

Tema: reporte de lectura

Nombre: Gerardo Pérez Ruiz

Grupo: A

Grado: 6

Materia: geriatría

Docente: Dr. Romeo Suarez martinez

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de mayo de 2024

Cirrosis hepática

La causa más frecuente es la hepatopatía alcohólica y la crónica por VHC y VHB, se caracteriza por la disfunción hepática celular progresiva e hipertensión portal.

La clasificación Child Pugh sirve para identificar a los pacientes según su grado de severidad de su enfermedad y consecuentemente la supervivencia a 5 años.

Complicaciones, consiste en la acumulación de líquido en la cavidad abdominal, los coágulos con varices, así de infecciones hasta insuficiencia cardíaca. Para mejorar precozmente la cirrosis hepática.

Exploración física

Se observa estomas de cirrosis hepática que son los signos vasculares en cuello, hombros, pecho y periumbilical (eritema palmar y circulación colateral) de la pared abdominal.

Diagnóstico

Se establece combinación con exploración física y con ecografía abdominal.

Tratamiento

consiste en una dieta hiposódica y diuréticos cuando la ascitis es resistente al tx diurético se realiza paracentesis evacuadora administrando 8 g de albúmina.

Gerardo
Pérez
Ruiz

EPOC

Es una enfermedad obstructiva crónica y poco reversible al flujo aéreo causado por una reacción inflamatoria relacionada al humo del tabaco y se define en función de disminución del flujo espiratorio forzado. Se relaciona al inicio por un declive en el FEV1 a partir de los 25-30 años que no suele superar los 30 ml/a. En los ancianos se detecta una disminución del 50% en la respuesta ventilatoria e hipercapnia.

Prevalencia: Es un problema de salud pública que conduce a la incapacidad y a la muerte es presente entre los 40 y 69 años.

Etiología: Los fumadores por cigarrillos y tienen descenso oruan del FEV1 y EPOC no fumadores, como también factores ambientales o inabuso factores genéticos deficit de alfa antitripsina, otras exposiciones microambientales como, polvo sustancia irritante en el medio laboral y contaminación ambiental.

Clasificación: Se clasifica como EPOC leve, moderada, grave muy grave.

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%

Patogenia: Se asocia a cambios estructurales y celulares que afectan tanto a las vías aéreas centrales como a las periféricas el proceso inflamatorio se extiende también al parénquima y las arterias pulmonares, en la actualidad el principal causante de una reacción inflamatoria que afecta el árbol traqueo bronquial, siendo más intenso con el paciente.

La inflamación no solo se caracteriza por una regulación al alza de las citocinas proinflamatorias sino por una disminución de citocinas antiinflamatorias o de citocinas inhibitorias, junto a sus receptores solubles. Las citocinas inhibitorias incluyen a IL-10, TGF-β, IL-11 y a receptor antagonista de la IL-7.

Enfermedad ulcero péptica

Es una enfermedad de origen multifactorial que se caracteriza por una lesión localizada, única de la mucosa esofágica hasta el duodeno, como consecuencia de la actividad de la secreción ácida del Jugo gástrico.

Cambios fisiológicos en el anciano

Se produce una pérdida de la celularidad de la mucosa gástrica debido al envejecimiento, una atrofia gástrica, disminución de los prostaglandinas

Etiología:

Desequilibrio entre factores agresivos y defensivos de la mucosa gástrica duodenal.

Factor agresivo:

- secreción de ácido gástrico
- Actividad péptica
- Ambientales: H. pylori, AINE, tabaco, dieta, cafe y alcohol.

Factor defensivo:

- secreción de moco (bicarbonato)
- ✓ flujo sanguíneo de la mucosa
- restauración celular
- prostaglandinas

Clinica: Dolor abdominal (epigástrico (sensación de ardor), Náuseas, vómitos, reflujo, distensión abdominal, intolerancia a los gases o pirosis.

Diagnóstico: Por técnicas de imagen, o más de irritación peritócica basado en clínica

- Endoscopia digestiva alta
- Detección de H. pylori (Cultivo, test ureasa)
- Radiología Contraste baritado

Es una enfermedad cardiovascular por la generación de un trombo en el interior de una vena y posterior embolización en el territorio arterial pulmonar. Puede presentarse como un amplio de expresión clínica de ser sintomático hasta la muerte súbita.

Etiopatogenia: De origen puede ser de trombosis venosa de cualquier localización, el 90-95% procede del ilio-femoral. Ocasional los trombos proceden de las venas uterinas, prostáticas y renales, cavidad derecha del corazón.

Factor predisponente: De acuerdo a la triada de estasis venosa hipercoagulabilidad y lesión endotelial.

Manifestación clínica: disnea, taquipnea, dolor torácico y el síncope. En el anciano "delirium", deterioro funcional, alteración de la marcha.

Diagnóstico: clínico, todo paciente con disnea súbita, empeoramiento de su disnea habitual. Para la probabilidad diagnóstica siendo "score de Wells".

- Concentración de plasma de dimero D: elevación de coagulo activo
- TAC
- Ecocardiograma: pacientes con compromiso hemodinámico. Para destacar IAM, disección aórtica, taponamiento cardíaco.
- Angiografía pulmonar: Gold-Standard método invasivo.

Diagnóstico diferencial:

- Infecciones respiratorias
- Asma
- IAM
- Edema pulmonar
- Disección aórtica
- Neumotorax

Complicación o casos graves

- Hipertrofia de ventrículo derecho
- Disnea del esfuerzo

Tabla 1. Triada de V

Estasis venosa
Edad Avanzada
ICC
Inmovilización prolongada
Infarto agudo de miocardio
Insuficiencia venosa
Ictus
EPOC
Obesidad
Embarazo

Tabla 2. Factores pre

Fuertes
Fractura (cadera o pierna)
Prótesis de cadera o rodilla
Cirugía general mayor
Traumatismo mayor
Lesión medular

Enfermedad de reflujo gastroesofágico

Presencia de lesiones o de síntomas atribuibles al material refluido desde el estómago, lo suficiente para empeorar la calidad de vida. El esofagitis por reflujo es una alteración inflamatoria de la mucosa esofágica.

Epidemiología: menores de 21 años y mayores de 70 años

Patogenia: Es una enfermedad crónica no progresiva, es una alteración de mecanismos defensivos, presión anormalmente baja del esfínter esofágico inferior, la causa es multifactorial, secundarias concomitantes como la diabetes, trastorno neurológico o bien toma de fármacos como efecto de función esofágica.

Manifestación clínica: especialmente pirosis después de la comida y se favorece en decúbito, prurito de esófago, como corrosión, sensación de cuerpo extraño, dolor torácico, tos crónica, erosió dental.

Diagnóstico: clínica por síntomas, la endoscopia es el método de elección usado de cribado de esófago de Barrett bajo vigilancia

Tratamiento: modificación del estilo de vida, medidas como bajar de peso y elevar la cabecera de la cama.

Iniciar IBP sobre antosonistas H2

Los antosonistas pueden ser útiles para el control ocasional de los síntomas de presentación infrecuente en especial la pirosis.

La cirugía antirreflujo es una alternativa terapéutica comparable al farmacológico en paciente con ERGE, es definitivo.

Estrategias terapéuticas de la ERGE

- REFLUJO ocasional sin alteración en la calidad de vida:

El tratamiento a demanda con antsecretoras y medidas higiénico-dietéticas.