

DR. JUAN CARLOS GOMEZ VAZQUEZ

ALONDRA YULIANA GONZALEZ GORDILLO

RESUMENES

MEDICINA INTERNA

5°A

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de junio de 2025

INDICE

INTRODUCCION.....	1
BRONQUIOLITIS.....	2
H. PULMONAR.....	3
SEPSIS.....	4
INSUF. RESPIRATORIA.....	5
CONCLUSION.....	6
BIBLIOGRAFIA.....	7

INTRODUCCION

Las enfermedades respiratorias y sistémicas representan un reto constante en el ámbito clínico debido a su alta prevalencia, gravedad potencial y complejidad diagnóstica. Entre estas, la **bronquiolitis**, la **hipertensión pulmonar**, la **sepsis** y la **insuficiencia respiratoria** destacan por su impacto significativo en la población pediátrica y adulta, así como por su capacidad para desencadenar complicaciones críticas.

La **bronquiolitis** es una infección respiratoria aguda que afecta principalmente a lactantes y niños pequeños. Es causada comúnmente por el virus sincitial respiratorio (VSR) y se caracteriza por inflamación y obstrucción de los bronquiolos. Por otro lado, la **hipertensión pulmonar** es una condición progresiva que implica el aumento de la presión en las arterias pulmonares. La **sepsis**, por su parte, es una respuesta inflamatoria sistémica grave frente a una infección, que puede comprometer múltiples órganos y llevar a un estado de choque séptico y muerte si no se trata a tiempo. Finalmente, la **insuficiencia respiratoria** es una condición clínica en la que el sistema respiratorio no puede mantener niveles adecuados de oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono. Puede ser aguda o crónica, y suele ser la manifestación final de diversas patologías pulmonares o sistémicas, incluyendo las mencionadas anteriormente.

"BRONQUIOLITIS"

1 *fl*

- Definición

Inflamación de pared del bronquiolo respiratorio

• Bronquiolitis simple

Inflamación de pared del bronquiolo

• Bronquiolitis obliterante

Inflamación de pared del bronquiolo, se añaden tapones fibrosos en la luz.

- **Constitutiva** Hay tejido fibroso alrededor del bronquiolo comprimiéndolo.

- **Proliferativa** Tejido fibroso se extiende desde los bronquios a los alveolos adyacentes, ocupándolos.

Bronquiolitis obliterante

Cursa una clínica de tos escasamente productiva y disnea progresiva. Radiografía es poco expresiva. Hay obstrucción espirométrica con gran aumento de V_R, desproporcionado al consumo de tabaco.

- **Asociada a conectivopatías** (Artritis reumatoide)

- **Posttransplante**: Aparece meses o años tras un trasplante pulmonar o cardiopulmonar.

- **Otras**: Inhalación de tóxicos (cloro, gas, mostaza, polvos inorgánicos), drogas (cocaína base, busulfán) o postinfección (VRS, gripe, Sarampión, CMV, VZV, tosferina, Mycoplasma).

- **Idiopática**: Dx de exclusión, descartar causas secundarias

Dx

Se basa en clínica y hallazgos de la TC de alta resolución. Patrón en vidrio esmerilado "en mosaico" se magnifica en

HIPERTENSIÓN PULMONAR

Scribe

Definición

Se define como la existencia de una presión media en la arteria pulmonar (PAPM) $> 25 \text{ mmHg}$ en reposo, o $> 30 \text{ mmHg}$ durante el ejercicio.

Puede deberse a un ↑ aislado de la presión en el sistema arterial pulmonar (HTP precapilar o hipertensión arterial pulmonar) o a una elevación de la presión en sistemas venoso y

Clasificación

- Grupo 1: hipertensión arterial pulmonar (HAP)

Antiguamente llamada hipertensión pulmonar primaria

• HAP idiopática

• HAP familiar

• HAP inducida por drogas (anorexígenos) y toxinas

• HAP asociada a conectivopatías, VIH, hipertensión portal, cardiopatías congénitas o esquistosomiasis.

- Grupo 2: hipertensión pulmonar secundaria a cardiopatías izquierdas

- Grupo 3: hipertensión pulmonar secundaria a neoplasia crónica / hipoxia

- Grupo 4: enfermedad tromboembólica crónica

- Grupo 5: hipertensión pulmonar de mecanismo no aislado / multifactorial.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA

Se trata de un cuadro (5-15 casos por millón) de etiología desconocida, que suele afectar a mujeres entre 30-40 años.

CLÍNICA

Relativamente inespecífica (retraso dt entre 2-3 años de mes lo habitual). Disnea progresiva de esfuerzo, añadiéndose episodios de dolor torácico atípico y síncope.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Es inespecífica y heterogénea, alteración t precoz, hipertrofia

glamour
never takes a day off

SEPSIS

DEFINICIÓN

La sepsis es una entidad clínica definida como disfunción orgánica causada por una infección potencialmente fatal Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con sospecha de infección.

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)

Estado proinflamatorio causado por una infección.

→ Criterios Diagnósticos SRIS

Definido por la

Presencia de 2 o + signos

Temperatura $\geq 38^{\circ}$ o $\leq 36^{\circ}$

Frec. cardíaca > 90 lpm

Taquipnea, frec. respiratoria > 22 rpm o

hiperventilación ($P_aCO_2 < 32$ mmHg)

Leucocitos $> 12,000/mm^3$ o $< 4,000/mm^3$ o

más de 10% neutrófilos inmaduros.

Choque séptico y falla multiorgánica

Se configura con la presencia de los criterios de sepsis más la documentación de hipotensión persistente que requiere de soporte vasopresor para mantener una PAM ≥ 65 mmHg y un nivel de lactato sérico ≥ 2 mmol/L, a pesar de manejar un volumen intravascular adecuado con cristaloideos.

FISIOPATOLOGÍA DE LA SEPSIS Y CHOQUE SEPTICO

La sepsis y choque séptico afectan directamente a la microcirculación. Esto ocurre como resultado del daño endotelial (fase preponderante en la fisiopatología del choque séptico) mediada de manera celular, principalmente por los leucocitos en el momento de interactuar con el endotelio y por mediadores inflamatorios (prostaglandinas, especies reactivas de oxígeno o proteasas) los cuales lesionan el endotelio, produciendo aumento de la permeabilidad capilar y disminución

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Definición

Es el fracaso del sistema respiratorio para mantener un intercambio adecuado (O_2 y CO_2) entre el aire y la sangre.

Clasificación

Hipoxémica $\downarrow PaO_2 < 60 mmHg$, con CO_2 normal o bajo

Hipercláptica $\uparrow PaCO_2$ a veces con $\downarrow PaO_2$ causada por fallo en la ventilación

Etiología y Mecanismos fisiopatológicos

Hipoventilación alveolar (causas centrales neuromúsculas, músculo-esqueléticas).

Trastorno ventilación-perfusión V/Q

Cortocircuito intrapulmonar shunt Red alveolar

Alteraciones en la difusión alveolo-capilar.

Complicaciones y Pronóstico

ARDS grave — mortalidad del 46-60%

ventilación prolongada: riesgo de úlceras

TUP, fallo multiorgánico, coagulación

Secuelas crónicas: fibrosis pulmonar, debilidad muscular, deterioro funcional.

DIAGNOSTICO

Gasometría arterial

Imagen

Pulso-oximetría y capnografía

Otras Pruebas: hemograma, función renal, troponina, ECG, eco, Para descartar causas asociadas

CONCLUSION

La bronquiolitis, la hipertensión pulmonar, la sepsis y la insuficiencia respiratoria constituyen afecciones médicas graves que, aunque distintas en su origen y mecanismo fisiopatológico, comparten una elevada potencialidad para comprometer la vida del paciente si no son diagnosticadas y tratadas oportunamente. Cada una de estas entidades puede actuar como desencadenante o consecuencia de las otras, configurando cuadros clínicos complejos que requieren un abordaje integral, multidisciplinario y urgente.

La bronquiolitis, como patología prevalente en pediatría, puede evolucionar rápidamente hacia insuficiencia respiratoria, especialmente en niños con factores de riesgo. La hipertensión pulmonar, por su parte, representa un desafío diagnóstico y terapéutico, debido a su progresión silenciosa y su asociación con insuficiencia cardíaca derecha. La sepsis continúa siendo una de las principales causas de muerte en el ámbito hospitalario, dada su capacidad para generar disfunción multiorgánica, incluyendo el compromiso pulmonar. Finalmente, la insuficiencia respiratoria es muchas veces el punto final común de diversas enfermedades respiratorias e infecciosas, y su manejo adecuado puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

En conjunto, estas patologías reflejan la necesidad de fortalecer la vigilancia clínica, la prevención y el tratamiento oportuno en todos los niveles de atención en salud, subrayando la importancia de la medicina preventiva, la educación continua del personal sanitario y el acceso oportuno a cuidados críticos.

BIBLIOGRAFIA

Adeva Alfonso, J. (2018). *Manual AMIR: Neumología y cirugía torácica* (11.^a ed.). Academia de Estudios MIR.

Fernández Francés, J., Ríos Blanco, J. J., Castelao Naval, J., Martín García, B., et al. (2019). *Manual CTO de medicina y cirugía: Neumología y cirugía torácica* (11.^a ed.). Madrid, España: CTO Editorial.