

Materia:
Geriatría

Nombre del trabajo:
**“EPOC, Trombolismo pulmonar, ERGE,
Úlcera péptica, Cirrosis hepática”**

Alumna:
Karen Paulina López Gómez
Grupo: “A” Grado: “6”

Docente:
Dr. Romeo Suarez Martínez

EPOC

→ La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) consiste en una obstrucción crónica y poco reversible al flujo de aire, causada principalmente por una reacción inflamatoria del huano del tabaco y que se define en función de la disminución del flujo espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y del cociente entre el FEV1 y la capacidad vital forzada (FVC)

- ↓ FEV1 25-30 años (> 30 ml)

- ↓ 35 años 14-35 ml/año

- ↓ Elasticidad pulmonar, ↑ del volumen residual y capacidad

- ↓ Difusión pulmonar

ETIOLOGÍA=

→ Fumar cigarrillos (huano de tabaco)

→ Déficit de alfa 1 antitripsina = hiperestructura bronquial

→ Polvo, contaminación ambiental

Tabla 1. Clasificación de la EPOC.

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%

CLASIFICACIÓN * Tabla al final

PAATOGENIA= Cambios estructurales y celulares que afectan a vías aéreas centrales y periféricas, proceso inflamatorio al parénquima y vasos pulmonares

→ Infiltrado celular con linocitos T (pueden bronquial) y macrófagos

→ Engrosamiento de la intima (arterias pulmonares)

INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN LA EPOC

- ↑ PCR (consumo de fósforo, cardiopatía isquémica)
- Formación de reactivos de fase aguda
IL-6 o TNF- α

MANIFESTACIONES SISTÉMICAS

- Inflamación sistémica = arterioesclerosis, osteoporosis, síndrome cardiovascular - anorexia
- Estrés oxidativo - distorsión muscular
- 2/3 veces riesgo de fallecer por mortalidad cardiovascular

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL → Disminución crónica del flujo aéreo

▼ Obstrucción de la vía aérea superior

- Fibrosis quística
- Bronquiectasias
- Bronquitis obliterante
- Asma bronquial
- Tuberculosis

DIAGNÓSTICO

Síntomas como: tos, expectoración o disnea

- Ex de tórax (hiperinsuflación pulmonar, radiotransparencia = emfisema o bullas) + zonas radiolúcidas o signos de hipertensión arterial pulmonar
- TAC
- Electrocardiograma
- Hemograma
- Cultivos

ESPECÍFICAS = Espirometría forzada

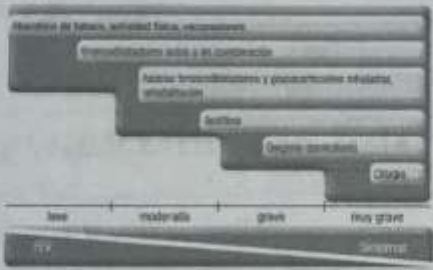
TRATAMIENTO

- Abandono hábito tabáquico
- Vacunación antigripal y neumocócica
- Ejercicio físico regular

Farmacológico

- Broncodilatadores de acción corta **LÉVE**
- Broncodilatadores de acción prolongada **MODERADA**
- Corticoides inhalados **Modesto - Severo/grave**
- Metilxantinas (Expectoración habitual y/o exacerbaciones frecuentes)

Figura 1. Manejo de la EPOC estable.



Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEP-AT 2010

Tabla 2. Formas de administración y dosis de los principales broncodilatadores utilizados en la EPOC.

Fármaco	Presentación (µg/ml)	Dosis Perfil	Dosis Máxima	Comienzo de acción	Duración Máxima	Duración de la acción
B2-agonistas						
Salmeterol	CP: 50 TS: 500	200 µg/4 h	1.600 µg/día	40-50 s	15-20 min	3-6 h
Formoterol	CP: 20 TS: 200	300 µg/4 h	6.000 µg/día	40-50 s	15-20 min	3-6 h
Salmeterol	CP: 25 TS: 250	50 µg/12 h	300 µg/día	15 min	5-4 h	12 h
Formoterol	CP: 12 TS: 120	12,5 µg/12 h	48 µg/día	1-3 min	2 h	12 h
Anticolinérgicos						
Risatriptol	CP: 20 TS: 40	30-40 µg/6 h	220 µg/día	15 min	30-60 min	4-6 h

CP: inhalador de cartucho presurizado; TS: tarjetado; TS: tarjetado; TS: tarjetado.
 Tratamiento estabdo en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Dra. J. Neri M. Rodríguez, J. Oca M. Álvarez.

1ra elección ←

Puede ser en conjunto con salbutamol

2da línea → Esteroides inhalados

→ OXIGENOTERAPIA

→ 18 horas/día → 15 o 12 horas/día

NO < 12 horas/día

→ Indicada durante el ejercicio, limitación física por disnea y durante el sueño, desaturaciones prolongadas (poliglobulia o signos de insuficiencia cardíaca derecha).

Tabla 2. Indicaciones de oxigenoterapia continua domiciliar.

PaO ₂	Indicación	Calificador	Evidencia
<55	Absoluta	Ninguno	A
55-60	Relativa con calificador	Hipertensión pulmonar Hemácrito >55% Edemas por IC ^{DD} **	A
≥60	Ninguna excepto con calificador	Desaturación en ejercicio con diátesis limitante que responde al O ₂	D

PaO₂ en mmHg a nivel del mar. **ICD: insuficiencia cardíaca derecha.

Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEMPI-ALAT, 2008

→ Oxígeno suplementario

en la saturación

menor a un 80% y

subir como mínimo a

88% (Forma continua o intermitente)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS EXACERBACIONES

± EPO leve o moderada (tratamiento extra hospitalario)

- Tratamiento habitual = optimizar el tx por vía inhalatoria con broncodilatadores de acción corta (anticolinérgico = bromuro de ipratropio hasta 0,12 mg cada 4-6 hrs / Agonista beta-2 de acción corta = salbutamol 0,6 mg o terbutalina hasta 1,0 mg cada 4-6 hrs)

- Antibiótico terapia = Disnea expectoración y/o opato persistente

- Considerar glucocorticoides (40 mg/día) prednisona durante máximo 10 días en dosis descendentes

- Evolución 72 hrs (Mejoría 12 hrs → ingreso hospitalario)

EPOC grave o EPOC leve/moderada sin mejoría en 72h (tratamiento hospitalario)

- Optimizar tx broncodilatador = Incrementar dosis anticolinérgico (bromuro de ipratropio hasta 1,0 mg o agonista

beta-2 de acción corta hasta 10mg (considerando nebulizar)
 (teofilina / intravenosa = considerar)

- Antibiótico terapia = ↑ disnea + expectoración y/o esputo purulento (posibilidad infección por *Pseudomonas aeruginosa*)

- Glucocorticoides vía sistémica = 40 mg/día de prednisona
 máximo 10 días en dosis descendente

- Oxigenoterapia = Px con insuficiencia respiratoria

- Diuréticos = Px con signos de insuficiencia cardíaca derecha

- Considerar ventilación mecánica cuando =

- Detensora gaseométrica mantenida

- Disminución del nivel de consciencia
 o confusión

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LAS EXACERBACIONES

Exacerbaciones = Disnea, cambios caract. expectoración

↳ ETIOLOGÍA BACTERIANA + FCT

Características = Esputo (purulento, caract. organolépticas = color, opacidad, viscosidad y/o adherencia)

→ 4 familias de antibióticos

• Penicilinas, cefalosporinas, fluoroquinolonas,
 macrólidos / cetolidos

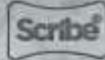
- Penicilinas (amoxicilina con ácido clavulánico) =

875 - 125 mg / 8 hrs, indicada 2.000 / 125 mg / 12 hrs

(*S. pneumoniae* y *H. influenzae*)

[Empty box]

D M A



- Cefalosporinas (cefuroxima, cefpodoxima y cefcloraxim) = S. pneumoniae y H. influenzae

- Fluoroquinolonas (levofloxacino, moxifloxacino) = S. pneumoniae y H. influenzae

- Macrólidos (eritromicina, acetromicina, claritromicina) = S. pneumoniae = resistente, H. influenzae

Criterios de alta hospitalaria: Estabilidad clínica + gasometría (cuando persista hipoxemia y/o hipercapnia)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LAS EXACERBACIONES

→ Oxigenoterapia = $PaO_2 \geq 60 \text{ mmHg}$ sin provocar acidosis.
 F_iO_2 entre 24 y 35%

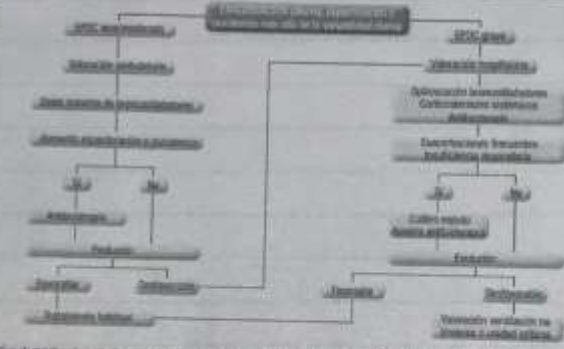
→ Ventilación mecánica = Si el px presenta $pH < 7,35$.
VNI, VI

Tabla 4. Dosis de los antimicrobianos recomendados en el tratamiento de las exacerbaciones de la EPOC.

Antimicrobiano	Vía oral	Dosis (mg/intervala de administración)	Vía parenteral
Amoxicilina-ácido clavulánico	875-125 mg/12 h	7-10 días	2 g-200 mg/8 h
Amoxicilina	500 mg/24 h	7 días	-
Ceftriaxona	-	-	1-2 g/12 h
Cefuroxima	-	-	1-2 g/8 h
Ceftriaxona	-	-	1-2 g/24 h
Ciprofloxacilo	500-750 mg/12 h	7-10 días	400 mg/8-12 h
Clarithromicina	1.000 mg/24 h	7 días	-
Levofloxacilo	500 mg/24 h	5 días	500 mg/24 h
Moxifloxacilo	400 mg/24 h	5 días	-
Telmoxicina	800 mg/24 h	5 días	-

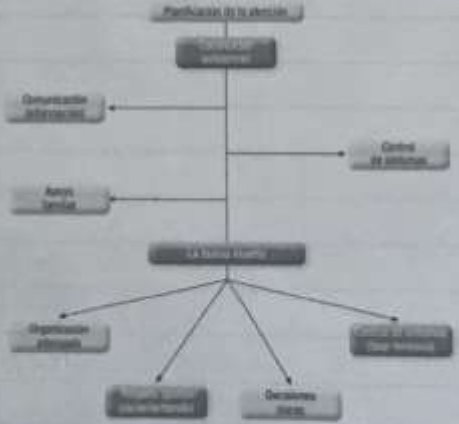
Tratamiento antimicrobiano de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el adulto. Torres A, Quirce J, Marlow M, Rodríguez C, Pardo J, Zalacain R. Arch Bronconeumol 2008; 43(sup. 3): 1-15

Figura 2. Rango terapéutico y antimicrobianos de la exacerbación de la EPOC.



Esc. de posgrado de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. 2008. 43:AT 2008

Figura 3. Esquema de la atención al final de la vida de los pacientes con EPOC.



Recommendations for End-of-Life Care in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Escarotill J, Soler Cabezas J, Hernández C, Sánchez F. Arch Bronconeumol 2008; 43(sup. 3): 1-15

Trombolismo PULMONAR

→ Es una enfermedad cardiovascular caracterizada por la generación de un trombo en el interior de una vena y su posterior embolización, en el territorio arterial pulmonar, obstruyéndolo total o parcialmente. No es una entidad aislada, si no una complicación de la tromboembolia venosa profunda (TEVP) por eso en la actualidad se utiliza el término de enfermedad tromboembólica venosa (ETV)

- Ayuda 3 11

- lo presentan 60% TEP de TEP (20-30% asintomáticos)

- Incidencia 780 años

- Edad media de px TEP 62 años

ETIOPATOGENIA → Trombosis venosa

→ 90-95% territorio ilíaco-tornal

→ Otras venas: ilíacas, popliteas, femorales, extremidades superiores o cavidad derecha del corazón.

↑ coagulación intravascular con vasoconstricción de la arteria pulmonar

2: Secreción de neurohormonas ← hipoxemia →

↑ POSTCARGA DEL VENTRÍCULO DERECHO

3: Hipoxia secundaria a la descompensación entre la ventilación y la perfusión y un corto circuito derecho-izquierdo a través del foramen oval → Hipotensión arterial > shock cardiogénico

FACTORES PREDISPONENTES → Triada Virchow y F. de Rokitansky ETV

→ Estasis venosa = Edad avanzada, ICC, Inmovilización prolongada, IAM, IU, letas, EPOC, Obesidad, Embarazo

→ Hipercóagulabilidad = Cáncer, Cirugía mayor / poliquemioterapia de hipercoagulabilidad, uso de estrógenos, sexo, tabaquismo

→ Lesión endotelial = Traumatismos, TEP previo, intervenciones cirugía oral, quemaduras, catéter venoso.

24/07/09 amfiladman

ATA → Factores de Riesgo ETV

→ Fuentes = Fractura, procesos agudos o crónicos (cirugía mayor, trauma mayor, lesión ocular)

→ Moderados = Lesión artros (espinal, etc) versus C., quimioterapia, I. C., R. crónica

→ Débiles = Reposo en cama > 3 días, inmovilidad, edad avanzada

Manifestaciones Clínicas

→ Disnea, taquipnea, dolor torácico, síncope

→ ATIPICAS = Delirium, deterioro funcional, alt marcha, caídas

	CONFIRMADO	EXCLUIDO
Disnea	80%	54%
Dolor torácico (pleurítico)	80%	43%
Dolor torácico (subesternal)	12%	8%
Tox	20%	25%
Hemoptisis	11%	7%
Síncope	19%	11%
SIGNOS		
Taquipnea (≥ 20 /min)	70%	88%
Taquicardia (≥ 100 /min)	20%	23%
Signos de TEP	15%	10%
Friente ($\geq 38.5^\circ$)	7%	17%
Chenosis	11%	9%

DIAGNÓSTICO

→ Disnea súbita, empeoramiento de disnea hospital, dolor torácico, hipotensión sistólica

→ Score de Wells (Tabla 4)

[Empty box]

D M A



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Embolismos repetidos (rotorrotos)
- Derrame pleural = procesos infecciosos, neumonías, pleemas
- Neumotórax, cardiopatia izquierda aguda, tamponamiento, pericarditis,
- Shock cardiogénico = IAM, Diseción aórtica, tamponamiento pericardio, distres respiratorio

TRATAMIENTO → Hipercoagulabilidad del trombo venoso (progresión, fragmentación, recidivas)

→ FARMACOLÓGICO

• Heparina convencional o no fraccionada
Bajo envenenoso 5.000 UI - 100.000 UI/Kg 24 hrs

- Heparinas de bajo peso molecular
 - Enoxaparina = 1mg/Kg cada 12hrs
 - Nadroparina 85,5 UI/Kg 12hrs
 - Dalteparina = 100UI/Kg / 12hrs
 - Tinzaparina = 175 UI/Kg 24hrs
 - Bemiparina 113 UI/Kg/24hrs

- Anticoagulantes orales
 - Acenocumarol 3mg (día / 2 días)
 - Warfarina 2-5mg (día / 2 días)

→ Fármacos trombolíticos

- Estreptoquinasa
- uroquinasa

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

→ Presencia de lesiones o de síntomas característicos al material retenido desde el estómago

ESOFAGITIS POR REFLUJO = Alta inflamación crónica de la mucosa esofágica como consecuencia del reflujo gastroesofágico patológico. Dx = (Esofago)scopia.

ESOFAGO DE BARRETT = Sustitución del epitelio escamoso normal del esófago por epitelio metaplasia intestinal especializada

- Prevalencia = 10%

- Incidencia = 4.5×1000 personas al año

- > 21 años = 12%

PROSIS → 87% > 21 años

- > 70 años = 37%

37% > 70 años

BARRETT → 40-44 5%

50-54 10%

PAATOGENIA

- Alteración de mecanismos defensivos del reflujo gastroesofágico
- Exposición prolongada al ácido durante relajaciones del EET
- Retorno de función motora esofágica
- Secundaria a enf = DM, tx neurológicos, fármacos

Fármacos que alteran

Agonistas betaadrenérgicos	Anticolinérgicos
Agonistas alfaadrenérgicos	Benzodiazepinas
Antagonistas de los canales de calcio	Nitritos
Narcóticos opioides	Xantinas

INFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Manifestaciones clínicas

- Pirosis = Después de comidas
- Regurgitación
- Síntomas asociados a faringitis (Dificultad, congestión, sensación de cuerpo extraño) + dolor torácico, tos crónica, asma o manifestaciones orales, erosiões dentales.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO

- Clínica + Endoscopia
- + FET \pm atipicos en mucosas
- pH métrica esofágica ambulatoria (incontinencia)

Tratamiento

- Cambios en el estilo de vida + medicación
 - ↳ disminuir el peso, evitar tabaco de la cena

→ IBP

→ Antiácidos

→ Grupo antiácido

ALTERNATIVAS

- Reflujo ocasional sin alteracion en la calidad de vida
- Síntomas frecuentes \rightarrow Zivex / ranitidina = Tx anti-secretor

ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA

→ Multifactorial = lesión localizada / úlcera de la mucosa del estómago o duodeno / pueden extenderse hasta mucosas inferiores, por actividad de su secreción ácida del jugo gástrico

Cambios fisiológicos

- Pérdida de resistencia en la mucosa
- Atrófica gástrica
- Disminución de las prostaglandinas, secreción basal y péptica (capacidad regenerativa de la mucosa, flujo sanguíneo, volumen gástrico)

Epidemiología

- Prevalencia = 5-10% en la población
- 10+20% px H.P. positivos
- Incidencia anual 0.1% - 0.3% población
- 1% px H.P. positivos
- Edad = + incidencia H.P. y AINES
- UD = Edades más tempranas (40 años) UG (55 años)

Etiología =

a → Factores agresivos = secreción de ácido gástrico, actividad péptica, ambientales (H.P., AINES + Tabaco, dieta, café, alcohol).

b → Factores defensivos = secreción de moco y bicarbonato, flujo sanguíneo de la mucosa gástrica, protección celular, prostaglandinas

INTERMEDICINA
6671 CA

CLÍNICA

→ Dolor abdominal → epigástrico. Caudor, dolor crónico
o sensación de hambre doloroso = ↑ 1/3 hrs ingestión

→ OTROS = Anorexia, pérdida de peso, náuseas y vómitos
- Meteorismo, distensión abdominal, intolerancia a los
grasas o picante

Diagnóstico

Clínica + Dx por imagen H.P. (hipergastrinemia)
Signos de hipertensión portal

- Endoscopia digestiva alta (de elección)
- Radiología contraste baritado
- Detección H.P. (gastroscopia y toma de biopsias)
(Test ureasa, histología, cultivo, serología, test
de urea de urea)

Diagnóstico diferencial

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

Úlcera reestructurada recurrente

- Reestructurada = Persistente incluso con tx correcto de 8 -
semana en la UD y 12 UB
- Recurrente = Frecuentes 60-85% pacientes 20-30% antiH2