

“ASMA Y EPOC”

FISIOPATOLOGÍA III – DR. EDUARDO ZEBADUA

Oscar Adalberto Zebadua López
UNIVERSIDAD DEL SURESTE | 09 DE MAYO DE 2021

EPOC.

Enfermedad caracterizada por el estrechamiento (obstrucción) progresivo de la vía aérea, disminuyendo el paso de aire hasta provocar hipoxemia.

Variantes más frecuentes: EPOC:

- a) **Bronquitis crónica:** Afección en los bronquios, Tos, expectoración, disnea.
- b) **Enfisema pulmonar:** Afección en los alvéolos, destrucción alveolar sin fibrosis.

- Factores de riesgo:

- a) Humo de cigarro.
- b) Edad
- c) Ocupación
- d) Genética

- Datos clínicos de EPOC:

Existe disnea, tos crónica, producción de esputo. La mayoría de los pacientes presenta una combinación de enfisema y bronquitis crónica.

- Diagnóstico: Espirometría.

- a) Por cigarro: Datos radiográficos de enfisema Apical.
- b) Por otros factores (deficiencia de alfa antitripsina): enfisema Basal.

1. **La Bronquitis Crónica** es la inflamación de los bronquios se caracteriza por irritación, inflamación e hiperplasia de células caliciales, presenta tos productiva >3 meses por 2 años consecutivos, puede ser seca, irritativa y más acentuada por las mañanas.

- a) Expectoración: • Mucosa, purulenta, escasa y abundante
- b) Exploración física: Hinchado, exceso de peso, cianótico, tórax en tonel, tiraje intercostal.
- c) Palpación: Puede NO encontrarse choque de punta.

2. **El Enfisema Pulmonar** se caracteriza por una irritación que ocasiona un aumento de la acción de la enzima elastasa y disminución de la alfa 1 antitripsina, ocasionando destrucción alveolar. Puede presentar tos y disnea.

- a) Expectoración: No es signo de enfisema, pero revelan bronquitis asociada.

- Diagnóstico: Espirometría: FEV1 80% para la edad, sexo y estatura, FEV1/FVC <70.

- Tratamiento: Agonista B2 inhalado de liberación sostenida (salmeterol), Anticolinérgico inhalado de liberación sostenida (tiotropio) y Corticoide inhalado.

ASMA.

Enfermedad que ocasiona inflamación bronquial; esta inflamación lleva a hiperactividad (constricción de la vía aérea), provocando edema, aumento de producción de moco, llegando a células inflamatorias y lesión de células epiteliales, revierte con broncodilatadores.

La inflamación crónica genera hiperrespuesta, provocando en la vía aérea edema, bronco constricción y secreción mucosa. En los pacientes con asma, las células TH2 y otros tipos celulares (sobre todo, eosinófilos y mastocitos, pero también otros subtipos CD4+ y neutrófilos) forman un infiltrado inflamatorio extenso en el epitelio y el músculo liso de las vías aéreas que conduce a la remodelación de éstas (es decir, descamación, fibrosis subepitelial, angiogénesis, hipertrofia del músculo liso).

- Factor de riesgo:
 - a) Dermatitis atópica
 - b) Antecedente familiar
 - c) Dx de rinitis alérgica
 - d) Sibilancias no relacionadas a resfriado
 - e) Eosinófilos >4% en sangre periférica
- Datos Clínicos:
 - a) Disnea Periódica
 - b) Sibilancias
 - c) Opresión torácica
 - d) Tos
 - e) Taquipnea
- Exploración física del paciente con asma: Sibilancias.
- Diagnóstico presuntivo de asma: Clínica + interrogatorio / Espirometría con test de broncodilatador (determinando CVF y VEF1).
- Tratamiento:
 - a) Agonista B2 de acción corta
 - b) Corticoesteroide inhalado (CSI) dosis bajas (A)
 - c) Corticoesteroides orales