



**Alumna: Roblero Roblero
Evangelina Yaquelin 6° C**

**Docente: Dr. Carlos Manuel
Hernández**

Actividad: Resumen

Materia: Geriatría

Comitán de Domínguez Chiapas a 27 de Junio del 2025

ENFERMEDADES TIROIDEAS EN EL ADULTO MAYOR

Hipotiroidismo

Definición: El hipotiroidismo es un trastorno endocrino caracterizado por una disminución de la producción o acción de las hormonas tiroideas (T3 y T4), lo que lleva a un enlentecimiento generalizado de los procesos metabólicos del cuerpo.

Epidemiología: Es más común en mujeres (5 a 10 veces más que en hombres). La prevalencia aumenta con la edad, especialmente en mujeres >60 años.

Se estima que afecta al 1-2% de la población general, y hasta un 10% en personas mayores.

El hipotiroidismo subclínico es más frecuente que el clínico.

□ Etiología

1. Hipotiroidismo primario (95% de los casos):

Tiroiditis de Hashimoto (autoinmune).

Deficiencia de yodo.

Tiroidectomía total o subtotal.

Tratamiento con yodo radiactivo.

Medicamentos: amiodarona, litio, interferón.

2. Hipotiroidismo secundario o central:

Trastornos hipotalámicos o hipofisarios (tumores, cirugía, irradiación).

Clínica

Los síntomas suelen ser insidiosos y progresivos. Pueden variar según la gravedad y la duración del déficit hormonal.

Generales: Fatiga, aumento de peso, intolerancia al frío.

Piel y cabello: Piel seca, caída de cabello, uñas frágiles.

Neuropsiquiátricos: Depresión, lentitud mental, somnolencia.

Gastrointestinales: Estreñimiento.

Cardiovasculares: Bradicardia, derrame pericárdico.

Reproductivos: Menorragia, infertilidad, disminución de la libido.

Otros: Mixedema, edema facial, voz ronca, reflejos lentos.

□ **Diagnóstico:**

1. TSH (hormona estimulante de tiroides):

Alta: indica hipotiroidismo primario.

Baja o normal: sugiere hipotiroidismo central.

2. T4 libre (tiroxina libre):

Disminuida en hipotiroidismo clínico.

Normal en hipotiroidismo subclínico.

3. Anticuerpos antitiroideos (Anti-TPO, Anti-Tg):

Positivos en la tiroiditis de Hashimoto.

4. Otros estudios (si se requiere):

Perfil lipídico (hipercolesterolemia común).

Estudios de imagen (ecografía tiroidea o resonancia cerebral si se sospecha causa central).

Tratamiento:

1. Levotiroxina sódica (T4 sintética):

Dosis inicial: 1.6 mcg/kg/día (ajustar según edad y comorbilidades).

En ancianos o pacientes con enfermedad cardíaca: dosis más baja inicial.

Administración: en ayunas, 30-60 minutos antes del desayuno.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Definición

La EPOC es una enfermedad respiratoria crónica y progresiva caracterizada por una limitación persistente del flujo aéreo, no completamente reversible, generalmente asociada a una respuesta inflamatoria anómala a partículas o gases nocivos (principalmente humo del tabaco).

Epidemiología:

Afecta al 10-20% de los adultos >65 años.

Más frecuente en hombres, pero la brecha disminuye por el aumento del tabaquismo en mujeres.

Subdiagnosticada en adultos mayores por la superposición con otras enfermedades (como insuficiencia cardíaca o bronquitis crónica).

Es una causa importante de discapacidad, hospitalización y muerte en la población geriátrica.

△ Clínica en geriatría:

Los síntomas pueden confundirse con envejecimiento normal o con otras patologías. Incluye:

Disnea progresiva (principal síntoma).

Tos crónica con o sin expectoración.

Intolerancia al ejercicio o fatiga.

Sibilancias o ruidos respiratorios.

Pérdida de peso y masa muscular (caquexia pulmonar).

Exacerbaciones frecuentes, a menudo precipitadas por infecciones respiratorias.

En adultos mayores puede haber una menor percepción de disnea y mayor tendencia al sedentarismo.

□ Diagnóstico.

1. Espirometría (clave):

Relación FEV1/FVC < 70% post-broncodilatador confirma obstrucción persistente.

Clasificación GOLD según FEV1.

2. Historia clínica y examen físico:

Evaluar antecedentes de tabaquismo, exposición a biomasa, síntomas respiratorios crónicos.

3. Radiografía de tórax o TAC:

Enfisema, hiperinsuflación, signos de bronquitis crónica.

4. Oximetría de pulso / Gasometría arterial.

Detecta hipoxemia o hipercapnia, especialmente en exacerbaciones o estadios avanzados.

5. Evaluación geriátrica integral:

Para identificar comorbilidades: insuficiencia cardíaca, desnutrición, deterioro funcional, depresión.

Tratamiento

El manejo debe ser individualizado según la capacidad funcional, comorbilidades y tolerancia del adulto mayor:

1. No farmacológico:

Cese del tabaquismo.

Vacunas: antigripal anual, antineumocócica (13 y 23 valente).

Rehabilitación pulmonar.

Educación del paciente y cuidadores.

2. Farmacológico:

Broncodilatadores inhalados (de acción corta y prolongada):

Agonistas β_2 (SABA/LABA).

Anticolinérgicos (SAMA/LAMA).

Corticoides inhalados (ICS):

En casos con exacerbaciones frecuentes y eosinofilia.

Oxigenoterapia domiciliaria:

Si $\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mmHg}$ o $\text{SaO}_2 \leq 88\%$, o criterios específicos.

3. Manejo de exacerbaciones:

Broncodilatadores de acción corta.

Corticoides sistémicos (5-7 días).

Antibióticos si hay purulencia del esputo.

Evaluar necesidad de hospitalización.

4. Consideraciones geriátricas:

Educación sobre uso correcto de inhaladores (muchos adultos mayores tienen dificultades técnicas).

Monitorear efectos adversos de fármacos (temblores, taquicardia, retención urinaria, osteoporosis por corticoides).

Tratar comorbilidades (cardiopatías, ansiedad/depresión, desnutrición).

TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN EN ADULTOS MAYORES

Definición:

Los trastornos de deglución o disfagia son dificultades para tragar alimentos, líquidos o saliva. En adultos mayores, es una alteración frecuente causada por envejecimiento fisiológico, enfermedades neurológicas o estructurales, y se asocia a complicaciones nutricionales y respiratorias graves como aspiración o neumonía.

Epidemiología:

Afecta al 15-40% de los adultos mayores, especialmente a:

Mayores de 80 años.

Personas institucionalizadas.

Pacientes con enfermedades neurológicas (EVC, Parkinson, demencia).

Personas con enfermedades musculares o tumores orofaríngeos.

Puede pasar desapercibida o subdiagnosticada, siendo causa frecuente de hospitalización por neumonía aspirativa.

Clínica:

Los síntomas pueden variar según el tipo de disfagia (orofaríngea o esofágica):

Disfagia orofaríngea (más común en geriatría):

Tos o atragantamiento al tragar.

Sensación de alimento "atorado" en la garganta.

Cambios en la voz (voz húmeda).

Babeo, pérdida de peso.

Regurgitación nasal de alimentos o líquidos.

Neumonías de repetición.

Desnutrición o deshidratación.

Disfagia esofágica:

Sensación de obstrucción retroesternal.

Dificultad progresiva para tragar sólidos y líquidos.

Dolor torácico o pirosis.

□ **Diagnóstico:**

1. Evaluación clínica:

Historia clínica detallada.

Observación de la deglución con diferentes consistencias.

Escalas como:

EAT-10 (Eating Assessment Tool-10).

MECV-V (Método Clínico de Evaluación de la Deglución).

2. Evaluación funcional y pruebas específicas:

Videofluoroscopia (estudio de deglución con bario): estándar de oro.

Endoscopia de deglución con fibra óptica (FEES).

INFECCIONES

Definición:

Las infecciones en adultos mayores son procesos infecciosos que pueden afectar a personas de 60 años o más y que, debido a los cambios propios del envejecimiento del sistema inmune (inmunosenescencia), se presentan con características clínicas atípicas y mayor riesgo de complicaciones, hospitalización y mortalidad.

Epidemiología:

Aumenta con la edad y la presencia de comorbilidades (diabetes, EPOC, cáncer).

Es una de las principales causas de hospitalización y muerte en personas mayores.

Mayor incidencia de:

Infecciones urinarias.

Neumonías.

Infecciones gastrointestinales.

Infecciones cutáneas y por úlceras por presión.

Sepsis.

Clínica

En el adulto mayor, las infecciones pueden no manifestarse con fiebre ni con síntomas localizados claros. Los signos pueden ser sutiles:

Delirio (confusión súbita o desorientación).

Caídas inexplicadas.

Incontinencia urinaria nueva.

Astenia, anorexia, somnolencia o pérdida funcional repentina.

Cambios en el estado mental o del comportamiento.

🔍 Diagnóstico:

1. Evaluación clínica completa:

Historia clínica + revisión de síntomas atípicos.

Exploración física detallada, incluso de piel, cavidad oral y genitales.

2. Laboratorio:

Biometría hemática: leucocitosis o leucopenia.

PCR, procalcitonina (marcadores inflamatorios).

Uroanálisis y urocultivo (muy importantes en sospecha de ITU).

Hemocultivos, coprocultivos, cultivo de esputo, según el caso

SEPSIS EN EL ANCIANO

Definición:

La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del cuerpo a una infección.

En ancianos, la sepsis puede tener presentación atípica, evolución rápida y mayor riesgo de mortalidad.

> Definición actual (Sepsis-3, 2016):

Sepsis = infección + disfunción orgánica (aumento del puntaje SOFA $\geq$ 2 puntos).

Epidemiología:

Afecta con más frecuencia a personas mayores de 65 años, quienes representan el 60-70% de los casos de sepsis.

Mayor mortalidad en ancianos (hasta 40-50%), especialmente si hay comorbilidades (diabetes, EPOC, insuficiencia renal o cardíaca).

Frecuentemente asociada a infecciones urinarias, neumonía, piel, tejidos blandos y dispositivos invasivos (sondas, catéteres).

Clínica

◆ Síntomas típicos (a veces ausentes o leves):

Fiebre o hipotermia.

Taquicardia.

Hipotensión.

Disnea.

Oliguria.

◆ Síntomas atípicos (frecuentes en geriatría):

Delirio o confusión aguda.

Caídas.

Debilidad general o inmovilidad súbita.

Pérdida del apetito.

OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS POR FRAGILIDAD

Definición:

Osteoporosis: Es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del hueso, que aumenta el riesgo de fracturas por fragilidad.

Fracturas por fragilidad:

Son aquellas que ocurren por un trauma mínimo, como una caída desde la propia altura, especialmente en cadera, vértebras y muñeca.

Epidemiología:

Afecta al 30-50% de las mujeres mayores de 65 años y hasta el 20% de los hombres >70 años.

Las fracturas por fragilidad son una causa importante de discapacidad, dependencia y mortalidad en el adulto mayor.

La fractura de cadera tiene una mortalidad de hasta el 20-30% al año en ancianos.

Envejecimiento, menopausia, desnutrición, sarcopenia, caídas y comorbilidades aumentan el riesgo.

Clínica:

Osteoporosis (asintomática hasta la fractura):

Dolor óseo o lumbar.

Pérdida de estatura progresiva.

Cifosis dorsal (joroba).

Fragilidad o fractura con traumatismo leve.

Fracturas más comunes:

Columna vertebral: dolor agudo o crónico, deformidad cifótica.

Cadera: imposibilidad para deambular tras caída, dolor en región inguinal.

Muñeca (radio distal): dolor y deformidad tras caída con mano extendida.

☐ **Diagnóstico:**

1. Densitometría ósea (DXA):

Estándar de oro.

T-score $\leq$ -2.5 SD = osteoporosis.

T-score entre -1 y -2.5 = osteopenia.

2. Fracturas por fragilidad = osteoporosis clínica (aunque T-score > -2.5).

3. FRAX (herramienta OMS):

Calcula riesgo a 10 años de fractura mayor o de cadera.

Se usa con o sin T-score.

4. Laboratorio (para descartar osteoporosis secundaria):

Calcio, fósforo, vitamina D.

Función renal y hepática.

TSH, PTH, proteinograma, testosterona en hombres.

Tratamiento:

◆ 1. Medidas generales:

Ejercicio regular con carga (caminar, subir escaleras).

Evitar caídas: adaptar el hogar, usar bastón si es necesario.

Evitar tabaquismo y alcohol.

Suplementación:

Calcio: 1000-1200 mg/día (preferentemente con la dieta).

Vitamina D: 800-1000 UI/día (más si hay deficiencia).

◆ 2. Tratamiento farmacológico:

Indicado si:

T-score $\leq$ -2.5.

Fractura por fragilidad.

Riesgo alto según FRAX.

Opciones:

Bifosfonatos (alendronato, risedronato, zoledronato): primera línea.

Denosumab: útil en intolerancia a bifosfonatos o enfermedad renal.

Teriparatida: análogo de PTH, en casos severos o fracturas múltiples.

Raloxifeno o estrógenos (en mujeres posmenopáusicas, con precaución).

◆ 3. Tratamiento de la fractura:

Fractura de cadera: cirugía + rehabilitación precoz.

Fractura vertebral: manejo del dolor, ortesis, rehabilitación física.

Incluir prevención secundaria de nuevas fracturas.

● Complicaciones:

Fractura de cadera → inmovilidad, trombosis, neumonía, muerte.

Fracturas vertebrales múltiples → cifosis, dolor crónico, dependencia.

Pérdida funcional y depresión

□ Prevención en geriatría:

Tamizaje con DXA en:

Mujeres ≥ 65 años.

Hombres ≥ 70 años.

Adultos > 50 años con fractura previa.

Valoración geriátrica integral (nutrición, caídas, fuerza muscular).

Vacunación (neumococo, influenza) si hay inmovilidad post-fractura.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LESIÓN RENAL AGUDA

Definición:

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la disminución progresiva, irreversible y persistente de la función renal por al menos 3 meses, evidenciada por:

Tasa de filtrado glomerular (TFG) $< 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, y/o

Daño estructural o funcional renal (ej. proteinuria, hematuria, anormalidades en imagen).

Epidemiología:

Muy prevalente en adultos mayores.

Afecta hasta el 35-40% de personas >70 años.

Las principales causas en ancianos:

Diabetes mellitus.

Hipertensión arterial.

Enfermedad vascular.

Uso crónico de AINEs y otros nefrotóxicos.

Clínica:

En etapas iniciales puede ser asintomática. A medida que progresa:

Fatiga, debilidad.

Edema periférico.

Hipertensión difícil de controlar.

Náuseas, vómito, prurito.

Anemia, trastornos del sueño.

Cambios urinarios (espuma, nocturia).

☐ **Diagnóstico:**

1. Laboratorios:

Creatinina sérica y estimación de TFG (CKD-EPI).

Proteinuria/albuminuria (tira reactiva, relación albúmina/creatinina).

Electrolitos, hemoglobina, calcio, fósforo, PTH.

2. Estudios de imagen:

Ultrasonido renal (valorar tamaño y ecogenicidad).

3. Clasificación KDIGO por estadios (G1-G5) según TFG y albuminuria.

Tratamiento:

Control de comorbilidades:

HTA: meta PA <130/80 mmHg.

DM2: HbA1c individualizada (evitar hipoglucemia).

Inhibidores de la ECA o ARA II si hay proteinuria.

Control del fósforo, calcio, PTH y anemia.

Dieta con restricción de sal, potasio y proteínas (según etapa).

Evitar nefrotóxicos (AINEs, medios de contraste, etc.).

Valoración geriátrica integral: funcionalidad, polifarmacia, nutrición.

Diálisis si ERC terminal (valorando riesgo/beneficio en geriatría).

📌 2. **Lesión Renal Aguda (LRA)** en el adulto mayor

✓ Definición

La lesión renal aguda (LRA) es una disminución rápida y reversible de la función renal (horas a días), diagnosticada por:

↑ de creatinina ≥ 0.3 mg/dL en 48 h, o

↑ de creatinina ≥ 1.5 veces el valor basal, o

Diuresis < 0.5 ml/kg/h por más de 6 horas.

Epidemiología:

Muy frecuente en ancianos hospitalizados (hasta 30%).

Principales causas:

Deshidratación (diuréticos, vómito, diarrea).

Uso de fármacos nefrotóxicos (AINEs, contraste, IECA).

Infecciones/sepsis.

Obstrucción urinaria (hiperplasia prostática).

Clínica:

Oliguria o anuria.

Edema agudo pulmonar.

Confusión o letargia.

Náusea, vómitos.

Aumento súbito de creatinina.

□ Diagnóstico:

Creatinina sérica y control de diuresis.

Electrolitos (hiperkalemia, acidosis).

EGO y sedimento urinario.

Ecografía renal (descartar obstrucción).

Identificar causa prerrenal, renal o posrenal.

Tratamiento:

1. Prerrenal (hipoperfusión):

Hidratación con soluciones IV.

Suspender diuréticos, IECA/ARA II.

2. Renal (necrosis tubular, glomerulonefritis):

Tratar la causa específica.

Evitar fármacos nefrotóxicos.

3. Posrenal (obstrucción):

Cateterismo vesical.

Urología si obstrucción alta (litiasis, tumores).

4. Monitoreo intensivo:

Diuresis, balance hídrico.

Control de potasio, creatinina, urea.

Diálisis si hay criterios (hiperkalemia, sobrecarga, acidosis grave).

☐ Consideraciones geriátricas:

En ancianos es común la coexistencia de ERC + LRA sobreagregada.

Riesgo alto de polifarmacia e interacciones.

Mayor mortalidad y peor recuperación funcional.

En decisiones de diálisis considerar pronóstico, funcionalidad y preferencias del paciente.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO

Definición:

La evaluación del estado nutricional** en el adulto mayor es un proceso clínico integral que busca identificar desnutrición, riesgo de desnutrición o sobrepeso/obesidad, así como alteraciones funcionales y metabólicas relacionadas con el estado nutricional. Incluye valoración antropométrica, bioquímica, clínica, dietética y funcional.

Epidemiología:

La desnutrición afecta entre 10% y 60% de los adultos mayores, dependiendo del entorno:

Comunidad: 10-15%.

Hospitalizados: 30-50%.

Asilos o residencias: hasta 60%.

Sobrepeso y obesidad también son frecuentes y pueden coexistir con desnutrición (obesidad sarcopénica).

Factores de riesgo: enfermedades crónicas, aislamiento, disfagia, polifarmacia, depresión, deterioro cognitivo.

Clínica:

Manifestaciones de mal estado nutricional en adultos mayores pueden ser sutiles:

Desnutrición:

Pérdida de peso no intencionada.

Pérdida de masa muscular (sarcopenia).

Debilidad, fatiga, caídas frecuentes.

Uñas y piel frágil, cabello delgado.

Mayor susceptibilidad a infecciones.

Sobrepeso/obesidad:

Dificultad para moverse.

Comorbilidades: HTA, diabetes, apnea del sueño, artrosis.

☐ Diagnóstico / Evaluación nutricional:

1. ✓ Herramientas de tamizaje recomendadas:

Mini Nutritional Assessment (MNA): Gold standard geriátrico.

Versión corta (MNA-SF) para tamizaje.

Puntuación total:

≥24: buen estado nutricional.

17–23.5: riesgo de desnutrición.

<17: desnutrición.

Otras escalas:

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool).

NRS-2002 (en hospitales).

SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire).

2. 📏 Evaluación antropométrica:

Peso, talla, IMC:

En geriatría, IMC <22 kg/m² puede indicar desnutrición.

Circunferencia de pantorrilla (<31 cm sugiere sarcopenia).

Pérdida de peso >5% en 1 mes o >10% en 6 meses = significativa.

Pliegue cutáneo tricipital, circunferencia braquial.

3. ☐ Parámetros bioquímicos:

Albúmina sérica (<3.5 g/dL): marcador tardío pero útil.

Prealbúmina y transferrina: marcadores más sensibles (aunque variables en inflamación).

Hemoglobina, vitamina B12, folato, zinc, electrolitos.

4. 🎯 Evaluación dietética:

Entrevista sobre hábitos alimentarios, apetito, acceso a alimentos.

Registro de 24 h o diario alimentario.

5. ☐ Evaluación funcional:

Fuerza muscular (prueba de dinamometría)

Capacidad para masticar, tragar (identificar disfagia).

Evaluación del estado cognitivo y funcional.

Tratamiento / Intervención nutricional:

◆ 1. Plan alimenticio individualizado:

Dieta nutritiva, equilibrada y adaptada a preferencias y capacidades del adulto mayor.

Aporte calórico: 25-30 kcal/kg/día.

Aporte proteico: 1.0–1.5 g/kg/día, según situación clínica.

Suplementos orales si es necesario (hipercalóricos, hiperproteicos).

◆ 2. Manejo de causas contribuyentes:

Tratar problemas dentales, disfagia, depresión, estreñimiento, polifarmacia.

Apoyo psicológico y social si hay aislamiento o duelo.

◆ 3. Suplementación específica:

Vitamina D, calcio, B12, hierro, según deficiencias detectadas.

Probióticos en casos seleccionados.

◆ 4. Seguimiento continuo:

Reevaluación nutricional cada 1 a 3 meses.

Educación a paciente, familiares y cuidadores