



# Universidad del Sureste

## Escuela de Medicina



**Nombre de alumno:**

**Emili Valeria Roblero Velazquez**

**Nombre del profesor:**

**Miguel Basilio Robledo**

**Nombre del trabajo:**

**Tabla**

**Materia:**

**Fisiopatología II**

**Grado: 3 Grupo: "B"**

Tapachula, Chiapas a 12 de octubre de 2023

Nombre patología	Definición	Etiología	Clasificación	Clínica	Aspectos importantes de la fisiopatología	Métodos de diagnóstico	Tratamiento	Aspectos relevantes
<b>EPOC</b>	La definición clásica de EPOC presenta obstrucción crónica del flujo de aire que por lo general ocurre cuando hay exposiciones ambientales nocivas: por lo común tabaquismo o de cigarrillos.	El enfisema, la bronquitis crónica y la enfermedad de las vías respiratorias pequeñas se presentan en grados variables en distintos pacientes con EPOC. Aquellos con antecedente de tabaquismo de cigarrillos sin obstrucción crónica del flujo de aire pueden tener bronquitis crónica, enfisema y disnea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENFISEMA: Enfermedad definida, que se caracteriza por destrucción alveolar con agrandamiento del espacio aéreo.</li> <li>• BRONQUITIS CRÓNICA: Trastorno con tos y flemas.</li> <li>• ENFERMEDAD DE VÍAS RESPIRATORIAS PEQUEÑAS: Afección en la cual los</li> </ul>	La limitación del flujo de aire, un cambio fisiológico importante en la EPOC, puede sobrevenir por enfermedad de las vías respiratorias pequeñas o enfisema. Las vías respiratorias pequeñas pueden quedar estrechadas por células (hiperplasia y acumulación), moco y fibrosis, y se ha	Los cambios en las vías respiratorias de gran calibre causan tos y producción de esputo, mientras que en las pequeñas y los alvéolos causan alteraciones fisiológicas. En la mayoría de las personas con EPOC hay inflamación de las vías respiratorias, destrucción de estas últimas y enfisema; sin	ANAMNESIS: Los tres síntomas más comunes de EPOC son tos, producción de esputo, y disnea de esfuerzo. DATOS FÍSICOS: En las etapas tempranas de la EPOC, el examen físico generalmente resulta normal. DATOS DE LABORATORIO: El dato característico de la EPOC es la obstrucción	Los dos objetivos principales de la terapia son proporcionar alivio de los síntomas (reducir los síntomas respiratorios, mejorar la tolerancia al ejercicio, y el estado de salud) y disminuir el riesgo futuro (prevenir progresión de la enfermedad, exacerbaciones y tratarlas, y disminuir la mortalidad). Broncodilatadores En general, los broncodilatadores son	La deficiencia grave de α1AT es un factor de riesgo genético probado para EPOC; hay evidencia creciente de que también hay otros determinantes genéticos.

			<p>bronquiolos están estrechados y reducidos en números.</p>	<p>demostrado que su destrucción extensa es un dato característico de la EPOC avanzada</p>	<p>embargo, parecen ser procesos relativamente independientes, y sus contribuciones relativas a la obstrucción varían de una persona a otra.</p>	<p>n del flujo de aire (véase antes).</p>	<p>el tratamiento primario para la mayoría de los pacientes con EPOC, y se usan para beneficio sintomático y para reducir exacerbaciones. Antagonistas muscarínicos anticolinérgicos. P-agonistas Los P-agonistas de acción corta disminuyen los síntomas con mejorías agudas de</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--	--

							la función pulmonar.	
<b>ASMA</b>	El asma es un síndrome que se caracteriza por la obstrucción de las vías respiratorias, que varía mucho, tanto de manera espontánea como cuando se administra tratamiento .	Atopia Es el principal factor de riesgo para padecer asma y las personas sin atopia tienen posibilidad muy baja de presentar la enfermedad . La aparición del asma en familias y el alto grado de concordancia respecto de la enfermedad en gemelos idénticos denotan una predisposición genética. Si bien las infecciones virales (en particular	Intermitente. Persistente leve. Persistente moderada.	Los síntomas característicos del asma son sibilancias , disnea y tos, los cuales varían tanto de forma espontánea como con el tratamiento. Las manifestaciones a menudo empeoran durante la noche y es típico que el individuo despierte muy temprano en la mañana. El	El cuadro histopatológico del asma se conoce gracias a la exploración de los pulmones en la necropsia de individuos que fallecieron por esta enfermedad y también a biopsias bronquiales de personas con asma leve. Los eosinófilos y linfocitos T activados infiltran la	En general, el diagnóstico de asma se establece con base en los síntomas de obstrucción respiratoria variable e intermitente, pero suele confirmarse con estudios objetivos de la función pulmonar. La espirometría simple permite confirmar la limitación	El tratamiento del asma es directo y la mayoría de los enfermos hoy día recibe un tratamiento eficaz e inocuo de manos de un internista. El tratamiento tiene varios objetivos. Se ha concedido gran importancia a la farmacoterapia, pero también se han seguido varias estrategias no	Un signo característico es el engrosamiento de la membrana basal por almacenamiento de colágeno en el plano subepitelial.

		por rinovirus) son desencadenantes antes frecuentes de exacerbaciones asmáticas, no se sabe si intervienen como factores causales.		paciente puede señalar dificultad para llenar de aire los pulmones. En algunos individuos, aumenta la producción de moco, que es espeso, pegajoso y difícil de excepto.	mucosa respiratoria y hay activación de los mastocitos de la mucosa.	del flujo de aire por el FEV1 reducido y la reducción del cociente FEV1/JFVC y el PEF. La radiografía de tórax suele ser normal, pero en los individuos más graves puede mostrar hiperinsuflación pulmonar	farmacológicas. Los principales fármacos antiasmáticos se dividen en broncodilatadores, que logran el alivio rápido de los síntomas porque relajan el músculo liso de las vías respiratorias, y los controladores, que inhiben los mecanismos inflamatorios básicos.	
<b>NEUMONÍA</b>	La neumonía es una infección del parénquim	La lista extensa de posibles microorganismos causales de la neumonía	Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) o extrahospitalaria y neumonía nosocomial o	El individuo a menudo tiene fiebre y taquicardia, o	Los factores mecánicos son de importancia decisiva en las	En el diagnóstico diferencial se incluyen enfermedades	Una vez que se conocen los microorganismos causales y los datos de	Un microbiota alveolar normal eleva la posibilidad de una vía alternativa

<p>a pulmonar. La neumonía es consecuencia de la proliferación de microorganismos a nivel alveolar y la respuesta contra ellos son desencadenada por el hospedador.</p>	<p>extrahospitalaria, comprende bacterias, hongos, virus y protozoos. Entre los patógenos de identificación reciente están los virus hanta, metapneumovirus,</p>	<p>intra-hospitalaria (NIH)(5).</p>	<p>antecedentes de escalofríos y sudación. La tos a veces es productiva y expulsa esputo mucoso, purulento o hemoptico. La hemoptisis evidente sugiere neumonía por CA-MRSA. Según la gravedad de la infección, el individuo a veces puede decir frases completas o quedarse</p>	<p>defensas del hospedador. Las vibrisas y los cornetes de las vías nasales capturan las grandes partículas inhaladas antes de que alcancen la porción baja de las vías respiratorias, y las ramificaciones del árbol traqueobronquial atrapan los microbios en el epitelio de revestimiento, en</p>	<p>desinfeccións y no infecciosas como bronquitis aguda, exacerbación aguda de bronquitis crónica, insuficiencia cardíaca, embolia pulmonar, neumonitis por hipersensibilidad y neumonitis por radiación. Nunca está de más insistir en la importancia de una anamnesis completa. Tinción de gran y</p>	<p>sensibilidad a fármacos, se modifica el tratamiento para dirigirse a microorganismos específicos; sin embargo, tal decisión no siempre es inmediata o directa. Si en los hemocultivos se identifica S. pneumoniae sensible a penicilina después de dos días de administrar un macrólido y además un β lactámico o una fluoroquinolona, se</p>	<p>para el desarrollo de neumonía. Este microbiota es similar a la orofaríngea; ambas son de predominio grampositivas en contraste con el medio gramnegativo de la gastrointestinal normal.</p>
---	--	-------------------------------------	--	--	---	--	---

				sin aliento.	donde, por mecanismos de eliminación o limpieza mucociliar y por factores antibacterianos locales, el patógeno es eliminado o destruido.	cultivo de esputo.	plantea el dilema de si habría que cambiar a la penicilina	
<b>BRONQUIOLITIS</b>	. Las bronquiolitis son relativamente comunes y ocurren en una variedad de condiciones clínicas, incluyendo enfermedades del tejido conectivo y otras enfermedades	Las causas de bronquiolitis son múltiples. En los niños, las más frecuentes son las bronquiolitis de etiología infecciosa, particularmente las producidas por virus	Bronquiolitis primarias. Bronquiolitis constrictiva. Bronquiolitis respiratoria del fumador Bronquiolitis folicular Panbronquiolitis difusa Bronquiolitis por inhalación Polvos minerales Bronquiolitis asociadas a	La bronquiolitis se caracteriza por un cuadro clínico de tos intermitente o persistente y disnea con una duración de semanas o meses.	La patogenia no es del todo conocida, si bien, en la mayoría de los casos, la lesión se inicia en el epitelio bronquiolar con una inflamación persistente	La TC torácica de alta resolución ha demostrado ser una herramienta de primera línea para el diagnóstico de estos casos, dado que los	Está indicado el empleo de broncodilatadores inhalados y antitusígenos para el tratamiento de la tos persistente, aunque con resultados variables. Los antibióticos macrólidos,	

	<p>es autoinmunes, toxicidad asociada a fármacos, inhalación de gases, enfermedad inflamatoria intestinal y disfunción crónica del injerto postrasplante de órganos (médula ósea, pulmonar y cardiopulmonar), entre otras.</p>	<p>respiratorios. En los adultos, en ocasiones son de origen infeccioso o tienen relación con el consumo de tabaco; en otros casos, están asociadas a enfermedades del tejido conectivo, como la artritis reumatoide, la enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa), la exposición a partículas minerales, la inhalación de gases y la toxicidad</p>	<p>otras enfermedades Trasplante de órganos (pulmón, corazón-pulmón, médula ósea) bronquiolitis prominente Neumonitis por hipersensibilidad Bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad intersticial pulmonar difusa Bronquiectasias (incluyendo fibrosis quística) Asma bronquial</p>	<p>En muchos casos se acompaña de una enfermedad previa (infección vírica, enfermedad del tejido conectivo, enfermedad inflamatoria intestinal), una historia de exposición a polvo mineral o un trasplante.</p>	<p>que frecuentemente se extiende a los alvéolos adyacentes. La lesión inicial puede revertir de manera completa o evolucionar hacia una proliferación de granulaciones provocando una obliteración de la luz de los bronquiólos.</p>	<p>diferentes tipos de bronquiolitis se pueden presentar bajo diversos patrones de imagen.</p>	<p>como la azitromicina, y la claritromicina (500 mg/día), son utilizados cada vez con más frecuencia como tratamiento a largo plazo en la bronquiolitis criptogénica debido a su efectividad demostrada en mejorar los síntomas.</p>	
--	--	---	---	--	---	--	---	--

		por fármacos						
<b>OTITIS MEDIA AGUDA</b>	La otitis media aguda (OMA) corresponde a un proceso séptico-inflamatorio del recubrimiento mucoperióstico del oído medio y/o mastoides con acumulación de efusión retro timpánica. Habitualmente debido a etiología viral o bacteriana.	La causa más frecuente es viral, siendo los virus habituales como el virus respiratorio sincicial, adenovirus, rinovirus e influenza. Los gérmenes más frecuentes son los virus, Neumococo, Haemophilus influenzae y Moraxella catarrhalis. La prevalencia de cada uno de ellos varía según región geográfica y		Los síntomas más frecuentes son otalgia, fiebre e irritabilidad; y los signos clásicos son otorrea y/o inflamación de la membrana timpánica, engrosamiento y/o abombamiento de esta, opacidad, presencia de bulas (miringitis bulosa), coloración blanco amarillento	El mecanismo por el que ocurre una otitis media aguda bacteriana habitualmente está dado por inflamación de la trompa de Eustaquio debido a un cuadro respiratorio alto, luego existe colonización de la trompa por gérmenes de la rinofaringe, los cuales alcanzan el oído medio.	En cuanto al diagnóstico, la recomendación es: "el clínico debe confirmar historia de comienzo agudo identificando signos de efusión en el oído medio y evaluar la presencia de signos y síntomas de inflamación del oído medio".	Los analgésicos opioides son una alternativa para otalgias muy intensas, pero por sus efectos secundarios y los riesgos de depresión respiratoria, especialmente en niños, hacen desaconsejable su utilización como primera línea, excepto en condiciones que el clínico lo estime, sopesando	puede tener complicaciones muy severas tanto intrapetrosas en 0.24% de los casos (mastoiditis, laberintitis, parálisis facial), como meningoencefálicas aguda (meningitis, abscesos extradurales y abscesos cerebrales) en 0.2% de los casos cursando mastoiditis. Estas fueron muy frecuentes en la era preantibiótica.

		según la presencia de vacunación.		a y ausencia de movimiento o a la neumotocopia.			los riesgos versus beneficios.	
<b>FARINGOAMIGDALITIS VIRAL Y BACTERIANA</b>	La faringoamigdalitis (FA) aguda es un proceso infeccioso, de origen viral o bacteriano, que cursa con odinofagia y estado febril.	Varios virus y bacterias pueden causar FAA en el paciente inmunocompetente. Entre los virus, los adenovirus son de los más prevalentes. Otras bacterias implicadas en la FAA en nuestro medio son Streptococcus dysgalactiae subsp. equisimilis (estreptococos β-	Viral y bacteriana	La FAA bacteriana cursa con un cuadro brusco de fiebre alta con escalofríos, odinofagia y disfagia importantes, pero sin síntomas virales generales. se reflejan las principales diferencias clínicas entre la etiología viral y la bacteriana. Los principales	La faringoamigdalitis es la infección aguda de la faringe o las amígdalas palatinas.	Escalas de predicción: Diversos estudios han evaluado escalas de predicción clínicas que aumentan las probabilidades de infección causada por EBHGA. Métodos microbiológicos: El cultivo faríngeo es la prueba de referencia para conocer la	Se recomienda reposo durante el proceso febril, la toma adecuada de líquidos, evitar irritantes, y gárgaras con agua caliente y sal. Una variedad de agentes tópicos, administrados en forma de comprimidos, enjuagues o aerosoles, se han empleado para aliviar	El EBHGA es más frecuente entre los 5 y los 15 años y es infrecuente antes de los 3 años.

		<p>hemolíticos de los grupos C y G). Más raramente, la FAA puede estar causada por <i>Fusobacterium necrophorum</i>, <i>Borrelia vincentii</i>, <i>Arcanobacterium haemolyticum</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (en adolescentes y adultos que practican sexo oral-genital), <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (causa además bronquitis aguda o infección respiratoria superior) y</p>		<p>síntomas y signos que sugieren una etiología específica en la FAA.</p>		<p>etiología de la infección.</p>	<p>los síntomas de la FAA.</p>	
--	--	---	--	---	--	-----------------------------------	--------------------------------	--

		Chlamydo- phila pneumoniae						
<b>SINUSITIS</b>	La sinusitis es la inflamación de los senos paranasales debida a infecciones virales, bacterianas o micóticas, o a reacciones alérgicas.	La sinusitis aguda en pacientes inmunocompetentes en la comunidad es casi siempre viral (p. ej., el rinovirus, influenza, para influenza).	Sinusitis aguda Sinusitis crónica Sinusitis micótica alérgica	La sinusitis aguda y la crónica causan signos y síntomas similares, que incluyen rinorrea purulenta, presión y dolor en la cara, congestión y obstrucción nasales, hiposmia, halitosis y tos productiva (en especial por la noche).	En la infección de las vías respiratorias superiores, la mucosa nasal inflamada obstruye el orificio de un seno paranasal y el oxígeno en el seno es absorbido en los vasos sanguíneos de la mucosa.	En caso de sinusitis crónica, se realiza TC, y en sinusitis maxilar crónica pueden ser necesarias radiografías de los ápices de los dientes para descartar un absceso periapical. Clínica.	Los aerosoles nasales con corticosteroides pueden ayudar a aliviar los síntomas, pero suelen tardar por lo menos 10 días en lograr eficacia.	La principal complicación de la sinusitis es la diseminación local de la infección bacteriana, causando celulitis peri orbitaria u orbitaria, trombosis del seno cavernoso, o absceso epidural o cerebral.

## INFLUENZA A

<p>El término gripe (influenza) representa una enfermedad respiratoria clínica acompañada de síntomas sistémicos de fiebre, malestar y mialgia, y también es el nombre de los ortomixovirus que causan este síndrome</p>	<p>Hay tres virus de la gripe en los humanos: A, B y C. Estos virus tienen forma circular irregular, miden 80-120 nm de diámetro y tienen una envoltura lipídica y espigas prominentes que se forman por las dos glucoproteínas superficiales, la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N).</p>	<p>Hay 4 tipos A, B, C Y D.</p>	<p>En etapas iniciales, hay un inicio repentino de fiebre y escalofrío, mialgia, cefalea, secreción nasal acuosa profusa, tos improductiva y dolor de garganta.</p>	<p>El virus 1ro ataca y mata células secretoras de mucosa, ciliadas y otras células basales epiteliales, dejando unos agujeros entre células basales subyacentes, permitiendo que el líquido extracelular escape</p>	<p>Diagnostico clínico: Fiebre &gt; 38.5o C de inicio súbito</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tos</li><li>• Cefalea</li></ul> <p>Pruebas diagnósticas: Prueba rápida para detección de antígeno.</p>	<p>Hay 4 fármacos antivirales para el tto: Amantadina, Rimantadina, Zanamivir y Oseltamivir. Los 2 primeros fármacos de primera generación, actúan de forma similar contra la influenza A, pero no contra el tipo B. estos fármacos inhiben el desenrollamiento del ARN viral en las células del hospedero y evitan la replicación</p>	<p>La influenza es más contagiosa que infecciones bacterianas de vías respiratorias. Comparando con el rinovirus, se contagia al inhalar las gotitas y no por tocar objetos contaminados. Los niños pequeños son los que son más probables a infectarse y a transmitir la infección.</p>
--	---	---------------------------------	---	--	---	--	--

(Loscalzo, 2018) (Norris, 2019) (C, 2020)

## Bibliografía

C, R. y. (2020). *Medicina Interna*. : GEA CONSULTORÍA EDITORIAL S.L.

Loscalzo, J. F. (2018). *Harrison principios de medicina interna* . buenos aires: Hill- Education .

Norris, T. L. (2019). *Fisiopatología*. philadelphia: Wolters Kluwer.