



**Nombre del alumno: Mayra Grissel Mollinedo Noyola.**

**Nombre de docente: Dra. Gabriela Roxana Aguilar Hernández**

**Nombre del trabajo: Resumen / Cuadro Comparativo**

PASIÓN POR EDUCAR

**Materia: Fisiopatología III**

**Grado y grupo: 4° "B"**

**Carrera: Medicina humana.**

# Histología del sistema respiratorio

## Conductora

Tráquea

Bronquios

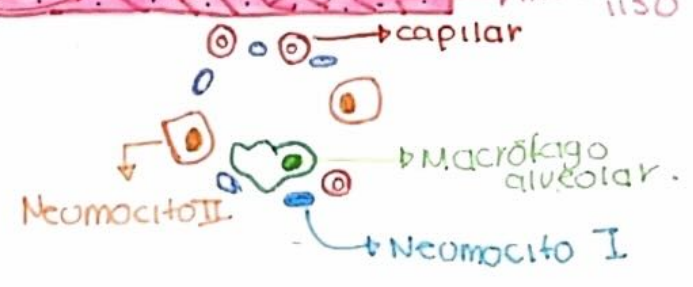
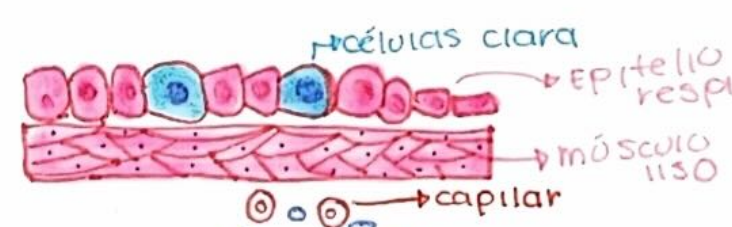
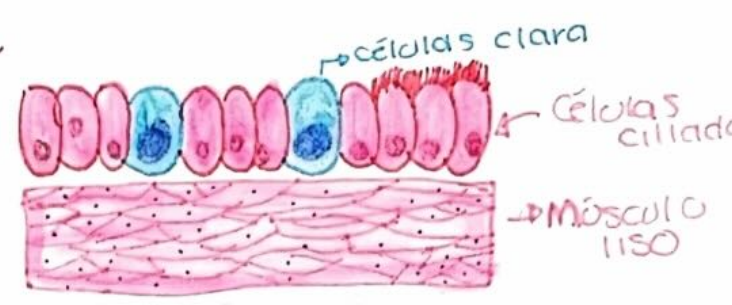
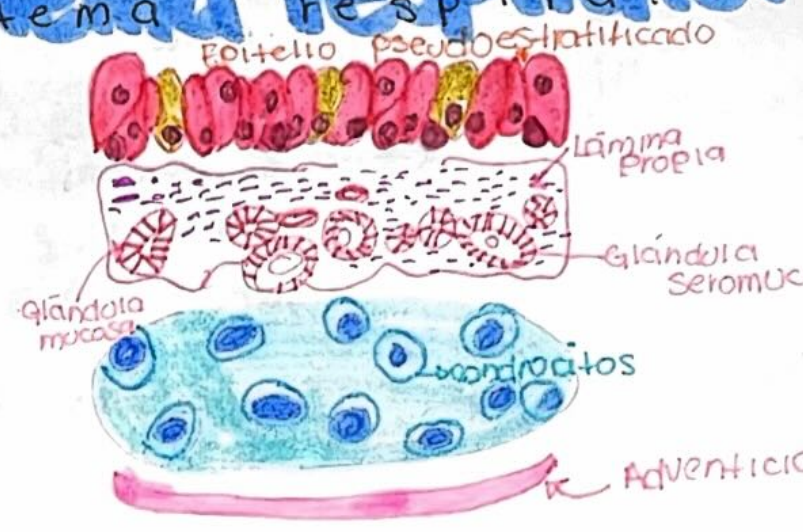
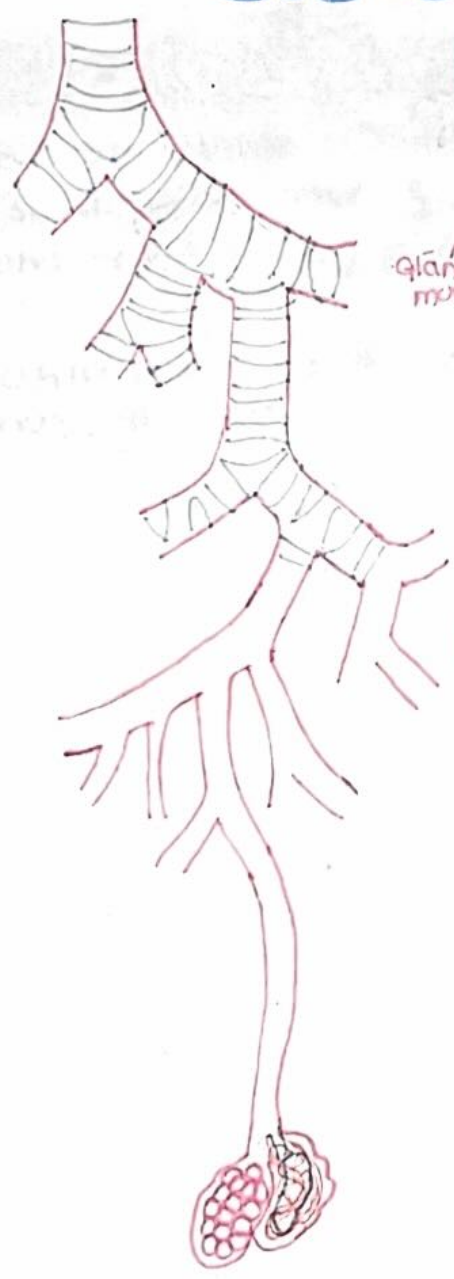
Bronquiolos

Bronquiolos terminales.

## Respiratoria

Bronquiolos respiratorios

Alveolos.



# Examen general de orina.

Es una prueba que se realiza para evaluar y controlar una variedad de trastornos relacionados con la orina.

## Macroscópico

En esta etapa se evalúa visualmente la orina.

Se observa su aspecto, color y concentración.

Por ejemplo: una orina turbia podría indicar una **infección de vías urinarias**.

También se utiliza una varilla indicadora para detectar sustancias como proteínas, glucosa, sangre y otros componentes.

## Microscópico

Se centrifuga una pequeña cantidad de orina (muestra) para eliminar el líquido y luego se examina al microscopio.

Este análisis permite detectar células, bacterias, cristales y otros elementos presentes en la orina.

## Recolección de orina

- Se debe utilizar un envase estéril, de boca ancha y de tapa rosca.
- Realizar el aseo de los órganos genitales antes de la recolección.
- Recolectar la primera orina de la mañana.
- Descartar el primer chorro de orina al inodoro.
- El siguiente chorro se recolecta en el frasco y debe ser llenado hasta la mitad, las mujeres deberán coleccionar la muestra separando los labios genitales con ayuda de los dedos y los varones retrayendo el prepucio.
- El recipiente debe ser cerrado correctamente para evitar derramamiento y contaminación de la muestra, previamente rotulado.
- Para la lectura de la orina no debe exceder 2 hrs de ser recolectada.

# Examen macroscópico

Para este examen las características que se tienen en cuenta son:

## Aspecto

- La orina es limpia y transparente.
- Existe turbidez por la presencia de células, cristales, cilindros, detritos, proteínas, grasas y moco en las muestras de orina.
- El aspecto de la orina puede indicar la presencia de enfermedades.

## Olor

- Es débilmente aromatizado debido a la presencia de ácidos orgánicos volátiles y amoniacal por descomposición de la urea.
- Sus características varían según su dieta, la patología presente y la concentración de solutos.
- Ejemplos:

- Fruta dulce: DM1
- Azúcar quemada: leuconosis
- Hator: fenilcetonia.
- Pescado: Hipermetionemia.

## Sangre

Normalmente no aparece.

## Bilirrubina

No se detecta.

## Nitritos

Normalmente no aparece

## Urobilinógeno

< 1 mg/dL

## Color

- El color de la orina es ámbar-amarillo, dado por el pigmento urocromo.
- De acuerdo al grado de concentración de la orina el color amarillo va desde claro a oscuro.
- En ocasiones el color es su genérico, de acuerdo al estado fisiológico.

## Químico

### Densidad

Indica la cantidad relativa de solutos que contiene un volumen definido de orina.

Normal: 1015 - 1030 g/L

### pH

La orina es normalmente ácida.

Normal: 4,5 - 8,0

↳ ↑ si se mantiene a T° ambiente.

## Proteínas

< 10 mg/dL o < 100 - 150 mg/24h

## Glucosa

Normalmente no aparece.

## Cetonas

No aparecen medibles.

# Examen microscópico

## Eritrocitos

Normal: 1-3 hematíes por campo

Microhematuria: 3-100 hematíes por campo.

Macrohematuria: >100 hematíes por campo.

## Leucocitos

El hallazgo de 2 a 5 leucos/campo en orina puede ser normal.

## Celulas epiteliales

C.E. Planas: 3-5 PC

C.E. redondas: Ausentes

## Bacterias

Normalmente no están presentes

## Levaduras

Raras o escasas.

## Anuria

<100 ml de orina en 24h

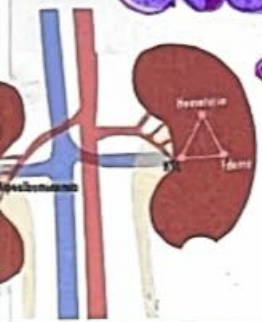
## Oliguria

<400 ml de orina en 24h

## Poliuria

>3L de orina en 24h

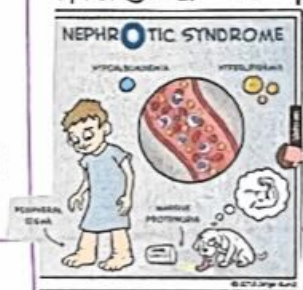
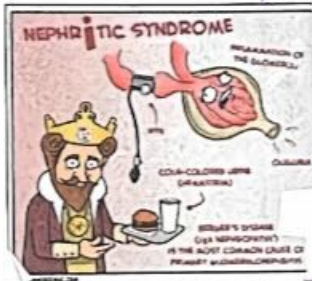
# Cuadro Comparativo de SX nefrítico y SX nefrótico



## Nefrítico

## Nefrótico

<p><b>Definición</b></p>	<p>Es una glomerulopatía que consta básicamente de la inflamación aguda del riñón</p>	<p>El síndrome nefrótico es la alteración de la membrana basal y el podocito, se pierde la selectividad por tamaño y cargas.</p>
<p><b>Clínica</b></p>	<p>A → AZOEMIA E → Edema, duro y sin tóvea + I → Hipertensión O → oliguria</p>	<p>Proteinuria masiva, hipoproteinemia y edema marcado con tóvea +</p>
<p><b>Fisiopatología</b></p>	<p>Depósitos de inmunocomplejos que generan reacción inflamatoria y disminuyen la capacidad de filtración del glómerulo, por lo que hay retención hidrosalina que lleva a aumento de la presión hidrostática que llevara a edema y a hipertensión</p>	<p>Aumento de la permeabilidad de la pared capilar glomerular, lo que da lugar a proteinuria masiva e hipoproteinemia.</p>
<p><b>Diagnóstico</b></p>	<p>Uroanálisis, BUN, creatinina, complemento C3 y C4, títulos ASTOS, electrolitos</p>	<p>uro análisis, albumina, proteinuria, Creatinuria, electrolitos, triglicéridos y colesterol total.</p>
<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Restricción de líquidos + diureticos</p>	<p>Tratamiento corticoides.</p>



## Nefrítico

## Nefrótico

### Signos y Síntomas

Hematuria de color oscuro, total, indolora y sin coágulos.

Edema inicialmente facial de predominio matutino.

Hipertensión arterial.

Oliguria.

Cefalea, náuseas y vómitos.

Visión borrosa.

Tendencia a formar hematomas o sangrado

Hinchazón en la cara, al rededor de ojos, abdomen, brazos, piernas, tobillos y dedos.

Orina espumosa.

fatiga

urgencia miccional

Dolor abdominal.

### Etiología


Frecuente en niños.

incidencia de 0.3 casos por 100,000 habitantes



frecuente en niños.

incidencia de 2-7 casos por 100,000 niños.




Más frecuente en hombres.

Enfermedad	Definición	Agente causal	clasificación	Cuadro clínico	Diagnostico	Tratamiento	Imagen
<b>Herpes simple</b>	Afecta piel y mucosas, se caracteriza por vesículas que curan de manera espontánea y tienden a recidivar, no dejan inmunidad por lo que la infección dura toda la vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VHS-1</li> <li>• VHS-2.</li> </ul>		<p>1) Estomatitis: gingivostomatitis herpética, herpes labial. úlceras superficiales, pequeñas y puntiformes acúmulo de úlceras pequeñas</p> <p>2) Genital: vulvovaginitis y balanitis herpética. o sensación de ardor o quemadura y prurito leve.</p> <p>3) Otros: proctitis herpética y herpes perianal, panadizo herpético, queratoconjuntivitis, herpes diseminado y eccema herpético. El panadizo herpético</p>	Es básicamente clínico citodiagnóstico de Tzanck La biopsia	<p>No existe ningún tratamiento para la erradicación del virus.</p> <p>Tratamiento local: Aciclovir al 5% en crema Agua de manzanilla o subacetato de aluminio Famciclovir Valaciclovir</p>	 <p>Localización oral: Generalmente originado por el HSV tipo 1, no venéreo.</p> <p>Localización ano genital: Generalmente originado por el HSV tipo 2, venéreo.</p>



				aparece en los Dedos, y aumento de volumen del dedo, con eritema y sobre éste múltiples vesículas agrupadas que al romperse dejan úlceras			
<b>Sífilis</b>	Es una infección sistémica, de evolución subaguda o crónica, que cursa con periodos asintomáticos	Treponema pallidum.	Sífilis tardía benigna: aparece dos a 20 años después de la inoculación. Sífilis prenatal: adquiere durante la gestación, a partir del cuarto mes	-El chancro; aparece en el sitio de inoculación, por lo general en genitales, periné o ano, inicia como una pápula que se erosiona con rapidez, formando una úlcera de tamaño variable. - Secundarismo: Las sífilides pueden presentar casi cualquier lesión elemental dermatológica, excepto vesículas	El campo oscuro se utiliza para el diagnóstico en la sífilis temprana VDRL LCR	penicilina benzatínica	 



				<p>o ampollas, las cuales sólo se ven en recién nacidos con sífilis, se clasifican en 5;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Sifilide maculosa o roséola sifilítica.</li><li>2) Sifilide papulosa.</li><li>3) Sifilide papulocostrosa.</li><li>4) Sifilide papuloescamosa o psoriasiforme.</li><li>5) Sifilide papuloerosiva o condilomas planos.</li></ol> <p>-Relapso; se manifiesta como un secundarismo limitado, con pocas lesiones, sin sintomatología asociada y de menor duración, por lo que se confunden con procesos banales.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--


<b>Linfogranuloma venereo</b>	Es una infección sistémica, de transmisión sexual	Los serotipos L1, L2 y L3 de la Chlamydia trachomatis.		<p>La primera etapa ocurre entre 3 y 12 días después de la inoculación, cuando aparece la lesión primaria, que puede iniciar como pápula, vesícula herpetiforme o pequeña erosión, dura poco y es asintomática</p> <p>En la segunda etapa, la fase linfogranulomatosa aparece después de dos a seis semanas de la lesión primaria</p> <p>La tercera etapa es la fase más destructiva de la infección, por lo general no llega a presentarse</p>	Examen directo del exudado de las lesiones o del pus extraído por punción del bubón  ELISA PCR	500 mg de tetraciclina cada 6 h, doxiciclina 100 mg cada 12 h o eritromicina 500 mg cada 6 h durante 21 día	  
<b>Granuloma inguinal</b>	Es una infección crónica, granulomatosa,	Calymmatobacterium granulomatis		Inicia con una pápula firme o nódulo no	Son visibles tanto en frotis como en	El trimetoprim con sulfametoxazol	

	que afecta la región anogenital y la ingle			tan firme forma una úlcera de bordes bien definidos, lisos y elevados , su fondo tiene tejido granulomatoso, eritematoso, que sangra con facilidad	tejidos con tinciones especiales como Giemsa, Wrigth o Warthin Starry.	o la tetraciclina	
<b>Chancroide</b>	Es una infección genital, poco frecuente en México, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas.	Haemophilus ducreyi		Aparecen pápulas únicas o múltiples 50% de los pacientes tienen adenopatía inguinal, con la formación de un absceso fluctuante o bubón, la piel que recubre al absceso está roja y delgada	Recolectarse secreción del bubón a fin de realizar tinción de Gram y cultivo.	ciprofloxacina	
<b>Citomegalovirus</b>	Es un virus que se transmite por contacto directo con líquidos corporales y que puede	Herpesviridae		En la mayoría de los casos, la infección por CMV es asintomática. Pacientes	Serología	Valanciclovir Ganciclovir	

	causar problemas graves			<p>inmunosuprimidos o con alguna otra ITS, produce sintomatología similar a una mononucleosis infecciosa, con adenopatía, fiebre y ataque al estado general.</p> <p>Pacientes con VIH en estadios avanzados en quienes se ve una úlcera genital o rectal, crónica y dolorosa</p>			
<b>Gonorrea vaginal</b>	La gonorrea o blenorragia es una ITS sexual muy conocida en la historia de la humanidad y aún vigente.	Neisseria gonorrhoeae		<p>vulvovaginitis de intensidad variable con flujo vaginal amarillo verdoso, purulento secreción purulenta del endocervix y de las glándulas de Skene Afección de las glándulas</p>	<p>Examen microscópico del gonococo Examen bacteriológico confirmación rápida con azul de Löffler Tinción de Gram Cultivo en medio de agar chocolate o de</p>	<p>cefixima 400 mg ciprofloxacina 500 mg ceftriaxona 250 mg ofloxacina 400 mg</p>	

				de Bartholin. La infección se propaga en sentido ascendente; salpingitis peritonitis pélvica	Tallen-Martin Inmunofluorescencia Detección mediante PCR		
<b>Clamidia vaginal</b>	Esta infección constituye un serio problema, el cual todavía está fuera del conocimiento de muchos pacientes y de algunos médicos.	Chlamydia trachomatis		Es mayormente asintomática Cervicitis discreta Epitelio cilíndrico endocervical, Hipertrofiado cervicitis y vulvovaginitis sub aguda con flujo vaginal blanco amarillento, prurito, ardor y en ocasiones dispareunia.	El cultivo se realiza en células de McCoy o Hela 229 tratadas. Las técnicas directas de inmunoenzimología utilizan uno o varios anticuerpos monoclonales.	Azitrocina 1 g Doxiciclina 100 mg Ofloxacina 300 mg	 <p>Cervicitis</p>
<b>Tricomonirosis vaginal</b>	Es de presentación frecuente en la patología del tracto genital inferior.	Trichomona vaginalis		-Inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida. -Eritema con intenso prurito, ardor y	-Examen en fresco - Preparados de tinciones	Metronidazol	


				<p>dispareunia. - "cervicitis en fresa" CLINICA DEL COMPAÑERO SEXUAL -Manchas eritematosas, vesículas o ulceraciones y es poco probable que sea causa de uretritis -Balanopostitis</p>			
<b>Vaginosis bacteriana</b>	Síndrome clínico relacionado con la sustitución de la flora lactobacilar normal de la vagina por una flora anaerobia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gardnerella vaginalis</li> <li>- Peptostreptococos</li> <li>- Bacteroides</li> <li>- Eubacterium</li> <li>- Mycoplasma hominis</li> <li>,</li> <li>- Ureaplasma urealyticum</li> <li>- Mobiluncus</li> </ul>		<p>-secreciones vaginales demasiado abundantes, fétidas y nauseabundas -El ardor o el prurito aparecen con frecuencia variable.</p>	<p>-Microscopia de las secreciones Vaginales -olor vaginal "a pescado" de la secreción Vaginal -Secreciones vaginales</p>	Metronidazol Clindamicina	
<b>Micosis vaginal</b>	son una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Candida albicans</li> </ul> <p>pero tambien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Torulopsis glabrata</li> <li>- Candida</li> </ul>		<p>VULVOVAGINITIS -flujo vaginal blanco, espeso y consistencia "cremosa"</p>	<p>-Examen microscópico de la secreción diluida -La prueba de Papanicolaou</p>	<p>1) Butoconazol 2) Clotrimazol: 3) Miconazol: 4) Nistatina 5) Ticonazol. 6) Terconazol:</p>	



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- stellatoids</li> <li>- tropicalis</li> <li>- pseudotropicalis</li> <li>- krusei</li> <li>- etc</li> </ul>	<p>acompañado de prurito vulvar</p> <p>-Dolor vaginal, dispareunia, eritema con ardor e irritación vulvar</p> <p>A exploración física</p> <p>-Dolor vaginal, dispareunia, eritema con ardor e irritación vulvar</p> <p>-flujo vaginal blanco, espeso y consistencia "cremosa" acompañado de</p> <p>-prurito vulvar.</p> <p>-lesiones eritematosas, secas y maculares orificio</p> <p>-vulvar y vaginal se encuentran recubiertos por pseudomembrans</p> <p>-blancuzcas adheridas a la</p>	<p>-la coloración de Gram</p> <p>-Examen de cultivo</p>	
--	--	--	---	---	---





				<p>mucosa.</p> <p>-cérvix esta enrojecido y presenta vascularidad aumentada y con la pseudomembrana</p> <p>EN EL HOMBRE</p> <p>-Balanopostitis</p> <p>-manchas</p> <p>-eritematosas, pequeñas,</p> <p>-aterciopeladas,</p> <p>-lúcidas, localizadas en el glande y prepucio</p> <p>descamación y prurito</p>			
<b>EPI</b>	Afección común en la mujer con actividad sexual			<p>Mujer joven que consulta por un dolor de localización habitual en hipogastrio y fosas ilíacas</p> <p>leucorrea en 50% de los casos, fiebre superior o igual a 38° C en</p>	<p>Análisis de laboratorio de rutina;</p> <p>Serologías: Treponema pallidum Haemagglutination assay (TPHA), VDRL, serología para VIH-1 y 2,</p>	<p>Regimen A : ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días, o 2) levofloxacina 500 mg VO una vez al día durante 14 días, con opción de</p>	

				<p>48%, metrorragias en 40% (que traducen la existencia de una endometritis) y, por último, signos urinarios en 20%</p> <p>Las salpingitis gonocócicas presentan un cuadro sintomático que suele ser grave, con la tríada típica: fiebre, dolor pélvico agudo y leucorrea mucopurulenta.</p>	<p>AgHB y anticuerpo antiVHC.</p> <p>Análisis bacteriológicos</p> <p>Ecografía</p> <p>Laparoscopia</p>	<p>metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días</p> <p>Regimen B: cefoxitina 2 g IM, más probenecid 1 g VO de manera concurrente, o 2) ceftriaxona 250 mg IM (o cefalosporina equivalente), más doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días</p>	
<p><b>Condilomas acuminados</b></p>	<p>CONOCIDA COMO VERRUGAS ANOGENITALES, "CRESTAS", PAPILOMAS VENÉREOS O VERRUGAS VENÉREAS</p>	<p>VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)</p>		<p><b>En la mujer:</b></p> <p>TALES CONDILOMAS QUIZÁ APAREZCAN ALREDEDOR DEL CLÍTORIS, LABIOS MAYORES Y MENORES, PARA</p>	<p>-CITOLOGÍA</p> <p>- MICROSCOPIA ELECTRÓNICA</p> <p>-COLPOSCOPIA</p> <p>E</p> <p>- HISTOPATOLOGÍA</p>	<p>EN LA ACTUALIDAD NO HAY DISPONIBLE ALGÚN TRATAMIENTO ESPECÍFICO</p> <p>TRATAMIENTO LA</p>	

				<p>LUEGO EXTENDERSE AL PERINÉ Y LOS MÁRGENES DEL ANO</p> <p><b>En el hombre:</b></p> <p>SUELEN APARECER EN EL PENE A NIVEL DEL FRENILLO, SURCO BALANOPREPUICIAL, MUCOSA DEL GLANDE, PREPUCIO Y URETRA AUNQUE TAMBIÉN PUEDEN APARECER EN ESCROTO, PERINEO, PUBIS, MÁRGENES DEL ANO E INCLUSO EN EL CANAL ANAL Y RECTO.</p>	<p>-DETECCIÓN DEL DNA VIRAL MEDIANTE LA PCR</p>	<p>ELIMINACIÓN DE LAS LESIONES NO CURA DE LA INFECCIÓN, AUNQUE SÍ LA CONTROLA</p>	
<p><b>condilomas Planos</b></p>	<p>así como origina condilomas acuminados, algunos de sus subtipos dan</p>	<p>Treponema pallidum y VPH.</p>		<p>Son lesiones que tienen una superficie lisa, una base ancha y, en ocasiones, son</p>	<p>serología para sífilis</p>	<p>El paciente debe recibir tratamiento específico para sífilis,</p>	

	lugar a la aparición de los condilomas planos			exudativas. suelen aparecer en la cavidad oral, genitales, ano y piel cercana a estas zonas		con el cual deben desaparecer las lesiones	
<b>Hepatitis c</b>	son virus hepatotropos, esto es, tienen como órgano blanco al hígado.	es un virus RNA de cadena sencilla			-antiVHA IgM y - anti-VHA IgG -Marcadores serológicos	Interferón: 5 a 10 millones de UI 3 veces/semana por vía subcutánea. • Lamivudina: 100 o 150 mg cada 24 horas VO. • Adefovir: 10 mg cada 24 horas VO. • Entecavir: 0.5 mg cada 24 horas VO (para pacientes sin historia de tratamiento previo con nucleósidos) y 1 mg cada 24 horas VO (para pacientes con historia de	

						tratamiento previo con nucleósidos).	
<b>VIH</b>	El VIH es el virus que causa el sida; existen dos variedades: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el más conocido y el responsable de la mayoría de los casos de sida en el mundo			-Afecta la capacidad de las personas para aprender e informarse	-ELISA -para confirmar el diagnóstico se suele emplear la prueba llamada Western blot	-No existe el tratamiento para el VIH	
<b>SIDA</b>	El sida es la enfermedad ocasionada por el VIH	-VIH		provoca un deterioro significativo del sistema inmunológico	linfocitos T-CD4Pruebas de monitoreo - carga viral de VIH -conteo linfocitario que incluya: CD3, CD4 y CD8 -	- A un no existe cura para el VIH	

## Referencia

Norris, T. L. (2019). Porth. Fisiopatología: Alteraciones de la salud. Conceptos básicos (R. Lalchandani, Ed.; 10a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

McPhee, S. J., & Hammer, G. D. (2019). Fisiopatología de la Enfermedad: Una Introducción a la Medicina Clínica (8ª ed.). McGraw-Hill Education.