

GERIATRIA

Alondra Monserrath Diaz Albores

Sexto semestre

Plataforma

PASIÓN POR EDUCAR

“A”

4ta unidad

ENFERMEDADES DE TIROIDES.

En el envejecimiento, hay cambios fisiológicos que afectan la glándula tiroides. Las presentaciones clínicas son atípicas y pueden confundirse con enfermedades cardiovasculares, neurológicas o gastrointestinales. El diagnóstico puede ser complejo debido a síntomas inespecíficos. Es fundamental interpretar correctamente los niveles de TSH en adultos mayores y considerar interacciones farmacológicas.

Hipotiroidismo: Afecta al 5-10% de personas sin enfermedad tiroidea previa. Subclínico (TSH elevada con T4 normal): frecuente; se clasifica en leve o severo. Tratamiento si: hay anticuerpos antiperoxidasa, trastornos cognitivos, depresión, osteoporosis o riesgo cardiovascular. Primario: por tiroiditis de Hashimoto, atrofia tiroidea, causas iatrogénicas o farmacológicas. Diagnóstico: TSH >10 mUI/L, T4 ↓. Tratamiento: Levotiroxina (0.5 mg/kg/día), ajustar cada 4-6 semanas. Casos graves: coma mixedematoso (manejo en UCI con levotiroxina IV y esteroides).

Hipertiroidismo: Prevalencia: 0.5-3%, más común en mujeres. Subclínico: TSH ↓ con T3/T4 normales. Puede deberse a causas endógenas (nódulos tóxicos, autoinmunidad) o exógenas. Tratamiento si: hay síntomas cardiovasculares. Causas: Bocio multinodular tóxico (zonas con poco yodo). Enfermedad de Graves-Basedow (zonas con yodo suficiente). Adenoma tóxico, tiroiditis subaguda, yodo exógeno. Clínica: pérdida de peso, confusión, FA, crisis tirotóxica (1-2%). Tratamiento: Graves-Basedow: Metimazol (dosis según T4L), propranolol, yodo radioactivo, cirugía. Bocio multinodular/Adenoma tóxico: Yodo I-131 o cirugía. Crisis tirotóxica: manejo intensivo (glucocorticoides, antitiroideos, yodo).

Síndrome Eutiroides Enfermo: Niveles bajos de T3/T4 sin hipotiroidismo real. Ocurre en enfermedades graves intercurrentes. No requiere tratamiento tiroideo, mejora al tratar la enfermedad base.

Nódulos Tiroideos: Alta prevalencia en mayores. Factores de riesgo: edad, sexo femenino, radiación, tabaquismo, déficit de yodo. Generalmente asintomáticos, se detectan incidentalmente. Diagnóstico: TSH, ecografía, PAAF (>1 cm), gammagrafía si TSH baja.

Cáncer de Tiroides; Común en >60 años. Tipos: papilar y folicular. Factores de riesgo: sexo femenino, antecedentes familiares, radiación. Diagnóstico: ultrasonido, PAAF, marcadores hormonales. Tratamiento: cirugía, yodo radioactivo, radioterapia, terapia

EPOC

La EPOC es una enfermedad pulmonar heterogénea caracterizada por: Síntomas crónicos: disnea, tos, esputo, exacerbaciones. Obstrucción progresiva del flujo aéreo por alteraciones en vías aéreas y alvéolos. Etiología: EPOC-G: Genética (déficit de A1AT). EPOC-D: Bajo peso al nacer/desarrollo pulmonar incompleto. EPOC-A: Exposición a tabaco, biomasa, contaminación, ambientes laborales. EPOC-I: Infecciones respiratorias infantiles, VIH. EPOC-As: Asociada a asma. EPOC-U: Etiología desconocida. Epidemiología: 3.^a causa de muerte global (OMS, 2023). 3.23 millones de muertes en 2019. Contaminación ambiental contribuye al 50% del riesgo. Factores de Riesgo: Tabaquismo, contaminación, polvos/químicos, infecciones recurrentes en infancia, >40 años, sexo femenino, factores genéticos. Diagnóstico: Evaluar síntomas: disnea, tos crónica, sibilancias, infecciones recurrentes. Historia de exposición a factores de riesgo. Espirometría forzada: FEV1/FVC < 0.7 post-broncodilatador. Uso de escalas de disnea: MMRC, CAT. TAC torácica si se sospecha enfisema o comorbilidades. Diagnóstico diferencial: cáncer, insuficiencia cardíaca, tuberculosis, bronquiectasias, etc.

Pre-EPOC: Presencia de síntomas respiratorios sin obstrucción detectable (FEV1/FVC \geq 0.7). Alteraciones estructurales o funcionales (hiperinflación, atrapamiento aéreo). Comorbilidades Frecuentes: Asma, cáncer pulmonar, tuberculosis, reflujo gastroesofágico, enfermedades cardiovasculares, metabólicas, musculoesqueléticas, depresión, ansiedad. Tratamiento: No farmacológico: Suspensión del tabaco (medida más efectiva). Rehabilitación respiratoria: mejora síntomas y tolerancia al ejercicio. Vacunación: influenza, neumococo, COVID-19, DPT, herpes zóster. Oxigenoterapia: si PaO₂ <55 mmHg o <60 mmHg por \geq 16h/día. Farmacológico: Objetivos: Reducir síntomas y exacerbaciones, mejorar función pulmonar y calidad de vida. 1. Broncodilatadores: Agonistas β 2 adrenérgicos (SABA y LABA). Anticolinérgicos (SAMA y LAMA) 2. Corticoides inhalados (ICS): Indicación: \geq 2 exacerbaciones/año, eosinófilos >300, asma concomitante. Contraindicados si eosinófilos <100, neumonía recurrente, infecciones por micobacterias. Otros fármacos: Inhibidores de fosfodiesterasa-4 (Roflumilast). Antibióticos: azitromicina, eritromicina. Metilxantinas: teofilina, aminofilina. Mucolíticos: N-acetilcisteína, carbocisteína, erdosteína. Anticuerpos monoclonales: mepolizumab, benralizumab.

TRANSTORNOS DE DEGLUCION

Disfagia (trastorno de la deglución) es la dificultad para formar o desplazar el bolo alimenticio de forma segura y eficaz desde la boca hasta el esófago

Se divide principalmente en: Disfagia orofaríngea (80 % de los casos en ancianos): corresponde a alteraciones en la coordinación neuromuscular de boca y faringe, y es la más frecuente en geriatría. Disfagia esofágica (20 %): por alteraciones motrices o estructurales a nivel del esófago, como acalasia, estenosis o cáncer.

Etiología: 1. Neurológica: enfermedades como ictus, Parkinson, Alzheimer especialmente en fases agudas o avanzadas, la disfagia puede afectar hasta el 64 % tras un AVC—2. Sarcopénica: pérdida de masa y fuerza en músculos deglutorios (lengua, suprahioides, faríngeos), efecto del envejecimiento y fragilidad 3. Cambios normales del envejecimiento (presbifagia): menor fuerza, sensibilidad reducida, masticación menos eficiente, xerostomía o mala salud bucal

Complicaciones clínicas: La disfagia reduce la ingesta, provoca desnutrición y deshidratación (prevalencia entre 25–75 %). Aumenta el riesgo de neumonía por aspiración (hasta 50 % en algunos estudios). Asociada a mayor morbilidad/mortalidad, equivalente a enfermedades crónicas como cardiopatías o cáncer.

Diagnóstico: 1. MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad): Administra bolos de distintos volúmenes (5–20 mL) y viscosidades (líquidos, néctar, pudding). Evalúa signos de eficacia (residuos, fragmentación) y seguridad (tos, voz húmeda, caída de saturación ≥ 3 %). Buena sensibilidad (~94 %) y especificidad (~88 %) para detectar disfagia . 2. Videofluoroscopia (VFS): Estándar de oro funcional, permite observar en tiempo real el paso del bolo. Limitada por disponibilidad, movilidad del paciente y equipo.

Tratamiento y manejo: A. Adaptaciones en dieta y líquidos: Ajustar textura y viscosidad del bolo mejora seguridad, con espesantes o purés. Vigilar la viscosidad, ya que espesantes pueden incrementar el riesgo de deshidratación y rechazo. B. Maniobras posturales y reentrenamiento: Técnicas como girar la cabeza o modificar la inclinación del cuello reducen el riesgo de aspiración. C. Soporte nutricional: Nutrición enteral (sonda nasogástrica o gastrostomía) en casos graves: indica ingesta < 50 % de requerimientos, pero no protege contra aspiraciones. D. Manejo integral: Intervención multidisciplinaria: logopedia, nutrición, médicos, enfermería. Buena higiene oral, revisión de fármacos que agravan la disfagia (sedantes, anticolinérgico), optimización de salud bucal.

INFECCIONES

Generalidades: Las infecciones son una causa importante de morbilidad y mortalidad en adultos mayores. La atención adecuada en geriatría es esencial debido al aumento de esperanza de vida. Aumento del 13% en patologías infecciosas nosocomiales y posquirúrgicas.

Características Especiales: Mayor frecuencia de neumonía (3 veces más) e infecciones urinarias (20 veces más).
Causas comunes: bacterias piogénicas, endocarditis, diverticulitis, infecciones dérmicas.

Diagnóstico más difícil por síntomas inespecíficos y alteraciones anatómicas (ej. incontinencia).

Factores de Riesgo: Inmunosenescencia: Disminución de células T e inmunidad. Inflammaging: Inflamación crónica de bajo grado. Desnutrición: Deficiencia calórica y de micronutrientes. Cambios anatómicos y fisiológicos en órganos predisponen a infecciones.

Tipos de Infecciones: 1.Respiratorias: Neumonía por aspiración. 2.Urinarias: Bacteriuria por problemas obstructivos. 3.Digestivas: Cambios en flora intestinal. 4.Cutáneas: Heridas, úlceras, escaras. Herpes zóster, celulitis. Disminución de células de Langerhans.

Enfermedades Específicas: Tuberculosis: Reactivación de infecciones antiguas; síntomas atípicos en ancianos. Fiebre de origen oscuro: Puede ser indicio de infecciones graves, neoplasias o enfermedades autoinmunes.

Sepsis: Difícil diagnóstico por síntomas atípicos. Síntomas: letargo, taquipnea, confusión, caídas, incontinencia.

Tratamiento afectado por cambios en farmacocinética y farmacodinamia: metabolismo alterado, absorción gástrica reducida.

OSTEOPOROSIS

Enfermedad ósea crónica, progresiva y sistémica. Se caracteriza por la disminución de la densidad mineral ósea (DMO) y deterioro de la microarquitectura ósea. Aumenta el riesgo de fracturas, especialmente en cadera, vértebras, muñeca y antebrazo.

Clasificación: 1. Primaria: Tipo I (posmenopáusica): mujeres tras la menopausia. Tipo II (senil): ambos sexos en edad avanzada. 2. Secundaria: Causada por otras enfermedades o tratamientos médicos.

Epidemiología: Afecta a más de 200 millones de personas en el mundo. Provoca alrededor de 9 millones de fracturas al año. En 2050, se estima que el 75% de las fracturas ocurrirán en países en desarrollo.

Factores de Riesgo: Modificables: dieta pobre en calcio, sedentarismo, tabaquismo, alcohol. No modificables: edad, sexo femenino, antecedentes familiares. Genéticos: polimorfismos de colágeno y receptores de vitamina D.

Diagnóstico: Clínico: historia de fracturas y factores de riesgo. Densitometría ósea (DXA): T-score: -2.5 o menos = osteoporosis en mayores de 50 años. Z-score: usado en jóvenes, compara con personas de la misma edad. Herramientas adicionales: FRAX: estima riesgo de fractura a 10 años. TBS/3D-DXA: evalúan calidad ósea adicional.

Fisiopatología: Desequilibrio entre resorción ósea (osteoclastos) y formación ósea (osteoblastos). Se acelera con la edad.

Biomarcadores: Formación ósea: fosfatasa alcalina, osteocalcina, propeptidos. Resorción ósea: CTX y NTX.

Tratamiento Médico: 1. Bifosfonatos (inhiben resorción ósea): Alendronato, Risedronato, Ácido zoledrónico. Efectos adversos: esofagitis, osteonecrosis mandibular. 2. Moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERMs): Raloxifeno: reducción de fracturas vertebrales. 3. Péptidos hormonales: Teriparatida: estimula formación ósea, uso hasta 24 meses. 4. Denosumab: Anticuerpo monoclonal, inhibe osteoclastos. Dosis SC cada 6 meses. 5. Calcitonina: Menos usada. Efecto analgésico. 6. Nuevas moléculas: Romosozumab y abaloparatide: estimulan formación ósea.

Prevención: 1. Identificar factores de riesgo. 2. Nutrición adecuada: calcio y vitamina D. 3. Estilo de vida saludable: ejercicio, evitar alcohol y tabaco. 4. Educación desde etapas tempranas.