, respiración bucal constante, carencias nutricionales, etc. Habitualmente va a tener un inicio brusco. En las formas menos graves y más frecuentes existe un predominio de los síntomas locales con sequedad y constricción faríngea y a veces sensación de quemazón. Se produce disfagia y odinofagia discretas. El paciente presenta carraspeo y exudado que desencadena tos pertinaz. En las formas más graves predominan los síntomas generales de fiebre, escalofríos y cefalea.

La exploración muestra inicialmente una faringe tumefacta, enrojecida y brillante para pasar posteriormente a tener secreciones que tapizan la faringe, e hipertrofia de folículos linfoides. Pueden aparecer adenopatías laterocervicales y edema de úvula del velo del paladar y de los pilares amigdalinos.

### **DIAGNOSTICO.**

Mediante la historia clínica, la exploración ORL 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 betahemolíticos 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 autolimitados y curan espontáneamente en unos días.

En las faringitis agudas bacterianas será necesario el uso de antibióticos. En las de origen vírico, se suele esperar su auto resolución.

Para calmar el dolor, la irritación y/o bajar la fiebre, se emplean:

Analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, antisépticos bucofaríngeos, descongestionantes, entre otros.

También se pueden usar medios físicos como: Tapar el cuello para mantenerlo caliente, Beber leche caliente con miel o té con limón, Aumentar la humedad ambiental con humidificadores, Gargarismos de agua tibia y sal, Tomar caramelos de miel o de eucalipto.

## **COMPLICACIONES:**

Otitis medias, laringotraqueítis, mastoiditis, sinusitis aguda, abscesos retrofaríngeos y, en casos más raros pero muy complicados, la fiebre reumática, insuficiencia renal y enfermedades graves como la bacteremia y el síndrome del choque tóxico estreptocócico.

## **PREVENCION:**

Ya que la faringitis es contagiosa, se debe cuidar de no tener contacto con una persona infectada. El uso de cubre bocas en la persona infectada también reduce el riesgo de propagar una faringitis. En cuestiones alérgicas, debe mantenerse alejado de cualquier desencadenante alérgico.

## **AMIGDALITIS**

Cuando la inflamación aguda se localiza especialmente en las amígdalas palatinas y en otras formaciones linfoides de la bucofaringe, se denomina amigdalitis o faringitis circunscrita y se conoce vulgarmente como anginas. Está afectada directamente por la flora bacteriana bucal e indirectamente por diversas infecciones del organismo. La etiología se puede atribuir también a virus o a bacterias (generalmente por estreptococos), y se diferencian por pruebas analíticas.

Las amígdalas, como mecanismo de defensa, constituyen un reservorio de linfocitos B. Aunque esta patología puede aparecer en cualquier sector de la población, normalmente afecta a niños mayores de 3 años y a adultos hasta los 50.



### **CLASIFICACION**

Existen distintos tipos de amigdalitis que cursan con los síntomas descritos y son más o menos graves.

- Agudas: son del tipo viral
- Crónicas: Son por bacterias:
  - ✓ Eritematosas y eritematopultáceas
  - ✓ Ulcerosas y ulceronecróticas
  - ✓ Pseudomembranosas y formas vesiculosas

## 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.

Los agentes causales virales son rinovirus, coronavirus y adenovirus, mientras que los bacteriológicos son estreptococos betahemolíticos del grupo A, *Chlamydia corinebacterium hemolyticum*, *Staphylococcus aureus* y micoplasma. 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.

Su origen es sólo viral: virus varicela, virus herpes simple t-I y virus Coxsackie A.



## 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 ulceronecrótica:**

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:**

Los agentes causales virales son rinovirus, coronavirus y adenovirus, mientras que los bacteriológicos son estreptococos beta hemolíticos del grupo A, Chlamydia corinebacterium hemolyticum, Staphylococcus aureus y micoplasma.

## **CUADRO CLINICO:**

- Enrojecimiento de las amígdalas, el velo superior del paladar y la úvula.
- Inflamación
- Dolor de garganta
- Puntos blanquecinos
- Fiebre
- Odinofagia
- Disfagia

## **TRATAMIENTO:**

El tratamiento varía dependiendo de su origen, cuando son virales, hay que dejar que la enfermedad siga su curso y darle al paciente té 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 Benzatina
- ✓ Amoxicilina

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

## **DIAGNOSTICO:**

El diagnóstico de la enfermedad se basa en la observación de los síntomas presentados por el paciente y en la exploración física de la garganta.

En la exploración de la garganta se pueden apreciar:



- Aumento del tamaño de las amígdalas.
- Enrojecimiento de la garganta.
- Exudado amigdalár, " placas", que no aparecen siempre.
- Úlceras en lengua, mejillas o amígdalas.
- Los ganglios linfáticos de la mandíbula y el cuello pueden estar agrandados y sensibles al tacto.

En algunas ocasiones, es necesario realizar pruebas diagnósticas complementarias, como una analítica de sangre o la toma de una muestra de exudado de la amígdala para realizar un cultivo y poder establecer con exactitud el germen responsable.

- ✓ Exploración física
- ✓ Cultivo faríngeo
- ✓ Fibrolaringoscopia

### **COMPLICACIONES:**

- ✓ Fiebre reumática
- ✓ Absceso alrededor de las amígdalas
- ✓ Daño renal por estreptococos

### **PREVENCIÓN:**

Lavarse las manos con abundante agua y jabón, mantenerse alejado de personas con amigdalitis, taparse al estornudar o toser con los codos, en general tener buenos hábitos de higiene

## PROBLEMAS DE VÍAS ÁREAS INFERIORES:

### **BRONQUITIS**

La bronquitis es la inflamación de los conductos bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno a sus pulmones. Causa tos con mucosidad. También puede causar dificultad para respirar, jadeo, fiebre baja y presión en el pecho. Existen dos tipos de bronquitis: aguda y crónica.



Bronquios normales



Bronquitis



### **CLASIFICACION:**

#### **BRONQUITIS AGUDA**

La bronquitis aguda es una infección del tracto respiratorio manifestada por tos, con o sin producción de esputo, por al menos 3 semanas de evolución.

La bronquitis aguda causada por una infección se presenta por lo general después de un resfriado o una gripe. Los síntomas del resfriado o la gripe consisten en dolor de garganta, agotamiento (cansancio), fiebre, dolores en el cuerpo, congestión y goteo nasal, vómito y diarrea.

El principal síntoma de bronquitis aguda es la tos persistente, que puede durar entre 10 y 20 días. La tos puede producir mucosidad incolora (una sustancia pegajosa). Si la mucosidad es amarillenta o verdosa, es posible que usted tenga además una infección bacteriana. Incluso después de que haya desaparecido la infección, es posible que usted todavía tenga tos seca durante días o semanas.

Otros síntomas de la bronquitis aguda comprenden sibilancias (silbidos o chillidos al respirar), fiebre leve y presión o dolor en el pecho.

Si la bronquitis aguda es grave, usted también puede tener sensación de falta de aliento, especialmente cuando realiza una actividad física.

## **CUADRO CLINICO**

- ✓ Dolor retroesternal
- ✓ Tos irritativa Inicialmente.
- ✓ Tos productiva posteriormente.
- ✓ Fiebre.
- ✓ Disfonía, odinofagia y disnea.

## **ETIOLOGÍA**

Las causas de bronquitis aguda en la mayoría de los casos ( $\geq 90\%$ ) son de etiología no bacteriana. Los virus más frecuentes de bronquitis aguda son los asociados a infección del tracto respiratorio inferior como influenza A, influenza B, parainfluenza 3 y virus sincitial respiratorio; así como también los que producen infección del tracto respiratorio superior como coronavirus, adenovirus y rinovirus. El 5% a 10% de las causas de bronquitis aguda son debido a agentes bacterianos como *Bordetella pertusis*, *Mycoplasma pneumoniae* y *C pneumoniae*.

## **DIAGNÓSTICO**

Los estudios microbiológicos (cultivo viral, pruebas serológicas y análisis de esputo), en pacientes con bronquitis aguda, aíslan el agente etiológico entre un 16% a 40%. Por lo tanto, no se recomienda su realización. La radiografía de tórax en pacientes con bronquitis aguda está indicada ante la sospecha de neumonía y en ausencia de los siguientes criterios: taquicardia ( $>100$  latidos/minuto), taquipnea ( $>24$  respiraciones por minuto), fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) y datos de consolidación, egofonía y frémito.

## **TRATAMIENTO:**

- ❖ Antibiótico
- ❖ Broncodilatadores
- ❖ Antitusígenos
- ❖ Mucolíticos

Otras recomendaciones Dentro del manejo sintomático primario deben considerarse:

- ❖ Dejar de fumar y evitar ambientes donde se fume.
- ❖ Buena hidratación e incremento de la humedad.
- ❖ Limitar la diseminación de la infección viral (lavado de manos).

## **BRONQUITIS CRÓNICA**

La bronquitis crónica es un tipo de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Los bronquios inflamados producen una secreción mucosa abundante. Esto conduce a tos y dificultad para respirar. El fumar cigarrillos es la causa más

común. Respirar aire contaminado, humo y polvo por un período prolongado también puede causarla.

La bronquitis crónica es una inflamación constante de los bronquios. Esta inflamación produce moco y provoca una dificultad para que el aire llegue a los pulmones.

Entre los signos y síntomas de la bronquitis crónica están la tos, las sibilancias y las molestias en el pecho. La tos puede producir grandes cantidades de mucosidad. Este tipo de tos se conoce con frecuencia como tos de fumador.

La bronquitis crónica es una enfermedad caracterizada por una creciente inflamación y mucosidad (flema o esputo) en las vías respiratorias (vías aéreas). Hay obstrucción de las vías aéreas en la bronquitis crónica porque la inflamación y la mucosidad adicional hacen que el interior de las vías respiratorias sea más pequeño de lo normal. El diagnóstico de bronquitis crónica se realiza en función de los síntomas de una tos que produce mucosidad o flema la mayoría de los días, durante tres meses, dos años o más (después de haber descartado otras causas para la tos).

## **DIAGNÓSTICO**

Durante los primeros días de la enfermedad, puede resultar difícil distinguir los signos y síntomas de la bronquitis de los de un resfriado. Durante la exploración física, el médico utilizará un estetoscopio para escuchar atentamente los pulmones mientras respiras.

En algunos casos, tu médico podría sugerir las siguientes pruebas:

- ❖ **Radiografía de tórax:** Una radiografía torácica puede ayudar a determinar si tienes neumonía u otra enfermedad que podría explicar la tos. Esto tiene especial importancia si actualmente eres fumador o alguna vez lo fuiste.
- ❖ **Examen de esputo:** El esputo es la mucosidad que escupes desde los pulmones al toser. Se puede analizar para determinar si padeces enfermedades que podrían tratarse con antibióticos. El esputo también puede analizarse para detectar signos de alergias.
- ❖ **Prueba de la función pulmonar:** Durante una prueba de la función pulmonar, soplas en un dispositivo denominado espirómetro, que mide la cantidad de aire que los pulmones pueden retener y la rapidez con la que puedes expulsar el aire de los pulmones. Esta prueba detecta signos de asma o enfisema.

## **COMPLICACIONES:**

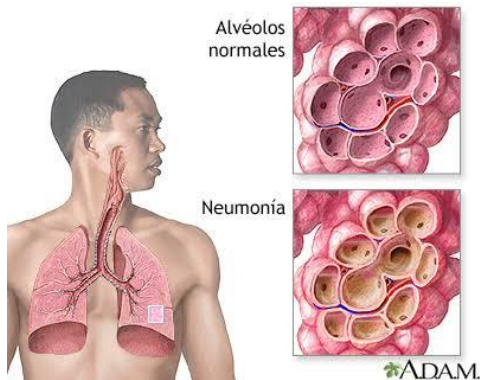
Esta patología en ancianos puede presentarse con mayores complicaciones que en otros grupos de población y la aparición de mucosidad en los bronquios es una de las más frecuentes. La bronquitis en casos graves puede provocar neumonía.

## **PREVENCIÓN:**

La bronquitis no siempre se puede prevenir. Sin embargo, se pueden tomar medidas para que el riesgo de contraerlas sea menor. Dejar de fumar o no hacerlo puede ayudar. Evitar humos irritantes como, humo de cigarro; gases tóxicos, polvos, lavarse las manos para disminuir la exposición a microbios.

## ***NEUMONÍA:***

Es una infección respiratoria que ocasiona inflamación y afectación de los pulmones, generalmente causada por bacterias o virus. En adultos son más frecuentes las de causa bacteriana, mientras que niños y bebés suelen ser más frecuente las producidas por virus.



La neumonía es una infección de los pulmones que afecta a los pequeños sacos de aire (alvéolos) y los tejidos circundantes. Varios millones de personas desarrollan neumonía y gran número mueren cada año. Con frecuencia la neumonía puede ser una enfermedad terminal en personas que padecen otras enfermedades crónicas graves. Es la sexta causa más frecuente de todas las muertes y la infección mortal más frecuente que se adquiere en los hospitales. En los países en vías de desarrollo, la neumonía es la causa principal de muerte

## **CLASIFICACIÓN:**

### **Forma de aparición.**

- ✓ Aguda.
- ✓ Crónica.

## **Lugar de contagio.**

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

## **ETIOLOGIA:**

La neumonía no es una enfermedad única, sino muchas enfermedades diferentes, cada una de ellas causada por un microorganismo distinto. Por lo general, la neumonía se presenta tras la inhalación de unos microorganismos, pero a veces la infección es llevada por el flujo sanguíneo o migra a los pulmones directamente desde una infección cercana. En los adultos, las causas más frecuentes son las bacterias, como *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Legionella* y *Hemophilus influenzae*. Los virus, como los de la gripe y la varicela, pueden también causar neumonía. El *Mycoplasma pneumoniae*, un microorganismo semejante a una bacteria, es una causa particularmente frecuente de neumonía en niños mayores y en adultos jóvenes. Algunos hongos causan también neumonía. Algunas personas son más propensas a esta enfermedad que otras. El alcoholismo, fumar cigarrillos, la diabetes, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son causas que predisponen a la neumonía. Los niños y las personas de edad avanzada tienen mayor riesgo de desarrollarla, así como los individuos con un sistema inmune deficiente, debido a ciertos fármacos (como los utilizados para curar el cáncer y en la prevención del rechazo de un trasplante de órgano).

## **Vías de transmisión:**

Las vías habituales por las que se pueden contraer una neumonía son la propagación de los microorganismos que se encuentran en la nariz o en la boca hacia los pulmones (microaspiraciones) o por inhalación de partículas en aerosoles (mecanismo aéreo).

## **CUADRO CLÍNICO.**

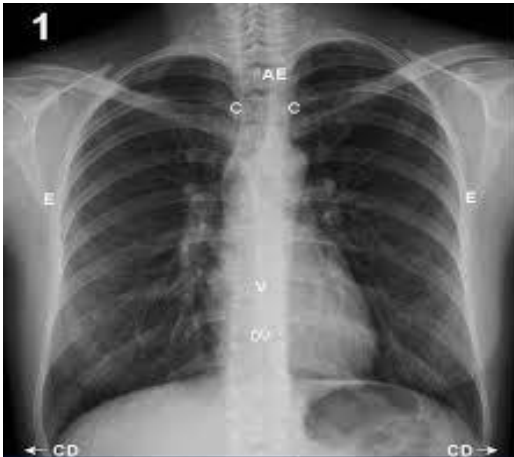
Los síntomas de la neumonía vírica y los de la bacteriana son similares, si bien los de la neumonía vírica pueden ser más numerosos que los de la bacteriana.

Los síntomas de la neumonía son una tos productiva con esputo, dolores en el tórax, escalofríos, fiebre y ahogo. Sin embargo, estos síntomas dependen de la extensión de la enfermedad y del microorganismo que la cause.

## **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 de la neumonía incluye el uso de antibióticos.
- En pacientes alérgicos a penicilina se sugiere iniciar con macrólido o tetraciclina.
- Se recomienda la suplementación de oxígeno con ventilación no invasiva en pacientes
- El tratamiento antimicrobiano empírico se dirige a las etiologías bacterianas más comunes.

### **COMPLICACIONES:**

Las complicaciones de las neumonías se producen cuando la infección no se limita al parénquima pulmonar, sino que se extiende a áreas vecinas, o cuando el desarrollo de la infección es más complejo que el habitual por diferentes motivos.

- **Bacteremia:** Esta complicación grave se produce cuando la infección pasa a la corriente sanguínea, se puede propagar rápidamente a otros órganos, incluyendo el cerebro.
- **Abscesos pulmonares:** Un absceso se produce si el pus que se encuentra en los alvéolos forma una cavidad en el pulmón.
- **El derrame pleural:** La neumonía puede causar la acumulación de líquido en el espacio pleural.

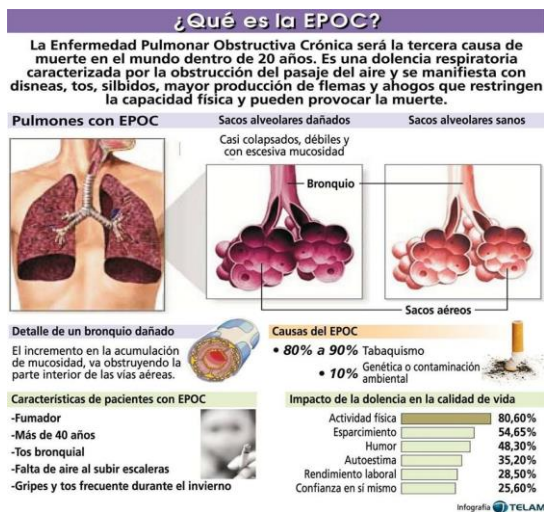
El derrame pleural (DP) se produce cuando hay un desequilibrio entre la producción y reabsorción de líquido pleural. Los DPP evolucionan de forma natural de una fase inicial de pleuritis seca, donde existe una reacción pleurítica local, seguida de una fase exudativa por el aumento de permeabilidad secundaria a la inflamación.

## 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.

## LA ENFERMEDAD PULMONAR 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, que puede estar o no acompañada de síntomas (disnea, tos y expectoración), exacerbaciones, efectos extra-pulmonares y enfermedades concomitantes.



## ETIOLOGIA:

Existen muchos factores que causan la EPOC, aunque la causa más común es el humo de cigarrillo. Los factores ambientales y la genética también pueden causar esta enfermedad. Por ejemplo, la exposición prolongada a ciertos polvos en el trabajo, químicos y aire contaminado en ambientes cerrados y abiertos puede contribuir a la EPOC. No está clara la razón por la que algunos fumadores

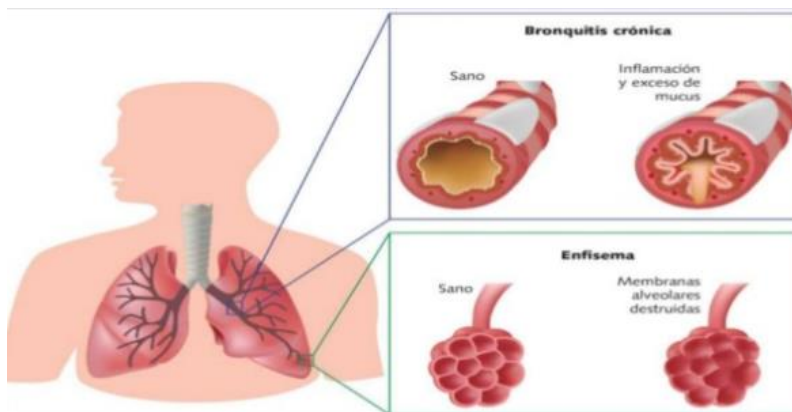


nunca la padecen y algunas personas que nunca fumaron sí. Es probable que los factores hereditarios (genéticos) influyan en quién desarrolla la EPOC.

## **CLASIFICACIÓN:**

Se puede clasificar EPOC en dos categorías

- ✓ Enfisema: dilatación y destrucción de pared alveolar.
- ✓ Bronquitis crónica: existencia de tos y expectoración durante al menos tres meses al año durante al menos dos años consecutivos.



## **CUADRO CLINICO:**

Como se ha visto, la EPOC va a venir definida por una alteración funcional respiratoria (limitación al flujo aéreo) y la presencia de síntomas. Estos síntomas característicos de la EPOC son la tos, la expectoración y la disnea de esfuerzo.

La disnea es el principal síntoma de la EPOC, y es el motivo por el que la mayoría de los pacientes solicitan atención médica. Es probablemente la causa más importante de discomfort, ansiedad y disminución de la calidad de vida en estos enfermos. Se trata de un síntoma subjetivo, y por tanto difícil de estandarizar.

## **DIAGNOSTICO**

Para el diagnóstico de la enfermedad es imprescindible realizar una espirometría que permita confirmar la presencia de obstrucción al flujo aéreo, que se mide al establecer una relación entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo y la capacidad vital forzada que sea  $< 0.70$  posterior al uso de un broncodilatador inhalado ( $VEF1/CVF < 0.70$  post-BD).

## **TRATAMIENTO:**

La terapéutica farmacológica actual de la EPOC se fundamenta principalmente en el uso de fármacos broncodilatadores de larga duración de acción como los

$\beta$ 2-agonistas (formoterol y salmeterol) y anticolinérgicos (tiotropio) administrados por vía inhalatoria, pudiendo también considerarse el uso de teofilina retard por vía oral. La utilización de esteroides inhalados en combinación con  $\beta$ 2-agonistas de larga acción es también relevante, así como la posible utilización de antioxidantes (acetilcisteína).

La administración sistémica requiere altas dosis que afectan a todo el sistema; la administración local de un fármaco, en este caso por vía inhalada, consigue con menores dosis una mayor concentración de fármaco en los órganos diana, pero menores o nulas concentraciones sistémicas, y menos efectos secundarios.

El manejo debe de ser integral y el tratamiento farmacológico basado en los síntomas, la tolerancia al ejercicio y la frecuencia de exacerbaciones. El grado de obstrucción "per se" no debe de ser la referencia para prescribir el tratamiento más adecuado. Los medicamentos más útiles son los broncodilatadores, siendo la vía inhalada la de elección. Es conveniente realizar un tratamiento progresivo, introduciendo las diferentes opciones terapéuticas en función de los síntomas y de los beneficios obtenidos, que serán valorados mediante la espirometría, la mejoría de la disnea, la calidad de vida y las pruebas de ejercicio

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Beta-agonistas y anticolinérgicos de corta duración Son los fármacos de elección para pacientes con síntomas intermitentes y deben ser utilizados a demanda. Los más utilizados son salbutamol, terbutalina y bromuro de ipratropio.

## **LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA EPOC INCLUYEN:**

Trastornos cardíacos. La falta de oxígeno en el cuerpo presiona el corazón lo que puede llevar a una dilatación del mismo y a fallos cardíacos. La EPOC también aumenta el riesgo de padecer presión arterial alta.

- ✓ Infecciones respiratorias. La EPOC aumenta el riesgo de contraer resfríos e infecciones pulmonares. La EPOC aumenta el riesgo de que un simple resfrío se convierta en algo más serio, como una neumonía.
- ✓ Cáncer pulmonar. La EPOC aumenta el riesgo de sufrir cáncer pulmonar en personas que han fumado.
- ✓ Depresión. Puede resultar difícil adaptarse a cambios en la salud, especialmente aquellos cambios que hacen más difícil que pueda seguir haciendo las cosas que le gustan. Es normal sentirse deprimido tras un diagnóstico de EPOC.

## **PREVENCIÓN:**

- ❖ La principal causa de la EPOC es el tabaco por lo que la primera medida que se debe tomar es dejar de fumar.
- ❖ Evitar inhalar otras sustancias que son irritantes para los pulmones, como por ejemplo ambientes contaminados, vapores químicos, etc.
- ❖ Se recomienda la realización de actividades físicas en todos los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.