



Mi Universidad

Mapa Mental

Adriana Janeth Sanchez Hernández

Mapa Mental

Segundo parcial

Fisiopatología III

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Medicina humana

Cuarto semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 24 de abril del 2025



Infección viral aguda y leve del tracto respiratorio superior (nariz y garganta), causada principalmente por rinovirus. Es autolimitada y muy contagiosa.



Epidemiología

- Más frecuente en **niños** (hasta 6-8 episodios/año).
- Adultos: 2-4 episodios al año.
- Alta incidencia mundial, más común en meses fríos.



Resfriado común

Agente causal



Rinovirus (más común)

Coronavirus

Adenovirus

Parainfluenza

Virus sincitial respiratorio (VSR)

Fisiopatología

1. El virus entra por mucosa nasal u oral
2. Se adhiere al epitelio respiratorio y se multiplica.
3. Se activa la **respuesta inmune innata** (liberación de citoquinas e histamina).
4. Esto genera inflamación, moco y otros síntomas.
5. El sistema inmune elimina el virus en 7-10 días



Cuadro Clínico



- Congestión nasal y rinorrea
- Estornudos
- Dolor de garganta leve
- Tos seca o con flemas
- Fiebre baja (no siempre)
- Cefalea leve
- Malestar general



Diagnostico

Clínico, basado en síntomas típicos.

Tratamiento

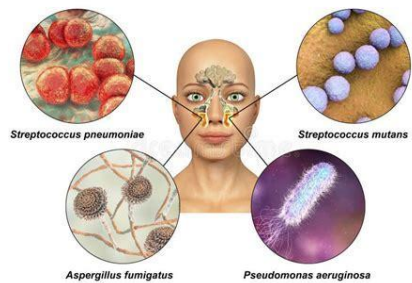
Fiebre/dolor Paracetamol o ibuprofeno

Moco espeso Lavados con solución salina

Estornudos/moco Antihistamínicos

Congestión; Descongestionantes nasales (no >3-5 días)





Inflamación de la **mucosa de los senos paranasales y la cavidad nasal**, generalmente causada por una infección viral, bacteriana o alérgica.

Etiología

Viral: la más común (~90%). Asociada a resfriado común.
Bacteriana: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis.
Alérgica: rinitis alérgica mal controlada.
Fúngica: en inmunocomprometidos (más rara).

- Clasificación**
- Aguda < 4 semanas
 - Subaguda 4 a 12 semanas
 - Crónica > 12 semanas

Diagnostico Clínico en la mayoría de los casos.
 Si es crónica o complicada:

- TAC de senos paranasales (más sensible).
- Cultivo (si hay secreción purulenta persistente)



Rinosinusitis



Tratamiento

Sintomático:

- Analgésicos (paracetamol, ibuprofeno)
- Lavados nasales con solución salina
- Descongestionantes tópicos (máx. 3–5 días)

Rinosinusitis bacteriana aguda — Amoxicilina

Rinosinusitis crónica — Corticoides nasales

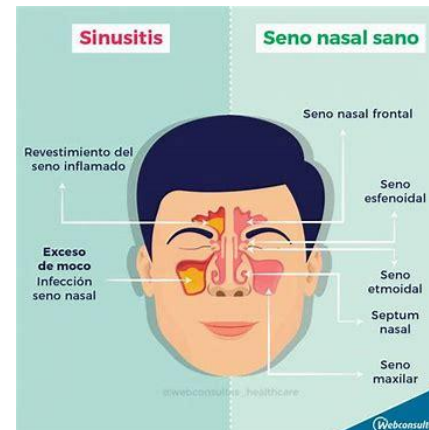
Fisiopatología

1. Infección o irritación (inflamación de la mucosa).
2. Se bloquean los orificios de drenaje de los senos paranasales.
3. Se acumula moco y puede sobreinfectarse con bacterias.
4. Se genera presión, dolor y secreción.



Cuadro Clínico

- Congestión nasal
- Rinorrea purulenta (moco espeso, amarillo o verdoso)
- Dolor o presión facial (especialmente en mejillas y frente)
- Hiposmia (disminución del olfato)
- Tos (peor por la noche)
- Fiebre (más común en bacteriana)



Definición

La influenza es una infección viral aguda del tracto respiratorio, causada por el virus de la influenza tipo A, B o C. Es altamente contagiosa, de inicio súbito, y puede producir desde síntomas leves hasta complicaciones graves, especialmente en personas vulnerables.



Tratamiento

- Reposo
- Hidratación
- Antitérmicos y analgésicos

Fisiopatología

1. El virus entra por vía respiratoria.
2. Infecta el epitelio del tracto respiratorio.
3. Produce **necrosis celular y respuesta inflamatoria intensa**.
4. Afecta también a nivel sistémico: fiebre, mialgias, malestar general.
5. Se elimina en 7-10 días, pero puede haber complicaciones.

Gripe (influenza)

Epidemiología

- Epidemias **anuales** en otoño-invierno.
- Se transmite por **gotas respiratorias** y contacto directo.
- Mayor riesgo en:
 - Mayores de 65 años
 - Niños < 5 años



Cuadro Clínico

Fiebre alta (38-40 °C)
Escalofríos
Mialgias (dolores musculares generalizados)
Cefalea
Malestar general intenso
Tos seca y persistente
Odinofagia (dolor al tragar)

Etiología

Virus influenza A: más común y grave; causa pandemias.

Virus influenza B: epidemias locales.

Virus influenza C: forma leve, poco común.



Diagnóstico

- El diagnóstico es clínico
- Confirmación con pruebas rápidas o PCR



Prevención

Vacunación anual.

Medidas generales:

- Lavado de manos
- Cubrirse al toser
- Uso de cubrebocas en brotes



Neumonías

Etiología

Típicas: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis

Atípicas: Mycoplasma pneumoniae, Chlamydomphila pneumoniae, Legionella Pneumophila

Virus: Influenza, VRS, SARS-CoV-2

Definición

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar (alvéolos y bronquiolos), que provoca inflamación y llenado alveolar con exudado, dificultando el intercambio gaseoso.

Clasificación

Según el lugar donde se adquiere:

- Adquirida en la comunidad
- Intrahospitalaria o Nosocomial

Diagnóstico

Clínico por sospecha de síntomas.
Radiografía de tórax: infiltrado alveolar, consolidación, patrón intersticial.

Laboratorios:

Biometría hemática (leucocitosis)
Gasometría (en casos graves)
Cultivo de esputo (si es posible)



Cuadro clínico

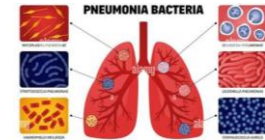
Fiebre alta
Escalofríos
Tos productiva (con esputo amarillo/verdoso)
Dolor torácico pleurítico (al respirar)
Disnea (falta de aire)
Taquipnea, taquicardia

Exploración física:

Matidez a la percusión
Estertores crepitantes

Fisiopatología

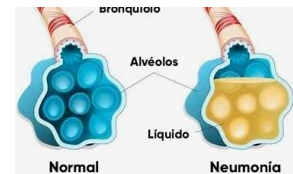
El microorganismo llega a los pulmones por inhalación, aspiración o vía hematógena.



Se instala en los alvéolos= **respuesta inflamatoria.**



Acúmulo de exudado y células inflamatorias = **consolidación**



Afecta el intercambio de gases = **hipoxia.**



Tratamiento

Neumonía adquirida en la comunidad:
Amoxicilina + ácido clavulánico
Neumonía hospitalaria: Ceftriaxona + claritromicina

Epidemiología

- Se transmite por gotas respiratorias (al toser, hablar).
- Muy común en países en vías de desarrollo.
- Factores de riesgo: VIH/SIDA, desnutrición, hacinamiento, alcoholismo, inmunosupresión.
- La TB es una enfermedad de notificación obligatoria.

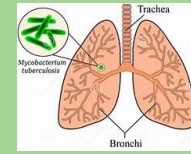


Definición

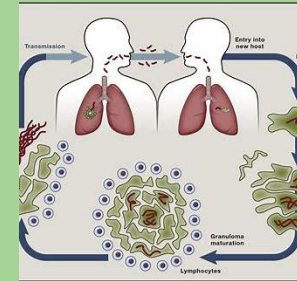
Es una **enfermedad infecciosa crónica**, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta principalmente los pulmones (TB pulmonar), pero puede afectar otros órganos (TB extrapulmonar).

Fisiopatología

Inhalación del bacilo → llega a los alvéolos.



El sistema inmune lo **encapsula** formando **granulomas** (respuesta mediada por células T).



Puede quedar latente o progresar a TB activa.

En TB activa, el bacilo se multiplica y destruye tejido = necrosis caseosa y cavitaciones.

Neumonías

Cuadro clínico (TB pulmonar)

- Tos crónica (>2-3 semanas), seca o productiva
- Hemoptisis (esputo con sangre)
- Fiebre vespertina
- Sudoración nocturna
- Pérdida de peso
- Astenia y adinamia
- Cavitación (complicación)

Diagnóstico

- Clínico por sospecha de síntomas.
- Radiografía de tórax: infiltrado alveolar, consolidación, patrón intersticial.
- Laboratorios:
 - Biometría hemática (leucocitosis)
 - Gasometría (en casos graves)
 - Cultivo de esputo (si es posible)

Prevención

Vacuna BCG: en recién nacidos (previene formas graves como TB meníngea).

Formas clínicas

TB pulmonar La más frecuente (60-80%)

TB extrapulmonar Ganglionar, pleural, meníngea, renal, ósea, etc.

TB latente Bacilo presente sin síntomas ni contagio

TB miliar Diseminación hematogena (grave)

Tratamiento

Fase intensiva (2 meses)

- RIPE: Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol

Fase de sostén (4 meses)

- Isoniacida + Rifampicina

