Tarea de plataforma

Andrea Alejandra Albores López

Parcial III

Fisiopatología III

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

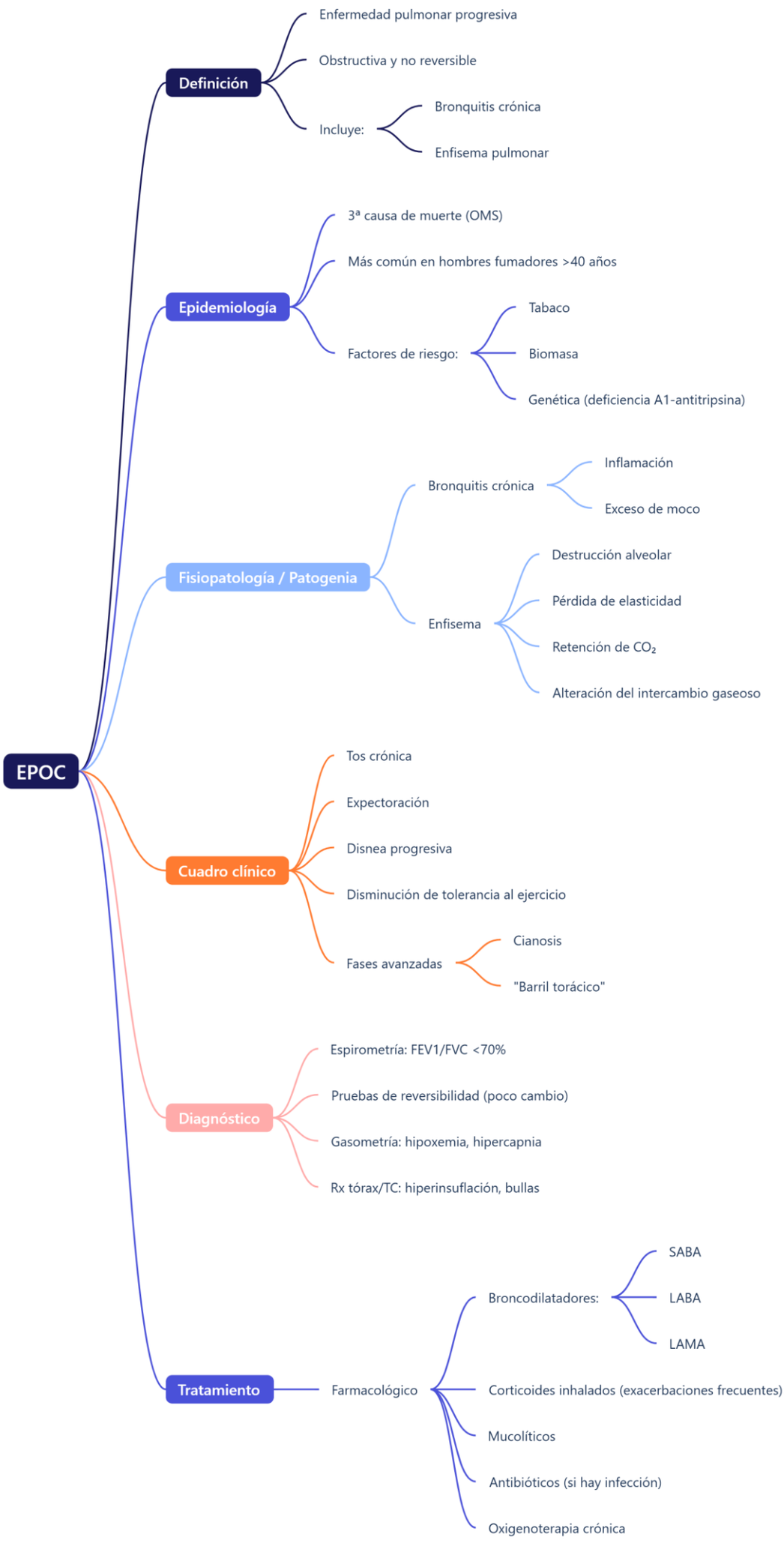
Licenciatura en medicina humana

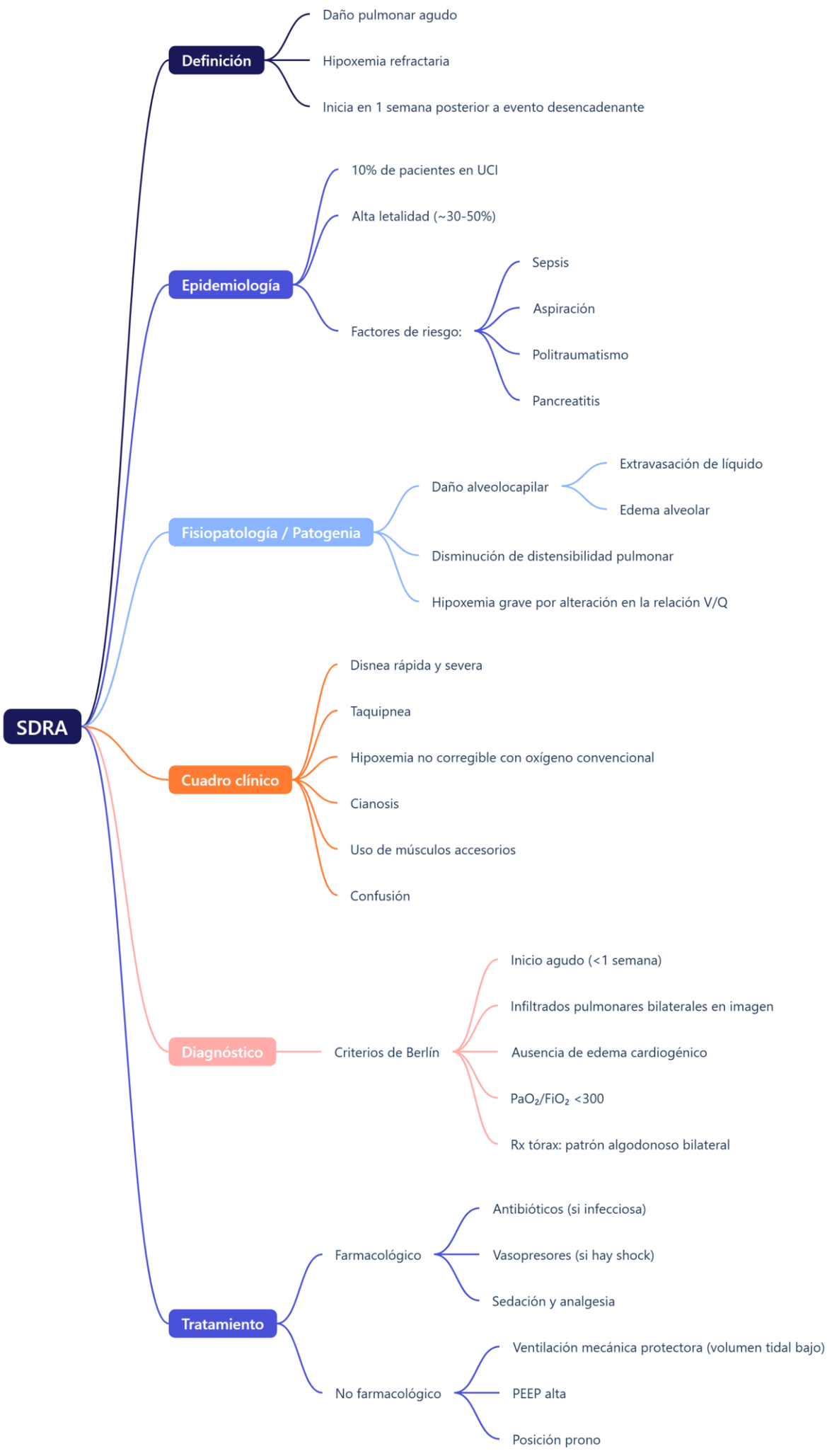
Cuarto semestre grupo "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 01 de junio de 2025

ASMA

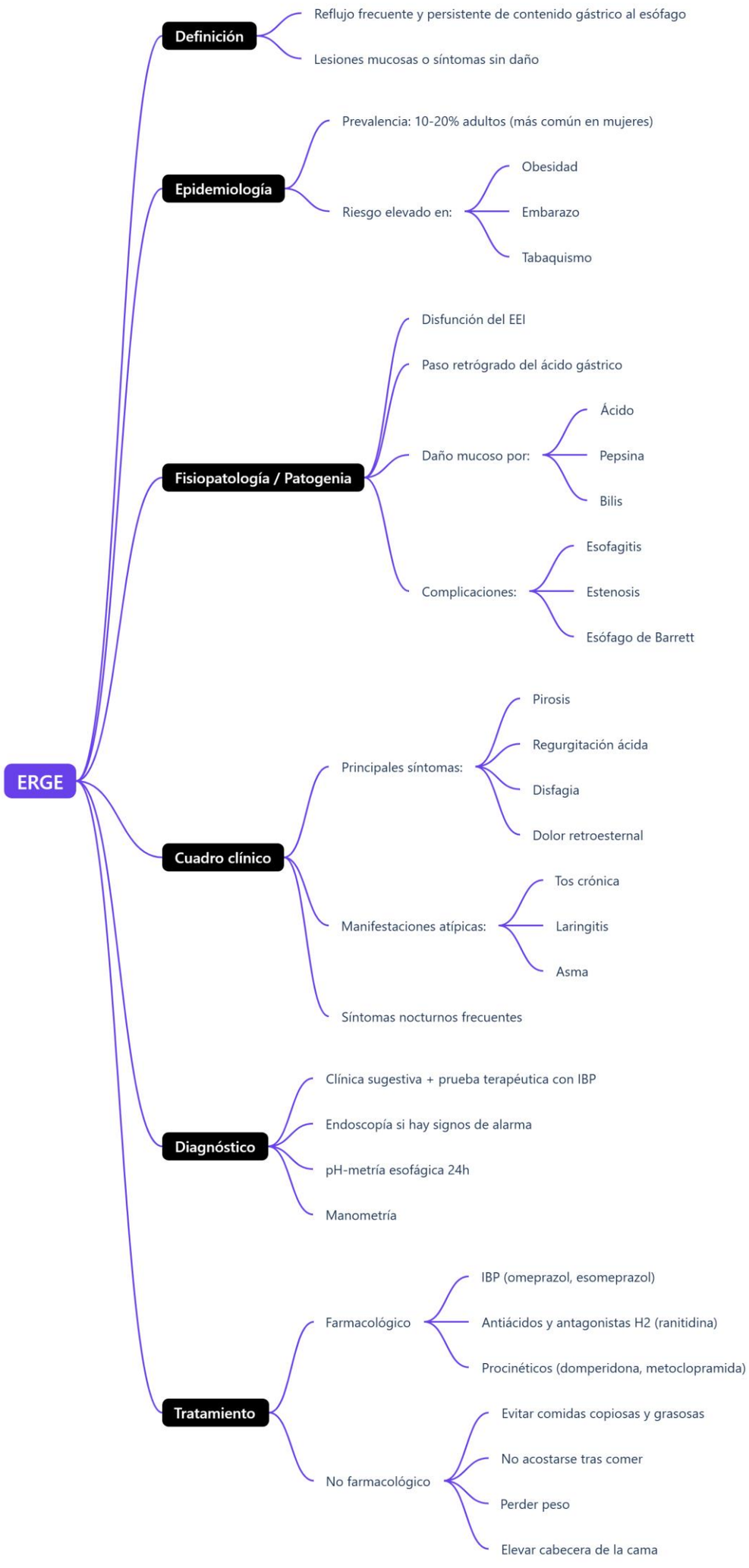
- **Definición**
  - Enfermedad inflamatoria crónica
  - Obstrucción reversible del flujo aéreo
  - Hiperreactividad bronquial
- **Epidemiología**
  - Prevalencia
    - 1 de cada 10 niños
    - 1 de cada 12 adultos
  - Factores
    - Más común en áreas urbanas
    - Predisposición genética
    - Exposición ambiental
- **Fisiopatología / Patogenia**
  - Desencadenantes
    - Alérgenos
    - Frío
    - Ejercicio
    - Infecciones
  - Proceso
    - Inflamación crónica
    - Infiltrado eosinofílico
    - Remodelación de la vía aérea
    - Aumento de producción de moco
- **Cuadro clínico**
  - Síntomas
    - Sibilancias audibles
    - Disnea
    - Tos seca persistente
    - Opresión torácica
  - Episodios
    - Nocturnos
    - Post-ejercicio
  - Progreso
    - Remisión espontánea
    - Requiere tratamiento
- **Diagnóstico**
  - Métodos
    - Espirometría: ↓ FEV1, FEV1/FVC < 70%
    - Prueba broncodilatadora: reversibilidad ≥ 12% FEV1
    - Oxígeno arterial normal en fases leves
    - Pruebas cutáneas para alérgenos
- **Tratamiento**
  - Farmacológico
    - Agonistas β2: SABA (salbutamol)

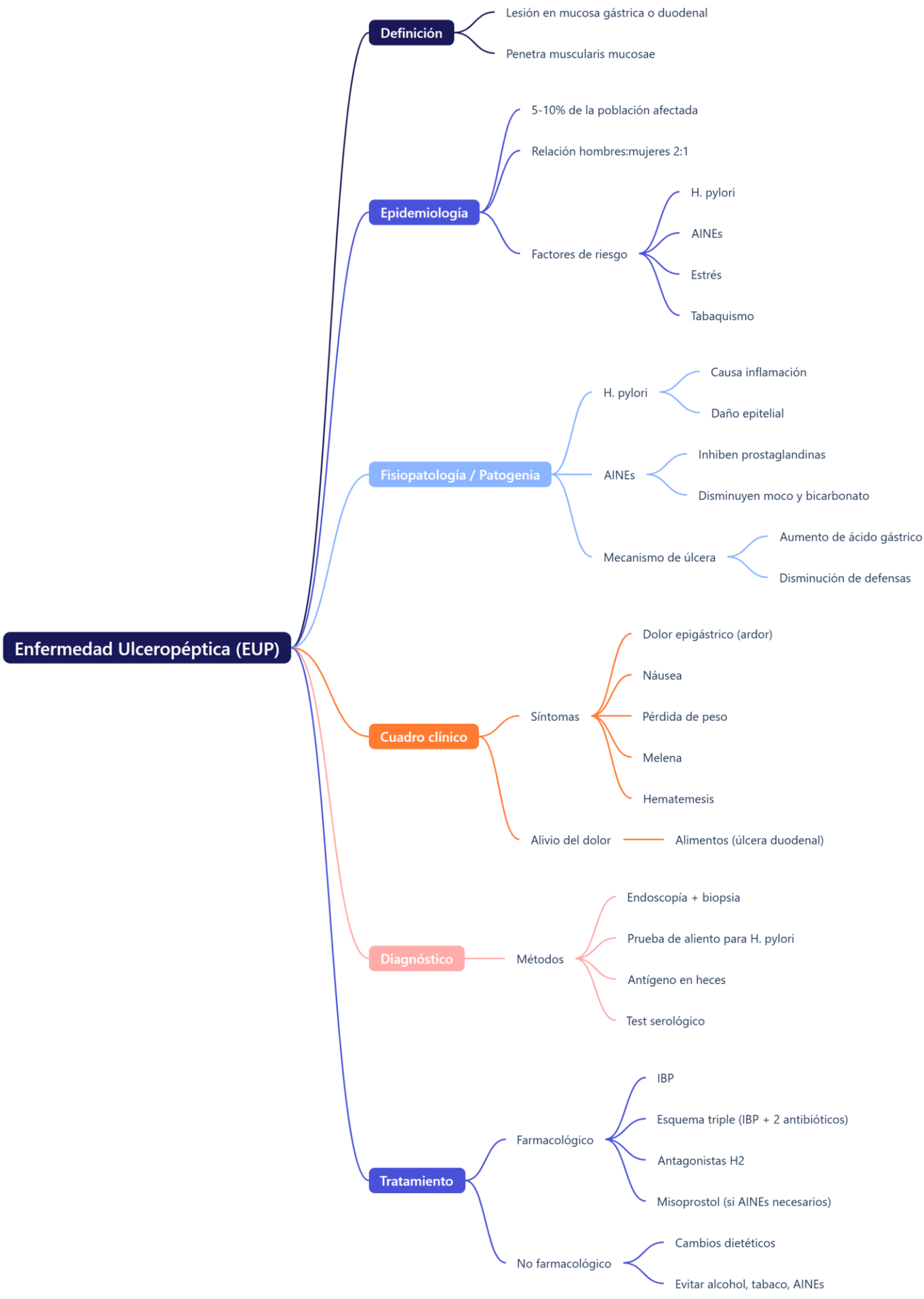

EPOC
Definición
Enfermedad pulmonar progresiva
Obstructiva y no reversible
Incluye:
Bronquitis crónica
Enfisema pulmonar
Epidemiología
3ª causa de muerte (OMS)
Más común en hombres fumadores >40 años
Factores de riesgo:
Tabaco
Biomasa
Genética (deficiencia A1-antitripsina)
Fisiopatología / Patogenia
Bronquitis crónica
Inflamación
Exceso de moco
Enfisema
Destrucción alveolar
Pérdida de elasticidad
Retención de CO_2
Alteración del intercambio gaseoso
Cuadro clínico
Tos crónica
Expectoración
Disnea progresiva
Disminución de tolerancia al ejercicio
Fases avanzadas
Cianosis
"Barril torácico"
Diagnóstico
Espirometría: FEV1/FVC <70%
Pruebas de reversibilidad (poco cambio)
Gasometría: hipoxemia, hipercapnia
Rx tórax/TC: hiperinsuflación, bullas
Tratamiento
Farmacológico
Broncodilatadores:
SABA
LABA
LAMA
Corticoides inhalados (exacerbaciones frecuentes)
Mucolíticos
Antibióticos (si hay infección)
Oxigenoterapia crónica


SDRA
Definición
Daño pulmonar agudo
Hipoxemia refractaria
Inicia en 1 semana posterior a evento desencadenante
Epidemiología
10% de pacientes en UCI
Alta letalidad (~30-50%)
Factores de riesgo:
Sepsis
Aspiración
Politraumatismo
Pancreatitis
Fisiopatología / Patogenia
Daño alveolocapilar
Extravasación de líquido
Edema alveolar
Disminución de distensibilidad pulmonar
Hipoxemia grave por alteración en la relación V/Q
Cuadro clínico
Disnea rápida y severa
Taquipnea
Hipoxemia no corregible con oxígeno convencional
Cianosis
Uso de músculos accesorios
Confusión
Diagnóstico
Criterios de Berlín
Inicio agudo (<1 semana)
Infiltrados pulmonares bilaterales en imagen
Ausencia de edema cardiogénico
PaO_2/FiO_2 <300
Rx tórax: patrón algodonoso bilateral
Tratamiento
Farmacológico
Antibióticos (si infecciosa)
Vasopresores (si hay shock)
Sedación y analgesia
No farmacológico
Ventilación mecánica protectora (volumen tidal bajo)
PEEP alta
Posición prono

GASTRITIS

- **Definición**
  - Inflamación de la mucosa gástrica
  - Aguda o crónica
- **Epidemiología**
  - Frecuente en adultos jóvenes
  - Aguda:
    - AINEs
    - Alcohol
    - Estrés
  - Crónica:
    - H. pylori
    - Autoinmunidad
- **Fisiopatología / Patogenia**
  - AINEs: Inhiben COX-1 → ↓ moco protector
  - H. pylori:
    - Ureasa → daño celular
    - Atracción de neutrófilos
  - Evolución posible: metaplasia o cáncer gástrico
- **Cuadro clínico**
  - Dolor epigástrico
  - Náusea
  - Vómito
  - Anorexia
  - Plenitud postprandial
  - Eructos
  - Hematemesis (en casos severos)
- **Diagnóstico**
  - Endoscopía + biopsia
  - Prueba de ureasa rápida
  - Test de aliento
  - Antígeno en heces
  - Serología (IgG) para H. pylori
- **Tratamiento**
  - Farmacológico
    - IBP
    - Antiácidos
    - Erradicación de H. pylori: — Omeprazol + claritromicina + amoxicilina
  - No farmacológico
    - Evitar alcohol
    - Dejar tabaco
    - Comidas irritantes
    - Disminuir estrés


ERGE
Definición
Reflujo frecuente y persistente de contenido gástrico al esófago
Lesiones mucosas o síntomas sin daño
Epidemiología
Prevalencia: 10-20% adultos (más común en mujeres)
Riesgo elevado en:
Obesidad
Embarazo
Tabaquismo
Fisiopatología / Patogenia
Disfunción del EEI
Paso retrógrado del ácido gástrico
Daño mucoso por:
Ácido
Pepsina
Bilis
Complicaciones:
Esofagitis
Estenosis
Esófago de Barrett
Cuadro clínico
Principales síntomas:
Pirosis
Regurgitación ácida
Disfagia
Dolor retroesternal
Manifestaciones atípicas:
Tos crónica
Laringitis
Asma
Síntomas nocturnos frecuentes
Diagnóstico
Clínica sugestiva + prueba terapéutica con IBP
Endoscopía si hay signos de alarma
pH-metría esofágica 24h
Manometría
Tratamiento
Farmacológico
IBP (omeprazol, esomeprazol)
Antiácidos y antagonistas H2 (ranitidina)
Procinéticos (domperidona, metoclopramida)
No farmacológico
Evitar comidas copiosas y grasosas
No acostarse tras comer
Perder peso
Elevar cabecera de la cama


Enfermedad Ulceropéptica (EUP)
Definición
Lesión en mucosa gástrica o duodenal
Penetra muscularis mucosae
Epidemiología
5-10% de la población afectada
Relación hombres:mujeres 2:1
Factores de riesgo
H. pylori
AINEs
Estrés
Tabaquismo
Fisiopatología / Patogenia
H. pylori
Causa inflamación
Daño epitelial
AINEs
Inhiben prostaglandinas
Disminuyen moco y bicarbonato
Mecanismo de úlcera
Aumento de ácido gástrico
Disminución de defensas
Cuadro clínico
Síntomas
Dolor epigástrico (ardor)
Náusea
Pérdida de peso
Melena
Hematemesis
Alivio del dolor
Alimentos (úlcera duodenal)
Diagnóstico
Métodos
Endoscopía + biopsia
Prueba de aliento para H. pylori
Antígeno en heces
Test serológico
Tratamiento
Farmacológico
IBP
Esquema triple (IBP + 2 antibióticos)
Antagonistas H2
Misoprostol (si AINEs necesarios)
No farmacológico
Cambios dietéticos
Evitar alcohol, tabaco, AINEs