



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA  
CAMPUS COMITÁN



## **Resúmenes**

**Materia: Geriatría**

**Grado: 6°**

**Grupo: "A"**

**Nombre del Alumno:  
Fátima del Rocío Salazar Gómez**

**Nombre del docente: Dr. Romeo Suarez  
Martinez**

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de mayo de 2024.

# ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

La EPOC consiste en una obstrucción crónica y poco reversible del flujo aéreo, causada principalmente por una reacción inflamatoria del humo del tabaco.

Existen cambios fisiológicos relacionados al envejecimiento:

- Declive en el FEV1 a partir de los 25-30 años
- Descenso en la capacidad vital a partir de 35 años.
- Cambio morfológico de la curva flujo-volumen
- Incremento de volumen residual y capacidad residual
- Disminución de la difusión pulmonar

## Prevalencia

Del 9.1% en la población entre 40 y 69 años.

Tiene un curso crónico y progresivo con exacerbaciones y reagudizaciones.

## Etiología y Factores de Riesgo

Fumar cigarrillos presenta mayor prevalencia de síntomas respiratorios

- > Tabaco
- > Deficit de alfa antitripsina
- > Hiperreactividad bronquial
- > Humo de tabaco
- > Polvo
- > Sustancias irritantes en el medio laboral
- > Contaminación ambiental

## Clasificación

Gravedad	FEV1 / FVC	FEV1 % del valor predicho
EPOC leve	$\leq 0.7$	$\geq 80\%$
EPOC moderada	$\leq 0.7$	50-80%
EPOC grave	$\leq 0.7$	30-50%
EPOC muy grave	$\leq 0.7$	$< 30\%$

## Inflamación sistémica

La PCR está elevada, con independencia del consumo de tabaco y de la presencia de cardiopatía isquémica relevante. La formación de los reactantes de fase aguda está estrechamente inducida por citocinas como IL-6 o TNF- $\alpha$ .

## Manifestaciones Sistémicas

- Pérdida de peso
- Cagexia - anorexia.
- Aterosclerosis
- Osteoporosis

## Dx diferencial

- > Fibrosis quística
- > Bronquiectasias
- > Bronquiolitis obliterante
- > Asma bronquial
- > Tuberculosis

## Diagnóstico

- Síntomas  $\rightarrow$  Tos, expectoración o disnea.
- Rx de tórax  $\rightarrow$  Dx diferencial (normal, sin signos de hiperinflación pulmonar).
- TAC  $\rightarrow$  Mayor sensibilidad en detección de enfisema.
- Espirometría forzada  $\rightarrow$  Mide el flujo respiratorio

## Tratamiento

- > Del paciente estable
  - Abandono de tabaco, actividad física, vacunaciones
  - Broncodilatadores solos o en combinación (Bromuro de ipratropio, salmeterol, tiotropio).
  - Asociar broncodilatadores y glucocorticoides inhalados, rehabilitación
  - Teofilina
  - Oxígeno domiciliario

> De las exacerbaciones

- Epoc leve/moderada

- Valoración ambulatoria
- Dosis máxima de broncodilatadores
- Aumento de expectoración o purulencia → Antibióticoterapia
- Tx habitual

- Epoc grave

- Valoración hospitalaria
- Optimización broncodilatadores
- Corticosteroides sistémicos
- Antibioterapia
- Exacerbaciones frecuentes / insuf. respiratoria → Cultivo esputo / ajustar antibiótico → Evolución desfavorable → Valorar ventilación no invasiva.
- Evolución favorable → Tx habitual.

Recomendaciones sobre la atención al final de la vida de px con Epoc.

- > Continuidad asistencial
- > Comunicación
- > Control de síntomas
- > Apoyo familiar
- La buena muerte:
  - > Organización adecuada
  - > Respetar la opinión del paciente / familia
  - > Decisiones claras
  - > Control de síntomas (fase terminal)

# TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

DÍA	MES	AÑO

El tromboembolismo pulmonar (TEP) 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.

Es una patología frecuente, con alta morbimortalidad. La tasa de mortalidad aguda varía del 7-11%, la edad media de pacientes que sufren un TEP se sitúa en 62 años.

## Etiopatogenia

El mecanismo obstructivo está generado por la coagulación intravascular junto con la vasoconstricción reactiva de la arteria pulmonar.

Este proceso estimula la secreción de sustancias neurohumorales y la hipoxemia.

Finalmente tendrá repercusión a nivel respiratorio y hemodinámico, desencadenando una hipoxia secundaria a la descompensación entre la ventilación y la perfusión y un corto circuito derecha-izquierda a través del foramen oval.

## Factores predisponentes

- |                             |                              |                     |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------|
| • Estasis venosa            | • Hipercoagulabilidad        | • Lesión Endotelial |
| - Edad avanzada             | - Cáncer                     | - Traumatismos      |
| - ICC                       | - Cirugía mayor              | - TEP previa        |
| - Inmovilización prolongada | - Poliutemia vera            | - Infecciones       |
| - IAM                       | - Sd. de hipercoagulabilidad | - Cirugía local     |
| - Insuficiencia venosa      | - Uso de estrogénos          | - Quemaduras        |
| - Ictus                     | - Sepsis                     | - Catéter venoso    |
| - EPOC                      | - Tabaquismo                 |                     |
| - Obesidad                  | - Trombofilias               |                     |
| - Embarazo                  | - Puerperio                  |                     |

> Fuertes

Fractura, prótesis de cadera, cirugía general mayor, traumatismo mayor, lesión medular.

> Moderados

Cirugía artroscópica de rodilla, vías venosas centrales, quimioterapia, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria crónica, AUV paralítico, embarazo/postparto, tromboembolismo venoso previo, trombofilia.

> Débiles

Reposo en cama > 3 días, inmovilidad, edad avanzada, cirugía laparoscópica, obesidad, embarazo/anteparto, venas varicosas.

Clinica

• Síntomas

- Disnea
- Dolor torácico (pleurítico)
- Dolor torácico (sobesternal)
- Tos
- Hemoptisis
- Síncope

• Signos

- Taquipnea ( $\geq 20$  /min)
- Taquicardia ( $> 100$  /min)
- Signos de TVP
- Fiebre ( $> 38.5^{\circ}\text{C}$ )
- Cianosis

Diagnóstico (Score de predicción clínica para TEP)

\* Característica clínica

\* Puntos

- |  |     |
|--|-----|
| • Síntomas clínicos de TVP                                 | 3   |
| • Otros diagnósticos menos probables de TEP                | 3   |
| • Frecuencia cardíaca $> 100$ latidos por minuto           | 1.5 |
| • TVP o TEP previo   | 1.5 |
| • Hemoptisis   | 1   |
| • Malignidad   | 1   |
| • Inmovilización o cirugía dentro de las últimas 4 semanas | 1.5 |

## Tratamiento

> Heparina convencional o no fraccionada

Bolo endovenoso inicial de 5.000 UI seguido de una perfusión continua a dosis de 400-600 UI/kg cada 24 hrs.

> Heparinas de bajo peso molecular

- Enoxaparina 1 mg/kg cada 12 hrs.

- Nadroaparina 85.5 UI/kg cada 12 hrs.

- Dalteparina 100 UI/kg cada 12 hrs.

- Tinzaparina 175 UI/kg cada 24 hrs.

- Bemiparina 115 UI/kg cada 24 hrs.

> Anticoagulantes orales

- Acenocumarol 3 mg/kg día durante 2 días

- Warfarina 2-5 mg/día durante 2 días.

# ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFAGICO

DÍA	MES	AÑO

El concepto actual de ERGE es la presencia de lesiones o de síntomas atribuibles al material refluido desde el estómago.

La prevalencia de la enfermedad se sitúa en torno al 20%, y la incidencia, en alrededor de 4-5 por cada 1.000 personas al año.

## Patogenia

Alteración de los mecanismos defensivos, en particular la presión anormalmente baja del esfínter esofágico inferior y la prolongada exposición esofágica al ácido durante las relajaciones transitorias del EEI.

> Fármacos que alteran la función motora esofágica en el anciano.

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

## Clinica

- Pirosis
- Regurgitación

Se presentan predominantemente después de las comidas y favorecen con el decubito.

Otras veces tiene presentación clínica asociada a laringitis posterior.

- Disfonia
- Canaspeo
- Sensación de cuerpo extraño
- Dolor torácico



- Tos crónica
- Asma
- Erosiones dentales

### Diagnóstico

- Clínica
- Endoscopia
- PHmetría cuando existe incertidumbre diagnóstica.

### Tratamiento

- Cambios en el estilo de vida
- Inhibidores de la bomba de protones (IBP)
- Antiácidos para el control ocasional de síntomas en especial la pirosis.
- Cirugía antirreflujo (tratamiento definitivo).

# ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA

DÍA	MES	AÑO
21	05	24

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

## Cambios fisiológicos gastroduodenales relacionados al envejecimiento

- > Pérdida de celularidad en mucosa gástrica
- > Disminución de prostaglandinas en estómago y duodeno
- > Reducción en la secreción basal y estimulada por pepsina
- > Reducción de la capacidad regenerativa de la mucosa
- > Disminución de la velocidad del vaciado gástrico

## Epidemiología

5-10 % en la población en general.

10-20 % en pacientes *Helicobacter pylori* positivo

Mayor incidencia a mayor edad y un mayor consumo de AINE.

## Etiología

### \* Factores agresivos

- Secreción del ácido gástrico

- Actividad péptica

- Ambientales

  - *Helicobacter pylori*

  - AINE

  - Tabaco, dieta, café y alcohol

### \* Factores defensivos

- Secreción de moco y bicarbonato

- Flujo sanguíneo de la mucosa gástrica

- Restitución celular

- Prostaglandinas

## Clinica

- > Dolor abdominal (+ fete) en epigastrio. Se describe como arder, dolor corrosivo, o sensación de hambre doloroso. Aumenta 1 a 3 horas tras la ingesta, y por la noche entre las 11 y 2 a.m. disminuye con la ingesta.
- > Anorexia
- > Pérdida de peso
- > Náuseas
- > Vómitos
- \* Manifestaciones inespecíficas
  - > Meteorismo
  - > Distensión abdominal
  - > Intolerancia a las grasas
  - > Pirosis

## Diagnóstico

- > H. Clínica
- > Endoscopia digestiva alta → Método diagnóstico de elección
- > Radiología con contraste baritado
- > Detección de *Helicobacter pylori*

## Diagnóstico diferencial

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

## Úlcera refractaria y recurrente

### • Úlcera refractaria

Persistente a pesar de un tratamiento correcto durante un tiempo aproximado de 8 semanas en la UD y 12 semanas en la UG.

## • Úlcera recurrente

Reurrencias frecuentes son parte de la historia natural de la úlcera péptica.

### Causas

- HP positivos: Mal cumplimiento terapéutico erradicador.
- HP negativos: Falso negativo HP, AINE, retraso de la curación, hipersecreción, formas infrecuentes de úlcera péptica.

### Diagnóstico

- > Descartar HP, AINE, hipergastalgia y lesiones mucosas.
- > Endoscopia con biopsias de antro y cuerpo y de úlcera.
- > Gastina basal
- > Valorar TAC abdominal

### Tratamiento

- Erradicar HP, evitar AINE y abstinencia de tabaco.
- Úlcera refractaria: IBP a dosis doble durante 8 semanas.
- Úlcera recurrente: IBP de forma indefinida

### Complicaciones

- Hemorragia digestiva  
Complicación más frecuente de úlcera gastroduodenal.

Estos cuadros se manifiestan como hematemesis y/o melenas.

### Tratamiento

- Endoscópico: De elección. Se inyectan sustancias esclerosantes.
- Quirúrgico: Sólo cuando fracasa el tratamiento endoscópico.

## • Perforación

Perforación aguda de la úlcera a la cavidad peritoneal libre.

Se manifiesta con la aparición súbita de dolor intenso en epigastrio o en hemiabdomen superior.

### Diagnóstico

- Rx simple de abdomen en bipedestación o decúbito lateral.
- Rx de tórax

## • Penetración

Frecuente en las úlceras de cara posterior. Afecta pancreas, epiploón udu biliar, hígado y colon.

### Diagnóstico

- Hallazgo endoscópico o radiológico
- Cambio de sintomatología típica ulcerosa
- Complicaciones: Hemorragia, anemia, pérdida de peso y amilasemia elevad.

## • Estenosis Pilonica

Complicación menos frecuente.

Suelen presentar vómitos alimentarios de retención, cambios en las características del dolor, anorexia, pérdida de peso.

### Diagnóstico

- Rx simple de abdomen
- Endoscopia

### Tratamiento

- Antiácidos
- IBP
- Quirúrgico

# CIRROSIS HEPÁTICA

Las principales causas de cirrosis hepática en el paciente anciano son la hepatopatía alcohólica y la crónica por VHC y VHB. Se caracteriza por la disfunción hepatocelular progresiva e hipertensión portal.

La cirrosis compensada puede ser asintomática o con escasos síntomas inespecíficos como astenia, anorexia o pérdida de peso.

El diagnóstico de seguridad solo puede efectuarse mediante el examen histológico. La Ecografía puede revelar datos de valor diagnóstico.

El pronóstico de cirrosis compensada es relativamente bueno, la supervivencia a los 5 años es alrededor del 90%, cuando hay hemorragia digestiva el pronóstico empeora con una supervivencia a los 5 años del 40%.

La clasificación de Child-Pugh sirve para identificar a los pacientes según el grado de severidad de su enfermedad.

	1 punto	2 puntos	3 puntos
Encefalopatía hepática	NO	Grado 1-2	Grado 2-3
Ascitis	Ausente	Leve	Mediana-grave
Albumina	> 3.5 g/dl	2.8-3.5 mg/dl	< 2.8 mg/dl
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

5-6 puntos Grado A (bien compensada). Supervivencia 100%.

7-9 puntos Grado B (compromiso funcional significativo) Supervivencia 80%.

10-15 puntos Grado C (Enfermedad descompensada) Supervivencia 45%.

## Complicaciones

- > Ascitis leve. Detectable sólo por ecografía
- > Ascitis de moderado volumen. Cuando el líquido acumulado no afecta a las actividades básicas de la vida diaria, no produce malestar.
- > Ascitis de alto volumen. Cuando produce sensación de malestar abdominal en el paciente y que afecta a la realización de las actividades básicas.
- > Ascitis refractaria. Cuando existe pobre

## Exploración Física

- Arañas vasculares en cuello, hombros, pecho y periumbilical
- Eritema palmar
- Circulación colateral de la pared abdominal

## Dx.

- Ecografía abdominal + E.F

## Tx.

- Dieta > hiposódica y diurética, si es resistente a diuréticos:
- Paracentesis evacuadora 8 mg albúmina por cada 1.5 l. de líquido ascítico extraído.

## Peritonitis Bacteriana Espontánea

Es una complicación común y grave de la ascitis que se caracteriza por infección espontánea de líquido ascítico sin un origen intraabdominal. Por E. coli, S. Viridans, S. Aureus, enterococos

## Tx

Cefalosporinas de 3<sup>a</sup> generación

## Síndrome hepatorenal

Presente en etapas avanzadas, caracterizado por deterioro de la función renal, alteración de la circulación arterial y activación de sistema renino-angiotensino.

## Clinica

- Oliguria
- Baja excreción de Na
- Aumento de creatinina

## Dx

Criterios Dx mayores

- Crea  $> 1.5$  mg/dl
- Cr  $< 40$  ml/min
- Proteinuria  $< 500$  mg/día
- No respuesta a expansión de vol. y suspensión de diuréticos
- Ausencia de shock, infección o agente nefrotóxico
- Ecografía renal normal.

Criterios Dx menores

- Diuresis  $< 500$  ml/día
- Sodio urinario  $< 10$  mEq/l
- Osm. urinaria  $>$  Osm. plasmática
- Sedimento urinario  $< 50$  hemáties/c
- Sodio plasmático  $< 130$  mEq/l.

## Tx

- Análogos de vasopresina
- Terapia de combinación con midodrina y octetido.
- Derivación portosistémica intrahepática transjugular.
- Diálisis
- Trasplante hepático.



## Encefalopatía hepática

Estado reversible secundario a una distrofia hepatocelular aguda o crónica.

Puede cursar con sx confusional, asterixis o signos piramidales unilaterales.

### Grado I.

Grado I. Bradipsiquia, inversión del ciclo de sueño, incoordinación motora, alteraciones de la cultura.

Grado 2. Somnolencia, desorientación, alt. de la personalidad, comportamientos inadecuados, asterixis, disartria, alaxia.

Grado III. Estupor, amnesia, desconexión del mundo, habla incomprensible, asterixis más intensa.

Grado IV. Coma, hiperreflexia, babilinski, signos de decerebración.

### Tx.

- Dieta - Proteína 0.5 g/kg/día

- Laxantes

• Lactulosa VO o sonda nasogástrica 60-80 g > 3-4 dosis

• Lactitol 60-80 g VO en 3-4 dosis.

- Antibioticoterapia

• Paracetamol 2-4 g repetidos en 2 tomas/día.