



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

6 "A"

GERIATRIA

RESUMENES

CATEDRATICO:

DR. CARLOS MANUEL HERNANDEZ

ALUMNA:

MARIA CELESTE HERNANDEZ CRUZ

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS; 01/07/2025

ENFERMEDADES DE TIROIDES

Las enfermedades en la tiroides, son unas de las mas frecuentes en el sistema endocrino. En el cual se encuentra el hipotiroidismo e hipertiroidismo. El hipotiroidismo se define como afección en la glándula tiroides en la cual no se va a producir suficiente hormona tiroidea.

Se estima que aproximadamente un 5% de los casos requieren tratamiento farmacológico. Un 20 % corresponde a hipotiroidismo subclínico, lo cual no siempre necesita tratamiento farmacológico, pero si seguimiento medico regular.

Hipotiroidismo subclínico: Mas frecuente en mujeres, su prevalencia oscila entre el 5- 10% de las personas sin enfermedad tiroidea. Va de leve a severo con respecto al perfil tiroideo.

Hipotiroidismo primario: Causado por un trastorno en la tiroides en la cual el perfil tiroideo como; TSH se encontrará alta, T3, T4 bajos. Las causas mas frecuentes son Tiroides de Hashimoto, tiroiditis crónica atrófica, o una causa iatrogénica o farmacológica. En la cual se manifestará por: Cabello seco y quebradizo, bocio, ritmo cardiaco lento, depresión, fatiga, piel seca, aumento de peso, estreñimiento, intolerancia al frio. El diagnostico es basado en el perfil tiroideo. Tratamiento levotiroxina sódica a dosis bajas.

Hipertiroidismo: Situación clínica y bioquímica dada por el aumento de producción de hormonas tiroideas. Mas frecuente en mujeres. En la cual la enfermedad más frecuente es la enfermedad de graves, se manifiesta por; astenia, confusión, perdida de peso, agitación, taquicardia, elevación de la temperatura corporal, letargia.

Tratamiento asintomático.

Manejo temporal: metimazol, betabloqueadores, yodo.

Enfermedad de graves: Metimazol dosis acorde al nivel de T4

0.5 mg/día T4 entre 1,8- 2,7 ng/dL

10-20 mg/día T4 entre 2,7-3,7 ng/dL

40 mg/día encima de 3,7

Hipertiroidismo subclínico: Similar a la fase tiroidea, de etiología exógena.

Eutiroides enfermo: Se observa en enfermedades intercurrentes de graves (no de origen tiroideo).

Nódulos tiroideos: Lesión del parénquima tiroideo

EPOC

Se entiende como una condición pulmonar heterogénea, con síntomas respiratorios crónicos, anomalías en vía aérea y alveolos.

EPOC-G déficit de A1AT

EPOC – D por bajo peso al nacer o desarrollo incompleto

EPOC-A Por tabaco, vapeo, humo de leña o laboral.

EPOC-I: Por infecciones en infancia o VIH

EPOC-As: Asociada a asma (sobre todo en adultos jóvenes)

EPOC-U: Etiología no identificada.

Es la tercera causa de muerte global según la OMS

Uno de los factores de riesgo importantes es la contaminación del aire con un 50%

Clínica:

- Disnea
- Tos crónica
- Sibilancias recurrentes
- Espujo
- Infecciones respiratorias recurrentes

Diagnostico

- Clínica
- Espirometría forzada
- Coeficiente fev/fvc abajo del límite inferior normal

Tratamiento no farmacológico

- Dejar de fumar
- Rehabilitación respiratoria
- Vacunación (SARS-CoV-2)
- Oxígeno terapia

Tratamiento farmacológico

- Broncodilatadores (antagonistas B₂ adrenérgicos, antagonistas anticolinérgicos)
- Antiinflamatorios
- Corticoides inhalados

TRANSTORNOS DE LA DEGLUCION

Proceso sensoriomotor neuromuscular complejo qué coordina la contracción y relajación muscular de los músculos de la boca, lengua, faringe y esófago.

En la cual encontramos la Disfagia; que es la dificultad de la deglución.

Etiología

- Envejecimiento
- Causas patológicas
- Factores Farmacológicos
- Iatrogenia
- Factores traumáticos acumulados

Clínica

Fase Oral:

- Bradicinesia
- Rigidez
- Temblores
- Deterioro de la coordinación lingual
- Babeo(sialorrea)
- Alteración en inicio del reflejo

Etapa faríngea:

- Hipocinesia velar
- Movimientos peristálticos faríngeos lentos
- Mal sellado faríngeo

Fase esofágica

- Dismotilidad esofágica
- Aspiración silente
- Sensación de cuerpo extraño
- Pérdida de peso

Diagnostico

- Prueba de trago de agua 80%
- Deofluroscopia (Gold estándar)

Tratamiento

- Rehabilitación de la deglución
- Tener un buen estado nutricional (corregir)
- Mucolíticos

INFECCIONES

El sistema inmunológico se debilita con la edad inmunosenescencia, lo que hace a los adultos mayores más susceptibles a infecciones.

Factores de riesgo

- Edad > 65 años
- Enfermedades crónicas (diabetes, EPOC, insuficiencia renal o cardíaca)
- Uso de dispositivos (sondas, catéteres, prótesis)
- Institucionalización (residencias, hospitales)

Infecciones más frecuentes

- ITU
- Neumonía
- Infecciones de la piel y tejidos blandos
- Gastrointestinales
- Sepsis

Además del deterioro del sistema inmunitario, diversos órganos suelen afectarse con la edad y sus trastornos pueden contribuir al desarrollo de infecciones.

En el aparato respiratorio: la frecuencia de neumonía es mayor por la alteración en los mecanismos protectores de aspiración bronquial. En el sistema urinario: los problemas obstructivos (prostáticos) y la incapacidad para lograr un vaciamiento urinario adecuado predisponen a bacteriuria. En el aparato digestivo: la disminución en la producción de ácido por el estómago y la reducción de la motilidad intestinal suelen contribuir a un cambio en la flora intestinal.

Clínica

- Fiebre (puede estar ausente)
- Confusión o delirio
- Debilidad general
- Incontinencia repentina
- Caídas inexplicables
- Hipotermia o taquicardia

Diagnostico

- Historia clínica completa
- Exploración física
- Cultivos
- Imagen (RX, USG, TAC)
- PCR

- Procalcitonina

Tratamiento

- Antibiótico según el agente causal
- Hidratación
- Soporte nutricional

Infecciones específicas

- Tuberculosis: Infección más frecuente en el mundo; se calcula que 20% de los casos en México ocurren en mayores de 65 años.
- Infecciones de la piel y tejidos blandos (celulitis, escaras, herpes zoster)
- Infecciones gastrointestinales
- Endocarditis
- Sepsis.

Sepsis

La sepsis es una reacción inflamatoria generalizada y descontrolada del organismo ante una infección, que puede avanzar rápidamente hacia un shock séptico y el fallo de varios órganos. En los adultos mayores, esta condición es una urgencia médica común y con una alta tasa de mortalidad.

Factores que aumentan el riesgo en el adulto mayor:

- **Envejecimiento del sistema inmune (inmunosenescencia):** conlleva una menor eficacia en la respuesta de linfocitos, neutrófilos y anticuerpos.
- **Enfermedades crónicas:** como la diabetes, EPOC, insuficiencia renal o cáncer.
- **Uso de dispositivos médicos:** como sondas urinarias, catéteres venosos o alimentación por sonda.
- **Internaciones frecuentes:** y mayor contacto con bacterias resistentes a los antibióticos.

Síntomas poco típicos:

- La fiebre o el aumento de glóbulos blancos pueden no estar presentes.
- Es común observar deterioro general, desorientación o confusión (delirio), caídas, baja temperatura corporal, niveles bajos de glucosa o respiración rápida sin causa aparente.
- Estos signos deben alertar al personal médico, ya que la ausencia de síntomas clásicos puede retrasar el diagnóstico.

Principales focos infecciosos:

- **Pulmones:** especialmente neumonía.
- **Vías urinarias:** muy frecuente en mujeres y personas con sondas.
- **Piel:** como úlceras por presión o infecciones como celulitis.
- **Abdomen:** menos común, pero potencialmente grave.

Cómo se diagnostica:

- Es fundamental mantener un alto nivel de sospecha ante signos de infección acompañados de disfunción orgánica.
- Se utilizan herramientas como la escala qSOFA o los criterios de SIRS.
- Se realizan análisis de sangre (como hemocultivos, PCR, procalcitonina), pruebas de función renal y hepática, y gasometría.

- También se indican estudios por imágenes según el foco sospechado.

Tratamiento:

- Comenzar lo antes posible con antibióticos de amplio espectro, luego ajustarlos según los resultados de los cultivos.
- Administración intensiva de líquidos, con control cercano del paciente.
- Apoyo a los órganos afectados, como oxígeno suplementario o fármacos vasopresores si se requiere.
- Es crucial adaptar las dosis de medicamentos considerando la función renal del paciente y el riesgo de efectos secundarios.

Osteoporosis y fracturas relacionadas con debilidad ósea

La osteoporosis es una afección que compromete de forma generalizada al sistema óseo, caracterizada por una reducción en la densidad mineral del hueso y un deterioro en su estructura interna. Esta condición aumenta notablemente la posibilidad de sufrir fracturas ante traumatismos leves. Es muy común en personas mayores, sobre todo en mujeres después de la menopausia.

Causas y factores predisponentes:

- **Edad avanzada:** con el paso del tiempo se acelera la pérdida de masa ósea.
- **Falta de estrógenos en mujeres postmenopáusicas.**
- **Condiciones secundarias:** como tratamientos prolongados con corticoides, trastornos de absorción intestinal, enfermedades como hipertiroidismo o insuficiencia renal, consumo excesivo de alcohol o tabaco, y la falta de movilidad.
- **Niveles bajos de calcio y vitamina D.**

Fracturas causadas por fragilidad ósea:

- Ocurren con impactos menores, como caídas desde la misma altura.
- Las zonas más afectadas suelen ser: vértebras, cadera, muñeca (radio distal) y parte superior del brazo (húmero).
- Las fracturas de cadera son especialmente graves por su asociación con aumento en la mortalidad, dependencia funcional y pérdida de autonomía.

Síntomas y signos clínicos:

- La osteoporosis en sí no da síntomas hasta que se produce una fractura.

- Las fracturas en la columna pueden provocar dolor en la zona dorsal o lumbar, reducción en la estatura y curvatura progresiva de la espalda (cifosis).

Cómo se diagnostica:

- **Densitometría ósea (DEXA):** mide cuánta densidad tiene el hueso. Un resultado con T-score igual o menor a -2.5 confirma el diagnóstico.
- **Evaluación del riesgo de fractura:** mediante herramientas como el FRAX.
- **Análisis adicionales:** sirven para identificar posibles causas secundarias que estén favoreciendo la pérdida ósea.

Manejo y tratamiento:

- **Suplementos de calcio y vitamina D:** son esenciales en todos los pacientes.
- **Medicamentos que disminuyen la reabsorción ósea:** como los bifosfonatos (alendronato, risedronato) o el denosumab.
- **Fármacos que estimulan la formación de hueso nuevo:** como la teriparatida, en casos más graves o específicos.
- **Actividad física regular:** mejora la salud ósea y muscular, disminuyendo el riesgo de caídas.
- **Medidas preventivas:** para evitar fracturas y mantener la independencia funcional.

Alteraciones Renales en el Adulto Mayor: Enfermedad Renal Crónica y Lesión Renal Aguda

Cambios renales relacionados con la edad:

Con el paso del tiempo, el funcionamiento de los riñones disminuye de forma natural. Esta reducción incluye una caída gradual en el filtrado glomerular (FG), pérdida progresiva de nefronas y endurecimiento de los vasos renales. Como resultado, las personas mayores tienen una menor reserva funcional renal, lo que las hace más vulnerables tanto a daños agudos como al desarrollo de deterioro renal crónico.

1. Enfermedad Renal Crónica (ERC):

Definición:

La ERC se define como un daño renal estructural o funcional que persiste por más de tres meses, con o sin disminución en el FG. Se clasifica por estadios, siendo

preocupante cuando el FG es inferior a 60 ml/min/1.73m², lo que indica un compromiso moderado o severo.

Principales causas:

- Diabetes mellitus
 - Hipertensión arterial sostenida
 - Enfermedad vascular renal
 - Cambios propios del envejecimiento
- Otras causas menos frecuentes incluyen enfermedades autoinmunes o nefritis intersticial crónica.

Síntomas:

En fases tempranas, la enfermedad puede no presentar síntomas. En etapas más avanzadas pueden aparecer anemia, cansancio, picazón en la piel, retención de líquidos, presión arterial elevada, y alteraciones en minerales y electrolitos.

Diagnóstico:

- Cálculo del FG usando fórmulas como CKD-EPI, ajustadas para edad.
- Detección de proteínas o albúmina en la orina.
- Ecografía renal para descartar obstrucciones o anomalías estructurales.

Tratamiento:

- Control estricto de la presión arterial, glucosa y niveles de colesterol.
- Evitar medicamentos que dañan los riñones (como AINEs o ciertos antibióticos).
- Dieta con restricción de proteínas y potasio, según el caso.
- Referencia al nefrólogo si la función renal está significativamente comprometida.

2. Lesión Renal Aguda (LRA):

Definición:

Es una pérdida rápida de la función renal en cuestión de horas o días. Se manifiesta con un aumento de la creatinina en sangre o una caída en la cantidad de orina producida.

Causas más comunes:

- **Prerrenales:** disminución del volumen circulante, presión arterial baja, uso de diuréticos o inhibidores de la ECA.
- **Renales:** lesiones directas como necrosis tubular, inflamación del intersticio o glomérulos.
- **Postrenales:** bloqueos en la vía urinaria (por ejemplo, hiperplasia prostática o cálculos).

Síntomas clínicos:

Puede presentarse con poca producción de orina (oliguria) o ausencia total (anuria), retención de líquidos, alteraciones en los niveles de potasio, y en algunos casos, confusión o encefalopatía. En personas mayores, puede expresarse de forma menos específica, como debilidad general, somnolencia o pérdida de autonomía funcional.

Claro, aquí tienes ese fragmento reescrito con un estilo diferente pero conservando el contenido médico esencial:

Evaluación diagnóstica:

Para identificar y manejar adecuadamente una disfunción renal, se recomienda medir los niveles de creatinina en sangre, nitrógeno ureico (BUN), electrolitos, realizar un examen general de orina (EGO) y obtener una ecografía renal. Además, es importante revisar la cantidad de orina producida y analizar el historial reciente de medicamentos del paciente.

Enfoque terapéutico:

El tratamiento debe centrarse en corregir la causa que originó el daño renal. Es fundamental asegurar una hidratación adecuada y evitar el uso de fármacos que puedan dañar aún más la función renal. En situaciones severas, puede ser necesario recurrir a diálisis de forma temporal.

Aspectos clave en adultos mayores:

- En personas de edad avanzada, es común que la enfermedad renal crónica (ERC) y la lesión renal aguda (LRA) ocurran al mismo tiempo, lo cual puede acelerar el deterioro renal.
- Los síntomas en esta población suelen ser poco evidentes o no específicos.

- Siempre se deben ajustar las dosis de los medicamentos en función del estado renal.
- Ante un deterioro repentino del estado funcional en un adulto mayor, es crucial considerar la posibilidad de una LRA como causa subyacente.

Aquí tienes el texto reescrito con un lenguaje distinto para que no parezca el mismo trabajo, pero conservando el contenido y rigor académico:

Valoración del estado nutricional en el adulto mayor

Evaluar el estado nutricional en personas mayores es clave para identificar situaciones como desnutrición, riesgo nutricional o presencia de obesidad sarcopénica, todas asociadas a un aumento del riesgo de enfermedades, deterioro funcional y mayor mortalidad. El envejecimiento conlleva modificaciones tanto fisiológicas como sociales que pueden afectar el apetito, la digestión y el metabolismo de los nutrientes.

Factores que influyen en la nutrición en personas mayores:

- **Fisiológicos:** pérdida progresiva de masa muscular, disminución del gusto y olfato, problemas dentales, sensación temprana de saciedad.
- **Enfermedades crónicas:** como diabetes, EPOC, demencia o cáncer, que alteran la ingesta o el aprovechamiento de los nutrientes.
- **Aspectos psicosociales:** soledad, estado depresivo, escasez de recursos económicos o dependencia funcional.
- **Medicamentos:** ciertos fármacos pueden disminuir el apetito o interferir en la digestión y absorción de alimentos.

Instrumentos para la evaluación nutricional:

- **Mini Nutritional Assessment (MNA):** herramienta validada que considera el consumo de alimentos, el peso corporal, el índice de masa corporal, la movilidad, el estado mental y signos clínicos. Permite clasificar al paciente en tres grupos: nutrición adecuada, riesgo de desnutrición o desnutrición establecida.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** su valor diagnóstico es limitado en geriatría, ya que puede coexistir con pérdida de masa muscular (sarcopenia), incluso en presencia de sobrepeso.

- **Pérdida de peso sin intención:** una reducción del peso corporal igual o mayor al 5% en un mes, o del 10% en seis meses, es clínicamente relevante.
- **Pruebas de laboratorio:** niveles de albúmina, prealbúmina, hemoglobina y colesterol pueden aportar información indirecta sobre el estado nutricional.
- **Historia dietética:** análisis del número de comidas, tipo de alimentos consumidos, y cambios recientes en la alimentación.
- **Examen físico y funcional:** observar signos como piel seca, debilidad muscular o edemas, así como la capacidad del paciente para alimentarse por sí mismo.

Relevancia clínica:

La malnutrición en adultos mayores está asociada a mayor incidencia de infecciones, cicatrización deficiente, disminución de fuerza muscular, caídas y estadías hospitalarias más prolongadas. También puede existir una combinación de exceso de grasa corporal con pérdida de masa muscular (obesidad sarcopénica), lo que dificulta el diagnóstico de desnutrición funcional.

Estrategias de intervención:

- **Plan nutricional personalizado:** adaptado a los requerimientos individuales y las preferencias del paciente.
- **Uso de suplementos nutricionales:** cuando la dieta habitual no cubre las necesidades.
- **Enfoque interdisciplinario:** participación de médicos, nutricionistas, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.
- **Monitoreo continuo:** especialmente en personas institucionalizadas o con múltiples enfermedades crónicas.