



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

Resúmenes 3 unidad

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 6°

Materia:

“Geriatría”

Docente:

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas a 24 de mayo de 2024.

~ EPOC ~

24-04-24

SMART BOOK

→ Obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo, causada principalmente por una reacción inflamatoria al humo de tabaco → ↓ flujo exp. forzado en el primer seg FEV1 - FV1 - FVC

- FEV1 ↓ a los 25-30A (no > 30 ml)
- ↓ 30% de la respuesta ventilatoria a la hipoxia e hipercapnia

Etiología

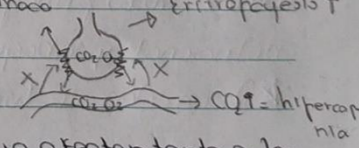
- ★ fumar cigarrillos → síntomas respiratorios, alteraciones de la función pulmonar, ↓ anual de FEV1 y EPOC
- Ambientales o susceptibilidad individual → alt. del desarrollo normal del pulmón (humo de tabaco, polvo, contaminación)
- Inherentes al individuo o fx genéticos (fx antitripsina) e hiperreactividad bronquial

~ Clasificación ~

FEV1 es el mejor indicador de gravedad en función de la espirometría es útil para establecer un tx.

Gravedad	FEV1/FVC	FEV1% del valor predicho
EPOC leve	≤ 0,7	≥ 80%
EPOC moderada	≤ 0,7	50-80%
EPOC grave	≤ 0,7	30-50%
EPOC muy grave	≤ 0,7	< 30%

★
Tos crónica
↑
maco → Eritropoyesis ↑



Patogenia =

Se asocia a cambios estructurales y celulares que afectan tanto a las vías aéreas centrales como a las periféricas. La inflamación se extiende también al parénquima y arterias pulmonares.

★ Tabaco → afecta el árbol traqueobronquial (infiltrado de LT y macrófagos). Periférico → infiltrado de cel. mononucleares y acumulación de macrófagos

LT CD8 se correlacionan de forma significativa c/ el FEV1.

Silky

- En las arterias pulmonares el cambio morfológico que se observa = engrosamiento de la íntima → por proliferación de cel. de músculo liso y depósito de fibras de colágeno. → Infil CD68⁺ en la adventicia.
- Principales células implicadas = macrófagos, neutrófilos y linfocitos.
 - Se segregan proteínas inflamatorias.
 - ↑ TNF α → en EPOC grave → TNF α en el esputo inducido
- ↑ citoquinas proinflamatorias y ↓ antiinflamatorias.

Inflamación sistémica =

- Reactantes de fase aguda, citoquinas, act. de neutrófilos, PCR ↑ (por la IL-6 o el TNF α)

◦ Bronquitis crónica → A botagado azul

◦ Enfisema → Soplador rosado

Manif. sistémicas =

La inflamación también es un fx de riesgo para enf como lo arteriosclerosis, osteoporosis y síndrome de caquexia - anorexia.

↳ Complicaciones que se observan.

- El estrés oxidativo puede influenciar en la dist. muscular.
- Sistemas extrapulmonares, + frec. afectada = sistema muscular y esquelética.
- Pérdida de masa libre de grasa y de densidad mineral ósea = ↓ peso y caquexia.
- Otros causas principales = inactividad, corticosteroides, afectación nutricional y tabaquismo.

★ Desencadenante fundamental = inhalación de sust. o gases nocivos.

Dx diferencial.

◦ ↓ crónica del flujo aéreo = Vía aérea sup, fibrosis quística, bronquiectasia, bronquiolitis obliterante, asma bronquial, tuberculosis.

o BH = leuco, poliglobulia, descartar Inf.

→ o Criterios de Antiven

= Rx =

↳ Para ver si hay una exacerbación (#1 Inf; fx ambientales)

* - Síntomas = tos, expectoración o crujidos (fx de riesgo) exposición a alérgeno-

- Rx para el dx dif = datos de fibrosis, radiopacidades, ^{92+ marcado}

- TAC = ↑ sensibilidad

- Gasometría = no necesaria en la ent. leve pero si en moderada o grave

- Ecocardiografía = si se sospecha hipertensión pulmonar

→ - Hemograma = anemia o poliglobulia

Pruebas específicas de función respiratoria.

* Imprescindible para la obstrucción al flujo aéreo

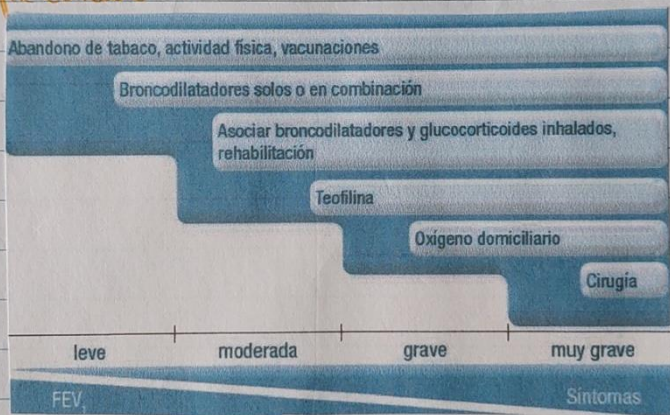
- Espirometría → Sera el gold estándar. (pero tendría que derivarse a un neumólogo)

- El cociente FEV1/FVC detectar limitación al flujo aéreo

→ - ECG = taquicardia, hipertrofia ventricular

Tx del px estable =

Antitussígeno



o Medidas generales = Abandonar el hábito tabáquico, vacunación antigripal y neumocócica y ejercicio f. regular.

o Farmacológico =

- o síntomas ocasionales = broncodilatadores

- o síntomas permanentes = broncodilatadores de acción prolongada

- Moderada-grave = corticoides inhalados

- función pulmonar, síntomas y exacerbaciones = corticoides inhalados

- o expectoración habitual = mucolíticos y los antioxidantes

→ Broncodilatadores de acción corta = (bromuro ipratropio y agonistas β₂ acción corta). Administración y dosis =

Expansión del bronquio para ↑ el intercambio gaseoso.

Otros =
Esteroides
Inhalados
(2da. línea)

Fármaco	Presentación (µg/dosis)	Dosis media	Dosis máxima	Comienzo de acción	Efecto máximo	Duración de la acción
B2-adrenérgicos						
★ Salbutamol	ICP: 100	200 µg/4-6 h	1.600 µg/día	40-50 s	15-20 min	3-6 h
Terbutalina	ICP: 250 TH: 500	500 µg/4-6 h	6.000 µg/día	40-50 s	15-20 min	3-6 h
Salmeterol	ICP: 25 AH: 50	50 µg/12 h	200 µg/día	18 min	3-4 h	12 h
Formoterol	ICP: 12 Cl: 12 TH: 9	12,5 µg/12 h	48 µg/día	1-3 min	2 h	12 h
Anticolinérgicos						
★ Bromuro de tiotropio	ICP: 20 Cl: 40	20-40 µg/6-8 h	320 µg/día	15 min	30-60 min	4-8 h

- ★ - Broncodilatadores de acción prolongada: Salmeterol, formoterol y bromuro de tiotropio. ↑ la tolerancia al ejercicio.
- Metilxantinas: Mejora clínica. Cuidado con sus E2.
- Glucocorticoides: Para moderada-grave, + exacerbaciones.
- Glucocorticoides + agonistas β₂ AP = Moderada-grave. Mejora de la función pulmonar y ↓ exacerbaciones.
- Otros: Estimulantes respiratorios, antibióticos profilácticos, antileucotrienos, n₁-nedacromil sódico. > Sin evidencias de recomendación.
- Nuevas terapias: Roflumibast (↓ selectivo de la fosfodiesterasa -4) ↑ función pulmonar a los 6-12 meses.
Indacaterol (agonista β₂ adrenérgico de LD)

→ Oxigenoterapia = No se recomienda < 12 hrs. al día.
Se seguirá recomendando en px a limitación física por disnea (Indicación de oxigenoterapia continuo domiciliaria)

PaO ₂ *	Indicación	Calificador	Evidencia
≤ 55	Absoluta	Ninguno	A
55-60	Relativa con calificador	Hipertensión pulmonar Hematocrito > 55% Edemas por ICD**	A
≥ 60	Ninguna excepto con calificador	Desaturación en ejercicio con disnea limitante que responde al O ₂	D

→ Rehabilitación respiratoria = Mejora la disnea, capacidad de ejercicio, calidad de salud. / Ejercicio f. y entrenamiento de las extremidades

Tx de exacerbaciones = broncodilat. de acción corta (bromuro de ipratropio)

↓ Sin mejora a los 72 hrs. = hasta 1mg + nebulizador.

Silky

Glucocort. max 10 días

→ ATB: Amoxi,azitro, No fármaco = PaO₂ > 60 mmHg FIO₂ 24-35%

= Tx =

- o leve o moderado (extrahospitalario) = Broncodilatadores de AC = anticolinérgico (bromuro de ipratropio 0.12 mg q 4-6 h.)
Salbutamol 0.6 mg o terbutalina 1 mg q 4-6 h.
- Antibióticoterapia = si hay disnea, expecturación y la esputo
- Glucocorticoides = Prednisona 40 mg ltra max. 10 días

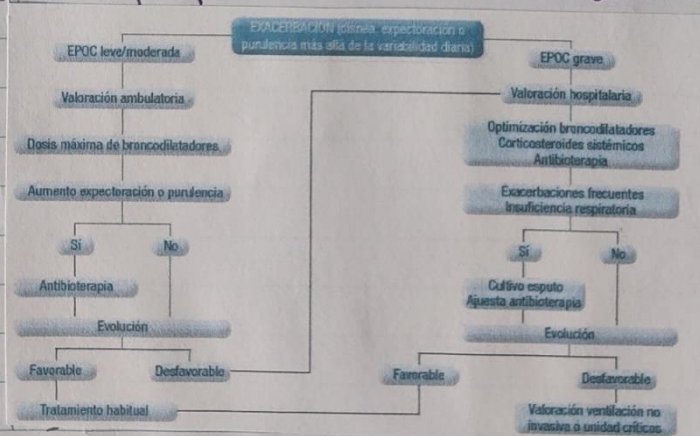
o leve/moderado sin mejora en 72 h. (hospitalario)

- Broncodilatador (bromuro de ipratropio 1 mg agonista β_2 AC hasta 10 mg) / nebulizador.
- Antibiót. = Expecturación, esputo
- Glucocorticoides VS 40 mg / 10 días

o Tx de las exacerbaciones =

Antibióticos supeditada a la presencia de esputo francamente purulento = penicilinas, cefalosporinas, fluorquinolonas y los macrólidos / cetóridos. (1-VO 875-125 mg 8 h.)

- manejo extra y hospitalario en la exacerbación de EPOC -



Dosis de antimicrobianos recom. en las exacerbaciones

Antimicrobiano	Vía oral	Dosis (mg/intervalo de administración)	Vía parenteral
Amoxicilina-ácido clavulánico	875-125 mg/8 h	7-10 días	2 g-200 mg/8 h
Azitromicina	500 mg/24 h	3 días	-
Cefepima	-	-	1-2 g/12 h
Cefotaxima	-	-	1-2 g/8 h
Ceftriaxona	-	-	1-2 g/24 h
Ciprofloxacino	500-750 mg/12 h	7-10 días	400 mg/8-12 h
Clarithromicina	1.000 mg/24 h	7 días	-
Levofloxacino	500 mg/24 h	5 días	500 mg/24 h
Moxifloxacino	400 mg/24 h	5 días	-
Telitromicina	800 mg/24 h	5 días	-

↓ $\text{SatO}_2 < 80 / \rightarrow \text{O}_2$ suplementario domiciliario \rightarrow Meta: 88%

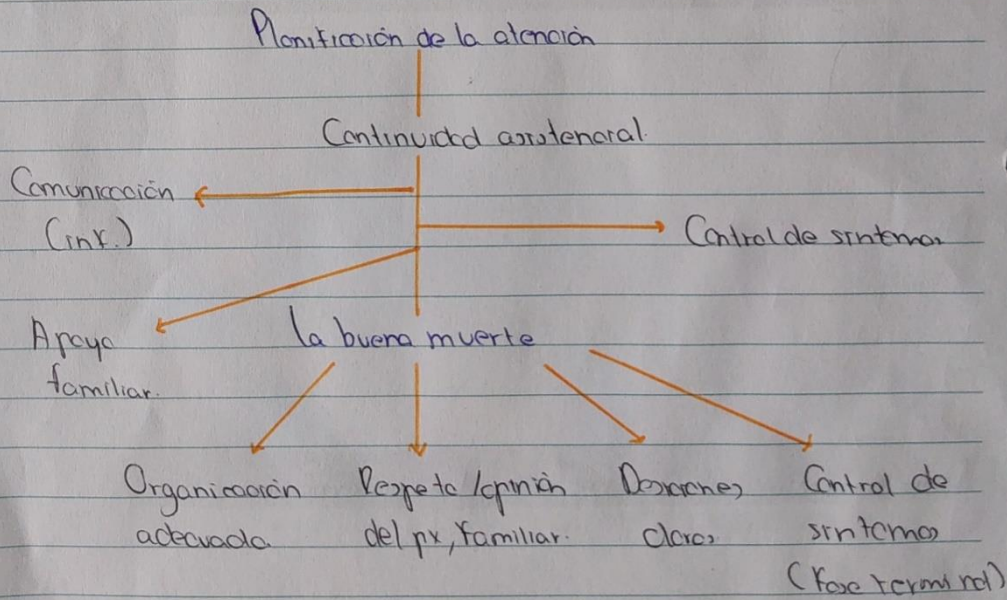
Criterios de alta hospitalaria

- Cuando se alcanza una situación próxima a la basal del px, haya estabilidad clínica y gasométrica y el px controle su enf. en el domicilio, aunque persistan la hipoxemia y la hipercapnia.
- Reducir glucocorticoides sist. progresivamente.

Recomendaciones sobre la atención al final de la vida de px CI EPOC

- El tx paliativo no es tan frec. como en px CI crónic.
- o Perfil de px que van a fallecer en 6-12 meses
 - FEV1 < 30 %
 - Consumo de recursos sanitarios
 - Escasa act. física
 - Afectación del estado general
 - Dependencia para act. básicas (IMC < 21 kg/m², disnea 3-4)
 - Puede haber dolor, disnea, trast. gastrointestinales, ansiedad, depresión, trast. del sueño o pérdida de peso.

Esquema para la atención final de la vida ↓



TROMBOEMBOLISMO PULMONAR TEP

SMART
BOOK

Enf. cardiovascular caract. por la generación de un trombo en el interior de una vena y su post. embolización en el territorio pulmonar → obstruye total o parcialmente.

→ No es una entidad aislada → es una complicación de la trombosis venosa profunda (TVP) → término actual enf. tromboembólica venosa (TEV)

◦ Frecuente ◦ Intradx → incidencia?

◦ Alta morbimortalidad ◦ Puede ser asintomática

↳ Mortalidad 7-11%

◦ 60% de TVP → TEP pero solo 20-30% sintomáticos.

Prevalencia = Px hospitalizados 0.4% (EU)

- → Incidencia en relación al ↑ de la esperanza de vida y envejecimiento poblacional.

- Mayores de edad > suscept. → 8 veces ↑ > 80 A.

- Edad media 62 A.

↳ la expresión clínica puede ir desde un hallazgo sin repercusión → desapercibido, hasta la muerte súbita (↑ en ancianos)

ETIOPATOGENIA =

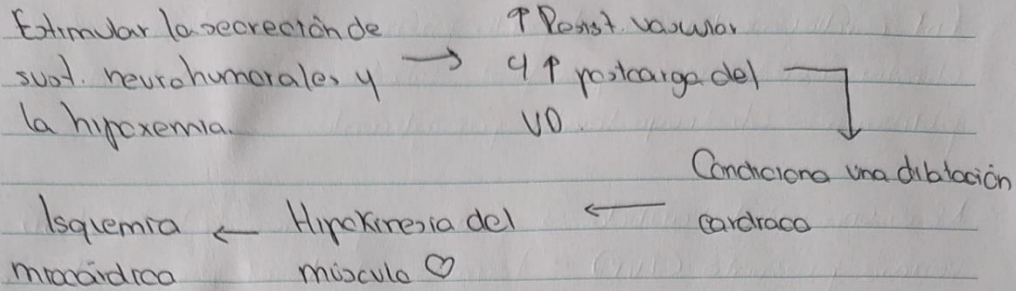
- El origen del embolo puede ser una trombosis v. de cualq. localización. → 90-95% procede del territorio Ileo-femoral.

- Ocasionalmente provienen de = Venas uterinas, prostáticas, renales, extremidades sup. o cavidad derecha del ♥

Fisiopatología =

Coagulación intravascular + vasoconstricción reactiva de la arteria pulmonar = Mecanismo obstructivo. →

Silky



Efectos fisiopatológicos

Finales → Repercusión a nivel respiratorio y hemodinámico

↓
 Hipoxia secundaria a la descompensación entre la ventilación y la perfusión y un cortocircuito D-I a través del foramen oval.
 (Causa graves)

↓
 Hipotensión art. sist. y shock cardiogénico.

- En todo hay = ↑ biomarcadores = troponinas y ácidos grasos.
- Pronóstica → A. De Vries = extensión de la obstrucción de la arteria pulm.
- Anciano = Preexist. de enf. pulm. y situación funcional previa

= Fx Predisponentes =

Fx de riesgo =

Imp. Tríada de Virchow

TRIADA DE VIRCHOW TROMBOSIS

LESIÓN ENDOTELIAL

ESTASIS ESTANCAMIENTO DE LA SANGRE

HIPERCOAGULABILIDAD

Silky

Estasis venosa	Hipercoagulabilidad	Lesión endotelial
Edad Avanzada	Cáncer	Traumatismos
ICC	Cirugía mayor	TEP previo
Inmovilización prolongada	Policitemia vera	Infecciones
Infarto agudo de miocardio	Sd. de hipercoagulabilidad	Cirugía local
Insuficiencia venosa	Uso de estrógenos	Quemaduras
Ictus	Sepsis	Catéter venoso
EPOC	Tabaquismo	
Obesidad	Trombofilias	
Embarazo	Puerperio	

(AHA) fx en función de riesgo → clínicamente útil

Fuertes	Moderados	Debiles
	Cirugía artroscópica de rodilla	
	Vías venosas centrales	
	Quimioterapia	
Fractura (cadera o pierna)	Insuficiencia cardíaca	Reposo en cama >3 días
Prótesis de cadera o rodilla	Insuficiencia respiratoria crónica	Inmovilidad
Cirugía general mayor	Terapia hormonal sustitutiva	Edad avanzada
Traumatismo mayor	Malignidad	Cirugía laparoscópica
Lesión medular	Terapia contraceptiva oral	Obesidad
	ACV paralítico	Embarazo/anteparto
	Embarazo/postparto	Venas varicosas
	Tromboembolismo venoso previo	
	Trombofilia	

Condicionan el manejo preventivo, dx y terapéutico

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Variabilidad en personas mayores.
- Signos y síntomas (baja especificidad y sensibilidad)
- ★ Disnea, taquipnea, dolor torácico y síncope.
- ↳ formas de presentación atípica = síndrome como delirium, det. funcional, alt. de la marcha, cardios.

	TEP confirmado (n= 219)	TEP excluido (n= 546)
Síntomas		
Disnea	80%	59%
Dolor torácico (pleurítico)	52%	43%
Dolor torácico (subesternal)	12%	8%
Tos	20%	25%
Hemoptisis	11%	7%
Síncope	19%	11%
Signos		
Taquipnea (≥ 20 /min)	70%	68%
Taquicardia (> 100 /min)	26%	23%
Signos de TVP	15%	10%
Fiebre ($> 38,5^\circ\text{C}$)	7%	17%
Cianosis	11%	9%

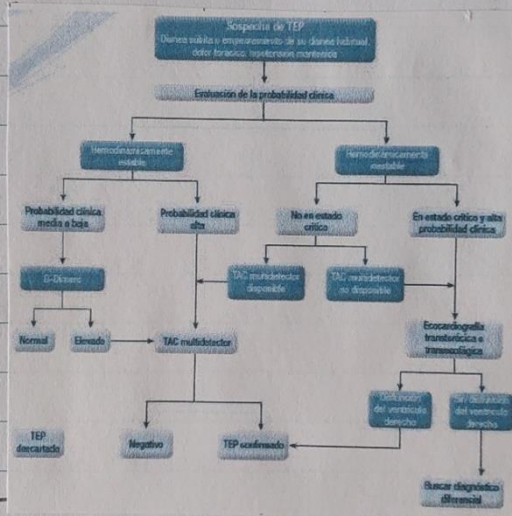
Dx =

- Sospecha en todo px q disnea > óbita, empeoramiento de su disnea habitual, dolor torácico o hipotensión mantenida sin causa evidente.
- En el anciano = herramienta básica en la prob. dx.
- ★ Score de Wells = estratifica a los px por categorías de prob. clínica

> 6 riesgo elevado (78.4%) 2-4 P moderada (27.8%) / (11%)
 < 2 riesgo bajo (3.4%)

Característica clínica	Puntos
Síntomas clínicos de TVP	3
Otros diagnósticos menos probables que TEP	3
Frecuencia cardíaca >100 latidos por minuto	1,5
Inmovilización o cirugía dentro de las últimas 4 semanas	1,5
TVP o TEP previo	1,5
Hemoptisis	1
Malignidad	1
Puntuación total	

o Ya con la probabilidad del px = evaluación de la estabilidad clínica del px → situación hemodinámica → útil para decidir la prueba dx.



↳ Evaluación estructurada y objetiva de las situaciones funcional y mental de los px.

- Pruebas dx =

o [D] plasmática de dímero - D ↑ (coágulo activo - activación simultánea de coagulación y fibrinólisis.)

↳ > 500 mg/l (EUSA) → S > 95% E 40%

↳ < 500 mg/l → ayudan a excluir.

o TAC multidetector = Método de elección para visualizar el sist. vas. pulmonar. S 83% E 96%

o Ecocardiograma = px c/ compromiso hemodinámico

Silky para decidir → IAM, diseccción a o taqnomiento p

- Heparinas de bajo peso m = \rightarrow Ix, Ia y IIa

- Subcutánea alcanzando el 90% del IV.

- Vedimedia + larga

o Enoxaparina: 1mg/kg q 12 hrs.

o Nadroparina: 85.5 ui/kg q 12 hrs.

o Dalteparina: 100 ui/kg q 12 hrs.

o Tincaparina: 175 ui/kg q 24 hrs.

o Bemiparina: 115 ui/kg q 24 hrs.

Primera generación	Segunda generación	Tercera generación
Estreptoquinasa	Activador textil del plasminógeno recombinante (tPA)	Mutantes del tPA
Uroquinasa	Prouroquinasa	Activadores del plasminógeno quimérico recombinante
	Derivados acetilados del complejo estreptoquinasa-activador del plasminógeno (APSAC)	Complejos de activadores del plasminógeno con anticuerpos monoclonales antifibrina
		Complejos de activadores del plasminógeno derivados del <i>Desmodus rotundus</i>
		Estafiloquinasa recombinante

- Anticoagulantes orales = Mantener hipocoagulabilidad 3-6 meses.

o Acenocumarol = I = 3mg/dra x 2dra. • Medif. dosis

o Warfarina = I = 2-5mg/dra x 2dra. • Medif. dosis

E2112 + ab. VK

- Contraind = at. de la marcha, cardi., incapacidad funcional

- Fibrinolisis \rightarrow destrucción rápida del trombo.

↳ C = hemorragia activa, ACV < 1 mes, HTA, Hepática.

ESTRATEGIAS =

- Alto riesgo = #1 HNF IV bob (80 ui/kg) \rightarrow 18 UI/kg.

Evitar la recurrencia del tromboembolismo

Embolectomía qx para px y contraindicaciones absolutas

- Riesgo intermedio = Pronóstica favorable. Hemodinámicamente estable. HBPM subcutáneo.

- Bajo riesgo = Px q resultados negativos de disfunción del VD.

Prófilaxis = Frías = Deambulación, medias de compresión gradual y compresión neumática (\uparrow retorno venoso)

F = HNF bajos dosis, HBPM o anticoagulantes VD.

• Angiografía pulmonar → ★, pero tiene limitaciones. Debe ser interpretada por un experto.

Dx DIFERENCIAL =

- Inf. respiratoria
- Asma
- Infarto AM
- Edema p.
- Ansiedad
- Disecación
- Neumotórax

→ Pequeños embolismos → disnea de esfuerzo → Dx dif = causas de cor pulmonale = ↑ hipertensión pulmonar.

→ Condensación pulmonar y la derrame pleural → Dx dif = procesos infecciosos, especialm. neumonías y empíema.

→ Disnea de inicio súbito o dolor torácico → Dx dif = neumotórax, cardiopatia isquémica aguda, taquiarritmia y pericarditis.

→ Shock cardiogénico = Dx dif → IAM, disec. aórtica, taponamiento pericárdico y distres respiratorio del adulto.

= Tx =

Objetivo = inducir una situación de hipocoagulabilidad que estabilice el trombo venoso → evitando su progresión, fragmentación y recidivos.

Riesgo de aparición de fenómenos hemorrágicos.

★ → Heparina convencional o no fraccionada = fase aguda estable.

Bda endovenosa 5000 UI → perfusión continua → 100-600 UI/Kg

q 24 hrs. → (↑ riesgo hemorrágico) 1000 UI q 4 hrs.

Al menos x 5 días.

Complicaciones = hemorragia, trombocitopenia, reacciones alérgicas y osteoporosis.

Contraindicaciones = hemorragia activa, enf. séptica, coagulopatías graves, hepatopatía crónica, mal f. vascular cerebral.

= ERGE =

SMART
BOOK

- Presencia de lesiones o de síntomas atribuibles al material refluido desde el estómago, lo suficientemente importantes como para empeorar la calidad de vida «
- Esofagitis por reflujo abarca un espectro de alteraciones inflam. de la mucosa esofágica que ocurren como consecuencia del RGE patológico. Para su dx → esofagoscopia
- Complicación importante = Esófago de Barrett. = sustitución del epitelio escamoso normal del esófago por epitelio metaplásico intestinal especializado → Imp. dx = carácter premaligno.

EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia 20%
- Incidencia = 4.5 por 1000 al año
- > Edad = ↑ riesgo = 12% <21A / 37% >70A
- Prevalencia de píloro ↓ = > Edad = 82% <21A / 37% >70A
- 40-49A = 5% / 50-69A = 10%

PATOGENIA

→ Crónica generalmente no progresiva

→ Alteración de los mecanismos defensivos, y entre ellos los que se oponen al RGE ↓

En particular.

Presión anormalmente baja del esfínter esofágico inferior (EEI)

↓ +

Prolongada exposición esofágica al ácido durante las relajaciones transitorias del EEI

→ En el anciano = multifactorial → * Mayor tiempo de exposición esofágica al RGE y a veces por el deterioro de la función motora esofágica }

Silky

Muchos de los ant. son 2^{os} a enfermedades concomitantes, como DM / trast. neurológicos o fármacos con efecto deletéreo sobre la función esofágica.

AINES

Agonistas betaadrenérgicos	→ Salbutamol
Antagonistas alfaadrenérgicos	
• Antagonistas de los canales del calcio	
Anticolinérgicos	
Benzodiazepinas	
Nitratos	
Narcóticos opioides	
Xantinas	

= CLÍNICA =

- * Pirosis (sensación de ardor o quemazón ascendente)
 - * Regurgitación
- Predominantemente después de los comidas y favorecen al decúbito

o Presentación atípica =

- Síntomas asociados a laringitis post.
 - ↳ Dificultad, carraqueo, sensación de cuerpo extraño
 - Dolor torácico - Tos crónica
 - Asma - Manif. orales - Erosiones dentales
- En ancianos =
- Dolor torácico o síntomas respiratorios o laringeos

= DX =

- Clínica
 - * Endoscopia (de elección) → esofagitis y complic. de ERGE
 - E = ↑ 90% S = ↓
- + complejo en adultos mayores = síntomas atípicos, ↑ mayor presencia de esofagitis y complicaciones que con frec. tienen un curso asintomático.
- * Endoscopia

Silky → Cribado del esófago de Barrett = px 9 rx.

→ PH metría esofágica ambulatoria = incertidumbre dx como en ERGE no erosiva o síntomas atípicos.

=Tx=

Objetivos = eliminación de los síntomas, curar lesiones esofágicas si existen, evitar la aparición de complicaciones y prevenir los recaídos

→ la mayoría con métodos no invasivos y modificaciones del estilo de vida y medicación

↓
 ↳ Evitar = antiinflamatorios no esteroideos, paracetol, peso y elevar la cabecera de la cama
 ↳ Inhibidores de bomba de protones: bisfostonato, beta-bloqueantes, teofilina y bloq. del canal de Ca

#1 Antixcretor = ✓ IBP sobre los antagonistas H₂

↓
 + eficaces que el placebo en el tx de los síntomas y curación de esofagitis

↓
 Síntomas a corto plazo, curación de la esofagitis, cualquiera que sea su gravedad → + rápido = omeprazol 1 sem min.
 → Exomeprazol - rápido + eficaz.

→ En presentación infrec. = Antiacidos

Pero no eficaces para la cicatrización de las lesiones de esofagitis.

Tx definitivo = Cirugía antirreflujo.

(1.1) = Antiacido

Aluminio Mg

(1.2) = Procinética = metoclopramida.

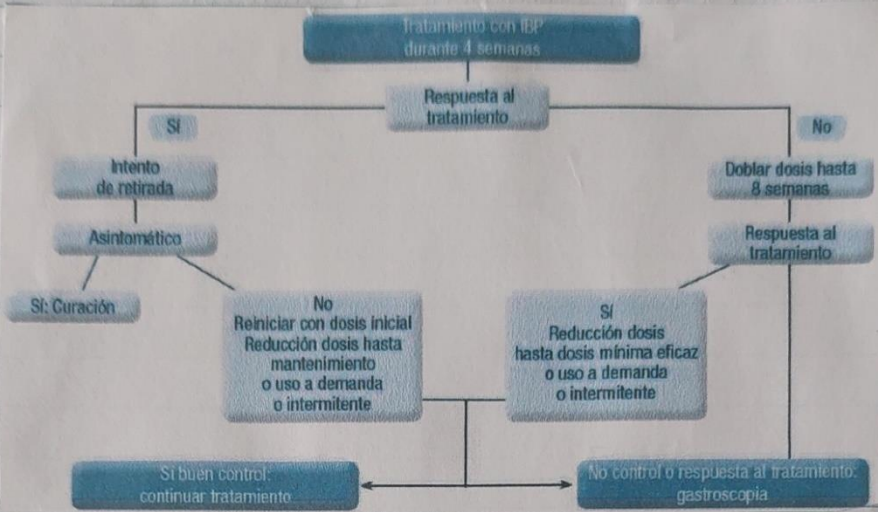
ESTRATEGIAS TX.

◦ Reflujo ocasional = antixcretores y medidas higiénico dietéticas

◦ Sint. fre > 2 veces/semana y deterioro de calidad de vida:

Tx antixcretor potente

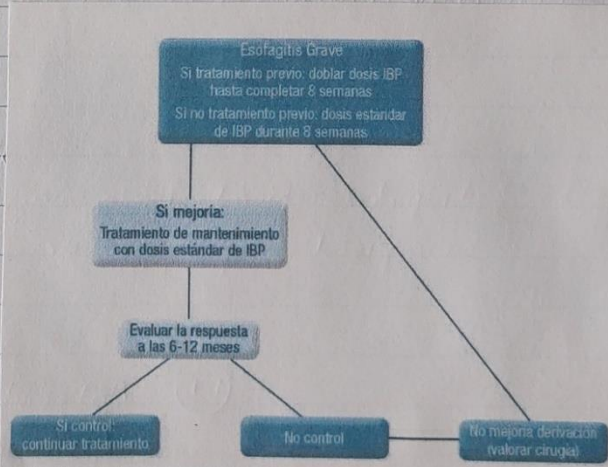
Tx empírica =



o Síntomas de alarma (dysfagia, hematemesis, ↓ peso).

↳ Endoscopia digest. alta

Tx de la esofagitis grave =



Enfermedad ULCEROSA PÉPTICA

SMART BOOK

Ent. multifactorial que se caracteriza por ser una lesión localizada y en general, única de la mucosa del estómago o duodeno, que se extiende como mínimo, hasta la muscularis mucosae y permanece como consecuencia de la act. de la secreción ácida del jugo gástrico.

- ↑ Prevalencia en adultos mayores.
- Origen deterioro en la calidad de vida

● Cambios fisiológicos gastroduodenales relacionados al envejecimiento

- Pérdida de lubricidad en la mucosa gástrica
- Atrfia gástrica
- ↓ Prostaglandinas (protect. de la ent. ácido-peptica) en el estómago y duodeno.
- ↓ Secreción basal y estimulación de pepsina
- ↓ Capacidad regenerativa de la mucosa a las lesiones (↓ flujo a la mucosa g.)
- ↓ Velocidad en el vaciado gástrico

Epidemiología

- 5-10% población en general
- 10-20% en px *Helicobacter pylori* +
- Anual ° 0.1-0.3% población general ° 1% px *H. pylori* +
- Edad ° edad ↓ incidencia, ↑ *H. Pylori* y consumo de AINE's.
- ↳ media 40 A.

ETIOLOGÍA Desequilibrio de los fx

→ fx agresivos

° Secreción de ácido gástrico

° Act. péptica.

° Ambientales

- *H. Pylori*

- AINE's *

- Tabaco, dieta, café y alcohol

Silky

→ fx defensivos

- Secreción de moco y bicarbonato
- Flujos de mucus gástrico
- Proliferación celular
- Prostaglandinas

~ CLÍNICA ~

★ Dolor abdominal (epigástrico) - ardor, dolor corrosivo o sensación de hambre → 1-3 hrs. de la ingesta y en la noche 11 p.m. - 2 a.m. (máxima estimulación circadiana de secreción de ácidos).

- Anorexia, ↓ peso, náuseas, vómito.
- (Inespecíficos) meteorismo, distensión abdominal, intolerancia a grasas o picoris

◦ Dx ◦

- Clínica ◦ Técnicas de imagen
- Exp. física (dolor inespecífico a la palpación profunda del epigástrico) - Palidez cutánea, sugiere hemorragia
 - Tacto rectal
 - Abdomen en tabla
 - Signos de irritación peritoneal - Perforación

Exp. braquias complementarias =

- Endoscopia digestiva alta = exploración esófago, estómago y duodeno → ELECCIÓN
 - Permite la obtención de biopsias o aplicación tx
- Dx c/ contraste bariado = dx cuando no se puede hacer endoscopia → Demostración del aster ulceroso
- Detección de H. Pylori = 50-60 % en adultos mayores
 - Causa ↑ frec. → Dx de infección = gastroscopia y biopsia (directos) o indirectos =

- Test de ureasa = S=88-95% , E=95-100%
- Histología = S=95-98% , E=98-100%
- Cultivo = S=90-95% , E=100%
- Serología = S=85-95% , E=90-95%
- Test de aliento c/ urea = S=90-95% , E=90-98%

Dx = diferencial. =

- ERGE
- Dispepsia por fármacos
- Carcinoma gástrico
- Patología biliar o pancreática
- Dispepsia funcional

= Úlcera refractaria y recurrente =

↓ ↓
 Persistente a pesar del tx por 8-12 semanas. Año 60-85% con p. cicatriz, 20-30% c/ anti H₂

◦ CAUSAS

- HP+ = mal cumplimiento terapéutico o resist. metabólica.
- HP- = falsa -, AINE, retraso de curación, hipersecreción

◦ DX

- Descartar HP, AINE, hipergastrinemia, lesiones mucosas.
- Realizar endoscopia c/ biopsias de antro y cuerpo y de cíbera.
- Gastrotomía basal
- TAC abdominal.

◦ TX

- Erradicar HP, evitar AINE, abstinencia de tabaco.
- URefractaria = IBP a dosis doble x 8 semanas post al control endoscópico. Si se erradica qx no es necesaria.
- URecurrente = IBP indefinido. Si no se ha logrado erradicar HP o si es una HP- asociada a una hipersecreción.

COMPLICACIONES =

→ Hemorragia digestiva = + frec.

- 20% + frec. en ancianos y consumidores de AINEs.
- Morbilidad ↑ de la edad y comorbilidades.
- Hematemesis y heces melenas.



Tx = Endoscópico = De elección = se inyectan vasodilatadores.

↑ la recidiva de la hemorragia, necesidad de cirugía y la mortalidad.

- Qx = Solo si fracasa el tx endoscópico.

→ Perforación = De la úlcera a la cavidad peritoneal libre

En ancianos a veces es una manifestación de la enfermedad

> 75A = mortalidad = 30-50%

- Dolor intenso en epigastrio, signos de irritación peritoneal, dolor que puede irradiar a espalda. Náuseas y vómito poco frec.
- Si no se dx → peritonitis y distensión abd, hipotensión, hipotensión y fiebre.



Dx = Rx simple en bipedestación o decúbito lateral.

Rx de tórax.

→ Penetración = la úlcera se exterioriza penetrando en un órgano vecino (úlcera penetrante) = + frec. en páncreas, epiploon,

↓
Vena biliar, hígado y colon.

Dx = Endoscopia o tx, cambio en la sintomatología

- Complicaciones = hemorragia, anemia, ↑ peso y amilasemia ↑

→ Estenosis pilórica = + frec. Antecedente de sintomatología

- Vómitos alimentarios de retención, cambios de sintom. del dolor, anorexia y pérdida de peso.

Px = Rx simple, endoscópica.

~ TX ~

Objetivos =

- Intentar evadir tabaco, estrés y AWE, alivio de la sintomatología.
- Contracción de la úlcera.
- Prevención de la recidiva sintomática y complicaciones
- Controlar acidez gástrica.
- ↑ rest. de barrera mucosa

→ Dieta = evitar dispepsia.

→ Alcohol = (↑ contracción)

→ leche y derivados

- Café (↑ secreción g.) - Tabaco (↑ cicatrización) - AWE

Fármacos

↓ acidez gástrica

• Procréticos

- Antiacidos : 30 ml 1-3 h. desp. de 4 comidas / Alivio sint y cicatrización
 - Bicarbonato sódico (x alcalosis metab.)
 - Carbonato cálcico (x hipercalcemia)
 - Hidróxido de aluminio e hidróxido de Mg

↑ secreción ácida gástrica

• Bomba de protones - se unen a b ATP en H⁺-K depend.

◦ Omeprazol (20-40 mg/día 1 dosis)

◦ Lansoprazol

◦ Rabeprazol

↳ 2 dosis (son best)

◦ Pantoprazol

◦ Escimeprazol

- Antagonistas de la recep. H₂ de histamina.

Protector de la mucosa gástrico-duodenal

• Sucralfato = 1g q6hr. (gastroprotector en px AWE's)

- Doxinafato

- Sales de bismuto coloidal

↓ Antes hacer endoscopia. **Silky**
"hace como una pared"

- Eradicación de HP

Detección siempre en px < 60 años, metronidazol 25, claritro. 4-7%

Tx de BROTE AGUDO

Para la erradicación - \rightarrow de bombeo de protones

- Omeprazol 20 mg / 12 h.

- lansoprazol 15 mg / 12 h

- Pantoprazol 20 mg / 12 h.

4-6 semanas duodenal

8-12 gástrica

Desp endoscopia para ver su

Antag. de recep. H₂ de histamina

evolución

Ranitidina 150 mg / 12 h. x 4-6 m. δ 8-12 semanas (úlcera gástrica)

Antiacidos a demanda en caso necesario

Comprobar erradicación a los 8-12 semanas / duodenal 4-6 sem.

Tratamiento	Fármacos	Dosis y posología	Duración (días)
Primera línea (de elección)	IEP	Dosis estándar / 12 h	7-10
	Claritromicina Amoxicilina*	500 mg / 12 h 1 g / 12 h	7-10
Segunda línea (tres fracasos de IEP + claritromicina + amoxicilina)	IEP	Dosis estándar / 12 h	7-10
	Substituto de bismuto	120 mg / 6 h	
	Tetraciclina clorhidrato	500 mg / 6 h	
	Metronidazol	500 mg / 6 h	
Tercera línea (tratamiento empírico, en ausencia de cultivo, tras haber empleado previamente claritromicina y metronidazol)	IEP	Dosis estándar / 12 h	7-14
	Amoxicilina	1 g / 12 h	
	Levofloxacino	500 mg / 12-24 h	
	IEP	Dosis estándar / 12 h	7-14
	Amoxicilina	1 g / 12 h	
	Rifabutina	150 mg / 12 h	

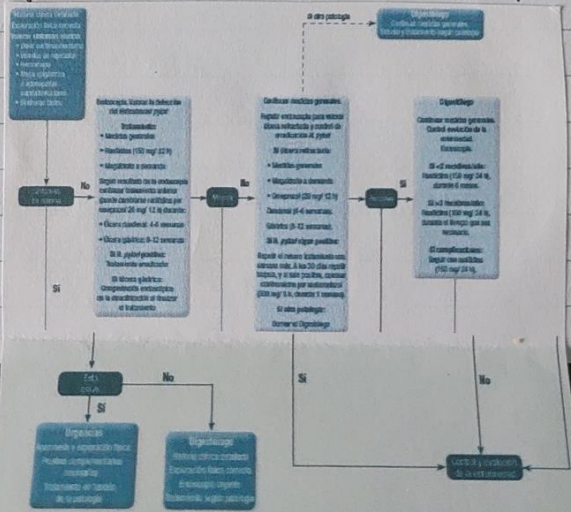
Imp

Tx en el crónico :

- Hemorragia d = ácido gástrico y posino alteran \rightarrow Antisecretorios \checkmark
 \downarrow pH > 6 .

- mantenimiento - tx anti-secretor de mant

- Qx = Complicaciones (hemorragia, perforación) y úlcera refractaria



úlcera gástrica
 per alcalosis
 (porque ácido)
 mucho uso de alkalis

Silky

CIRROSIS HEPÁTICA

Las principales causas de cirrosis hepática en el px adulto = son la hepatopatía alcohólica y la crónica por VHC y VHB.
→ Se caracteriza por la disfunción hepatocelular progresiva e hipertensión portal.
• Es necesario realizar un seguimiento periódico para la detección precoz de las complicaciones por el efecto beneficioso de la profilaxis primaria.

La cirrosis compensada puede ser asintomática o con escasos síntomas = anorexia, anorexia o pérdida de peso, frec. detectado de forma incidental cuando se realiza la exploración peritro-matrica

→ Dx de seguridad = Examen histológico, pero la ecografía abdominal revela datos de alto valor

El pronóstico = Relativamente bueno. Supervivencia a los 5A. 90%

Clasificación de Child Pugh

	1 punto	2 puntos	3 puntos	
Encefalopatía hepática	No	Grado 1-2	Grado 3-4	Enf. bien compensada (A)
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada-grave	7-9. Compromiso f. significativo (B)
Albúmina	>3,5 g/dl	2,8-3,5 g/dl	<2,8 g/dl	10-15. enf. descompensada (C)
INR	<1,8	1,8-2,3	>2,3	
Tiempo de protrombina	>50%	50-30%	<30%	
Bilirrubina	<2 mg/dl	2-3 mg/dl	>3 mg/dl	

Complicaciones de la cirrosis

→ **Ascitis** = Acumulación de liq. en la cavidad abdominal.
Causas variadas = infecciones hasta insuf. cardíaca. Pero la + frec. es cirrosis hepática. Mal pronóstico → 2A 50%

Tipos =

- Ascitis leve = Solo es detectable por ecografía.
- Ascitis de moderado volumen = el lq acumulado no afecta las cavidades básicas de vida diaria y no produce molestias
- Ascitis de alto volumen = Produce sensación de molestia abdominal en el px y que afecta a la realización de los ABVD
- Ascitis refractaria = Pobre respuesta al tx diurético a altas dosis o precisan retirarse estos por los efectos 2ros.

→ Exploración física =

Estigmas de cirrosis hepática que son los arañas vasculares en cuello, hombros, pecho y periumbilical, eritema palmar y circulación colateral de la pared abdominal.

→ Dx = Examen físico e imagen (ecografía)

→ Tx = Dieta hiposódica y diuréticos → paracentesis evacuadora
→ 8g. de albumina (1 frasco 50ml al 20%) por el 1.5L de lq. extraído.

→ Peritonitis bacteriana espontánea

Inf. espontánea de lq. ascítico sin origen intraabdominal.

→ Mecanismo probable = translocación bacteriana → la microflora intestinal atraviesa el intestino hacia los ganglios linfáticos mesentéricos y provoca bacteremia y seembra bacteriana en el líquido ascítico

+ comunes = E. Coli y otras bacterias Gram⁺ como S. viridans, S. Aureus y especies enterococcus

→ Dx = lq. PMN > 250 mm³. Presentan fiebre, confusión, leucocitos y dolor o molestia abdominal o asintomáticos

- TX = Cefalosporinas de 3G (cefotaxima y ceftriaxona)
- Profilaxis ◦ Px que presentan hemorragia por varices ↑ frec. de peritonitis bact. espontánea (PEB)
 - O px que han tenido una o varias epizodios de PEB ATB 1 vez por semana

→ Síndrome hepatorenal

Etapas avanzadas, insuf. hepática e hipertensión portal, caract → deterioro funcional renal, alt. de la circulación arterial y act. de sistema vascoactivo endógeno.

- Vasodilación arterial en la circulación esplénica 2da a la hipertensión portal ◦ ↑ de vasodiladores (óxido nítrico) y ↑ función renal.

◦ Clínica =

- Oliguria
- Baja excreción de Na⁺ → 2 formas (velocidad de aparición) =



- Tipo I = + Grave. Al menos 50% de ↓ del aclaramiento de creatinina, valores < 20 ml/min en < 2 semanas, o creatinina sérica > 2.5 mg/dl.

- Tipo II = la insuf. renal es - grave que la observada, princip. por la ascitis resist. a diuréticos.

- Criterios de =

Mayores	Menores
Creat. > 1,5 mg/dl o Ccr < 40 mg/min	Diuresis < 500 ml/día
Proteinuria < 500 mg/día	Sodio urinario < 10 mEq/l
No respuesta a expansores de volumen y suspensión de diuréticos	Osm. urinaria > osm. plasmática
Ausencia de shock, infección o agentes nefrotóxicos	Sedimento urinario < 50 hematíes/c
Ecografía renal normal	Sodio plasmático < 130 mEq/l

-Tx =

- Análogos de vasopresina (Terlipresina y Terlipresina)
- Terapia de combinación con midodrina (agonista selectivo alfa 1 adrenérgico) y octreótido (análogo de somatostatina).
- Derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS)
- Diálisis
- Trasplante hepático.

→ Varices esofágicas y gastropatía por hipertensión portal

Presentes en casi la mitad de los px cirróticos en el dx, con una tasa ↑ elevada en px clase B o C de Child. El índice de hemorragia durante el 1er. año se estima en un 12% (5% para varices peq. y 15% para varices grandes), y la recurrencia de hemorragia durante el 1er. año se estima en 60%.

- la mortalidad a los 6 semanas tras cada episodio de hemorragia se estima en un 15-20%.

Profilaxis 1ra.

- Estratificación de riesgo = presencia de varices gastroesofág.
- Endoscopia digestiva alta = para ver el tamaño de varices gastroesofágicos ↓

- En px c/ cirrosis compensada = c/ 2 años
- c/ año si se detectan varices.

- Estratificar el riesgo = medición de la presión portal c/ el uso de gradiente de la presión venosa hepática.
- ↳ Mal pronóstico = $> 20 \text{ mmHg}$.

↳ Bajo riesgo = varices pequeñas sin manchas hematoecísticas y en ausencia de enf. hepática severa.

- Se pueden usar B-bloqueantes no selectivos → Prev. el crecimiento y sangrado.

o Varices de tamaño moderado o grande = β -bloqueantes como propranolol 20 mg / 12h o nadolol 40 mg / día, \uparrow dosis hasta alcanzar una FC 55 lpm.

→ Sangrado agudo → establecer volemia y resolver el compromiso hemodinámico

- Ligadura de las varices esofágicas en los primeros 12h. del ingreso y adm. de vasoconstrictor (terlipresina 2 mg / 4h) IV → primeros 48h. → 1 mg / 4h / Somatostatina 250 ug en bda → seguridad de 250-500 ug / h en perfusión o análogos como octreótido o vapreótido 50 ug en bda → perfusión 50 ug / h. → ingreso hasta 2-5 días desp.
- Tx de elevación.

Profilaxis secundaria

Recurrencia de sangrado 70% → ligadura de las varices con bandas junto con betabloq. o tx

no cardiotox a ligadura } farmacológico combinado (β -bloq. + propranolol o nadolol) + nitrato (isorbida) 10-20mg noche

o Sangrado recurrente = procedimientos como TIPS o cirugía derivativas → Conlleva a anemia. (← Hierro y p. bda. asctat.)

o Gastropatía por hipert. portal = lesión de la mucosa GI carac. por la ectasia de los vasos de la mucosa del fondo y cuerpo principalmente.

→ Encefalopatía hepática

Estado reversible 2ra. a una disfunción hepatocelular aguda o crónica y la shunt. portosistémicos, puede ser desahucado por hemorragia GI, estreñimiento, dietas hiperproteicas, psico-fármacos, fallo renal o inf. Los monif. clínicos pueden ser neuropsiquiátricos musculares

→ Pueden cursar con síndrome confusional, asterixis o signos piramidales → unilaterales, comprobando el dx dx

o GRADOS =

- Grado I = Bradipsiquia, inversión del ciclo del sueño, incoordinación motora, alt. en la escritura y + ataraxia, irritab.
- Grado II = Somnolencia, desorientación, alt. en la personalidad, comp. inadecuado, asterixis, disartria, ataxia.
- Grado III = Estupor, amnesia, desconexión del medio, habla incomprensible, asterixis + intensa.
- Grado IV = Coma, hiperreflexia, Babinski, post. de descereb.

TX =

- Causa precipitante, hidratación y función renal
- Grado III y IV = valer colocar una sonda nasogástrica y laréal.
- Dieta = prot. 0.5 g/kg lda
- Laxantes = lactulosa VO o sonda NG, 60-80 g divididos en 3-4 dosis / Enema 200 g en 700 ml de agua para aplicar el 8-12 hrs.
- Lactitel = 60-80 g VO 3-4 dosis
- Antibiótico terapia = Paromomicina 2-4 g. 2-1 veces lda.
- Metronidazol y vancomicina VO