



## Resúmenes

*Alexa Avendaño Trujillo*

*Enfermedades geriátricos*

*6 "A"*

*Geriatría*

*Dr. Romeo Suárez Martínez*

*Comitán de Domínguez Chiapas*

# Insuficiencia cardiaca congestiva.

→ SX clínico complejo que afecta estructural del ventrículo ventricular o expansión.

Estado patológico en el que el gasto cardiaco es insuficiente por metabólicas fisiológicas.

## Diagnóstico:

- Historia clínica y exploración física
- Radiografía de tórax (Cardiomegalia, Edema pulmonar)
- Electrocardiograma (Hipertrofia ventricular izquierda, Arritmias)
- Ecografía
- Lab. (hemograma, BS, pruebas de función hepática y tiroidea).

↳ BNP y pro-BNP

## Epidemiología:

- 90% > 65 años
- 10-20% 80 años
- 5-10% 65-79 años

La causa más frecuente de IC son la hipertensión y enfermedad coronaria.

## Fisiopatología:

→ **SRAA** = Sobrecarga  
= Frecuencia cardiaca

### Disfunción sistólica y diastólica

- Fallo de bomba que provoca un ventrículo hipocontráctil.
- Función sistólica conservada (ICFSC) es una alteración de la diástole ventricular o disfunción diastólica

a) Diagnóstico: Función sistólica ventricular IZV normal, con fracción de eyección > 50%, 72h siguiente a la clínica.

## Clínica:

→ Crónica: hipertensión arterial  
→ Aguda: cardiopatía isquémica

### a) Criterios mayores: (Izq)

- Disnea paroxística nocturna
- Ortopnea
- Inguirgitación yugular
- Crepitantes.

• IZV: inquietud, fatiga, ortopnea, disnea y cianosis.

### b) Criterios menores: (derecha)

- Edema en piernas
- Tos nocturna
- Disnea de esfuerzo
- Hepatomegalia

• Der: edema, ascitis, inguirgitación

2 mayores o 1 mayor y 1 menor.

## Pronóstico:

Tabla 3. Enfermedades asociadas a mal pronóstico en IC.

Demográfica	Clínica	Electrofisiológica	Funcional	Laboratorio	Imagen
Edad avanzada	Hipertensión	Isquemia	Actividad reducida	Acusada elevación del BNP/NT-proBNP	FEVI baja
Etiología orgánica	Clase funcional III/IV (NYHA)	QRS ancho	VO reducida		
Muerte súbita reciente	Hospitalización previa por IC	Hipertrofia VI		Hipertensión	
Resistencia reducida	Isquemia	Arritmias ventriculares	Poca variabilidad de la frecuencia cardiaca	Tropomina elevada	Volúmenes VI elevados
Disturbio renal	Estertores pulmonares	Ondas T alteradas	Gradiente VE/VO elevada	Bilirrubina elevada	Bajo índice cardiaco
Diabetes	Fonema antrix		Respiración paradójica	Anemia	Presión de llenado VI elevada
Anemia	Bajo índice de masa corporal				Patrón restrictivo de llenado ventricular, hipertensión pulmonar
EPSC	Trastornos de la respiración durante el sueño				Función ventricular derecha disminuida

## Tratamiento:

Tabla 5. Fármacos más utilizados en el tratamiento de la IC.

	Dosis de inicio (mg)	Dosis objetivo (mg)
<b>IECA</b>		
Captopril	6,25 mg/8 h	50-100 mg/8 h
Enalapril	2,5 mg/12 h	10-20 mg/12 h
Lisinopril	2,5-5 mg/24 h	20-35 mg/24 h
Ramipril	2,5 mg/24 h	5 mg/12 h
Trandolapril	0,5 mg/24 h	4 mg/24 h
<b>ARA II → HA</b>		
Candesartán	4 u 8 mg/24 h	32 mg/24 h
Valsartán	40 mg/12 h	160 mg/12 h
<b>Antagonistas de la aldosterona</b>		
Eplerenona	25 mg/24 h	50 mg/24 h
Espironolactona	25 mg/24 h	25-50 mg/24 h
<b>Bloqueadores beta</b>		
Bisoprolol	1,25 mg/24 h	10 mg/24 h
Carvedilol	3,125 mg/12 h	25-50 mg/12 h
Metoprolol	12,5/25 mg/24 h	200 mg/24 h
Nebivolol	1,25 mg/24 h	10 mg/24 h

• ICT =  $\frac{A+B}{C}$

• FEVI reducida  
• ARAII + inhibidor de la neprililina

**excelente**

Tabla 1. Clasificación de la IC según la alteración estructural (AHA/AAC) o según la repercusión en la capacidad funcional (NYHA)

Estados de la insuficiencia cardiaca según la clasificación de la AHA/AAC		Clasificación funcional de la NYHA. Signos	
Estado de la insuficiencia cardiaca basada en la estructura y el daño en el músculo cardiaco		Severidad basada en síntomas y actividad física	
Estado A	Con alto riesgo de insuficiencia cardiaca. Anomalia estructural o funcional no identificada sin signos ni síntomas.	Clase I	Sin limitación de la actividad física: El ejercicio físico normal no causa fatiga, palpitaciones o disnea.
Estado B	Enfermedad cardiaca estructural desarrollada claramente en relación con insuficiencia cardiaca pero sin signos ni síntomas.	Clase II	Ligera limitación de la actividad física: Sin síntomas en reposo; la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.
Estado C	Insuficiencia cardiaca sintomática asociada a enfermedad estructural subyacente.	Clase III	Acusada limitación de la actividad física: Sin síntomas en reposo; cualquier actividad física provoca la aparición de los síntomas.
Estado D	Enfermedad cardiaca estructural avanzada y síntomas acusados de insuficiencia cardiaca en reposo a pesar de tratamiento médico máximo.	Clase IV	Incapacidad de realizar actividad física: los síntomas de la insuficiencia cardiaca están presentes incluso en reposo y aumentan con cualquier actividad física.

## Etiología:

La cardiopatía hipertensiva y cardiopatía isquémica son las más frecuentes (70%).

- Cardiopatía hipertensiva 43-67%
- Cardiopatía isquémica 21%

Tratamiento: Piedra angular del abordaje.

### 1) Disfunción sistólica en edad avanzada

- Bajo tratamiento con IECA, diuréticos reducidos a dosis necesarias.

### 2) Eyección conservada en edad avanz.

- Nebivolol
- BB y calcioantagonistas: Patológicos
- Digoxina: Fibrilación auricular

### 3) Dispositivos de la IC

- Desfibrilador automático implant.
- Terapia de resincronización



# Síndromes coronarios agudos.

Seve de afeción asociada con un flujo sanguíneo 22/11/24

## Epidemiología:

- 35% de muertes
- 83% > 65 años
- 40% > 85 años
- 77% < 65 años
- 40% IC
- 25% infarto

## Estratificación de riesgo:

### 1) Riesgo elevado

- Inestabilidad hemodinámica
- Arritmias ventricular grave
- Angina de reposo con cambios del seg. ST 1mm durante crisis
- Angina recurrente con tratamiento

### 2) Riesgo intermedio

- Angina de reposo con cambios en el ECG 24-48h
- Angina de reposo  $\uparrow$  ST < 1mv
- onda T negativa profunda.
- Edad > 70 años

## Tratamiento:

- Reposo del px, monitorizado y vigilanc
- canalización vía venosa periférica
- O<sub>2</sub> si Sat<sub>2</sub> < 90%
- sondaje vesical
- Adm. 160-200g de AAS

### 1) SCARSET

ASA + D2412 +  
anticoagulación +  
Estatina + manejo  
de dolor (opioides)

> 2h trombolizar

- estreptocinasa
- Alteplase

una vez estable: cateterismo card.



## 1) Dolor torácico agudo típico y elevación persistente (> 20 min) del seg. ST

infarto

se denomina SCA con elevación del segmento ST (SCAEST) y refleja una oclusión coronaria total, se desarrollará a término un IAM.

> Reperusión rápida, completa y sostenida mediante angioplastia primaria o tx. Fibrinolítico.

1-Angina de pecho Estable / Inestable

## 2) Dolor torácico agudo sin elevación persistente del seg. ST.

isquemia

Presión persistente o transitoria del segmento ST o una inversión de la onda T, ondas T planas, pseudonormalización de la onda T o ausencia de cambios en el ECG.

> manejo deberá estar guiado por el diagnóstico final.

escala de TIMI-RISK

## Fisiopatología:

- Manifestaciones de la aterosclerosis que pone en riesgo la vida.
- Aparición de trombosis aguda, inducida por la rotura o la erosión de una placa aterosclerótica.
- Hipertensión / diabetes

## Diagnóstica:

- Anamnesis
- exploración física
- ECG
- enzimas cardíacas
- Troponina I

> 2mm hombres / > 1.2mm mujeres

### 1) BRIHH + SCAEST:

- elevación del ST  $\geq$  1mm en derivación con complejo QRS positivo.
- Depresión del ST  $\geq$  1mm en V1-V3
- Elevación de ST  $\geq$  5mm derivación con complejo QRS negativo.

### 2) Necrosis miocárdica:

- Onda QR derivación V1-V3  $\geq$  30ms
- Onda Q anormal I, II, aVL, aVF, V4 a V6 en dos derivaciones contiguas y al menos 1mm de profundidad.
- inferior DII, aVF y DIII

S V1,2  
A V3, V4  
L V5, V6  
I aVF, DII, DIII  
L aI, DI

Antianginoso

### 2) SCARCEST

- Clopidogrel 600mg
- IAM 12h: Hospital con laboratorio de hemodinámica
- IECAs y bloqueadores: falla cardíaca
- Estatinas: Reinfarto
- Nitrito: Pre carga, post carga y  $\downarrow$  isquemia

## Síntomas:

- Dolor intenso en el esternón que no se va con movimiento ni respiración

## Atípicos:

- sudor frío
- vómitos
- disnea 44%
- síncope
- diáforesis
- hipotensión e ins. cardíaca



# Hipertensión arterial

- Presión Arterial normal PAS < 120 mmHg y PAD < 80 mmHg.

120-139 / 70-89

La HTA se divide en estadio I (140-159 mmHg y 90-99 mmHg) y estadio II ( $\geq 160$  mmHg y  $\geq 100$  mmHg.)

## Fisiopatía:

- Los grandes vasos se vuelve menos distensibles,  $\uparrow$  velocidad de la onda de pulso,  $\uparrow$  oxígeno del miocardio.
- Alteración en la regulación autonómica contribuye a la hipotensión ortostática.
- Estilo de vida, sustancia y medicamentos
- Disfunción renal progresiva, secundaria a fibrosis glomerular e intersticial.

PA = CO x R x resistencia vascular periférica

## Alteración del órgano diana:

- Enfermedad cerebrovascular y deterioro cognitivo
- Enf. Arterial coronaria
- Fibrilación auricular
- Disfunción del ventrículo izquierdo
- Enf. renal crónica

## Rx. Cardiovasculares con HTA:

En individuos de 40-70 años, el incremento de 20 mmHg / 10 mmHg dobla el riesgo de ECV desde 115/75 - 185/115 mmHg.

- Historia familiar
- Distademia
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Genético
- Microalbuminuria
- Osteoartritis
- Artritis
- Edad
- Estilo de vida

## Diagnóstico: (7 días de tomas 2 de noche y 2 día.)

- Toma de tensión arterial
- MAPA - EGO - ECG
- Lab. (electrolitos, función renal, perfil lipídico, glucosa y hemoglobina A1c)
- AMPA

## Tratamiento:

### NO farmacológico: (PANDA)

Modificación	Recomendación
Bajar de peso	Mantener Índice de Masa Corporal normal (IMC, 18.5-24.9 kg/m <sup>2</sup> ).
Adoptar MDHA para comer	Consumo dieta rica en frutas, vegetales, productos de bajas calorías con un contenido reducido de grasa saturada.
Reducir sal en la dieta	Reducción de la sal en la dieta no más que 100 mEq/l (2.6 g sodio o 6 g cloruro sódico).
Actividad física	Actividad aeróbica física regular como caminar al aire libre (al menos 30 min/día, la mayoría de días de la semana).
Consumo moderado de alcohol	Consumo limitado no más de 2 vasos/día (1 onza o 30 ml de etanol [p. ej. 24 onzas cerveza, 10 onzas de vino o 3 onzas de whisky]) en la mayoría de hombres y 1 vaso/día en mujeres y personas delgadas.

## Farmacológico:

- Antihipertensivos (>80 años)
- Diuréticos tiazídicos  $\rightarrow$  1ra opción
- Antagonista de calcio
- IECA y ARA II  $\rightarrow$  SRAA
- Beta bloqueadores  $\rightarrow$  Nivel de SUC

## Resistencia:

- Espironolactona
- Eplerenona

## Hipertensión arterial sistólica

Aumento  $\geq 140$  mmHg y 90 mmHg

- Tratamiento tipo clortalidona durante 4-5 años ( $\geq 160$  mmHg y < 90 mmHg);  $\downarrow$  ictus 36%, enf. coronaria 27% e insuficiencia cardíaca 55%.

## Tratamiento:

- Diuréticos tiazídicos
- Antagonistas de calcio prolongada

Tabla 3. Compendio de indicaciones para el uso de antihipertensivos.

Condiciones de alto riesgo	Fármacos recomendados					
	Diuréticos	$\beta$ -Bliq	IECA	ARA II	CA	Antagonista de aldosterona
Insuficiencia cardíaca	X	X	X	X		X
Post-Infarto de miocardio		X	X			X
Alto riesgo coronario	X	X	X		X	
Diabetes mellitus tipo 2	X	X	X	X	X	
Insuficiencia renal crónica			X	X		
Prevención de ictus recurrente	X		X			

## Clinica:

- Cefalea
- Acufenos
- Fosfenos
- Nauseas

excelente

## Tratamiento:

- Iniciar monoterapia
- IECA o ARA II + BCC o diurético
- IECA + BCC + diurético
- Lorsarta + hidroclorotiazida
- Temibartan + hidroclorotiazida

## Clasificación:





# Neumonía.

09/12/24

Proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso.

- NAC: NO ingresada en el hospital o institución cerradas.
- Nosocomial: Adquirida en el hospital (>48h)
- NRMS: Hospitalizados al menos 48h en los 3 meses previos.

## Epidemiología:

- Adulta 1.6 y 19/1000 al año
- Anciana 25 - 40 / 1000 al año
- 50 caso > 65 años
- Tratada en domicilio 1%.
- Requieren hospitalización 5-10%.
- Neumocócica con bacteriemia 15-25%.
- Nosocomial: 0.5 - 10%.
- Relacionado con EPOC

## Factores:

- Edad → 65 años → ↓ reflejo tussígeno, eliminación de secreción
- Hábito tabaquito
- Alcohólicismo
- Obesidad
- Malnutrición
- Comorbilidad
- Inf. viral reciente
- Fármacos
- Ambientales

## Microorganismos:

+ común en anciano

- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- Nosocomial: Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae + S. pneumoniae
- NRMS: S. aureus, P. aeruginosa, Haemophilus.
- EPOC: H. influenzae, S. pneumoniae, Legionella spp.

excelente



## Clinica:

- TOS
- expectoración
- Dolor torácico
- Fiebre
- Escalofríos
- Disnea
- Afasia
- Hipoxemia
- Esfuto

## Diagnóstico:

- Rx de tórax en 2 proyecciones → domicilio
- Pruebas analíticas (hemograma, función renal y hepática, iones y gasometría).
- Tinción Gram y cultivo de esfuto → descartar TB.
- TAC
- QSC y BH

Definitivo

Bacterianas {
 

- Típicos: E. coli, S. aureus, K. pneumoniae.
- Atípicos: Chlamydia

## Diagnóstico diferencial:

- Neoplasias: carcinoma broncogénico, proceso metastásicos, linfoma
- Tromboembolismo pulmonar
- Enf. inmunológico: vasculitis de Wegener, aspergilosis pulmonar alérgica.
- Miscelánea: insuficiencia cardíaca, sarcoidosis, neumonía eosinofílica.

## Viral:

- Inicio súbito
- Fiebre > 38°C
- Tos no productiva
- Disnea grave

## Zoonosis:

- Fiebre
- tos +/- esfuto
- Disnea + dolor

## TAC →

- Típica: infiltrado único unilateral
- Atípica: Múltiples infiltrado, bilateral
- Viral: vidrio esmerilado

- 1) O<sub>2</sub> suplementario: SATO<sub>2</sub> > 92%.
- 2) Valorar uso de soluciones o aminas
- 3) Valoración neurológica.

## Tratamiento:

- Amoxicilina 500 mg VO q/8h x 7-10 días
- Macrólidos + Cefalosporina
- Quinolona en monoterapia
- Vancomicina
- Ertapenem
- ceftriaxona + clindamicina

## Criterios hospitalización:

### Criterios menores

- Frecuencia respiratoria ≥ 30 min
- Insuficiencia respiratoria grave
- Necesidad de ventilación
- Infiltrado multilobular en rx tórax
- Confusión / desorientación
- Uremia (BUN ≥ 20 mg/dl)
- Leucopenia (< 4.000 cel/mi)
- Trombocitopenia (< 100,000/ml)
- Hipotermia < 36°C

### Criterios mayores

- Ventilación mecánica invasiva
- Shock séptico que requiere vasopresores por tiempo 4h.

→ Requiere ingreso en UCI con 4 criterios mayor o 3 menores.