



José Carlos Cruz Camacho

Dr. Carlos Manuel Hernández Santos

resumen

Geriatría

6to semestre

“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de junio del 2025

hipotiroidismo

En el adulto mayor, los trastornos endocrinos, respiratorios e infecciosos presentan características clínicas particulares que pueden dificultar su diagnóstico y tratamiento. Es fundamental comprender estas diferencias para ofrecer un abordaje adecuado e integral.

El **hipotiroidismo** en los ancianos se define como una disminución en la producción de hormonas tiroideas (T3 y T4), y suele tener una etiología variada que incluye causas autoinmunes como la tiroiditis de Hashimoto, orígenes iatrogénicos por cirugía o yodo radiactivo, consumo de fármacos como amiodarona o litio, deficiencia de yodo y formas centrales relacionadas con disfunción hipofisaria o hipotalámica. Clínicamente, puede manifestarse de forma insidiosa con síntomas como astenia, depresión, lentitud mental, intolerancia al frío, bradicardia, constipación, piel seca y pérdida de memoria. En muchos casos, se puede confundir con demencia, lo que da lugar al concepto de "pseudoalzheimer". El diagnóstico se basa en niveles elevados de TSH y bajos de T4 libre, además de la presencia de anticuerpos anti peroxidasa en casos de Hashimoto. El tratamiento de elección es la levotiroxina, que debe iniciarse con dosis bajas en adultos mayores para evitar complicaciones cardiovasculares.

En contraste, el **hipertiroidismo** implica un exceso de producción de hormonas tiroideas. Entre sus causas destacan la enfermedad de Graves-Basedow, el bocio multinodular tóxico, el adenoma tóxico y la tiroiditis subaguda en su fase inicial. En los adultos mayores, los síntomas pueden ser atípicos, predominando la pérdida de peso, taquicardia, fibrilación auricular, fatiga, ansiedad e insomnio. En algunos casos, se presenta un "hipertiroidismo apático", caracterizado por la ausencia de signos clásicos. El diagnóstico se confirma por una TSH suprimida y elevación de T3 o T4 libre, complementado con gammagrafía tiroidea y anticuerpos. El tratamiento incluye fármacos antitiroideos, como el metimazol, beta bloqueadores para el control sintomático y, en ciertos casos, yodo radiactivo o cirugía, según la edad y comorbilidades del paciente.

cáncer de tiroides

En cuanto al **cáncer de tiroides**, este puede clasificarse en cuatro tipos principales: papilar, que es el más frecuente y de buen pronóstico; folicular; medular, asociado al síndrome MEN 2; y anaplásico, que es muy agresivo. Su diagnóstico se establece mediante ecografía, biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y estudios funcionales. El tratamiento incluye cirugía, yodo radiactivo y seguimiento con niveles de tiroglobulina. En personas mayores, es fundamental considerar que los síntomas pueden confundirse con el envejecimiento, y que el tratamiento debe ser individualizado, iniciando con dosis bajas para evitar efectos adversos como arritmias o desmineralización ósea.

nódulos tiroideos

Los **nódulos tiroideos** y el **bocio** también son frecuentes en el adulto mayor. El bocio se define como un crecimiento difuso o nodular de la glándula tiroides, que puede asociarse a eutiroidismo, hipotiroidismo o hipertiroidismo. La evaluación inicial de los nódulos incluye medición de TSH, ecografía tiroidea y, si se sospecha malignidad, BAAF. Se debe tener especial cuidado si se detecta un crecimiento rápido, consistencia dura, adenopatías cervicales o antecedentes de exposición a radiación.

enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

En el ámbito respiratorio, la **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)** es una afección frecuente en mayores de 65 años. Se trata de una enfermedad prevenible y tratable caracterizada por una limitación crónica y progresiva del flujo aéreo, causada principalmente por la exposición al humo del tabaco o a biomasa en zonas rurales. Fisiopatológicamente, se produce obstrucción por enfisema y bronquitis crónica, lo que conlleva cambios estructurales pulmonares e infecciones respiratorias frecuentes. Los síntomas más comunes son disnea, tos crónica y

expectoración, además de fatiga, pérdida de peso y cianosis en fases avanzadas. El diagnóstico se realiza por espirometría, confirmando un índice VEF1/CVF < 0.70 tras broncodilatador. El tratamiento se basa en el abandono del tabaco, uso de broncodilatadores, corticoides inhalados, rehabilitación pulmonar y oxigenoterapia en casos de hipoxemia. Además, se recomienda la vacunación contra influenza y neumococo. En geriatría, se deben considerar las comorbilidades, la polifarmacia y realizar una evaluación funcional integral.

trastornos de la deglución

Los **trastornos de la deglución**, o disfagia, son también comunes en personas mayores y representan un riesgo significativo de broncoaspiración, desnutrición e infecciones respiratorias. Se clasifican en orofaríngeos, que afectan el inicio de la deglución (por alteraciones neuromusculares, como en EVC o Parkinson), y esofágicos, asociados a trastornos estructurales o motores como acalasia o estenosis. La clínica incluye tos al comer, voz húmeda, infecciones respiratorias recurrentes y pérdida de peso. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica, estudios funcionales como la videofluoroscopia y endoscopia digestiva alta. El tratamiento debe ser multidisciplinario, con adaptación de la dieta, ejercicios orofaciales, y nutrición enteral en casos graves.

En relación con las **infecciones en el adulto mayor**, las más frecuentes son las del tracto urinario, neumonía, sepsis e infecciones cutáneas. Las infecciones urinarias pueden tener presentaciones atípicas, con síntomas como confusión o deterioro funcional, especialmente en presencia de sondas vesicales. La neumonía en mayores de 80 años puede cursar sin fiebre ni síntomas clásicos, y se asocia a factores como disfagia, demencia o mala higiene oral. La sepsis, por su parte, tiene mayor incidencia y mortalidad en esta población, siendo frecuentemente consecuencia de infecciones urinarias o respiratorias no diagnosticadas a tiempo. Otras infecciones frecuentes incluyen las cutáneas y mucosas (como úlceras por presión o candidiasis) y las virales, como la reactivación del herpes zóster.

Existen múltiples factores que aumentan la vulnerabilidad a infecciones en el adulto mayor, como la inmunosenescencia, la fragilidad, la presencia de comorbilidades, el uso de dispositivos invasivos y la institucionalización. El diagnóstico debe realizarse con un alto índice de sospecha clínica, complementado con estudios de laboratorio e imágenes, sin descuidar la evaluación funcional y cognitiva. El tratamiento debe iniciarse precozmente y ajustarse a la función renal y hepática. La prevención juega un papel crucial e incluye medidas como la higiene oral, la vacunación, evitar sondajes innecesarios, asegurar una buena hidratación y vigilancia activa en instituciones de larga estancia.

sepsis

En pacientes mayores de 65 años, la **sepsis** ocurre con más frecuencia y presenta un desenlace más grave, especialmente cuando se desarrolla en el contexto hospitalario o en unidades de cuidados intensivos.

Entre los factores que predisponen a los adultos mayores a desarrollar sepsis se encuentran las comorbilidades crónicas como la insuficiencia renal, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Además, condiciones propias de esta etapa de la vida, como la fragilidad de la piel, la presencia de úlceras por presión, la alteración del reflejo tusígeno, la disfagia, el uso frecuente de sondas y catéteres, así como el estado funcional y cognitivo deteriorado, contribuyen a una mayor exposición a agentes patógenos, muchos de ellos multirresistentes.

La presentación clínica de la sepsis en el anciano es, con frecuencia, atípica. Es común que no haya fiebre, o que esta sea leve, y en cambio predominen manifestaciones como confusión, letargia, caída del estado funcional y delirium. Esta forma de presentación puede retrasar el diagnóstico y el inicio del tratamiento, lo cual tiene un impacto negativo en el pronóstico. Actualmente, la sepsis se define como una disfunción orgánica aguda causada por una respuesta desregulada del

organismo frente a una infección, y se diagnostica cuando hay un aumento de dos o más puntos en la escala SOFA .

Los principales focos infecciosos en este grupo de edad son las infecciones del tracto urinario y las neumonías, siendo estas últimas particularmente graves. El tratamiento debe iniciarse de forma urgente, idealmente dentro de la primera hora desde la sospecha diagnóstica, e incluye la administración temprana de antibióticos de amplio espectro, la resucitación con líquidos intravenosos y, en caso necesario, el soporte vasopresor. En el adulto mayor, es fundamental ajustar las dosis de los antibióticos a la función renal y hepática, así como prevenir y manejar el delirium, que es una complicación frecuente y de mal pronóstico.

Además, el enfoque terapéutico debe considerar el estado basal del paciente, su capacidad funcional previa, el pronóstico global y, cuando sea apropiado, los objetivos de cuidados paliativos. Se recomienda mantener una comunicación clara con el paciente y su familia para establecer metas terapéuticas realistas.

En cuanto al pronóstico, la sepsis en el anciano tiene una mortalidad significativamente mayor en comparación con la población más joven, especialmente cuando se complica con shock séptico o falla multiorgánica. La mortalidad en UCI por sepsis puede superar el 30 % en mayores de 65 años, y aún más en presencia de enfermedades subyacentes graves.

En conclusión, la sepsis en el adulto mayor debe considerarse una emergencia médica de alta complejidad. El diagnóstico precoz, la intervención terapéutica inmediata y un enfoque integral que contemple no solo el aspecto médico, sino también el funcional y cognitivo del paciente, son claves para mejorar los resultados clínicos en esta población vulnerable.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad ósea metabólica sistémica y progresiva caracterizada por una disminución progresiva de la masa mineral ósea y una alteración de la microarquitectura del tejido óseo en forma de disminución del número y adelgazamiento de las trabéculas y pérdida de conectividad. De esta manera se produce la disminución del grosor cortical y un aumento de la su porosidad

FACTORES DE RIESGO DE LA OSTEOPOROSIS Algunos de los factores de riesgo asociados a esta enfermedad serían: Un índice de masa corporal bajo La ingesta dietética insuficiente de calcio, fósforo, magnesio y vitamina D Baja actividad física El consumo de tabaco y alcohol Un historial familiar de osteoporosis, particularmente un historial de fractura de cadera en los padres. X **OSTEOPOROSIS PRIMARIA** Más del 95 % de los casos de osteoporosis en mujeres y alrededor del 80 % en hombres es primaria y, por lo tanto, sin una causa subyacente identificable. La mayoría de los casos acontecen en mujeres posmenopáusicas y hombres mayores. Sin embargo, ciertas condiciones pueden acelerar la pérdida ósea en pacientes con osteoporosis primaria. Algunos serían la insuficiencia gonadal (tanto en hombres como en mujeres), la disminución de la ingesta de calcio, niveles bajos de vitamina D, ciertos medicamentos e hiperparatiroidismo.

OSTEOPOROSIS SECUNDARIA La osteoporosis secundaria representa menos del 5% de los casos de osteoporosis en las mujeres y alrededor del 20% en el caso de los hombres. Se denomina como osteoporosis secundaria aquella causada por ciertas condiciones médicas o medicamentos que pueden causar o acelerar la pérdida ósea, aumentar el riesgo de fracturas, afectar directa o indirectamente la remodelación ósea o interferir con la adquisición de masa ósea máxima en personas jóvenes. El tratamiento de la osteoporosis secundaria suele ser más complejo que el tratamiento de la osteoporosis primaria, ya que depende de la enfermedad subyacente.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA OSTEOPOROSIS La osteoporosis en si es una patología silente en la que los pacientes permanecen asintomáticos a menos que se haya producido una fractura por fragilidad. Las fracturas no vertebrales suelen ser sintomáticas, y además hasta dos tercios de las fracturas vertebrales por compresión son asintomáticas. Una fractura por compresión vertebral sintomática comienza con un dolor de aparición súbito que por lo general no se irradia, que se agrava al soportar peso y que, por lo general, puede comenzar a remitir en 1 semana, aunque puede persistir un dolor residual que puede durar meses o ser constante, en cuyo caso se deben sospechar fracturas adicionales o otros trastornos subyacentes de la columna.

DIAGNÓSTICO DE LA OSTEOPOROSIS La definición operativa estándar para el diagnóstico de osteoporosis es el hallazgo de una puntuación T de $\leq -2,5$ en la columna lumbar, el cuello del fémur o la cadera total, por pruebas de densidad mineral ósea (DMO) usando absorciometría de rayos X de energía dual (DXA).

La lesión renal aguda (LRA)

La lesión renal aguda (LRA) es un episodio repentino de falla renal o daño renal que se produce en unas horas o unos días. La LRA provoca una acumulación de productos de desecho en la sangre y hace difícil que los riñones mantengan el equilibrio adecuado de líquido en el organismo.

Signos y síntomas Los signos y síntomas de LRA difieren dependiendo de la causa y pueden incluir:

- Orinar muy poca cantidad
- edema de las piernas, los tobillos y alrededor de los ojos
- Fatiga o cansancio
- Dificultad para respirar
- Confusión
- Náuseas
- Convulsiones o coma en casos graves
- Dolor o presión en el pecho

Las pruebas más utilizadas para diagnosticar la LRA son: • Medición de la diuresis, que hace un seguimiento de la cantidad de orina que se elimina cada día. • Análisis de orina, que es un análisis de orina utilizado para detectar signos de insuficiencia renal y falla renal. • Análisis de sangre para comprobar las concentraciones de creatinina, nitrógeno ureico, fósforo, proteínas y potasio. • La FGe es otro tipo de análisis de sangre, que es una estimación de la filtración glomerular y se utiliza para comprobar el funcionamiento de los riñones. • Los estudios de imagen, como la ecografía, examinan los riñones para detectar anomalías. • Biopsia renal

El tratamiento de la LRA suele implicar una estancia hospitalaria. La mayoría de las personas con LRA ya están en el hospital por otro motivo. El tiempo que tendrá que permanecer en el hospital dependerá de la causa de la LRA y de la rapidez con que se recuperen los riñones. En casos más graves, puede ser necesaria la diálisis para controlar la función renal hasta que los riñones se recuperen. El objetivo principal de su proveedor de atención médica es tratar la causa de la LRA.

nutrición

La evaluación del estado nutricional en el adulto mayor es una herramienta esencial en la atención geriátrica, ya que permite identificar condiciones como la desnutrición, el riesgo nutricional o la obesidad, las cuales influyen directamente en la calidad de vida, la funcionalidad y la evolución clínica de las enfermedades. A diferencia de otros grupos etarios, los adultos mayores presentan cambios fisiológicos relacionados con la edad, como pérdida de masa muscular, alteraciones del gusto, disminución del apetito y enfermedades crónicas, que pueden enmascarar o agravar los problemas nutricionales.

El capítulo destaca la importancia de una evaluación integral y sistematizada, que debe incluir la historia clínica nutricional, el examen físico y herramientas específicas de valoración. Entre estas últimas, se encuentra la **Mini Nutritional Assessment (MNA)**, ampliamente recomendada por su sensibilidad para detectar riesgo nutricional en adultos mayores. También se consideran parámetros antropométricos

como el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia del brazo y de la pantorrilla, además de los datos bioquímicos como la albúmina sérica y la hemoglobina, aunque estos últimos deben interpretarse con precaución en presencia de inflamación o enfermedad aguda.

Además, se sugiere evaluar factores sociales, psicológicos y funcionales que puedan estar afectando la ingesta o el aprovechamiento de los nutrientes, como la depresión, la pobreza, la dificultad para deglutir o para preparar alimentos, así como la polifarmacia.

La detección oportuna del deterioro nutricional permite implementar intervenciones individualizadas que incluyan desde la modificación de la dieta hasta el uso de suplementos nutricionales o soporte especializado, con el objetivo de mejorar la funcionalidad, reducir el riesgo de complicaciones y favorecer la recuperación clínica del paciente.

delirium

En el adulto mayor, el delirium se presenta como un trastorno súbito y fluctuante del estado mental, caracterizado por alteraciones en la atención, la conciencia y diversas funciones cognitivas. Lo que distingue este síndrome es su inicio abrupto en cuestión de horas o pocos días y una evolución que oscila a lo largo del tiempo: momentos de lucidez alternan con episodios de confusión profunda

Desde el punto de vista neurobiológico, el delirium surge de varios mecanismos que actúan de forma combinada. Se piensa que hay un desequilibrio neurotransmisor, con una deficiencia colinérgica junto a un exceso de dopamina, además de una inflamación cerebral mediada por citoquinas y un posible estrés oxidativo en las neuronas.

Clínicamente, puede manifestarse de tres maneras distintas:

- **Hiperactivo**, donde el paciente se muestra agitado, confuso, con agitación psicomotora e incluso alucinaciones.
- **Hipoactivo**, un subtipo silencioso: el sujeto está letárgico, apático y somnoliento, y con frecuencia no se detecta a tiempo
- **Mixto**, donde coexisten o se alternan características tanto de hiperactividad como de hipoactividad

El delirium no solo aumenta las complicaciones en el adulto mayor incrementando la mortalidad, la duración de la hospitalización y el riesgo de institucionalización, sino que también impide que el paciente participe en decisiones sobre su cuidado

Se considera que el desencadenamiento del delirium en geriatría es multifactorial: factores predisponentes como la edad avanzada, deterioro cognitivo previo o polifarmacia, se combinan con precipitantes agudos tales como infecciones, hipoxia, deshidratación, alteraciones metabólicas o el uso de fármacos con efecto anticolinérgico.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica, observando el comienzo repentino, las fluctuaciones y el deterioro cognitivo. Se recomienda el uso de herramientas estandarizadas como el **Confusion Assessment Method (CAM)** para agilizar la identificación en entornos hospitalarios o de urgencias.

El abordaje del delirium implica:

1. Detectar y manejar la causa subyacente (como tratar una infección, corregir desequilibrios hidroelectrolíticos o reevaluar medicamentos).
2. Aplicar medidas de soporte no farmacológico (cuidar el ciclo sueño-vigilia, brindar estimulación cognitiva, asegurar un entorno orientador).
3. En casos más agudos o con agitación severa, considerar con cautela intervenciones farmacológicas.

El delirium suele ser reversible si se identifica y trata oportunamente; sin embargo, si no se actúa, puede conducir a un deterioro permanente, mayor discapacidad e incluso al fallecimiento

La depresión en el adulto mayor es un trastorno afectivo frecuente, muchas veces subdiagnosticado, ya que sus manifestaciones pueden confundirse con síntomas del envejecimiento normal o de otras enfermedades crónicas. La presentación clínica suele ser atípica, predominando síntomas somáticos como fatiga, trastornos del sueño, pérdida de apetito, dolores difusos, o quejas cognitivas, antes que el ánimo triste como síntoma central. Esto puede dificultar su reconocimiento, sobre todo en pacientes con comorbilidades o deterioro cognitivo.

Un factor importante es el impacto que tienen las pérdidas acumuladas (familiares, funcionales, sociales) y los cambios en la autonomía y la calidad de vida, lo cual incrementa el riesgo de depresión. Además, puede coexistir con enfermedades como la demencia, enmascarando su presencia o agravando la progresión de ambas condiciones.

El diagnóstico debe realizarse mediante una evaluación integral, considerando factores biológicos, psicológicos y sociales, así como utilizando escalas de tamizaje como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). El tratamiento incluye intervención psicoterapéutica y farmacológica, siendo los antidepresivos (particularmente los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) la opción de primera línea, siempre con vigilancia estrecha por la sensibilidad del adulto mayor a los efectos adversos.