



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura medicina humana



Tema:
Resumen

Alumno:
Paola Guadalupe Hilerio González

Grupo: "A"

Grado: 6°

PASIÓN POR EDUCAR

Materia:

Geriatría

Docente:

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de mayo del 2024

EPOC

Consiste en una **obstrucción** crónica y poco reversible al **flujo aéreo**, causando una **reacción inflamatoria** al humo del tabaco. Disminuyendo del flujo espiratorio forzado en el ter. segundo (FEV1) y del cociente entre el FEV1 y FVC

- Serie de cambios fisiológicos asociado al envejecimiento
- Declive los 30 ml/año.
- Descenso en la capacidad vital 135 años
- Cambio de la morfología de la curva flujo-volumen ↓ de la elasticidad pulmonar, incremento de volumen residual

Prevalencia

Curso crónico y progresivo con exacerbaciones y readaptaciones causando incapacidad o muerte

- 9.1% personas de 40-69 años

Etiología

- Fumar cigarrillos (alt. de la función pulmonar, descenso anual de FEV1)
- Ambientales (polvo, contaminación, sustancias irritantes)
- Genéticas (Déficit de α antitripsina) → Humo de leña (Mujeres)

Patogenia

Cambios estructurales y celulares afectando vías aéreas centrales y periféricas

Afectando al parénquima y las art. pulmonares (engrosa. de la íntima)

→ humo del tabaco

→ Pared bronquial hay un infiltrado cel. con linfocitos T y MC

→ Linfocitos T citotóxicos CD8+ se correlaciona en forma con el FEV1

EPOC grave: ↑ de TNF- α en el esputo

IL-8 (quimioquina) reclutamiento de neutrófilos

se ha detectado en el lavado alveolar

Regulación al alza de las citocinas proinflamatorias, ↓ de citocinas

Clasificación

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

- Poliglobulia
- Acidosis (CO₂ atrapado ↑)
- Tos crónica
- Náuseas
- Disnea

antiinflamatorios o de citocinas proinflamatorias o de citocinas inhibitorias (incluyen la IL-10, TGF- β , IL-11 y el receptor antagonista de la IL-1 que se libera para limitar la duración y extensión del proceso inflamatorio)

Inflamación sistémica en la EPOC

Reactante de fase aguda o citocinas, en incluso activación de neutrófilos en sangre periférica

La PCR está elevada en px con EPOC

Formación de los reactantes de fase aguda está estrechamente inducida por citocinas como la IL-6 o el TNF- α (proteína producidas por el hígado y juegan clave en la inmunidad innata).

Manifestaciones sistémicas

F.R: Arteriosclerosis, osteoporosis y sx caquexia-anorexia

Observan con frecuencia en px con EPOC estable

- Estrés oxidativo puede tener influencia (disfunción muscular)
- sistema muscular y esquelético son los sistemas extra pulmonares
- Pérdida de peso y caquexia, distribuidas a la pérdida de masa libre de grasa y de densidad mineral ósea.

- Causas potenciales, (inactividad, uso de corticosteroides, afectación nutricional y el tabaquismo)

Fisiopatología

Exposición a tabaquismo, partículas y gases nocivos

Induce la inflamación de los bronquios

Produce un reclutamiento de células

Inflamación del pulmón: Neutrófilos, macrófagos, LTCD8

Intentan inhibir las partículas extrañas liberando proteasas

- proteasas provocan:

Destrucción de la pared alveolar (enfisema)

Inflamación e hipersección de moco (Bronquitis aguda)

Manifestación clínica

Enfisema = Disnea, tos, P.D, Asténico

Bronquitis = Tos, disnea, sibilancia, fatiga, obesidad, cianosis, Pícnico, o Catarado

Esaservación = infección (criterios de antonise) Mate

Sistema muscular y esquelético son los sistemas extrapulmonares que con frecuencia se ven afectados
Pérdida de peso y la caquexia descritas en el EPOC

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico

Obstrucción de la vía superior

RT → para dx diferencial

Fibrosis quística

TAC - **espirometría**

Bronquiectasias

Gasometría arterial

Bronquiolitis obliterante

Ecocardiografía - Taquicardia

Asma bronquial

Hemograma - ^{H₂A - hiperleucocitosis} leucocitosis

Tuberculosis

Diagnóstico diferencial

Cultivo de esputo

Pruebas específicas de la función respiratoria

Espirometría forzada (mide el flujo espiratorio)

Desde la respiración máxima → respiración mínima

Capacidad vital forzada (volumen completo de aire)

del EPOC

Tratamiento del px estable → NO anticolinérgico (Ambroxol)

Medidas generales en el tx de la EPOC:

- **Tabaquismo** (evitar el deterioro funcional)
- **Vacunación anti gripal** y **neumocócica** debe aconsejarse en todos los px con EPOC
- Actividad física (en todos los estadios de la enf)

Tratamiento farmacológico

- Broncodilatadores de acción corta (reduce síntomas, mejora el ejer)
- Broncodilatadores de acción prolongada (controlan síntomas, mejora la calidad de vida, función pulmonar, ↓ # exacerbaciones)
- Corticoides inhalados (EPOC grave - moderado, ↓ # de exa, mejora el FEV1 y la calidad de vida)
- Corticoides inhalados asociados a agonistas B₂ de acción prolongada
- Mucolíticos y los antioxidantes
- No existe evidencia para recomendar el uso de antitusivos, antibióticos profilácticos ni estimulantes respiratorios

Broncodilatadores:

Broncodilatadores de corta acción (Bramura ipratropio y agonista beta-2 de corta acción) → control rápido de los síntomas

Broncodilatadores de acción prolongada (salmeterol, formoterol y bromuro de tiotropio)

Metilxantinas = Mejoría clínica y espirométrica leve

Glucocorticoides = Inhalados en la EPOC moderada y grave reduce el número de exacerbaciones, incremento leve en el FEV1 y mejoró la calidad de vida

Combinación de glucocorticoides y agonista-2 de acción prolongada

Paciente con EPOC moderada y grave

Otros tratamientos farmacológicos: estimulantes respiratorios, antibióticos profilácticos, antileucotrienos, ni nedocanil sodico

Nuevas terapias de tratamiento: (ROflumilast) mejora significativamente la función pulmonar a los 6-12 meses (antiinflamatorio)

Oxigenoterapia:

Aumenta la supervivencia de los px con EPOC grave e ins. respiratorio

Eficacia de la oxigenoterapia depende

de la duración de su administración,

con 18 hrs/día. No se recomienda

menores de 12 hrs/día

Indicación durante el ejercicio si

consigue mejoría clínica en px con

limitación física por disnea y estado

indicado durante el sueño

Rehabilitación Respiratoria

Mejora la disnea, la capacidad de ejercicio, la calidad de vida

relacionado con la salud y el índice BODE, disminuye la utilización

de los servicios sanitarios y los ingresos hospitalario

Ejercicios y entrenamiento de las extremidades (Beneficiosos)

Para los px con EPOC y contribuyen a evitar la sarcopenia.

casa → meta → 88% saturación

Bromuro de Ipratropio

↳ intercambio de gases

Tratamiento farmacológico de las exacerbaciones

(EPOC leve o moderada (tx extrahospitalario))

Mantener el tx habitual: Optimizar el tx vía inhalatoria con broncodilatadores de acción corta (Bromuro de ipratropio hasta 0,12 mg c/4-6 hrs), agonista B-2 de acción corta (salbutamol) hasta 0,6 mg o terbutalina hasta 1,0 mg c/4-6 hrs)

Antibiototerapia

Glucocorticoides (40 mg/día de prednisona 10 días)

(EPOC grave o EPOC leve/moderada sin mejoría en 72 hrs)

(TX hospitalario)

Broncodilatador por vía inhalatoria (incrementar dosis anticolinérgica (Bromuro de ipratropio 1,0 mg o agonista B-2 de acción corta hasta 10mg nebulización)

Antibiototerapia

Glucocorticoides por vía sistémica (40 mg/día de prednisona)

Oxigenoterapia (al presentar I.A)

Diuréticos (I.C.D)

Ventilación mecánica cuando la exacerbación curse:

Deterioro gasométrico mantenido

↓ de nivel de consciencia o confusión

Criterios de alta hospitalaria

Mejoría clínica (Estabilidad clínica + gasométrica + el PA sea capaz de poder controlar su enf. en el domicilio, aunque persiste hipoxia y/o la hipercapnia, conocer el signo de alarma

-TX glucocorticoides sistémicos se reducirá hasta suprimirlo tras el alta

Tratamiento no farmacológico de las exacerbaciones

Oxigenoterapia

conseguir una cifra de $paO_2 > 60$ mmHg sin provocar acidosis respiratoria. Una FiO_2 entre 24-35%.

Mascarilla tipo Venturi

Gasometría 1er control a los 30min de inicio de la terapia

Pulsioximetría ayudará en la monitorización ajuste posterior de los niveles de FiO_2

Ventilación mecánica

A pesar del tx farmacológico y de oxigenoterapia el PA sigue presentando un $\text{pH} < 7,35$ aplicar de forma no invasiva (VNI) o invasiva (VI) por endotraqueal

Recomendación sobre la atención al final de la vida en paciente con EPOC:

FEV₁ < al 30%.

Escasa act. físico

Dependencia severa total para act. básica de la vida diaria

(Ayuda para vestir, dif para realizar escalones)

Consumo de recurso sanitario

Afectación de estado general (comorbilidades, IMC $< 21 \text{ kg/m}^2$)

Disnea 3-4 escala de MRC

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: 0	12,5 µg/12 h	48 µg/día	1-3 min	2 h	12 h
Anticolinérgicos						
Bromuro de pratripio	ICP: 20 Cl: 40	20-40 µg/6-8 h	320 µg/día	15 min	30-60 min	4-8 h

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

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	-

enfermedad de Reflujo gastroesofágico

Presencia de lesiones o de síntomas atribuibles al material refluido desde el estómago

La esofagitis por reflujo abarca un espectro de alteraciones inflamatorias de la mucosa esofágica ocurre como consecuencia de reflujo gastroesofágico

El esofago de Barrett que consiste en la sustitución del epitelio escamoso normal del esofago por epitelio metaplasia intestinal

Epidemiología

20% (Prevalencia)

4,6 / 1.000 (incidencia)

<12 años - 12%

70 años - 37%

El envejecimiento se asocia con un incremento progresivo de la Prevalencia de esófago de Barrett

Manifestación clínica

- Pivosis
- sensación predominantemente después de comidas
- Disfonía
- Carraspeo
- sensación de cuerpo extraño
- Dolor torácico
- Tos crónica
- Asma
- Erosiones dentales
- SA respiratorios o laringeos

Estrategias

- Reflujo ocasional sin alt. en la calidad de vida
- Síntomas frecuentes > 2 veces/semana con deterioro a la calidad de vida
Tx antisecretor potente en fase aguda
- Anti síntomas de alarmo (dysagia, hematemesis, ↓ de peso) realizar endoscopia digestiva alta

Patogenia

- ▶ Alt. de los mecanismos defensivos
- ▶ Presión anormalmente baja de esfínter esofágico inferior (EEI)
- ▶ Multifactorial
- ▶ secundario a enf. concomitantes
 - DM
 - Trast. neurológico
 - Fármacos

Diagnóstico

- Endoscopia (ERGE no erosiva)
- Ptimetría esofágica
- síntomas atípicos: (manifestaciones extraesofágicas de la ERGE)

Tratamiento

Cambios en el estilo de vida

Medicación potencialmente perjudicial:

- antiinflamatorios no esteroideos
- potasio
- Bifosfonatos
- Betabloqueantes
- Teofilina
- Bloqueadores de canal de Na
- IBP*
- Antiácidos
- Omeprazol, lansoprazol, rabeprazol
(inhibidor de la bomba de protones)

Manifestación Clínica

Frecuentes:

- Disnea
- Taquicardia
- Dolor torácico
- Síncope

Adulto mayor:

- Delirium
- Deterioro funcional
- Alta marcha
- caídas

Tabla 3. Prevalencia de síntomas y signos en pacientes con sospecha de TEP según el diagnóstico final

	TEP confirmado (n= 219)	TEP excluido (n= 546)
Síntomas		
Disnea	80%	59%
Dolor torácico (pleurítico)	51%	43%
Dolor torácico (subestern)	17%	8%
Tos	27%	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°C)	7%	17%
Cianosis	11%	9%

Diagnóstico

- Disnea
 - Dolor torácico
 - Hipotensión
- M.C

Angiografía pulmonar*

Eco cardiograma (descartar

IAM, disección aortica o taponamiento pericardico)

Rx, Torax de gaitan

TAC. multideetector (TCMD)

Dímero D. radica en su valor predictivo negativo (VFN, 98%, para ELISA)

<500 mg/L y una baja/intermedio probabilidad clinica

Dx. diferencial

- Inf. respiratorios
- Asma
- Inf. agudo miocardio
- Edema pulmonar
- Ansiedad
- Disección aortica
- Neumotórax
- Pericarditis
- Taquiarritmias
- Taponamiento cardiaco

Tratamiento

Inducir una hipocoagulabilidad
Reducir el mínimo tanto la recidiva tromboembólica como riesgo de hemorragia

Farmacos

Heparina convencional o ra fraccionada

- Adm. bolo endovenoso 5.000 UI - 4000UI c/4hrs
- complicación: hemorragia, trombocitopenia, reacción alérgica, osteoporosis
- contraindicación: hemorragia activa, enf. séptica, coagulopatía grave, hepatopatía crónica

Heparina bajo peso molecular

- Enoxaparina: 1 mg/kg c/12 hrs
- Nadoparina: 85-5 u/kg c/12 hrs
- Dalparina: 100 u/kg c/12 hrs
- Tincoparina: 175 u/kg c/24 hrs
- Bemiparina: 115 u/kg c/ 24 hrs

Anticoagulantes orales:

- Acenocumariol 3mg/día /2día
- Warfanna 2-5 mg/día 2/día

ULCERA PÉPTICA

Enfermedad de origen multifactorial que se caracteriza, desde el punto de vista anatómopatológico, por una lesión localizada y general, única de la mucosa del estómago o duodeno, se extiende como mínimo hasta la muscularis mucosae, consecuencia de la act. de la secreción ácida del jugo gástrico

Deterioro de la calidad de vida, complicaciones, presentación clínica es atípica, silente, se puede presentar lesiones graves con escaso cortejo sintomático

Cambios fisiológicos gastroduodenales:

Pérdida de celularidad en la mucosa gástrica debido al envejecimiento
-Atrofia gástrica.

↓ de prostaglandina (protectoras de enf. ácido péptica) estómago, duodeno
Reducción de la secreción basal y estimulada de pepsina
Influenciada por la reducción de flujo sanguíneo de mucosa gástrica.

Epidemiología:

- 5-10% en la población general
- 10-20% en los dx con helicobacter pylori

Edad:

Mayor edad, H. Pylori, consumo de AINE

Etiología:

Factores agresivos

- secreción de A.G
- Act. péptica
- Ambiental: H. pylori, AINE
- Tabaco, dieta, alcohol

Factores defensivos

- * secreción de moco y bicarbonato
- * F.S de la M.G
- * Restitución celular
- * prostaglandinas

Diagnóstico

Historia clínica

E.F - Palpación epigastrio, abdomen en tabla

Endoscopia digestiva alta (elección)

Radiología con contraste baritado

Detección de helicobacter pylori

- Test de la ureasa - Histología
- Cultivo - serología

clínica

Dolor abdominal (epigastrio)
(Ardor, dolor corrosivo o sensación de hambre doloroso)

↑ - 1-3 hrs tras la ingesta
Noches entre las 11 p.m y 2 a.m
Anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómito

inspecíficas = meteorismo, distensión abdominal, intolerancia a las grasas

Dx diferencial

- ERGE, Dispepsia por fármaco
- Carcinoma gástrico
- Patología biliar o pancreática
- Dispepsia funcional

Úlcera refractoria y recurrente

Úlcera refractoria = úlcera persistente a pesar de tx correcto durante un tiempo aprox. 8 sm de la UD + 12 smn de la UG.

Úlcera recurrente = recurrencia fte son parte de la H.N de la U.D.

Causas

- Descartar HP, AINE, hipergastremia y lesiones mucosas (neoplasia)

Dx

- Endoscopia con biopsia de antio y cuerpo
- Gastrina basal
- TAC abdominal

Tx:

- evitar AINE y abstenerse al tabaco
- úlcera refractoria: IBP
- úlcera recurrente: IBP de forma indefinida

Tratamiento:

- Evitar tabaco, estrés, AINE
- Alivio de sintomatología
- Cicatrización de la úlcera
- Prevención de la recidiva sintomática
- Controlar la acidez gástrica
- Aumentar la resistencia de la barrera mucosa

objetivo

Medida general

- Dieta
- Alcohol
- Leche y derivado
- café
- Tabaco
- AINE

Farmacológico

Antiácidos:

- Bicarbonato sódico
- carbonato cálcico
- Hidroxido de aluminio e hidroxido de mg

IBP:

- Omeprazol = 20-40 mg/día
- Lansoprazol = 30 mg/día
- Pantoprazol = 20-40 mg/día
- Rabeprazol = 20 mg/día
- Eso meprazol = 20-40 mg/día

complicaciones

Hemorragia digestiva = + fte de la úlcera gastrointestinal

Tx:

endoscópica: de elección. se inyectan sustancia esclerosante

Quirúrgica: al fracaso del tx endoscópico

Perforación

Perforación aguda de la úlcera a la cavidad peritoneal libre, fte en hombres consumidores de AINE, localizado en el duodeno

Dx: Radiografía simple de abdomen en bipedestación o en decúbito lateral

Radiografía de tórax

Penetración: más fte en las úlceras de cara posterior y tiene lugar cuando se establece y la úlcera se exterioriza penetrando en un órgano

Dx: endoscópico o radiológico

Tx del brote agudo

- IBP**: Omeprazol 20mg/12 hrs
- Lansoprazol 15mg/12 hrs
- Pantoprazol 20mg/12 hrs

Antagonista de los receptores H₂ de la histamina

- Ramitidino 150mg/12 hrs

Tx: Quirúrgico

- complicaciones = hemorragia, perforación o estenosis
- úlcera refractoria

CIRROSIS hepática

Causas

- Hepatopatía alcohólica
- Crónica VHC, VHB

Características

- Disfunción hepática progresiva
- Hipertensión portal

Manifestación clínica

- Asintomática
- inespecíficas: Astenia, anorexia
- Pérdida de peso

Diagnóstico

- Examen histológico
- Ecografía abdominal

Clasificación:

	1 punto	2 puntos	3 puntos
Encefalopatía hepática	No	Grado 1-2	Grado 3-4
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada-grave
Albumina	>3.5 g/dl	2.8-3.5 g/dl	<2.8 g/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

Mide los grados de severidad de su enf.

La puntuación total de 5-6 grado A, 100%

7-9 es grado B (compromiso funcional signif) 80%

10-15 es grado C (enf. descompensada) 45%

A los 2 años:

A = 80%

B = 60%

C = 35%

Complicaciones

Peritonitis bacteriana espontánea

Complicación común + grave de la ascitis que se caracteriza por infección espontánea de líquido ascítico sin un origen intraabdominal

Patógenos: E. coli, gram + (S. viridans, S. aureus y enterococcus)

Diagnóstico

Líquido PMN $7250/\text{mm}^3$, Fiebre, confusión, leucocitosis
Dolor abdominal, incluso asintomáticos

Tratamiento

Cefalosporinas de 3ra g (cefotaxima y ceftioxona)

Complicaciones:

Ascitis: Acumulación de líquido en la cavidad abdominal

Causas: infección, I.C

Tipos

Leve: detectable solo por ecografía

Moderado: La acumulación no afecta las act. diarias, no produce molestias

Alto volumen: sensación de molestias abdominal en el px y afecta ABVD

Refractario: pobre respuesta al tx diurético

Exploración física

Arterias vasculares en cuello
hombros, Pecho y periumbilical,
eritema palpar y circulación colateral de la pared abdominal

Diagnóstico

E.F, ecografía abdominal

Tx

Dieta hiposódica y diurético
→ Bmg de albúmina

Complicaciones:

Síndrome hepatorenal

Etapas avanzadas, insuficiencia hepática e hipertensión portal, caracterizado por un deterioro de la función renal, una intensa alt. de la circulación arterial y activación de sistemas vasoactivos endógenos.

Manifestación clínica

Oliguria, baja excreción de Na y aumento de la creatinina plasmática.

Clasificación / tipos:

Tipo I: más grave, se define como al menos un 50% de reducción del aclaramiento de creatinina, $< 20 \text{ ml/min} < 2 \text{ min}$ o creatinina sérica $> 2.5 \text{ mg/dl}$.

Tipo II: I.R. menos grave que lo observado, carac. ascita resistente a los diuréticos.

Criterios dx

Mayores	Menores
Creat $> 1.5 \text{ mg/dl}$	Diuresis $< 500 \text{ ml/día}$
Coagulopatía	Encefalopatía
Ascitis	Disfunción renal
...	...

Tratamiento

- Análogos de la vasopresina (ornipresina y terlipresina)
- Terapia de combinación con midodrina (agonista selectivo α -1 adrenérgico)
- Diálisis
- Trasplante hepático

Varices esofágicas y gastroesofágica por hipertensión

- 1/2 px, \rightarrow en px clase B o C de Child,

Profilaxis primaria:

Estratificación en presencia de varices gastroesofágicas

Profilaxis secundaria

Tx betabloqueantes como Propranolol o nadolol, más nifedipina como isorbide 90-20

Encefalopatía hepática

Estado reversible secundario a una disfunción hepatocelular aguda o crónica y/o shunt portosistémico, desencadenados por hemorragia gastrointestinal, estreñimiento, dietas hiperoxidantes, psicofármacos, fallo renal o infecciones.

Grados

I: Bradipsiquia, inversión del ciclo de sueño, incoordinación motora, alt. de la escritura, \downarrow de la atención, inestabilidad

II: somnolencia, desorientación, alt. de la personalidad, comportamiento inadecuado, asterixis, disartria, alaxia

III: estupor, amnesia, desconexión del medio, habla incoherente

IV: coma, hiperreflexia, Babinski, postura de decerebración

Tratamiento:

Dieta: proteínas 0,5 g/kg/día

Laxantes: lactulosa, VO o sonda nasogástrica, 60-80g 3-4 dosis

Antibiótico terapia: paromomicina 2-4g repartidos en 2-4 tomas/día