



ALUMNA: Hellen Gissele Camposeco Pinto.

MAESTRO: Dr. Romero Suárez Martínez

Geriatría

MATERIA: Resumen

GRADO: 6“A”

Comitán de Domínguez Chiapas 13 de diciembre 2024.

Insuficiencia Cardíaca Congestiva

• El gasto cardíaco es insuficiente para cubrir las demandas metabólicas fisiológicas.

- 90% > 65a
- 10-20% > 80a

- Causas + Frec
- Hipertensión
- Enf coronaria

• IC puede ser sec a anomalías en las contracciones del mioc. cardíaco (distinción sistólica), de la relajación ventricular y llenado (distinción diastólica), o ambas.

- Etiología
 - cardiopata hipertensiva
 - cardiopata isquémica
 - * Valvulopata
 - * Hipertrofia ventricular

• Fisiopatología

Bomba de eyección a — resistencia de circulación sistémica y pulmonar por — ^{modelo neurohormonal}

Función sistólica conservada ← curva ← Rx edad avanzada — sistema-angiotensina-aldosterona ^{inhibidores} — ^{diagnóstico} ^{tratamiento}

distinción sistólica.

Manifestaciones clínicas y Dx.

Dx IC diastólica

Dx definitivo

- Función sistólica VI con fracción de eyección > 50%
- Evidencia objetiva de distinción diastólica

* Dx

- Clínico
- Estudios complej
- signos y síntomas
- Framingham
- Sociedad Europea de cardi

* Criterios Framingham

- asma nocturna
- roncos nocturnos
- Edema pulmonar
- crepitantes
- tercer tono
- Edema pornas
- Tos nocturna
- Hecatomagalga
- derrame pleural
- disnea de esfuerzo

IC = 2 > 0 | > y 2 <

* Criterios Sociedad Europea

- | signos IC | signos IC |
|------------|-------------------|
| - Disnea | - Taquicardia |
| - Edema | - Taquienca |
| - Fatiga | - Hecatomagalga |
| - Anorexia | - Derrame pleural |

Gravedad Clínica - NYHA

Estudio de IC basada en estructura y el daño en el músculo cardíaco

Severidad basada en síntomas y act física.

| Clase | Descripción | Limitación de actividad física |
|-------|-----------------------------------|------------------------------------|
| A | Alto riesgo de IC | sin limitación de actividad física |
| B | Enf cardíaca estructural sin sigs | II ligera " " " " |
| C | IC sintomática | III moderada " " " " |
| D | Enf cardíaca estructural avanzada | IV incapaz de realizar " " |

Pruebas Complementarias.

- Clínica y EF
- Rx de tórax ^{cardiomegalia} ^{derrame pleural}
- Electrocardiograma - FC
- Ecocardiografía
- BNP < 100 pg/ml NTproBNP < 400 pg/ml (IC poco probable)
- BNP < 100 - 400 pg/ml NTproBNP < 400 - 2000 pg/ml (IC incierta)
- BNP > 100 pg/ml NTproBNP > 2000 pg/ml (IC probable)

excelente pronóstico



Medidas no farmacológicas

- Nutrición y peso
- Tabaco y alcohol
- Depresión
- Manejo de sal y liq.

Fármacos utilizados - IC

Fases de llenado ventricular

1. Rápida y volumétrica (contracción auricular)
2. Pasiva

| Fármaco | Dosis inicio | Dosis objetivo |
|----------------------------------|---------------------|----------------|
| IECA | | |
| euplorel | 6, 25 mg / 8h | 50-100 mg / 8h |
| Enalapril | 2, 5 mg / 12h | 12-20 mg / 12h |
| Ramipril | 2, 5 mg / 24h | 5 mg / 12h |
| ARA II | | |
| canesartán | 4 - 8 mg / 24h | 32 mg / 24h |
| valsartán | 40 mg / 12h | 160 mg / 12h |
| Antes de iniciar ACE-inhibidores | 25 mg / 24h | 25-50 mg / 24h |
| Alispart beta | | |
| Bisoprolol | 1, 25 mg / 24h | 10 mg / 24 |
| Metoprolol | 12, 5 / 25 mg / 24h | 200 mg / 24h |

Hipertensión Arterial

- Normal (PAS) < 120 mmHg (PAD) < 80 mmHg
- Prehipertensión 120 - 129 / 80 - 89 mmHg — Para id ex de riesgo - HTA
- Estados. $\begin{cases} \text{140-159 / 90-99 mmHg} \\ \text{160-179 / 100-109 mmHg} \\ \text{180-179 / 110-109 mmHg} \end{cases}$
- La pseudo hipertensión en ancianos — Falsa elevación PAS al no colapsar las arterias cuando inflamos el maniquito debido a este: **esclerosis.**
Puede sospecharse mediante la maniobra de Osler.
- Hipertensión de bata blanca — TA ↑ Consulta.
- Epidemiología. — 60-69 a $\frac{3}{4}$ > 70 a $\begin{matrix} \text{lesión orgánica} \\ \text{enf cardiovascular} \end{matrix}$ \rightarrow 70% en ex HTA
- Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial en el anciano:
Cambios en estructura y funcionamiento arterial — Grandes vasos menos distensibles
la alteración — ↓ PAD — por exceso de medicación — ↑ PAS y O2
- antihipert Hipotensión (síncope) — hipertensión — Disfunción renal

Afectación de órgano DIANA

- Enf cerebrovascular y deterioro cognitivo — HTA fx de ex para $\begin{matrix} \text{ictus} \\ \text{hemorragia} \end{matrix}$
- PAS — ↓ ex de ictus — estudio de SHEP — Tx clortalidona con sin atenolol
- Enf arterial coronaria.

Ancianos alta prevalencia de infarto de miocardio

Disfunción de VI

Angina y la HTA asociada — IC mediante hipertrofia del VI

Fibrilación auricular

- Enf arterial periférica y aneurisma abd de aorta

- Aneurisma de la aorta: Dilatación de la aorta ≥ 30 mm

Fx de ex — Edad, masculino, tabaco, DM, etc.

* Dolor centrotorácico y en la espalda — Síntomas clásicos

- Enf arterial periférica: Dolor en reposo, isquemia y amputación

> Rx — lipoproteínas y aneurisma.

- Enf renal crónica: FG < 60 ml/min/1.73 m²

- Alteración oftalmológica: Retinopatía (hemorragia, exudado)

Fx de riesgo.

• Dislipidemia

• Microalbuminuria

• Osteoartritis

• DM

• Hipercalcemia

• Artritis reumatoide

• Obesidad

• Gota

excelente



Neumonía

Proceso infeccioso, ↑ incidencia en Px ^{frágeles inmunodeprimidos enf crónica de base}

- Hacer medidas preventivas para ↓ complicaciones: Inmovilidad, Pérdida de CCP funcional, Cuadros Confusivos, ↑ GC, etc.

• **Concepto** - proceso infl del parénquima pulmonar, causado por diferentes MO.

- **NAC** o extrahospitalaria - Afecta a población no ingresada en el hospital.

- **Neumonía nosocomial** - Incluye la adq en el hospital (48h del ingreso) y la asociada a la ventilación mecánica - 48h de la intubación.

- **NRMS** - Px hospitalizados al menos 48h en los 3 meses previos, Px que acuden a centros de hemodiálisis o recientemente abs endovenosos o cura de heridas 30 días previos.

• Epidemiología

- Mortalidad inf 17% NAC tratada en domicilio

- 5-10% Px requieren hospitalización
- 15-25% NAC neumocócica con bacteremia

* Incidencia > ancianos - frec la broncoaspiración por ^{At de nivel de conciencia} _{Problemas de deglución}

• Factores de riesgo

• Interfieren con el dx y la resolución del proceso neumónico

NAC:

- Edad avanzada
- Alcohólic
- Fármacos
- Tabaco
- obesidad
- Malnutrición

- IA o herátics
- EPOC
- DM
- Patología cardiovascular

• Etiopatogénesis excelente

- S. pneumoniae
- H. influenzae
- Chlamydia pneumoniae
- S. Aureus

• La flora propia de la neumonía nosocomial suele incluir patógenos como:
- E. coli
- Klebsiella pneumoniae
- Pseudomonas aeruginosa
- S. Aureus

• NRMS - S. Aureus

• EPOC - H. influenzae, S. pneumoniae

• Manifestaciones clínicas

- Tos
- Expectorcación
- Escalofríos
- Dolores torácicos
- Fiebre
- Disnea

Ancianos - 30-50%

- sin fiebre o sin tos

Aparición

- síndrome confusional agudo
- Anorexia
- Hipoexia

• Diagnóstico

- Neumonías leves - domicilio
- Rx en dos proyecciones
- Neumonía que llega al hospital
- prueba analítica - hemograma, función renal y hepática, glicemia
- Técnica Gram y cultivo de esputo
- TAC

- NAC que precisan ingreso hospitalario:

- Dos hemocultivos
- Antígeno urinarios de neumococo y legionella
- Serologías
- Esputos
- Cultivo de tetrascopado
- Exudado nasofaríngeo

• Diagnóstico diferencial

- Neoplasias
- Tromboembolismo pulmonar o hemorragia pulmonar
- Miscelánea
- Enf de origen inmunológico

