



Universidad del sureste

Medicina Humana

Campus Comitán



Mapas Mentales

Ángel Antonio Suárez Guillén
Cuarto Semestre
Grupo B
Fisiopatología III
DR. Gerardo Cáncino Gordillo



DEFINICIÓN

Enfermedad crónica inflamatoria que afecta los bronquios, causando su estrechamiento y dificultando la respiración.



EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta a más de 300 millones de personas
- Común en niños
- Prevalencia en países desarrollados
- Más frecuentes en mujeres adultas



FISIOPATOLOGÍA

- Inflamación crónica de las vías respiratorias, con infiltración de eosinófilos, mastocitos y linfocitos.
- Hiperreactividad bronquial, que provoca broncoconstricción exagerada frente a estímulos (alérgenos, ejercicio, frío).
- Edema y aumento de la producción de moco en las vías respiratorias.
- Obstrucción reversible del flujo aéreo
- Estos cambios causan dificultad para respirar, sibilancias y tos características del asma.



CUADRO CLÍNICO

- Disnea (dificultad al respirar)
- Sibilancias (silbidos al respirar)
- Tos, especialmente nocturna
- Opresión o dolor de pecho
- Síntomas que mejoran con broncodilatadores
- En crisis de aguda: Uso de músculos accesorios, taquicardia



DIAGNÓSTICO

- Historia clínica: síntomas típicos como tos, sibilancias, disnea y opresión torácica, especialmente variables y recurrentes.
- Examen físico: sibilancias a la auscultación, sobre todo durante la crisis.
- Pruebas de función pulmonar: Espirometría mostrando obstrucción reversible del flujo aéreo



PREVENCIÓN

- Evitar exposiciones a alérgenos y desencadenantes
- Controlar infecciones respiratorias especialmente en niños.
- No fumar ni exponerse al humo de tabaco.
- Uso adecuado y temprano del tratamiento para evitar crisis y daño crónico.
- Ambientes limpios y ventilados en casa



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Farmacológico

Broncodilatadores de acción corta
Corticosteroides inhalados
Broncodilatadores de acción larga

No farmacológico

Evitar desencadenantes
Educación al paciente sobre el manejo y uso correcto de inhaladores
Monitoreo regular de los síntomas

ASMA



DEFINICIÓN

Enfermedad respiratoria crónica caracterizada por la obstrucción progresiva e irreversible del flujo aéreo, que causa dificultad para respirar y está relacionada principalmente con el tabaquismo.



EPIDEMIOLOGÍA

- Es la 3.^a causa de muerte global según la OMS.
- Más frecuente en hombres mayores de 40 años
- Principal factor de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo).



FISIOPATOLOGÍA

- Inflamación crónica de las vías respiratorias y del parénquima pulmonar.
- Destrucción de los alvéolos (enfisema) → pérdida de elasticidad pulmonar.
- Engrosamiento de las vías aéreas pequeñas y aumento de secreciones (bronquitis crónica).
- Todo esto lleva a una obstrucción del flujo aéreo progresiva e irreversible.
- Se produce hiperinflación pulmonar y dificultad para la espiración, causando disnea.



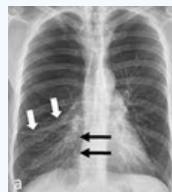
CUADRO CLÍNICO

- Disnea progresiva
- Tos crónica, con o sin expectoración.
- Producción de esputo
- Sibilancias y sensación de opresión torácica
- Infecciones respiratorias frecuentes
- En casos avanzados: pérdida de peso, fatiga y cianosis.
- En fases graves: signos de insuficiencia respiratoria y cor pulmonale.



DIAGNÓSTICO

- Clínico: Signos y síntomas
- FR
- Gold: Espiometría. <0.7
- Rx o TAC torax



PREVENCIÓN

- Evitar el tabaquismo (activo y pasivo) principal medida preventiva.
- Reducir la exposición a contaminantes ambientales y laborales
- Promover ambientes libres de humo.
- Vacunación oportuna
- Educación sobre factores de riesgo desde edades tempranas.
- Control adecuado de infecciones respiratorias en personas vulnerables.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

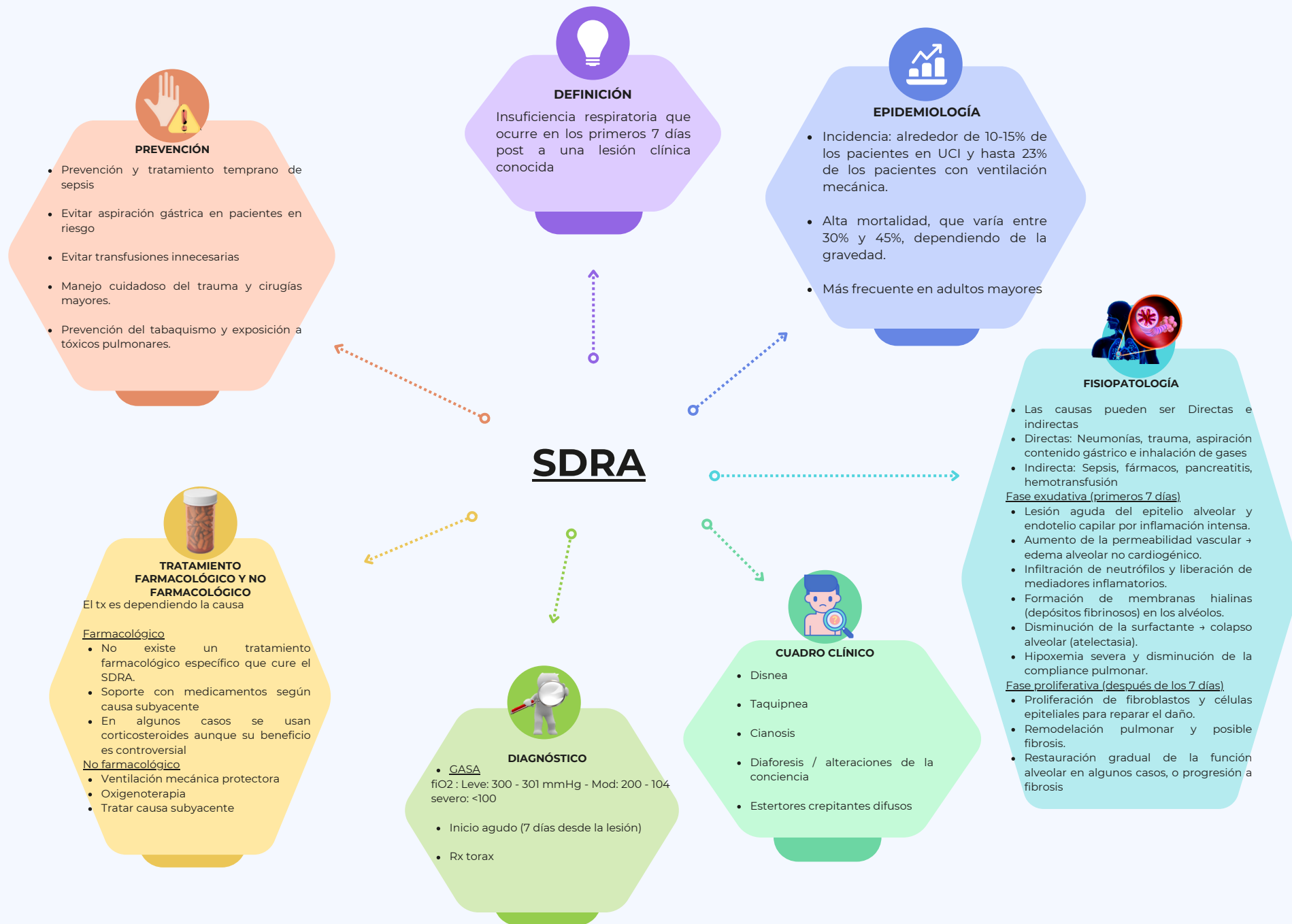
Farmacológico

- Broncodilatadores de acción corta (SABA/SAMA) para alivio rápido
- Broncodilatadores de acción larga (LABA/LAMA) para control diario
- Combinaciones de LABA + LAMA o LABA + CI según severidad.

No farmacológico

- Suspensión del tabaquismo
- Vacunación
- Rehabilitación pulmonar
- Nutrición adecuada
- Evitar contaminantes ambientales

EPOC





PREVENCIÓN

- Mantener un peso saludable.
- Evitar comidas copiosas o irritantes.
- No acostarse después de comer (esperar al menos 2 horas).
- Evitar tabaco y alcohol.



DEFINICIÓN

Enfermedad digestiva crónica donde el contenido del estómago refluye hacia el esófago, causando síntomas molestos (como pirosis) y/o lesiones en la mucosa esofágica.



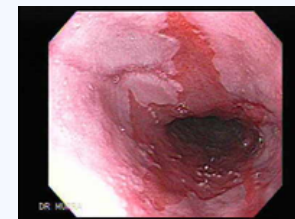
EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta aproximadamente al 10-20% de la población
- Más común en adultos, aunque puede aparecer a cualquier edad.
- Ligeramente más frecuente en hombres.
- Obesidad, tabaquismo y dieta alta en grasas aumentan el riesgo.



FISIOPATOLOGÍA

- Disfunción del esfínter esofágico inferior: se relaja de forma inapropiada.
- Esto permite que el contenido gástrico (ácido y pepsina) regrese al esófago.
- El reflujo repetido daña el epitelio esofágico → inflamación (esofagitis).
- Puede progresar a complicaciones como esófago de Barrett o estenosis.



CUADRO CLÍNICO

- Pirosis (ardor retroesternal), el síntoma más común.
- Regurgitación ácida (sensación de líquido ácido en la boca).
- Dolor torácico no cardíaco.
- Disfagia (en casos más avanzados).
- Tos crónica, disfonía, laringitis o asma asociada.
- Empeoramiento al acostarse o tras comidas copiosas.



DIAGNÓSTICO

- Clínico en la mayoría de los casos, si hay síntomas típicos.
- Prueba terapéutica con inhibidores de bomba de protones (IBP).
- Endoscopia digestiva alta si hay signos de alarma (disfagia, pérdida de peso, sangrado) o síntomas persistentes.

ERGE



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Farmacológico

- Inhibidores de bomba de protones (IBP): omeprazol, esomeprazol, pantoprazol (tratamiento de elección).
- Antiácidos (alivio rápido de síntomas leves).

No farmacológico

- Procinéticos
- Modificación de la dieta
- Perder peso si hay sobrepeso u obesidad..
- Evitar ropa ajustada que aumente presión abdominal.
- Dejar de fumar y reducir alcohol.



PREVENCIÓN

- Evitar AINEs prolongados o sin protección gástrica.
- No abusar de alcohol, tabaco, ni café.
- Tratar y erradicar H. pylori si está presente.
- Alimentación adecuada y balanceada.
- Evitar comidas irritantes en personas susceptibles.



DEFINICIÓN

Inflamación de la mucosa gástrica, que puede ser aguda o crónica, y causar síntomas digestivos como dolor epigástrico, náuseas o vómito.



EPIDEMIOLOGÍA

- Es muy común a nivel mundial.
- Mayor prevalencia en adultos mayores.
- La infección por Helicobacter pylori es la principal causa de gastritis crónica.
- Uso de AINEs (ibuprofeno, naproxeno) es causa frecuente de gastritis aguda.



FISIOPATOLOGÍA

- Daño a la barrera mucosa gástrica → exposición del epitelio al ácido y pepsina.
- Esto causa inflamación y, con el tiempo, atrofia de la mucosa.
- Aguda: infiltrado de neutrófilos, puede ser hemorrágica o erosiva.
- Crónica: infiltrado linfocítico, posible metaplasia o displasia.
- H. pylori: genera una respuesta inflamatoria crónica que daña la mucosa.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Farmacológico

- IBP para reducir ácidos
- Antiácidos para síntomas leves.
- Suspender AINEs o alcohol, si son la causa.

No farmacológico

- Dieta suave (evitar irritantes como café, picante, alcohol).
- Fraccionar comidas.
- Evitar ayunos prolongados.
- Suspender AINEs o tabaco.
- Reducción del estrés.

GASTRITIS



DIAGNÓSTICO

- Clínico en casos leves.
- Endoscopia digestiva alta con biopsia (estándar para confirmar y clasificar).
- Pruebas para H. pylori:
- Biopsia gástrica (si hay endoscopia).
- Biometría hemática (evaluar anemia).



CUADRO CLÍNICO

- Dolor epigástrico (quemante o sordo).
- Náuseas y vómito.
- Distensión abdominal.
- Eructos, pérdida del apetito.
- Heces oscuras o vómito con sangre (si hay sangrado).
- En casos crónicos, puede haber anemia por deficiencia de B12 (gastritis autoinmune).



PREVENCIÓN

- Erradicar *H. pylori* si se detecta.
- Evitar AINEs o combinarlos con IBP en pacientes de riesgo.
- No fumar ni consumir alcohol en exceso.
- Evitar comidas irritantes si hay antecedentes.
- Monitorear pacientes con úlceras previas.
- Control del estrés crónico.



DEFINICIÓN

Lesión en la mucosa gástrica o duodenal que profundiza más allá de la muscularis mucosae, causada por desequilibrio entre los factores agresivos (ácido, pepsina, *H. pylori*) y defensivos de la mucosa.



EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta al 5-10% de la población general.
- Más frecuente en adultos y en hombres.
- *H. pylori* presente en el 70-90% de las úlceras duodenales y 50-70% de las gástricas.
- AINEs responsables del 10-20% de los casos.



FISIOPATOLOGÍA

- Desequilibrio entre factores agresivos (ácido gástrico, pepsina, *H. pylori*, AINEs) y defensivos (moco, bicarbonato, flujo sanguíneo mucoso).
- *H. pylori* → inflamación crónica, aumento de gastrina y daño epitelial.
- AINEs → inhiben COX-1, disminuyen prostaglandinas, reducen protección gástrica.
- Resultado: ulceración de la mucosa que puede sangrar, perforarse o estenosear.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Farmacológico

- Erradicación de *H. pylori* (si presente)
- IBP
- Suspender AINEs y usar gastroprotección si se requieren.
- Antiácidos y sucralfato como coadyuvantes.

No farmacológicos

- Suspender tabaco, alcohol, café, AINEs.
- Fraccionar comidas y evitar ayunos prolongados.
- Evitar alimentos irritantes (picante, cítricos, grasas).
- Reducir estrés.
- Control del peso y del reflujo si están presentes.



DIAGNÓSTICO

- Endoscopia digestiva alta: método de elección, permite biopsia.

Pruebas para *H. pylori*:

- Test de aliento con urea,
- Antígeno en heces,
- Serología,
- Biopsia gástrica.



CUADRO CLÍNICO

- Dolor epigástrico tipo ardor o hambre, que mejora o empeora con alimentos:
- Distensión abdominal, náuseas.
- Hematemesis (vómito con sangre) o melenas si hay sangrado.
- Pérdida de peso (en úlcera gástrica).
- Puede ser asintomática hasta que complica.

ENF. ULCEROPEPTICA

Bibliografía

Grossman, S., & Porth, C. M. (2015). Porth fisiopatología: Conceptos de enfermedad en adultos y niños (10ª ed.). Wolters Kluwer Health.