



UDRS

Mi Universidad

Dannia Gissela Díaz Díaz

2do parcial

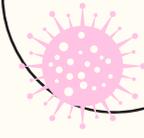
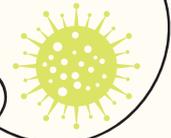
Fisiopatología III

Doctor: Gerardo Cancino Gordillo

Medicina Humana

4to Semestre, Grupo "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 23 de abril del 2025



Resfriado Común



PREVENCIÓN

- Lavarse las manos frecuentemente.
- Usar gel antibacterial
- Cubrirse la nariz y boca al toser o estornudar.
- Desinfección de superficies
- Evitar contacto con personas enfermas
- Ventilación de espacios cerrados

DEFINICIÓN

- Es una infección viral aguda autolimitada que afecta las VRS, causada por rinovirus, coronavirus, adenovirus y virus de la parainfluenza.

EPIDEMIOLOGÍA

- Mayor riesgo en niños <5 años.
- Estacionalidad: más frec. en otoño e invierno, aunque puede presentarse todo el año.
- Promedio anual:
 - Adultos: 2-4 episodios.
 - Niños: 6-8 episodios

TX NO FARMACOLÓGICO

- Reposo y descanso
- Hidratación adecuada
- Vitamina C: acorta la duración de los síntomas.
- Lavados nasales con solución salina
- Evitar irritantes.

FISIOATOLOGÍA

- Entrada viral por ojos, boca o nariz.
- El virus se transmite por:
 - Gotitas resp., estornudos o tos de personas enfermas.
 - Contacto con obj. contaminados.
- El virus afecta el epitelio resp., generando resp. inflamatoria: Lib. de mediadores inflamatorios → edema, hipersecreción y síntomas resp.

TX FARMACOLÓGICO

- AINES (para fiebre, dolor).
- Antihistamínicos (para rinorrea y estornudos).
- Descongestionantes (simpaticomiméticos nasales, por tiempo limitado).

DIAGNÓSTICO

- Clínico:
- Inicio gradual de síntomas.
- Sintomatología: Rinorrea, tos, congestión nasal, estornudos, malestar general.
- Duración de 4 a 10 días (hasta 14 en algunos casos).

CUADRO CLÍNICO

SIGNOS

- Fiebre
- Obstrucción nasal visible
- Estornudos frecuentes
- Congestión conjuntival
- Ruidos resp. (roncus, estertores)
- Rinorrea observable
- Ojos llorosos
- Inflamación de mucosas nasales y faríngeas

SINTOMAS

- Congestión nasal
- Rinorrea
- Tos seca, que se vuelve productiva
- Dolor de garganta
- Cefalea leve
- Malestar general
- Mialgias
- Artralgias
- Irritación ocular
- Sensación de fiebre o febrícula
- Disminución del apetito

PREVENCIÓN

- Tratar los resfriados comunes y las infecciones resp. altas.
- No automedicarse con descongestionantes nasales tópicos
- Higiene nasal
- Lavado nasal con solución salina
- Buena hidratación diaria
- Alimentación balanceada para fortalecer el sistema inmune,
- Vacunación contra influenza y neumococo

DEFINICIÓN

- Es una inflamación o infección de los senos paranasales y la mucosa nasal. Puede ser aguda, subaguda o crónica.
- Involucra alt. del drenaje y ventilación sinusal.

EPIDEMIOLOGÍA

- Causado por complicación de infecciones resp. altas.
- Común en pacientes con:
 - Rinitis alérgica
 - Pólipos nasales
 - Desviación del tabique
 - Inmunosupresión
 - Abuso de descongestionantes nasales

FISIOATOLOGÍA

- Bloqueo del ostium de drenaje sinusal → retención de secreciones.
- Alt. del mec. mucociliar.
- Daño de los cilios y mucosas.
- Cambios locales favorecen el crecimiento bacteriano.
- Inflamación y daño de mucosa → medio ideal para infección.

TX NO FARMACOLÓGICO

- Lavados nasales con solución salina.
- Hidratación adecuada
- Inhalaciones de vapor.
- No exponerse al humo o polvo.
- Reposo relativo en fase aguda.
- Higiene nasal y cuidados personales
- Dormir con la cabeza elevada
- Evitar el uso excesivo de descongestionantes tópicos

TX FARMACOLÓGICO

- Ab. (Primera línea):
 - Amoxicilina/clavulánico,
 - Doxiciclina
- Mucolíticos: guaifenesina.
- Corticoides: (dexa y betametasona).
- Descongestionantes: oximetazolina
- AINES: Dolor y fiebre.

PATOGENIA

- Las infecciones virales son más comunes.
- Se puede presentar con: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae.
- Crónica (>12 semanas) involucra bacterias anaerobias y hongos.
- Fx como natación, buceo o tabaquismo agravan el riesgo.

RINOSINUSITIS

CUADRO CLÍNICO

R. AGUDA

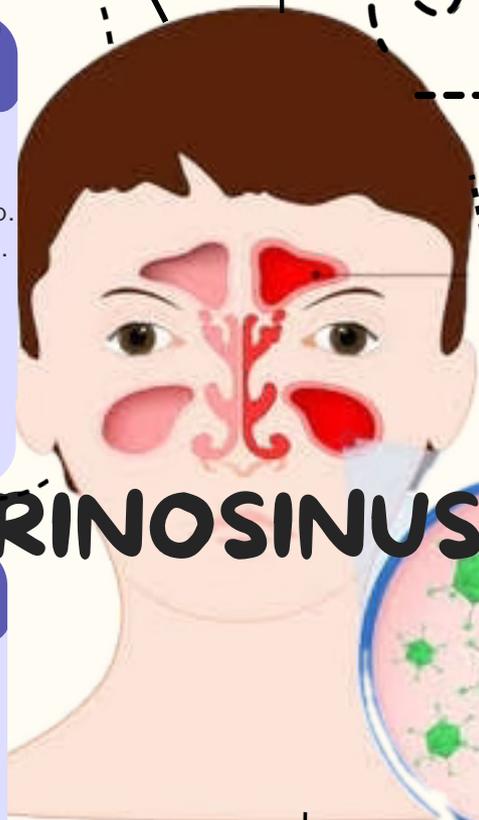
- Congestión y eritema nasal.
- Secreción nasal purulenta
- Cefalea
- pérdida del olfato
- Párpados inflamados o dolor ocular

R. CRÓNICA

- Congestión nasal
- Rinorrea
- Dolor o presión facial (sobre los senos maxilares, frontales o etmoidales)
- Cefalea sorda
- Dolor dental
- Anosmia o Hiposmia
- Cambios epiteliales irreversibles
- Tos irritativa
- Halitosis

DIAGNÓSTICO

- Clínico: basado en síntomas y exploración
 - Dolor sinusal
 - Secreción nasal
 - Congestión.
- Imagenología:
 - Rx de senos: opacidades.
 - Tomografía: útil en crónica complicaciones.



PREVENCIÓN

- Vacunación anual.
- Medidas generales:
 - Lavado frecuente de manos
 - Uso de desinfectante.
 - Evitar contacto con personas enfermas
 - Ventilación de espacios cerrados
 - Participar en campañas de vacunación

TX NO FARMACOLÓGICO

- Reposo en cama
- Hidratación abundante
- Alimentación balanceada
- Evitar contacto con otras personas (5-7 días desde el inicio de síntomas).
- Referencia a segundo nivel si hay signos de alarma.

TX FARMACOLÓGICO

- Antivirales:
 - Oseltamivir (oral)
 - Zanamivir (inhalado), preferentemente dentro de las primeras 48 horas.
- Dosis adultos:
 - Oseltamivir 75 mg c/12 h por 5 días.

SIGNOS

- Taquicardia
- Taquipnea leve (no tan marcada)
- Hiperemia faríngea (sin exudado purulento)
- Congestión nasal
- Lagrimeo o hiperemia conjuntival
- Facies febril (paciente se ve enfermo, decaído)

CUADRO CLÍNICO

SÍNTOMAS

- Fiebre alta (>38°C), de aparición rápida
- Escalofríos
- Mialgias intensas
- Cefalea frontal y malestar general.
- Astenia / adinamia
- Anorexia
- Tos seca persistente e irritativa
- Odinofagia
- Congestión nasal y rinorrea hialina
- Estornudo

DEFINICIÓN

Es una enfermedad infectocontagiosa de las VR de origen viral. Se previene a través de la vacunación y se presenta de forma estacional.

EPIDEMIOLOGÍA

- Gps de riesgo: niños <5 años, adultos >65 años, embarazadas y personas con enf. crónicas
- Aumenta en invierno
- Fx de riesgo: no estar vacunado, contacto con persona infectada

FISIOATOLOGÍA

- Virus ARN de la familia Orthomyxoviridae.
- Tipos: A, B, C, D
- Hemaglutinina permite entrada a la célula
- Neuraminidasa facilita la lib. viral.

PATOGENIA

- Se transmite al momento de toser o estornudar, o por contacto con superficies contaminadas.
- El virus se replica en el epitelio respiratorio, desencadenando respuesta inflamatoria.
- Mayor contagiosidad 1 día antes de los síntomas y hasta 5-7 días después.
- En niños, el virus se elimina después de 10 días o más.

DIAGNÓSTICO

- Clínico:
 - Síntomas respiratorios
- Epidemiológico:
 - Estación del año
 - Edad
 - Comorbilidades.
- Laboratorio:
 - Hisopado nasofaríngeo
 - Aspirado faríngeo o bronquial.
 - PCR-RT
 - Detección de virus en esputo (en >60 años).

INFLUENZA



PREVENCIÓN

- Vacunación: contra neumococo e influenza.
- Evitar tabaquismo.
- Buena higiene de manos.
- Control de enfermedades crónicas.
- Evitar contacto con personas enfermas.

DEFINICIÓN

- Infección aguda del parénquima pulmonar, afecta a los alvéolos, bronquios o tejido intersticial y causa inflamación pulmonar, dolor torácico y dificultad resp.

EPIDEMIOLOGÍA

- Grps de riesgo: niños <2 años, adultos >65 años.
- Fx predisponentes: asma, EPOC, fibrosis quística, VIH, DMT1, quimioterapia, tabaquismo, hospitalización reciente.

PATOGENIA

- Entrada de MO.
- Deficiencia del mec. de defensa.
- Condiciones locales favorecen crecimiento bacteriano.
- Infección e inflamación progresan hasta generar insuficiencia resp. si no se controla.

TX NO FARMACOLÓGICO

- Oxigenoterapia: Indicada si $\text{SatO}_2 < 94\%$
- Reposición de líq. para corregir depleción de volumen
- Evitar esfuerzo físico en fase aguda
- Fisioterapia respiratoria (en algunos casos)
- Nutrición adecuada

TX FARMACOLÓGICO

- Antibióticos empíricos
- Primera línea
 - Amoxicilina
 - Doxiciclina
 - Azitromicina
- Antivirales si es por virus
 - Oseltamivir
- Antiinflamatorios si hay dolor pleurítico (AINES).
- Broncodilatadores:

FISIOPATOLOGÍA

- Desequilibrio en la microbiota pulmonar. Fallo del mec. de defensa (mucociliar).
- Entrada de patógenos → inflamación daño epitelial/endotelial. →
- Lib. de citocinas y reclutamiento de Neu. Fuga capilar alveolar → hipoxemia e insuficiencia resp.
- En casos graves, puede causar alt. cardiovasc.

SIGNOS

- Taquipnea (>20 rpm en adultos)
- Taquicardia
- Hipotensión
- Cianosis
- Aleteo nasal y tiraje intercostal
- Sx de condensación pulmonar: estertores crepitantes, soplo tubárico, aumento de las vibraciones vocales
- Disminución del murmullo vesicular
- Hipoxemia

CUADRO CLÍNICO

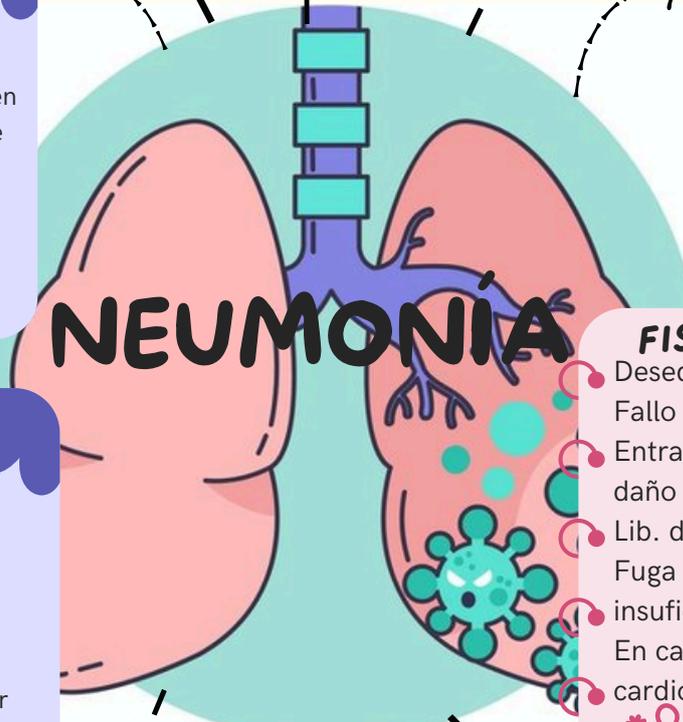
SINTOMAS

- Fiebre persistente (>38.5°C)
- Escalofríos intensos
- Tos productiva
- Dolor torácico pleurítico (empeora con tos)
- Disnea
- Fatiga y malestar general
- Mialgias y cefalea
- Hemoptisis (en casos graves)
- Pérdida del apetito
- Confusión o somnolencia

DIAGNÓSTICO

- Clínico
- Laboratorio
 - Cultivo de esputo
 - Hemocultivos
 - PCR
 - Antígenos urinarios.
- Biomarcadores: procalcitonina.
- Imágenes:
 - Radiografía de tórax
 - Tomografía
- Escalas de severidad: CURB-65.

NEUMONÍA



PREVENCIÓN

- Vacunación de BCG
- Promover hábitos de higiene respiratoria
- Fomentar lavado de manos
- Reducir el hacinamiento y asegurar una adecuada ventilación en hogares

DEFINICIÓN

- Es una enf. infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria aerobia estricta, en forma de bacilo, que tiene una cápsula ceruminosa que le da resistencia a la destrucción

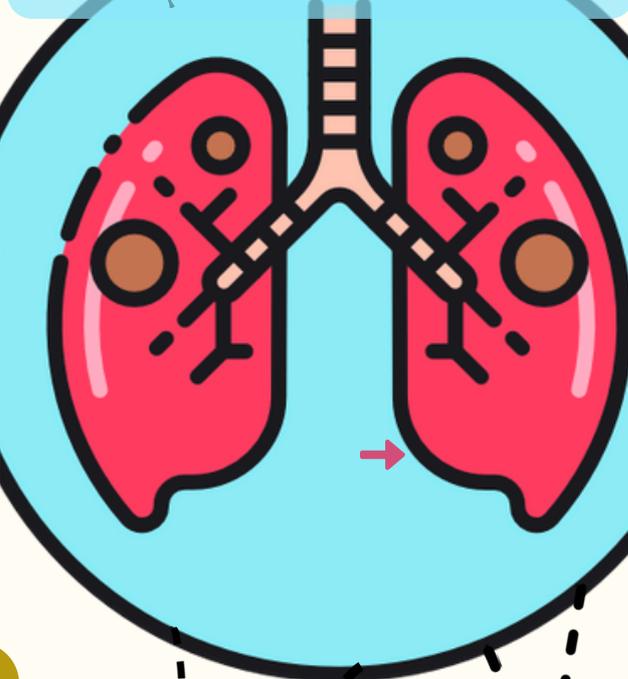
EPIDEMIOLOGÍA

- Grupos de riesgo:
 - Personas con VIH/sida
 - Px con desnutrición, diabetes mellitus, inmunosupresión
 - Personas privadas de la libertad, o en condiciones de hacinamiento

FISIOPATOLOGÍA

- Exposición y transmisión: persona sana con persona infectada con TB activa y bacilífera
- Entrada del bacilo por VA, ingresa a los alvéolos pulm.
- Dentro del MCF, este utiliza mec. de evasión: Lipoarabinomano, sulfátidos y el factor cordón (inhiben la fusión del fagosoma con el lisosoma).
- Se activa una resp. inmunitaria mediada por: TNF- α y IFN- γ secretados por MCF.
- Reclutamiento de linfocitos T CD4+, que a su vez liberan más IFN- γ , potenciando la act. de MCF; provocando:
 - Destrucción de bacilos.
 - Daño tisular por enzimas lib.
 - Formación de necrosis caseosa.

TUBERCULOSIS



TX NO FARMACOLÓGICO

- Control de comorbilidades
- Suplementación nutricional.
- Aislamiento respiratoria en fase activa.
- Ventilación adecuada
- Supervisión del tratamiento: DOTs

TX FARMACOLÓGICO

Fase intensiva (2 meses):*

- Isoniazida
- Rifampicina
- Pirazinamida
- Etambutol

Fase de continuación (4 meses):

- Isoniazida
- Rifampicina

TB PULMONAR

- Tos seca a Tos productiva
- Hemoptisis (signo de cavitación o erosión vascular).
- Disnea.
- Dolor torácico: Tipo punzante Puede aumentar con la tos o la respiración.
- Ortopnea (casos con derrame pleural o empiema).

CUADRO CLÍNICO

TB MILIAR

- Fiebre prolongada y persistente.
- Pérdida de peso marcada.
- Disfunción multiorgánica (hígado, bazo, M. O.).
- Linfadenopatía gen.
- Tuberculosis ósea y articular

TB PROGRESIVA

- Fiebre leve, cansancio y pérdida de peso.
- Tos seca inicial, evoluciona a tos con esputo purulento
- Disnea, ortopnea, anemia y sudoración nocturna.

DIAGNÓSTICO

- Laboratorio:
 - Prueba de tuberculina: mide hipersensibilidad tipo IV.
 - QuantiFERON-TB Gold
 - Baciloscopia de esputo (BAAR).
 - Cultivos.
 - Téc. de amplif. de ADN/ARN.
- Imágenes
 - RX de tórax: opacidades apicales, cavitaciones, patrón miliar.
 - Tomografía

PREVENCIÓN

- Uso de cubrebocas.
- Limpieza adecuada de espacios cerrados e alto
- Detección temprana y seguimiento
- Identificación de fx de riesgo ambientales.

DEFINICIÓN

- Son enf. causadas por hongos que afectan estructuras superficiales (piel, cabello, uñas) y órganos como los pulmones o el SNC.
- Los hongos responsables pueden ser levaduras, mohos o dimorfos

EPIDEMIOLOGÍA

- Las personas infectadas no presenta síntomas.
- Fx de riesgo: Px con VIH, quimioterapia, trasplantes, CA hematológico.
- Exposición intensa al hongo.
- Uso prolongado de esteroides

TX FARMACOLÓGICO

- Itraconazol: forma leve.
- Anfotericina B: en casos graves.
- Voriconazol
- Posaconazol (usados en casos severos).

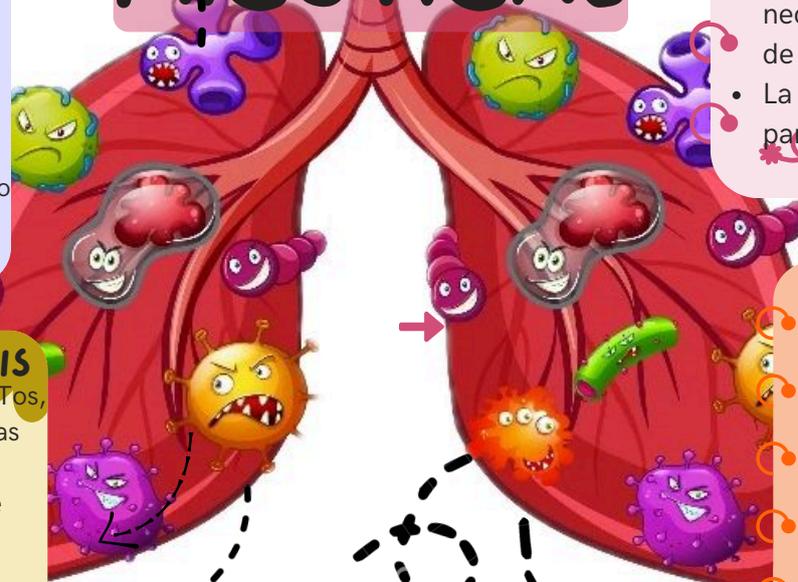
TX NO FARMACOLÓGICO

- Evitar ambientes con alto riesgo de exposición.
- Promover una dieta rica en proteínas, vitaminas y minerales.
- Control de enfermedades
- Seguimiento clínico estrecho
- Aislamiento

FISIOPATOLOGÍA

- Transmisión: inhalación de esporas desde el medio ambiente (suelo, excrementos de aves).
- Una vez en los pulmones, el hongo se transforma en forma levaduriforme y se disemina por vía linfática o sanguínea.
- Generan granulomas con necrosis central, similares a los de la TB.
- La resp. inmune celular es clave para controlar la infección.

INFECCIONES MICÓTICAS



COCCIDIOIDOMICOSIS

- Forma primaria: Fiebre, Tos, Eritema nodoso, Artralgias
- Forma diseminada: Meningitis, Afectación de piel, huesos, órganos.
- Dx: Biopsia, Serología.
- Tx: Itraconazol o Fluconazol; grave: Anfotericina B.

CUADRO CLÍNICO

BLASTOMICOSIS

- Forma aguda: Tos con esputo purulento, Fiebre.
- Forma crónica: Infiltrados pulmonares, Diseminación a piel, próstata, hueso.
- Dx: Cultivo, Biopsia, Sondas de ADN.
- Tx: Itraconazol; grave: Anfotericina B, Posaconazol, Voriconazol.

HISTOPLASMOSIS

- Forma leve: Fiebre, Tos seca, Mialgias, Artralgias, Eritema nodoso.
- Forma crónica: Cavitación en lóbulos superiores, Pérdida de peso, Sudoración nocturna.
- Forma diseminada: Fiebre Alta, Hepatoesplenomegalia, Úlceras bucales, Meningitis.
- Dx: Agntígeno en orina, Cultivos, Biopsia, Pruebas serológicas.
- Tx: Itraconazol, Anfotericina B.

DIAGNÓSTICO

- Síntomas resp. crónicos o progresivos (tos, fiebre, pérdida de peso).

Laboratorial

- Cultivo de esputo, sangre, Médula ósea.
- Ag urinario (Histoplasma)
- Biopsia de tejido pulmonar o ganglios
- Tinción de hongos
- Serologías (IgM, IgG)
- Sondas de ADN

Diagnóstico por Imagen

- Rx de tórax: Infiltrados, cavitaciones, adenopatías hiliares, patrón mliar.
- Tomografía: cavitaciones, consolidaciones, masas.