



**Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana**

Resúmenes

Nombre: Morales Cano Anayancy.

Grupo: "B"

Grado: Sexto semestre

Materia: Geriatría

Docente: Dr. Romeo Suárez

ENFERMEDAD PULMONAR

obstruktiva kronika

Consiste en una obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo.

- Causada principalmente → Reacción inflamatoria al humo de tabaco.

→ ETIOLOGIA ←

- Fx. riesgo + importante → Fumar cigarrillos
- Deficit de alfa antitripsina.
- Hiperreactividad bronquial
- Exposición a humo de tabaco

→ CLASIFICACION ←

	FEV 1/FVC	FEV 1% del v. prec
Leve	≤ 0.7	≥ 80%
Moderada	≤ 0.7	50-80%
Grave	≤ 0.7	30-50%
Muy grave	≤ 0.7	< 30%

→ MANIFESTACIONES ←

- Manifestaciones extrapulmonares
- Estrés oxidativo
- Pérdida de peso
- Caquexia

→ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ←

- Obstrucción de vía aérea superior
- Fibrosis quística
- Bronquiectasias
- Bronquiolitis obliterante
- Asma bronquial
- Tuberculosis

→ DIAGNÓSTICO ←

- Presencia → Tos, expectoración o disnea.
- Rx. Tórax → Ayuda al Dx. diferencial, puede ser normal.
- Estudio c/> sensibilidad → TAC
- Gasometria arterial basal → Disnea grave o moderada.
- Ecocardiografía → Descartar H.P.

→ PRUEBAS ESPECIFICAS DE F.R ←

- Espirometria forzada → mide flujo espiratorio
- Capacidad vital forzada

→ TRATAMIENTO DEL P.X. ESTABLE ←

- Medidas generales

- Abandono del hábito tabáca
- Vacunación antigripal y neumocócica
- Actividad física

- Tx. Farmacológico

- Px. c/ocasion. → Broncodilatadores de acción corta
- Px. c/sint. prolong. → Broncodilatadores acción prolongada.
- EPOC M-G → Corticoides inhalados

- Broncodilatadores

- De acción corta
- De acción prolongada
- Combinación de glucocorticoides y agonistas beta-2 de acción prolongada
- Metilxantinas
- Glucocorticoides

- Oxigenoterapia

- | PaO ₂ | Indicación |
|------------------|----------------------------------|
| • ≤ 55 | → Absoluta |
| • 55-60 | → Relativa c/calificador |
| • ≥ 60 | → Ninguna excepto c/calificador. |

Tromboembolia PULMONAR

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.

Complicación de → Trombosis venosa profunda

ETIOPATOGENIA

Origen → Trombosis venosa de → 95%. Territorio ileo-femoral
cualquier localización

Ocasionalmente de → Venas uterinas, prostáticas, renales.

Inicialmente → Mecanismo → Coag. intravascular + Vasoconstricción
obstructiva reactiva de la art. pulm.

↓
Estimula la secreción de sustancias neurohumorales y la hipoxemia.

FACTORES PREDISPONENTES

Estasis venosa

- Edad avanzada
- ICC
- Inmovilización prolongada.
- IAM
- Insuficiencia ven.
- Ictus
- EPOC
- Obesidad
- Embarazo.

Hipercoagulabilidad

- Cáncer
- Cirugía mayor
- Policitemia vera
- Sx. de hipercoagulabilidad
- Uso de estrógenos
- Sepsis
- Tabaquismo
- Trombofilias
- Puerperio.

Lesión endotelial

- Traumatismos
- TEP previo
- Infecciones
- Cirugía general (local)
- Quemaduras
- Catéter venoso.

o Fuertes

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

o Moderados

- Cx. artroscópica de rodilla
- V.V. centrales
- Quimioterapia
- I.C
- I. RC
- Ter. horm. sust.
- Malignidad.

o Débiles

- Reposo en cama > 3 días
- Inmovilidad
- Edad avanzada
- Cx. laparoscópica
- Obesidad
- Embarazo / anteparto
- Venas varicosas.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Síntomas	TEP confirmado (n=219)	TEP excluido (n=546)
- Disnea	80%	59%
- Dolor torácico (Pleurítico)	52%	43%
- Dolor torácico (subesternal)	12%	8%
- Tos	20%	25%
- Hemoptisis	11%	7%
- Síncope	19%	11%
Signos		
- Taquipnea ≥ 20 /min	70%	68%
- Taquicardia > 100 /min	26%	23%
- Signos de TVP	15%	10%
- Fiebre $> 38.5^\circ\text{C}$	7%	17%
- Cianosis	11%	9%

DIAGNOSTICO

Score de predicción	
Sint. clin. TVP	3
Otros Dx. < Prob de TEP	3
F.C > 100 lpm	1.5
Inm. o Cx. ult. 4 sem	1.5
TVP o TEP previo	1.5
Hemoptisis >	1
Malignidad	1

- Riesgo elevado $\rightarrow 6$
- Riesgo moderado $\rightarrow 2-6$
- Riesgo bajo $\rightarrow < 2$

- Dímero-D
- TAC
- ECG
- Angiografía * pulmonar

TRATAMIENTO

- Heparina convencional o no fraccionada
 - Bolo c.v inicial de 5.000 UI
 - Seguido \rightarrow Ant. cont. 400-600 UI/kg c/24 hrs
- Heparina de bajo peso molecular.
 - Enoxaparina 1mg/kg c/12 h.
 - Nadroparina 85.5 UI/kg c/12 h.
 - Dalteparina 100 UI/kg c/12 h
 - Tinzaparina 175 UI/kg c/24 h.
 - Bemiparina 115 UI/kg c/24 h.
- Anticoagulantes orales
 - Acenocumarol in 5mg/día 2d.
 - Warfarina In: 2-5 mg/día 2d.

ENFERMEDAD

REFLUJO GASTROESOFÁGICO

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

PATOGENIA

- Es una enfermedad crónica, generalmente no progresiva.
- Alteración de los mecanismos defensivos → Los que se oponen al reflujo gastroesofágico.
- Anciano → Por diabetes, Tx. neurológicos o fármacos.

- ↓
- | | | |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------|
| • Nitratos | • Agonistas B-adrenergicos | • Agonistas α-adrenergicos |
| • Xantinas | • Antagonistas de Canales de Ca. | • Anticolinérgicos |
| • Narcóticos opioides | | • Benzodiazepinas |

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Pirosis → Sensación de ardor o quemazón ascendente retroesternal.
- Regurgitación
 - Se presentan predominantemente después de las comidas y se favorecen con el decúbito.
- Man. extraesofágicas → Dolor torácico, sint. respiratorias o laringeos.

DIAGNOSTICO

- Síntomas típicos → Clínica
- Complicaciones → Endoscopia

TRATAMIENTO

- Modificación de los estilos de vida
- Inhibidores de la Bomba de Protones

ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

- Reflujo ocasional sin alteraciones en la calidad de vida →
- Síntomas frecuentes > 2/semana con deterioro de la calidad de vida.

ULCERA PÉPTICA

Es una enfermedad de origen multifactorial que se caracteriza, desde el punto de vista anatomopatológico, por una lesión localizada única de la mucosa del estómago o duodeno.

EPIDEMIOLOGIA

- 5-10% ^{Prevalencia} en la población gral.
- 10-20% en Px. HP (+)
- 0.1-0.3% ^{incidencia anual} de la pob. gral.
- 1% Px. HP
- Edad media → 55 años.

ETIOLOGIA

Factores agresivos

- Secre. de ac. gástrico
- Actividad péptica
- Ambientales
 - Helicobacter pylori
 - AINE
 - Tabaco, dieta, café y alcohol.

Factores defensivos

- Secreción de moco y HCO₃
- Fluj. san de la mucosa gast.
- Restitución celular.
- Prostaglandinas.

CLINICA

- Dolor abdominal → Epigastrio
 - Ardor - Dolor corrosivo
 - Sens. de hambre doloroso.
 - ↑ 1-3 h tras ingesta
 - Por la noche (11pm y 2am)
- Anorexia • Pérdida de peso
- Náuseas y vómito.

DIAGNOSTICO

- Identificación de la lesión por técnicas de imagen.
 - Historia clínica
 - c/dx. de infección por HP
- Pálidez cutáneo-mucosa → Hemorragia
Tacto rectal ←
- Abdomen en tabla y sig. irritación peritoneal → Perforación
- Exploraciones complementarias.
 - Endoscopia digestiva alta
 - Rx. c/contraste baritado.
 - Detección de HP
 - * Test de la ureasa
 - * Histología
 - * Cultivo.
 - * Serología

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Dispepsia por fármacos
- Carcino gástrico.
- Patología biliar o pancreática
- Dispepsia funcional.

ULCERA REFRACTARIA

Y RECURRENTE

- Úlcera refractaria: Úlcera persistente a pesar de Tx correcto durante un tiempo aproximado de 8 sem en la UD y 12 sem en la UG.

- Úlcera recurrente: Recurrencias frecuentes son parte de la historia natural de la úlcera péptica.

* CAUSAS

- HP positivo → Mal cumplimiento terapéutico erradicación o resist. antibiótica.
- HP negativo → falso negativo, AINE, retraso de la curación

* DIAGNOSTICO

- Endoscopia con biopsias de antro y cuerpo
- Gastrina basal
- Valorar TAC abdominal

* TRATAMIENTO

- Erradicar HP, Evitar AINE y abstinencia de tabaco.
- UR → IBP dosis doble 8 sem
- UREF → IBP fama indefin.

COMPLICACIONES

Hemorragia digestiva

- Complicación + FCTE
- + FCTE en → Consumidores de AINEs y en ancianos.
- Tx → Endoscópico o Qx.

Penetración

- FCTE en úlceras de cara post.
- Perfor. estab. lentamente, la úlcera se exterioriza penetrando a un órgano vecino
- + afect. → Páncreas, epíplon, vía biliar, hígado y colon.

Perforación

- + FCTE en → hombres, consumidores de AINEs
- Localización → Duodeno
- C.C → Dolor intenso (cuchillada), sig. irritación peritoneal, hipersens.
- Evol → Peritonitis.

• Dx → Rx simple de abd en bipedestación o D.L, Rx. tray.

• Dx → Endoscópico o radiológico.

• Complicaciones → Hemorragia, anemia, pérdida de peso y amilazemia ↑.

Estenosis pilórica

- - FCTE.
- Dx → Rx simple de abdomen, endoscopia.

TRATAMIENTO

Medidas generales

- No se recomienda restricciones rigurosas
- No alcohol
- Productos lácteos descremados
- No tabaco
- No AINE'S y ASS.

Tx. farmacológico

- Antiácidos → Bicarbonato sódico, carbonato cálcico, hidróxido de aluminio e hidróxido de magnesio
 - 30 ml adminis. entre 1-3 h después de la comida.
- Inhibidores de la Bomba de protones.
 - Omeprazol → 20-40 mg / día
Cicatrización → 20 mg / día.
 - Lansoprazol → 30 mg / día.
 - Pantoprazol → 20-40 mg / día
 - Rabeprazol → 20 mg / día
 - Esomeprazol → 20-40 mg / día.

CIRROSIS

Se caracteriza por la disfunción hepatocelular progresiva e HT portal.

- Cirrosis compensada puede → Astenia, anorexia, pérdida de peso. Ser asintomática
- Diagnóstico → Histológico, ecografía abdominal
- Clasificación de Child Pugh

	1 punto	2 puntos	3 puntos
Encefalopatía hepática	No	Grado 1-2	Grado 3-4
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada-grave.
Albumina	>3.5g/dl	2.8-3.5 g/dl	<2.8 g/dl
INR	<1.8	1.8-2.3	>2.3
T. protrombina	>50%	50-30%	<30%
Bilirrubina	<2 mg/dL	2-3 mg/dl	>3 mg/dL.

5-6 → Grado A (enfermedad bien compensada).

7-9 → Grado B (Compromiso funcional significativo).

10-15 → Grado C (Enfermedad descompensada).

COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS

Ascitis

Consiste en la acumulación de líquidos en cav. abd.

- Leve → Detectable solo por ecografía.
- Mod. vol → No afecta ABW
- Alto. vol → Malestar abd y afecta ABW.
- Refractaria → Pobre resp. a Tx.

- E.F → Arañas vasculares en cuello, hombros, pechos y periumbilical.
- Dx → E.F y ecografía abdominal.
- Tx → Dieta hiposódica y diuréticos.

Peritonitis bacteriana espontánea:

- Complicación común y grave de ascitis.
- Pat. + Comunes → E. Coli, S. viridians, S. aureus, enterococcus.
- Dx → PMN >250/mm³

- Tx → Cefalosporinas de 3ra generación (cefotaxima y ceftriaxona).