



Nombre del alumno:

Miguel Angel Calvo Vazquez

Nombre del profesor:

Dr. Carlos Manuel Hernández Santos

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Geriatria

Grado: 6°to semestre

Grupo: C

Comitán de Domínguez Chiapas a 5 de julio de 2025

Enfermedades tiroideas en el adulto mayor

Introducción

Las enfermedades tiroideas son frecuentes en la población geriátrica. Su diagnóstico puede ser difícil, ya que los síntomas tienden a ser atípicos o enmascarados por comorbilidades o el propio envejecimiento.

Hipotiroidismo

- **Definición:** Disminución de la función tiroidea (baja producción de T3 y T4).
- **Etiología:** Tiroiditis de Hashimoto, tratamiento previo con yodo radiactivo, cirugía, o idiopática.
- **Clínica:** Letargo, deterioro cognitivo, depresión, bradicardia, constipación, intolerancia al frío, mixedema, pérdida de memoria.
- **Diagnóstico:** TSH elevada con T4 baja.
- **Tratamiento:** Levotiroxina a dosis más bajas que en adultos jóvenes; monitoreo frecuente por riesgo de sobretratamiento (puede inducir fibrilación auricular u osteoporosis).

Hipertiroidismo / Tirototoxicosis

- **Definición:** Aumento de las hormonas tiroideas (T3 y/o T4).
- **Causas comunes:** Enfermedad de Graves, bocio multinodular tóxico, adenoma tóxico.
- **Clínica:** Menos sintomáticos que los jóvenes; pueden presentar pérdida de peso, ansiedad, debilidad muscular, fibrilación auricular, y deterioro funcional.
- **Diagnóstico:** TSH suprimida con T4 y/o T3 elevadas.

- **Tratamiento:** Antitiroideos (metimazol), yodo radiactivo o cirugía; cuidado con efectos adversos en ancianos frágiles.

Tirotoxicosis apática

- Variante del hipertiroidismo en ancianos, sin síntomas típicos (sin temblor, sin hiperactividad).
- Se presenta con letargia, depresión, pérdida de peso o deterioro funcional.

Síndrome del eutiroides enfermo

- **Definición:** Alteraciones en las pruebas de función tiroidea en pacientes críticamente enfermos sin patología tiroidea primaria.
- **Clínica:** Generalmente sin síntomas tiroideos.
- **Laboratorio:** T3 baja, T4 y TSH normales o bajos.
- **Tratamiento:** No se recomienda tratamiento hormonal; se resuelve al tratar la enfermedad de base.

Nódulos tiroideos

- **Epidemiología:** Aumenta su prevalencia con la edad; la mayoría son benignos.
- **Evaluación:** USG tiroideo y determinación de TSH; si hay sospecha, punción aspiración con aguja fina (PAAF).
- **Seguimiento:** Nódulos <1 cm sin características sospechosas no requieren intervención inmediata.

Cáncer de tiroides

- **Tipos frecuentes:** Carcinoma papilar y folicular; anaplásico (más agresivo en ancianos).
- **Presentación:** Masa cervical, disfagia, disfonía.

- **Pronóstico:** Peor en ancianos, sobre todo si el diagnóstico es tardío o la histología es agresiva.
- **Tratamiento:** Cirugía, yodo radiactivo; individualizado según comorbilidades y expectativa de vida.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Definición:

Enfermedad respiratoria progresiva caracterizada por limitación persistente del flujo aéreo, asociada principalmente a una respuesta inflamatoria crónica en vías respiratorias y pulmones ante partículas o gases nocivos (como el humo del tabaco).

Cuadro clínico:

- Disnea progresiva de esfuerzo.
- Tos crónica, con o sin expectoración.
- Sibilancias y sensación de opresión torácica.
- Exacerbaciones frecuentes (infecciosas o ambientales).
- En fases avanzadas: pérdida de peso, fatiga, cianosis, signos de cor pulmonale.

♦ **Epidemiología:**

Alta prevalencia en adultos mayores, particularmente fumadores o expuestos a contaminantes.

Subdiagnosticada en ancianos por atribuir los síntomas al envejecimiento normal.

Diagnóstico:

- **Espirometría:** FEV1/FVC < 70% postbroncodilatador.
- Radiografía de tórax y evaluación clínica.
- Pulsioximetría y gasometría en casos avanzados.

Tratamiento:

- **No farmacológico:** Suspensión del tabaquismo, vacunación (influenza, neumococo), rehabilitación pulmonar, oxigenoterapia domiciliaria (si hipoxemia crónica).
- **Farmacológico:** Broncodilatadores de acción prolongada (LAMA, LABA), corticosteroides inhalados (en exacerbaciones frecuentes).
- Ajuste de dosis y vigilancia de efectos adversos en el adulto mayor.

Trastornos de deglución en el adulto mayor (Disfagia)**Definición:**

Dificultad para tragar alimentos sólidos o líquidos, secundaria a alteraciones neuromusculares, estructurales o funcionales, frecuente en la población geriátrica.

Cuadro clínico:

- Tos o atragantamiento al comer.
- Cambios en la voz (voz húmeda).
- Sensación de alimento detenido.
- Neumonías por aspiración recurrentes.
- Pérdida de peso, deshidratación, desnutrición.

Epidemiología:

- Aumenta con la edad.
- Frecuente en personas con enfermedades neurológicas (ACV, Parkinson, demencia) o debilidad muscular (sarcopenia orofaríngea).

Diagnóstico:

- Observación clínica.
- Pruebas funcionales (test volumen-viscosidad).
- Videofluoroscopia o endoscopia (FEES) para confirmar y clasificar.

Tratamiento:

- Terapia de deglución con fonoaudiólogo.
- Modificación de consistencia de alimentos y líquidos.
- Educación a cuidadores y monitorización nutricional.
- En casos graves: alimentación por sonda (nasogástrica o gastrostomía).

Infecciones en el adulto mayor

Definición:

Procesos infecciosos en la persona mayor, con frecuencia de presentación atípica, mayor riesgo de complicaciones y elevada morbimortalidad.

Cuadro clínico:

- Presentación inespecífica: confusión, caídas, incontinencia, astenia o deterioro funcional.
- Fiebre puede estar ausente.
- Infecciones más comunes:
 - **Urinarias:** disuria, urgencia o solo confusión.
 - **Respiratorias:** tos, disnea, fiebre o deterioro agudo.

- **Cutáneas:** úlceras infectadas, celulitis.
- **Sepsis:** puede cursar sin fiebre, con hipotensión, taquicardia o letargia.

Epidemiología:

- Altamente prevalentes por inmunosenescencia, comorbilidades (diabetes, EPOC), institucionalización y uso de dispositivos (sondas, catéteres).

Diagnóstico:

- Alta sospecha clínica ante cambios funcionales súbitos.
- Estudios dirigidos: uroanálisis, radiografía de tórax, hemocultivos, etc.
- Evaluación integral geriátrica.

Tratamiento:

- Antibióticos según el foco, ajustados a función renal y comorbilidades.
- Hidratación y soporte nutricional.
- Medidas preventivas: higiene, control de dispositivos, **vacunación sistemática (influenza, neumococo, herpes zóster).**

Sepsis en el anciano

Definición:

Respuesta sistémica disfuncional ante una infección, con disfunción orgánica potencialmente mortal. En el adulto mayor, la sepsis puede presentarse sin los signos clásicos, lo que dificulta su diagnóstico temprano.

Cuadro clínico:

- Presentación **atípica o silente**: confusión, letargia, caídas, incontinencia.
- Fiebre puede estar ausente; puede haber hipotermia.
- Hipotensión, taquicardia, taquipnea, hipoxemia.
- Disfunción orgánica: alteración del estado mental, oliguria, acidosis láctica.
- Puede evolucionar rápidamente a **choque séptico**.

Epidemiología:

- Alta incidencia en ancianos por inmunosenescencia, comorbilidades (diabetes, cáncer, enfermedad renal crónica), uso de sondas y hospitalizaciones frecuentes.
- Alta mortalidad en esta población.

Diagnóstico:

- Criterios de **qSOFA** o **SOFA**.
- Identificación del foco infeccioso (urinario, pulmonar, cutáneo, abdominal).
- Estudios: hemocultivos, BH, PCR, procalcitonina, gasometría, función renal, lactato.

Tratamiento:

- **Antibióticos de amplio espectro** empíricos, ajustados según cultivo.
- **Reposición de líquidos** (cristaloides).
- **Vasopresores** si hay hipotensión persistente.
- Monitoreo en unidad especializada si hay disfunción orgánica.
- Dosis ajustadas a función renal/hepática y con cuidado ante polifarmacia.

Cardiopatía isquémica en el adulto mayor

Definición:

Enfermedad secundaria a **ateroesclerosis coronaria**, que produce isquemia miocárdica (infarto o angina). Puede ser silente o atípica en el adulto mayor.

Cuadro clínico:

- Dolor torácico opresivo, irradiado a brazo o mandíbula.
- En ancianos puede presentarse como **disnea, confusión, síncope, fatiga o insuficiencia cardíaca aguda**, sin dolor torácico evidente.
- Cambios en el estado funcional o cognitivo como única manifestación.

Epidemiología:

- Principal causa de mortalidad en mayores de 65 años.
- Factores de riesgo: hipertensión, dislipidemia, diabetes, tabaquismo, sedentarismo.
- Envejecimiento vascular y miocárdico aumentan la vulnerabilidad.

Diagnóstico:

- **ECG:** cambios de ST, T o Q.
- **Biomarcadores cardíacos:** troponinas.
- **Ecocardiograma:** alteraciones en la contractilidad segmentaria.
- Pruebas de esfuerzo o imagen coronaria según el estado funcional.

Tratamiento:

- **Agudo (síndrome coronario agudo):**

- Aspirina, clopidogrel, anticoagulación, nitratos, beta bloqueadores, estatinas.
- Revascularización (angioplastia o cirugía) si está indicado y el paciente es funcionalmente apto.
- **Crónico:**
 - Control de factores de riesgo.
 - Beta bloqueadores, IECA/ARA II, estatinas, antiagregantes.
- Evaluación geriátrica integral para individualizar el tratamiento.

Estado nutricional en el adulto mayor

Definición:

El estado nutricional** es el resultado del equilibrio entre el requerimiento y el aporte de nutrientes, así como de su adecuada utilización. En el adulto mayor, este equilibrio se ve frecuentemente alterado por múltiples factores fisiológicos, patológicos, psicológicos y sociales, lo que lo convierte en un grupo vulnerable a la **desnutrición**.

Cuadro clínico:

La desnutrición en el adulto mayor puede manifestarse con signos inespecíficos y progresivos:

- Pérdida de peso no intencionada.
- Disminución de la fuerza muscular.
- Fatiga, debilidad general.
- Inapetencia o rechazo a la comida.
- Dificultades para masticar o deglutir.
- Alteración del estado funcional o cognitivo.
- Aparición o empeoramiento de úlceras por presión.
- Inmunodepresión e infecciones recurrentes.

Epidemiología:

- La **desnutrición** es frecuente en adultos mayores:
 - **10–15%** en la comunidad.
 - Hasta **60%** en hospitales y residencias.
- Factores de riesgo:
 - Envejecimiento fisiológico (anorexia del envejecimiento).
 - Enfermedades crónicas (EPOC, cáncer, insuficiencia cardíaca).
 - Polifarmacia.
 - Alteraciones sensoriales (olfato, gusto).
 - Depresión, aislamiento social o pobreza.

Diagnóstico y evaluación:

- **Herramientas de tamizaje:**
 - **MNA (Mini Nutritional Assessment):** instrumento validado para evaluar el riesgo nutricional en adultos mayores.
 - **VGS (Valoración Global Subjetiva).**
- **Datos clínicos relevantes:**
 - Pérdida de peso $\geq 5\%$ en 1 mes o $\geq 10\%$ en 6 meses.
 - IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$ en adultos mayores.
 - Mediciones antropométricas: pliegues cutáneos, circunferencia del brazo o pantorrilla.
- **Estudios de laboratorio (de apoyo):**
 - Albúmina, prealbúmina, hemoglobina, linfocitos.

Tratamiento e intervención:

1. Medidas generales:

- Identificar y tratar causas subyacentes.
- Individualizar requerimientos nutricionales.

- Promover un ambiente adecuado para la alimentación (luz, compañía, utensilios adaptados).

2. Soporte nutricional:

- **Dieta fraccionada, rica en calorías y proteínas.**
- **Suplementos nutricionales orales** (hipercalóricos o hiperproteicos) en pacientes con riesgo.
- Estimulación del apetito (cuando está indicado, con precaución).
- **Nutrición enteral** (sonda nasogástrica o gastrostomía) en casos de disfagia grave o imposibilidad de alimentación oral segura.

3. Apoyo interdisciplinario:

- Trabajo conjunto entre médico, nutricionista, enfermería y fonoaudiólogo (en disfagia).
- Educación al paciente y cuidador.