



Alumno: Karla Guadalupe Cornelio Jiménez

Docente: Luis Manuel correa bautista

Materia: Fisiopatología

Grado: 4^{to} Cuatrimestre

Grupo: "G"

UNIDAD III.

La enfermedad coronaria es un conjunto de alteraciones cardíacas que ocurren por un desequilibrio entre el flujo sanguíneo de las arterias coronarias o flujo coronario y el requerimiento de oxígeno del músculo cardíaco o miocardio. Los tipos de enfermedades coronarias son **la angina de pecho** es un dolor, generalmente de carácter opresivo, localizado en el área retro esternal. El mismo es ocasionado por insuficiente aporte de sangre (oxígeno) a las células del miocardio sin llegar a provocar necrosis celular, **la angina de Prinzmetal**, es un trastorno cardíaco poco frecuente, caracterizado por ciclos de angina (dolor de pecho), generalmente después de un evento estresante como la abstinencia de bebidas alcohólicas o durante la exposición al frío. Esto ocurre por la contracción de una arteria coronaria, **Infarto agudo de miocardio** ataque al corazón, ataque cardíaco o infarto, hace referencia a una falta de riego sanguíneo (infarto) en una parte del corazón ("Agudo" significa súbito, "mío" músculo, y "cardio" corazón), producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, **el síndrome de Dressler** es un tipo de pericarditis que ocurre cuando ha habido daño al corazón o al pericardio, con frecuencia días o semanas después de un infarto al miocardio. Por lo general, no ocurre acompañado de una recidiva del infarto.

La arritmia es un trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco. El corazón puede latir demasiado rápido (taquicardia), demasiado lento (bradicardia) o de manera irregular. Los latidos del corazón ocurren como consecuencia de unos impulsos eléctricos que hacen que las aurículas y los ventrículos se contraigan de forma adecuada, sincrónica y rítmica. La frecuencia cardíaca normalmente oscila entre 60 y 100 latidos por minuto (lpm). Estos trastornos cardíacos aparecen por alguno de estos tres motivos: 1. El impulso eléctrico no se genera adecuadamente 2. El impulso eléctrico se origina en un sitio erróneo. 3. Los caminos para la conducción eléctrica están alterados. El trastorno puede causar síntomas como palpitaciones, mareo, síncope, dolor torácico o pérdida de conocimiento, pero también pueden pasar inadvertidas y detectarse casualmente cuando se realizan pruebas diagnósticas.

La estenosis de la válvula aórtica, o «estenosis aórtica», se produce cuando la válvula aórtica del corazón se estrecha. Este estrechamiento impide que la válvula se abra por completo, lo que reduce u obstruye el flujo sanguíneo del corazón a la arteria principal del cuerpo (aorta) y hacia el resto del organismo.

La estenosis de la válvula aórtica se produce cuando la válvula aórtica del corazón se estrecha. Este estrechamiento impide que la válvula se abra por completo, lo que reduce u obstruye el flujo sanguíneo del corazón a la arteria principal del cuerpo (aorta) y hacia el resto del organismo. Se produce cuando la válvula aórtica del corazón se estrecha. Este estrechamiento impide que la válvula se abra por completo, lo que reduce u obstruye el flujo sanguíneo del corazón a la arteria principal del cuerpo (aorta) y hacia el resto del organismo.

Esto se produce cuando el flujo de sangre que pasa por la válvula aórtica se reduce o se obstruye, el corazón debe trabajar más para bombear sangre al cuerpo.

Los signos y síntomas de la estenosis de la válvula aórtica se manifiestan cuando el estrechamiento de la válvula es grave. Algunos síntomas son:

- Sonido cardíaco anormal (soplo cardíaco) que se puede escuchar con un estetoscopio
- Dolor en el pecho (angina de pecho) o presión con la actividad
- Sensación de desmayo o de mareo, o desmayos al realizar actividades
- Dificultad para respirar, especialmente después de realizar actividad física
- Fatiga, especialmente durante los momentos de mayor actividad
- Palpitaciones: sensación de latidos del corazón rápidos y agitados
- No comer lo suficiente (especialmente en niños con estenosis de la válvula aórtica)
- No aumentar de peso lo suficiente (especialmente en niños con estenosis de la válvula aórtica).

El corazón bombea la sangre en una sola dirección. Las válvulas cardíacas desempeñan un papel esencial en este flujo unidireccional de sangre, al abrirse y cerrarse con cada latido.

Los cambios de presión detrás y delante de las válvulas, les permite abrir sus «puertas» que son como hojuelas (denominadas «valvas») precisamente en el momento debido y luego cerrarlas firmemente para evitar el retroceso de la sangre.

El corazón cuenta con cuatro válvulas: tricúspide, pulmonar, mitral, aórtica

Hay dos tipos de problemas pueden alterar el flujo de sangre por las válvulas: la regurgitación y la estenosis.

La **regurgitación** se produce cuando una válvula no cierra bien y permite que se produzca un reflujo de sangre, en lugar de que ésta fluya, en forma unidireccional, como corresponde. La estenosis es cuando las valvas no se abren lo suficiente y sólo puede pasar una pequeña cantidad de sangre por la válvula. Se produce una estenosis cuando las valvas se vuelven más gruesas, se endurecen o se fusionan. Debido al estrechamiento de la válvula, el corazón debe esforzarse más para bombear sangre al cuerpo.

Los trastornos de ventilación se caracterizados por alteraciones en la PaCO₂, incluyen a las alteraciones en la producción de CO₂, ventilación minuta o del espacio muerto del aparato respiratorio. Muchas enfermedades causan aumento agudo en la producción de CO₂; los trastornos crónicos ventilatorios se relacionan con una fracción del espacio muerto o con la ventilación minuto inadecuadas.

TOS Es la maniobra espiratoria brusca y de carácter explosivo que tiende a eliminar el material presente en las vías aéreas, pudiendo llegar a ser extenuante para el paciente, impidiéndole descansar y conciliar el sueño.

DISNEA sensación molesta de dificultad al respirar, que le obliga a inspirar con mayor esfuerzo muscular, para expandir la cavidad torácica y poder sacar el aire de los pulmones. La fatiga de los músculos respiratorios produce sensación de —tirantez del pecholl. La causa de la disnea puede ser pulmonar, cardíaca, circulatoria, química, central, psicógena y paroxística nocturna

Fisiopatología bucal Anatomía del diente y la cavidad oral.

El diente es un órgano duro, blanco y liso que sirve básicamente para masticar los alimentos. Está constituido macroscópicamente por tres partes: la corona, o porción situada por encima de la encía; la raíz, o porción situada por debajo de la encía, y el cuello, zona de separación entre la corona y la raíz.

El esmalte, la dentina y la pulpa son los tejidos dentarios, y la encía es el tejido peri dentario blando que se adhiere al cuello de los dientes, toma su forma y texturas definitivas con la erupción de los dientes.

Enfermedades y lesiones más frecuentes

La xerostomía que se presenta en los ancianos no es fisiológica, sino, en general, manifestación de una enfermedad o efecto secundario de algún medicamento.

La xerostomía favorece el crecimiento bacteriano, dificulta la higiene de prótesis dentales, así como la permanencia de éstas en su sitio; la saliva favorece la formación del bolo alimenticio y degrada en primera instancia varios de los hidratos de carbono de la dieta

Dolor buco facial (síndrome miodisfuncional doloroso, síndrome de Costen) El delicado equilibrio que guardan los grupos de músculos en la cara, cabeza, cuello y hasta la cintura escapular es muy vulnerable y pierde su simetría con suma facilidad provocando dolor, en muchas ocasiones intenso. El origen puede ser muy variado: intrabucal (dientes, periodonto, mucosa, hueso, lengua y laringe), extra bucal (ATM, neuralgia del trigémino o posherpética o dolor facial atípico) y sistémico (depresión, artritis reumatoide, osteoartritis, fibromialgia o medicamentos).

Estomapirosis Es la sensación urente de la mucosa oral, sin lesiones causantes aparentes. es un trastorno intraoral crónico doloroso de causa poco conocida, más frecuente en las mujeres menopáusicas.

Las aftas, provenientes en la mayoría de los casos de infecciones virales, causan dolor, dificultad al movimiento de la lengua y de la cinética de la masticación; además, alteran la fonación y la deglución de manera secundaria. La localización frecuente de las aftas es la mucosa labial, el dorso de la lengua y el suelo de la boca

Las alteraciones del color son las lesiones más características de la mucosa bucal, y dentro de este grupo, las lesiones blancas son las más frecuentes. Se pueden dividir en dos grandes grupos: las que pueden ser eliminadas con el raspado

Lesiones reactivas Queratosis «friccional» Es una reacción del epitelio que se protege de un traumatismo de poca intensidad, pero repetido durante períodos prolongados. Estas lesiones se localizan bien en la mucosa alveolar desdentada por el traumatismo de la masticación o por prótesis removibles mucoso portadas, bien en los labios o en la mucosa yugal por algún borde agudo de un diente o por el traumatismo de las muelas del juicio o incluso en la encía por un cepillado excesivamente enérgico.

Lesiones blancas relacionadas con el tabaco a) «Palatitis nicotínica Es una lesión que aparece en los grandes fumadores, sobre todo de pipa y cigarros puros. Clínicamente observamos un paladar de color blanquecino-grisáceo con un aspecto cuarteado y un punteado rojizo que corresponde a los conductos hipertrofiados de las glándulas salivales

Leucoplasia Es la lesión blanca por excelencia, ya que sirve de referencia en el diagnóstico diferencial por su carácter precanceroso. Se define como «una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definible».

Queilitis actínica Frecuente alteración de la mucosa labial (generalmente la inferior) debida a la exposición habitual y prolongada a la luz solar. Lesión precancerosa, con mucosa pálida, atrófica y brillante con unos límites mal definidos.

Lesiones infecciosas Candidiasis (4, 5) La *Cándida albicans* es un germen comensal del área orofaríngea. Su transformación en agente patógeno depende de factores locales o generales como la depresión de la inmunidad celular (VIH —virus inmunodeficiencia humana—, tratamientos quimioterápicos, corticoide inhalado o sistémico), por interferencia con la flora normal microbiana por el abuso de antibióticos, por la malnutrición

Fisiopatología hepática

La insuficiencia hepática aguda (IHA) es una enfermedad multiorgánica de etiología diversa caracterizada por un súbito y grave daño hepático; asociada a una elevada morbimortalidad,

con incidencia de uno a seis casos por millón por año. Su historia natural es variable, el sustrato fisiopatológico fundamental es una intensa respuesta inflamatoria sistémica que evoluciona a disfunción orgánica múltiple de no controlarse.

Colelitiasis La arenilla biliar suele ser precursora. Está formada por bilirrubinato de calcio (un polímero de la bilirrubina), microcristales de colesterol y mucina. La arenilla biliar se desarrolla durante la estasis vesicular, como en el embarazo o en pacientes que reciben nutrición parenteral total. La mayor parte de los pacientes con arenilla biliar no presentan síntomas.

Hay varios tipos de cálculos biliares; La bilis debe estar sobresaturada con colesterol. En condiciones normales, el colesterol no hidrosoluble se convierte en hidrosoluble al combinarse con sales biliares y lecitina y formar micelas mixtas, El exceso de colesterol debe precipitar en la solución en forma de microcristales sólidos. Esta precipitación en la vesícula biliar se acelera en presencia de mucina, los microcristales deben agregarse y crecer. Este proceso se facilita gracias al efecto fijador de la mucina, que forma una estructura básica, y a la retención de los microcristales en la vesícula biliar.

Unidad IV

Fisiopatología de la nutrición: La exploración del estado nutricional del individuo requiere distintas herramientas que en su conjunto permiten realizar la evaluación o diagnóstico del estado nutricional de forma global. Estas herramientas son: anamnesis, exploración física, estudios analíticos y técnicas especiales.

La anamnesis se lleva a cabo mediante una encuesta sistemática y precisa. Debe incluir la presencia de enfermedades que puedan alterar el estado de nutrición (por ej. digestivas, endocrinas, renales, etc.), las modificaciones en el peso y la variación de la ingesta (cantidad y tipo de nutrientes). La exploración física se lleva a cabo mediante técnicas de exploración propiamente dichas, así como mediante una observación detallada, que permiten la recogida de gran cantidad de datos. A partir de los datos del peso y la altura del individuo se obtiene el índice de Quetelet (o índice de masa corporal, IMC), Los estudios analíticos permiten evaluar de forma global el estado nutricional y los diferentes componentes proteicos. Así los estudios de inmunidad celular tanto in vitro (linfocitos totales) como in vivo (pruebas de hipersensibilidad retardada) evalúan de forma global la presencia de malnutrición.

Desnutrición Es un síndrome de origen dietético originado por un deficiente consumo de nutrientes en relación con los requerimientos fisiológicos del individuo. Se produce cuando la ingesta de energía es inferior al gasto energético total durante un periodo de tiempo considerablemente prolongado, en especial en niños y lactantes. La malnutrición incluye todas las situaciones en que la nutrición es anormal (por defecto o por exceso) con respecto a uno

o varios nutrientes; sin embargo, la desnutrición indica un inadecuado aporte calórico, habitualmente asociado a un escaso aporte proteico. La desnutrición suele ser mixta (calórico-proteica), pero excepcionalmente afecta de modo preferente a uno de estos dos componentes.

Alteración del metabolismo

Problemas nutricionales asociados a la enfermedad neoplásica

La anorexia se puede considerar el primer problema, de origen multifactorial, que dificulta la alimentación por vía oral. Los pacientes reducen progresivamente la ingesta, con escasa respuesta ante las necesidades energético-proteicas. La consecuencia de un balance negativo sostenido es la pérdida de reservas lipídicas y proteicas.

Un gran número de enfermedades renales, incluyendo la nefroesclerosis inducida por hipertensión, afectan al riñón en forma focal dejando indemne una variable proporción del tejido. Para evitar la acumulación de productos metabólicos que causan la uremia, las nefronas sobrevivientes asumen la función de los glomérulos dañados a través de cambios adaptativos que eventual e inexorablemente conducen a su propia destrucción.

Alteraciones del hipotálamo El hipotálamo es la parte del cerebro donde la actividad del sistema nervioso autónomo y de las glándulas endocrinas, que controlan diversos sistemas en el organismo, se integran con la información que proviene de otros centros que dan lugar a las emociones y al comportamiento.

Las emociones tienen una interacción con estos sistemas para coordinar las respuestas conductuales y hormonales apropiadas. El temor y el dolor activan centros límbicos, hipotalámicos y de otro origen para coordinar los comportamientos estereotípicos de defensa (pelea o huida) y recuperación. Estas respuestas emocionales ante diversos eventos estresantes

La tiroides es una glándula en forma de mariposa ubicada en el cuello, justo arriba de la clavícula. Es una de las glándulas endocrinas que producen hormonas. Las hormonas tiroideas controlan el ritmo de muchas actividades del cuerpo. Estas incluyen la velocidad con la que se queman calorías y cuán rápido late el corazón. Todas estas actividades componen el metabolismo del cuerpo. La alteración de la glándula tiroides aumenta el riesgo cardiovascular. Las hormonas tiroideas tienen efectos directos sobre el sistema cardiovascular. Recientes estudios asocian la alteración de estas glándulas (hipotiroidismo o hipertiroidismo) con un mayor riesgo de arritmias y muerte cardiovascular.

Las enfermedades cutáneas son tratadas por un dermatólogo (médico dermatólogo). También las enfermedades de los anexos cutáneos (el pelo, las uñas, el sebo y el sudor) son consideradas enfermedades cutáneas, ya que estas estructuras (calificadas también como

órganos anexos) son de procedencia epidérmica, aunque a veces nacen profundamente en la dermis.

1. Bibliografía

Robbins(1999)Patología estructural y funcional. Edit McgrawHill.España. •
Robbins(1995)Patología estructural y funcional. Edit McgrawHill.España. • Marco Tulio Mérida (2001) Patología General y Bucal. Edit Universidad de Carabobo. •
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/sistema_inmunitario.pdf o Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. Acute and chronic inflammation. In: Saunders (Elsevier). Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease. 8th. ed. New York: McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 58-31. o Cook JM, Deem TL. Active participation of • endothelial cells in inflammation. J Leukoc Biol. 2005 ; 77 (4): 487-95. o Munford RS. Severe sepsis and septic shock: the role of gramnegative bacteremia. Annu Rev Pathol. 2006 ; 1 (1): 467-96. o Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Médica. 11va. ed. Philadelphia: Elsevier; 2006. o Dale DC, Boxer L, Liles WC. The phagocytes: neutrophils and monocytes. Blood. 2008 ; 15 (112): 935-45. o Gómez RA, Guerra T, Dita L, Fernández JD, Cabrera M. Teoría celular de la coagulación: de las cascadas a las membranas celulares. Medisur [revista en Internet]. 2011 ; 9 (2): [aprox. 10p]. Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/articulo/view/1177/633>. • <https://scykness.wordpress.com/2013/04/19/neurofisiologia-fisiologia-de-losreceptores/> • <https://medicina.uc.cl/publicacion/fisiopatologia-la-circulacion-coronaria-2/> • Stewart BF, Siscovick D, Lind BK, Gardin JM, Gottdiener JS, Smith VE, et al. Clinical factors associated with calcific aortic valve disease. Cardiovascular Health Study. J Am Coll Cardiol 1997;29:630-4. • Palta S, Pai AM, Gill KS, Pai RG. New insights into the progression of aortic stenosis: implications for secondary prevention. Circulation 2000;101:2497- 502. • Sprecher DL, Schaefer EJ, Kent KM, Gregg RE, Zech LA, Hoeg JM, et al. Cardiovascular features of homozygous familial hypercholesterolemia: analysis of 16 patients. Am J Cardiol 1984;54:20-30. • Otto CM, Kuusisto J, Reichenbach DD, Gown AM, O'Brien KD. Characterization of the early lesion of 'degenerative' valvular aortic stenosis. Histological and immunohistochemical studies. Circulation 1994;90:844-53.