



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

“Mapas conceptuales sobre neumología”

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 7°

Materia:

“Clínicas Médicas Complementarias”

Docente:

Dra. Adriana Bermúdez Avendaño

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de octubre de 2024.

Las enfermedades respiratorias crónicas son de las principales causas de muerte en la población, probablemente por la fácil interacción del sistema respiratorio con los factores considerados de riesgo localizados en el ambiente, por ejemplo, tabaco, contaminación y patógenos; sumando factores condicionantes individuales, todo esto desencadena enfermedades como EPOC, asma, bronquiectasias y otras enfermedades respiratorias, que bien pueden ser etiológicamente conocidas y frecuentes o infrecuentes y poco estudiadas. Por eso este grupo de enfermedades representa un problema importante de salud pública, por su alta prevalencia, y un tema de interés para su continuo estudio.

EPOC

TX

A GOLD 1 >80% mMRC 1 CAT <10 Broncodilatador LABA o SAMA	B GOLD 2 50-79% mMRC 2 CAT <10 LABA o LAMA Persiste: LAMA+LABA
C GOLD 3 30-49% mMRC <2 CAT >10 LAMA Persiste: LAMA+LABA Persiste: LAMA + ICS	D GOLD 4 <30% mMRC >2 CAT >10 LAMA+LABA Persiste: LAMA +LABA + ICS Persiste: +Sistémico macrólido

EXACERBACIÓN

C. de Anthonisen

- ↑ Disnea
- ↑ Volumen del esputo
- ↑ Purulencia de esputo

Criterios:

- L
- M
- S

CC:

Sibilancias, taquipnea, disociación toracoabdominal, dificultad para hablar

TX

L: SABA+SAMA
 M: Leve +ATB
 G: IRAguda

SE REFIERE A

Inflamación alveolar que limita el flujo del aire, que tiene dos presentaciones, que pueden coexistir

BRONQUITIS CRÓNICA

Tos crónica productiva por al menos 3 meses en 2 años sucesivos
 Se estrechan los bronquios

ENFISEMA

↑ Irreversible del tamaño de espacios aéreos distales del bronquiolo terminal + destrucción de paredes SIN fibrosis



COMPARACIÓN

- 40-45 años
- Disnea ligera
- Tos temprana, expectoración
- Insuf. resp. frec

- 50-75 años
- Disnea intensa
- Tos tardía, leve expectoración
- Insu. resp. terminal

FX DE RIESGO

- ★ Humo de tabaco
- Deficiencia de α1- antitripsina
- Combustibles de biomasa

• índice tabáquico

(Cigarrillos x día)(Años fumando)	PAQUETES AÑO	RIESGO DE EPOC
< 10		Nulo
10-20		Riesgo moderado
21-40		Riesgo intenso
> 41		Riesgo alto

CLÍNICA

- >40 años
- ★ Tos crónica
- ★ Producción de esputo
- ★ Disnea (↑ en ejercicio)
- Sibilancias espiratorias
- Bronquitis frecuente en invierno

DX

- ★ GE: **Espirometría** para determinar la obstrucción VEF1/FVC <0.7 o VEF1 <80%
- NO revierte con vasodilatadores
- Test de **CAT** (síntomas)
- mMRC: exacerbaciones
- <40 a: pensar en algo **genético**

SE DEFINE COMO

Enfermedad crónica e inflamatoria de VA por **hiperactividad** bronquial de los mismo --> **obstrucción** reversible del flujo aéreo

FX DE RIESGO

- Genética: atopia
- Tabaquismo
- Inf. víricas
- Ácaros, ejercicio, AAS

CLÍNICA

- Disnea
- Sibilancias inspiratorias y espiratorias
- Tos crónica
- >Noche
- 30 min después del desencadenante



ASMA



DX

- Clínico
- $\geq 6A$: **Espirometría** con broncodilatador

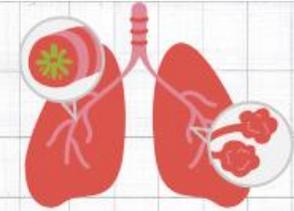


CLASIFICACIÓN Y TX

Clasificación GPC	Controlado	Descontrolado		
	Intermitente	Persistente		Grave
		Leve	Moderado	
Síntomas diurnos	<1 vez/semana	≥ 2 veces/s	Diario	
Síntomas nocturnos	≤ 2 veces/mes	>2 veces/m	1 vez/s	Diario
VEF1	>80%	80-60%		<60%
TX	PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4
	Salbutamol	CSI dosis baja	CSI (↓) +LABA	CSI (med)+LABA
		Alternativa CSI + Montelukast		Alternativa Montelukast, corticoides VO, omalizumab
De rescate: SABA (Salbutamol)				

BRONQUIECTASIAS





ENF. PULMONARES INTERSTICIALES

E. I. ASOCIADA A ENF. DEL COLÁGENO

- **Lupus eritematoso:** frec. pleuritis sistémico
- **Artritis reumatoide:** Pleural
- **Espondilitis anquilosante:** Tos, disnea o asintomáticos

- **Esclerodermia:** En lóbulos inf. (+frec)
- **Común HTPulmonar con o sin fibrosis**

SON

Trastornos que provocan la inflamación o cicatrización de los pulmones, que dificulta la respiración y obtención de O₂

OTRAS PATOLOGÍAS

HISTIOCIITOSIS X PULM

- **Granulomatosis de cel. de Langerhans**
- **Infiltración de órganos por estas células**
- **DX:RX TX: Corticoides**

AMILOIDOSIS

- **Déposito extracelular amiloide en el parénquima pulm**
- **DX: Nódulos**
- **Asintomático**

NEUMONÍAS INTERSTICIALES IDIOPÁTICAS

N. I. USUAL

- Activa la cascada inflamatoria
- Formación de inmunocomplejos
- Act. de macrófagos y est. de fibroblastos
- **ÁREAS LLENAS DE MOCO**
- Dx: RX
- Tx: Antifibróticos (Pirfenidona)

N. I. DESCAMATIVA

- Acúmulo intraalveolar de macrófagos
- 1° Fumadores
- Subagudo, tos seca, disnea de esfuerzo
- DX: RX vidrio delustrado
- TX: 0 tabaco y corticoides

BRONQUIOLITIS ASOCIADA A EPID

- 1° Tabaco
- Macrófagos hiperpigmentados en los bronquiolos
- RX: Engrosamiento de paredes alveolares
- TX: 0 tabaco y corticoides

NEUMONIA INTER. AGUDA

- Daño alveolar difuso en el parénquima pulmonar
- Disnea aguda a distrés
- TC: Broncograma aéreo
- Pronóstico: X

NEUMONIA O. CRIPTOGÉNICA

- Inflamación variable de tejido fibroblástico
- Tos, disnea, fiebre
- DX: Infiltrados alveolares

NEUMONIA I. LINFOCÍTICA

- Infiltrados linfocitarios en el parénquima pulmonar
- Inespecífico, tos seca, fiebre, -peso

Al estudiar estos temas es evidente la relevancia de dominar, desde lo inicial de la fisiología del aparato respiratorio normal para entrar a entender la fisiopatología de las distintas enfermedades, al menos, las principales que pueden presentarse en nuestro medio, y comprender las características o patrones que pueden guiarnos más, todo con la finalidad de ser capaces de proporcionar una calidad de atención, que puede no solo ser un tratamiento farmacológico, sino que puede ir desde el diagnóstico de la enfermedad o dar recomendaciones básicas al paciente de la misma.