



GARCIA AGUILAR PAOLA MONTSERRAT

MATERIA: GERIATRIA

DR. SUÁREZ MARTINEZ ROMEO

SEPOC

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica consiste en una obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo causada principalmente por una reacción inflamatoria al humo de tabaco, y que se define en función de la disminución del flujo espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y del cociente FEV1 entre la capacidad forzada.

Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento:

- Declive en el FEV1 a partir de los 25-30 años (30 ml/año)
- Un descenso en la capacidad vital a partir de los 35 años (de entre 19/35 ml/año)
- Un cambio en la morfología de la curva flujo-volumen
- Disminución en la capacidad de difusión pulmonar.
- Ancianos \rightarrow \downarrow del 50% en la respuesta ventilatoria a la hipoxia - Hipercapnia

Etiología:

- Fumar cigarrillos (FR + importante)
- Factores genéticos (deficiencia α -antitripsina)
- Hiperactividad bronquial
- Edad
- Medio ambiente: humo, polvo, sustancias irritantes
- Contaminación ambiental

Clasificación:

| Gravedad | FEV1/FVC | FEV1 % valor predicho |
|---------------|------------|-----------------------|
| EPOC leve | ≤ 0.7 | $\geq 80\%$ |
| EPOC moderado | ≤ 0.7 | 50-80% |
| Grave | ≤ 0.7 | 30-50% |
| Muy grave | ≤ 0.7 | $< 30\%$ |

EPCC:

Patogenia:

Se asocia a cambios estructurales y funcionales que afectan → vías aéreas centrales y periféricas
proceso inflamatorio → se extiende → parenquima pulmonar y arterias pulmonares

Inflamación sistémica:

Valores elevados de mediadores inflamatorios como reactantes de Fase aguda o citocinas o incluso la activación de neutrófilos en sangre periférica

- ° PCR Elevada en px con EPCC
- ° Reactantes de Fase Aguda Inducido por citocinas (IL-6 o TNF- α)

Manifestaciones:

Leve: Episodios intermitente - predominio ingratitud, infe. respiratoria recurrente y Dureza con ejercicio vigoroso

Severa: progresión a la disnea

Desarrollo de Cor pulmonar - pérdida ponderal, cefalea matutina, Edema extrem. inferiores

Apagamiento de ruidos respiratorios

prolongación de Fase espiratoria y silbancias

Tratamiento: / Diagnóstico:

Rx torácica: Dx diferencial = Neumonía y neumotorax.

TAC: Identif. cambios asociados a enfisemas.

ECOGRAFIA: En caso de hipertensión pulmonar.

Determinación de α -1-antitripsina: en menos de 45 años y ant. de Riesgo.

Tratamiento:

Administración de O₂

Farmacoterapia: Inicio: broncodilatadores de acción corta

Enf. mod/grave: broncodilatador de acción prolongada

Tromboembolia

PULMONAR

El tromboembolismo pulmonar (TEP) enfermedad cardiovascular caracterizado → Generación de un trombo → Interior de una vena y su posterior embolización → territorio arterial pulmonar y posterior embolización en el territorio arterial.

Es una complicación de la trombosis venosa profunda (TVP)

Actualmente la edad media de px que sufren TEP es:

Se sitúa en 62 años

Mayor expresión → población anciana

Etiopatogenia:

Origen de un émbolo → Trombosis venosa de cualquier localización:

90-95% → Territorio Ileo-Femoral

Inicialmente → mecanismo obstructivo → generado por coagulación intravascular + vasoconstricción reactiva de Arterias pulmonares

Hipoxemia ← Secreción de sustancias tóxicas

→ Aumento resistencias vasculares → ↑ poscarga v. derecha

miocardio → Isquemia ← hipokinesia ← Dilatación cardíaca

Factores Predisponentes

Obesidad, Embarazo

Triada Virchow

- Estasis venosa → Edad avanzada, ICC, Inmovilidad prolongada, ictus, EPOC
- hipercoagulabilidad → Cáncer, cirugía mayor, politemia vera, Sepsis, Tabaquismo
- Lesión endotelial → Traumatismo, TEP previo, infecciones, Quemaduras

ATIA:

Fuertes:

- Fractura (cadera-pierna)
- Detección cardio-rodilla
- Cirugía general mayor
- Traumatismo mayor
- Lesión medular

Moderados:

- vías venosas cent.
- Quimioterapia
- Embarazo/postparto
- Trombofilia
- Cirugía-rodilla

Debiles:

- Reposo en cama
- Inmovilidad
- Edad avanzada
- Cirugía laparoscópica

Diagnóstico:

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

Pruebas Dx:

Score de Wells (+ utilizado).

° Concentración plasmática de dímero

Características clínica

Puntos

(0) → Elevada

- | | | |
|---|-----|---------------------------------------|
| • Síntomas clínicos de TEP | 3 | ° TAC multidetector, angiografía |
| • Otros dx menos probables que TEP | 3 | TAC |
| • FC > 100 LPM | 1.5 | ° Ecocardiograma → comp. hemodinámico |
| • Inmovilización o cirugía dentro 4sem. | 1.5 | ° Angiografía pulmonal |
| • Hemoptisis | 1 | ↳ estándar dx. |
| • Malignidad | 1 | |

Aislamiento:

Objetivo → inducir hipocoagulabilidad → estabilice el trombo venoso.

Farmacos utilizados:

Heparina convencional no fraccionada → fase aguda.

Heparina bajo peso molecular

Enoxaparina

Dalteparina

Nadroparina

Tinzaparina

Bemaparina

Enfermedad de reflujo gastroesofágico

DEFINICIÓN:

Presencia de lesiones o de síntomas atribuidos al material desde reflujo desde el estómago, → Empeorar la calidad de vida. La **esofagitis** por reflujo abarca un aspecto de alteraciones inflamatorias de la mucosa esofágica → ocurre en consecuencia de reflujo gastroesofágico patológico.

• Las complicaciones importantes:

Esófago Barrett

Epidemiología:

> Prevalencia se sitúa al 20% y la incidencia en alrededor de 4.5 por cada 1.000 personas al año.

Incremento progresivo de esofagitis con mayor edad.

1) Intensidad y frecuencia de la **pirosis** no fue un buen indicador de la gravedad de las lesiones esofágicas.

> El envejecimiento se asocia con un incremento progresivo de prevalencia de esófago de Barrett.

Patogenia:

Enfo. crónica, generalmente no progresiva.

• Alteración de los mecanismos defensivos y entre ellos, lo que se oponen al reflujo gastroesofágico, en particular la presión anormalmente baja de EEI.

• Prolongada exposición esofágica al ácido durante relación transitoria → EEI

Mayor gravedad:

Multifactorial: factores, mayor tiempo de exposición esofágica al reflujo gastroesofágico y ocasionalmente por el deterioro

Función motora esofágica:

Manifestaciones clínicas:

Típicos → Pirois

Requirritación

Atípicos → Laringitis posterior, dolor torácico, Tos crónica.

Diagnostico:

> Por sintomas

Endoscopia → Técnica de elección para el dx de la esofagitis y complicaciones.

Cintido de esófago bariet

Manometría esofágica

Tratamiento:

Objetivos

Eliminación de los síntomas, curar lesiones esofágicas si existen

Evitar la aparición de complicaciones y prevenir recaídas

modificar estilos de vida:

↓ peso, Inclinación cabeza.

Antisecretores (mayor eficacia)

IBP, Antagonistas H₂

Anticidros

Cirugía Antirreflujo

Enfermedad VICEROSA PEPTICA

La enfermedad de Origen multifactorial que se caracteriza desde el punto de vista anatomopatológico, por ser una lesión localizada y en general única de la mucosa del estómago o duodeno → se extiende hasta **muscularis mucosae**

Presentación → Atípica

Curso de la enfermedad → Frecuentemente se observan lesiones graves

Cambios fisiológicos:

Ancianos sanos → pérdida de la celularidad en la mucosa gástrica, debido al envejecimiento → tendencia a la atrofia gástrica.

Disminución de las prostaglandinas en estómago y duodeno

Epidemiología:

Edad → mayor incidencia a mayor edad

> Prevalencia de H. pylori y ↑ consumo de AINE

UD → Edad temprana (40 años)

UG → (55 años)

Etiología:

Úlcera péptica → desequilibrio entre factores agresivos y defensivos de la mucosa gastroduodenal.

Agresivos:

- Secreción de ácido gástrico
- Actividad peptica
- Ambientales (H. pylori, AINE)
- Tabaco, dieta, café

Defensivos:

- Sec. moco/bicarbonato
- Flujo sanguíneo de mucosa gástrica
- Restricción celular
- Prostaglandinas

Clínica:

Dolor abdominal → + fcte epigástrico

Anorexia Náuseas y vómito

P. peso

Diagnóstico:

Imagen y Dx etiológico

Exploración física

Exploración complementaria: Endoscopia Alta → Elección

CIRROSIS

hepática

Causas

Hepatopatía alcohólica y crónica por VHC y VHB

- Difusión Hepatocelular progresiva e hipertensión portal
- Vaginas Presencia de Ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, Encefalopatía Hepática, Síndrome hepatorenal, Hepatocarcinoma,

Cirrosis Compensada:

Asintomática con escasos síntomas inespecíficos, como astenia, Anorexia o pérdida de peso

PRONOSTICOS:

Relativamente bueno

- Supervivencia de 5 años al rededor del 90%
- Presencia de hemorragia por varices esofágicas, encefalopatía o ascitis → Pronóstico empeora.

CHILD PUGH

Identificar a los px según el grado de severidad de su enfermedad y consecuentemente la supervivencia al año y a los 2 años.

- 5-6 → Grado A (Enf. Bien compensada)
- 7-9 → Grado B (Compromiso funcional significativo)
- 10-15 → Grado C (Enf. descompensada)

COMPLICACIONES

ASCITIS: Acumulación de líquido en la cavidad abdominal,

Leve, moderado volumen

Alto volumen, Refractaria

Extracción física: Arañas vasculares en cuello, hombros, pecho y periumbilical, eritema palmar y circulación colateral → P. Abdominal

Diagnósticos: Clínica y Imagen (Ecografía abdominal)

Tratamiento: Dieta hiposódica y diuréticos

Resistente a Diuréticos Paracentesis

Adm. 8g de Albumina por cada 1,500 L.