



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

Nombre del alumno: Antonia Berenice Vázquez Santiz

Grupo: "A"

Grado: 6to semestre

Materia: Geriatría

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de diciembre del 2024

SINDROME CORONARIO AGUDO

Berenice VS

Introducción

Población anciana: la enf arterial coronaria es responsable de un 55% de muertes y del total de muertes por cardiopatía isquémica.

- 83% se desarrollan en personas mayores de 65 años.

* presentaciones clínicas de cardiopatía isquémica

- Isquemia asintomática
- Angina de pecho estable
- Angina inestable

c - IM

- Insuficiencia cardíaca y muerte súbita

u * síntomas principal

7 - Dolor torácico

* Px con dolor torácico agudo típico y elevación persistente (>20 min) del seg ST - se denomina SCA con elevación del seg ST (SCA-est) y generalmente refleja una oclusión coronaria aguda total.

Px con dolor torácico agudo pero sin elevación persistente del seg ST - cuando se presenta los síntomas suelen tener una depresión persistente o transitoria del seg ST o una inversión de las ondas T, ondas T planas.

* fisiopatología

El SCA es una manifestación de la aterosclerosis que pone en riesgo la vida del px y normalmente se precipita por la aparición de una trombosis aguda inducida por la rotura o la erosión de una placa aterosclerótica, con o sin vasoconstricción coronaria.

* Diagnóstico

- Anamnesis - expl física, el registro electrocardiográfico y la determinación de enzimas cardíacas.

- Historia clínica y exploración física

- Electrocardiograma

- ECG normal

- ECG con alt no diagnósticas de isquemia

- ECG con signos de isquemia

* Elevación del ST ≥ 1 mm en 2 o más derivaciones continuas de los miembros.

* Elevación del ST ≥ 2 mm en 2 o más derivaciones precordiales continuas

* Bloqueo de rama izq nuevo o presumiblemente nuevo.

excelente



Presencia de BRHH nuevo en Px con SCA SEST, los sig criterios pueden valer dx:

* Elevación de ST ≥ 1 mm en derivación con complejo QRS positivo.

* Depresión de ST ≥ 1 mm en V1-V3

* Elevación de ST ≥ 5 mm en derivación con complejo QRS negativo, son signos de necrosis miocárdica

* onda QR en derivaciones de V1 a V3 ≥ 30 ms (0,05 s).

* onda Q anormal en I, II, aVL, aVF, V4 a V6 en 2 derivaciones continuas y al menos de 7 mm de profundidad.

Derivaciones hoy cambios eléctricos nos ayudan a localizar la lesión:

* cava anterior V1 a V4

* Antero-septal V1 a V3

* Apical e lateral V4 a V6

* cava inferior II, III y aVF.

* cava posterior: depresión de ST en V1 y V2 con ondas T picudas.

Estratificación del riesgo

- combinación de la II clínica

- Los síntomas

- El ECG

- biomarcadores

Riesgo elevado

- inestabilidad hemodinámica

- Arritmias ventriculares graves

- Angina de reposo con cambios en el seg ST ≥ 1 mm durante crisis

- Alt marcadas o persistentes del seg ST

- angina recurrente con adecuada

- FEVI $\leq 35\%$

- angina postinfarto.

Riesgo intermedio

- Angina de reposo o angina prolongada con cambios en el ECG en las 24-48 h previas.

- Angina de reposo con descenso del seg ST ≥ 1 mV.

- onda T negativa profunda en varias derivaciones.

- DM

- Edad > 70 años

- trompenia moderadamente elevada

GRUPO de bajo riesgo

* Enf que no presentan ninguno de los criterios ni circunstancias me

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Introducción

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

90% - mayores de 65 años
 Prevalencia ↑ con la edad
 5-10% personas de 65-79 años
 10-20% de 80 o más años

- La mortalidad anual de los px en clase funcional III-IV de la NYHA es de aprox el 50%.

Fisiopatología

- hemodinámica basada en la función cardíaca como bomba (cede eyección frente a las resistencias cede la circulación sistémica y pulm)

Disfunción sistólica y diastólica

px presentan una función sistólica del ventriculo izq normal o levemente disminuida

Dx definitivo

- evidencia clínica definitiva de IC
 - función sistólica ventricular izq normal que con fracción de eyección mayor del 50% se determina en las 72 h

M. clínicas y dx

- Dx es clínico

Criterios de Framingham para el dx IC

- criterios mayores
 - * Disnea paroxística nocturna
 - * Ortopnea
 - * Inurgitación yugular
- Criterios menores
 - * Edema en piernas
 - * Tos nocturna
 - * Disnea de esfuerzo
 - * Hepatomegalia

Etiología:

- en los px de edad avanzada suelen coincidir varias en las etiologías de base.
- La mayor parte de los px con IC presentan comorbilidades cardiovasc y no cardiovasculares

Pruebas complementarias

Tras la sospecha clínica de IC a partir de una H. clínica y adecuada exploración física se debería confirmar el dx con estudio complementarios

- ↳ Radiografía de tórax
- ↳ ECG
- ↳ Ecocardiografía
- ↳ Estudios de laboratorio

- Hemograma
- bioquímica sanguínea
- pruebas de función hepática y tiroidea

excelente



Pronóstico

- Depende de la causa primaria y de su gravedad, de la presencia de otras enf asociadas y de la edad del px.

Tx no farmacológico

- El autocontrol y la educación de px, familiares y cuidadores es una medida de demostrada eficacia para evitar descompensaciones en la IC.

Tx farmacológico

- 1 Inhibidores del sistema renina-angiotensina - aldosterona y los betabloqueantes
- 2 Lo segundo, los diuréticos, los nitritos y los calcioantagonistas

INFECCIÓN URINARIA.

Introducción

ITU supone la localización más habitual de la patología infecciosa en el px anciano

Prevalencia

Aumenta con la edad de ambos sexos

Etiología

- Su estado de salud
- Lugar de residencia
- La edad
- La presencia de diabetes
- * La etiología de la ITU en los ancianos difiere de los adultos más jóvenes donde se incluyen una mayor variedad de microorganismos y más proporción de gram +.

Px predisponentes a ITU en ancianos

- * Salud
- * Incontinencia urinaria
- * Uso de antibióticos
- * Incapacidad funcional
- * Alteraciones de las defensas naturales
- * Comorbilidad → DM o demencia vascular

Infecciones urinarias recurrentes.

- Recidiva
- Reinfección

Clasificación de las infecciones urinarias

- * Nivel anatómico de la infección
- * Grado de severidad de la infección
- * Fx de riesgo concomitantes
- * Resultados microbiológicos

Bacteriuria asintomática

- Bacteriuria → eliminación de bact por la orina
- Bacteriuria significativa → presencia + de 100.000 UFC x mililitro
- Bacteriuria asintomática
- Piuria

Fx de riesgo de bacteriuria asintomática

- * DM
- * Vejiga neurogénica
- * Patologías obstructivas como HBP o elvarón.
- * Cambios hormonales en la mujer
- * Macroalbuminuria
- * IMC bajo

Cistitis

presencia de piuria con un cultivo urinario positivo ($>10^3$ UFC/ml) acompañada de síndrome miccional

- La infección es monomicrobiana en el 95% de los casos siendo *Escherichia coli* + pte.

Pielonefritis

La PNA se define como la infección de la VU superior que afecta a la pelvis y al parénquima renal

Criterios de ingreso en px con PNA

- * Px con signos de respuesta inflamatoria
- * Px inestables
- * Diabéticos, cirróticos, neoplásicos

ITU recurrente en mujeres postmenopáusicas.

- Premenopáusicas
- Postmenopáusicas sanas
- Ancianas institucionalizadas.

NEUMONIAS.

Introducción:

La neumonía es un proceso infeccioso
Fte en la población anciana - M frágiles

Concepto.

Se define como un proceso inflamatorio
agudo del parénquima pulmonar de
origen infeccioso.

Epidemiología

- La incidencia en el anciano es
notablemente mayor que en población
joven.

✓ población adulta entre 7,6 y 19/1.000
habitantes/año.

✓ población anciana - 25-40 casos

✓ 7.000 H/año ↑ + de 50 casos
en mayores de 85 años.

Fx de riesgo y etiopatogenia

↳ son múltiples

- ✓ Edad avanzada
- ✓ Tabaco
- ✓ alcoholismo
- ✓ Inf viral reciente
- ✓ obesidad
- ✓ malnutrición
- ✓ comorbilidad - (EPOC)
- ✓ Farmacos
- presencia de comorb --
 - EPOC - patología cardiovascular
 - DM - inf renal o hepática

↓
interfieren el dx y la resolución
del proceso neumónico.

M. clínicas

- ✓ Tos
- ✓ Expectोरación
- ✓ dolor torácico
- ✓ Fiebre
- ✓ Escalofríos
- ✓ Disnea

Diagnóstico

- Neumonías leve Rx de torax (posteroanterior
y lateral)
- Hemograma
- Función renal y hepática
- Iones y gasometría

En NAC que precisan ingreso hospitalario
los mínimos serían:

- ✓ Dos hemocultivos
- ✓ Antígenos urinarios de neumococo y Legionella
- ✓ Lq pleural
- ✓ Serologías

Neumonías que no responden
al tx

- Espudo
- Hemocultivos
- orina
- Lavado broncoalveolar

TX de la neumonía adquirida en la comunidad

* TX inicial es empírico en la
mayoría de los px

* el tipo de tx depende de la
gravedad de la infección de los
fx de riesgo del px

* TX ambulatorio

TX en px con NAC ingreso
en hospital.

- Quimiorra en monoterapia
- combinación de un beta-lactámico
(ampicilina, cefotaxima,
ceftriaxona, ceftriaxonam)

Suspecha clínica de neumonía
por SAMR

- Vancomicina o linezolid

para definir una NAC grave
se clasifican en:

Criterios menores

- * FR igual o mayor 30 r/m
- * Insuf respiratoria grave
(PaO_2/FiO_2 menor o igual 250)
- * Necesidad de ventilación mecánica
no invasiva
- ✓ Hipotermia ($T^a < 36 C$)
- ✓ Hipotensión

Criterios mayores

- Ventilación mecánica invasiva
- Shock séptico que requiera
vasopresores x tiempo sup
24 hrs

Prevención

- Vacunación neumococo
- Vacunación antigripal
- Lucha contra el tabaquismo

Hipertensión arterial

Bermejo V.S

Definición

La Prehipertensión, definida como una PAS entre 120 y 129 mmHg y una PAD entre 80 y 89 mmHg; nos sirve para identificar aquellos PA con alto riesgo de desarrollar HTA.

La HTA se divide en estadios

- I (PAS 140-159 mmHg y PAD 90-99 mmHg)
- II (PAS \geq 160 mmHg y PAD \geq 100 mmHg)

HTA de bata blanca

Se da cuando la PA está elevada de forma sistémica durante la consulta pero la presión arterial en casa es normal.

Epidemiología

Prevalencia aumenta con la edad. Ancianos entre los 60 y 69 años de edad y aprox en $\frac{3}{4}$ de los ancianos \geq 70 años.

Fisiopatología HTA en anciano debido a los cambios en la estructura y funcionamiento arterial que acompañan al envejecimiento.

Afectación de órgano diana.

- Enf cerebrovascular y deterioro cognitivo. La HTA en los ancianos es un fx de riesgo para ictus y hemorragias cerebrales.
- Enf arterial coronaria
- Disfunción del ventrículo izquierdo
- Fibrilación auricular

Interacciones entre la edad y otros fx de riesgo cardiovasculares asoc HTA.

* En individuos entre 40 y 70 años el incremento de 20 mmHg en PAS o 70 mmHg en PAD dobla el riesgo de ECV en rango de presión arterial desde 115/75 hasta 185/115 mmHg.

Dislipidemia

Elevación de lípidos es un fx de riesgo significativo de la enfermedad coronaria y está presente aprox el 25% de los varones y 42% de las mujeres mayores de 65 años.

excelente



Clinica y Diagnostico

- Tema de tensión arterial
- Monitorización ambulatoria de la TA (MAPA)

↓
En ancianos son comparables con el grupo de jóvenes

Evaluación clínica

- Historia clínica y examen físico - buen punto inicial incluye medir la duración y severidad de la HTA, causas de exacerbaciones, medicación previa y actual, daño orgánico diana.

Causas secundarias Hipert.

- Estenosis de la Arterenal
↳ incidencia \uparrow con la edad
- Apnea obstructiva del sueño

↓
Aprox el 30% de los adultos con hipertensión tiene apnea obstructiva del sueño, y su prevalencia se duplica por cada \uparrow de 10 años de edad en ambos sexos.

- Hiperaldosteronismo primario
- Feocromocitoma
- Enf tiroidea
 - * Hipertiroidismo
 - * Hipotiroidismo

Estilo de vida y medicación

- * Alcohol
- * Tabaco
- * Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
- * Glucocorticoides
- * Hormonas sexuales
- * Calcio, vitamina D y C

Tratamiento

El objetivo del tx es una presión arterial \leq 140/90 mmHg en ancianos hipertensos y \leq 130/80 mmHg en aquellos con DM o ERC.

TUBERCULOSIS.

Introducción

La tuberculosis se ha convertido en un importante problema de salud pública con una incidencia y una prevalencia que ha ido incrementándose en los últimos años en países occidentales.

Epidemiología

España alcanza los 13.000 px nuevos de TBC en 2009 con un índice de incidencia de 30 nuevos casos por 100.000 habit

Etiopatogenia

Las micobacterias son bacilos ácido-alcohol resistentes no formadores de esporas y no capsulados. La infección por M. tuberculosis se produce generalmente por inhalación de gotitas que contienen partículas infecciosas por toser, estornudar o hablar.

M. clínicas

- fiebre de bajo grado de predominio vespertino
- Tos persistente
- sudoración nocturna
- expectoración
- raramente hemoptisis.

↓
organos que se afectan con mayor frecuencia

- * ganglios linfáticos
- * sist nervioso central
- * hígado
- * pericardio
- * bazo
- * riñón

Diagnostico

- * cultivo
- * BAAR

Tratamiento

- quimioprofilaxis TX de la infección tuberculosa

Indicaciones (H) coinfección x VIH

quimioprofilaxis primaria (tx de expuestos sin infección)



+ Hidrácidos 6 meses
Pauta estándar (evidencia A)