



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura En Medicina Humana
Materia:



Nombre del trabajo:
Mapas conceptuales de "Patologías pulmonares"

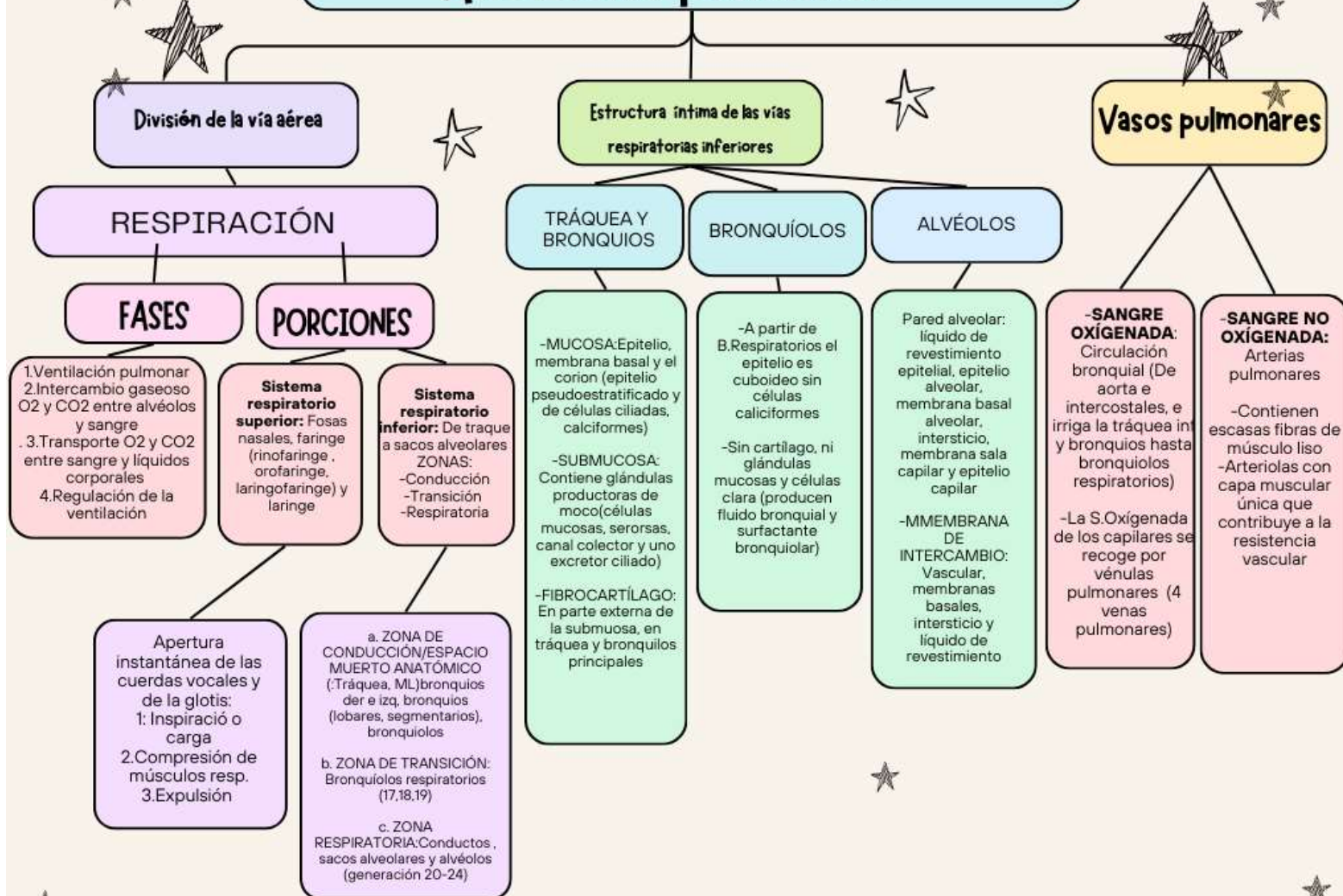
Alumna:
Karen Paulina López Gómez
Grupo: "A" Grado: "7"

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

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

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

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 α 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: Asma/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

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

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)

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