

## Licenciatura en medicina humana

**Brayan Velázquez Hernández**

**Medicina**

**ADRIANA BERMUDEZ AVENDAÑO**

**Clínicas medicas complementarias**

**7to**

**Grupo: "B"**

Comitán de Domínguez Chiapas 07/06//20

# ASMA

ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA DE LA VÍA AEREA QUE SE CARACTERIZA POR OBSTRUCCION VARIABLE Y REVERSIBLE AL FLUJO AEREO

## FACTOR DE RIESGO

- **SENSIBILIZANTES:** pelos de animales, ácaros, hongos, polen
- **ATOPIA**
- **PRECIPITANTES:** Ejercicio, tabaco
- **INFECCIONES:** principalmente virus

## FISIOPATOLOGIA

- DISMINUCION DEL CALIBRE Y REMODELACION DE LA VÍA AEREA

## CUADRO CLINICO

DISNEA

SIBILANCIAS ESPIRATORIAS

TOS PAROXISTICA

OPRESION

EF- Pulso

paradójico uso de músculos

### Diagnostico

Accesorios y silencio auscultatorio

En niños menores de 5 años, el cuadro clínico es suficiente para realizar el diagnóstico

### ESTUDIO DE ELECCION

Adultos espirómetro

FVC: normal

FEV1 Disminuido

FEV1/ FVC Disminuido

Reversibilidad del FEV1=  $> 12\%$

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

EPOC, bronquiolitis, insuficiencia cardiaca, edema laríngeo, lesiones endobronquiales TEP - ERGE

### CLASIFICACION

#### ASMA INTERMITENTE

Crisis de disnea breves menos de una vez a la semana

Menos de dos crisis nocturnas al mes

Periodo de intercrítico asintomático y con función renal normal FEV1  $> 80\%$  del teórico

Incluye el asma por ejercicio

#### ASMA PERSISTENTE LEVE

Más de una crisis semanal pero menos de una diaria

Más de dos crisis nocturnas al mes

Situación basal FEV1  $> 80\%$  del teórico

#### ASMA PERSISTENTE MODERADO

Sintomas continuos y más de una crisis nocturna a la semana

Limitación de la actividad del sueño

Situación basal FEV1 60-80% del teórico

#### ASMA PERSISTENTE SEVERO/ GRAVE

Sintomas continuos

Exacerbaciones y crisis nocturnas frecuentes y graves

Situación basal FEV1  $< 60\%$  del teórico

## TRATAMIENTO

PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
<b>CONSIDERAR ICS EN DOSIS BAJAS</b>	ICS en dosis bajas	ICS en dosis bajas/LABA	ICS en dosis intermedias o altas/ LABA	Derivación para el tratamiento complementario Tiotropio-omalizumab-mepolizumab
	Antagonistas de los receptores de leucotrienos Teofilina en dosis bajas	ICS en dosis intermedias o altas ICS en dosis bajas + LTRA o +teofilina	Acción de tiotropio ICS en dosis altas + LTRA o + teofilina	Acción de OCSA EN DOSI BAJAS

# EPOC

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA  
Obstrucción crónica al flujo aéreo progresiva e irreversible

## PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

- TABAQUISMO
- CONTAMINACION AMBIENTAL
- OCUPACIONALES
- DEFICIT de alta alfa 1antitripsina ( enfisema)

## CUADRO CLINICO

- Tos crónica con esputo y disnea

## FISIOPATOLOGIA

LA LIMITACION DEL FLUJO AEREO ESTA PRODUCIDO POR ENFERMEDADES DE VIAS AEREAS PEQUEÑAS Y DESTRUCCION PARENQUIMATOSA

## Diagnostico

- Estudio de elección ESPIROMETRIA
- DIAGNOSTICO DEFERENCIAL
  - ASMA- FALLA CARDIACA CONGESTIVA
  - Bronquiectasias

FEV1/FVC = 0.7

## CLASIFICACION

- LEVE – sobre valor teórico <80%
- MODERADA – sobre valor teórico >50 y <80 %
- GRAVE – sobre valor teórico >30 y <50%
- MUY GRAVE -- <30 y <50 % - si además existe si además existe cor-pulmonale o insuficiencia respiratoria

## FORMACION CLINICA

- EFISEMA: dilatación y destrucción de los espacios aéreos distales al bronquiolo terminal sin fibrosis
- BRONQUITIS CRONICA presencia de tos productiva crónica durante tres meses al año o al menos 2 al año consecutivos

ASPECTO: asténico – EDAD:>60 años – DISNEA: grave  
 ESPUTO: escaso y mucoso -- POLIBLOBULINA: Rara -- COR PULMONAIE: raro ESFUERZO INSPIRATORIO: intenso  
 AUSCULTACION: disminución del murmullo vesicular e hipercardiada retro esternal

ASPECTO: Pícnico – EDAD:+/-50años – DISNEA: leve  
 ESPUTO: abundante y purulento -- POLIBLOBULINA: frecuente - COR PULMONAIE: frecuente ESFUERZO INSPIRATORIO: frecuente  
 AUSCULTACION: roncus y sibilancias

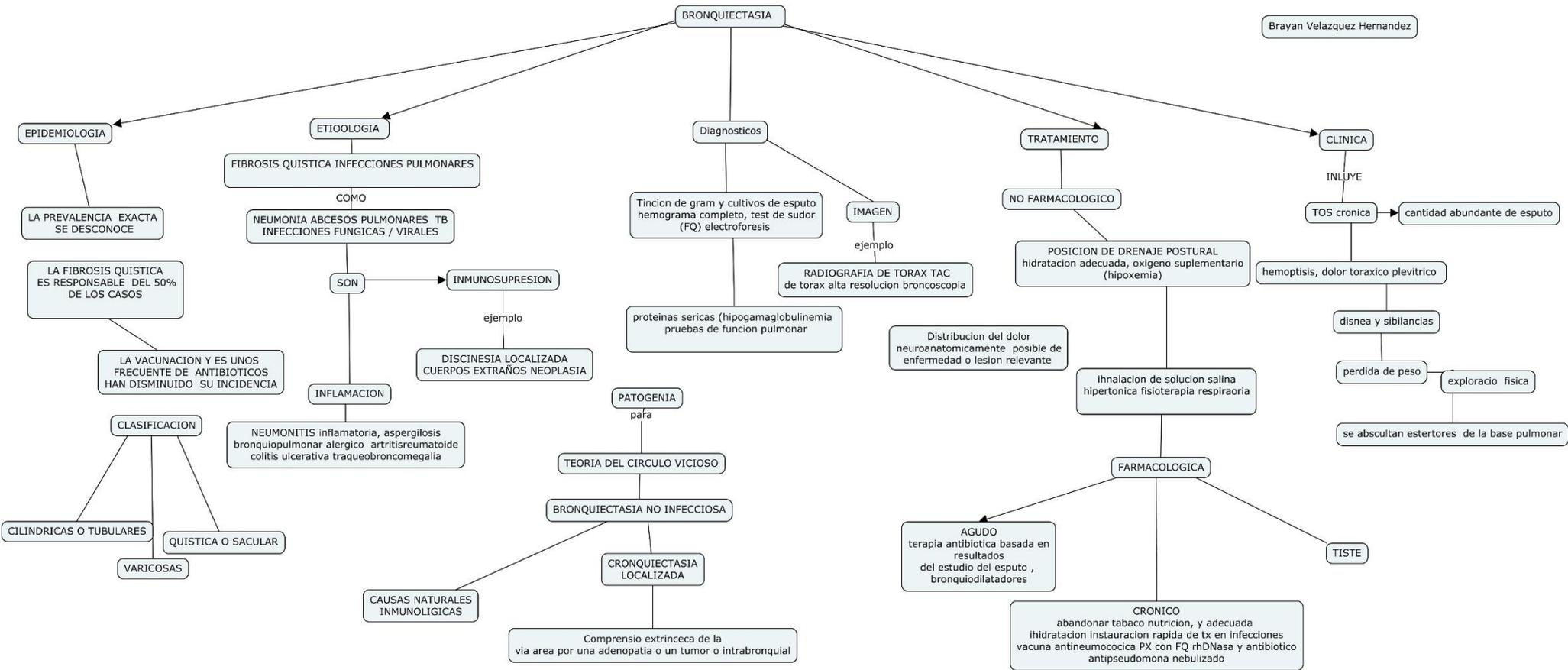
## FORMACION CLINICA

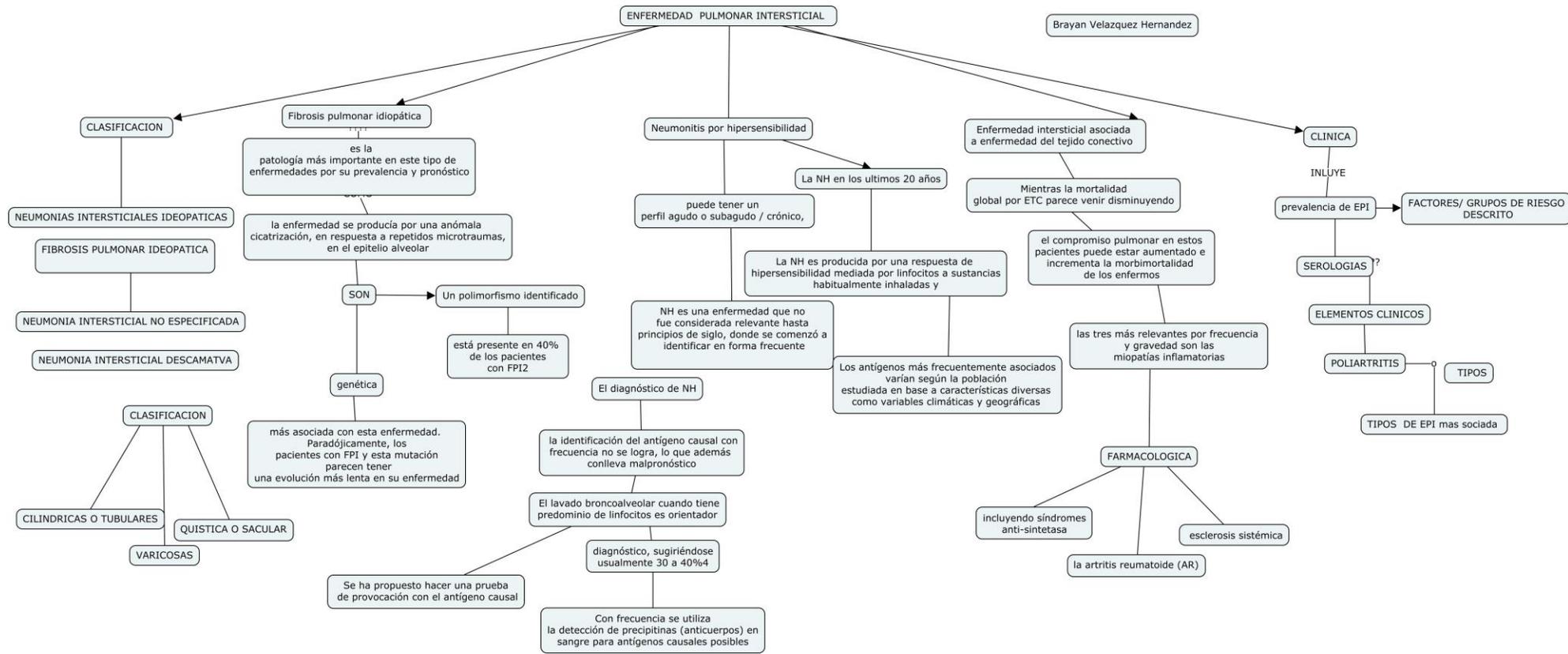
### FARMACOLOGICO:

- AGONISTAS BETA 2
- ANTICOLINERGICOS de accion corta a demanda
- SALBUTAMOL
- BROMUTO DE IPRATROPIOS

### NO FARMACOLOGICO:

- Abandono de tabaco
- Oxigenoterapia : minimo 15 horas al dias único tratamiento que prolonga supervivencia
- Profilaxis : Vacuna antigripal y anti- neumococo





## Bibliografía

*¿Qué son las enfermedades pulmonares intersticiales?* (s/f). NHLBI, NIH. Recuperado el 10 de octubre de 2024, de

<https://www.nlm.nih.gov/es/salud/enfermedades-pulmonares-intersticiales>

Steinbach, T. (s/f). *Bronquiectasias*. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 10 de octubre de 2024, de

<https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/bronquiectasias-y-atelectasias/bronquiectasias?ruleredirectid=757>

(S/f-a). <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.63.3.06>

(S/f-b). Recuperado el 10 de octubre de 2024, de <http://file:///C:/Users/braya/Downloads/S169628180573273X.pdf>