



UNIDAD III

GERIATRIA

Control de Lectura

Alumno:

Alan De Jesús Morales Domínguez

Docente

Dr. José Armando Najera Calvo

MEDICINA HUMANA

SEXTO SEMESTRE "A"

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS.

MAYO DEL 2021

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) y el cáncer constituyen las primeras causas de muerte en la mayoría de los países del mundo. La cardiopatía isquémica (CI) es entre las ECV la más frecuente, y aunque la mortalidad ha disminuido gracias a los programas de prevención, la prevalencia sigue siendo elevada.

Una larga vida permite una exposición más prolongada a los factores de riesgo de CI, por ello algunas ECV se observan con mayor frecuencia en el adulto mayor. Ha sido reconocida la edad (hombres a partir de los 45 años, y mujeres desde los 55 años) como un factor de riesgo (FR) sostenidamente presente en las ECV.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) en el adulto mayor representa un problema creciente de salud pública, en primer lugar debido a que la expectativa de vida se incrementa en países desarrollados y la tendencia es similar en países en desarrollo, constituyendo el grupo poblacional con el mayor crecimiento proporcional.

La presión arterial muestra un incremento progresivo con la edad y el modelo de hipertensión cambia, se observa que la presión arterial sistólica muestra un incremento continuo mientras que la presión diastólica comienza a declinar a partir de los 50 años en ambos sexos, incrementado la presión de pulso que constituye un predictor muy fuerte para el desarrollo de eventos cardiovasculares.

El mecanismo por el cual la presión sistólica se incrementa está determinado por la rigidez de las arterias de conducción, principalmente la aorta. En cada latido el volumen eyectado por el ventrículo izquierdo genera una onda de pulso que viaja del corazón hacia la periferia la cual es a su vez reflejada hacia el corazón una vez que alcanza la periferia, cuando las arterias son distensibles la velocidad es más lenta y retorna al corazón durante la diástole, lo que produce incremento de la presión diastólica.

El diagnóstico de hipertensión arterial en el adulto mayor sigue los mismos lineamientos que en el adulto más joven, es decir se deben realizar al menos tres tomas de la presión arterial (PA) en condiciones adecuadas y en visitas realizadas en días diferentes, considerando el brazo con la presión arterial más elevada.

Durante años la HTA sistólica en el adulto mayor fue considerada como el resultado normal del envejecimiento y generalmente no se trataba. La HTA sistólica es consecuencia, en parte, de la arterioesclerosis, proceso que se caracteriza por rigidez de la aorta provocada por disminución de la elastina, aumento de las fibras colágenas y fibrosis intersticial.

VALVULOPATIAS

Con el envejecimiento de la población las enfermedades degenerativas, particularmente las cardiovasculares, aumentan su frecuencia de presentación. Por esta razón, los síntomas incapacitantes en este grupo de edad y la necesidad de cirugía cardiovascular se ha incrementado de manera importante.

La estenosis aórtica degenerativa es la valvulopatía más frecuente en la senectud, la tercera cardiopatía más frecuente en Occidente, tras la hipertensiva y la isquémica. Tras la revascularización coronaria es la intervención más frecuente en cirugía cardíaca en ancianos. Su pronóstico, una vez iniciada la sintomatología, es tan ominoso como muchos tumores malignos.

INSUFICIENCIA MITRAL.

La insuficiencia mitral se trata de un proceso degenerativo, similar a la estenosis aórtica degenerativa. En la mitad de los ancianos se pueden detectar, mediante ecocardiografía, calcificaciones en el anillo mitral. La mayoría de ellos tiene cierto grado de insuficiencia mitral, sin transcendencia patológica en la mayoría de los casos.

La etiología es variada dada la complejidad funcional de la estructura; la etiología reumática es poco frecuente en la ancianidad y suele presentarse clínicamente muchos años antes. Las valvas se desestructuran en la degeneración mixoide, el anillo por calcificación, músculos papilares por isquemia, cuerdas tendinosas por envejecimiento o dilatación ventricular por disfunción sistólica.

INSUFICIENCIA CARDIACA

El diagnóstico de IC en el adulto mayor se dificulta con frecuencia por la falta de percepción clínica, al atribuirse a la edad manifestaciones tan generales como la fatiga, cuando esta puede corresponder con el inicio de la enfermedad. En personas con limitada actividad física puede no aparecer. Por otra parte, la fatiga y la disnea pueden asociarse a enfermedades respiratorias, metabólicas o a la anemia que cuando concomitan con la IC los síntomas son más manifiestos.

Otros síntomas de presentación son taquicardia, insomnio y depresión. Debe considerarse en la evaluación de pacientes el consumo regular de medicamentos que aumentan la frecuencia cardíaca y la presión arterial, los que disminuyen la contractilidad cardíaca y los que retienen sodio.

El tratamiento de la IC es similar al de pacientes más jóvenes. Es imprescindible primeramente determinar la etiología y los factores precipitantes, ya que su control es fundamental para superar la fase aguda de la enfermedad, evitando la polimedicación que puede empeorar las comorbilidades.

BIBLIOGRAFÍAS:

- Lloyd-Jones, D.; Adams, R.; Carnethon, M.; De Simone, G.; Ferguson, T. B.; Flegal, K. et al. Heart Disease and Stroke Statistics_2009 Update. A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke
- Llibre, G. J. C.; Guerra, H. M. A.; Perera, M. E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr 2008;24(4): <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n4/mgi05408.pdf>.
- Azpitarte J, Alonso A, García F, González JM, Pare C, Tello A. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Valvulopatías. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1209-78.