



**Universidad del Sureste
Campus Comitán
MEDICINA HUMANA**

**Alumna:
Esthephany Michelle Rodríguez López**

**Materia:
GERIATRIA**

Grado: 6 Grupo: A

Comitán de Domínguez a 13 de Diciembre del 2024



Sx CORONARIO AGUDO

Enf. Arterial Coronaria → Ancianos → 30% muertes

→ Px con dolor torácico agudo típico y elevación persistente (>20min) del segmento ST

SCA → Elevación del segmento ST → Oclusión coronaria aguda total

Objetivo Terapéutico → Reperfusión completa → Angioplastia primaria.

→ Px con dolor torácico agudo pero sin elevación persistente ST

Depresión persistente o transitoria del segmento ST

Estrategia inicial → Aliviar isquemia y síntomas

→ FISIOPATOLOGÍA

Manifestación de la aterosclerosis → Riesgo de vida del Px

Aparición de trombosis aguda → Ruptura o erosión placa aterosclerótica.

Casos esporádicos → Etiología no aterosclerótica

→ DIAGNÓSTICO → HC Y EF Hipotensión / Inest. Card → 60%

• Anamnesis • EF Dolor torácico → Síntoma agudo → General

• Reg. Electrocardiográfico Px G → Dronca (49%) → Diarrea (26%) → Náuseas

• Determin. enzimas c. y vómitos (24%), síncope (19%)

→ MARC. DAÑO MIOCARDICO → MARC. ACT. Neurohormonal

• Enzima MB de creatinina

• Determinación de péptidos

• Troponina T o I

natriurético **excelente**

• Mioglobina

→ ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

Evaluación del riesgo individual → Proceso dinámico

* GRACE * TIMI Risk score

→ Riesgo elevado

- Inestabilidad hemodinámica
- Arritmias ventriculares graves
- FEVI < 35%
- Angina postinfarto

• Alt. marcadas o persistentes del segmento ST

• Troponina marcada elevada

→ Riesgo intermedio

- Angina de reposo o prolongada con cambios en ECG 24-48hr
- Onda T negativa profunda

• Afección vascular de otros territorios

• DM • Edad > 70 años

* Dolor intenso → Grupo bajo riesgo

en reposo • Enfermos o pacientes

que no presentan ninguno de los criterios anteriores

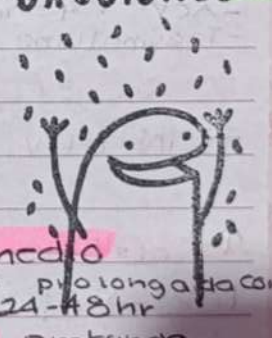
S V1, V2

A V3, V4

L V5, V6

I AVF, DII, D

L AL / DI





ICC

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

90% Personas → **DX IC** → >65 años y Prevalencia ↑ con edad

IC → Deterioro funcional y cognitivo → Sec. anomalías en contracción

CAUSAS FC de IC → Hipertensión y Ent. coronaria del músculo cardíaco

→ **FISIOPATOLOGÍA**
Sistema adenina angiotensina → sobrecarga de volumen → ↑ GC → vaso-
En el paciente de edad avanzada → IC predominante es aquella que cursa ^{con} _{con} ^{centro} _{con} ^{causa} _{causa}
con función diastólica conservada o distonía diastólica Fuerza de contracción miocárdio

* CRITERIOS DX IC DIAST

- **DX DEFIN**
- Evidencia clínica definitiva de IC
- Función diast. vent. izq normal (>50%)
- Evidencia obj. de distonía diastólica en el estudio hemodinámico

- **DX PROB**
- Evidencia clínica def. de IC
- Función diast. vent. izq normal (>50%)

* La distonía diastólica representa

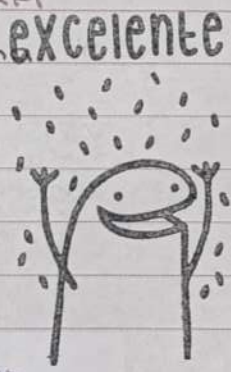
- 75% de los casos IC avanzados.
- * Los cambios en el corazón y en el sistema vascular relacionados con la edad → Alta frecuencia de IC ESC
- * Los principales desencadenantes comprenden infecciones respiratorias, hipotiroidismo, anemia, isquemia miocárdica, insuficiencia renal.

→ MANIFEST CLINICAS Y DX

DX de IC → CLINICO ⊕ Estudios complementarios

CRITERIO 3 FRAMINGHAM

- CRIT MAYORES
- ✓ Disnea paroxística nocturna
- ✓ Ortopnea
- ✓ Ingurgitación yugular
- ✓ Crepitantes
- ✓ Tercer tono
- CRIT MENORES
- ✓ Edema en piernas
- ✓ Tos nocturna
- ✓ Disnea de esfuerzo
- ✓ Hepatomegalia
- ✓ Derrame pleural



CRITERIOS SOC EUROPEA CARDIOL

- ✓ SINT TÍPICOS: Disnea en reposo o ejercicio, disnea, edema, fatiga, astenia
- ✓ Taquicardia, taquipnea, crepitantes pulmonares, derrame pleural, elevación de presión venosa yugular, edema peritérico, hepatomegalia.

ETIOLOGÍA

- ✓ Comorbilidad o cardiop y no cardiop
- ✓ Cardiopatía hipertensiva y cardiopatía isquémica causa más FCT, en px de edad avanzada.

IC → 2 crit mayores ⊕ 2 menores

→ PRUEB COMPLEMENTARIAS

- RAD TORAX
 - Edema agudo pulmonar
 - Cardiomegalia (>1CT)
 - Derrame pleural
 - Linas B & Criej
 - Congest. vascular
- ELECTROCARD
 - ✓ Ritmo
 - ✓ FC
 - ✓ Cambios isquémicos
 - Bloqueo de rama
- ECOCARDIOG
 - Anot. cardíaca
 - Anot. pericardio
 - Anot. valvulares
 - FEVI
- LAB
 - ✓ Hemograma
 - ✓ PFT
 - ✓ Biq. sang
 - ✓ EGO
 - ✓ BHC
 - ✓ QSC

→ PRONÓSTICO

- Causa primaria y gravedad
- Hosp. por descompensación → X pronóstico

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

Estadío de la insuficiencia cardíaca según la clasificación de la ACC/AHA	Clasificación funcional de la NYHA
Estado de la insuficiencia cardíaca basada en la estructura y el daño en el músculo cardíaco	Severidad basada en síntomas y actividad física
Estadío A Con alto riesgo de insuficiencia cardíaca. Anomalía estructural o funcional no identificada; sin signos ni síntomas.	Clase I Sin limitación de la actividad física. El ejercicio físico normal no causa fatiga, palpaciones o disnea.
Estadío B Enfermedad cardíaca estructural desarrollada claramente en relación con insuficiencia cardíaca pero sin signos ni síntomas.	Clase II Leve limitación de la actividad física. Sin síntomas en reposo; la actividad física normal causa fatiga, palpaciones o disnea.
Estadío C Insuficiencia cardíaca 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.
Estadío D Enfermedad cardíaca estructural avanzada y síntomas acusados de insuficiencia cardíaca en reposo a pesar de tratamiento médico máximo.	Clase IV Incapacidad de realizar actividad física; los síntomas de la insuficiencia cardíaca están presentes incluso en reposo y aumentan con cualquier actividad física.

$$ICT = \frac{A+B}{C}$$

3+6 = LOVE yourself





Esthephany Michelle

HIPERTART

exceiente

- P. A. Normal → PAS < 120 mmHg y PAD < 80 mmHg
- Prehipertensión → PAS 120 y 129 mmHg y PAD 80 y 89 mmHg
- HTA ANCIANOS → PAS ≥ 140 mmHg y PAD ≥ 90 mmHg.

→ Hipertensión de bata blanca → PA elevada de forma sistémica en consulta

→ EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia ↑ con edad
- 60 y 69 años
- PAS → ↑ Incidencia
- HTA → Prevalencia con edad

→ FISIOPATOLOGÍA

- Edad → Cambios de estructura
- Grandes vasos → ↓ Distensibles, incrementando velocidad de onda del pulso
- Alteración en regulación autonómica contribuye a hipertensión ortostática
- Distinción renal progresiva, secundaria a fibrosis glomerular e intersticial

→ AFECT DE ÓRGANO DIANA

Ent. cerebrovascular y deterioro cognitivo

- HTA - ANCIANOS → Fx Riesgo $\begin{cases} \text{ictus} \\ \text{hemorragia cerebral} \end{cases}$
- Prevalencia HTA y demencia → ↑ con la edad
- HTA → Fx Riesgo $\begin{cases} \text{Demencia vascular} \\ \text{Ent. de Alzheimer} \end{cases}$
- Muerte por ictus → Aprox. 52% → Ancianos > 60 años

Enterm. Art. Coronaria

- 1º infarto de miocardio
- 65 años varones y 74 mujeres
- Centenarios ↓ Prevalencia
- HTA → Riesgo establecido de muerte súbita en ancianos.

Distorsión del ventrículo izquierdo

- Angina y HTA → Desarrollo de Ins. Cardíaca
- HTA causa IC → Hipertrofia ventrículo izq
- ↑ Grosor de pared y alteración de relajación

Fibrilación auricular

- Desorden primario → Prevalencia 10%
- > 65 años → Riesgo de nuevo episodio
- FX RIESGO $\begin{cases} \text{HTA} \\ \text{uso de diuréticos} \\ \text{Edad avanzada} \end{cases}$
- Incremento en mortalidad, muerte súbita, IC, ictus embólico.

Aneurisma de la aorta

- Distorsión de la aorta ≥ 30mm diam
- Prevalencia → 12.5% hombres y 75-84 años
- Fx Riesgo: $\begin{cases} \text{Edad} \\ \text{DM} \end{cases}$ $\begin{cases} \text{Masculino} \\ \text{Intento miocardio} \end{cases}$ $\begin{cases} \text{Tabaco} \end{cases}$
- Cirugía indicada → Dirección tipo A

Enfermedad arterial periférica

- Claudicación intermitente
- Dolor reposo
- Isquemia extremidades
- Amputación
- FX Riesgo $\begin{cases} \text{Intento miocardio (4 veces)} \\ \text{ICTUS / AIT (3 veces)} \end{cases}$
- ↑ Riesgo $\begin{cases} \text{Hip er homocisteinemia} \\ \text{Lipoproteína} \\ \text{Ancu. Abd} \end{cases}$

→ INTERACCIONES EDAD Y FX RIESGO CARDIOV

- * Individuos 40 y 70 años → Incremento de 20mmHg PAS y 10mmHg PAD
- * Hist. Fam Ent. Coronaria Prematura → Varones < 55 años y Mujeres < 65 años
- * Dislipidemia → 25% varones y 42% mujeres > 65 años
- * DM → Aum. riesgo de mortalidad y desarrollo IC > 65 años
- * Obesidad → Aum. del grosor del vent. izq, volumen y masa del corazón
- * SRAA → Obesos el tejido adiposo contribuye a la activación
- * Microalbuminuria → Albumina/Creatinina > 30 y < 300 en 2 colecciones
- * Hiperhomocisteinemia → Fx Riesgo de distorsión endotelial

LOVE yourself



- Proceso infeccioso contagioso
- Provocada por microorganismos



NEUMONIA

FECHA: Esthephany M. Rodriguez L

• Proceso infeccioso • FCT en ancianos • > Incidencia: Inmuno-deprimidos
 Proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso.
 Neumonía Adq. en la comunidad. Afecta a población general inmu-
 competente no ingresada en el hospital

→ EPIDEMIOLOGÍA

> Incidencia en ancianos
 25-40 casos / 1,000 hab
 Mortalidad inferior al 1%
 tratada en domicilio,
 5-10% hospitalizados.

→ FX RIESGO VEPOC VASPIRACIÓN

- ✓ Eddd avanzada
- ✓ Tabáco
- ✓ Alcoholismo
- ✓ Obesidad
- ✓ Malnutrición
- ✓ Comorbilidad
- ✓ Infección viral
- ✓ Fármacos

→ MANIF. CLINICA

- ✓ Tos
- ✓ Expectoraación
- ✓ Mialgias
- ✓ Dolor torácico
- ✓ Fiebre > 37.8
- ✓ Escalofríos
- ✓ Disnea
- ✓ Diarrea
- ✓ Insomnio

→ DIAGNÓSTICO

- ✓ Leve: Radiografía de tórax
- ✓ Hospital: Hemograma, función renal y hepática
- Tinción gram y cultivo de esputo

→ Dx DIFERENCIAL

- * Neoplasias (carcinoma broncogénico, linfoma o neumonitis)
- * Tromboembolismo pulmonar
- * Vasculitis de Wegener (Bronquiolitis obliterante)
- * Infec. cardíaca
- * Sarcoidosis

→ EVAL. INICIAL

- Establecer el tratamiento
- Hospitalización
- Ambulatorio
- Identificación de gravedad

Tabla 1. Escala PSI.

Factor de riesgo	Puntos	Factor de riesgo	Puntos
Demográfico			
Hombre	años	Comorbilidad	
Mujer	años - 10	Neoplasia	30+
Institucionalizado	10+	Enfermedad hepática	20+
Laboratorio y Rx			
pH arterial < 7.35	30+	I. cardíaca	10+
BUN > 30 mg/dl	20+	ACV	10+
Na < 130	20+	I. renal	10+
Glucosa > 250 mg/dl	10+	Examen físico	
Hematocrito < 30	10+	Alteración de conciencia	20+
P parcial de O ₂ < 60 mmHg	10+	FR > 30	20+
Efusión pleural	10+	PAS < 90 mmHg	20+
		T° < 35 o > 40°C	10+
		FC > 125 x min	10

Puntaje total	Clasificación riesgo	Mortalidad Adultos (%)	Mortalidad institucionalizados (%)	Recomendación
< 51	I	0.2	0	Ambulatorio
51 a 70	II	0.5	0	Ambulatorio
71 a 90	III	2.6	4.8	Ambulatorio control estrecho
91 a 130	IV	9.3	12	Hospitalizar
> 130	V	24.9	32.9	Hospitalizar

Neumonías

Intrahosp

Ad. Comunidad

Bacterias

viral

Típica

Atípica

Atípica

- S. pneumoniae
- H. influenzae
- S. aureus

- Influenza
- SARS-CoV-2

LOVE yourself

excelente



INF URINARIA

ITU → Localización más habitual de la patología infecciosa → Ancianos

ETIOLOGÍA

ANCIANOS:
✓ Salud ✓ Edad
✓ Residencia ✓ DM
✓ Sondaje ✓ Antibióticos

- **Infección com.** en la comunidad:
 - Ancianos → sin tx riesgo
 - E. coli > aislada en cultivos
 - Klebsiella
 - Proteus mirabilis y E. faecalis
- **Infecciones urinarias recurrentes**
 - ITU complicada
 - Px sondados
 - Gram + (10-20%)

• Microorganismos que colonizan - vía Hematógena / Linfática

→ INFECCIONES URINARIAS RECURRENTES

- ✓ 3 episodios en los últimos 12 meses * **Recliva** → Persistencia de cepa / Tx inadecuado/corto
- ✓ 2 episodios en los últimos 6 meses * **Reinfección** → Nueva infección / Diferente cepa

→ CLASIFICACIÓN DE INFECCIONES URINARIAS

- * Nivel anatómico de la infección
 - * Grado de Severidad de la infección
 - * Factores de riesgo concomitantes
 - * Resultados microbiológicos
- O → Rx riesgo conocido
 R → ITU recurrente sin riesgo rel. pron.
 E → Rx riesgo extra-urogenital con riesgo de pronóstico más grave
 N → Nefropatía con riesgo de pron. más grave
 U → Rx. riesgo urológico con riesgo de pron. más grave, resuelve con tx
 C → Sonda vesical permanente y tx urológico en solución

→ BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

- **Bacteriuria**: Eliminación bacterias por la orina
- **Bacteriuria significativa**: Presencia > 100,000 U formadoras de colonias
- **Bacteriuria asintomática**: Sin datos de infección
- **Piuria**: Presencia > 10 leucocitos → Respuesta inflamatoria TU

→ CISTITIS

- ✓ Presencia de piuria ⊕ / cultivo urinario positivo ⊕ / ex miccional
- ✓ Ausencia de fiebre = sospechar cistitis
- Monomicrobiana 95% → E. coli causa > FCT

→ TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

CISTITIS AGUDA NO COMPLICADA → E. coli, Klebsiella, Proteus, Staphylococcus

- Nitrofurantoina 100mg / 12h / 7d
- Fosfomicina 3g / 12h / 2 tomas
- Ciprofloxacino 500mg / 12h / 3d
- Nortioxacina 400mg / 12h / 3d
- Enoxacina 200mg / 12h / 3d

ITU COMPLICADA → E. coli, Enterococcus, Pseudomonas, Staphylococcus

- Fluoroquinolonas
- Aminopenicilina
- cetalias penicinas
- carbapenem
- Aminoglicósidos
- Acilaminopenicilina



TUBERCULOSIS

Es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* y afecta principalmente los pulmones (TB pulmonar), pero puede involucrar otros órganos (TB extrapulmonar).

→ EPIDEMIOLOGÍA

- * Principal causa de morbilidad e invalidez en todo el mundo
- * OMS → 1/3 población mundial → infectada por *M. tuberculosis*

→ CLÍNICA

- Adulto → Pulmonar
- * Otros persisten:
 - Substancia nodular
 - Expectoración
 - Hemoptisis
- Órganos — Genitales, linfáticos, hígado, bazo, riñón, pericardio.

→ DIAGNÓSTICO

- * Microscopio de bacilos ácido-alcohol resistentes en extensiones teñidas con la técnica de Ziehl-Neelsen → 1° Evidencia *Mycobacterium tuberculosis*
- * Cultivos → > sensibles para detección de micobacterias
- * Prueba de tuberculina → Valor relativo

→ TRATAMIENTO

- * Quimioprofilaxis → Tx de infección tuberculosa
- ✓ Reducir riesgo de desarrollar enfermedad activa ✓ Primaria (TB -)
- ✓ Secundaria (TB +) ✓ Descartar enfermedad activa → Iniciar

Niños < 5 años

Quimioprofilaxis

- ← Infección VIH
- ← Niños y adultos (individualiza)
- ← Inmunosuprimidos

Primaria

→ TX ENFERMEDAD ACTIVA

2 meses de isoniazida (H) rifampina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E)
Fase de continuación → 4 meses de H y R → 2HRZE + 4HR

1° Línea

✓ Isoniazida

✓ Rifampicina

✓ Pirazinamida

→ EFECTOS ADVERSOS

✓ Hepatitis

✓ Psicosis

✓ Gastrointestinales

2° Línea

✓ Cicloserina

✓ Etionamida

✓ Capreomicina

3° Línea

✓ Linezolid

✓ Clofazimine

✓ Amoxi-clavulánico

✓ Convulsiones ✓ Colestasis ✓ Nefrotoxicidad

✓ Cambios emocionales ✓ Hipertiroidismo

✓ Depresión ✓ Ginecomastia ✓ Vertigo