



Julio César Morales López.

Dr. Carlos Manuel Hernández Santos

Resúmen.

Geriatría.

PASIÓN POR EDUCAR

Sexto Semestre.

“A”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de julio del 2025.

ENFERMEDADES TIROIDEAS EN EL ADULTO MAYOR.

El envejecimiento trae consigo cambios fisiológicos en diferentes órganos y sistemas, sin ser una excepción la Tiroides.

HIPOTIROIDISMO.

Se define mediante las concentraciones de **TSH** y de las **hormonas tiroideas**.

Prevalencia.

- 5% Requiere manejo farmacológico.
- 20% Contexto subclínico → Sugiere seguimiento.

HIPOTIROIDISMO PRIMARIO.

Es la disminución de las concentraciones de las hormonas tiroideas debido a una afección directa a la glándula tiroides.

Epidemiología.

>60 años.

- Personas con enfermedad autoinmune.
- Anemia Perniciosa.
- Antecedentes de Cirugía y radiación de cuello.
- Tratamiento con Litio o Amiodarona.

Etiología:

- Tiroiditis de Hashimoto.
- Tiroiditis Crónica Atrófica.
- Iatrogénica.
- Farmacológica.
- Déficit de yodo.
- Trastornos Infiltrativos.

Manifestaciones Clínicas.

Signos y síntomas inespecíficos atribuidos al envejecimiento o enfermedades concomitantes.

- Disminución del Metabolismo.
- Astenia.
- Intolerancia al frío.

- Sequedad de la piel.
- Debilidad.
- Bradipsiquia.
- Alteración de los reflejos miotendinosos.

Diagnóstico.

- Clínica.
- Laboratoriales.
 - TSH >10 mUI/L (Aumentada). Valores Normales: Adultos: 4- 5 mU/L.
Ancianos: 6-8 mU/L.
Obesidad Morbida: 7.5 mU/L.
 - T4L Anormal <0.8 ng/dL.
- Se puede considerar encontrar anticuerpos antiperoxidasa (Ac-TPO) y anticuerpos anti receptores TSHr.

Tratamiento.

Levotiroxina Sódica V.O

- Iniciarse a dosis bajas acorde con los niveles de TSH a razón de 0.5 mg/kg/día con ajustes cada 4 a 6 semanas hasta tener en la mitad inferior del rango normal.
- Tomar en cuenta interacción con fármacos (Anticoagulantes, antidiabéticos y diuréticos, Sulfato Ferroso, Resinas, Hipolipemiantes o Inhibidores de la bomba de protones).
- Coma Mixedematoso: Se trata en UCIA con administración de Levotiroxina endovenosa y esteroides para corregir hipotensión.

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO.

Es una condición en la que el padecimiento del hipotiroidismo no es lo suficientemente grave para causar síntomas evidentes o definidos.

Etiología.

Similar a la del Hipotiroidismo Primario.

Epidemiología.

- Prevalencia oscila entre 5-10% de las personas sin enfermedad tiroidea
- 14.5% de las personas de 80 años tienen niveles de TSH por arriba del rango de referencia estándar → Esto los vuelve asintomáticos.

Manifestaciones Clínicas.

- Ausencia de signos y síntomas típicos.
- Posible evolución a Hipotiroidismo clínico.

Clasificación de la enfermedad.

Hipotiroidismo subclínico leve:

- TSH: Basal entre 5 y 10 mUI/L con T4L normal.

Hipotiroidismo subclínico severo:

- TSH entre 10 y 20 mUI/L con T4L normal.

Tratamiento.

Se recomienda iniciar tratamiento en caso de presentar anticuerpo antiperoxidasa positivos (>65 UI/ml), trastornos cognitivos, depresión, osteoporosis, o alto riesgo de complicaciones cardiovasculares.

Igual que el Hipotiroidismo Primario.

HIPERTIROIDISMO.

Se caracteriza por supresión de TSH e incremento de las hormonas tiroides y efecto en tejidos diana.

Etiología.

- Bocio multinodular toxico.
- Enfermedad de Graves.
- Adenoma Tóxico.
- Tiroiditis aguda y subaguda.
- Tumores hipofisarios y de glándula tiroides.

Manifestaciones clínicas.

- Cansancio.
- Perdida de peso.
- Lestargia Anorexia.
- Confusión
- Depresión
- Fibrilacion auricular

- Anorexia.
- Afecciones del SNC.
- Agitación y Letargia.
- Crisis convulsivas.
- Taquicardia.
- Síntomas digestivos.

Diagnóstico:

- Anamnesis y examen físico.
- Laboratoriales.

TSH: Suprimida Niveles incrementados de T4L.

Tratamiento:

Manejo temporal:

- Medicamentos antitiroideos: Metamizol, Betabloqueadores, Yodo inorgánico y Glucocorticoides.

En casos de Bocio multinodular y Adenoma Tóxico.

- Yodo Radioactivo.
- Cirugía.
- Dosis bajas de Metamizol 20 mg cerca de dos años.

Enfermedad de Graves:

- Farmacoterapia: Metimazol la dosis variando a los niveles de T4L
5 a 10 mg en niveles de T4L 1.8 y 2.7 ng/dL.
10-20mg en niveles de 2.7 a 3.7 ng/dL.
40 mg en niveles de 3.7 ng/dL.
Este tratamiento varía entre 12-18 meses.
- Yodoterapia:
I-131 se emplea en pacientes que no desean o tienen contraindicaciones quirúrgicas como objetivo de disminuir la producción de T3 y T4, remite en el primer año post-yodo, requieren una segunda dosis a los 6 meses.
- Cirugía: En pacientes que no responden al manejo farmacológico o son intolerantes al Yodo.

Adenoma Tóxico.

- Quirúrgico.
- Terapia con I-131.

HIPERTIROIDISMO SUBCLÍNICO.

Secundaria a patologías exógenas (medicamentos) o endógena (Nódulos tóxicos o patología autoinmune).

TIROTOXICOSIS.

De forma significativa el hipertiroidismo en concreto la sobreproducción de hormona tiroidea.

Etiología.

- Enfermedad de Graves.
- Nódulos autónomos.
Bocio multinodular (Enfermedad de Plummer).
- Tiroiditis.
- Ingesta crónica de Amiodarona.

Manifestaciones Clínicas.

- Aumento en el Metabolismo y activación adrenérgica.
- Alteración en frecuencia y ritmo cardíaco.
- Signos de falla cardíaca.
- Oftalmopatía.
- Riesgo de fibrilación auricular, osteoporosis y fracturas.

Tratamiento.

Proteger los órganos terminales de los efectos adrenérgicos del exceso de hormona tiroidea con beta bloqueadores adrenérgicos y luego restaurar los niveles normales de hormona tiroidea.

SINDROME EUTIROIDEO ENFERMO.

No se trata de una entidad de origen tiroideo, se produce por enfermedades intercurrentes que producen concentraciones de T3 y T4 por debajo de los valores esperados sin que exista hipotiroidismo o hipertiroidismo.

Tratamiento.

- Tiende a normalizarse con la resolución del proceso agudo y no es necesario iniciar tratamiento médico.

NODULOS TIROIDEOS.

Son lesiones del parénquima de la glándula.

Etiología.

- Edad.

- Ser mujer.
- Historial de exposición a radiación.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Ingesta de Yodo.
- Obesidad.

Con regularidad son asintomáticos y se encuentran de forma incidental al examen físico o en prueba de imágenes.

Diagnóstico.

Descartar Malignidad:

- Antecedente de exposición a radiación.
- Parálisis de cuerdas vocales.
- Tamaño >4 cm.

TSH suprimida o disminuida → se debe considerar realizar gammagrafia según si los nódulos son si o no hiperfuncionantes tienen menor probabilidad de ser malignos.

Probabilidad de malignidad → Realizar Ecografía.

En caso de nódulos de > 1 cm → Considerar Tomografía por Emisión de Positrones con fluorodesoxiglucosa.

Diagnóstico definitivo: PAAF guiada por USG.

CANCER TIROIDES.

Es una afección que puede presentarse en personas de todas las edades pero su incidencia incrementa con la edad.

Epidemiología.

- >60 Años.
- Más comunes: Papilar y Folicular.

Factores de Riesgo.

- Ser Mujer.
- Antecedentes familiares de Cáncer de Tiroides.
- Radioterapia Previa: Cabeza, Cuello.
- Exposición a radiación ambiental.

Diagnóstico.

- Exploración Física.
- Ultrasonido.

- Biopsia por Aspiración con Aguja Fina.
- Estudio de Laboratorio → Medición de hormonas tiroideas y marcadores tumorales.

Tratamiento.

- Cirugía.
- Radioterapia.
- Terapia con Yodo Radioactivo.
- Terapia hormonal sustitutiva.

EPOC.

Definición

La EPOC es una enfermedad respiratoria crónica, progresiva y heterogénea caracterizada por síntomas respiratorios persistentes como disnea, tos, producción de esputo y exacerbaciones, asociados a alteraciones en las vías aéreas y los alvéolos que causan una obstrucción progresiva del flujo aéreo.

Epidemiología

- 3.^a causa de muerte global según la OMS.
- En 2019 causó 3.23 millones de muertes.
- La contaminación del aire representa casi el 50% del riesgo global.
- Contaminantes clave: partículas finas (PM), ozono, óxidos de nitrógeno y azufre, metales pesados.

Cuadro Clínico

- Disnea progresiva, empeora con el ejercicio.
- Tos crónica (≥ 3 meses durante 2 años consecutivos).
- Producción de esputo.
- Sibilancias recurrentes.
- Infecciones respiratorias frecuentes.
- Otros: opresión torácica, fatiga, pérdida de peso, anorexia.

Diagnóstico

- Espirometría postbroncodilatador:
- Coeficiente FEV1/FVC < 0.7 confirma obstrucción.
- Clasificación por grupos (A, B, E) según síntomas y exacerbaciones.
- Estudios complementarios:
- TAC de tórax (enfisema, engrosamiento bronquial, atrapamiento de aire).
- Diferenciales con asma, cáncer, enfermedades cardiovasculares.

Tratamiento

- Dejar de fumar: intervención más eficaz.
- Rehabilitación respiratoria: mejora tolerancia al ejercicio y calidad de vida.
- Oxigenoterapia: si $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$ o $< 60 \text{ mmHg}$ con signos de hipoxemia crónica.

Farmacológico

- Broncodilatadores:
- Agonistas β_2 adrenérgicos (SABA y LABA).

- Anticolinérgicos (SAMA y LAMA).
- Corticoides inhalados (ICS):
- Indicados en exacerbaciones frecuentes, eosinofilia, sobreposición con asma.
- Contraindicados en infecciones por micobacterias o eosinofilia <100 células/ μ L.
- Otros medicamentos:
- Inhibidores de fosfodiesterasa (Roflumilast).
- Antibióticos (azitromicina, eritromicina).
- Mucolíticos (N-acetilcisteína, carbocisteína).
- Metilxantinas (teofilina).

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN

Definición.

Trastornos que involucran una dificultad para tragar

Epidemiología.

- Aparece en todos los grupos de edad
- Aumenta con los años
- Común entre pacientes de edad avanzada
- Prevalencia de 40-60% en pacientes hospitalizados

Clínica.

- Tos y carraspeo al deglutir o después de deglutir
- Sialorrea
- Vómitos
- Regurgitación nasal
- Neumonía frecuente
- Flemas
- Incapacidad de succionar
- Pérdida de peso
- Cambios en el apetito
- Miedo a alimentarse

Diagnóstico.

- Prueba de trago de agua
- Deofluoroscopia
- Otros: Esofagoscopia, Manometría esofágica, USG, endoscopia

Tratamiento.

En cuatro parámetros

- Modificación de texturas de la dieta
- Modificación de posición corporal del px
- Ejercicios para fortalecer zonas afectadas
- Farmacoterapia

INFECCIONES

El envejecimiento conlleva un mayor riesgo de infecciones debido a la inmunosenescencia y la desnutrición. Las infecciones más comunes incluyen neumonías, infecciones urinarias y dérmicas.

La frecuencia de neumonías es tres veces mayor y las infecciones urinarias veinte veces más en adultos mayores. La inmunosenescencia se caracteriza por una disminución en el número de células T y un estado de inflamación crónica.

La desnutrición afecta la función inmunitaria y puede presentarse como deficiencia calórica, proteica o de micronutrientes, así como las alteraciones en el aparato respiratorio, urinario y digestivo aumentan la susceptibilidad a infecciones.

Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones

El diagnóstico de infecciones en adultos mayores es complicado por la presentación atípica de síntomas. El tratamiento debe ser cuidadoso debido a la polifarmacia y la tolerancia reducida a los medicamentos.

La fiebre, pérdida de peso y diaforesis nocturna son menos comunes en pacientes mayores.

Por ejemplo en enfermedades como en la tuberculosis, el tratamiento incluye cuatro medicamentos: isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida, es por ello que la polifarmacia es común y puede contribuir a un mal pronóstico en esta población y se debe tener en cuenta la edad avanzada, problemas renales y hepáticos al iniciar tratamiento antimicrobiano.

Infecciones Cutáneas y Úlceras por Presión

Las úlceras por presión son comunes en adultos incapacitados y pueden llevar a infecciones graves. La piel pierde elasticidad y turgencia, lo que aumenta el riesgo de infecciones, las escaras son resultado de la necrosis de la piel por isquemia debido a presión sostenida, los factores de riesgo incluyen hospitalización, obesidad y manipulación quirúrgica.

El tratamiento implica mantener la piel limpia y seca, y el uso de antibióticos en caso de infecciones. Por ejemplo la celulitis y la osteomielitis son complicaciones posibles de las infecciones cutáneas.

Infecciones Gastrointestinales en Adultos Mayores

Los adultos mayores son más susceptibles a infecciones gastrointestinales, especialmente por patógenos como Salmonella y Escherichia coli. La mortalidad por diarrea es alta en esta población.

El 51% de los decesos por diarrea ocurre en personas mayores de 74 años, los factores de riesgo incluyen edad avanzada, debilitamiento del sistema inmune y uso frecuente de antiácidos.

La frecuencia de infecciones por Shigella y Yersinia enterocolitica es mayor en esta población y el tratamiento puede incluir el uso de quinolonas para infecciones por Clostridium difficile.

Sepsis y su Diagnóstico en Geriatría

La sepsis es una respuesta extrema a infecciones que puede ser difícil de diagnosticar en adultos mayores debido a síntomas atípicos. La identificación temprana es crucial para mejorar el pronóstico, los síntomas de sepsis pueden incluir letargo, taquicardia y deshidratación.

SEPSIS EN EL ADULTO

Definición:

Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de contraer patógenos infecciosos debido al deterioro de su sistema inmunitario, además de otros cambios relacionados con la edad en todos los sistemas corporales, debido a estas vulnerabilidades, los adultos mayores tienen un mayor riesgo de sepsis. Sepsis se define como un trastorno orgánico en potencia mortal, provocado por una respuesta desregulada del huésped a la infección, y es una de la principal causa de mortalidad y enfermedad crítica.

Epidemiología:

- 26.2 casos por cada 1000 habitantes.
- Bacterias gram negativas son las más frecuentes.
- Neumonía es la causa más común
- Los órganos más afectados son las vías urinarias y pulmones

Factores De Riesgo:

- Sistema inmunológico debilitado
- Enfermedades crónicas
- Uso de dispositivos médicos
- Hospitalizaciones frecuentes
- Movilidad reducida
- Nutrición deficiente

Clínica

Atípica:

- Fiebre-----→ signo más común asociado a sepsis.
- Temperatura oral > a 100 F° (>37.8 °C)
- Temperatura rectal repetidas > 99.5 °F (>37.5 °C)
- > de la temperatura de más de 2 °F (>1.1 °C) sobre la temperatura de referencia
- Confusión
- Delirium

- Escalofríos
- Piel pálida/marmoreada
- Taquicardia

Diagnóstico.

Lactato sérico

- Marcador relevante
- Respuesta de vigilancia al Tx
- Indica mortalidad

Marcadores

- Persona sana <0.1 ng/ml
- Px + 6.2 frente 0.3 ng/ml
- Px en UCI 1.1 g/L SL, 1.9g/L SG, 9.1 g/L CS
- Px con infección nosocomial 5.5 frente 0.7 mg/L

TREM-1

- Liberado de fagocitos activados
- Se encuentra en fluidos de Px infectados
- Gold standart para clínica
- Positivo 20-30% de Px con sepsis
- Dx de infección
- Detección de patógenos

Tratamiento:

- Px con hipoperfusión deben recibir al menos 30ml/kg de cristaloides intravenoso dentro de las 3h
- Px que requieren vasopresores, presión arterial media objetivo debe ser de 65mm Hg
- Norepinefrina, primera opción para pacientes que necesitan vasopresores
- Paciente debe ser evaluado con frecuencia

- Atb intravenosos de amplio espectro deben comenzar dentro de la primera hora de reconocimiento de sepsis

ESTRATEGIAS DE MANEJO DE INFECCIONES PARA SEPSIS Y CHOQUE SEPTICO:

- Terapia antimicrobiana empírica de amplio espectro
- Evaluación periódica para reducir la cobertura antimicrobiana
- Dosificación de los atb debe optimizarse según los principios farmacocinéticos/ farmacodinámicos + propiedades farmacológicas específicas

OSTEOPOROSIS.

Definición:

Es la enfermedad más frecuente del hueso. se caracteriza por el daño y deterioro a la microarquitectura ósea y a la reducción de la densidad mineral que resulta en fragilidad de los huesos y un riesgo incrementado de fracturas. Enfermedad sistemática y progresiva del esqueleto.

Epidemiología:

- Afecta a más de 200 millones de individuos en el mundo
- Causa 9 millones de fracturas al año
- La fractura es la primera manifestación clínica de la enfermedad
- Se espera que en 2050 75% de fracturas por fragilidad sea en países en vías de desarrollo como Asia y Latinoamérica
- Más comunes en mujeres perimenopáusicas.

Factores De Riesgo:

No modificables:

- Sexo
- Genética
- Hueso
- Historia familiar de fractura
- Raza o grupo étnico
- Menopausia

Modificables:

- Sedentarismo e inactividad
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Medicamentos

Diagnóstico:

- Clínico
- Densitometría Dual de Rayos X

Define criterios de clasificación y diagnóstico

Se evalúa la densidad mineral ósea en: Cadera (cuello femoral) Columna lumbar (L1-L4) Fémur tota

- FRAX

Calculan la probabilidad de sufrir una fractura en 10 años.

Se basa en siete factores clínicos y puede usarse con o sin los resultados de la densitometría.

- Marcadores de formación:

Fosfatasa alcalina ósea

Osteocalcina

Propeptidos carboxi

Aminoterminales del colágeno tipo I

- Marcadores de resorción:

Telopéptidos carboxi-terminales

Amino-terminales (NTX) del colágeno

Tratamiento:

- Bifosfanatos

Alendronato de 70 mg y Risedronato de 35 mg una 1 vez a la semana.

Ibandronato diario de 2.5 mg ,Presentación: 150 mg 1/mes e IV c/3 meses

Ácido zoledrónico: Dosis anual de 5mg IV

- Moduladores selectivos de receptores de estrógenos:

Raloxifeno

- Peptidos de la hormona tiroidea.
- Denosumab.
- Calcitonina.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Alteración estructural o funcional renal por >3 meses, con repercusiones sobre la salud. Se diagnostica por disminución de TFG <60 ml/min/1.73 m² o daño renal (proteinuria, albuminuria, alteración en imagen o histología).

Epidemiología:

- Prevalencia global: 10–15%.
- En México: ERC es la segunda causa de muerte por enfermedad crónica no transmisible.
- Alta carga en pacientes con DM2 e hipertensión.

Factores de riesgo:

- Diabetes Mellitus (principal).
- Hipertensión arterial.
- Obesidad.
- Tabaquismo.
- Edad avanzada.
- Uso crónico de AINEs.
- Antecedentes familiares.

Escalas y clasificación:

Clasificación KDIGO por estadio:

- Estadio 1: TFG ≥90 + daño renal.
- Estadio 2: TFG 60–89 + daño renal.
- Estadio 3^a: 45–59, 3b: 30–44.
- Estadio 4: 15–29.
- Estadio 5: <15 (ER Terminal).

Albuminuria:

- A1: <30 mg/g
- A2: 30–300 mg/g
- A3: >300 mg/g

Laboratoriales.

- Creatinina sérica, TFG (CKD-EPI).
- EGO + relación albúmina/creatinina en orina.
- Ecografía renal.
- BH, electrolitos, Ca, P, PTH.
- Estudios inmunológicos si sospecha de etiología primaria.

Complicaciones:

1. Anemia normocítica normocrómica.
2. Hipercalemia.
3. Acidosis metabólica.
4. Hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperparatiroidismo secundario.
5. Enf. Cardiovascular (principal causa de muerte).

Tratamiento:

1. Control de comorbilidades (DM, HAS).
2. Dieta hipoproteica, restricción de sodio y fósforo.
3. IECA o ARA II en proteinuria.
4. Suplementos de vitamina D, quelantes de fósforo.
5. Eritropoyetina si Hb <10 g/dL.
6. Diálisis o trasplante en estadio 5.

LESIÓN RENAL AGUDA:

Deterioro súbito (horas a días) de la función renal, con aumento de creatinina y/o disminución de diuresis. Se basa en criterios KDIGO:

- ↑ Creatinina ≥ 0.3 mg/dL en 48 h, o
- ↑ ≥ 1.5 veces respecto a basal en 7 días, o
- Diuresis <0.5 ml/kg/h por 6 horas.

Epidemiología:

- Alta incidencia en hospitales (hasta 20%).
- Mayor riesgo en UCI, postoperatorios, sepsis.

Factores De Riesgo:

- Edad avanzada.
- Hipovolemia, sepsis, nefrotóxicos.
- Enfermedad renal previa.
- Cirugía mayor, IAM, uso de medios de contraste.

Clasificación: Kdigo Por Estadios:

- 1: Cr ≥ 0.3 mg/dL o $1.5-1.9\times$ basal.
- 2: Cr $2.0-2.9\times$ basal.
- 3: Cr $\geq 3\times$ basal o ≥ 4 mg/dL o inicio de diálisis.

Diagnóstico:

- Creatinina sérica, EGO, BUN, electrolitos.
- Ecografía renal.
- Evaluar volumen urinario.
- Índices urinarios (Na, FEUrea, FEK).
- Marcadores como NGAL (en estudios, no rutina clínica).

Complicaciones:

- Hipervolemia.
- Hipercalemia.
- Acidosis metabólica.
- Uremia.
- Mayor riesgo de muerte hospitalaria.

Tratamiento:

- Tratar causa subyacente.
- Evitar nefrotóxicos.
- Hidratación (si prerrenal).

- Diuréticos si sobrecarga de volumen (furosemida).
- Diálisis si: uremia, hiperkalemia refractaria, acidosis severa, sobrecarga hídrica incontrolable.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO EN EL ADULTO MAYOR:

Proceso sistemático e integral que evalúa el estado nutricional del adulto ≥ 60 años, considerando factores fisiológicos, funcionales, clínicos y sociales, con el objetivo de prevenir, diagnosticar y tratar la desnutrición, obesidad sarcopénica o malnutrición por exceso o defecto.

Incluye la integración de datos antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos y funcionales.

Epidemiología:

- Desnutrición: 10–60% en adultos mayores hospitalizados o institucionalizados.
- En México, según ENSANUT:
- 20–30% de adultos mayores tienen riesgo de desnutrición.
- Obesidad sarcopénica es altamente prevalente en población urbana.
- La malnutrición se asocia con mayor morbilidad, dependencia funcional, infecciones, y mortalidad.

Factores De Riesgo:

- Fisiológicos: pérdida de masa muscular, disminución del apetito (anorexia del envejecimiento), disgeusia, disfagia, hiposmia.
- Patológicos: demencia, EPOC, cáncer, diabetes, depresión, disfagia.
- Sociales: pobreza, aislamiento, viudez, abandono.
- Iatrogénicos: polifarmacia, medicamentos anorexígenos.
- Funcionales: incapacidad para cocinar, masticar o moverse.

Escalas Y Herramientas De Valoración:

- Mini Nutritional Assessment (MNA) – herramienta validada y más usada:
- <17 puntos = desnutrición.
- $17-23.5$ = riesgo de desnutrición.
- ≥ 24 = estado nutricional normal.
- VGS (Valoración Global Subjetiva).
- Índice de Masa Corporal (IMC):
 1. <22 : bajo peso en mayores de 65 años.
 2. $22-27$: adecuado.

3. 27: sobrepeso/obesidad.

- Pérdida de peso involuntaria (>5% en 1 mes o >10% en 6 meses).
- Circunferencia de pantorrilla <31 cm → indicador de sarcopenia.
- Albumina sérica (<3.5 g/dL), prealbúmina, transferrina (valores orientativos, no definitivos).
- SARC-F: cribado de sarcopenia.

Diagnóstico:

- Clínico-funcional: historial nutricional, peso habitual, síntomas GI, situación psicosocial.
- Antropometría: IMC, pliegues cutáneos, perímetro braquial y pantorrilla.
- Bioquímico: Hb, albúmina, linfocitos, B12, vitamina D.
- Dietético: registro alimentario de 24 h o cuestionario de frecuencia alimentaria.
- Funcional: prueba de fuerza de prensión manual, movilidad, pruebas de fragilidad.

Complicaciones De Malnutrición En El Adulto Mayor:

- Inmunosupresión, infecciones frecuentes.
- Retardo en la cicatrización.
- Sarcopenia y fragilidad.
- Caídas, fracturas, úlceras por presión.
- Deterioro cognitivo y mayor riesgo de institucionalización.
- Mayor mortalidad hospitalaria.

Tratamiento Y Abordaje:

- Multidisciplinario: geriatra, nutriólogo, enfermería, trabajador social.
- Nutrición personalizada:
 - Dieta hipercalórica e hiperproteica si hay desnutrición.
 - Aporte de 1.2–1.5 g/kg/día de proteínas.
 - Suplementos orales (modulares, completos).
- Fisioterapia: estimulación muscular, ejercicio de resistencia.

- Tratar causas reversibles: depresiones, fármacos, disfagia.
- Vitaminoterapia:
 - Vitamina D (800–1000 UI/día).
 - B12 (oral o parenteral si hay malabsorción).
- Educación familiar y seguimiento mensual si hay riesgo nutricional.
- En casos graves: nutrición enteral o parenteral (último recurso y con criterio geriátrico estricto).

Referencias.

- Carlos d Hyver, Luis Miguel Gutierrez Robledo, Clemente Humberto Zúñiga Gil. (2019). Geriatria 4ta Edición. El Manual Moderno, Editorial.