



**Mi Universidad**

## **Mapa mental**

*Brayan Emmanuel López Gómez*

*Parcial II I*

*Fisiopatología III*

*Dr. Gerardo Cancino Gordillo*

*Medicina Humana*

*Cuarto semestre grupo "C"*

*Comitán de Domínguez, Chiapas, a 28 de mayo del 2025.*

Biológicos (omalizumab, mepolizumab)

Antileucotrieno

No fumar

Educación para el autocontrol y uso adecuado del inhalador



Corticoides inhalados (ICS)

Control de factores ambientales (ácaros, humo, contaminación)

Vacunación (influenza, neumococo)

Broncodilatadores.



Evitar alérgenos



Educación del paciente y familia



Prevención

Definición

Enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias.



Afecta a 300 millones de personas en el mundo

Epidemiología



Mayor incidencia en países desarrollados



Alta prevalencia en niños

Factores de riesgo: antecedentes familiares, alergias, exposición a contaminantes, tabaquismo.

ASMA

Manifestaciones clínica

Disnea



Opresión



Sibilancias



Tos, especialmente nocturna o matutina

Diagnostico

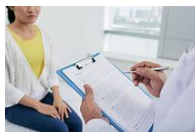
Fisiopatología

- Inflamación crónica de las vías aéreas.
- Infiltración de eosinófilos, mastocitos, linfocitos T.
- Remodelado bronquial: engrosamiento de la pared, hiperplasia glandular.

Pruebas de provocación



Historia clínica detallada



Espirometría



Rehabilitación

No farmacológico

Oxigenoterapia



Corticoides inhalados

Rehabilitación pulmonar



Dejar de fumar



Actividad física

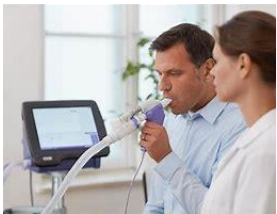
Broncodilatadores (SABA, LABA, anticolinérgicos)



Oximetría



Espirometría



Radiografía



Fisiopatología

- inflamación crónica → engrosamiento de la vía aérea, destrucción de alvéolos (enfisema) y aumento de moco (bronquitis crónica).

- ↓ flujo espiratorio + atrapamiento aéreo.



Disnea progresiva



Infecciones respiratorias frecuentes



Sibilancias



EPOC

No farmacológico

Enfermedad respiratoria progresiva caracterizada por obstrucción persistente del flujo aéreo

Definición

Afecta a más de **250 millones de personas** en el mundo

**3ª causa de muerte global** según la OMS.

Alta prevalencia en **fumadores**

Mayor incidencia en mayores de 40 años.

Mayor prevalencia en **hombres**

Tos crónica con expectoración



EPOC





Líquidos restrictivos



Prona en casos graves

Nutrición y Apoyo General

Rehabilitación Temprana



Soporte ventilatorio



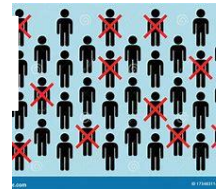
Manejo de causa subyacente



No farmacológico

Insuficiencia respiratoria aguda por daño alveolar difuso que causa edema pulmonar no cardiogénico y severa hipoxemia.

Mortalidad: 30-50%



Asociado a sepsis, trauma, neumonía, aspiración, pancreatitis

Rx tórax



Tratamiento

Definición

Epidemiología

Mayor frecuencia en adultos mayores



Criterios de Berlín

| Definición de Berlín |                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tiempo               | Dentro de 1 semana de una visita clínica conocida o síndrome respiratorio agudo o que se desarrolle                                                                                                |
| Imágenes de tórax    | Opacidades bilaterales no explicadas por derrame, atelectasia o nódulos                                                                                                                            |
| Origen del edema     | Falta respiratoria no completamente explicada por falla cardíaca o sobrecarga de fluidos. Requiere evaluación clínica para excluir etiología cardíaca o no fallar factores de riesgo preexistentes |
| oxigenación          |                                                                                                                                                                                                    |
| Leve                 | PuO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> 200-300 con PEEP ≥5                                                                                                                                             |
| Modificado           | PuO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> 100-200 con PEEP ≥5                                                                                                                                             |
| Grave                | PuO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> <100 con PEEP ≥5                                                                                                                                                |

Gasometría



Fisiopatología

Cuadro clínico

Disnea aguda grave

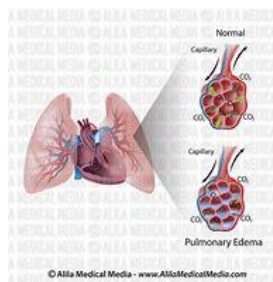
Cianosis

Hipoxemia



Taquipnea, taquicardia

Activación inmune → ↑ permeabilidad capilar alveolar → edema alveolar + ↓ surfactante → colapso alveolar → hipoxemia refractaria



## INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES



- Bajar de peso
- Elevar cabecera al dormir
- Evitar alimentos desencadenantes: café, chocolate, picantes
- No acostarse después de comer



- Modificación de estilo de vida
- Evitar tabaco, alcohol
- Mantener peso saludable
- Dieta balanceada



Enfermedad crónica causada por el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago, provocando síntomas molestos o complicaciones.

- Inhibidores de bomba de protones (IBP): omeprazol, esomeprazol
- Antagonistas H2
- Antiácidos



No farmacológico

tratamiento

Diagnostico

## ERGE (Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico)

Prevención

Definición

Epidemiologia

Cuadro clínico

Fisiopatología

- Clínico en casos típicos
- Endoscopia digestiva alta
- pHmetría esofágica 24h
- Manometría esofágica



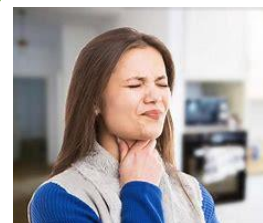
- Alta prevalencia (10-20% en países occidentales)
- Más común en adultos >40 años
- Factores de riesgo: obesidad, embarazo, tabaquismo, alcohol

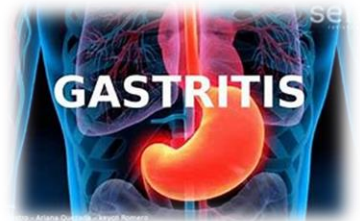


- Disfunción del esfínter esofágico inferior (EEI)
- Aumento de presión intraabdominal
- Retraso en el vaciamiento gástrico
- Exposición prolongada del esófago al ácido gástrico



- Pirosis (ardor retroesternal)
- Regurgitación ácida
- Disfagia ocasional
- Síntomas atípicos: tos crónica, laringitis, asma





- Dieta ligera
- Evitar alcohol, tabaco, café
- Reducción de estrés

- Evitar AINES innecesarios
- Control de infecciones por *H. pylori*
- Dieta saludable

Inflamación de la mucosa gástrica, aguda o crónica, causada por infecciones, irritantes químicos, autoinmunidad o estrés.



No farmacológico

Prevención

Definición



Epidemiología



Cuadro clínico

- Común en adultos
- Mayor prevalencia en países en desarrollo (por *H. pylori*)
- Asociada a uso de AINES, alcohol, tabaquismo

- Dolor epigástrico
- Náuseas, vómitos
- Sensación de plenitud posprandial
- En casos graves: hemorragia digestiva



- Daño a la mucosa gástrica → infiltrado inflamatorio
- Infección por *Helicobacter pylori*
- Lesión directa por AINES o alcohol
- Gastritis autoinmune: destrucción de células parietales

Tratamiento

Diagnostico

Fisiopatología

Gastritis

- Erradicación de *H. pylori* (triple terapia)
- IBP para reducir secreción ácida
- Suspensión de AINES



- Historia clínica
- Endoscopia con biopsia
- Pruebas para *H. pylori*:





- Uso racional de AINES
- Erradicación de *H. pylori* en pacientes de riesgo
- Educación sobre factores desencadenantes

Presencia de una úlcera (lesión) en la mucosa gástrica o duodenal, secundaria al desequilibrio entre factores agresores y defensivos.

- Evitar alimentos irritantes
- Dejar de fumar
- Reducir estrés

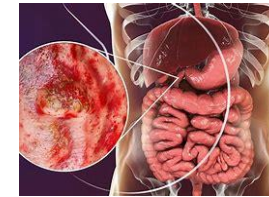


No farmacológico



Prevención

Definición



## Enfermedades ulceropeptica

Tratamiento



Diagnóstico

Epidemiología



- Afecta 5-10% de la población general
- Incidencia mayor en adultos
- *H. pylori* y AINES son las causas más comunes

Cuadro clínico

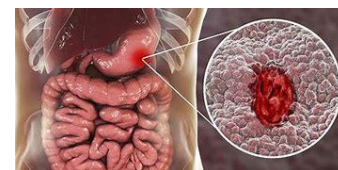
- Dolor epigástrico (tipo ardor)
- Relación con comidas (mejora o empeora)
- Náuseas, plenitud
- Complicaciones: hemorragia, perforación, obstrucción

Fisiopatología



- Aumento de secreción ácida + disminución de defensa mucosa
- *H. pylori* daña la mucosa
- AINES inhiben prostaglandinas protectoras

- Endoscopia digestiva alta
- Pruebas para *H. pylori*
- Hemoglobina/férritina si sospecha de sangrado



## Referencias

- Katz, P. O., Gerson, L. B., & Vela, M. F. (2013). *Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease*. **American Journal of Gastroenterology**, 108(3), 308-328.
- Malfertheiner, P., Megraud, F., Rokkas, T., et al. (2022). *Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht VI/Florence consensus report*. **Gut**, 71(9), 1724–1762.
- Chey, W. D., & Wong, B. C. (2007). *American College of Gastroenterology guideline on the management of Helicobacter pylori infection*. **American Journal of Gastroenterology**, 102(8), 1808-1825.
- **Harrison's Principles of Internal Medicine**, 21ª edición (2022). McGraw-Hill Education.
- **UpToDate**: Plataforma clínica basada en evidencia. Artículos actualizados sobre ERGE, gastritis y úlceras pépticas (requiere suscripción).