



**Nombre del alumno: Rashel Citlali
Rincon Galindo**

**Nombre del profesor: Carlos Manuel
Hernández Santos**

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Geriatria

Grado: 6º

Grupo: “B”

Comitán de Domínguez Chiapas a 05 de junio de 2025.

Evaluación Nutricional En La Vejez

Evaluación del Estado Nutricional en la Vejez

La nutrición es un pilar fundamental para la vida, y su deterioro en la vejez, especialmente la pérdida de la capacidad de alimentarse, tiene un impacto significativo en la calidad de vida. Nos referimos a una persona mayor de 65 años que experimenta dificultades en el consumo de alimentos.

Epidemiología y Vulnerabilidad

Las personas mayores son más vulnerables a la fragilidad y a múltiples enfermedades. Con la edad, el apetito y la cantidad de alimentos consumidos suelen disminuir, lo que dificulta la ingesta adecuada de macro y micronutrientes.

Desnutrición: Un Problema Prevalente

La desnutrición se define como un déficit alimentario, una alteración en la composición corporal y una ingesta insuficiente. La prevalencia de la malnutrición en personas mayores es alta, oscilando entre el 23% y el 60%.

Evaluación Nutricional: Un Proceso Clave

La evaluación nutricional es esencial para detectar la malnutrición o desnutrición, y debería ser parte de los exámenes habituales. Permite realizar diagnósticos nutricionales precisos e identificar estados de carencia o exceso de nutrientes, a menudo a través de marcadores bioquímicos. El proceso de evaluación se divide en dos pasos: primero, la detección del riesgo de desnutrición utilizando pruebas de cribado disponibles; y segundo, la realización de una evaluación completa de la desnutrición.

Criterios Clínicos de Desnutrición

Al evaluar a un adulto mayor, se deben considerar los siguientes criterios clínicos: ingesta reducida de alimentos y anorexia, pérdida de peso involuntaria, reducción de la masa magra/libre de grasa, presencia de enfermedades e inflamación, y un Índice de Masa Corporal (IMC) bajo y bajo peso.

Métodos de Evaluación

Para una evaluación nutricional exhaustiva, se emplean diversos métodos: el Mini Nutritional Assessment (MNA), una herramienta específica y muy utilizada para evaluar la desnutrición en adultos mayores; la Historia Clínica Nutricional, que recopila información detallada sobre hábitos alimentarios, historial médico y social; la Evaluación Antropométrica, que incluye medidas físicas como el peso, la talla, el IMC y las circunferencias corporales; y la Evaluación Bioquímica, que analiza la sangre para determinar los niveles de vitaminas, minerales y proteínas, entre otros marcadores.

HIPOTIROIDISMO

Definición

Es una condición crónica en la que la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas (T4 y T3), causando un enlentecimiento generalizado de funciones metabólicas, cardiovasculares, neuromusculares y gastrointestinales.

Epidemiología

- El hipotiroidismo clínico afecta aproximadamente al 0.3–0.4 % de las mujeres y <0.1 % de los hombres; subclínico se ubica en 4–8 % de la población general, con mayor prevalencia en adultos mayores (>60 años) hasta 10 % .
- En zonas con consumo adecuado de yodo, los casos congénitos son de 1 en 3,000 a 1 en 5,000 nacidos vivos .
- El hipotiroidismo autoinmune (Hashimoto) es la causa primaria en países desarrollados, con una predisposición genética evidente (familia cercana con enfermedad tiroidea).

Clasificación

1. **Primario:** fallo tiroideo (Hashimoto, cirugía, ablación).
2. **Secundario:** disfunción hipofisaria – TSH baja/normal y T4 baja.
3. **Terciario:** daño a nivel hipotalámico (↓ TRH).
4. **Subclínico:** TSH elevada, hormona libre normal; riesgo de progresión.
5. **Congénito:** detectado vía tamiz neonatal; imprescindible inicio temprano del tratamiento.

Diagnóstico

- **TSH** es la prueba de elección (primaria), acompañada de **T4 libre** si está alterada.
- **Anticuerpos anti-TPO/anti-Tg:** más del 90 % en hipotiroidismo autoinmune .
- **Ultrasonido:** detecta tiroiditis crónica, nódulos, bocio difuso o nodular.

Tratamiento

- **Levotiroxina:** se inicia con 1.6 µg/kg/día en adultos jóvenes; en pacientes mayores o con enfermedad cardíaca la dosis inicial es menor (25–50 µg/día)
- Reevaluación de TSH 6–8 semanas después del inicio o ajuste, luego cada 6–12 meses.
- Administrar en ayunas, separada de alimentos/fármacos como calcio, hierro o antiácidos.
- En hipotiroidismo subclínico con TSH >10 mU/L y presencia de síntomas o riesgo cardiovascular, se sugiere inicio de tratamiento.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Definición

Enfermedad respiratoria crónica con obstrucción al flujo aéreo no completamente reversible, identificada por una relación FEV1/FVC <0.70 tras broncodilatador.

Epidemiología

- Afecta a más de 380–390 millones de personas en todo el mundo; causó 3.2–3.5 millones de muertes en 2019–2021, siendo la tercera causa principal de muerte global.
- Más del 90 % de las muertes ocurre en países de ingresos bajos y medios
- Prevalencia mundial en adultos: 10–16 %, con tendencia a igualarse entre géneros, aunque tradicionalmente mayor en hombres.
- En México, la EPOC es la novena causa de muerte masculina, con un 57.6 % de casos asociados al humo de leña.

Clasificación

- **Por GOLD (grado de obstrucción):**
 - Grado 1 (leve): FEV1 ≥80 %
 - Grado 2 (moderado): 50–79 %
 - Grado 3 (grave): 30–49 %
 - Grado 4 (muy grave): <30 % o insuficiencia respiratoria.
- **Grupos ABCD:** clasificados por síntomas (mMRC/CAT) y exacerbaciones.
- Tipos de exacerbaciones clasificadas según Anthonisen (sibilancias, esputo, disnea) .

Diagnóstico

1. **Espirometría** con prueba broncodilatadora es mandatoria.
2. **Evaluación clínica:** disnea (mMRC), calidad de vida (CAT).
3. **Imágenes:** RX de tórax y TAC si hay dudas; hallazgos típicos: hiperinsuflación, bullas, enfisema.
4. **Otras pruebas:** gasometría arterial, DLCO, si se sospecha enfisema avanzado o insuficiencia respiratoria.

Tratamiento

Principios fundamentales:

- **Abandono del tabaco:** reduce progresión y mortalidad.
- **Vacunación anual** contra influenza, neumococo y COVID-19.
- **Rehabilitación pulmonar:** ejercicio supervisado, educación y manejo psicológico.

Farmacoterapia:

- Broncodilatadores:
 - SABA y SAMA en crisis agudas.
 - LABA y LAMA en tratamiento mantenido, solos o en combinación.
- Corticoides inhalados para exacerbaciones frecuentes (≥ 2 /año o 1 hospitalización).
- Antibióticos y corticoides sistémicos en agudizaciones tipo II–III según Anthonisen.
- **Oxigenoterapia domiciliaria** para hipoxemia crónica ($\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mmHg}$).
- **Terapia biológica** en estudio, enfocada en moléculas inflamatorias como IL-4, IL-13, IL-33.

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN (DISFAGIA)

Definición

La disfagia es la dificultad para tragar que puede involucrar una o más fases del proceso: oral, faríngea o esofágica, lo que puede causar aspiración, malnutrición y deshidratación.

Epidemiología

- Es prevalente en un 30 – 40 % de los adultos mayores en residencias, con un aumento significativo en pacientes con accidente cerebrovascular (hasta 65 %) y enfermedades neurodegenerativas.
- El equipo del Hospital Vithas Sevilla manejó a casi un millar de pacientes, demostrando que un tratamiento transdisciplinar reduce complicaciones graves como desnutrición e infecciones respiratorias, lo que subraya su relevancia clínica.

Clasificación

- **Orofaringea:** el problema está al iniciar la deglución.
- **Esofágica:** obstrucción al paso del bolo.
- Según etiología: **funcional (neurológica)** o **estructural (estenosis, tumores)**.

Diagnóstico

1. Evaluación clínica: test de agua, volumen–viscosidad, observación de tos, signo de penetración.
2. **Videofluoroscopia:** método principal para definir fases alteradas.
3. **Endoscopia digestiva alta:** útil en disfagia esofágica.
4. **Manometría esofágica:** evalúa motilidad en casos de disfagia funcional.

Tratamiento

- Enfoque transdisciplinario (logopeda, nutricionista, fisioterapeuta, neuropsicólogo): el tratamiento intensivo combinado reduce riesgo de desnutrición e infecciones.
- Técnicas avanzadas: estimulación transcraneal, electroestimulación muscular, terapia miofuncional.
- Dieta adaptada (textura y consistencia optimizadas), hidratación, suplementos nutricionales.
- En casos severos, alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía.

OSTEOPOROSIS

Definición

Enfermedad esquelética caracterizada por baja densidad ósea y deterioro en la microarquitectura, lo que aumenta la fragilidad y el riesgo de fracturas por trauma leve.

Epidemiología

- A partir de los 50 años, alrededor del 30 % de las mujeres desarrolla osteoporosis; a los >70 años, hasta un 50 %.
- Afecta también a hombres: ~13 % de mujeres posmenopáusicas y 6 % de hombres >50 años.

Clasificación

- **Primaria:**
 - Tipo I: postmenopáusica.
 - Tipo II: senil.
- **Secundaria:** asociada a enfermedades endocrinas, renales, medicamentos (glucocorticoides).

Diagnóstico

- **DXA (densitometría):**
 - T-score ≥ -1 : normal.
 - T-score entre -1 y -2.5 : osteopenia.
 - T-score ≤ -2.5 : osteoporosis.
- Evaluación de FRAX® para estimación de riesgo a 10 años.
- Laboratorio: calcio, fósforo, PTH, vitamina D.
- Identificación de fracturas vertebrales vía radiografía.

Tratamiento

- Guía del Hospital General Universitario de Elche recomienda combinación de tratamiento no farmacológico (ejercicio, dieta, exposición solar) y farmacológico con principios de terapia secuencial: primero anabólicos y luego antirresortivos.
- **Fármacos antirresortivos:**
 - Bifosfonatos: alendronato, risedronato, ibandronato, zoledronato.
- **Fármacos osteoformadores:** teriparatida, romosozumab.
- Suplementos: calcio 1,000–1,200 mg/día y vitamina D 800–1,000 UI.
- Ejercicio de carga y resistencia mejora densidad ósea, capacidad funcional y equilibrio.

FRACTURAS POR FRAGILIDAD

Definición

Fracturas que resultan de golpes mínimos, producto de hueso debilitado, característico de la osteoporosis.

Epidemiología

- En Europa se registraron 2.7 millones de fracturas por fragilidad en 2017; la mortalidad tras fractura de cadera es del 15 – 30 % al año.
- Las fracturas vertebrales frecuentes suelen pasar desapercibidas, pero incrementan el riesgo de nuevas fracturas y complicaciones.

Clasificación

- **Vertebrales y no vertebrales** (cadera, muñeca, húmero proximal).
- **Atípicas:** asociadas a uso prolongado de bifosfonatos.

Diagnóstico

- Radiografía de sitios sospechosos.
- Evaluación densitométrica para valorar osteoporosis.
- Screening de causas secundarias (laboratorios endocrinos, renales).

Tratamiento

- Agudo: analgesia, inmovilización, evaluación ortopédica (cirugía frecuente en fractura de cadera).
- Rehabilitación precoz con fisioterapia asistida por andadores, ortesis.
- Iniciar tratamiento para osteoporosis inmediatamente tras la fractura (bifosfonatos o denosumab).

- Prevención secundaria fundamental: dieta, ejercicio, medidas para prevenir caídas.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

Definición

Deterioro persistente de la función renal (≥ 3 meses), caracterizado por TFG < 60 ml/min/1.73 m² o daño renal (albuminuria > 30 mg/g).

Epidemiología

- Afecta aproximadamente a un 10 % de la población mundial (~700 millones).
- Factores predisponentes: diabetes, hipertensión, obesidad.

Clasificación (KDIGO 2024)

- **Gradación por TFG (G1–G5) y albuminuria (A1–A3).**
- Enfoque “CGA”: Causa-Grado-Albuminuria, con énfasis en identificar etiología y usar cistatina C para mejorar estimaciones de TFG.

Diagnóstico

- Estimación de TFG con fórmula CKD-EPI (creatinina y/o cistatina C).
- Evaluación de albuminuria-creatininuria.
- Análisis de electrolitos, hemoglobina, PTH, lípidos.
- Estudios por imagen según clínica.

Tratamiento

1. **Control de presión arterial** ($< 130/80$) con IECA o ARA-II.
2. **Uso de iSGLT2** con beneficios renales incluso sin diabetes.
3. En diabéticos: metformina (si TFG ≥ 30), iSGLT2, GLP-1 como opción adicional.
4. **Control de peso**, restricción moderada de sal (4–6 g/día) y proteínas (0.8 g/kg/día si TFG < 30).
5. **Manejo de anemia**: hierro si sat transf ≤ 30 % / ferritina ≤ 500 ng/ml; eritropoyetina si Hb < 10 g/dl.
6. **Hiperuricemia**: tratar síntomas con xantinoxidasa si el ácido úrico > 7 mg/dl.
7. **Dislipidemia**: estatinas en pacientes > 50 años.
8. Si hiperkalemia persistente, se suspenden IECA/ARA-II y se manejan el potasio antes de reintroducir.
9. **Evaluación de riesgo de progresión** mediante KFRE para decidir derivación nefrológica o iniciar preparación para diálisis/trasplant