



Universidad Del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

I Resumen (apuntes)

Nicole Yuliveth García Guzmán

Romeo Suarez

Geriatría

Sexto semestre

Grupo: "B"

I

Comitán de Domínguez Chiapas 19 de mayo de 2024.

Enfermedad PULMONAR OBSTRUCTIVA Cronica

> consiste en una obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo, causada principalmente por una reacción inflamatoria al humo del tabaco y se define por un descenso de la \downarrow del flujo espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y del cociente entre el FEV1 y FVC.

- X Declive de FEV1 \rightarrow 25 a 30 años
- X \downarrow FVC \rightarrow 35 años
- X cambio en la morfología de la curva flujo-volumen
- \downarrow elasticidad pulmonar,
- \uparrow del vol residual y capacidad

PREVALENCIA

• curso crónico y progresivo con exacerbaciones y reagudizaciones que pueden conducir a la incapacidad y muerte

• 9.1% \rightarrow 40 y 69 años.

ETIOLOGIA

toma cigarrillos \rightarrow FACTOR DE RIESGO

- X síntomas respiratorios, alt. función pulmonar, \downarrow de FEV1
- X déficit de alta antitripsina, hiperreactividad bronquial, humo del tabaco, sustancias irritantes en el medio laboral y contaminación.

CLASIFICACION

	FEV1/FVC	FEV1/
EPOC LEVE	$\rightarrow \leq 0,7$	$\geq 80\%$
EPOC MODERADA	$\rightarrow \leq 0,7$	50-80%
EPOC GRAVE	$\rightarrow \leq 0,7$	30-50%
EPOC MUY GRAVE	$\rightarrow \leq 0,7$	$< 30\%$

PATOGENIA

cambios estructurales y celulares que afectan tanto vías aéreas centrales y periféricas.

Proceso inflamatorio se extiende \rightarrow ^{patente} _{alt. pulm}

Humo tabaco \rightarrow afecta al árbol traqueobronquial \rightarrow pared bronquial \rightarrow infiltrado cel

con linfocitos T y macrófagos, Neutrófilos \rightarrow luz bronquial

X Linfocitos T citotóxicos (CD8) \rightarrow FEV1

X Arterias pulmonares \rightarrow engrosamiento de la intima producido por \rightarrow _{relacionado}

En px con EPOC se ha encontrado ↑ de valores de TNF-α en el esputo inducido, distintos estudios indican la producción endógena de IL-8, juega un papel sustantial en el reclutamiento de neutrófilos su activación y amplificación

MANIFESTACIONES SISTÉMICAS

INFLAMACIÓN SISTÉMICA
 reactantes de fase aguda
 citocinas, act neutrófilos en sangre periférica.
 citocinas → IL-6, TNF-α
 Producidas en Hígado

Inflamación Sistémica → aterosclerosis, osteoporosis, SX caquexia-anorexia.
 Estrés oxidativo → distorsión muscular
 Xsis muscular y esquelético
 Pérdida de peso y caquexia
 X inactividad, uso de corticosteroides

afectación nutricional y tabaquismo.

Dx DIFERENCIAL

- fibrosis quística
- bronquiectasias
- bronquitis obliterante
- asma bronquial
- Tuberculosis.

Dx

sintomas → tos, expectoración/disnea
 Rx tórax → TAC → ↑ sensibilidad → Detecta enfisema
 ECG → comorbilidad ✓ Hemograma → anemia, poliglobulia

PRUEBAS ESPECÍFICAS RESPIRATORIAS

Espirometría forzada → mide el flujo espiratorio
 inspiración máxima, posición de espiración máxima

X adulto mayor → deterioro cognitivo, hipoacusia, debilidad gen., mal nutrición
 Grado de disnea, capacidad física para ejercicio, IMC, P.A. sist. art. Parcial Q

Tx → P.x ESTABLE

Abandono del tabaco
 Vacunación antigripal y neumocócica
 Ejercicio.

OXIGENOTERAPIA EN LA DIFA
 PAO₂ → ^{institución} absoluta
 < 55 → absoluta
 55-60 → relativa/calificada → H. Pulmonar, Hematocrito > 55%, EPOMA
 > 60 → Ninguna calificada → Desat. en ejercicio con disnea limitante que responde a O₂

Tx → FRAMMOLÓGICO

- B2-adrenérgico
- Salbutamol → 200ug/4-6h, 1.600ug/d
- Formoterol → 500ug/4-6h, 6.000ug/d
- Salmeterol → 50ug/12h, 200ug/d
- Formoterol → 12.5ug/12h, 48h.

ENFERMEDAD DE REFLUJO GÁSTRICO ESOFÁGICO

> Presencia de lesiones o síntomas atribuibles al material
> En letido desde el estómago, lo suficientemente importantes para empeorar
trav la calidad de vida.

* **ESOFAGITIS** por reflujo abarca un espectro de alteraciones inflamatorias
de la mucosa esofágica que ocurre como consecuencia del reflujo gástrico.
• Refúgico patológico.

• In **complicaciones importantes** → **Esófago de BARNET**, consiste en la situación
• Et del epitelio escamoso normal del esófago por epitelio metaplásico
intestinal especializado.

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia → 20%
Incidencia → 4,5 x 1000

* **↑ esofagitis** → mayor edad

• **Prosis** no fue un buen indicador

* **Envejecimiento** → ↑ **Esófago de BARNET**

PATOGENIA

Enfermedad crónica, generalmente no
progresiva.

• Alteración de los mecanismos defensivos
y entre ellos los que se oponen al reflujo
gástrico esofágico, presión anormalmente baja
del esfínter esofágico inferior.

• Prolongada exposición esofágica al ácido
durante las relajaciones transitorias del E

Mayor **envejecimiento** → Multifactorial, factores → mayor tiempo de exposición
esofágica al reflujo gastroesofágico y ocasionalmente, por deterioro
de la función motora esofágica.

MANIFESTACIONES

CLINICAS

- TÍPICAS → Pirosis (sensación de ardor o quemazón ascendente retroesternal).
- ATÍPICAS → laringitis posterior • asma • manif. orales • tos crón. a f. frecuente. • ~~...~~ dolor torácico.

diagnóstico

- síntomas
- **ENDOSCOPIA** → Técnica de elección para dx de la esofagitis y complicaciones
- **ÍNDICE DE ESÓFAGO DE BARNET** → Indicarlo en aquellos con un mapa riesgo de desarrollar la complicación
- **PLMETRIA ESÓFAGICA** → indicada cuando existe incertidumbre

tratamiento

- * **OBJETIVO** → Eliminar síntomas, curar lesiones esofágicas (si existen)
 - ↳ prevenir recaídas.
- Modificación de los estilos de vida
- **Evitar** la medicación → antiinflamatorios no esteroideos, potasio, bifosfonatos, B- bloqueadores, teofilina, B. del canal de calcio
- Antisecretor (tericacia)
 - ↳ Inhibidores bomba de protones, antagonistas H₂

estrategia

- x reflujo ocasional sin alt. de la calidad de vida → Tx antisecretor, ^{medic} ^{hige} ^{dic}
- síntomas fte > 2 veces/sem deterioro calidad de vida Tx antisecre
- ase aguda para rápida remisión
- Tx empírico inicial se realizará mediante IBP durante 4 sem.
- ausencia o alivio de síntomas → Dejar dosis y prolongar 4-8
- retirar en px con respuesta adecuada.

Tromboembolismo

T R O M B O E M B O L I S M O
P U L M O N A R I O

Enfermedad cardiovascular caracterizada por la generación de un trombo en el interior de una vena y su posterior embolización en territorio arterial pulmonar, obstruyéndolo total o parcial.

complicación de la trombosis venosa profunda (TVP)

TEP Patología Htc, con alta morbimortalidad 7-11%.

Incidenia → 8 veces sup en sujetos mayores de 80 años

Edad media TEP → 62 años.

TIPATOGENIA

En del embolo puede ser trombosis venosa de cualquier localización
0-95% → ilco - femoral

pueden proceder de las venas uterinas, prostática, renales, de extremidades superiores o de la cavidad del corazón.

INICIALMENTE → mecanismo obstructivo → generado por la coagulación intravascular con la vasoconstricción reactiva de la art. Pulmonar

estimula la secreción de sust. neurohormonales y hipoxemia.

↑ de resis vascular con ↑ de postcarga de ventriculo der.

puede conducir a dilatación ∇ → hipotensión mesocárdica y una isquemia miocárdica.

Efectos fisiopatológicos finales del TEP → repercusión a niv. respiratorio y hemodinámico, → hipoxia secundaria a descompensación entre ventilación y perfusión y cortocircuito der-izq. * casos ↑ graves → hipotensión art. sistémica
↳ shock cardiogénico.

↑ de biomarcadores, ↑ de tropinas y ac. grasos.

factores

* TRIADA Virchow → Estasis venosa, hipercoagulab y lesión endotelial.

PREDISPONENTES

- * ESTASIS VENOSA → Edad avanzada, ICC, inmov. prolongada, IAM, insuf. venosa, ictus, EPOC, obesidad, embarazo
- * HIPERCOAGULABILIDAD → cáncer, cx mayor, policitemia policia, sx de hipercoagulabilidad, uso de estrógenos, sepsis, tabaquismo, trombotilias
- * LESIÓN ENDOTELIAL → Traumatismos, TEP previo, infecciones, cx local, quemaduras, catéter venoso.

ATA factores predisponentes.

FUERTES → fractura (cadera / pierna), prótesis de cadera o rodilla, cx general traumático mayor, lesión medular.

MODERADOS → cx artroscópica de rodilla, vía venosa central, quemadura, insuf. D, insuf. respiratoria crónica, terapia hormonal sustitutiva, malignidad, ACV paralizante, trombotilias.

DEBILIDADES → reposo en cama > 3 días, inmovilidad, edad avanzada, cx laparoscópica, obesidad, embarazo / anteparto, venas varicosas

U. ortogeriatría → 2 factores fuertes

U. geriátrica aguda 2 fact. moderados y 3 débiles

U. ictus / fract. mod y 3 débiles

manifestaciones clínicas

SINTOMAS → Disnea^{80%}, dolor torácico (pleurítico)^{57%}, dolor T. (subesternal)^{70%}, hemoptosis^{11%}, síncope^{19%}.

SIGNOS → Taquipnea (> 20/mi), taquicardia (> 100/mi), signos T. febril (> 38.5°C), cianosis

diagnostico

TEP debe sospecharse en toda px que presente disnea súbita, empeoramiento de su disnea habitual, dolor torácico o hipotensión mantenida sin una causa evidente.

ESCALA PARA EVALUAR → SCORE DE WELLS

Clínico / Laboratorio	Puntos	Pruebas / Interpretación
Snt. Clínicos de TVP	3	[] Plasmática Dímero-D ↳ coágulo activo → + 500mg/l mediante ELISA ↳ sensibilidad > 95% y especificidad > 95%
Otros dx - Probables que TEP	3	
frec. > 100 lpm	1.5	Enf → inf, neumonía, malignidad y en px postc TAC multidetector (TCMB)
Inmovilización o cx ABG	1.5	
TVP o TEP previo	1	
Hemoptisis	1	

diagnóstico

identificación de lesión
ulcerosa por técnicas de
imagen y dx etiológico.

Exploración física suele ser normal, aunque puede haber dolor inespecífico a la palpación profunda del epigastrio,

Manifestaciones como palidez cutánea - mucosa sugieren hemorragia, estando indicado realización de tacto rectal, abdomen en tabla y signos de irritación peritoneal sugieren perforación y mov gástrico en ayunas sug. estenosis pilórica.

ENDOSCOPIA DIGESTION ALTA → Exploración del esófago, estómago y duodeno.
↳ método de dx elección

RX CON CONTRASTE BARIADO = met. dx cuando la endoscopia no se puede realizar por falta de accesibilidad o contraindicada.

Demuestra cráter ulceroso.

Detección *Helicobacter pylori* → causa + fte de la gastritis crónica asociada a la úlcera gástrica duodenal.

Dx - gastroscopio y toma de biopsias

Test de la ureasa: Sensibilidad 86-95%, especific. 95-100%

Histología → sensibilidad 95-98%, especificidad 98-100%

Cultivo → sensibilidad 70-95%, especificidad 100%

Serología Test del aliento con urea: Sens. 90-95%

ULCERA REFRACTARIA Úlcera persistente a pesar de Tx correcta durante un tiempo aproximado. 8 sem en la UP y 12 sem en

CAUSAS → HP positivo → mal cumplimiento terapéutico erradicación resistencia a/b

HP negativo: mal cumplimiento terapéutico erradicador o resistencia a/b, falso negativo HP, AINE, de retraso de curación, hipersecreción
Formas infrecuentes de UP o UP

C I R R O S I S hepática

CAUSAS → hepatopatía alcohólica y crónica por vicio de

- Disfunción hepatocelular progresiva e hipertensión portal.
- se deberá vigilar la presencia de ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía hepática, sx hepato renal o hepatocarcinoma

CIRROSIS COMPENSADA → asintomática o con escasos síntomas inespecíficos como astenia, anorexia o ↓ de peso, tte detectada de forma incidental cuando se realiza la exploración por otro motivo

pronóstico

cirrosis compensada relativamente buena.

- Supervivencia a los 5 años al rededor de 90% pero cuando aparecen hemorragia digestiva por varices esofágicas, encefalopatía o ascitis. Pronóstico empeora gravemente con una supervivencia a los 5 años del 40%.

CHILD — PUGH

Identifica a los pt según el grado de severidad de su enfermedad y secuentemente la supervivencia al año y 2 años

5-7 considera grado A (enf. bien compensada)

7-9 es grado B (compromiso funcional significativo)

10-15 grado C (enf. descompensada)

Complicaciones

ASCITIS → Acumulación de líquido en la cavidad abdo

• TIPOS → leve → detectable solo por ecografía.

→ moderado de volumen → el líquido acumulado no afecta a los ABVD y no produce molestias.

→ Alto volumen → produce sensación de malestar abdominal y afecta a ABVD

→ Refractaria → pobre respuesta al tx quirúrgico o alta dosis o precipitan retirarse estos por efectos secundarios.

Explanación física → Estigmas de cirrosis hepática que son las arañas musculares en cuello, hombros, pecho y periumbilical (eritema palmar y circulación colateral de la pared abdominal).

Diagnóstico → combinación de E.T y prueba de imagen (eco abdominal)

X → Dieta hiposódica y diuréticos

↳ resistente a diurético → paracentesis evacuadora, adm 8g

~~de~~ de albumina por cada 1, si lq ascítico extraído

PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA

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

X → Lq tiene una cuenta de PMN mayor de 250 mm^3

X Presentar fiebre, confusión, leucocitos y dolor o malestar abdominal o asintomático.

→ cefalosporinas de 3 gen → cefotaxima
→ ceftriaxona.

~~ENCEFALOPATÍA~~ hepática

Estado reversible secundaria a una disfunción hepatocelular aguda o crónica y/o shunt porto sistémicos.

MANIFESTACIONES CLÍNICA → Neuropsiquiátrico-musculares

Sx confusional, asterixis o signos piramidales que pueden ser unilaterales, complicados así el dx diferencial.

GRADO I → Bidipsiquia, inversión del ciclo del sueño, incoordinación motora, alt. en la escritura y ↓ de atención, irritabilidad

GRADO II → somnolencia, desorientación, alt. de la personalidad, comportamiento inapropiado, asterixis, disartria, ataxia.

GRADO III → Estupor, amnesia, desconexión del medio, habla incomprensible, asterixis más intensa.

GRADO IV → como hiperreflexia, babinski, posturas de descebración

~~t~~tratamiento

resolver la causa precipitante, asegurar la hidratación y la adecuada función renal. En las px de grado III y IV se valorará colocar una sonda nasogástrica y vesical y si existe ascitis realizar paracentesis para descartar PBE.

IEFA → proteína 0,5 g/kg/d, aporte calórico mediante CH y lípidos

LAXANTES → lactulosa por vía oral o sonda nasogástrica, 60-80g 3-4 dosis.

Lactito → 60-80g por v.o en 3-4 dosis o en enemas, hasta obtener 2-3 deposiciones pastosas al día.

ANTIBIOTICO TERAPIA

- Paramomocina 2-4 g repartidos 2-4 tomas/d
- metronidazol y vancomicina v.o.