



**Nombre del alumno: Karina Montserrat Méndez Lara.**

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

**Nombre del trabajo: Resumen.**

**Materia: Geriatría.**

**Grado: 6**

**Grupo: "C"**

Comitán de Domínguez Chiapas 05 de julio de 2025.

## ENFERMEDADES TIROIDEAS EN EL ADULTO MAYOR

### **Definición:**

Las enfermedades tiroideas comprenden alteraciones en la producción de hormonas por la glándula tiroides. Las más frecuentes en adultos mayores son el **hipotiroidismo** (disminución de hormonas tiroideas) y, en menor medida, el **hipertiroidismo** (aumento de las mismas).

### **Epidemiología:**

- Su prevalencia aumenta con la edad, especialmente en mujeres.
- El hipotiroidismo subclínico es más común que el clínico. Muchos casos son diagnosticados incidentalmente en chequeos rutinarios.

### **Factores de riesgo:**

- Sexo femenino.
- Edad avanzada.
- Presencia de enfermedades autoinmunes.
- Cirugía o irradiación tiroidea previa.
- Medicamentos (litio, amiodarona).
- Déficit de yodo.

### **Clasificación:**

- **Hipotiroidismo primario:** TSH elevada, T4 baja.
- **Hipotiroidismo subclínico:** TSH elevada, T4 normal.
- **Hipertiroidismo:** TSH baja, T4/T3 elevados.

### **Clínica:**

- Hipotiroidismo: fatiga, lentitud mental, piel seca, estreñimiento, bradicardia, intolerancia al frío, voz ronca, aumento de peso leve, depresión.
- Hipertiroidismo: pérdida de peso, taquicardia, ansiedad, insomnio, temblor fino, sudoración, intolerancia al calor, debilidad muscular proximal.

### **Diagnóstico:**

- Prueba inicial: TSH.
- Confirmación: T4 libre.
- Anticuerpos antitiroideos (anti-TPO, anti-TG) para tiroiditis autoinmune.
- Ecografía tiroidea si se sospechan nódulos.

### **Tratamiento:**

- **Hipotiroidismo:** Levotiroxina sódica en dosis bajas ajustadas lentamente, especialmente en mayores de 65 años o con comorbilidades cardíacas.
- **Hipertiroidismo:** Puede manejarse con antitiroideos (metimazol), yodo radioactivo o cirugía. El tratamiento se individualiza según la causa, edad y estado general del paciente.

## ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

### **Definición:**

Trastorno respiratorio crónico, progresivo y no reversible, caracterizado por obstrucción del flujo aéreo, debido a una respuesta inflamatoria anómala a partículas nocivas como el humo del tabaco.

### **Epidemiología:**

Aumenta con la edad, siendo una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor. Se estima que cerca del 10% de los mayores de 60 años pueden tener EPOC, especialmente si hay antecedentes de tabaquismo.

### **Factores de riesgo:**

- Tabaquismo (principal causa).
- Exposición prolongada a biomasa (leña).
- Contaminación ambiental.
- Factores genéticos (deficiencia de alfa-1 antitripsina).
- Infecciones respiratorias repetidas en la infancia.

### **Clasificación (GOLD):**

- Grado I: Leve (FEV1  $\geq$ 80%).
- Grado II: Moderado (FEV1 50–79%).
- Grado III: Severo (FEV1 30–49%).
- Grado IV: Muy severo (FEV1 <30%).

### **Clínica:**

- Tos crónica.
- Expectoración persistente.
- Disnea progresiva y de esfuerzo.
- Sibilancias.
- Infecciones respiratorias frecuentes.

### **Diagnóstico:**

- Espirometría (FEV1/FVC < 70%).
- Radiografía o TAC de tórax para descartar otros diagnósticos.
- Evaluación de saturación de oxígeno.

- Pruebas de laboratorio si hay sospecha de exacerbaciones o complicaciones.

**Tratamiento:**

- **No farmacológico:** Dejar de fumar, vacunas (influenza, neumococo), rehabilitación pulmonar.
- **Farmacológico:**
  - Broncodilatadores:  $\beta$ 2 agonistas (SABA/LABA), anticolinérgicos.
  - Corticoides inhalados en casos seleccionados.
  - Antibióticos y corticoides sistémicos durante exacerbaciones.
- Oxigenoterapia si hay hipoxemia crónica.

## TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN EN ADULTOS MAYORES

### **Definición:**

Conjunto de alteraciones que dificultan el paso seguro y eficiente del alimento desde la boca hasta el estómago. Se conoce como disfagia, y puede ser orofaríngea o esofágica.

### **Epidemiología:**

Muy frecuente en personas mayores, especialmente en aquellas con enfermedades neurológicas, institucionalizados o con deterioro funcional.

### **Factores de riesgo:**

- Enfermedades neurológicas (EVC, Parkinson, demencias, ELA).
- Cirugías de cabeza y cuello.
- Envejecimiento fisiológico.
- Enfermedades musculares.
- Polimedicación (psicotrónicos, anticolinérgicos).

### **Clasificación:**

- **Disfagia orofaríngea:** Trastorno al inicio del acto deglutorio.
- **Disfagia esofágica:** Dificultad para pasar el bolo por el esófago.

### **Clínica:**

- Tos o ahogo al comer.
- Sialorrea.
- Sensación de cuerpo extraño.
- Pérdida de peso.
- Neumonías recurrentes por aspiración.

### **Diagnóstico:**

- Evaluación clínica por foniatra o terapeuta deglutorio.
- Prueba de volumen-viscosidad (clínica).
- Videofluoroscopia de deglución o endoscopia.

### **Tratamiento:**

- Cambios en la consistencia de los alimentos (líquidos espesados).
- Posicionamiento adecuado durante y después de comer.

- Rehabilitación de la deglución.
- Vía alternativa de alimentación si hay riesgo nutricional (sonda nasogástrica o gastrostomía).

## INFECCIONES

### **Definición:**

Proceso infeccioso producido por agentes patógenos, que puede tener una presentación clínica atípica en el adulto mayor, dificultando su diagnóstico y tratamiento oportuno.

### **Epidemiología:**

Las infecciones constituyen una causa importante de consulta, hospitalización y muerte en adultos mayores. Las más frecuentes son: infecciones urinarias, neumonía, infecciones de piel y tejidos blandos.

### **Factores de riesgo:**

- Disminución de la respuesta inmune (inmunosenescencia).
- Presencia de comorbilidades: DM, EPOC, ERC.
- Uso de sondas urinarias, catéteres o dispositivos invasivos.
- Desnutrición.
- Institucionalización.
- Déficit cognitivo.

### **Clínica:**

Presentación frecuentemente atípica:

- Ausencia de fiebre (hasta en 30%).
- Confusión o deterioro del estado mental.
- Incontinencia urinaria.
- Caídas.
- Hipotermia o letargia.
- Síntomas específicos poco evidentes.

### **Diagnóstico:**

- Historia clínica dirigida.
- Evaluación física completa.
- Estudios de laboratorio: BH, EGO, urocultivo, hemocultivos.
- Imagen: radiografía de tórax, TAC si se sospechan focos profundos.
- Biomarcadores: procalcitonina o PCR pueden apoyar diagnóstico.

### **Tratamiento:**

- Inicio temprano de antibióticos empíricos, ajustados posteriormente por cultivo.
- Considerar función renal y hepática para elección y dosificación.
- Hidratación y soporte general.
- Control del foco (retirar sonda si se puede, drenaje de abscesos, etc.).

## SEPSIS EN EL ANCIANO

### **Definición:**

Respuesta desregulada del organismo a una infección, que provoca daño tisular, disfunción orgánica y puede conducir a la muerte. El choque séptico es la forma más grave, con alteraciones circulatorias y metabólicas.

### **Epidemiología:**

Es una de las principales causas de muerte en adultos mayores hospitalizados. El riesgo aumenta con la edad, comorbilidades y deterioro funcional.

### **Etiología:**

- Bacterias grampositivas y gramnegativas.
- Infecciones urinarias, pulmonares, cutáneas, gastrointestinales.
- Puede comenzar con síntomas vagos en el adulto mayor.

### **Clínica:**

- Fiebre o hipotermia.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Hipotensión.
- Alteración del estado de conciencia.
- Oliguria.
- Disfunción multiorgánica (renal, hepática, cardiovascular).

### **Diagnóstico:**

- Criterios **SOFA/qSOFA** (FR  $\geq 22$ , TAS  $< 100$  mmHg, estado mental alterado).
- Cultivos antes del antibiótico.
- Lactato elevado.
- Pruebas de imagen según el foco sospechado.

### **Tratamiento:**

- Inicio inmediato de antibióticos de amplio espectro.
- Resucitación con líquidos IV (30 ml/kg cristaloides).
- Vasopresores si persiste hipotensión (norepinefrina de primera elección).
- Soporte orgánico (oxígeno, diálisis, etc.).

- Control del foco infeccioso.

## OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS POR FRAGILIDAD

### **Definición:**

Enfermedad metabólica ósea caracterizada por disminución de la densidad mineral ósea, deterioro de la microarquitectura ósea y aumento del riesgo de fracturas, especialmente en columna, cadera y muñeca.

### **Epidemiología:**

Frecuente en mujeres postmenopáusicas y adultos mayores. Las fracturas por fragilidad son una causa importante de incapacidad y mortalidad.

### **Factores de riesgo:**

- Edad avanzada.
- Sexo femenino.
- Historia de fracturas previas.
- Inactividad física.
- Déficit de calcio y vitamina D.
- Consumo excesivo de alcohol o tabaco.
- Uso prolongado de corticoesteroides.
- Trastornos hormonales (hipogonadismo, hipertiroidismo).

### **Clasificación:**

Según la densitometría ósea (T-score):

- Normal:  $\geq -1.0$
- Osteopenia: entre  $-1.0$  y  $-2.5$
- Osteoporosis:  $\leq -2.5$
- Osteoporosis severa:  $\leq -2.5$  con fracturas.

### **Clínica:**

- Asintomática hasta fractura.
- Dolor lumbar o dorsal crónico.
- Pérdida de estatura.
- Cifosis dorsal (joroba).
- Fracturas espontáneas o tras traumatismos mínimos.

### **Diagnóstico:**

- Densitometría ósea (DEXA) de columna lumbar y cadera.
- Radiografías ante dolor o sospecha de fractura.

- Laboratorios para descartar causas secundarias (calcio, fósforo, PTH, TSH, vitamina D, creatinina).

**Tratamiento:**

- Aporte adecuado de calcio (1200 mg/día) y vitamina D (800-1000 UI/día).
- Bifosfonatos (alendronato, risedronato) como primera línea.
- Modificadores hormonales (raloxifeno) o denosumab según caso.
- Ejercicio físico de carga y equilibrio.
- Prevención de caídas (modificaciones en el hogar, corrección visual, evaluación de fármacos).

## ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) y LESIÓN RENAL AGUDA (LRA)

### **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC):**

#### **Definición:**

Deterioro progresivo, irreversible y generalmente silencioso de la función renal, definido por un descenso de la tasa de filtrado glomerular (TFG < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) durante al menos 3 meses, con o sin daño estructural renal.

#### **Epidemiología:**

La ERC es común en el adulto mayor debido a la disminución fisiológica del filtrado glomerular con la edad y la coexistencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial. Puede estar presente hasta en un 30% de personas >70 años.

#### **Factores de riesgo:**

- Diabetes mellitus (causa principal).
- Hipertensión arterial mal controlada.
- Glomerulonefritis crónicas.
- Obstrucción urinaria.
- Fármacos nefrotóxicos (AINES, aminoglucósidos).
- Edad avanzada.
- Antecedentes familiares de ERC.
- Enfermedades autoinmunes (lupus).

#### **Clasificación (por TFG - KDIGO):**

- G1:  $\geq 90$  ml/min (con daño estructural)
- G2: 60-89 ml/min
- G3a: 45-59 ml/min
- G3b: 30-44 ml/min
- G4: 15-29 ml/min
- G5: <15 ml/min (falla renal terminal) **Clínica:**
- Etapas iniciales: asintomática.
- Etapas avanzadas: astenia, náuseas, vómitos, prurito, edemas, hipertensión, anemia, alteraciones óseas, disgeusia.

#### **Diagnóstico:**

- TFG calculada con fórmulas (CKD-EPI).
- Creatinina sérica.

- Albuminuria (cociente albúmina/creatinina en orina).
- Ecografía renal (riñones pequeños y aumentados de ecogenicidad).
- Exámenes de laboratorio para detectar alteraciones hidroelectrolíticas y anemia.

#### **Tratamiento:**

- Control riguroso de diabetes e hipertensión.
- Restricción de sal, fósforo y potasio según etapa.
- Evitar medicamentos nefrotóxicos.
- Suplementación con hierro, eritropoyetina si hay anemia.
- Manejo de acidosis metabólica con bicarbonato.
- En etapa G5, considerar inicio de diálisis o trasplante renal.

#### **LESIÓN RENAL AGUDA (LRA):**

##### **Definición:**

Deterioro súbito y reversible de la función renal, evidenciado por aumento de creatinina sérica y/o disminución de la diuresis en horas o días.

##### **Epidemiología:**

Frecuente en adultos mayores hospitalizados, especialmente aquellos con sepsis, hipovolemia o exposición a medicamentos nefrotóxicos.

##### **Factores de riesgo:**

- **Prerrenal:** hipovolemia, deshidratación, shock, hipotensión.
- **Renal:** necrosis tubular aguda, nefritis intersticial, glomerulonefritis.
- **Posrenal:** obstrucción de vías urinarias (HPB, litiasis, tumores).
- Fármacos: AINES, contrastes yodados, antibióticos nefrotóxicos.

##### **Clínica:**

- Oliguria o anuria.
- Edema.
- Fatiga.
- Náuseas, vómitos.
- Alteraciones del estado de conciencia.
- En casos graves: hiperkalemia, acidosis, pericarditis urémica.

##### **Diagnóstico:**

- Elevación aguda de creatinina (>0.3 mg/dL en 48 h o >1.5 veces en 7 días).

- Diuresis  $< 0.5$  ml/kg/h por más de 6 horas.
- EGO, electrolitos, urea, fracción de excreción de sodio (FeNa).
- Ecografía renal para descartar obstrucción.

**Tratamiento:**

- Identificar y corregir la causa (rehidratación, suspender nefrotóxicos, tratar infecciones).
- Control estricto de líquidos, electrolitos y balance ácido-base.
- Diálisis si hay signos de sobrecarga hídrica, hiperkalemia refractaria, uremia severa, acidosis metabólica severa.

## EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO

### **Definición:**

Estado de nutrición en el adulto mayor influenciado por múltiples factores fisiológicos, sociales, económicos y patológicos que condicionan deficiencias nutricionales, sobre todo desnutrición proteico-calórica.

### **Epidemiología:**

Alta prevalencia de desnutrición en personas mayores, especialmente en institucionalizados, hospitalizados o con enfermedades crónicas. Puede afectar hasta el 60% de pacientes geriátricos hospitalizados.

### **Factores de riesgo:**

- Alteraciones del gusto, olfato o apetito.
- Disfagia o problemas dentales.
- Enfermedades crónicas (EPOC, insuficiencia cardíaca, demencias, cáncer).
- Polifarmacia.
- Depresión, soledad, pobreza.
- Dificultades para preparar o acceder a alimentos.

### **Clínica:**

- Pérdida de peso no intencionada (>5% en 3 meses o >10% en 6 meses).
- Debilidad, fatiga.
- Disminución de masa muscular (sarcopenia).
- Mayor susceptibilidad a infecciones.
- Deterioro cognitivo y funcional.

### **Diagnóstico:**

- Evaluación nutricional integral (peso, talla, IMC, historia alimentaria).
- Herramientas como el Mini Nutritional Assessment (MNA).
- Bioquímica: albúmina, prealbúmina, hemoglobina, linfocitos, perfil lipídico.

### **Tratamiento:**

- Dieta equilibrada, adaptada a necesidades y restricciones del paciente.
- Fraccionar comidas (5-6 al día).
- Suplementos nutricionales orales si no se cubren requerimientos.
- Estimulación del apetito (ambiente agradable, compañía, presentación de los alimentos).
- Intervención interdisciplinaria (nutriólogo, geriatra, terapeuta deglutorio).

- Educación familiar y seguimiento periódico

**BIBLIOGRAFÍA:**

**d'Hyver, C., Gutiérrez Robledo, L. M., & Zúñiga Gil, C. H. (2019). Geriatria (4<sup>a</sup> ed.). Manual Moderno**