UDS
Mi Universidad

UDS

PASIÓN POR EDUCAR

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA

Nombre del Alumno: Leonardo López Roque

Nombre del tema: Resúmenes

Nombre de la Materia: Geriatría

Doctor: Dr Carlos Manuel Hernández

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Parcial: 4to

Grado y grupo: 6 - B

Semestre: 6to

Enfermedades tiroideas en el adulto mayor

- Definición: Se determina por las concentraciones de TSH y de las hormonas tiroideas, la prevalencia varía acorde a la población
- Hipotiroidismo subclínico: Muy frecuente en mujeres. Se debe a la ausencia de síntomas y de signos típicos → evolución a hipotiroidismo clínico
  - TSH basal ≤ > 10 MUI/L con T4L normal (0,8-1,33 ng/dl)
  - Severo: 10 a 20 MUI/L (0,35-4,9) con T4L normales

Hipotiroidismo primario → sustrato autoinmune, tiroiditis de hashimoto y la tiroiditis crónica atrófica, deficit de yodo y farmacológico.

Cuadro clínico: Propios del envejecimiento o enfermedades concomitantes
- Astenia
- Intolerancia al frío
- Sequedad de la piel
- Debilidad
- Bradiautesia
- Alteración de los reflejos miotendinosos

Diagnóstico:
- TSH >10 MUI/L (0,35-4,9 MUI/L) con T4L anormal (0,8 ng/dl)
- Presencia de anticuerpos antitiroperoxidasa (AC-TPO) y anti-TSHr

Tratamiento
- Levotiroxina sódica VO 0,5 mg/kg/día 4-6 semanas
- Antidiabéticos, diuréticos y anticoagulantes y esteroides

Hipertiroidismo

Definición: Situación clínica y bioquímica dada por el aumento de hormonas tiroideas elevando T4L y descenso TSH. Frecuente: mujeres

Causa frecuente: Deficiencia de yodo - adenoma tóxico

Clínica: Tirotoxicosis apática, cansancio, ↓ peso, confusión y agitación - depresión

Dx:
- Anamnesis y exámen físico
- Prueba TSH suprimida y ↑T4L

Amiodarona → contraindicado

Tx: Antitiroideos
- Metimazol, b-bloqueadores, yodo inorgánico
- y glucocorticoides
- Yodo radiactivo o cirugía
- Metimazol 20 mg

Escaneado con CamScanner

EPOC

Definición: Enfermedad causada por la exposición crónica al humo de la combustión del tabaco. • Tercera causa de muerte

Edad: <70 años contaminación intramuros por combustión de biomasa

Clasificación

1) Epoc genéticamente determinada
2) Epoc-D
3) Epoc ambiental
   - Cigarro
   - Biomasa
   - Infecciones
   - Asma

Clínica:

Disnea, tos crónica, sibilancias recurrentes y exp: tabaco

Diagnóstico: Realizar → Espirometría forzada Fev1/FVC <0.7 post broncodilatador

Clasificación Gold: Mide con la magnitud de la obstrucción por Fev1 posbroncodilatador → Moderada: 50% <Fev1, <80% predicho
→ Grave: 30% <Fev1, <50% predicho

- Historia familiar de Epoc
- Escala modificada de disnea: Presencia de ahogo al realizar actividades
- Indice de tabaco y biomasa: Evalúa el riesgo de Epoc
- Cuestionario de evaluación CAT y COPD: Evalúa el impacto de la calidad de vida - Epoc

Tratamiento

Pilar → Dejar de fumar + Rehabilitación pulmonar

Oxigenoterapia → PaO2 <55 mmHg o PaO2 <60 mmHg

Broncodilatadores

Corta acción
- Salbutamol
- Fenoterol

Larga acción
- Formoterol
- Olodaterol

Anti-inflamatorios
- Parches de nicotina
- Ibuprofeno

- Macrólidos
- B-anticolinérgicos de M2 y M3

Escaneado con CamScanner

Trastornos de la deglución en adultos mayores

Deglución → alteración orgánica o funcional en el trazecto que sigue el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Frecuente: UCI

Factores que modifican la deglución:

1) Volúmen 2) Viscosidad 3) Temperatura 4) Postura 5) Fármacos

Pares craneales: V, VII, IX, X y XII

Fases de la deglución

- Fase oral: preparatoria, transitoria y reflejo
- Fase bucofaríngea y faríngea
- Fase esofágica

Clínica:

- Tos
- Disfagia
- Sensación anormal

Clínica + diagnóstico

- Disfagia aislada
- Evaluación par-craneal
- Auscultar cervical
- Prueba de trago o de smithard
- Examen de la cavidad oral
- Escala de eating: evalúa el riesgo de disfagia - clínico

Gold-standar: Deuofluoroscopía video

Divertículo común: Zenke

Tratamiento

- Terapia nutricional
- Suplementos nutricionales
- Farmacoterapia
  - Mucolíticos
  - Antiácidos
- Modificación de la postura corporal
- Modificación de posición corporal

Fármacos

- Benzodiacepinas
- Antiarítmicos
- Anti-depresivos

Escaneado con CamScanner

Infecciones

Definición → Algunas infecciones son más comúnes en el adulto de edad avanzada comparado con la población de entre 20 y 50 años → Común: Neumonías adquiridas

Microorganismos: Bacterias Piógenas y por tipo de infección urinarias, respiratorias bajas, digestivas, cardiovasculares, así como piel y teidos.

Clínica: Fiebre signo cardinal Infecciones 20 a 30%.

- caídas
- Delirium
- Anorexia
- Debilidad generalizada

Laboratorio: Proteína c reactiva marcador de alta sensibilidad

Diagnóstico → multidisciplinario

- Ecocardiograma transtorácico
- calcificaciones escósenicas
- marcapasos

→ Disminución de celulas T Inmunosenescencia: Mayor riesgo de infecciones en el adulto Mayor

- Desnutrición

Infección por causa de envejecimiento: Chlamydia Pneumoniae → crónico-degenerativo

Aterosclerosis: Marcador Aspectos éticos: Neumonía

Infecciones específicas: Tuberculosis, herpes zoster, celulitis y escaras de cúbito

Tratamiento

- Isoniazida
- Rifampicina
- Etambutol
- Pirazinamida

Escaneado con CamScanner

Sepsis en el anciano

Definición: respuesta inflamatoria sistémica secundaria a infección; está debe incluir proceso infeccioso definido o sospechado: SIRS

común: adultos mayores >80 años Neumonía, IVU y EVC

- Sepsis grave → Asociada a disfunción órgánica + hipotensión - oliguria y ↓ estado mental
- Choque séptico → Hipotensión arterial sistémica inducida por hipoperfusión tisular
- Sx de disfunción órgánica: alteración órgánica en un px enfermo de forma aguda

Cuadro clínico: • Fiebre >38°c • Confusión • caídas • ↓ estado funcional • Disuria • IC • Anemia

Diagnóstico

→ Hemocultivos: positivos en un 20-70% en px con sepsis

• PCR • Estudio de fiebre

• Metodo de reconocimiento ADN Evaluación → Gram negativos

Escala de sofa → Clasificación del estado séptico del px

Tratamiento:

Terapia antibiótica Delirium: Benzodiacepinas

- Vancomicina • Meropenem
- Tobramicina Tratar su causa específica

Cardiopatía isquémica en el adulto mayor

Definición → Principal causa de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores

causada → Aterosclerosis y o por oclusión trombótica de las arterias coronarias Edad: Fx de riesgo principal y superviviendo Postinfarto

Clasificación
- Aguda: con o sin elevación ST + IAM o angina estable
- Crónica: Post isq o Microvascular + cardiomiopatía isquémica

Escaneado con CamScanner

Abordaje diagnóstico → Sintomatología: • Dolor precordial, opresivo EVA 10/10 con irradiación a la escápula, cuello o los brazos • Diaforesis • Náuseas
• Deseos de evacuar

Herramientas diagnósticas

A) Prueba de esfuerzo
B) Ecocardiograma
C) Angiotomografía
D) TAC
E) TAC + emisión de fotones
F) RM

Tratamiento Terapia antitrombótica: Anticoagulantes > antiagregantes

Intervención coronaria percutánea: Gold-estándar Inhibidores P2Y12 (clopidogrel, prasugrel y ticagrelor)

• Terapia anticoagulante: Heparina no fraccionada
• Estatinas: efecto placebo
• Tx invasivo: Revascularización coronaria percutánea

Escaneado con CamScanner

OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS POR FRAGILIDAD

Definición; Es la enfermedad más frecuente del hueso. Se caracteriza por el daño y deterioro de la microarquitectura ósea y la reducción de la densidad mineral que resulta en fragilidad de los huesos y un riesgo incrementado en fracturas.

Epidemiología: los principales factores de riesgo para padecer OP además de tener una densidad ósea disminuida, presentan otros factores de riesgo clínico como:

- *Edad - historia familiar - Sexo - Personal de FF o extrínsecos como propensos a las caídas - Alteración endocrina - IMC <19 - Genética*
- *Alcohol y tabaco - Medicamentos*

Ubicación: Lumbar, cadera o antebrazo en mujeres postmenopáusicas de raza blanca.
DMO superiores a -1 desviación estándar valores de DMO -1 y -2,5 inferiores

Clasificación de OP: Primaria se caracteriza por no encontrar ninguna enfermedad a la que se pueda atribuir directamente la pérdida de hueso y por ser la más frecuente. Ejemplo: postmenopáusicas tipo 1, OP senil tipo 2, deficiencia de vitamina D.

Secundaria: Es aquella donde se conoce la etiología y es consecuencia o manifestación de otras enfermedades o de sus tratamientos.

Mayor frecuencia de fractura es; cadera, vertebras, de húmero proximal y de muñeca.

La fractura de antebrazo son las más frecuentes en las mujeres premenopáusicas. Otras fracturas que están asociadas a la osteoporosis; húmero proximal, pelvis, tibia proximal y el fémur distal.

Diagnóstico: Densitometría dual de rayos X; valoración del sitio de la fractura

- *Puntaje T de -2.5 en mayores de 50 años en mujeres posmenopáusicas*
- *Puntaje trabecular para la estimación del riesgo de fractura en la columna*
- *3D-DXA para crear una imagen tridimensional del Fémur*
- *Morfometría vertebral que identifica las fracturas vertebrales*
- *Evaluación de riesgo; FRAX: 7 factores de riesgo clínicos dependientes e independientes*
- *Biomarcadores de remodelado óseo*

Tratamiento: Bifosfonatos para la afinidad por la hidroxiapatita: añemdronato de 70 mg y risedronato de 35 mg

- *SERMS: Raloxifeno prevención y tratamiento de OP*
- *PTH: incremento en la actividad de los osteoblastos*
- *Denosumab: anticuerpo monoclonal que se une al RANK1 – osteoclastos*
- *Calcitonina: Inhibe la reabsorción osteoclástica*
- *Terapia hormonal: estrógenos reducen la pérdida del hueso*

ENFERMEDAD RENAL AGUDA Y CRÓNICA

Definición: Pérdida gradual y controlada del número de nefronas, fibrosis del tejido intersticial y aterosclerosis de microvasculatura renal, llevando acabo la pérdida de funciones.
ERC: Persistencia durante 3 meses o más de uno de los criterios; TGE <60 ml/min/1.73m, albuminuría >30 MG EN 24 HRS y alteraciones estructurales
Epidemiología: frecuente mayores de 65 años. Principales factores de riesgo relacionado: Hipotensión - Diabetes mellitus tipo 2 - mayores de 75 años con TGE niveles entre 45 y 60 ml/min/1.73 m2

Cuadro clínico: TGE 20 ml/min/1.73 m2 - Astenia - anemia leve - hipotensión arterial - adinamia - retención de volumen - edema en regiones declives (nocturnos - filtrado glomerular <15 ml/min/ 1.73 m2 - resequedad de la piel

Consideraciones especiales: adultos mayores se asocia a mayor riesgo de presentaciones de la mayoría de los síndromes geriátricas: fragilidad, deterioro funcional y cognitivo. Caídas, depresión y polifarmacia.
Diagnóstico: Historia clínica y estadificación completa de TGE y de albuminuria

- Fórmulas de Cockroft-gault - MDRD y - CKD-EPI
- Estimación de creatinina y cistatina C
- Cálculo de TGE con cistatina puede orientar y afinar el diagnóstico

Tratamiento: Retrasar el progreso del daño renal llevando acabo el control glucémico, de la presión arterial, resolución y vigilancia de episodios recurrentes de obstrucción y control de glomerulopatías

- Dieta: dieta balanceada hipocalórica, baja en proteínas, fosfatos inorgánicos
- Actividad física y ejercicio: prevenir la presencia de sarcopenia por atrofia muscular
- Hipertensión: prevenir el daño renal alcanzando una meta de <120/80 mmhg en adultos mayores frágiles
- Estado de volumen y consumo de sal: Limitar la ingesta de líquidos y sal, se recomienda ingerir <1.5 L al día. Consumo de sal recomendado debe ser <5 g
- Hipercalcemia: uso de fármacos como B-bloqueadores, IECA o ARA II, diuréticos deben de ser suspendidas.
- Anemia: uso de eritropoyetina. Iniciando la hemoglobina sea <9.5 g/dl y evitando niveles superiores de 11.5 a 12 g/dl
- Acidosis: suplementación de bicarbonato de sodio por vía oral niveles de <20 meq/L
- Metabolismo mineral: Recomendación una dieta bajo fósforo inorgánico y suplementos de vitamina D3: calcitriol o paricalcitol
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal: realizar cuando TGE es <10 Ml/min/1.73 m2

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO

Definición: Durante la etapa de la vejez y la pérdida de la capacidad de alimentación es una de las causas mayor impacto en calidad de vida. La nutrición es un proceso fundamental en la vida de todo ser viviente

Se considera una persona mayor de 65 años con dificultad en el consumo de alimentos

Epidemiología: mayor vulnerabilidad de fragilidad y múltiples enfermedades

- Proporcionar cantidades adecuadas de macro-micro nutrientes
- La vejez el apetito y la cantidad de alimentos consumidos tiende a declinar
- Desnutrición: déficit alimentario
- Estado de una alteración en la composición corporal y falta de ingesta
- Mayor prevalencia de malnutrición en mayores entre 23 y 60%

Evaluación nutricional: detección de malnutrición/desnutrición y forma parte de los exámenes habituales

- Realizar diagnósticos nutricionales
- Marcadores bioquímicos
- Estados sub carenciales o excesos de nutrientes

Paso 1: detección del riesgo de desnutrición a través de pruebas de tamizaje disponibles

Paso 2: realización de una evaluación sobre desnutrición

Criterios clínicos:

- Ingesta reducida de alimentos y anorexia - Pérdida de peso involuntaria - Masa magra/libre de grasa - Enfermedades e inflamación - Bajo IMC y bajo peso

Métodos de evaluación: Mini nutritional assement para la evaluación de desnutrición

- Historia clínica nutricional
- Evaluación antropométrica
- Evaluación bioquímica
- Evaluación dietética

Bibliografía

Gutiérréz Roblédo, L. M., & D'Hyvér dé las Désés, C. (2010). Gériatría. Atención Familiar, 17(1).