



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**Campus Comitán**  
**Licenciatura En Medicina Humana**  
**Materia:**



**Nombre del trabajo:**  
**Mapas conceptuales de “Patologías pulmonares”**

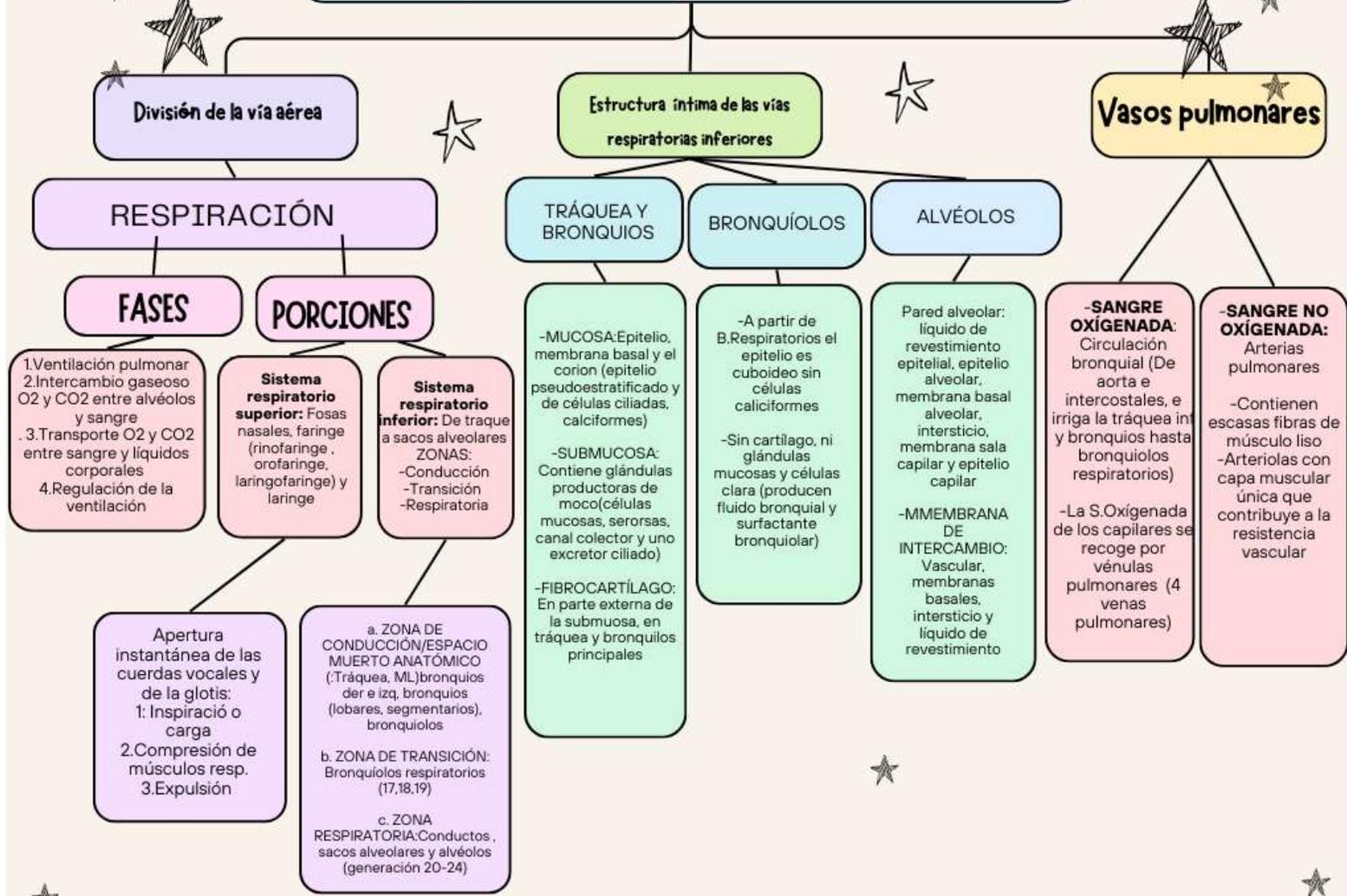
**Alumna:**  
**Karen Paulina López Gómez**  
**Grupo: “A” Grado: “7”**

PASIÓN POR EDUCAR

**Docente:**  
**Dra. Adriana Bermudez Avendaño**

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de octubre de 2024.

# Anatomía pulmonar



# EPOC

## CLÍNICA

### CARACTERÍSTICOS

- Disnea crónica progresiva y tos con esputo en 30% de los px
- Hemoptisis (por bronquioectasias)

### EFISEMA PULMONAR

#### FENOTIPO SOPLADOR ROSADO

- Caquético, disnea progresiva, rubicundez (set. adecuada), torax en tonel, espiración prolongada, uso de músculos accesorios respiratorios

#### CUADRO ANATOPATOLÓGICO DEFINIDO

ENSANCHAMIENTO Y DESTRUCCIÓN DEL T. BRONQUIALVEOLAR QUE CONDICIONA ATRAPAMIENTO DEL AIRE

### BRONQUITIS CRÓNICA

#### FENOTIPO ABOGATADO AZUL

- Hipoxemia, hipercapnia/ cianosis, obnubilación, ronquido, sibilancias, edema, hipertrofia cardíaca, edema periférico, disfunción cardíaca derecha

#### CARACTERÍSTICAS

- Tos con expectoraciones
- Afectación de las vías aéreas
- Ensanchamiento de los bronquios CRÓNICA: >3 MESES A 1 AÑO POR 2 AÑOS CONSECUTIVOS

## ¿QUÉ ES?

### ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Es una enfermedad que se caracteriza por síntomas respiratorios persistentes y limitación del flujo de aire y/o alveolares (exposición a partículas o gases nocivos)

## EPIDEMIOLOGÍA

### MÉXICO

PREVALENCIA 7.8%  
NUMERO DE CASOS: 384 MILLONES  
GLOBAL: 11.7%

## ETIOLOGÍA

### FACTORES

TABACO: (IT > 10 PAQUETES/AÑO) Disminución de FEV1  
-CONTAMINACIÓN AMBIENTAL: Ambientales urbanos  
-PROFESIÓN: Exposiciones ocupacionales a polvos orgánicos e inorgánicos  
-ASMA E HIPERREACTIVIDAD DE LAS V.R.  
-SEXO, RAZA Y NIVEL SOCIOECONÓMICO  
-INFECCIONES  
FACTORES GENÉTICOS: Déficit de  $\alpha 1$ -antitripsina

## DE SOSTEN

- Vacunación contra influenza y COVID-19
- Vacunación antineumocócica
- Mucolíticos, inmunorreguladores, antioxidantes
- Inhibidores de fosfodiesterasa-4 (PDE-4)  
Corticoides inhalados
- Broncodilatadores: B2-Agonistas, Anticolínicos

## MANEJO

### DIAGNOSTICO

CLÍNICA: Tos crónica con o sin expectoraciones, disnea y asociación a factores de riesgo + pruebas d función respiratoria

### DX CONFIRMATORIO

### ESPIROMETRÍA

- Postbroncodilatador con FEC17 FVC <0.70
- +Evaluación de la limitación del flujo aéreo
- +Historial de exacerbaciones
- +Evaluación de Sy S de exacerbación

### TRATAMIENTO

#### NO FARMACOLÓGICO

- Abandono del tabaco
- Rehabilitación
- Oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD)

#### FARMACOLÓGICA

#### PREVENTIVA

# BRONQUIECTASIAS

## CLÍNICA

### CARACTERÍSTICOS

-Tos productiva crónica o broncorrea purulenta, pueden existir bronquiectasias secas en lóbulos superiores

### BRONQUIECTASIAS LOCALIZADAS

-INFECCIONES: Adenovirus, influenza, sarampión y rubéola, bacterias-estafilococos  
-OBSTRUCCIÓN ENDOBRONQUIAL

TUBERCULOSIS: LÓBULOS SUPERIORES

OTROS: PULMÓN HIPERTRANSPARENTE UNILATERAL O SX DEMCLEOD-JAMES

### BRONQUIECTASIAS DIFUSAS

-DE ORIGEN PULMONAR: Sustancias toxicas  
-DE ORIGEN EXTRAPULMONAR

## ¿QUÉ ES?

### ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Son dilataciones anormales e irreversibles de los bronquios proximales de mediano calibre (mayores de 2 mm de diámetro) debidas a la destrucción de los componentes elástico y muscular de la pared

## EPIDEMIOLOGÍA

### MÉXICO NO HAY DATOS

EN ESTADOS UNIDOS: PREVALENCIA de 52 por 100.000 predominio discreto en mujeres

## ETIOLOGÍA

### FACTORES

-INFECCIOSA: Staphylococcus, Pseudomonas, micobacterias, virus Bifluenza, adenovirus, rubéola, sarampión)  
-TRANSTORNOS EN EL MANEJO DE SECRECIONES: Fibrosis quística, discinesia ciliar primaria.  
-TRANSTORNOS CONGÉNITOS: Deficiencia de  $\alpha$ 1-antitripsina, sx William Campbell  
-OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL  
-OTROS: Sarcoidosis, aspergilosis, bronquiectasias

## MANEJO

### DIAGNOSTICO

CLÍNICA: Tos productiva crónica o la broncorrea purulenta > 150 ml/día, normal: <100 ml/día)

### DX CONFIRMATORIO

### TCAR

-OBSTRUCCIÓN DEL FLUJO AÉREO  
-OTROS: Fibronoscopia (hemoptisis) RX de torax imagenes en "nido de golondrina" ó en "anillo de sello"

### TRATAMIENTO

### TRES PILARES

-Eliminar si existe la obstrucción bronquial  
-Mejorar la eliminación de secreciones (con adecuada hidrataación, fisioterapia respiratoria y drenaje postural)

### ANTIBICOTERAPIA

TX DE AMPLIO SPECTRO: Ampicilina, amoxicilina, amoxicilina- ácido laculánico, cefuroxima o cefaclor

-QUIRURGICO: En caso de bronquiectasias localizadas en uno o más lóbulos contiguos, cuando el tx durante un año no es eficaz, en difusas solo en hemoptisis con compromiso vital no controlable

### FARMACOLOGICA

# ASMA BRONQUIAL

## CLÍNICA

### CARACTERÍSTICOS

-TRIADA CLÁSICA: Disnea, sibilancias y tos, a veces opresión torácica

### OTROS

#### TOS CRÓNICA

DX DIFERENCIAL: Goteo posnasal, reflujo gastroesofágico y tx con fármacos inhibidores de la ECA B-bloqueadores

**POR EXPOSICIÓN A PÓLENES, AIRE, FRÍO**

**+ FCT POR LA MADRUGADA O POR A MAÑANA TEMPRANO**

### CLASIFICACIÓN

#### CUATRO GRUPOS

-Intermitente  
-Persistente leve  
-Persistente moderada  
-Persistente grave

## ¿QUÉ ES?

El asma es una enfermedad heterogénea, caracterizada por inflamación por la inflamación de la vía aérea.

## EPIDEMIOLOGÍA

### PREVALENCIA Y MORTALIDAD

-PREVALENCIA: 4.6-5.9/100 Mujeres, 3.6-4.4 Hombres, en edad infantil en hombres + fct  
-MORTALIDAD: 250.000 muertes a nivel mundial por año

## ETIOLOGÍA

### FACTORES

DEL HUESPED  
Genético: Atopia/hiperreactividad bronquial (IgE), respuesta a tx  
-Obesidad, Leptina  
Sexo: Niño- Mujeres  
AMBIENTALES  
-Alérgenos: Exposición  
-Infecciones: VSR y Virus de influenza  
Sensibilizantes ocupacionales: Asma profesional  
-Tabaco- Combinación ambiental/Doméstica  
-Oveta

### ASMA CRÓNICA

-A. ESCALÓN 1: Corticoesteroides inhalado a dosis bajas y formoterol  
-B. ESCALÓN 2: Corticoesteroides inhalado+SABA+LABA  
-C. ESCALÓN 3: ICS a dosis bajas + B2 agonista de acción larga LABA+ SABA  
-D. ESCALÓN 4: ICS + Formoterol+ LABA + SABA  
-E. ESCALÓN 5: Tx adicional: Tiotropio, anti IgE y anti IL-5

### GRUPOS

-FÁRMACOS DE RESCATE O ALIVIADORES: B2 agonistas de acción corta SABA  
FÁRMACOS CONTROLADORES DE LA ENFERMEDAD:  
-Corticoides inhalados  
-Cromonas (cromoglicato/nedocromil sódico)  
-Teofilinas, B2 agonista de acción larga, anticuerpos monoclonales anti-IgE (omalizumab), antagonistas de los receptores de leucotrienos (montelukast, zafirlukast)

## MANEJO

### DIAGNOSTICO

CLÍNICA: Triada clásica, síntomas cardinales y obstrucción reversible

### DX CONFIRMATORIO

#### ESPIROMETRÍA

-POST BRONCODILATADOR: Aumento de FEV1 y FVC en un 12% >200 ml  
OTRAS: Hiperreactividad bronquial, fracción exhalada de óxido nítrico (NO) (FeNO)

### TRATAMIENTO

#### NO FARMACOLÓGICO

Identificar y evitar alérgenos específicos, fármacos nocivos

#### FARMACOLÓGICA

OTROS: INMUNOTERAPIA

# INHALACIÓN DE POLVOS

## ENTRE ELLAS

-NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD  
-BISINOSIS

### NEUMONITIS POR H.

#### SE CARACTERIZA POR:

La presencia de una respuesta inflamatoria mononuclear en forma difusa del parénquima pulmonar y la vía aérea pequeña, secundaria a la exposición de partículas orgánicas (Proteínas de aves, Hongos, Bacterias termofílicas, Compuestos químicos volátiles y no volátiles de bajo peso molecular)

#### CLÍNICA Y DX

**ADVERSA:** Exposiciones intermitentes y breves a grandes dosis de antígeno (4-8 hrs de exposición) (febre escalofríos, disnea, tos no productiva, malestar general, crepitantes en ambos pulmones, taquipnea y cianosis (-) (c) Asociados con neofilia, infestación RX: infiltrados nodulares mal definidos (-) (c) Áreas de vidrio deslustrado o infiltrados alveolares) + en vértices exceptuando cuando hay pansitización puede haber en las bases.

**SUBAGUDA:** Exposiciones más continuadas pero también de corta duración, con inicio con tos (productiva o no), disnea progresiva al ejercicio, malestar general, anorexia y pérdida de peso.

**RX:** Infiltrados nodulares mal definidos (-) (c) Áreas de vidrio deslustrado o infiltrados alveolares) + en vértices exceptuando cuando hay pansitización puede haber en las bases.

**CLÍNICA:** Exposiciones prolongadas a dosis menores de antígeno (meses o años) (Síntomas de subaguda con predominio en disnea progresiva y tos (puede ser productiva) (Bronquitis crónica del fumador).

**RX:** Infiltrados nodulares lineales, de predominio en lóbulos superiores y que respetan las bases (patrón en panel)

TRATAMIENTO: CORTICOIDES

### BISINOSIS

#### EXPOSICIÓN A POLVO DE ALGODÓN

Clínica: Disnea y opresión tórax la jornada del primer día de trabajo, cuando acude tras un periodo de descenso como el fin de semana "opresión torácica del lunes"

#### CLASIFICACIÓN

**CLASIFICACIÓN**

Grado C 1/2: Padece opresión tórax o tos seca o dificultad respiratoria, ocasionalmente el primer día de la semana laboral.

Grado C 1: Padece opresión tórax o tos seca o dificultad respiratoria, únicamente cada primer día de la semana laboral.

Grado C 2: Padece opresión tórax o tos seca o dificultad respiratoria, el primer día y otros días de la semana laboral.

Grado C: Padece grado C 2, junto con evidencia de un deterioro persistente de la capacidad ventilatoria.

## ¿QUÉ SON?

### GRUPO DE ENFERMEDADES

La inhalación de polvos se asocia a diferentes enfermedades pulmonares. Clásicamente, se diferencia entre polvos orgánicos e inorgánicos

### SILICOSIS

#### ¿QUÉ ES?

Enfermedad fibrótica de los pulmones causada por inhalación, retención y reacción pulmonar al polvo de sílice cristalina (cuarzo, de tamaño respirable" < 0.5-5 micras)

a. Silicosis crónica, simple o clásica  
b. Fibrosis masiva progresiva (silicosis complicada)  
c. Silicosis acelerada, d. Silicosis aguda

### NEUMONIOSIS DE LOS MINEROS DEL CARBÓN

#### ¿QUÉ ES?

Enfermedad del parénquima pulmonar que se produce por la inhalación y depósito de polvo del carbón y la reacción tisular que provoca (exposición de 5-10 años)

-Disnea  
-Rx: Opacidades < 1cm en lóbulos superiores

TRATAMIENTO: NO ESPECÍFICO:  
-Broncodilatadores  
-Antibióticos  
-Vacunación: Influenza, neumococo

## MANEJO

-EXPOSICIÓN AL ASBESTO  
-BERILIOSIS

### BERILIOSIS

#### LA EXPOSICIÓN AL BERILIO

Puede producir una enfermedad aguda que afecta el sistema respiratorio superior hasta una neumonitis química

-RX: Patrón reticulonodular, con adenopatías hilares

#### VIGILANCIA MÉDICA

-No existe tx eficaz  
-Los corticoides no son útiles

### EXPOSICIÓN AL ASBESTO

#### ASBESTOSIS

Evidente tras unos 10 años de exposición prolongada (10-20 años). CLÍNICA:  
-Disnea  
-Tos y expectoración  
-Crepitantes basales y en zonas axilares

RIESGO A: ASBESTOSIS, CÁNCER DE PULMÓN, MESOTELIMA

#### TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO: HC, LBA Y BIOPSIA