



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**MEDICINA HUMANA**  
**CAMPUS COMITAN**



**RESUMEN DE TEMAS DE**  
**UNIDAD**

Citlali Anayanci Palacios Coutiño

Geriatría

6to semestre grupo A

4ta unidad

## “PATOLOGIA TIROIDEA”

Las enfermedades tiroideas en los adultos mayores presentan características clínicas particulares debido a los cambios fisiológicos del envejecimiento, que pueden enmascarar los síntomas clásicos. Las principales alteraciones tiroideas en este grupo son el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la presencia de nódulos tiroideos.

### 1. Hipotiroidismo

Es la alteración tiroidea más común en el adulto mayor, frecuentemente de origen autoinmune (tiroiditis de Hashimoto). Se presenta con síntomas inespecíficos como fatiga, lentitud mental, depresión, constipación y bradicardia, que pueden confundirse con el envejecimiento normal. Es importante evaluar TSH y T4 libre; el tratamiento con levotiroxina debe iniciarse a dosis bajas para evitar efectos cardiovasculares.

### 2. Hipertiroidismo

Menos frecuente, pero clínicamente más grave. La causa más común en el anciano es el bocio multinodular tóxico. Se manifiesta de forma atípica: pérdida de peso, debilidad muscular, fibrilación auricular, apatía o síntomas depresivos (hipertiroidismo apático). El diagnóstico se confirma con TSH suprimida y T4/T3 elevados. El tratamiento incluye antitiroideos, yodo radioactivo o cirugía, según la condición general del paciente.

### 3. Nódulos y cáncer tiroideo

La presencia de nódulos tiroideos aumenta con la edad; la mayoría son benignos. La evaluación incluye ecografía y, si se requiere, biopsia por aspiración con aguja fina. El cáncer tiroideo en el anciano suele tener un comportamiento más agresivo.

### Consideraciones generales

El diagnóstico puede retrasarse por la presentación atípica de los síntomas. El tratamiento debe individualizarse, considerando comorbilidades y fragilidad. Es clave realizar un abordaje multidisciplinario y monitorizar los efectos del tratamiento.

## **“ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA”**

La EPOC es una enfermedad respiratoria progresiva y prevenible, caracterizada por una obstrucción persistente al flujo aéreo. En el adulto mayor, su abordaje presenta particularidades por los cambios fisiológicos del envejecimiento y las comorbilidades frecuentes.

Etiología y factores de riesgo:

El principal factor es el tabaquismo crónico, aunque también influyen la exposición a biomasa, contaminación ambiental y antecedentes ocupacionales. La edad avanzada incrementa la vulnerabilidad por deterioro de la función pulmonar.

Fisiopatología:

Hay limitación al flujo aéreo no completamente reversible, con enfisema (destrucción de alveolos) y bronquitis crónica (hipersecreción de moco). La pérdida de elasticidad pulmonar y la hiperinsuflación agravan la disnea en el anciano.

Clínica:

Los síntomas más comunes son: disnea progresiva, tos crónica y expectoración. En el adulto mayor, puede manifestarse como fatiga, disminución de la capacidad funcional, y confusión o somnolencia en casos graves. El diagnóstico se apoya en la espirometría ( $FEV1/FVC < 70\%$ ).

Tratamiento Se basa en:

- Abandono del tabaquismo.
- Broncodilatadores inhalados (anticolinérgicos, beta-agonistas).
- Corticoesteroides inhalados, en casos seleccionados.
- Oxigenoterapia domiciliaria, cuando está indicado.
- Vacunación (influenza y neumococo).
- En adultos mayores, es esencial verificar el correcto uso de los inhaladores y ajustar el tratamiento según comorbilidades.

Aspectos geriátricos

La EPOC en el anciano puede contribuir a síndromes geriátricos como caídas, deterioro funcional, desnutrición y depresión. La evaluación funcional, nutricional y psicosocial es clave para un manejo integral.

## **“TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN EN ADULTOS MAYORES”**

Los trastornos de la deglución (disfagia) son frecuentes en los adultos mayores y pueden deberse tanto al envejecimiento fisiológico como a enfermedades neurológicas o estructurales. Aumentan el riesgo de aspiración, desnutrición y neumonía, y tienen un impacto importante en la calidad de vida.

Causas:

- Envejecimiento fisiológico: pérdida de fuerza muscular, disminución del reflejo de deglución y retraso en el tránsito esofágico.
- Neurológicas: ACV, Parkinson, demencia, esclerosis lateral amiotrófica.
- Estructurales: estenosis esofágica, neoplasias, divertículos.
- Iatrogénicas: efectos adversos de fármacos (neurolepticos, benzodiazepinas), radioterapia cervical, intubación prolongada.

Clasificación:

- Orofaringea: dificultad para iniciar la deglución; puede causar tos, atragantamiento o voz húmeda.
- Esofágica: sensación de alimento atorado, dolor torácico, regurgitación.

Manifestaciones clínicas:

- Tos durante o después de comer.
- Cambios en la voz.
- Pérdida de peso no intencionada.
- Neumonías recurrentes.
- Deshidratación o malnutrición.

Evaluación:

- Historia clínica dirigida y exploración funcional.
- Pruebas clínicas: prueba del agua (volúmenes pequeños).
- Estudios especializados: video fluoroscopia, endoscopia con fibra óptica (FEES).

Tratamiento:

- Intervención multidisciplinaria: geriatra, fonoatra, nutriólogo, terapeuta del lenguaje.
- Modificación de la dieta: cambios en la consistencia de sólidos y líquidos.
- Rehabilitación de la deglución: ejercicios de fortalecimiento orofacial y estrategias compensatorias.
- Medidas de seguridad: postura adecuada, alimentación supervisada.
- En casos severos: considerar alimentación enteral (sonda nasogástrica o gastrostomía).

## “INFECCIONES”

Las infecciones en el adulto mayor son una causa importante de morbimortalidad. Su presentación puede ser atípica y muchas veces carece de fiebre o síntomas localizados, lo que dificulta el diagnóstico temprano. El envejecimiento del sistema inmune (inmunosenescencia) y la presencia de comorbilidades aumentan el riesgo.

Cambios relacionados con la edad:

- Respuesta inmune disminuida: menor producción de anticuerpos, reducción de la función de neutrófilos y linfocitos.
- Síntomas atípicos: puede haber delirium, caídas, incontinencia o deterioro funcional sin fiebre ni leucocitosis.
- Frecuente subdiagnóstico o diagnóstico tardío.

Infecciones más comunes:

1. Infecciones urinarias (ITU)
  - Muy frecuentes, especialmente en mujeres y en portadores de sondas.
  - Puede presentarse como confusión aguda o caída.
  - Distinguir entre bacteriuria asintomática e ITU verdadera es fundamental para evitar sobretratamiento.
2. Infecciones respiratorias
  - Incluyen neumonía adquirida en la comunidad y en hospitales.
  - La neumonía puede presentarse con debilidad, taquipnea o confusión sin fiebre.
  - Elevado riesgo de mortalidad.
3. Infecciones cutáneas
  - Celulitis, úlceras por presión infectadas, infecciones por hongos.
  - La piel del anciano es más frágil y susceptible a traumatismos.
4. Infecciones gastrointestinales
  - Diarrea por Clostridioides difficile asociada a antibióticos.
  - Mayor riesgo de deshidratación y complicaciones.
5. Sepsis
  - Puede desarrollarse rápidamente, con presentación atípica.
  - La sospecha temprana y el tratamiento oportuno son clave.

Manejo:

- Evaluación clínica completa, considerando síntomas no específicos.
- Antibioticoterapia dirigida, evitando uso innecesario.
- Prevención: vacunación (influenza, neumococo, herpes zóster), higiene, cuidados en sondas y dispositivos médicos.

## “SEPSIS EN EL ANCIANO”

La sepsis es una respuesta inflamatoria sistémica desregulada frente a una infección, que puede evolucionar rápidamente a shock séptico y fallo multiorgánico. En el adulto mayor, representa una emergencia médica frecuente y de alta mortalidad.

Factores predisponentes en el anciano:

- Inmunosenescencia: disminución de la función inmunológica (menor respuesta de linfocitos, neutrófilos y anticuerpos).
- Comorbilidades: como diabetes, EPOC, enfermedad renal crónica o cáncer.
- Uso de dispositivos: sondas vesicales, catéteres venosos, alimentación enteral.
- Hospitalizaciones frecuentes y mayor exposición a bacterias resistentes.

Presentación clínica atípica:

- Puede no haber fiebre ni leucocitosis.
- Manifestaciones comunes: deterioro del estado general, confusión (delirium), caídas, hipotermia, hipoglucemia o taquipnea inexplicada.
- Estos signos deben alertar al clínico, ya que el diagnóstico puede retrasarse si se esperan los signos clásicos.

Focos infecciosos más comunes:

- Pulmonar: neumonía.
- Urinario: especialmente en mujeres o portadores de sonda.
- Cutáneo: úlceras por presión o celulitis.
- Abdominal: menos frecuente, pero grave.

Diagnóstico:

- Requiere una alta sospecha clínica ante signos de infección y disfunción orgánica.
- Uso de escalas como qSOFA o criterios de SIRS.
- Estudios de laboratorio: hemocultivos, biomarcadores (PCR, procalcitonina), función renal, hepática y gasometría.
- Pruebas de imagen según sospecha del foco.

Tratamiento:

- Inicio precoz de antibióticos de amplio espectro, ajustados según cultivos.
- Reposición de líquidos agresiva, con monitoreo estrecho.
- Soporte de órganos (oxigenoterapia, vasopresores si es necesario).
- Cuidado especial en el ajuste de dosis por función renal y riesgo de efectos adversos.

## **“OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS POR FRAGILIDAD”**

La osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por disminución de la masa ósea y deterioro de la microarquitectura ósea, lo que incrementa el riesgo de fracturas por fragilidad. Es altamente prevalente en el adulto mayor, especialmente en mujeres posmenopáusicas.

Etiología y factores de riesgo:

- Envejecimiento: pérdida ósea acelerada con la edad.
- Déficit de estrógenos en mujeres.
- Factores secundarios: uso prolongado de corticosteroides, malabsorción, hipertiroidismo, insuficiencia renal, alcoholismo, tabaquismo, inmovilidad.
- Deficiencia de vitamina D y calcio.

Fracturas por fragilidad:

- Se producen por traumatismos mínimos (caídas desde la propia altura).
- Fracturas más comunes: vértebras, cadera, radio distal, húmero proximal.
- Las fracturas de cadera están asociadas a alta mortalidad, pérdida funcional y dependencia.

Manifestaciones clínicas:

- La osteoporosis suele ser asintomática hasta que ocurre una fractura.
- Fracturas vertebrales pueden manifestarse con dolor dorsal o lumbar, pérdida de estatura y cifosis progresiva.

Diagnóstico:

- Densitometría ósea (DEXA): mide la densidad mineral ósea (DMO). Un T-score  $\leq -2.5$  indica osteoporosis.
- Evaluación de riesgo con herramientas como FRAX.
- Estudios complementarios para descartar causas secundarias.

Tratamiento:

- Calcio y vitamina D: fundamentales en todos los casos.
- Fármacos antiresortivos: bifosfonatos (alendronato, risedronato), denosumab.
- Anabólicos óseos en casos seleccionados (teriparatida).
- Ejercicio físico: fortalece hueso y músculo, reduce riesgo de caídas.
- Prevención de caídas: evaluación del entorno, corrección visual, control postural.

## **“ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LESIÓN RENAL AGUDA”**

Envejecimiento renal:

Con la edad, se produce una disminución fisiológica progresiva del filtrado glomerular (FG), pérdida de nefronas y esclerosis vascular. Esto hace que el adulto mayor tenga menor reserva renal y mayor susceptibilidad a daños agudos o progresivos.

- Enfermedad Renal Crónica (ERC):

Definición: Alteración estructural o funcional renal persistente por más de 3 meses, con o sin reducción del FG. Se clasifica en estadios según el FG ( $<60$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> es considerado ERC moderada a grave).

Causas comunes: diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, enfermedad vascular renal, envejecimiento.  
Menos frecuentemente: nefritis intersticial, enfermedades autoinmunes.

Manifestaciones clínicas: inicialmente asintomática.  
En estadios avanzados: anemia, fatiga, prurito, edema, hipertensión, trastornos óseos y electrolíticos.

Diagnóstico: Estimación del FG (fórmulas como CKD-EPI ajustadas para edad).  
Evaluación de proteinuria/albuminuria.  
Imagen renal (ecografía) para descartar causas obstructivas.

Tratamiento: Control de presión arterial, glucosa y lípidos.  
Restricción de fármacos nefrotóxicos (AINES, ciertos antibióticos).  
Dieta controlada en proteínas y potasio.  
Derivación a nefrología en estadios avanzados.

- Lesión Renal Aguda (LRA):

Definición: deterioro agudo de la función renal en horas o días, con aumento de creatinina o disminución del volumen urinario.

Causas frecuentes:

Prerrenales: hipovolemia, hipotensión, uso de diuréticos o IECA.  
Renales: necrosis tubular aguda, nefritis intersticial, glomerulonefritis.  
Postrenales: obstrucción urinaria (hiperplasia prostática, litiasis).

Manifestaciones clínicas: Oliguria o anuria, edema, alteraciones electrolíticas (hiperpotasemia), encefalopatía.  
En ancianos puede haber síntomas inespecíficos como letargo o descompensación funcional.

Diagnóstico: Creatinina sérica, BUN, electrolitos, EGO, ecografía renal.  
Evaluar volumen urinario y antecedentes farmacológicos.

Tratamiento:	Corregir	causa	subyacente.
Mantener		volemia	adecuada.
Evitar			nefrotóxicos.

En casos graves: diálisis temporal.

Consideraciones geriátricas comunes:

- En el anciano, ERC y LRA pueden coexistir y agravarse mutuamente.
- La presentación clínica suele ser atípica o silente.
- Ajustar dosis de medicamentos según función renal.
- En todo paciente mayor con deterioro funcional súbito, descartar LRA.

## **“EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL”**

La evaluación nutricional en el adulto mayor es fundamental para detectar desnutrición, riesgo nutricional u obesidad sarcopénica, todos ellos asociados a mayor morbilidad, deterioro funcional y mortalidad. El envejecimiento conlleva cambios fisiológicos y sociales que alteran el apetito, la absorción y el metabolismo.

Factores que afectan la nutrición en el anciano:

- Fisiológicos: pérdida de masa muscular, disminución del gusto y olfato, alteraciones dentales, saciedad precoz.
- Patológicos: enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, demencia, EPOC).
- Psicosociales: depresión, aislamiento, pobreza, dependencia.
- Farmacológicos: medicamentos que afectan el apetito, digestión o absorción.

Herramientas de evaluación nutricional:

- Mini Nutritional Assessment (MNA)  
Herramienta validada y ampliamente utilizada.  
Evalúa ingesta alimentaria, peso, IMC, movilidad, estado psicológico y signos clínicos.  
Clasifica en: estado nutricional normal, riesgo de desnutrición y desnutrición establecida.
- Índice de Masa Corporal (IMC)  
Limita su utilidad aislada en geriatría; puede haber obesidad con pérdida muscular (sarcopenia).
- Pérdida de peso involuntaria  
Pérdida  $\geq 5\%$  en 1 mes o  $\geq 10\%$  en 6 meses es clínicamente significativa.
- Bioquímica básica  
Albúmina, prealbúmina, hemoglobina, colesterol (indicadores indirectos).
- Evaluación dietética  
Historia alimentaria, número de comidas, tipo de alimentos, cambios recientes.
- Exploración física y funcional  
Signos clínicos de desnutrición (piel seca, debilidad muscular, edemas).  
Valoración funcional: capacidad para comer por sí mismo.

Importancia clínica:

- La desnutrición se asocia a infecciones frecuentes, cicatrización lenta, debilidad muscular, caídas y hospitalización prolongada.
- También puede presentarse obesidad sarcopénica, que oculta desnutrición funcional.

Intervenciones sugeridas:

- Soporte nutricional individualizado: dieta adecuada a necesidades y preferencias.
- Suplementos nutricionales cuando hay dificultad para alcanzar requerimientos.
- Abordaje multidisciplinario: médico, nutriólogo, trabajador social y terapeuta.
- Prevención y seguimiento constante, sobre todo en pacientes institucionalizados o con comorbilidades.

## **“DELIRIUM”**

El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico agudo y reversible, caracterizado por alteración de la conciencia, cambio en la atención y cognición, y un curso fluctuante. Es frecuente en personas mayores hospitalizadas, especialmente en pacientes con enfermedades agudas, demencia previa o fragilidad.

Características clínicas:

- Inicio agudo, con curso fluctuante durante el día.
- Alteración de la atención: dificultad para enfocarse, mantenerse o cambiar de foco.
- Cambios en la cognición: desorientación, lenguaje incoherente, trastornos del pensamiento.
- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia.

Subtipos:

- Hiperactivo: agitación, inquietud, agresividad.
- Hipoactivo: letargia, somnolencia, apatía (más frecuente y de peor pronóstico).
- Mixto: alterna ambos tipos.

Factores predisponentes y desencadenantes

#### Predisponentes:

- Edad avanzada.
- Deterioro cognitivo previos
- Trastornos sensoriales (visión, audición).
- Desnutrición, inmovilidad.

#### Desencadenantes:

- Infecciones (ITU, neumonía).
- Fármacos (benzodiazepinas, anticolinérgicos, opioides).
- Deshidratación, hipoxia, dolor no controlado.
- Cirugías, hospitalización prolongada.

#### Diagnóstico:

- Clínico, mediante observación y herramientas validadas como:
- CAM (Confusion Assessment Method):  
Inicio agudo y curso fluctuante.  
Déficit de atención.  
Pensamiento desorganizado.  
Alteración del nivel de conciencia.  
Requiere 1 + 2 + (3 o 4) para diagnóstico.
- Diferenciarlo de demencia o trastornos psiquiátricos primarios.

#### Manejo:

- Identificar y tratar la causa subyacente.
- Evitar fármacos innecesarios o potencialmente delirígenos.
- Medidas no farmacológicas:  
Reorientación frecuente.  
Corregir déficits sensoriales (lentes, audífonos).  
Estimulación cognitiva, control del dolor, hidratación, sueño adecuado.
- Fármacos: se reservan para casos con agitación grave (ej. haloperidol en dosis bajas y cortas).
- Educación del equipo de salud y familiares es esencial.

#### Importancia geriátrica:

- Se asocia a aumento de la mortalidad, pérdida funcional, mayor riesgo de institucionalización y deterioro cognitivo persistente.
- Es prevenible en muchos casos, si se identifican y corrigen factores de riesgo de forma oportuna.

## **“DEPRESIÓN”**

La depresión en el adulto mayor es un trastorno afectivo frecuente que afecta el estado de ánimo, la funcionalidad y la calidad de vida. A menudo se presenta con síntomas atípicos y se confunde con los efectos del envejecimiento normal o con demencia.

Características clínicas:

- Tristeza persistente no siempre evidente (puede predominar el apatía, fatiga o quejas somáticas).
- Pérdida de interés o placer en actividades (anhedonia).
- Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia).
- Alteraciones del apetito y peso.
- Disminución de la concentración o memoria.
- Sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza.
- Riesgo de suicidio aumentado, especialmente en hombres mayores.
- En algunos casos se presenta como depresión enmascarada o depresión somática.

Factores de riesgo:

- Aislamiento social, viudez, institucionalización.
- Enfermedades crónicas (EPOC, dolor crónico, accidente cerebrovascular, cáncer).
- Pérdida de funcionalidad o autonomía.
- Antecedentes personales o familiares de depresión.
- Uso de ciertos medicamentos (corticoides, benzodiazepinas, beta bloqueadores).

Diagnóstico:

- Evaluación clínica cuidadosa, considerando síntomas somáticos y afectivos.
- Herramientas de cribado útiles:  
Escala de Depresión Geriátrica (GDS).  
Yesavage GDS de 15 ítems, adaptada para población anciana.
- Es fundamental diferenciarla de:  
Demencia (en la que predomina el deterioro cognitivo progresivo).  
Delirium (inicio agudo y curso fluctuante).

#### Tratamiento:

- Psicoterapia: individual, grupal o familiar; especialmente útil en depresiones leves o moderadas.
- Antidepresivos: ISRS (ej. sertralina, escitalopram) son los de primera elección por su perfil de seguridad.
- Evitar tricíclicos por efectos anticolinérgicos y riesgo cardiovascular.
- Intervención psicosocial: mantener redes de apoyo, fomentar participación social, actividad física.
- Supervisar adherencia al tratamiento y efectos adversos.

#### Importancia geriátrica:

- La depresión en el adulto mayor puede simular deterioro cognitivo (seudodemencia depresiva).
- Afecta la recuperación de enfermedades físicas y se asocia a mayor mortalidad.
- Requiere un abordaje integral, que incluya aspectos médicos, psicológicos y sociales.