



Mi Universidad

Resumen

Orlando Gamaliel Méndez Velazco

Patol. CV Y respiratorias

Cuarto Parcial

Geriatría

Dr. Romeo Suárez Martínez

Medicina Humana

Sexto Semestreira

Subito al corazon

IAMCEST → Isquemia IAMGEST →

Alardo EMU.

Sx Coronario Ag.

35% de muertes.

↳ 83% > 65 años.

40% > 85 años presentan dolor.

↳ frente 77% < 65 años.

40% presentan IC el doble que en los de < 65 años.

• Presentaciones clínicas de CI:

- Isquemia asintomática.

- Angina de pecho estable

- Angina inestable

- Infarto de miocardio.

- Insuficiencia cardíaca.

- Muerte súbita.

★ Princ. síntoma es dolor torácico.

La clasificación se basa por ECG.

• Px con dolor torácico agudo típico y ↑ persistente (> 20 min) del segm. ST.

↳ SCA con elevación de segm.

ST; Genera oclusión coronaria total. y desarrollan IAM con ↑ ST.

↳ objetivo terapéutico:

• reperfusion rápida, completa y sostenida med. angioplastia o tx fibrinolítico.

• Px con dolor torácico sin ↑ ST.

↳ síntomas → depresión persist. o transit. del segm. ST o inversión onda T, onda T planas, pseudonormalizado de las ondas T, o ausencia de cambios en el ECG.

↳ Aliviar isquemia y los síntomas.

↳ Determinar de marcador de N. miocárdica.

★ Fisiopatología:

SCA → manifest. de Aterosclerosis.

• Aparición de trombosis aguda

↳ Induc. por rotura o erosión de placa aterosclerótica, con o sin vasoconst. concomitante.

↳ ↓ súbita y crítica flujo sang.

etiología no aterosclerótica:

- Arteritis.

- Traumatismo.

- diseción

- Tromboembolia

- Anomalías congénitas

- adicción a la cocaína.

- Comp. cateterismo cardíaca

★ Diagnóstico:

• Anamnesis y Exp. física.

★ ECG.

• Deter. enzimas cardíacas.

• Dolor torácico, disnea (49%), dia-

foresis (26%), náuseas y vómitos

(24%), síncope (19%), hipotensión,

IC (60%). Excluir las causas no

cardíacas del dolor torácico.

★ = Realizar cada dolor torácico,

↳ ECG normal, Alt. no dx de

isquemia, con signos de leve

o moderada depresión del ST. 2.05

mm en 2 derivaciones contiguas

tx con clínica.

excelente



IC Congestiva

Orlando GMV

es el estado patológico en el que el gasto cardíaco es insuficiente para cubrir las demandas metabólicas fisiológicas.

Dx Probable =

• FSVI normal, con fracción de eyección $> 50\%$, determinada en las 72h.

Dx Posible =

- FSVI normal, con fracción de eyección $> 50\%$, pero determinada fuera de las 72h.

• Disfunción diastólica 75%

↳ Ancianos, mujeres, obesos, diabéticos e hipertensos.

90% Dx IC son de 65 años
> Prevalencia 5-10% en P 65-79 años.
10-20% en personas > 80 años.

La IC puede ser secundaria a anomalías de la contracción del músculo, de la relajación ventricular y el llenado, o ambas.

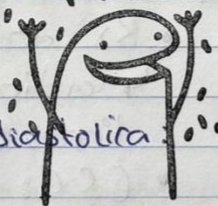
• Causa más frecuente de **excelente**
- Hipertensión
- Enfermedad coronaria.

Fases del Llenado Ventricular:

• 1ª fase: rap. isovolumétrica con activa de relajación que es responsable del 80% del llenado ventricular.

↳ más lenta por: la edad, isquemia o en el seno de la HTA.

• 2ª fase pasiva: 20% del llenado ventricular y coincide con la contracción articular estando afect. por la hipertrofia ventricular, presencia de lesiones ricafriales y la edad.



Fisiopatología

• Disfunción sistólica y diastólica

- Fallo de la bomba

↳ Ventrículo hipocontráctil.

- IC con función sist. conservada

↳ Alt. diástole ventricular o disfunción diastólica.

Criterios Dx de IC diastólica:

• Dx definitivo

- Función sist. ventr. 12q. (FSVI) normal, con fracción de eyección $> 50\%$, determinada en las 72h siguientes.

- Disf. diast. en estudio hemodinámico

(↑ Presión telediast. con vol. telediast. normal o reducido).

Manifest. clínicas y Dx.

Criterios de Framingham:

- Criterios Mayores:

- Disnea Paroxística nocturna.

- Ortopnea.

- Ingurgitación yugular.

- Crepitanes

- Tercer tono.

- Edema Pulm. radiológico.

Hipertensión Arterial

Orlando MV

Epidemiología

Según crit. de la JNC7:

- PA Normal = PAS < 120 mmHg / PAD < 80 mmHg.
- Pre HT = 120-129 mmHg / PAD 80-89 mmHg.
- ↳ No se considera categoría de HTA.
- HTA = PAS ≥ 140 mmHg / PAD ≥ 90 mmHg.
- ↳ Estadio 1 = 140-159 / 90-99 mmHg.
- ↳ Estadio 2 = ≥ 160 / ≥ 100 mmHg.

- La prevalencia aumenta con la edad (60-69 y ≥ 70 años).
- La PA a los 55 años de edad varía en HTA.

Pseudo HT → falsa ↑ PAS al no colapsar las arterias cuando inflamos el manguito debido a la arterioesclerosis. (maniobra de osler)

HT de bata blanca = ↑ PAS durante la consulta. Pero la PADiaría es normal.

- Interacc. edad y fx riesgo:
 - 40-70 años = ↑ 20/10 mmHg
- Ant. faml. ECP = H: < 55 años y M: < 65 años.
- Dislipidemia = 25% H ↑ 42% M.
- DM = diabetes IC > 65 años.
- Obesidad = ↑ grosor VI.

Fisiopatología:

Edad avanz. → Cambios estruct. de grandes vasos.

↑ Distensibles
↑ VOP

- Alt. regulación autonómica.
- ↳ Hipo e hipertensión ortostática.
- Disfunc. Renal prog. SEC a fibrosis glomerular e intersticial. (ATP pasa de memb).

- Microalbuminuria: Album/Ur. > 30 y < 300 en 2 colec. **excelente**



Afectación de Organos Diana:

• Enf. CV y det. cognitivo:
HTA en ancianos → Ictus hemorragia cerebral
↳ Demencia vasoc. → Enf. Alzheimer.

- Aneurisma de la Aorta.
- Dist. ≥ 30mm diametro.
- 12.5% hombres 75-84 años
- Disecc. tipo A = cirugía indicada.

• Enf. Arterial coronaria:
1º infarto miocárdico (63 años H y 74 años M).

- Enf. arterial Periferica:
 - Claudicación interm.
 - Isquemia en extremidades.
 - Fx riesgo = Ictus + IAF + 3 veces.
 - Ddar en reposo
 - Amputación.

• Dist. del VI:
- Angina + HTA = insuf. cardiaca.
↳ Hipertrofia VI.
↳ ↑ grosor y alt. relajación.

Neumonías

Orlando MV.
10 12 24

Inflamación aguda del
parenquima pulmonar de
origen infeccioso. y atropías

• Neumonía adquirida en
la comunidad (NAC):
afecta a población general
inmunocompetente no ingresada
en el hospital.

• Neumonía adquirida en el
hospital (nosocomial o
intrahospitalaria):
adquirida a las 48h al ingre-
so.

• Asociada a vent. mec.:
desarrollo a partir de las
48h de la intubación:

• N. relacionado con el medio
sanitario (NRMS):
Px hospitalizados al menos 48h
en los 3 meses previos en Px:

- caeden a centros de hemodialisis.
- tx atb. endovenoso o inmuso supratar.
- atendidos para curar heridas 30dp.

EPIDEMIOLOGÍA

- Incidencia mayor en ancianos
que en jóvenes. (85 años).
- mortalidad es < 1% en NAC trata-
da en domicilio. Pero > 5-10%
en Px hospitalizados y hasta 15-
20% en NAC nosocomial con Bact
mediadores lib. por MCF y NEU → fuga cap. alveolar
eremia.

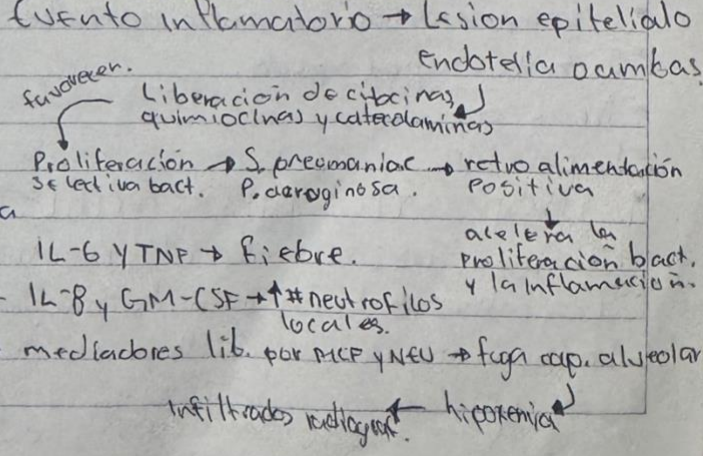
adult. 65 años
Ingreso a UCI o asoc. fPOC.

FACTORES DE RIESGO:

- Edad: cambios por envejecimiento
- Reflejo tusígeno, eliminación de secreciones y actividad mucociliar.
- Tabaquismo e alcoholismo.
- Obesidad, malnutrición
- Comorbilidad (EPOC, DM, Insuf, renal)
- Infección viral reciente
- Fármacos (morficos, anticolinérgicos, sedantes, corticoides) **excelente**
- Población adulta:
 - S. pneumoniae
 - H. Influenzae.
- Otros Agentes:
 - Chlamydia pneumoniae.
 - Virus Influenza A y B, VSR.
 - S. aureus.
- Neumonía nosocomial:
 - E. coli, Klebsiella pneumoniae.
 - NRMS:
 - S. aureus, P. aeruginosa.



FISIOPATOLOGIA: Harrison PML



Orlando MV.

Tuberculosis

Enfermedad infecto-contagiosa producido por microbact. del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta al parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad, prevenible y curable.

ETIOLOGIA:

Inhalación de gotitas en suspensión de *M. tuberculosis* (gotas flush).
10% personas infectadas desarrollarán tuberculosis activa a lo largo de su vida.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- fiebre + grado predominio vespertino.
 - Tos persistente.
 - sudoración nocturna.
 - expectoración
 - Raquias hemoptisis.
 - Rx = infiltrados en lóbulos sup. ↓ cavitado.
 - afecta a los ganglios linfáticos, el hígado, Bazo, riñón, SNC y el pericardio.
- En Ancianos:
- Cambios en capacidad funcional.
 - Astenia
 - Anorexia.
 - Det. cognitivo.
 - Fiebre sin foco.

FORMAS EXTRAPULMONARES:

- Tuberculosis miliar.
- Meningitis tuberculosa.
- ↳ Astenia, fiebre, cefalea y C. Confusional.

DIAGNOSTICO:

- BAAR en extensiones tenidas con Tec. Ziehl-Neelsen o fluorocromos.
- Cultivos (Löwenstein-Jensen).
- Test. Xpert MTB/RIF - PCR (90 min)
- Prueba de tuberculina
- Baciloscopia.
- Radiografía.

Tabla 1. Interpretación de la PT (PPD).

5 mm*	<ul style="list-style-type: none"> Conductas de riesgo para VIH y rechazan hacerse test diagnóstico Contactos próximos de casos de TBC pulmonar o laríngea Evidencia radiológica de TBC curada
10 mm*	<ul style="list-style-type: none"> Factores de riesgo: DM, silicosis, tratamiento esteroideo o inmunosupresor, neoplasia de cabeza-cuello, hematológica, IRC, gastrectomía, malabsorción Alcoholismo Institucionalizados
15 mm	Personas que no cumplen criterios anteriores

* Independientemente de vacunación con BCG.
HIV: virus de la inmunodeficiencia humana; DM: diabetes mellitus; IRC: insuficiencia renal crónica.

TRATAMIENTO:

- Quimioprofilaxis: Tx tuberculosis.
- QPP → B con PT negativa.
- QPS → Inter. latente / PT positiva.

Tabla 2. Tratamiento de la infección tuberculosa.

Indicaciones (A)	<ul style="list-style-type: none"> Infección reciente (contactos, conversión tuberculínica) Coinfección por VIH Lesiones radiológicas de tuberculosis inactiva no tratadas
Quimioprofilaxis primaria (tratamiento de expuestos sin infección)	<ul style="list-style-type: none"> Niños menores de 5 años (evidencia D) Infección por VIH (evidencia D) Niños y adolescentes (individualizar); adultos jóvenes (evidencia D) Inmunodeprimidos
Tipos de tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> Hidracidas 6 meses pauta estándar (evidencia A). Hidracidas durante 9 meses <ul style="list-style-type: none"> - Infección por VIH (evidencia B) - Niños (evidencia B) - Lesiones residuales de la radiografía de tórax (evidencia B)
	<ul style="list-style-type: none"> Rifampicina e hidracidas durante 3 meses (evidencia A) <ul style="list-style-type: none"> - Pauta alternativa a hidracidas durante 6 meses
	<ul style="list-style-type: none"> Rifampicina 4 meses <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes sin infección por VIH (evidencia B) - Pacientes con VIH (evidencia B)