



PASIÓN POR EDUCAR



Nombre del Alumno: Tania Elizabeth Martinez Hernandez

Nombre del tema: Resumen de los temas de 4ta unidad

Nombre de la Materia: Geriatría

Nombre del docente: Dr. Carlos Manuel Hernandez Santos

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Parcial: 4to.

Grado y grupo: 6-B

Semestre: 6°

Enfermedades Tiroideas

Hipotiroidismo → Concentraciones de TSH y de hormonas tiroideas > 60 años
 5% Manejo farmacológico → 20% Subclínico

Hipotiroidismo subclínico → Frecuente en mujeres → Su etiología es similar a hipotiroidismo

Ausencia de síntomas y de signos típicos
 Dx → Clínico Prevalencia → 5-10% sin enf. tiroidea

Se clasifica: Hipotiroidismo subclínico leve → TSH basal entre 5 y 10 mUI/L T4L No
 Hipotiroidismo subclínico Severo → 10-20 mUI/L y T4L normales

Manejo → Presentar Ac Antiperoxidasa + (>65UI/ml), TC, depresión, CV
 Hipotiroidismo primario → Sustrato autoinmune *Tiroiditis de Hashimoto
 *Iatrogenica *Farmacológica *Deficit de yodo *Tiroiditis crónica atrófica

Manifestaciones clínicas → Signos y síntomas → Envejecimiento Enf. concomitantes
 Astenia Intolerancia al frío Inespecíficos Bradipiquia

Reflejos miotendinosos → Sequedad de la piel → Debilidad

Grave → Mixodematoso

Dx: Clínica → TSH > 10 mUI/L y T4L normal inf. 0.8 ng/dl

Presencia de Ac antiperoxidasa (Ac-TPQ) y AC anti TSH

Tto: Levotiroxina sódica VO Dosis bajas → Niveles de TSH 0,5 mg/kg/día → 1-6 sem
 Esteroides → Hipotensión Amiodarona → Metimazol → Heparina → Furosemida

Hipertiroidismo → ↑T4L ↓TSH → Subclínico → Etiologías exógenas o endógena

Bocio multinodular tóxico → Enf. Graves → Adenoma tóxico

NC: Tirotoxicosis apática → Cáncer → Pérdida de peso

confusión → Agitación → FA → Anorexia → ↑Temperatura

Dx: Anamnesis Examen físico TSH ↓ T4L

Administración exógena de hormonas tiroideas tiroiditis aguda

Tto: Asintomática Manejo expectante → Sintomatología → Manejo temporal → Metimazol

Bocio multinodular tóxico → Yodo radiactivo → ↓ Metimazol

Enf. de Graves → yodoterapia → Cirugía → Farmacoterapia

Adenoma tóxico Qx vs I-131

Yodo inorgánico → B-bloqueadores

Glucocorticoides

Bocio multinodular

Tirotoxicosis → E. Grave o nódulos autónomos → 40-60 años → Adenomas tóxicos

NC: Arr. ritmo cardíaco → Signos de falla cardíaca Ingesta crónica de amiodarona

Tto: Tirotoxicosis

Sx de Eutiroide Enfermo ↓ T3 T4 Prevalencia ↑ y mayor No necesario tto

Nódulos tiroideos → Lesiones parénquima de la glándula → 60% H: > 80 años → 90% N: 60 años

Edad, ser mujer, tabaquismo, alcoholismo, ingesta de yodo y obesidad Gamagrafía Nódulos

Cáncer de tiroides > 60 años FR: Sexo, HF, radioterapia previa, Dx. radiación ambiental de > 1cm

Dx: EF, USG, PAAF, Análisis de sangre Tto: Cirugía, radioterapia, yodo radiactivo T. hormonal sustitutivo PAAF

Enfermedad Obstructiva Pulmonar

EPOC → 3ra causa de muerte → Tabaquismo → 70% EPOC
 50% desarrollar EPOC en países bajos económicos
 Contaminación de aire por materia particulada, ozono, óxido nítrico
 Combustión de masa → Exacerbaciones → Hospitalizaciones → Mortalidad
 Fx de riesgo: Contaminación de aire

Definición: Enf. causada por exposición crónica al humo de la combustión del tabaco
 Condición pulmonar heterogénea se caracteriza por síntomas Resp. crónicos (disnea, tos, Producción de esputo y exacerbaciones)

Causas:
 1. EPOC genéticamente determinado → Pico Prevalencia 70-74 años
 2. EPOC debido a desarrollo pulmonar anormal
 3. EPOC ambiental → Consumo de cigarro → Biomasa
 4. EPOC por infecc.
 5. EPOC por asma
 6. EPOC por causa desconocida → Flamm-aging → Disrupción tisular

Fx de riesgo: Prematurez ↓ peso al nacer → Tabaquismo materno → Displasia broncopulmonar
 ↓ peso al nacer → Vía aérea → IRR Nutrición
 Documentar un cociente FEV1/FVC < 0.7 Pool broncodilator

Diagnóstico: Espirometría Forzada
 Moderada: 50% < FEV1 < 80% Predicto
 Grave: 30% < FEV1 < 50% Predicto
 Pre-EPOC → Sujetos de cualquier edad con síntomas respiratorios
 Historia familiar de EPOC
 Escala modificada de disnea → Ayuda al realizar actividades
 Ind. de tabaco y biomasa: Evalua riesgo de EPOC
 Cuestionario de evaluación CAT y COPD

Enferma: Hiperinflación pulmonar
 Atrapamiento del aire ↓ Disminución de difusión Pulmonar de Monóxido de carbono → Ausencia de obstrucción del Flujo de aire Post Broncodilatador
 PRINS → > Mortalidad de cualquier causa

Tto no farmacológico:
 Modificar fx de riesgo → Dejar de fumar *Rehabilitación respiratorias *VNI
 *Vacunación SARS-CoV-2, Influenza, neumococo *Cirugía de reducción de vol. Pulmonar o técnicas de broncoscopia.
 Difteria, tétanos, herpes zóster Pulmonar o Eritrocitosis secundaria.
 Oxigenoterapia PAO₂ ≤ 55 mmHg o PAO₂ < 60 mmHg Corta o larga acción

Tratamiento:
 Broncodilatadores Metilxantinas
 Antiinflamatorios Corticoides inhalados A16 (Azitromicina, eritromicina)
 Mucolíticos CN-acetilcisteína Terapia Ac-monoclonales Inhibidores esteroideos

* Corta → SABA → Salbutamol, Fenoterol → B. agonistas β₂ adrenérgicos
 * Larga → LABA → Formoterol, Salmeterol
 * Corta → SABA → Bromuro de ipratropio, Bromuro de oxitropio
 * Larga → LABA → Triptopio, Acetilino → Broncodilatadores anticolinérgicos

Trastornos de la Deglución

La deglución → Proceso sensoriomotor neuromuscular

Coordina la contracción/relajación bilateral de músculos de la boca, lengua, faringe y esófago

Disfagia → Dificultad en proceso de deglución

Ixvalencia → Disfagia común px de edad avanzada

UCI → Frecuente → Incidencia

Fx que modifican la deglución Volumen Viscosidad Temperatura Postura Fármacos

Pares craneales de deglución

Trigémino V → M. masticación

Glosofaríngeo IX → P. saliva

Tacal VII → sentido del gusto y mímica

Vago X → S. faríngeo, faríngeo paladar > base de la lengua

Hipogloso XII → N. lingual

Fases de deglución →

1. Fase oral (voluntaria)

Peristaltismo

Relajación de E.T.1

2. Fase bucofaríngea y faríngea (involuntaria)

Peristaltismo

Relajación de E.T.1

3. Fase esofágica (involuntaria)

Peristaltismo

Relajación de E.T.1

Fx que influyen en aspiración

Mecanismos pulmonares de defensa

Cantidad

Profundidad

Propiedades físicas del material aspirado

Diagnóstico → Prueba de Smithard

Videofluoroscopia

Gold standard

* Esofagoscopia

* Estudios de pH

* Endoscopia

* Monofluorografía

* Manometría esofágica

* Electromiografías

* UEG

* Rx

* Escala de eating

Tratamiento: * Terapia de disfagia

Hidratación
Nutrición

Determinar vía de alimentación segura y adecuada

* Monitorear ingesta de energías y nutrientes

* Modificación de texturas en dieta

* Modificación de posición corporal del px

* Farmacoterapia

Texturas → Gelatina → Tapioca → Textura ideal

Farmacoterapia → Mucolíticos → Anticídicos

Infecciones

Patología infecciosa en adulto mayor → Causa frecuente de manejo ambulatorio
* 20-50 años * Bacterias piógenas * IVU, IPB, ID, CV (bacteremia y endocarditis)
Inf: 20-30%

Fx de riesgo → Edad avanzada → Prótesis articulares
cadera, rodilla

Signo cardinal: * Fiebre * caídas * delirium * Anorexia * Debilidad generalizada

Laboratorio PCR → Marcador ↑ sensibilidad

Ecocardiograma
- transtorácico

Calcificaciones ecogénicas

Marcapasos

Disminución de cel T

Desnutrición

Inf. como causa de envejecimiento

Chlamydia pneumoniae

Aspectos éticos

1. Autonomía
Beneficio
Prejuicio
Justicia

Tuberculosis → > 65 años Desnutrición, DM, Prueba de
Cinética → Fiebre, Pérdida de peso, diarrea nocturna, tuberculina

esputo y hemoptisis Tto → 4 medicamentos (Isoniazida, rifampicina, etambutol,
Pirazinamida → 6 meses

Infección de Celulitis → Infección difusa en tejido subcutáneo
Piel y tejidos → S. piógenos o B-hemolíticos Fx de riesgo: Interrupción
de barrera cutánea por Tra

Eritema
Edema
Induración
Calor local
Dolor

blancos → Identificación y tto del interstigio
crónico Medias de compresión

Herpes zóster Se transmite secreciones respiratorias, Contacto directo con lesiones
Cutáneas. Infec. 1^{ra} - Varicela → Est. latente en G. de nervios craneales y espinales

Reactivación del virus VZ → raíz nerviosa Presencia de eritema en dermatoma y evolución
a vesículas y costras de 7-10 días

Dx: Clínico → Preparación Tzanck

Tto: Antivirales → famciclovir, valaciclovir, aciclovir

Bacteremia → > 65 años → Viven en asilos, portadores de enf. crónicas degenerativas
↓ Riesgo relacionada a cuidados de salud Se acompaña de choque séptico

Vías urinarias, cavidad intraabdominal Bacilos gramnegativos E. coli

Staphylococcus aureus → Inf. de tejidos blandos → Nosocomiales SENTRY

Endocarditis Fx → uso frecuente de Atb, emergencia de microorganismos
resistentes e ↑ Implantación de dispositivos CV

Estafilococo y enterococo

Ausencia de signos claves, soplo cardíaco, eventos embólicos y esplenomegalia

Tto: Atb igual que en px jóvenes

Complicaciones: ICC, IAM, arritmias, miocarditis, abscesos miocárdicos

SEPSIS

Definición:

En 1992 el SIRS se define como manifestaciones clínicas de la respuesta inflamatoria sistémica ocasionada por infecciones o no, entre las cuales tenemos:

Temp; $>38^{\circ}$, FC >90 , FR >20 , Leucocitosis >12000

La sepsis se define como respuesta inflamatoria sistémica secundaria a una infección:
Proceso infeccioso definido o 2 criterios de SIRS

La sepsis grave es asociada a disfunción orgánica, hipotensión e incluye alt, en perfusión, oliguria, alt. De estado mental

El choque séptico es hipotensión inducida por sepsis asociada a hipoperfusión tisular; refractaria a coloides y cristaloides, solo vasopresores

El sx de disfunción orgánica es la alteración en la función orgánica en un px enfermo de forma aguda; homeostasis no mantenida sin intervención

Fx de riesgo: Nutrición deficiente, enfermedades crónicas, genética, inmunosupresión, Hospitalización prolongada, movilidad reducida

Causas: Neumonía, SNC, Piel y tejidos blandos, Endocarditis, Infecc. Intraabdominal, infecc. Del tracto urinario, infecc. De catéteres

Epidemiología: Frecuente en >65 años, px con demencia, caídas, UPP, inmovilidad, Incidencia >85 años, Principal afectación fue en SR, seguido del SGU, causa común es la neumonía.

Clínica: Fiebre $>38^{\circ}$ C, Hipotermia, FC >90 , taquipnea, alt. De estado mental, edema significativo, hiperglucemia >140 mg/dl, leucocitosis, leucopenia, GB, PCR, PCT, hipotensión, SatO₂ $>70\%$, IC: >3.5 y 5.5

Diagnóstico: Escala de Sofá que se utiliza para la mortalidad, caracterizar la gravedad y establecer el grado de disfunción orgánica y el de QUICK SOFA, SIRS, biomarcadores; Acido láctico, PCT <0.1 ng/ml

Tratamiento: Vasopresores como norepinefrina, terapia antimicrobiana empírica de amplio espectro, antibióticos intravenosos (Vancomicina, tobramicina y meropenem ajustar dosis para evitar toxicidad, sedación y delirium aumenta la mortalidad, para el dolor evitar el uso de benzodiazepinas.

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: Edad, historia familiar, Sexo propensos a las caídas, Personal de FF o extrínsecos, Alteración endocrina, IMC

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: alendronato 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

Definición:

Pérdida gradual y controlada del número de nefronas, fibrosis del tejido intersticial y aterosclerosis de microvasculatura renal, llevando a cabo la pérdida de funciones.

ERC: Persistencia durante 3 meses o más de uno de los criterios; TGE 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 <15ml/min/ 1.73 M², resequedad de 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 Cockcroft-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 a cabo 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 AD frágiles

-Estado de volumen y consumo de sal: Limitar la ingesta de líquidos y sal, se recomienda ingerir <1.5 L al día. Consumo recomendado <5 gr

-Hipercalcemia: uso de fármacos como; Ahorradores de Potasio, 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 11.5-12 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 NUTRICIÓN

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 >65 años con dificultad en el consumo de alimentos

Epidemiología: > 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

Referencias Bibliográficas: Gutiérrez Robledo, L. M., & D'Hyvér de las Désés, C. (2010). Geriatria. Atención Familiar, 17(1).