



**Nombre del alumno: Madrid
Sánchez Luis Jaime**

**Nombre del profesor: Hernandez
Carlos Manuel**

**Nombre del trabajo: Resúmenes de
clase**

Materia: Geriatria

Grado: Sexto semestre

Grupo: "C"

1. Enfermedades tiroideas en el adulto mayor

Las enfermedades tiroideas en el adulto mayor son frecuentes, pero a menudo pasan desapercibidas debido a presentaciones clínicas atípicas. Las dos condiciones más comunes son el hipotiroidismo y el hipertiroidismo. El hipotiroidismo, en particular el subclínico, tiene una alta prevalencia en adultos mayores, y puede confundirse fácilmente con síntomas del envejecimiento normal como fatiga, debilidad, bradicardia, estreñimiento y deterioro cognitivo leve.

El hipertiroidismo en los ancianos puede presentarse de forma silente o con síntomas inespecíficos como pérdida de peso, fibrilación auricular, ansiedad o debilidad muscular proximal. Las causas más comunes incluyen bocio multinodular tóxico y enfermedad de Graves. Sin embargo, debido a la atenuación de la respuesta simpática en el envejecimiento, los síntomas clásicos como temblor, sudoración o taquicardia pueden no estar presentes.

El diagnóstico se basa en la medición de TSH sérica y, si está alterada, se complementa con T3 y T4 libres. El hipotiroidismo subclínico (TSH elevada con T4 normal) plantea un reto terapéutico, ya que el tratamiento con levotiroxina debe individualizarse debido al riesgo de efectos adversos cardiovasculares como angina o arritmias. En el hipertiroidismo, los antitiroideos como el metimazol son efectivos, pero se debe vigilar estrechamente por toxicidades hematológicas y hepáticas. En algunos casos se prefiere el tratamiento con yodo radiactivo o cirugía, especialmente si hay bocio compresivo.

El seguimiento de la función tiroidea en adultos mayores debe ser parte de la evaluación geriátrica integral, ya que el control adecuado mejora la calidad de vida y puede prevenir complicaciones cardiovasculares y neuropsiquiátricas.

2. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La EPOC es una enfermedad progresiva y potencialmente discapacitante que se caracteriza por la obstrucción crónica al flujo aéreo, que no es completamente reversible. En el adulto mayor, la EPOC se presenta con mayor frecuencia y gravedad debido a la exposición prolongada a factores de riesgo como el tabaquismo, así como a cambios anatómicos y fisiológicos propios del envejecimiento pulmonar.

Los pacientes mayores con EPOC pueden tener síntomas inespecíficos como disnea, fatiga, intolerancia al ejercicio, tos crónica con o sin expectoración, y exacerbaciones frecuentes. Estas exacerbaciones, desencadenadas frecuentemente por infecciones respiratorias, conllevan a una disminución funcional progresiva, hospitalizaciones repetidas y un aumento en la mortalidad.

El diagnóstico se realiza mediante espirometría, mostrando una relación FEV1/FVC menor a 0.70. También se deben realizar radiografías de tórax, gasometrías y, en casos seleccionados, tomografía computarizada para evaluar enfisema.

El tratamiento farmacológico incluye broncodilatadores de acción prolongada (LABA, LAMA), corticoides inhalados en pacientes con fenotipo exacerbador, y tratamiento de comorbilidades como hipertensión o enfermedad cardiovascular. La oxigenoterapia crónica está indicada en pacientes con hipoxemia severa ($\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$).

La rehabilitación pulmonar y la educación del paciente son fundamentales para mejorar la capacidad funcional. También es esencial la vacunación contra influenza, neumococo y COVID-19. El manejo del anciano con EPOC debe incluir estrategias de cuidados paliativos en etapas avanzadas y un enfoque centrado en la calidad de vida.

3. Trastorno de la deglución en el adulto mayor

La disfagia, o trastorno de la deglución, es altamente prevalente en adultos mayores, especialmente aquellos con enfermedades neurológicas, demencia, ECV o sarcopenia. A medida que envejecemos, se producen cambios estructurales y funcionales en la musculatura orofaríngea y esofágica, lo que disminuye la eficiencia de la deglución y aumenta el riesgo de aspiración.

Este trastorno se asocia con complicaciones como desnutrición, deshidratación, pérdida de peso, neumonía por aspiración y disminución de la calidad de vida. Puede clasificarse como orofaríngea (más frecuente en ancianos) o esofágica, y su origen puede ser neurológico, estructural o funcional.

El diagnóstico comienza con una historia clínica detallada, observación durante la alimentación, y se complementa con estudios como la videofluoroscopia de

deglución o endoscopia flexible. Herramientas como la escala de evaluación funcional de la deglución (DOSS) y la clasificación de Rosenbek ayudan a estratificar la gravedad.

El tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario: logopedia y terapia de deglución, cambios en la consistencia de los alimentos, maniobras compensatorias (ej. maniobra de chin tuck), posicionamiento adecuado y, en casos graves, la colocación de una sonda de alimentación (gastrostomía). Es crucial capacitar a cuidadores para minimizar riesgos y promover una alimentación segura.

4. Infecciones en el adulto mayor

El envejecimiento del sistema inmunológico (inmunosenescencia) reduce la capacidad del organismo para responder adecuadamente a las infecciones. Esta situación, combinada con comorbilidades, institucionalización, dispositivos invasivos y cambios en la barrera cutánea o mucosa, hace al adulto mayor especialmente vulnerable a infecciones graves.

Las manifestaciones clínicas pueden ser atípicas. En lugar de fiebre, el anciano puede presentar confusión aguda, caídas, deterioro funcional o anorexia. Las infecciones más comunes incluyen: del tracto urinario, neumonía, infecciones de piel y tejidos blandos, y gastrointestinales.

El diagnóstico requiere un enfoque clínico cuidadoso, incluyendo cultivos, biomarcadores como PCR y procalcitonina, e imágenes diagnósticas. El tratamiento debe considerar la farmacocinética alterada por cambios renales y hepáticos, así como el riesgo de interacciones medicamentosas por polifarmacia.

La prevención incluye medidas de higiene, manejo cuidadoso de dispositivos médicos, control de enfermedades crónicas, y vacunación sistemática. La identificación temprana y el abordaje integral son esenciales para evitar complicaciones graves.

5. Sepsis en el anciano

La sepsis en adultos mayores tiene una presentación y evolución particular. Es más frecuente, grave y mortal en este grupo etario debido a factores como inmunosenescencia, comorbilidades múltiples, fragilidad y presentación atípica.

Los síntomas clásicos como fiebre pueden estar ausentes. En su lugar, la sepsis puede manifestarse con confusión, hipotermia, taquipnea, caída súbita o incontinencia. Las causas más comunes incluyen infecciones del tracto urinario, neumonía, infecciones de piel y abdominales.

El diagnóstico precoz es clave. Se utilizan criterios como SOFA y qSOFA para valorar la disfunción orgánica. Los estudios deben incluir cultivos, marcadores inflamatorios y lactato sérico. El tratamiento inmediato con antibióticos empíricos, fluidoterapia agresiva y control del foco es crucial.

La mortalidad por sepsis en el anciano es alta. Requiere un abordaje multidisciplinario, cuidados intensivos en muchos casos, y rehabilitación posthospitalaria para evitar deterioro funcional permanente.

6. Cardiopatía isquémica en el adulto mayor

La cardiopatía isquémica (CI) en el adulto mayor es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Incluye entidades como angina estable, síndrome coronario agudo y cardiopatía isquémica crónica. Su presentación puede ser atípica: disnea, debilidad, confusión o síncope en lugar de dolor torácico.

La aterosclerosis coronaria se agrava con la edad y está asociada a factores de riesgo como HTA, DM2, dislipidemia y tabaquismo. El diagnóstico incluye ECG, biomarcadores (troponinas), ecocardiograma y coronariografía en casos indicados.

El manejo se basa en fármacos antianginosos, antiplaquetarios, estatinas, IECA o ARA II y betabloqueadores. Las decisiones sobre revascularización deben individualizarse, valorando riesgos quirúrgicos y funcionalidad.

La prevención secundaria y la rehabilitación cardiovascular son clave para

reducir recaídas, mejorar capacidad funcional y calidad de vida.

7. Osteoporosis y fracturas por fragilidad

La osteoporosis es una enfermedad crónica y silenciosa que afecta especialmente a mujeres posmenopáusicas y adultos mayores. Se caracteriza por una disminución de la densidad mineral ósea y un aumento del riesgo de fracturas por fragilidad.

Las fracturas de cadera, vértebras y muñeca son las más frecuentes. La fractura de cadera en particular tiene una alta mortalidad a un año (20-30%) y genera pérdida de autonomía, riesgo de institucionalización y complicaciones como tromboembolismo o úlceras.

El diagnóstico se realiza con densitometría ósea ($T\text{-score} \leq -2.5$) y se evalúa el riesgo con herramientas como FRAX. El tratamiento incluye cambios en el estilo de vida (ejercicio, abandono del tabaco), suplementos de calcio y vitamina D, y fármacos como bifosfonatos, denosumab o teriparatida.

La prevención de caídas es esencial: control ambiental, corrección visual, evaluación del equilibrio y fuerza muscular. La intervención temprana puede evitar complicaciones y mantener la independencia funcional.

8. Enfermedad renal crónica y lesión renal aguda en el adulto mayor

El riñón envejece con pérdida progresiva de nefronas, disminución del flujo plasmático renal y reducción de la tasa de filtrado glomerular. Estas alteraciones aumentan la susceptibilidad a la enfermedad renal crónica (ERC) y a la lesión renal aguda (LRA) en el adulto mayor.

La ERC suele ser asintomática en etapas iniciales y se asocia a HTA, DM, enfermedad cardiovascular y uso de medicamentos nefrotóxicos. La LRA, por otro lado, puede desencadenarse por deshidratación, infecciones, contrastes y fármacos. En ambos casos, se incrementa el riesgo de hospitalización, polifarmacia y mortalidad.

El diagnóstico incluye medición de creatinina, TFGe, proteinuria y ecografía

renal. El tratamiento busca enlentecer la progresión, controlar factores de riesgo y evitar nefrotoxinas. En casos avanzados, se considera la terapia de reemplazo renal, aunque debe evaluarse el balance entre beneficios y carga terapéutica.

El abordaje debe ser multidisciplinario, promoviendo un envejecimiento renal saludable y un enfoque centrado en la funcionalidad y calidad de vida.