



JUAN PABLO ABADIA LOPEZ

Resumen

GERIATRÍA

PASIÓN POR EDUCAR

6

B

Comitán de Domínguez Chipas a 3 de marzo del 2025

ENFERMEDADES TIROIDEAS

Las enfermedades tiroideas son muy comunes en adultos mayores, pero sus síntomas pueden ser atípicos y confundirse fácilmente con los cambios normales del envejecimiento o con otras condiciones.

Hipotiroidismo

Es la disfunción tiroidea más frecuente en personas mayores. A menudo se presenta como hipotiroidismo subclínico, donde los niveles de TSH están elevados pero las hormonas tiroideas (T3, T4) son normales.

- **Síntomas Atípicos:** En lugar de la fatiga extrema o el aumento de peso drástico, los ancianos pueden presentar deterioro cognitivo (confundiéndose con demencia), depresión, estreñimiento crónico, debilidad muscular, caídas frecuentes o simplemente una disminución general de la vitalidad.
- **Diagnóstico:** Se confirma con niveles elevados de TSH y bajos de T4 libre. Si solo la TSH está elevada, es hipotiroidismo subclínico.
- **Tratamiento:** Levotiroxina. La dosis inicial debe ser baja (12.5-25 mcg/día) y aumentarse gradualmente cada 4-6 semanas, ajustando según los niveles de TSH. El objetivo es una TSH en el rango normal-alto o ligeramente por encima en pacientes muy frágiles para evitar el riesgo de fibrilación auricular u osteoporosis por exceso de hormona.

Hipertiroidismo

Menos común que el hipotiroidismo, pero más peligroso. La presentación también es atípica.

- **Síntomas Atípicos:** Se conoce como "hipertiroidismo apático". Los pacientes pueden no tener taquicardia o nerviosismo. En su lugar, presentan pérdida de peso inexplicable, fatiga extrema, debilidad muscular severa, apatía, fibrilación auricular de nueva aparición o empeoramiento de una enfermedad cardiovascular preexistente.
- **Diagnóstico:** TSH baja y T4 libre y/o T3 elevadas.

EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA)

La EPOC es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en adultos mayores. En esta población, suele coexistir con otras enfermedades, lo que complica su manejo.

- **Diagnóstico:** La espirometría es el estándar de oro (FEV1/FVC < 0.70 post-broncodilatador). Sin embargo, en ancianos, los síntomas pueden ser atribuidos a la edad.
- **Comorbilidades:** La EPOC en geriatría está fuertemente asociada con enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y sarcopenia. Estas comorbilidades influyen en la evolución de la EPOC y viceversa.
- **Exacerbaciones:** Las exacerbaciones de la EPOC son frecuentes y a menudo precipitan hospitalizaciones, delirium y deterioro funcional agudo. Las infecciones (virales o bacterianas) son la causa más común.

Manejo: Incluye:

- Cesación del tabaquismo: Fundamental.
- Broncodilatadores: De acción prolongada (LABA, LAMA) son la base del tratamiento.
- Corticosteroides inhalados: Solo en pacientes con exacerbaciones frecuentes o eosinofilia.

Rehabilitación pulmonar: Mejora la disnea, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida. Es crucial para prevenir la discapacidad.

- Vacunación: Contra la gripe y el neumococo.
- Manejo de comorbilidades: Esenciales para un pronóstico favorable.

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN (DISFAGIA)

La disfagia es la dificultad para tragar. Es un problema común y serio en adultos mayores, con consecuencias significativas.

Causas:

Presbifagia: Cambios fisiológicos relacionados con la edad en la función de la deglución.

Enfermedades neurológicas: Ictus (ACV), enfermedad de Parkinson, demencia (Alzheimer y otras).

- Enfermedades musculares: Sarcopenia, miastenia gravis.
- Obstrucciones: Estenosis esofágicas, tumores.
- Efectos secundarios de medicamentos: Anticolinérgicos, sedantes.
- Consecuencias:
- Neumonía por aspiración: La complicación más grave, con alta mortalidad.

- Desnutrición y deshidratación: Por ingesta inadecuada.
- Pérdida de peso y sarcopenia.
- Disminución de la calidad de vida y aislamiento social.

Diagnóstico:

Cribado inicial: Observación durante las comidas, preguntas sobre tos, atragantamientos.

- Pruebas de deglución: Videofluoroscopia (estándar de oro), FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing).

Manejo:

- Modificaciones de la dieta: Espesamiento de líquidos, alimentos de textura suave o puré.
- Maniobras posturales y de deglución: Indicadas por un logopeda/terapeuta del lenguaje.
- Higiene oral rigurosa: Para reducir el riesgo de neumonía por aspiración.
- Soporte nutricional alternativo: Sonda nasogástrica o gastrostomía en casos severos e irreversibles, siempre evaluando la calidad de vida.

Infecciones

Las infecciones son una de las principales causas de hospitalización, morbilidad y mortalidad en adultos mayores debido a la inmunosenescencia (deterioro del sistema inmune con la edad) y la presencia de múltiples comorbilidades.

Presentación Atípica: Los ancianos pueden no presentar fiebre, leucocitosis (elevación de glóbulos blancos) o síntomas localizados clásicos. En su lugar, las infecciones se manifiestan con:

- Delirium de nueva aparición o empeoramiento.
- Deterioro funcional agudo (incapacidad para realizar AVD).
- Caídas inexplicables.
- Apatía, fatiga, anorexia.
- Deshidratación.

*** Infecciones Comunes:**

- Neumonía: La más frecuente y letal.
- Infecciones del tracto urinario (ITU): Muy comunes, especialmente en mujeres, hombres con hiperplasia prostática o con catéteres.
- Infecciones de piel y tejidos blandos: Celulitis, úlceras por presión infectadas.
- Clostridioides difficile: Asociada al uso de antibióticos.

*** Manejo:**

- Alta sospecha: Ante cualquier cambio agudo en el estado del anciano.
- Pronta identificación y tratamiento con antibióticos.

- Control de foco infeccioso.
- Soporte general: Hidratación, nutrición.
- **Prevención:** Vacunación (gripe anual, neumococo, tétanos-difteria-tosferina, herpes zóster), higiene de manos, cuidado de la piel y las heridas.

SEPSIS

La sepsis es una emergencia médica, una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección. La mortalidad por sepsis es significativamente mayor en el adulto mayor

Similar a otras infecciones en el anciano, puede no haber fiebre o leucocitosis.

Signos clave: deterioro agudo del estado mental (delirium), hipotensión, taquipnea, oliguria (disminución de la producción de orina), acidosis metabólica.

- Los criterios de SIRS (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica) pueden no cumplirse, lo que resalta la importancia de los criterios de SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) en este grupo. Un quick SOFA (qSOFA) con dos de los siguientes (cambio en el estado mental, presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg, frecuencia respiratoria ≥ 22 /min) sugiere alta probabilidad de sepsis.

* **Manejo** (en la "hora de oro"):

- Identificación rápida.
- Cultivos: Antes de antibióticos si no hay retraso significativo.
- Antibióticos de amplio espectro: Administrados en la primera hora tras el diagnóstico.

Reanimación con fluidos intravenosos: Con precaución en ancianos con insuficiencia cardíaca o renal.

- Vasopresores: Si la hipotensión persiste a pesar de los fluidos.
- Manejo del foco de infección: Drenaje de abscesos, retirada de catéteres.
- Soporte de órganos: Oxígeno, ventilación mecánica, diálisis si es necesario.

* **Consecuencias a Largo Plazo:** Los sobrevivientes de sepsis, especialmente los ancianos, tienen un mayor riesgo de deterioro cognitivo, debilidad muscular persistente, depresión y disminución de la calidad de vida.

Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad esquelética común en el envejecimiento, caracterizada por una baja masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del hueso, lo que conduce a un mayor riesgo de fracturas por fragilidad (fracturas con trauma mínimo o nulo).

* Factores de Riesgo en Geriatría:

- Edad avanzada: Es el factor de riesgo más importante.
- Sexo femenino (postmenopausia).
- Deficiencia de vitamina D y calcio.
- Sarcopenia y debilidad muscular.
- Caídas recurrentes.
- **Uso de ciertos medicamentos:** Corticosteroides, inhibidores de la bomba de protones, algunos antiepilépticos.

Comorbilidades: Enfermedad renal crónica, hipertiroidismo, malabsorción.

* **Diagnóstico:** Densitometría ósea (DXA) en cadera y columna. Un T-score de -2.5 o menos indica osteoporosis. La presencia de una fractura por fragilidad también diagnostica osteoporosis, incluso con una DXA normal.

* **Localizaciones Frecuentes de Fracturas:**

- Vertebrales: Pueden ser asintomáticas o causar dolor de espalda crónico y pérdida de altura.
- Cadera: La más devastadora, con alta mortalidad y discapacidad.
- Muñeca (Colles).

* **Manejo:**

- **Suplementación de Calcio y Vitamina D:** Fundamental (800-1200 mg de calcio, 800-2000 UI de vitamina D al día).

* Ejercicio de carga: Caminar, subir escaleras.

- Intervenciones Farmacológicas:
- Bisfosfonatos: Alendronato, risedronato, ácido zoledrónico (primera línea).
- Denosumab: Para pacientes con alto riesgo o intolerancia a bisfosfonatos.
- Teriparatida: Para osteoporosis severa con fracturas múltiples.

* Prevención de Caídas: Abordar factores de riesgo de caídas (medicamentos, visión, equilibrio, entorno).

ERC y LRA (Enfermedad Renal Crónica y Lesión Renal Aguda)

La función renal disminuye fisiológicamente con la edad. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es prevalente en adultos mayores, y la Lesión Renal Aguda (LRA) es una complicación frecuente y grave.

Enfermedad Renal Crónica (ERC)

- **Prevalencia:** Muy alta en ancianos, a menudo subestimada porque el nivel de creatinina puede ser normal a pesar de una reducción significativa de la TFG (tasa de filtración glomerular) debido a la baja masa muscular.

* **Causas Comunes:** Hipertensión arterial, diabetes mellitus, arteriosclerosis, enfermedad renal poliquística.

* **Consecuencias:**

- ❖ Mayor riesgo cardiovascular.
- ❖ Anemia.
- ❖ Trastornos del metabolismo óseo-mineral.
- ❖ Acidosis metabólica.
- ❖ Mayor riesgo de LRA.
- ❖ Necesidad de ajuste de dosis de múltiples medicamentos.

* **Manejo:**

- Control estricto de la presión arterial y la glucemia.
- Inhibidores de la ECA o ARA II: Con precaución y monitorización de potasio y función renal.
- Manejo de la dieta: Restricción de sal, fósforo y potasio en estadios avanzados.
- Evitar nefrotóxicos: AINEs, contrastes yodados.

Lesión Renal Aguda (LRA)

* Precipitantes en Geriatría:

* Deshidratación: Muy común debido a disminución de la sed, polifarmacia (diuréticos) o infecciones.

* Medicamentos: AINEs, IECA/ARA-II, antibióticos (aminoglucósidos, vancomicina), contrastes.

* Sepsis.

* Insuficiencia cardíaca descompensada.

* Obstrucción urinaria: Hiperplasia prostática, tumores.

* Diagnóstico: Aumento rápido de la creatinina sérica. La diuresis puede o no estar afectada.

* Manejo:

* Identificación y corrección de la causa subyacente.

* Suspensión de fármacos nefrotóxicos.

* Optimización del estado de hidratación.

* Manejo de complicaciones: Hiperkalemia, sobrecarga de volumen.

* Diálisis: Si la LRA es severa y persistente.

* Consecuencias: La LRA aumenta el riesgo de desarrollar ERC o empeorar una ERC preexistente, y aumenta la mortalidad.

Nutrición en Geriatría

La desnutrición es un problema de salud pública significativo en la población geriátrica, afectando a la mayoría de los ancianos hospitalizados o institucionalizados.

*** Factores de Riesgo:**

*** Disminución de la ingesta:** Anorexia del envejecimiento (menor apetito), disfagia, problemas dentales, aislamiento social, depresión, pobreza.

- Malabsorción: Atrofia de la mucosa intestinal, gastritis atrófica.
- Aumento de las necesidades: En enfermedades agudas, cirugía, infecciones.
- Polifarmacia: Efectos secundarios gastrointestinales, alteración del gusto.
- Deterioro cognitivo y funcional.

*** Consecuencias:**

- Sarcopenia: Pérdida de masa y fuerza muscular, llevando a debilidad y fragilidad.
- Mayor riesgo de infecciones y mala cicatrización de heridas.
- Disminución de la inmunidad.
- Mayor riesgo de caídas y fracturas.
- Mayor mortalidad, hospitalizaciones prolongadas y reingresos.
- Evaluación Nutricional:
- Cribado: Mini Nutritional Assessment (MNA) o MNA-SF (forma corta).

*** Evaluación completa:** Peso, altura, IMC, perímetro de pantorrilla, albúmina sérica, prealbúmina, ingesta dietética.

*** Manejo:**

- ❖ Optimización del entorno: Comidas sociales, ambiente agradable.
- ❖ Modificaciones dietéticas: Alimentos nutritivos y de alta densidad calórica, texturas adaptadas.
- ❖ Suplementos nutricionales orales: Batidos hipercalóricos/hiperproteicos.
- ❖ Enriquecimiento de alimentos.
- ❖ Estimulantes del apetito: Solo en casos seleccionados y con precaución.
- ❖ Nutrición enteral o parenteral: Cuando la vía oral es insuficiente o imposible, evaluando siempre los beneficios frente a los riesgos.

Delirium

El delirium (o síndrome confusional agudo) es un trastorno neurocognitivo agudo, fluctuante y reversible que se caracteriza por una alteración de la atención y la conciencia. Es extremadamente común en ancianos hospitalizados y es una emergencia médica.

*** Características Clínicas:**

- ❖ Inicio agudo y curso fluctuante: Los síntomas pueden cambiar a lo largo del día.
- ❖ Alteración de la atención: Dificultad para mantener la atención o concentrarse.
- ❖ Alteración de la conciencia: Disminución o aumento del nivel de alerta.
- ❖ Deterioro cognitivo: Desorientación, problemas de memoria, pensamiento desorganizado, alucinaciones o delirios.

* **Cambios psicomotores:** Hiporreactivo (apático, letárgico) o hiperreactivo (agitado, irritable).

- ❖ Causas (Mnemotécnico: I WATCH DEATH):
- ❖ Infección (la más común)
- ❖ Withdrawal (abstinencia de alcohol/fármacos)
- ❖ Acute metabolic (desequilibrios electrolíticos, hipo/hiperglucemia, hipoxia, uremia)
- ❖ Trauma (fracturas, contusiones)
- ❖ CNS pathology (ACV, meningitis, encefalitis)
- ❖ Hypoxia
- ❖ Deficiencias (tiamina, B12)
- ❖ Endocrine (tiroides, suprarrenal)
- ❖ Acute vascular (infarto agudo de miocardio)
- ❖ Toxins (fármacos: anticolinérgicos, benzodiazepinas, opioides, polifarmacia)
- ❖ Heavy metals

* Diagnóstico: Se utiliza el CAM (Confusion Assessment Method), que requiere: 1) Inicio agudo y fluctuante, 2) Inatención, y cualquiera de 3) Pensamiento desorganizado o 4) Alteración del nivel de conciencia.

* **Manejo:**

- Identificar y tratar la causa subyacente: Lo más importante y urgente.
- Medidas no farmacológicas:
- Entorno seguro y familiar: Luz natural, reloj, calendario, objetos personales.
- Movilización temprana y adecuada hidratación/nutrición.
- Corregir déficits sensoriales: Gafas, audífonos.
- Evitar restricciones físicas.
- Evitar fármacos precipitantes.

* **Medidas farmacológicas:** Solo en casos de agitación severa que pongan en riesgo al paciente o al personal, usando dosis bajas de antipsicóticos (haloperidol, risperidona) con precaución extrema por sus efectos secundarios.

Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta significativamente a los adultos mayores, pero a menudo se subdiagnostica o se confunde con el envejecimiento normal, el duelo o la demencia.

* **Características Clínicas en Geriatría:**

* Síntomas somáticos prominentes: Fatiga, dolor crónico, quejas gastrointestinales, insomnio, pérdida de apetito.

* Síntomas cognitivos: Problemas de concentración, memoria (pseudodemencia depresiva).

* Apatía y anhedonia: Pérdida de interés en actividades placenteras.

* Irritabilidad o ansiedad más que tristeza manifiesta.

* Mayor riesgo de suicidio.

* **Factores de Riesgo:**

- ❖ Pérdidas: De seres queridos, de salud, de independencia, de estatus social.
- ❖ Enfermedades crónicas: ACV, Parkinson, demencia, enfermedades cardíacas, cáncer.
- ❖ Polifarmacia: Algunos medicamentos pueden inducir depresión.
- ❖ Aislamiento social y soledad.
- ❖ Historial previo de depresión.

* **Diagnóstico:** Se utilizan escalas de cribado como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Es crucial descartar causas médicas subyacentes (hipotiroidismo, deficiencia de B12, anemia, etc.).

* **Manejo:**

* **Psicoterapia:** Terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia de apoyo, terapia de resolución de problemas. Es eficaz y a menudo preferible en ancianos.

* **Farmacoterapia:**

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Citalopram, sertralina, escitalopram. Son la primera línea por su perfil de seguridad. Dosis iniciales bajas y aumentos graduales.
- Otros antidepresivos: Mirtazapina (útil si hay insomnio o pérdida de apetito), venlafaxina.
- Evitar antidepresivos tricíclicos y paroxetina por sus efectos anticolinérgicos.
- Apoyo social y familiar: Fomentar la participación en actividades, grupos de apoyo.
- Ejercicio físico: Efectos antidepresivos.
- Tratamiento de comorbilidades

