



Nombre del alumno:

Cesar Enrique Utrilla Dominguez

**Nombre del profesor: Dr. Suarez Martines
Romeo**

Resumenes 3° unidad

GERIATRIA

Grado: 6°

Grupo: A

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Coartación U. de De...
Cronica

Obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo, causada principalmente por una reacción inflamatoria al humo del tabaco y que se define en función de la disminución del flujo espiratorio forzado en el primer segundo.

Clasificación

Tabla 1. Clasificación de la EPOC.

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

Patogénesis

Cambios estructurales y celulares que afectan tanto los vías aéreas centrales como a las periféricas.

También se extiende al parénquima y a las arterias pulmonares.

Inflamación sistémica en la EPOC

Se ha demostrado que la PCR está elevada en los px con EPOC, con independencia del consumo de tabaco y de la presencia

de cardiopatía isquémica relevante

Manifestaciones sistémicas

La inflamación sistémica puede ser de carácter más como *fx de respuesta*:

• Proteína C reactiva • Osteoporosis • Síndrome de coagulación alterada

- Inflamación sistémica

- Manifestaciones extrapulmonares.

- Pérdida de peso - Anorexia

Diagnóstico diferencial

Diferencia de otras enfermedades

- Obstrucción de la vía aérea superior

- Fibrosis quística

- Bronquiolitis crónicas obliterante

- Asma bronquial

- Tuberculosis.

Dx

Debe ser sospechada en todos los individuos que presenten síntomas como:

- Tos - Expectación - Disnea

Rx:

Rx de base opda el dx diferencial

- Pecho realza, normal no mostrar signos de hiperinflación pulmonar.
- Radiografía
- Zonas radiolúcidas
- Signos de hipertensión arterial pulmonar.

Estudio con mayor sensibilidad

- TAC

- Tiene mayor resolución en la detección de enfisema.

- Ecocardiografía, indicado si se sospecha hipertensión pulmonar significativa.

- Hemograma para la detección de anemia o poliglobulia.

- Cultivos de esputo pueden ser de utilidad en los px con esputo persistente para diferenciar la flora bacteriana colonizante.

Pruebas específicas de función respiratoria.

- Espirometría forzada mide el flujo espiratorio, partiendo de una inspiración máxima y hasta una posición de espiración máxima.

Tx del Px estable

- Medidas Generales en el Tx de la EPOC

- Abandono del hábito tabáquico para evitar el deterioro funcional del px con EPOC ya sea con Tx farmacológico (terapias sustitutivas de nicotina) / terapias conductuales.

- Realización de ejercicio físico regular es recomendable en todos los estadios de la enfermedad.

Tx farmacológico

- Broncodilatadores de acción corta reduce los síntomas y mejora la tolerancia al ejercicio.

- Px con síntomas permanentes, el uso de broncodilatadores de acción prolongada permite un mayor control de los síntomas y mejora la calidad de vida y la función pulmonar y puede disminuir el número de exacerbaciones.

Tx farmacológico de las exacerbaciones

- Mantener el tx habitual,
- anticolinérgico (bromuro de ipratropio hasta 0,12 mg cada 4-6 hrs)
- Agonista beta-2 de acción corta (salmeterol hasta 0,6 mg o terbutalina hasta 1,0 mg, c/4-6 hrs)
- Antibiótico terapia
- Considerar la administración de glucocorticoides
 - 40 mg/día de prednisona. máximo de 10 días en dosis descargas.
- ↳ POC grave/moderada sin mejoría en 72 hrs (7u hospitalario)
- Incrementar dosis anticolinérgico:
 - Bromuro de ipratropio hasta 1,0 mg / Agonista B2 de acción corta hasta 1,0 mg
- Antibiótico terapia
- Glucocorticoides vía sistémica
 - 40 mg/día de prednisona. dosis máxima 10 días en dosis descargas.
- Oxigenoterapia
- Diuréticos
- Considerar la ventilación mecánica.

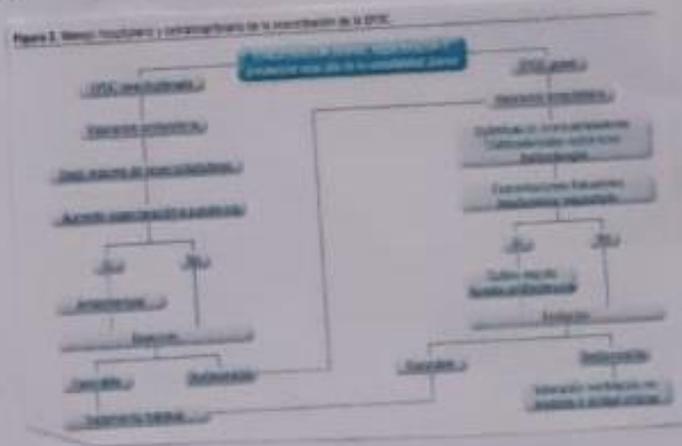
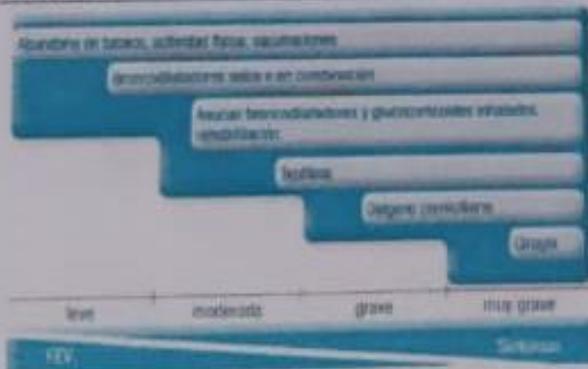


Figura 1. Manejo de la EPOC estable



EPOC moderada - Grave

- uso de corticoides inhalados reduce el número de exacerbaciones y mejora el FEV1 y calidad de vida.
- Corticoides inhalados, asociados a agonista β_2 de acción prolongada.
- uso de mucolíticos/antioxidantes puede valorarse en px con expectoración habitual/exacerbaciones frecuentes.

Broncodilatadores

- Broncos paratropio/agonista beta-2 de acción corta
- Broncodilatadores de acción prolongada
- Salmeterol - Formoterol - Bromuro de tiotropio.
- Metilxantinas
- Glucocorticoides

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

Forma	Presentación (dosis)	Dosis inhalada	Dosis inhalada (Corticoides en solución)	Dosis inhalada	Dosis inhalada	Dosis inhalada
Bβ_2 agonistas						
Salmeterol	CP 100	50 μ g/100 μ l	100 μ g/100 μ l	40 μ g/100 μ l	10-20 μ g	2-4%
Formoterol	CP 200 SL 500	100 μ g/100 μ l	200 μ g/100 μ l	40 μ g/100 μ l	10-20 μ g	2-4%
Tiotropio	CP 20 SL 10	5 μ g/100 μ l	10 μ g/100 μ l	18 μ g	2-4%	12%
Formoterol	CP 10 SL 2	10 μ g/100 μ l	10 μ g/100 μ l	1,2 μ g	2%	12%
Anticolinérgicos						
Salmeterol	CP 20	20 μ g/100 μ l	100 μ g/100 μ l	15 μ g	20-40 μ g	2-4%
Tiotropio	SL 40	20 μ g/100 μ l	100 μ g/100 μ l	15 μ g	20-40 μ g	2-4%

Oxigenoterapia

El efecto de la oxigenoterapia depende de la duración de su administración de forma que con 18 hrs/día los efectos son superiores a los producidos con 15 o 12 hrs/día.

No se recomienda menos de 12 horas al día.

Rehabilitación Respiratoria

La actividad y el ejercicio físico diario son beneficiosos para las px con EPOC y contribuyen a evitar la descompensación en este tipo de Px.

Tabla 3. Indicaciones de oxigenoterapia continua domiciliar.

PaO ₂ *	Indicación	Calificador	Evidencia
≤ 55	Absoluta	Ninguno	A
55-60	Relativa con calificador	Hipertensión pulmonar Hemoptoe >50% Edemas por ICD**	A
≤ 60	Ninguna excepto con calificador	Desaturación en ejercicio con datos resistentes que responde al O ₂	D

Recomendaciones sobre la atención al final de la vida en Px con EPOC

- El perfil de los px que pueden fallecer en los sig. 6-12 meses)
 - FEV1 menor al 30%
 - Exceso actividad física
 - Dependencia oeven total para actividades básicas de la vida diaria (Ayuda para vestirse, dificultad para realizar escaleras, andar menos de 30 min diario)
 - Consumo de recursos sanitarios
 - Afección del estado general
 - Situaciones personales y sociales

Tabla 4. Datos de las subgrupos recomendados en el tratamiento de las exacerbaciones de la EPOC

Subgrupo	n	FEV1 (L)	FEV1 (% pred)	FEV1 (ml/kg)
Exacerbación moderada	101	0.75	35	1.2
Exacerbación grave	101	0.55	25	0.9
Exacerbación muy grave	101	0.35	15	0.6
Total	303	0.55	25	0.9



Tromboembolismo Pulmonar.

Cecilia Quiroga Domínguez

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, ocasionando letal o parcialmente.

F. de riesgo

Principalmente Virchow

Tabla 1

Tabla 1. Triada de Virchow y factores de riesgo de ETV.

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	

Tabla 2. Factores predisponentes para el tromboembolismo venoso.

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

Modificado de Anderson FA, Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation* 2003;107:19-16.

Manifestaciones Clínicas

Este instrumento estandarizado a los FC en categorías de probabilidad clínica.

- Puntuaciones mayores de 6 se corresponden con un riesgo elevado (70-11)

2-6 equivale a un riesgo moderado y menor de 2 puntos a riesgo bajo

Tabla 4. Score de predicción clínica para TEP.

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	

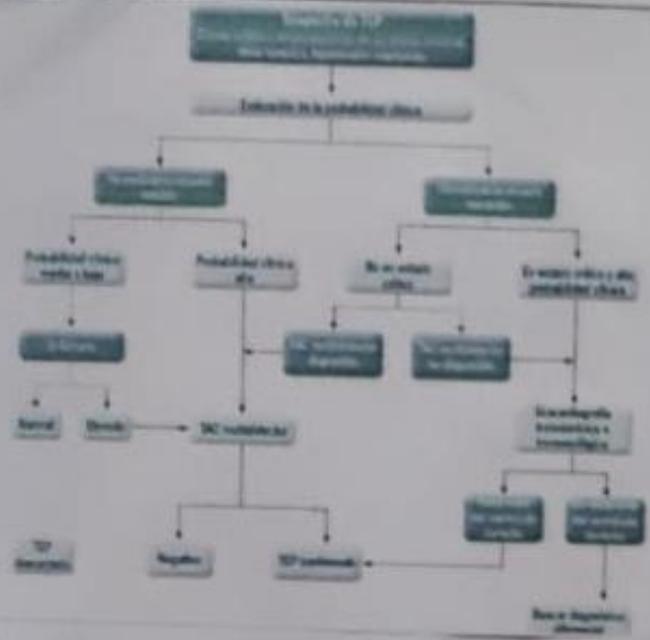
Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Ginsberg JS, et al. 2000;83(3):416-20.

Cecilia Quiroga Domínguez

Dx

- Ecocardiograma es útil.
- Agregación plaquetaria en el estudio en el dx de TEP.

Tabla 2. Clasificación de TEP



Tx.

Trombolíticos utilizados en el TEP:

- Alteplasa (alteplasa)
- Anistreplasa
- Dosis terapéutica: 100 mg
- ayuda de una persona con experiencia en dosis de 100-600 mg/kg
- heparina de bajo peso molecular
- Ceftriaxona
- Dosis terapéutica 1 mg/kg c/12 h
- Nadroparina
- Dosis terapéutica 85.5 mg/kg c/12 h
- Dalteparina
- Dosis terapéutica 100 mg/kg c/12

Trombolíticos

Dosis terapéutica 175 mg/kg c/24

Bemiparina

Dosis terapéutica 135 mg/kg c/24

Anticoagulantes Orales

Aciclovir

Dosis inicial 3mg/día durante 2 días

Warfarina

Dosis inicial 2-5 mg/día durante 2 días

Tabla 5. Fármacos fibrinolíticos.

Primera generación	Segunda generación	Tercera generación
Estreptoquinasa	Activador tisular del plasminógeno recombinante (tPA)	Mutantes del tPA
Uroquinasa	Prouroquinasa	Activadores del plasminógeno químico recombinante
	Derivado activado del complejo estreptoquinasa-activador del plasminógeno (APSAC)	Complejo de activadores del plasminógeno con anticuerpos monoclonales antifibrina
		Complejo de activadores del plasminógeno derivado del Streptococcus
		Estreptoquinasa recombinante

Enfermedad de reflujo gastroesofágico

Caso clínico U. de Zaragoza

Es la presencia de lesiones o de síntomas atribuibles al material refluido desde el estómago, lo suficientemente importantes como para empeorar la calidad de vida.

Epidemiología

El incremento de casos con el incremento progresivo de la prevalencia de esofago de Barrett. el subgrupo poblacional de edad entre 40 y 49 años.

Patogénesis

Alteración de los mecanismos defensivos.

Tabla 1. Fármacos de uso frecuente en ancianos que pueden alterar la función motora esofágica.

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

Manifestaciones Clínicas

- sensación de ardor/quemazón ascendente retroesternal.
- regurgitación (después de las comidas y se favorecen con el decúbito)

Tx de EGE

- Modificación del estilo de vida.
- evitar medicación prosecretora (antiinflamatorios, esteroides, antibióticos, teofilina, betaquejantes, inhibidores de la bomba de protones).
- Tx antisecretores.

etiología (temperatura) de la EGE

Refluo crónico sin alteración en la calidad de vida

Tx a demanda con antisecretores y medidas higiénico dietéticas

Sistemas fijos 72 veces/semana con deterioro de calidad de vida

Tx antisecretores potente en fase aguda para obtener una rápida remisión en los síntomas y de la cicatrización de la esofagitis, para después

restar la pauta de administración a lo mínimo necesario para evitar la recidiva.

ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA

Es una enfermedad de origen multifactorial que se caracteriza desde el punto de vista anatómico-patológico, por ser una lesión localizada y en general, única de la mucosa del estómago o duodeno.

- En los ancianos solemos se producen una pérdida de celularidad en la mucosa gástrica debido al envejecimiento

Epidemiología

Prevalencia de úlcera péptica

- 5-10% en la población general
- 10-20% en los px (HP) positivos
- 0.1 - 0.3% Población General
- 1% en los px *Helicobacter pylori* positivos

Clinico

- Síntoma más frecuente: Dolor abdominal
 - Descrito como ardor, dolor cólico o sensación de hambre doloroso

Dx

- Técnicas de imagen y serológicas

Historia clínica

- Palidez cutánea - mucosa
- Abdomen en tabla y signo de irritación peritoneal

Exámenes Complementarios

- Endoscopia - digestivo alto.
- Radiología con contraste bariado
- Detección de HP.

Tx

- Erradicar HP, evitar AINE y abstinencia de tabaco
- Úlcera refractoria
- Úlcera recurrente

Prognosis

En px oncológicos la perforación puede ser la 1ª manifestación de la enfermedad

Etiología

Tx. agresivos

- Secreción de ácido gástrico
- Actividad péptica
- Anestésicos

Tx. defensivos

- Secreción de moco y bicarbonato
- Flujo sanguíneo de la mucosa gástrica
- Restricción celular
- Prostaglandinas

Úlcera refractoria y recurrente

Úlcera refractoria

Úlcera recurrente

Causas

- HP Positivo

- HP negativo

Dx

Se debe realizar

- Endoscopia con biopsias de antra y cuerpo
- Gastrina Basal
- Urea - TAC abdominal

Comunicaciones

Hemorragia digestiva

Tx 1

- Tx endoscópico
- Tx Qx

T_e Etiología

- Intentar evitar tabaco, alcohol y AINEs
- Alivio de la sintomatología
- Contribución a la ulcera

T_f: farmacológico

- Antiácidos

- Bicarbonato sódico
- Carbonato cálcico
- Hidróxido de aluminio e hidróxido de magnesio

- IDP

- Omeprazol
- Lansoprazol
- Pantoprazol
- Rabeprazol
- Esomeprazol

Medidas Generales

- Dieta
- Alcohol
- Leche y derivados
- Café
- Tabaco
- AINE

Cirrosis Hepática

Las principales causas de cirrosis hepática es el pt. crónico por la hepatitis alcohólica y la crónica por VHC y VHB.

La clasificación de Child-Pugh sirve para identificar a los pt. según el grado de severidad de su enfermedad + correlacionarla con la supervivencia al año o 2 años de edad.

Complicaciones de la Cirrosis:

- ascitis

- hicc

- Detectable únicamente solo por radiografía

- Hacia el abdomen

- El líquido acumulado se afecta a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y se produce náuseas

- Desnutrición

Cuando existe espasmo vascular al tx diuretico a altas dosis ó precision retirar se por efectos secundarios

Exploración física

- Arterios vasculares en cuello, brazos y pecho + periumbilical

- En la mano pulmonar

D_A

Combinación de un examen físico y una prueba de inmunoelectroforesis (albúmina)

T_A

- Dicho hipotónico y diuréticos

D_A Hepatorenal

Insuficiencia hepática e hipertensión portal

Tipo I

D_A $\geq 10 \mu$

Reducción de al menos del 50% del aclaramiento de creatinina

Tipo II

Menos grave

T₀

- diálogos de la comprensión
- terapia de combinación en medicina
- Asociación farmacológica (TIPS)

Encefalopatía Diabética

Estado reversible a una función hepatocelular aguda o crónica y/o
síntomas paraneoplásicos

Grados

I)

Disruptivo, inversión del ciclo de sueño, incoordinación motora alteraciones en la
conciencia y distracción de la atención, irritabilidad

II)

Somnolencia, desorientación, alteraciones de la personalidad, comportamiento inadecuado, asterixis, disartria, ataxia

III)

Empor, amnesia, desconexión del medio, habla incomprensible, asterixis más

intenso

IV)

Coma, hiperreflexia, hiperstria, estereos de descomposición

T₁

- Dieta. Proteínas 0.8g/día
- Laxantes: lactulosa 60-80 y dividida en 3 o 4 dosis
- Antibiótico terapéutico
- Paracetamol 2-4g. recortados en 2-4 horas al día