

Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura medicina humana

1er parcial

Paola Guadalupe Hilerio González

Grupo: "A"

Grado: 7º

Clínicas medicas complementarias

Dra. Adriana Bermudez Avendaño



INTRODUCCIÓN

LAS ENFERMEDADES NEUMOLÓGICAS SON UN GRUPO DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO, LA NEUMOLOGÍA ES LA ESPECIALIDAD MEDICA QUE SE ENCARGA DEL ESTUDIO PARA UN BUEN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO; TALES ENFERMEDADES, ,COMO:

SARCOIDOSIS, ENF. EOSINOLIFICA, HIPERTENCION PULMONAR, TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, APNEA, CANCER PULMONAR

PARA ESTUDIAR EL ESTADO DE LOS PULMONES DEL PACIENTE, SE NECESITAN REALIZAR PRUEBAS TANTO DE IMAGEN, LABORATORIALES, O SIMPLEMENTE CON EL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE, LA PRINCIPAL ETIOLOGÍA Y SUS FACTORES DE RIESGO. TAMBIÉN SE CONSIDERAN PRUEBAS FUNCIONALES PARA CONOCER LA CAPACIDAD PULMONAR.

EN LAS SIGUIENTES FLASHCARD SE ABORDARÁ DE CADA PATOLOGÍA ESPECIFICA CONSIDERANDO LOS PUNTOS PRINCIPALES DE SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO,

Eosinofilia pulmonar



Definición

Presencia de infiltrados del parénquima pulmonares por células inflamatorias eosinofilia sanguínea o pulmonar

Tipos

NEC (CRÓNICA)
ABPA
NEA (AGUDA)
SX.Loeffler
SX.hipereosinofílico

Causas

CHINA
Conectivopatía
Helmintos
Idiopáticos
Neoplasias
Alergias

Trichinella spitalis
(Agente bacteriano)

Diagnostico

Eosinofilia periférica
1000 cel/mm³

Clinica
Radiografía
Biopsia transbroquial
Eosinofilia en el tejido
ANCA

Taclopacida vidrio esmerilado
Lavado broncoalveolar
Hisopatológicamente (se observa infiltrados eosinofílicos e histiocitos)

infiltrados eosinofílicos

Clasificación



COMPONENTE MAYOR
Aspergilosis pulmonar
Neumonía eosinofílica c.
Farmacos
Parasitos
Vasculitis (churg-strauss)

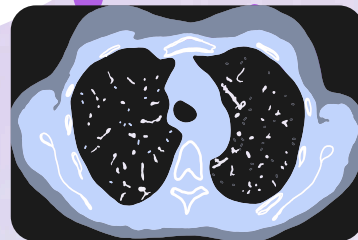
COMPONENTE MENOR
TBC
Neumonía
Sarcoisosis
Artritis reuma

Tratamiento

Corticoides sistémicos
(+mejoría)

Prednisona una dosis de 0.5
mg/kg/día

Metilprednisolona de 1
mg/kg/día



Respuesta exagerada de LT CD4

SARCOIDOSIS

DEFINICIÓN

Principal enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida en la que existe una respuesta exagerada inmunidad celular ?

Activa: Granuloma no caseificante

FACTORES DE RIESGO

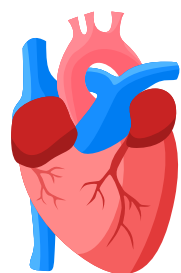


- < 55 años
- Mujeres
- Japoneses
- Antecedentes cardíacos

CRITERIOS JAPÓN

A
Granuloma NO caseificante en biopsia Mioc + Manifestación extracardiaca clínica o histológica

B
Manifestación extra cardiaca clínico o histológica
Anomalías en el EKGy ETT
Defectos perfusión Infiltrados monocitos + fibrosis intersticial



CUADRO CLINICO

- Arritmias BAV
- Fallo cardiaco S-D
- Pericarditis/ tapinamiento
- Pseudo infarto
- Uveitis anterior
- Eritema nodoso
- Fibre (Algunos casos)
- Linfadenopatias parahiliares
- Hepatomegalía
- Ictericia



DIAGNOSTICO

- H.C Y E.F
- EKG
- Holter 24 hrs
- Eco TT →
- RNM
- PET (mayor probabilidad para sarcoidosis activa)
- BIOMARCADORES
- Biopsia Endomiocárdica (si carece de granulomas)
- Dilatación del seg. VD
- Engrosamiento septo
- IM multifactorial

TRATAMIENTO

- Corticoides
- Prednisona 40-60 mg/ 24hrs (reducir hasta 10- 15 mg/24 hrs x 1 o 2 años)
- Metrotexato
- Hidroxicloriaquino



Etiología

Vasopresina, endotelina PGE, Oxido nitrico, histamina, adenosina, bradicilina

Gen BPR2 -ALK1



Fisiopatología

Aumento de la RV pulmonar
Vasoconstrucción
Remodelado de la PV
Trombosis in situ

Clasificación

Clase I: sin síntomas durante act
Clase II: No hay síntomas al estar en reposo
Clase III: es comodo estar en reposo pero hay síntomas durante act
Clase IV: los síntomas se presentan en reposo y durante la act

I. Definición

Enf. grave de difícil diagnóstico y poco conocida. Avanza de forma progresiva, es incapacitante, afectando los pulmones
Aumento de la presión de las arterias pulmonares >25 mmHg en reposo

Diagnostico

Inicial: ECG y ecocardiograma:
Datos de HVD y crecimiento AD
Gold estándar: cateterismo cardíaco

Factores de riesgo

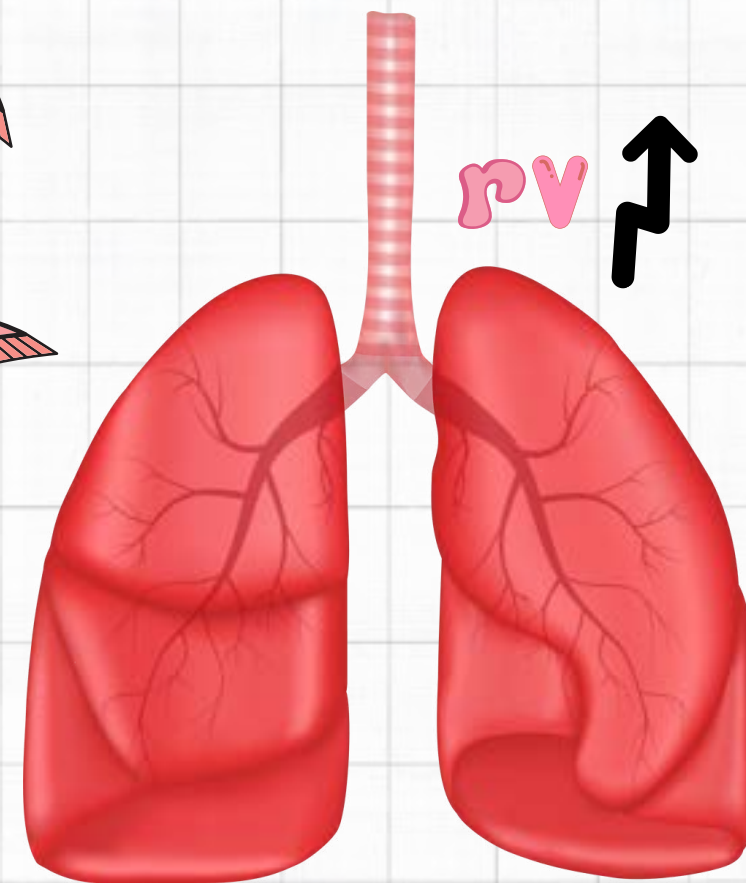
EPOC
Valvulopatías
HAS
Hipertensión portal
SAOS

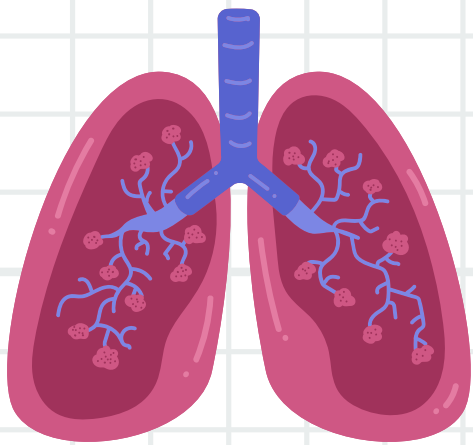
Tratamiento

Clase
I: Nifedipino
II: Bosentan
III Sildenafil
IV. Epoprostenol

- Vasodilatadores
- Estimuladores de la guanilatociclasa
- Antagonista de los receptores de la endotelina
- Warfanina
- Anticoagulantes
- Diureticos

Hipertensión pulmonar





TEP TROMBOEMBOLIA PULMONAR

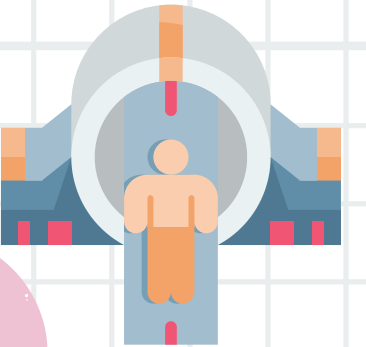
DEFINICIÓN

Obstrucción de una o más arterias pulmonares por un émbolo de alguna parte del territorio venoso

FISIOPATOLOGÍA

V/Q: Ventilación/ perfusión

1. Zona con adecuada ventilación y mal perfusión
2. Obstrucción de la vía aérea pequeña y ductus alveolares
3. Hipoxemia arterial
Aumento de PAO2



DIAGNOSTICO

Clinico (Signo de Homans, Lisker)
Dimero D
USG venoso
TVP

Angiografía pulmonar. TC o por RM y Gammagrafía pulmonar de perfusión

ETIOLOGÍA

TRIADA DE VIRCHOW
Lesión endotelial
Estasis sanguínea
Hipercoagulabilidad



FACTORES DE RIESGO

Presencia de TVP
Cirugía, cáncer, traumatismos pulmonar, edad avanzada, historia familiar o genética

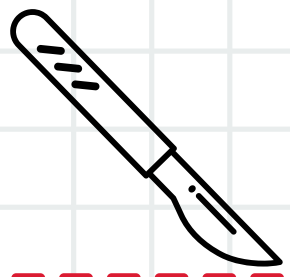
EPIDEMIOLOGÍA

La TEP es la 3º causa más común de muerte por enfermedad vascular.
96% mediante los factores de riesgo

TRATAMIENTO

Anticoagulante: I línea
AOAD
Antagonista de Vit K
HBPM
Duración de la terapia
4-6 semanas: cirugía
3 meses: Factor transitorio no qx
Trombolisis
Trombectomía
Filtro de vena cava.

Trombina
HBPM/HNF
ACO:
Warfarina, acenolumarina
NACO:
Apixaban, niraroxaban



Definición

- Es el trastorno respiratorio crónico más fte. después del asma. puede ser causa de muerte súbito, durante el sueño

Tipos

- **OBSTRUCTIVA:** Flujo cesa por la VRS, orofaringe
- **CENTRAL:** EL FLUJO CESA DEBIDO A UNA AUSENCIA TRANSITORIA DE IMPULSO VENTILARORIO
- **MIXTA:** EPISODIOS CENTRALES (SIN ESFUERZOS AL PRINCIPIO).

Fisiopatología

Obstrucción en faringe



Factores anatomicos
cambio de tono muscular
Estado de consciencia

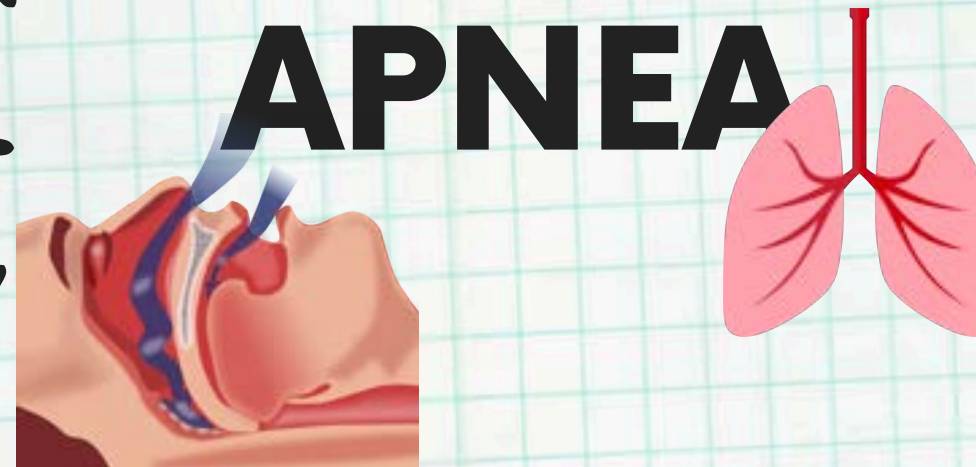
Clasificación

- Leve: <15 pausas en 1hr
- Moderado 15-30 pausas en 1 hr
- Grave >30 pausas en 1hr considerando que cada pausa son de 10 segundos.

Diagnostico

Cuestionario de berlin (adulto).
Escala de somnolencia de Epworth
SACS
PARAMETROS cardiorespiratorios
POLISOMNOGRAFIA

APNEA



Factores de riesgo

- 50-70 años
- Sedentarismo
- Alcoholismo
- Fumadoras
- Obesidad
- Micrognatia
- Hipertrofia de amígdalas



- IC
- HAS
- DM2
- circunferencia del cuello
- Hipertención p.



Tratamiento

ADULTOS
Usar CPAC si no hay alteraciones maxilofacial o de VS
SAOS + OBESIDAD: disminuir peso

EVITAR FACTORES MEJORAR POSICIÓN
EVITAR ALCOHOL. QX. TRAQUETOMIA

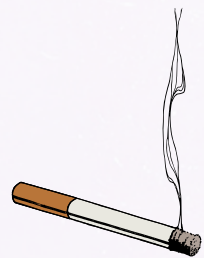
NIÑOS
SAOS+ hipertrofia amigdalina: amigdalectomía
SAOS LEVE O contraindicado de manejo QX

DEFINICIÓN:

Neoplasia maligna originada en el epitelio que recubre el aparato respiratorio (bronquio, bronquiolos y alveolos)

ETIOLOGÍA

Tabaquismo (85-90%)
Humo de leña
Asbento
Ant. familiar

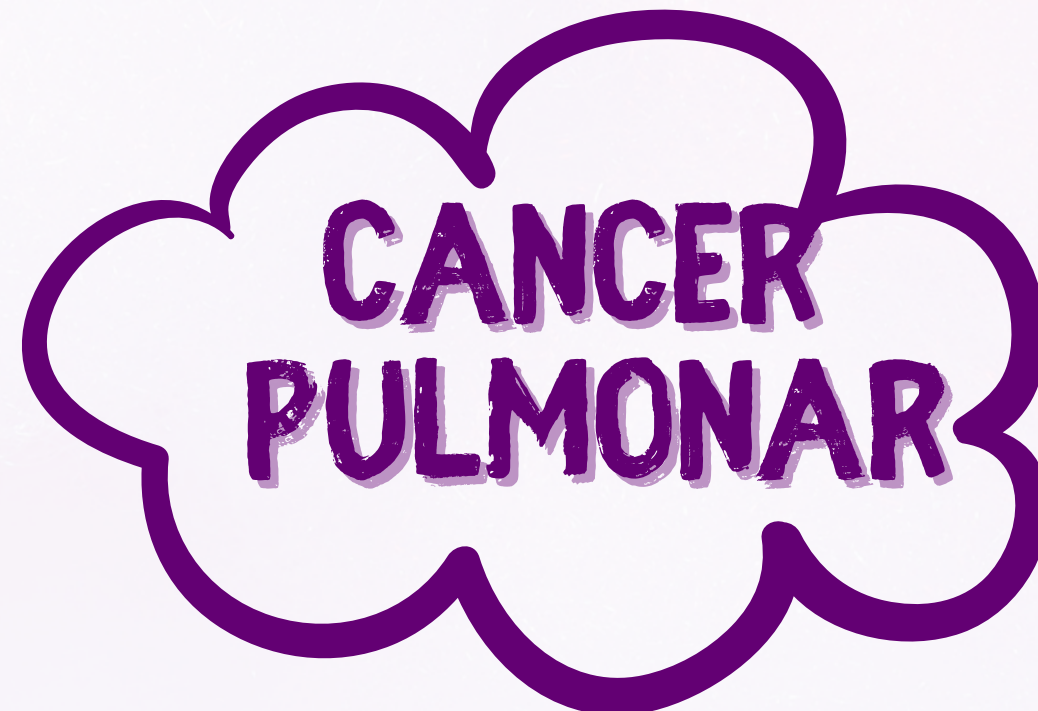
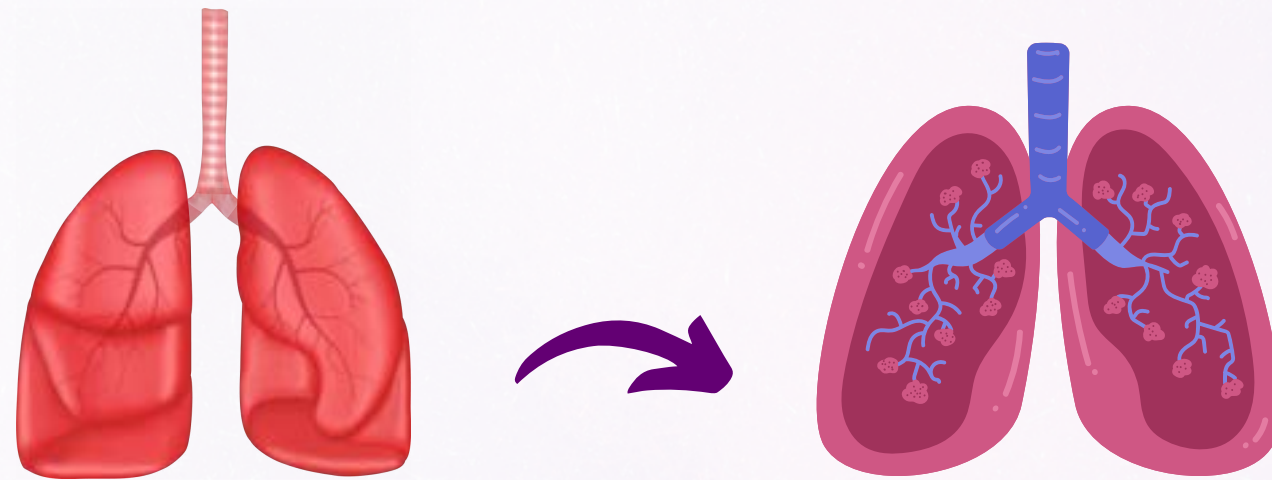


EPIDEMIOLOGÍA

Causa más fre en hombres
El CA + comun es el adenocarcinoma
80% de los CA

CLINICA

TOS (75%)
Dolor torácico (75%)
Disnea 60%
Hemoptisis 35%
perdida de peso 68%



CLASIFICACIÓN

Microcitico: Grano de avena, cental, más agresivo, **Carcinoma epidermoide;** escamoso espinocelular, central.

Adenocarcinoma; Bronquioalveolar, periferico, sintomas tardía, derrame pleural

Carcinoma celulas grandes: periferico, sintomas tardios

DIAGNOSTICO

Sospecha clinica o por tamizaje
LAB: Rx,TC torax,RM cerebral, Biopsia, USG endoscopico broquial.
TC de tórax nodule >8 mm o espiculado
Indice de tabaquismo al diax año



ENF. RESECABLE:

cirugía o RT curativa + estadificación ganglionar mediastinal
Estadio I Y II: Resección Qx
Estadio IIB Y RT neayubante y cirugía
Estadio IV: Tx paliativo
EC I.- III
Lobectomía: tumores >2cm o >5cm
Quimio a base de CISPLATINO

Conclusión

LAS ENFERMEDADES PULMONARES SON CONDICIONES MÉDICAS QUE AFECTAN LOS PULMONES Y PUEDEN TENER UN IMPACTO SIGNIFICATIVO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS, SE CONSIDERA EL CONOCIMIENTO E INFORMACION DE CADA PATOLOGÍA, YA QUE LA MORBI-MORTALIDAD E DISCAPACIDAD DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES SON ELEVADAS, PARA ELLO, DEBEMOS SABER QUE CADA TIPO DE PATOLOGÍA TIENEN SU CAUSA COMUN EN LAS CUALES PUEDEN COMENZAR CON ALGO AGUDO Y CON SU EVOLUCION Y SU RIESGO IRA AUMENTANDO HASTA LLEVAR A LO GRAVE; LA DISNEA, TOS, OPRESION TORACICA, FATIGA, SON LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS QUE SE PRESENTA, EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO SE CONSIDERA, IMAGENES COMO RADIOGRAFIA DE TORAX, TC, CIRUGÍA Y SU REHABILITACIÓN.

Comentario final

ES DE IMPORTANCIA CONOCER Y ESTUDIAR MÁS SOBRE LAS ENFERMEDADES RESPITATORIAS, PERA MEJORAR LA CAPACIDADES PULMONARES DE LOS PACIENTES Y ASI MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE CADA UNO DE ELLOS