



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA:

ERICK VILLEGAS MARTINEZ

MATERIA:

Clínicas medicas complementarias

DOCENTE:

Dra. Anel Guadalupe Gordillo

Tema:

Cuadro comparativo

DEFINICIÓN

Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por hiperreactividad bronquial y obstrucción reversible del flujo aéreo.

Enfermedad caracterizada por limitación del flujo aéreo no totalmente reversible, asociada a inflamación anormal ante partículas nocivas como el humo del tabaco.

ETIOLOGÍA

- Predisposición genética (atopia)
- Exposición a alérgenos
- Infecciones virales tempranas

- Exposición prolongada a irritantes como humo de tabaco, polvo industrial
- Biomasa
- Deficiencia de alfa-1-antitripsina.

FACTORES DE RIESGO

- Atopia
- Antecedentes familiares de alergias
- Exposición a humo de tabaco
- Obesidad
- Infecciones virales en la infancia

- Tabaquismo
- Contaminación ambiental
- Exposición ocupacional a polvos y gases
- Biomasa
- Factores genéticos como deficiencia de alfa-1-antitripsina

FISIOPATOLOGÍA

- Inflamación crónica con predominio de linfocitos Th2, eosinófilos y mastocitos.
- -->Remodelación de la vía aérea con fibrosis y obstrucción --> Secreción de moco y broncoconstricción

- Inflamación crónica mediada por neutrófilos, macrófagos y linfocitos CD8 --> Destrucción del parénquima pulmonar, fibrosis de vías aéreas pequeñas, atrapamiento aéreo y alteraciones en el intercambio de gases

CUADRO CLÍNICO

- Triada clásica: disnea, sibilancias, tos (especialmente nocturna o matutina).
- Síntomas provocados por alérgenos, ejercicio o infecciones.
- Uso de músculos accesorios en casos graves

- Disnea progresiva al ejercicio
- Tos crónica
- Expectोरación
- Sibilancias
- Bronquitis frecuentes, especialmente en invierno
- Historia del tabaquismo prolongado

DIAGNÓSTICO

- **Espirometría** :
 - *Reversibilidad* : Incremento del FEV1 $\geq 12\%$ y >200 mL postbroncodilatador.
 - *Variabilidad* : Cambios en el flujo espiratorio pico (PEF) mayores al 20% en diferentes momentos del día.
- **Pruebas de Provocación Bronquial** : Reducción del FEV1 $\geq 20\%$ con metacolina o ejercicio, **Marcadores Inflamatorios** : Fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO) elevada sugiere inflamación eosinofílica, **Radiografía de Tórax** : Normal en la mayoría, aunque en crisis puede haber hiperinsuflación, **Gasometría Arterial** : Hipocapnia e hipoxemia en exacerbaciones; Hiper-capnia indica gravedad.

- **Espirometría** :
 - Patrón Obstructivo Persistente : Relación FEV1/FVC $< 70\%$ postbroncodilatador.
 - Gravedad : Clasificación GOLD según el FEV1 postbroncodilatador.
- **Radiografía de Tórax** : Puede mostrar hiperinsuflación o bullas enfisematosas, **Gasometría Arterial** : Útil en insuficiencia respiratoria o hipercapnia, **Tomografía Computarizada (TAC)** : Para evaluar enfisema o determinar candidaturas quirúrgicas, **Determinación de Alfa-1 Antitripsina** : En casos con historia familiar o inicio precoz, **Escalas Clínicas** : Evaluación de disnea con Medical Research Council (mMRC) e índice BODE para pronósticos.

TRATAMIENTO

- **Controladores** : Corticoides inhalados, agonistas beta-2 de acción larga, antileucotrienos
- **Rescate** : Agonistas beta-2 de acción corta y corticoides sistémicos en exacerbaciones

- **Fármacos** : Broncodilatadores (agonistas beta-2 y anticolinérgicos de acción corta o larga), corticoides inhalados en casos graves, inhibidores de fosfodiesterasa-4.
- **No farmacológico** : Oxígeno suplementario, abandono del tabaco y rehabilitación pulmonar.