



**Mi Universidad**

## **Mapas Mentales.**

*Daniela Montserrath López Pérez.*

*3er parcial.*

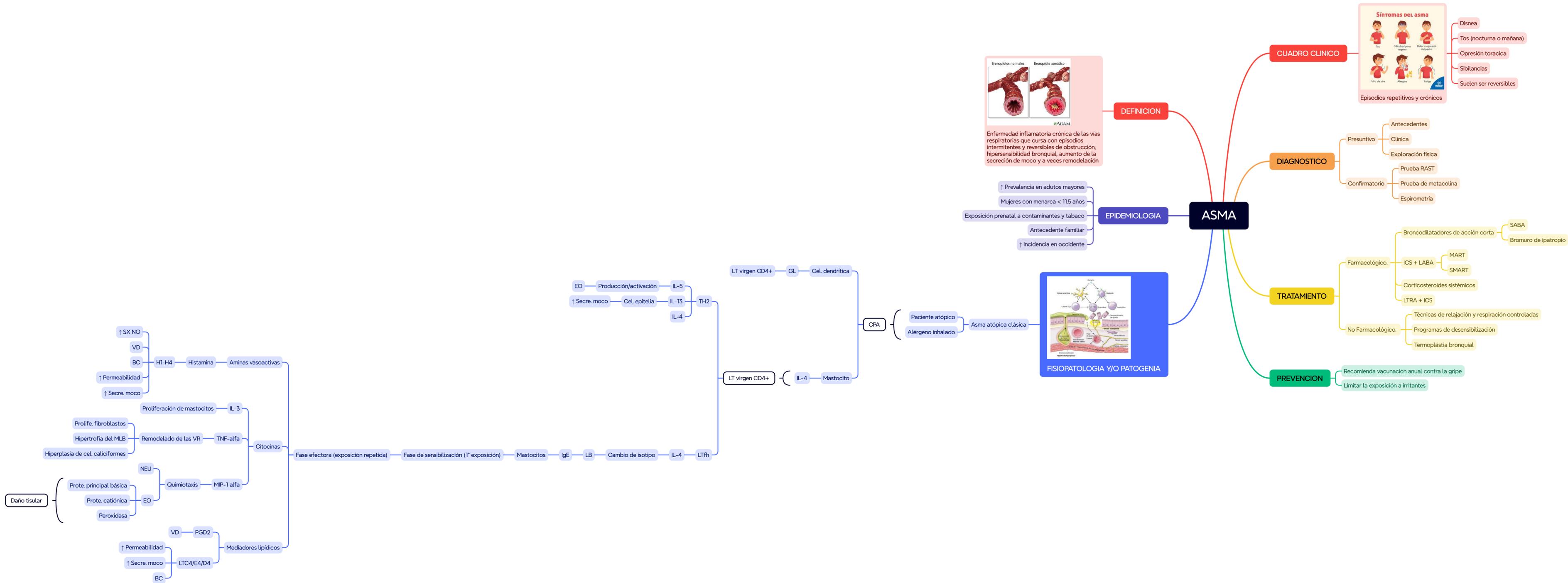
*Fisiopatología.*

*Dr. Gerardo Cancino Gordillo.*

*Medicina Humana*

*Cuarto semestre, grupo "C"*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 1 de junio del 2025.*



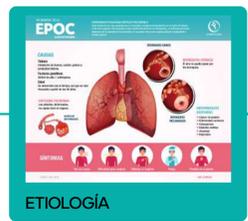


**DEFINICION**

Obstrucción recurrente y crónica del flujo de aire.

**EPIDEMIOLOGIA**

- 4ta causa de muerte
- Tabaquismo.
- >40 años



**ETIOLOGIA**

- Tabaquismo.
- Exposición a biomasas.
- L.H. ATT

**EPOC**



- Generalidades: Tos, Expectoraciones, Disnea, Hipoxemia
- Soplador rosado: Disnea severa, Resp. Labios fruncidos, Caquexia, Policitemia
- Abogado azulado: Cianosis, Disnea

**TRATAMIENTO**

- Farmacológico:
  - A - Broncodilatadores: Salmeterol
  - B - LAMA+LABA
  - E - Hospitalizados: LAMA+LABA+costicoesteroides.
- No farmacológico: No fumar.

**PREVENCION**

Evitar exposición a humos irritantes.

**DIAGNOSTICO**

- ↓ Ruidos respiratorios.
- Sibilancias.
- Estertores.

**Auscultación.**

**Presentación de CC.**

Estadio	Características
G. Ex. diagnóstico	Expansión pulmonar normal, sibilancias, ruidos, expectoración.
I. EPOC leve	VEF1/FVC < 80%, FEV1 < 80% predicho, CTE o sin síntomas crónicos.
II. EPOC moderado	VEF1/FVC < 50%
III. EPOC severo	VEF1/FVC < 30%, FEV1 < 50% predicho, o presencia de indicaciones quirúrgicas: QV1C < 40 ml/min, Hg > 16.5 g/dl, > 50 años, Hb > 50 g/l, o signos clínicos de EPOC avanzada.

**Espirometría.**

**Clínico:**

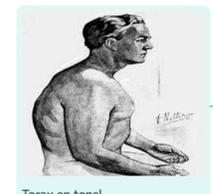
**EF:**

**Rx Tórax.**



↑ espacio retroesternal.

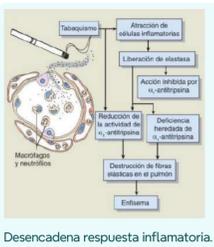
↓ EIC.



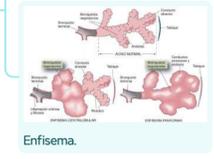
**FISIOPATOLOGIA**



MCF Bronquial.



- Liberación de citocinas. → Reclutamiento celular. → LT. CD8 → Perforinas. Neutrófilos. Elastasas.
- Limitación de flujo aéreo. → Engrosamiento y fibrosis pared bronquial. + producción de moco.



**Bronquitis crónica**

**Degradan MEC**

Daño tisular. + fibroblastos.

- TFG-β → Gen. nueva MEC. ↓ R. B.
- TFG-α → Hipertrfia G. pseudomucosas.

**Fibrosis**

Engrosamiento pared bronquial. ↓ luz bronquial. ↓ flujo aéreo.

Inflamación pulmonar por diversas enfermedades agudas, teniendo como resultado una deficiencia en el intercambio de gases y una posible insuficiencia respiratoria

**DEFINICIÓN**

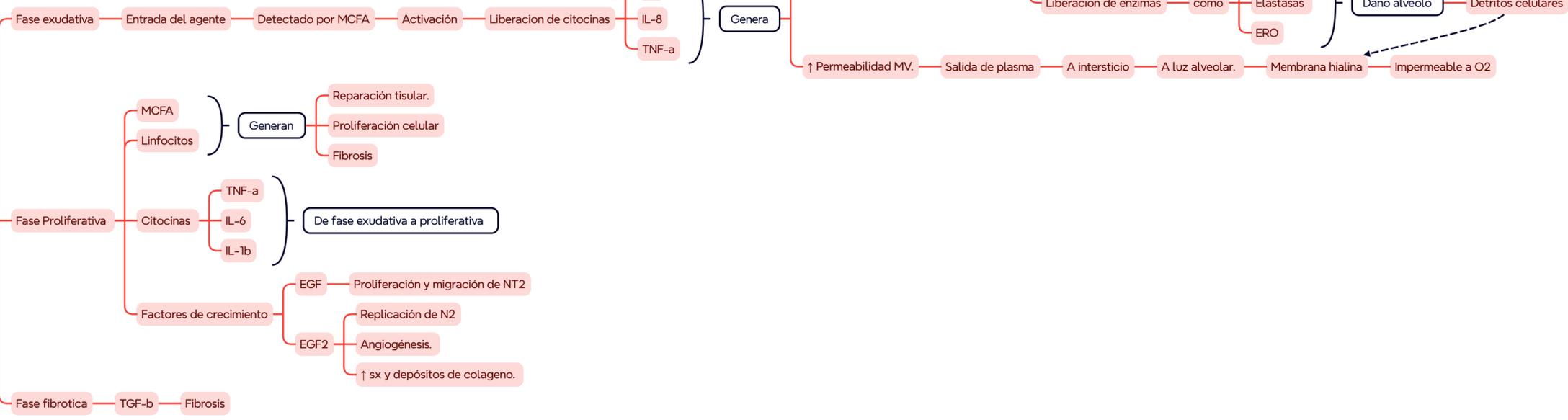
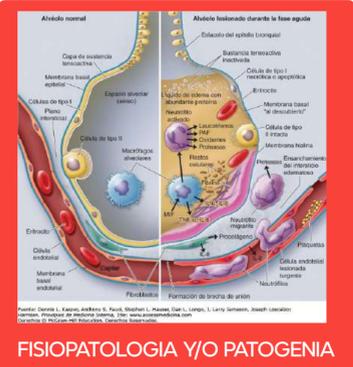
LPA → Forma grave de una LPA

**EPIDEMIOLOGIA**

Después de una LPA

LESIÓN PULMONAR INDIRECTA	LESIÓN PULMONAR DIRECTA
<b>CAUSAS FRECUENTES:</b> Sepsis Traumatismo Severo Politransfusión	<b>CAUSAS FRECUENTES:</b> Neumonía Aspiración de contenido gástrico
<b>CAUSAS MENOS FRECUENTES:</b> Ruptura cardiopulmonar Sobredosis de drogas Pancreatitis aguda	<b>CAUSAS MENOS FRECUENTES:</b> Contusión pulmonar Embolia grasa Ahogamiento Lesión por inhalación de humo Lesión por reperfusión

Neumonía → Directa  
Sepsis → Indirecta



**DIAGNOSTICO**

**Criterios de Berlín**

7 días después de la lesión. → Aparición

CC, GASA

Rx Torax → Estertores/crepitancias bilaterales difusas

Edema no por otras causas.

Oxigenación

- PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> ≤ 300
- SpO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> ≤ 315
- SpO<sub>2</sub> ≤ 97%

PEEP/CPAP (> 5 cm H<sub>2</sub>O)

**Clasificación**

Grado	PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub>	SpO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub>
Leve	300-201	315-236
Moderado	200-101	235-149
Grave	< 100	< 148

Prevenir LPA → **PREVENCION**

**SDRA**

