



UDRS

Mi Universidad

Dannia Gissela Díaz Díaz

3er parcial

Fisiopatología III

Doctor: Gerardo Cancino Gordillo

Medicina Humana

4to Semestre, Grupo "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 31 de mayo del 2025

PREVENCIÓN

- Evitar factores desencadenantes conocidos: mantenerlos fuera de la
- Vacunación contra: Influenza, Neumococo, COVID-19
- Control de infecciones respiratorias.
- Autoevaluación con escalas como ACT (Asthma Control Test).
- Evitar el uso crónico de corticoides sistémicos.

DEFINICIÓN

Es una enf. infl. crónica de las VR caracterizada por una hiperreactividad bronquial, asociado a una obstrucción variable y reversible del flujo aéreo.
Es una enf. heterogénea, con diferentes fenotipos y endotipos

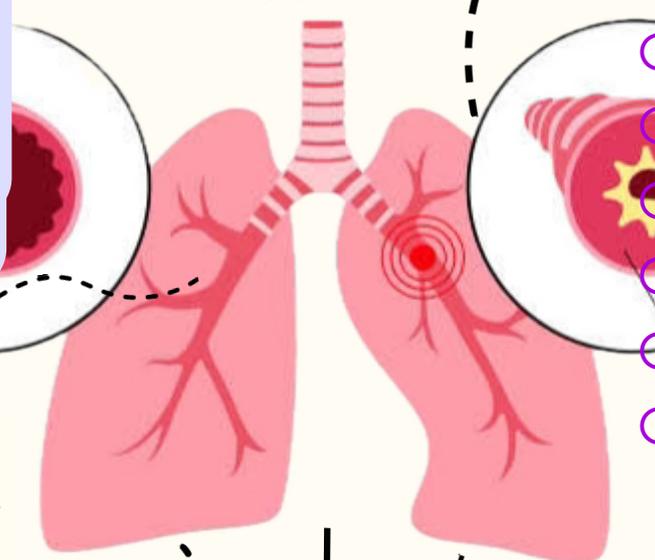
EPIDEMIOLOGÍA

- Enf. resp. crónicas más comun.
- Comienza en la infancia, puede presentarse a cualquier edad.
- Más frec. en niños varones, en la adultez la prevalencia es > en mujeres.
- Su mal control puede llevar a hospitalizaciones frec., exacerbaciones graves

FISIOATOLÓGIA

- Hiperreactividad bronquial
- Broncoespasmo: contracción del músc. liso.
- Edema e infl. de la mucosa bronquial, con aumento de la permeabilidad vascular.
- Producción excesiva de moco, que bloquea el paso del aire.
- Obstrucción del flujo aéreo, que es reversible con tratamiento.
- Engrosamiento de la pared de los bronquios, Fibrosis subepitelial, Aumento del músc. liso y de las glándulas secretoras de moco.
- Involucra cél. inmunes como:
 - Linf Th2, Eos, Mastocitos, MCF
 - Estas cél. liberan mediadores como histamina, leucotrienos e IL, que amplifican la respuesta inflamatoria.

ASMA



TX NO FARMACOLÓGICO

- Educación del paciente
- Adherencia estricta al tx de mantenimiento (corticoides inhalados).
- No tomar medicamentos que desencadenen asma (AINEs, betabloqueadores no selectivos).
- Rehabilitación respiratoria
- Control del peso
- Manejo del estrés

TX DE CONTROL

- Corticoides inhalados: Beclometasona, budesonida, fluticasona
- LAB: Budesonida/formoterol, fluticasona/salmeterol
- Antagonistas de receptores de leucotrienos
- Biológicos: Omalizumab, mepolizumab, dupilumab

TX FARMACOLÓGICO

TX DE RESCATE

- β 2-agonistas de acción corta: Salbutamol, terbutalina
- CI + formoterol como controlador y rescatador
- Budesonida/formoterol
- Anticolinérgicos (ipratropio)
- Corticoides orales: Prednisona, prednisolona

CUADRO CLÍNICO

CRISIS ASMÁTICA

- 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

- Exploración física
- Espirometría
- FEV1, FVC, Índice FEV1/FVC
- Medición del flujo espiratorio máximo
- Óxido nítrico exhalado
- Esputo inducido
- Rx de tórax, sirve para descartar otras sospechas
- Hemograma: Puede mostrar eosinofilia en asma atópica.

PRINCIPALES

- Disnea (noche)
- Sibilancias
- Tos
- opresión torácica
- Diaforesis
- Opresión torácica
- Espectoración

PREVENCIÓN

- Evitar el tabaquismo
- Reducir la exposición a contaminantes
- Vacunación contra Influenza, Neumococo
- Informar a la población sobre síntomas tempranos
- Realizar ejercicio físico regularmente.
- Alimentación adecuada y control de enf. crónicas

DEFINICIÓN

- Es una enf. resp. crónica, progresiva e irreversible, caracterizada por limitación persistente del flujo aéreo, asociada a una resp. infl. anormal de las VR y del parénquima pulm. frente a gases nocivos o partículas.

EPIDEMIOLOGÍA

- 3ra causa de muerte global
- Causa 1º: Tabaquismo
- Exposición a biomasa
- Déficit de alfa-1 antitripsina
- La prevalencia aumenta con la edad (> 40 años).
- Recaídas frecuentes
- Enf. resp. en infancia

PATOGENIA

- Se origina por una expo. crónica a sust. nocivas, como el humo del tabaco
- Provoca una inflamación persistente de las VR y del parénquima pulmonar.
- Esta inflamación lleva a una obstrucción progresiva del flujo aéreo
- Causada por bronquiolitis obstructiva y enfisema.
- Como resultado, se produce atrapamiento de aire e hiperinsuflación, lo que aumenta el esfuerzo resp. y causa disnea.
- También hay alt. del intercambio gaseoso, con hipoxemia e hipercapnia en etapas avanzadas.
- En algunos casos, puede desarrollarse hipertensión pulm. y cor pulmonale.

TX NO FARMACOLÓGICO

- Cese del tabaquismo
- Rehabilitación pulmonar
- Educación sobre la enfermedad.
- Vacunación: Antigripal anual, Antineumocócica, COVID-19
- Tratamiento de exacerbaciones
- Oxígeno suplementario si
- Técnicas correctas de inhalación.

TX FARMACOLÓGICO

- Broncodilatadores inhalados
- LABA: Salmeterol, Formoterol, Indacaterol, Olodaterol.
- LAMA: Tiotropio, Glicopirronio, Acclidinio, Umeclidinio.
- LABA + LAMA
- Corticoides inhalados
- Triple terapia (LABA + LAMA + ICS)
- Antibióticos macrólidos: Azitromicina.

SOPLADOR ROSADO

- Ausencia de cianosis
- Respiración con labios fruncidos
- Usan musculatura accesoria de la respiración.
- Son caquecticos
- Disnea severa
- Piel de color rosado o pálido
- Tos leve o escasa
- Poca o nula expectoración
- Tórax en tonel por hiperinsuflación.
- **Hipoxemia leve**

CUADRO CLÍNICO

CONGESTIVO AULADO

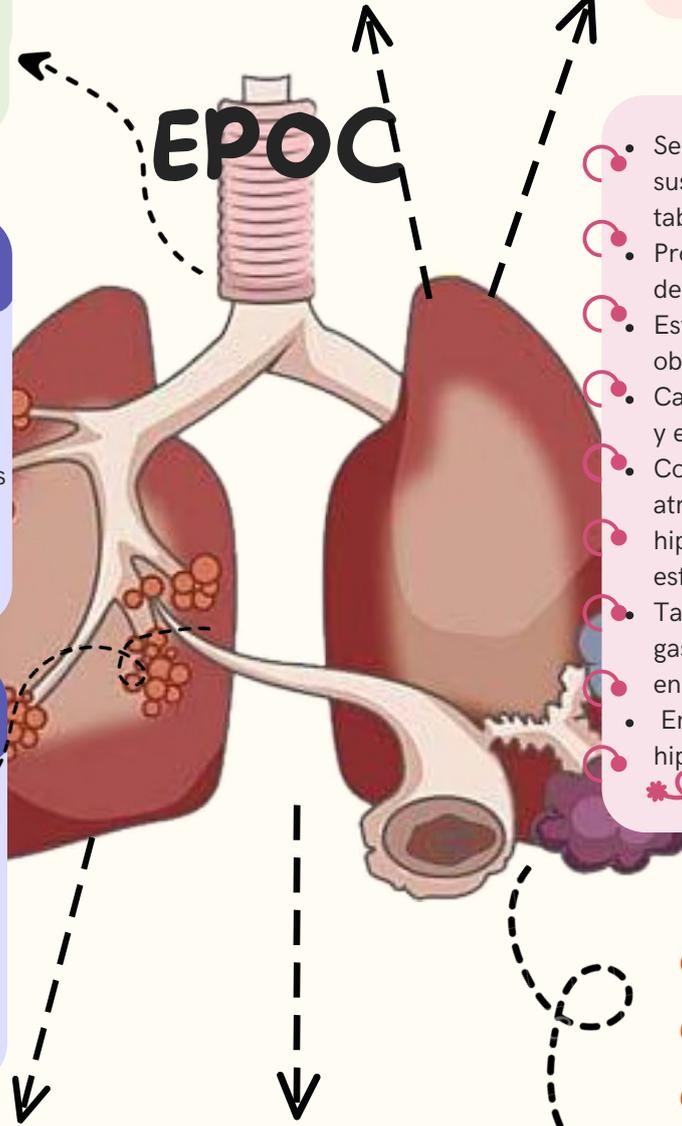
- Cianosis
- Disnea menos marcada.
- Paciente obeso o con sobrepeso.
- Tos productiva crónica con abundante esputo mucopurulento.
- Menor uso de mús. accesorios.
- **Hipoxemia severa**
- Puede presentar edemas periférico

DIAGNÓSTICO

- CALÍNICA (disnea, esputo)
- Espirometría: si el cociente es < 0.70 post. a la admin. de broncodilatador.
- Rx de Tórax/TAC pulm.: Hiperinsuflación pulm., aplanamiento del diafragma, aumenta espacio retroesternal, Tórax en tonel.

SÍNTOMAS

- Tos
- Disnea
- Espectoración
- Dif. resp. (día)
- Exacerbaciones
- Sibilancias
- Crepitantes
- Dism. de ruidos resp.



PREVENCIÓN

- Vacunación: Influenza, Neumococo, Tos ferina
- Medidas de higiene personal
- Lavado de manos con agua y jabón o gel antibacterial.
- Buena ventilación en el hogar
- Buena alimentación, rica en frutas, verduras y líquidos.
- Control de enf. crónicas

DEFINICIÓN

Son trastornos del sist. resp., se presentan de forma repentina o en un corto período de tiempo, caracterizado por una disminución en la cap. de oxigenar la sangre o eliminar el CO₂ de forma eficiente.

Afectan las VRS yVRI

EPIDEMIOLOGÍA

- > prevalencia en niños menores de 5 años
- Principal causa de mortalidad infantil
- Desnutrición
- Contaminación del aire
- Tabaquismo
- Falta de acceso a servicios de salud

SDRA

FISIOPATOLOGÍA

Fase exudativa (1 a 7 días)

- Llegada del agente
- Se daña la membrana alveolo-capilar, aumenta la perm. vasc.
- El intercambio gaseoso disminuye y se produce hipoxemia severa.

Fase proliferativa (7 a 21 días)

- Se repara el tej. pulmonar.
- Las cél. epiteliales T II proliferan y reemplazan las cél. dañadas T I.
- Inicia reabsorción del edema alv.

Fase fibrosante o de resolución (después de 3 semanas)

- Se desarrolla fibrosis pulmonar.
- Hay engrosamiento del tej. intersticial y colapso alv.
- El pulmón pierde elasticidad. y cap. funcional.

DIAGNÓSTICO

- Criterios de Berlin
- índice de Kirby
- Leve: 300-201mmHg, Mod: 200-101mmHg, Sev: <100mmHg
- Inicio agudo: 1ros 7 días
- Signos radiológicos: Infiltrados alveolar, interst, bilaterales difusos
- Ausencia de Hipertrofia de AI
- Estudios: GASA, Hemograma, Electrolitos, P. de funcionamiento hepático, Dimero D, Troponinas, Electrolitos, Química sanguínea

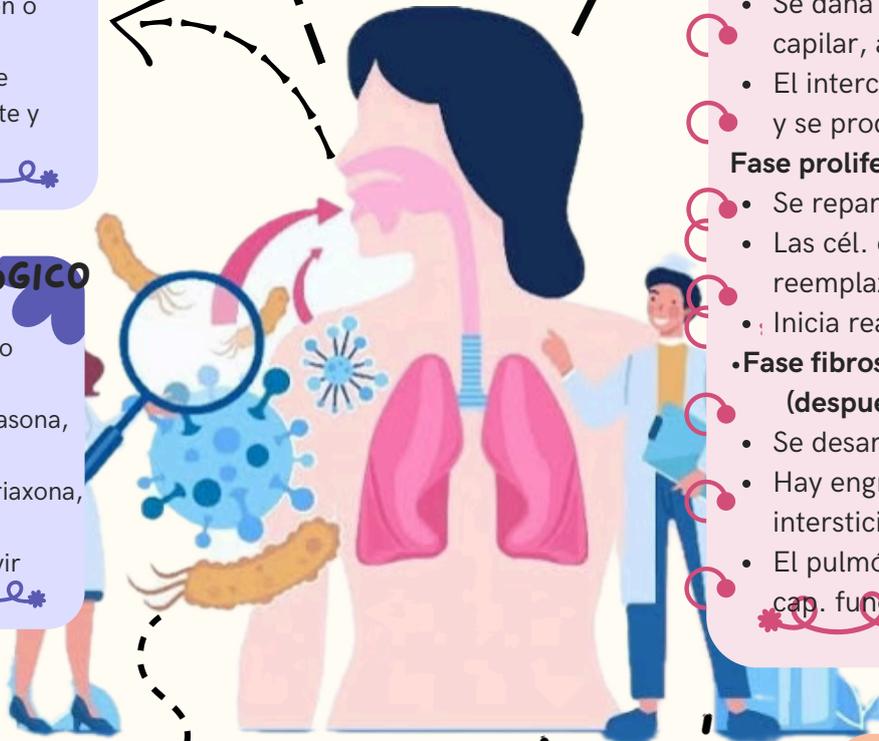
CUADRO CLÍNICO

SIGNOS DE GRAVEDAD

- Saturación de oxígeno: <90% en aire ambiente
- FR: >30 rpm
- Alt. de la conciencia
- Paro resp. inminente

TB PULMONAR

- Disnea severa
- Cianosis
- Diaforesis
- Taquipnea
- Taquicardia
- Uso de la musculatura accesoria
- Confusión
- Estertores y crepitantes difusos bilaterales



TX NO FARMACOLÓGICO

- Oxigenoterapia
- Hidratación adecuada
- Evitar humo de tabaco, polvo, contaminación o alérgenos.
- Monitoreo constante
- Educación al paciente y familia

TX FARMACOLÓGICO

- Broncodilatadores: Salbutamol, Ipratropio
- Corticoesteroides: Prednisona, dexametasona, metilprednisolona
- Ab: Amoxicilina, ceftriaxona, azitromicina
- Antivirales: Oseltamivir

PREVENCIÓN

- Hábitos alimenticios saludables
- Mantener un peso corporal saludable
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol
- Dormir del lado izq. para reducir los episodios de reflujo.
- Evitar automedicación crónica con ciertos fármacos

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

- Adultos > de 40 años.
- Sobrepeso u obesidad.
- Dietas altas en grasa, cafeína, alcohol, chocolate
- Sedentarismo
- Uso de AINEs, anticolinérgicos, benzodiacepinas

TX FARMACOLÓGICO

- Inhibidores de la Bomba de Protones: Omeprazol, esomeprazol, pantoprazol, lansoprazol (20-40 mg/día.
- Antagonistas H2: Ranitidina, famotidina.
- Antiácidos y alginatos: Hidróxido de magnesio/aluminio
- Procinéticos: Metoclopramida, domperidona

FISIOPATOLOGÍA

- Disfunción del Esfínter Esofágico Inf:
- El EEI se relaja de forma inapropiada, entonces el cont. gástrico asciende al esófago.
- Reflujo del cont. gástrico: Ác., enzimas y bilis suben al esófago.
- La exposición repetida causa inflamación, ardor y lesiones.
- Se pueden formar úlceras o erosiones.

ERGE

TX NO FARMACOLÓGICO

- Cambios en la alimentación
- Reducir alimentos irritantes: café, chocolate, alcohol, cítricos, picante.
- No comer 2-3 horas antes de acostarse.
- Control de peso
- Elevar la cabecera de la cama 10-15 cm.

DIAGNÓSTICO

- Evaluación clínica: Pirois, Regurgitación ácida, Mal sabor en la boca, tos seca nocturna, disfonía, sensación de "nudo en la garganta"
- Estudios complementarios
- Endoscopia digestiva alta
- pH-metría esofágica de 24 horas: Mide la cant. de ác. que refluye al esófago.
- Manometría esofágica: Evalúa la motilidad esofágica y el funcionamiento del EEI.

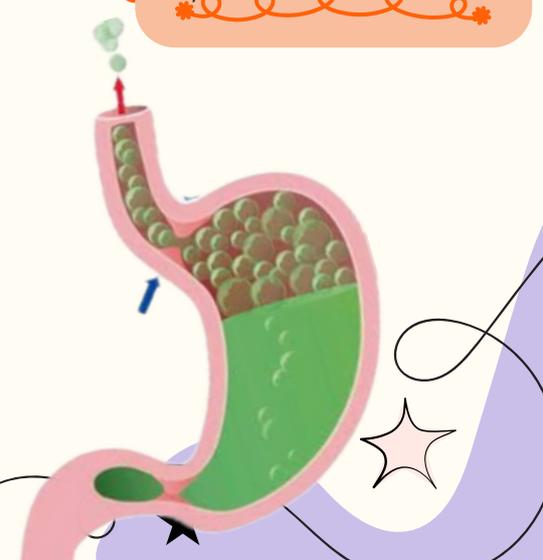
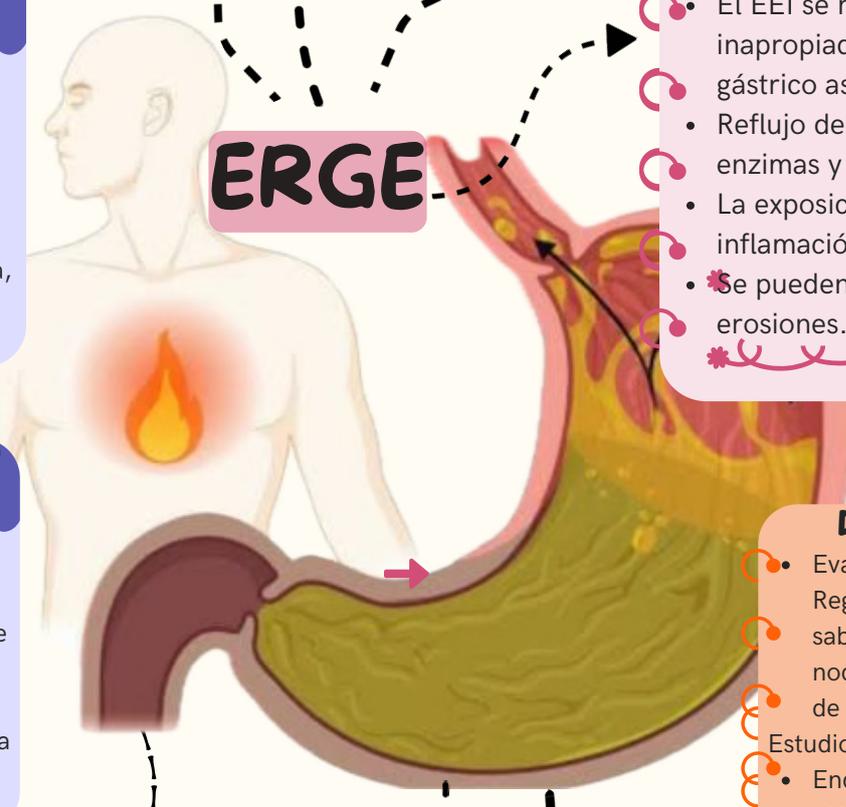
SX PRINCIPALES

- Pirois: Sensación de ardor detrás del esternón que puede subir hacia la garganta.
- Regurgitación ácida: Retorno involuntario de contenido gástrico a la boca o garganta, con sabor ácido o amargo.
- Dolor torácico no cardíaco
- Disfagia: Dificultad para tragar alimentos sólidos o líquidos.
- Tos crónica o seca (nocturna o después de comer).
- Disfonía matutina
- Sensación de tener algo en la garganta, sin causa mecánica.
- Náuseas o halitosis

CUADRO CLÍNICO

COMPLICACIONES

- Esofagitis erosiva
- Úlceras esofágicas
- Estenosis esofágica
- Esófago de Barrett (lesión precancerosa)
- Adenocarcinoma esofágico



PREVENCIÓN

- Alimentación saludable
- Comer en horarios regulares
- Uso responsable de AINES
- Reducir el estrés emocional o físico crónico
- Mantener una buena higiene alimentaria



DEFINICIÓN

Es la inflamación de la mucosa gástrica, que es el revestimiento interno del estómago, causada por: Inf. por *Helicobacter pylori*, Consumo excesivo de alcohol, Uso prolongado de AINES



EPIDEMIOLOGÍA

- Común en adultos mayores
- Uso prolongado de AINES (ibuprofeno, naproxeno)
- Alcoholismo, tabaquismo.
- Estrés severo (físico o emocional).



TX NO FARMACOLÓGICO

- Evitar alimentos irritantes: picantes, grasas, café, alcohol, cítricos.
- No fumar ni consumir alcohol.
- Evitar el uso innecesario de AINES
- Realizar comidas peq. y frec.
- No acostarse inmediatamente después de comer.
- Controlar el estrés
- Mantener un peso saludable.

TX FARMACOLÓGICO

- Inhibidores de la bomba de protones: omeprazol, esomeprazol, pantoprazol.
- Antagonistas H2: ranitidina, famotidina.
- AB (*Helicobacter pylori*): amoxicilina, claritromicina, metronidazol.
- Antiácidos

FISIOPATOLOGÍA

- Daño a la mucosa del estómago:
- Cuando se debilita la capa protectora, el ácido y la pepsina penetran la mucosa gástrica
- Inflamación aguda
- Daño progresivo con atrofia y pérdida glandular (g. crónica)
- Se infiltran neutrófilos (g. aguda) o linfocitos (g. crónica).
- Si la causa persiste puede haber: Atrofia gástrica, Dism. de ácido, Riesgo de úlcera péptica

GASTRITIS



DIAGNÓSTICO

- Signos clínicos:
- Dolor o ardor en el epigastrio
- Náuseas, vómito
- Sensación de llenura
- Antecedentes de uso de AINES, alcohol o estrés
- Pruebas para *Helicobacter pylori*
- Serología
- Biopsia gástrica
- Endoscopía digestiva alta
- Hemograma (anemia por sangrado crónico)



SÍNTOMAS 1º

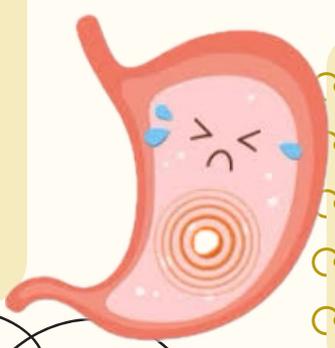
- Dolor o molestia en el epigastrio
- Náuseas
- Vómitos
- Distensión abdominal
- Sensación de llenura precoz
- Pérdida del apetito
- Eructos frecuentes
- Malestar general, fatiga (si hay anemia)
- Puede haber halitosis



CUADRO CLÍNICO

COMPLICACIONES

- Hematemesis
- Melena, indicativo de sangrado digestivo
- Anemia por pérdida crónica de sangre
- Pérdida de peso involuntaria



PREVENCIÓN

- Usar gastroprotectores
- Detección y tratamiento oportuno de H. pylori
- Mantener controles regulares con el médico tratante.
- Evitar consumo de AINES
- No automedicarse

DEFINICIÓN

Es una patología crónica del tracto gastrointest. sup., caracterizada por la formación de úlceras circunscritas en la mucosa expuesta al ácido clorhídrico y a la pepsina, afectan al estómago, el duodeno y esófago distal o en segmentos intestinales ectópicos

EPIDEMIOLOGÍA

- U. duodenal, parece entre los 30 y 50 años/ hombres
- La U. gástrica es más frec. en etre 50-60 años/ambos sexos
- Factores de riesgo
 - H. pylori
 - Infección
 - AINES
 - Tabaco /Alcohol
 - Estrés fisiológico

TX NO FARMACOLÓGICO

- Suspender tabaco y alcohol
- Reducir café, té, chocolate y bebidas gaseosas
- Reducir el estrés
- Mantener buen descanso
- No acostarse después de comer
- Evitar alimentos irritantes
- Buena hidratación y evitar bebidas muy frías o calientes.

FISIOPATOLOGÍA

- El estómago y el duodeno están expuestos a ác. clorhídrico y pepsina (H. pylori, AINES, alcohol y tabaco aumentan el riesgo de daño).
- Se reduce la producción de: Moco, bicarbonato, PG, Flujo sanguíneo mucoso
- El daño supera la capacidad de reparación.
- Aparecen microerosiones que progresan.
- Formación de la úlcera péptica
- El ác. y la pepsina penetran la mucosa dañada.
- Lesión profunda que alcanza la submucosa

ENF. ULCEROPEPTICA

TX FARMACOLÓGICO

- **Inhibidores de bomba de protones**: Omeprazol, Esomeprazol, Pantoprazol (20-40 mg cada 12 o 24 h)
- Ab (H. pylori positivo): IBP, Amoxi, Claritromicina, Metronidazol, Tetraciclina, Metronidazol.
- Protectores gástricos: Sucralfato, Misoprostol
- Antagonistas H2: Ranitidina, famotidina

DIAGNÓSTICO

- Manifestaciones clínicas: Dolor epigástrico tipo quemante, náuseas/vómitos, p. de peso, pirosis, melena, hematemesis.
- Endoscopia digestiva alta
- Diagnóstico de H. pylori
- Test rápido de ureasa
- Test de aliento con urea marcada
- Serología IgG
- Hemograma: anemia o sangrado oculto
- P. de función hepática y renal
- Radiografía de abdomen: (perforación)

CUADRO CLÍNICO

Dolor Epigástrico

	U. gástrica	U. Péptica
	Epigastrio	irradiación a espalda
Dolor	Quemante	Hambre dolorosa
Inicio	15-30 min	2-3 horas
Peso	Pérdida	Normal

SINTOMAS

- Náuseas
- Sensación de llenura precoz.
- Eructos frecuentes.
- Pirosis
- Dispepsia
- Vómitos
- Dolor nocturno
- Anorexia

COMPLICACION

- Hemorragia digestiva alta
- Perforación
- Estenosis pilórica

