



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN



RESUMENES DE 4° UNIDAD

Lupita Melaine Toledo Alfaro

Geriatría 4 unidad.

6to semestre grupo D

“PATOLOGIA TIROIDEA”

Las enfermedades tiroideas en los adultos mayores presentan características clínicas particulares debido a los cambios fisiológicos del envejecimiento, que pueden enmascarar los síntomas clásicos. Las principales alteraciones tiroideas en este grupo son el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la presencia de nódulos tiroideos.

1. Hipotiroidismo

Es la alteración tiroidea más común en el adulto mayor, frecuentemente de origen autoinmune (tiroiditis de Hashimoto). Se presenta con síntomas inespecíficos como fatiga, lentitud mental, depresión, constipación y bradicardia, que pueden confundirse con el envejecimiento normal. Es importante evaluar TSH y T4 libre; el tratamiento con levotiroxina debe iniciarse a dosis bajas para evitar efectos cardiovasculares.

2. Hipertiroidismo

Menos frecuente, pero clínicamente más grave. La causa más común en el anciano es el bocio multinodular tóxico. Se manifiesta de forma atípica: pérdida de peso, debilidad muscular, fibrilación auricular, apatía o síntomas depresivos (hipertiroidismo apático). El diagnóstico se confirma con TSH suprimida y T4/T3 elevados. El tratamiento incluye antitiroideos, yodo radioactivo o cirugía, según la condición general del paciente.

3. Nódulos y cáncer tiroideo

La presencia de nódulos tiroideos aumenta con la edad; la mayoría son benignos. La evaluación incluye ecografía y, si se requiere, biopsia por aspiración con aguja fina. El cáncer tiroideo en el anciano suele tener un comportamiento más agresivo.

Consideraciones generales

El diagnóstico puede retrasarse por la presentación atípica de los síntomas. El tratamiento debe individualizarse, considerando comorbilidades y fragilidad. Es clave realizar un abordaje multidisciplinario y monitorizar los efectos del tratamiento.

“ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA”

La EPOC es una enfermedad respiratoria progresiva y prevenible, caracterizada por una obstrucción persistente al flujo aéreo. En el adulto mayor, su abordaje presenta particularidades por los cambios fisiológicos del envejecimiento y las comorbilidades frecuentes.

Etiología y factores de riesgo:

El principal factor es el tabaquismo crónico, aunque también influyen la exposición a biomasa, contaminación ambiental y antecedentes ocupacionales. La edad avanzada incrementa la vulnerabilidad por deterioro de la función pulmonar.

Fisiopatología:

Hay limitación al flujo aéreo no completamente reversible, con enfisema (destrucción de alveolos) y bronquitis crónica (hipersecreción de moco). La pérdida de elasticidad pulmonar y la hiperinsuflación agravan la disnea en el anciano.

Clínica:

Los síntomas más comunes son: disnea progresiva, tos crónica y expectoración. En el adulto mayor, puede manifestarse como fatiga, disminución de la capacidad funcional, y confusión o somnolencia en casos graves. El diagnóstico se apoya en la espirometría ($FEV1/FVC < 70\%$).

Tratamiento Se basa en:

- Abandono del tabaquismo.
- Broncodilatadores inhalados (anticolinérgicos, beta-agonistas).
- Corticoesteroides inhalados, en casos seleccionados.
- Oxigenoterapia domiciliaria, cuando está indicado.
- Vacunación (influenza y neumococo).
- En adultos mayores, es esencial verificar el correcto uso de los inhaladores y ajustar el tratamiento según comorbilidades.

Aspectos geriátricos

La EPOC en el anciano puede contribuir a síndromes geriátricos como caídas, deterioro funcional, desnutrición y depresión. La evaluación funcional, nutricional y psicosocial es clave para un manejo integral.

“TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN EN ADULTOS MAYORES”

Los trastornos de la deglución (disfagia) son frecuentes en los adultos mayores y pueden deberse tanto al envejecimiento fisiológico como a enfermedades neurológicas o estructurales. Aumentan el riesgo de aspiración, desnutrición y neumonía, y tienen un impacto importante en la calidad de vida.

Causas:

- Envejecimiento fisiológico: pérdida de fuerza muscular, disminución del reflejo de deglución y retraso en el tránsito esofágico.
- Neurológicas: ACV, Parkinson, demencia, esclerosis lateral amiotrófica.
- Estructurales: estenosis esofágica, neoplasias, divertículos.
- Iatrogénicas: efectos adversos de fármacos (neurolepticos, benzodiazepinas), radioterapia cervical, intubación prolongada.

Clasificación:

- Orofaringea: dificultad para iniciar la deglución; puede causar tos, atragantamiento o voz húmeda.
- Esofágica: sensación de alimento atorado, dolor torácico, regurgitación.

Manifestaciones clínicas:

- Tos durante o después de comer.
- Cambios en la voz.
- Pérdida de peso no intencionada.
- Neumonías recurrentes.
- Deshidratación o malnutrición.

Evaluación:

- Historia clínica dirigida y exploración funcional.
- Pruebas clínicas: prueba del agua (volúmenes pequeños).
- Estudios especializados: video fluoroscopia, endoscopia con fibra óptica (FEES).

Tratamiento:

- Intervención multidisciplinaria: geriatra, foniatra, nutriólogo, terapeuta del lenguaje.
- Modificación de la dieta: cambios en la consistencia de sólidos y líquidos.
- Rehabilitación de la deglución: ejercicios de fortalecimiento orofacial y estrategias compensatorias.
- Medidas de seguridad: postura adecuada, alimentación supervisada.
- En casos severos: considerar alimentación enteral (sonda nasogástrica o gastrostomía).

“INFECCIONES”

Las infecciones en el adulto mayor son una causa importante de morbimortalidad. Su presentación puede ser atípica y muchas veces carece de fiebre o síntomas localizados, lo que dificulta el diagnóstico temprano. El envejecimiento del sistema inmune (inmunosenescencia) y la presencia de comorbilidades aumentan el riesgo.

Cambios relacionados con la edad:

- Respuesta inmune disminuida: menor producción de anticuerpos, reducción de la función de neutrófilos y linfocitos.
- Síntomas atípicos: puede haber delirium, caídas, incontinencia o deterioro funcional sin fiebre ni leucocitosis.
- Frecuente subdiagnóstico o diagnóstico tardío.

Infecciones más comunes:

1. Infecciones urinarias (ITU)
 - Muy frecuentes, especialmente en mujeres y en portadores de sondas.
 - Puede presentarse como confusión aguda o caída.
 - Distinguir entre bacteriuria asintomática e ITU verdadera es fundamental para evitar sobretratamiento.
2. Infecciones respiratorias
 - Incluyen neumonía adquirida en la comunidad y en hospitales.
 - La neumonía puede presentarse con debilidad, taquipnea o confusión sin fiebre.
 - Elevado riesgo de mortalidad.
3. Infecciones cutáneas
 - Celulitis, úlceras por presión infectadas, infecciones por hongos.
 - La piel del anciano es más frágil y susceptible a traumatismos.
4. Infecciones gastrointestinales
 - Diarrea por *Clostridioides difficile* asociada a antibióticos.
 - Mayor riesgo de deshidratación y complicaciones.
5. Sepsis
 - Puede desarrollarse rápidamente, con presentación atípica.
 - La sospecha temprana y el tratamiento oportuno son clave.

Manejo:

- Evaluación clínica completa, considerando síntomas no específicos.
- Antibioticoterapia dirigida, evitando uso innecesario.
- Prevención: vacunación (influenza, neumococo, herpes zóster), higiene, cuidados en sondas y dispositivos médicos.

“SEPSIS EN EL ANCIANO”

La sepsis es una respuesta inflamatoria sistémica desregulada frente a una infección, que puede evolucionar rápidamente a shock séptico y fallo multiorgánico. En el adulto mayor, representa una emergencia médica frecuente y de alta mortalidad.

Factores predisponentes en el anciano:

- Inmunosenescencia: disminución de la función inmunológica (menor respuesta de linfocitos, neutrófilos y anticuerpos).
- Comorbilidades: como diabetes, EPOC, enfermedad renal crónica o cáncer.
- Uso de dispositivos: sondas vesicales, catéteres venosos, alimentación enteral.
- Hospitalizaciones frecuentes y mayor exposición a bacterias resistentes.

Presentación clínica atípica:

- Puede no haber fiebre ni leucocitosis.
- Manifestaciones comunes: deterioro del estado general, confusión (delirium), caídas, hipotermia, hipoglucemia o taquipnea inexplicada.
- Estos signos deben alertar al clínico, ya que el diagnóstico puede retrasarse si se esperan los signos clásicos.

Focos infecciosos más comunes:

- Pulmonar: neumonía.
- Urinario: especialmente en mujeres o portadores de sonda.
- Cutáneo: úlceras por presión o celulitis.
- Abdominal: menos frecuente, pero grave.

Diagnóstico:

- Requiere una alta sospecha clínica ante signos de infección y disfunción orgánica.
- Uso de escalas como qSOFA o criterios de SIRS.
- Estudios de laboratorio: hemocultivos, biomarcadores (PCR, procalcitonina), función renal, hepática y gasometría.
- Pruebas de imagen según sospecha del foco.

Tratamiento:

- Inicio precoz de antibióticos de amplio espectro, ajustados según cultivos.
- Reposición de líquidos agresiva, con monitoreo estrecho.
- Soporte de órganos (oxigenoterapia, vasopresores si es necesario).
- Cuidado especial en el ajuste de dosis por función renal y riesgo de efectos adversos.

“OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS POR FRAGILIDAD”

La osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por disminución de la masa ósea y deterioro de la microarquitectura ósea, lo que incrementa el riesgo de fracturas por fragilidad. Es altamente prevalente en el adulto mayor, especialmente en mujeres posmenopáusicas.

Etiología y factores de riesgo:

- Envejecimiento: pérdida ósea acelerada con la edad.
- Déficit de estrógenos en mujeres.
- Factores secundarios: uso prolongado de corticosteroides, malabsorción, hipertiroidismo, insuficiencia renal, alcoholismo, tabaquismo, inmovilidad.
- Deficiencia de vitamina D y calcio.

Fracturas por fragilidad:

- Se producen por traumatismos mínimos (caídas desde la propia altura).
- Fracturas más comunes: vértebras, cadera, radio distal, húmero proximal.
- Las fracturas de cadera están asociadas a alta mortalidad, pérdida funcional y dependencia.

Manifestaciones clínicas:

- La osteoporosis suele ser asintomática hasta que ocurre una fractura.
- Fracturas vertebrales pueden manifestarse con dolor dorsal o lumbar, pérdida de estatura y cifosis progresiva.

Diagnóstico:

- Densitometría ósea (DEXA): mide la densidad mineral ósea (DMO). Un T-score ≤ -2.5 indica osteoporosis.
- Evaluación de riesgo con herramientas como FRAX.
- Estudios complementarios para descartar causas secundarias.

Tratamiento:

- Calcio y vitamina D: fundamentales en todos los casos.
- Fármacos antiresortivos: bifosfonatos (alendronato, risedronato), denosumab.
- Anabólicos óseos en casos seleccionados (teriparatida).
- Ejercicio físico: fortalece hueso y músculo, reduce riesgo de caídas.
- Prevención de caídas: evaluación del entorno, corrección visual, control postural.

“ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LESIÓN RENAL AGUDA”

Envejecimiento renal:

Con la edad, se produce una disminución fisiológica progresiva del filtrado glomerular (FG), pérdida de nefronas y esclerosis vascular. Esto hace que el adulto mayor tenga menor reserva renal y mayor susceptibilidad a daños agudos o progresivos.

- Enfermedad Renal Crónica (ERC):

Definición: Alteración estructural o funcional renal persistente por más de 3 meses, con o sin reducción del FG. Se clasifica en estadios según el FG (<60 ml/min/1.73m² es considerado ERC moderada a grave).

Causas comunes: diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, enfermedad vascular renal, envejecimiento.

Menos frecuentemente: nefritis intersticial, enfermedades autoinmunes.

Manifestaciones clínicas: inicialmente asintomática. En estadios avanzados: anemia, fatiga, prurito, edema, hipertensión, trastornos óseos y electrolíticos.

Diagnóstico: Estimación del FG (fórmulas como CKD-EPI ajustadas para edad). Evaluación de proteinuria/albuminuria. Imagen renal (ecografía) para descartar causas obstructivas.

Tratamiento: Control de presión arterial, glucosa y lípidos. Restricción de fármacos nefrotóxicos (AINES, ciertos antibióticos). Dieta controlada en proteínas y potasio.

Derivación a nefrología en estadios avanzados.

- Lesión Renal Aguda (LRA):

Definición: deterioro agudo de la función renal en horas o días, con aumento de creatinina o disminución del volumen urinario.

Causas frecuentes:

Prerrenales: hipovolemia, hipotensión, uso de diuréticos o IECA. Renales: necrosis tubular aguda, nefritis intersticial, glomerulonefritis. Postrenales: obstrucción urinaria (hiperplasia prostática, litiasis).

Manifestaciones clínicas: Oliguria o anuria, edema, alteraciones electrolíticas (hiperpotasemia), encefalopatía. En ancianos puede haber síntomas inespecíficos como letargo o descompensación funcional.

Diagnóstico: Creatinina sérica, BUN, electrolitos, EGO, ecografía renal. Evaluar volumen urinario y antecedentes farmacológicos.

Tratamiento:	Corregir	causa	subyacente.
Mantener		volemia	adecuada.
Evitar			nefrotóxicos.

En casos graves: diálisis temporal.

Consideraciones geriátricas comunes:

- En el anciano, ERC y LRA pueden coexistir y agravarse mutuamente.
- La presentación clínica suele ser atípica o silente.
- Ajustar dosis de medicamentos según función renal.
- En todo paciente mayor con deterioro funcional súbito, descartar LRA.

“EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL”

La evaluación nutricional en el adulto mayor es fundamental para detectar desnutrición, riesgo nutricional u obesidad sarcopénica, todos ellos asociados a mayor morbilidad, deterioro funcional y mortalidad. El envejecimiento conlleva cambios fisiológicos y sociales que alteran el apetito, la absorción y el metabolismo.

Factores que afectan la nutrición en el anciano:

- Fisiológicos: pérdida de masa muscular, disminución del gusto y olfato, alteraciones dentales, saciedad precoz.
- Patológicos: enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, demencia, EPOC).
- Psicosociales: depresión, aislamiento, pobreza, dependencia.
- Farmacológicos: medicamentos que afectan el apetito, digestión o absorción.

Herramientas de evaluación nutricional:

- Mini Nutritional Assessment (MNA)
Herramienta validada y ampliamente utilizada.
Evalúa ingesta alimentaria, peso, IMC, movilidad, estado psicológico y signos clínicos.
Clasifica en: estado nutricional normal, riesgo de desnutrición y desnutrición establecida.
- Índice de Masa Corporal (IMC)
Limita su utilidad aislada en geriatría; puede haber obesidad con pérdida muscular (sarcopenia).
- Pérdida de peso involuntaria
Pérdida $\geq 5\%$ en 1 mes o $\geq 10\%$ en 6 meses es clínicamente significativa.
- Bioquímica básica
Albúmina, prealbúmina, hemoglobina, colesterol (indicadores indirectos).
- Evaluación dietética
Historia alimentaria, número de comidas, tipo de alimentos, cambios recientes.
- Exploración física y funcional
Signos clínicos de desnutrición (piel seca, debilidad muscular, edemas).
Valoración funcional: capacidad para comer por sí mismo.

Importancia clínica:

- La desnutrición se asocia a infecciones frecuentes, cicatrización lenta, debilidad muscular, caídas y hospitalización prolongada.
- También puede presentarse obesidad sarcopénica, que oculta desnutrición funcional.

Intervenciones sugeridas:

- Soporte nutricional individualizado: dieta adecuada a necesidades y preferencias.
- Suplementos nutricionales cuando hay dificultad para alcanzar requerimientos.
- Abordaje multidisciplinario: médico, nutriólogo, trabajador social y terapeuta.
- Prevención y seguimiento constante, sobre todo en pacientes institucionalizados o con comorbilidades.

“DELIRIUM”

El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico agudo y reversible, caracterizado por alteración de la conciencia, cambio en la atención y cognición, y un curso fluctuante. Es frecuente en personas mayores hospitalizadas, especialmente en pacientes con enfermedades agudas, demencia previa o fragilidad.

Características clínicas:

- Inicio agudo, con curso fluctuante durante el día.
- Alteración de la atención: dificultad para enfocarse, mantenerse o cambiar de foco.
- Cambios en la cognición: desorientación, lenguaje incoherente, trastornos del pensamiento.
- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia.

Subtipos:

- Hiperactivo: agitación, inquietud, agresividad.
- Hipoactivo: letargia, somnolencia, apatía (más frecuente y de peor pronóstico).
- Mixto: alterna ambos tipos.

Factores predisponentes y desencadenantes

Predisponentes:

- Edad avanzada.
- Deterioro cognitivo previos
- Trastornos sensoriales (visión, audición).
- Desnutrición, inmovilidad.

Desencadenantes:

- Infecciones (ITU, neumonía).
- Fármacos (benzodiazepinas, anticolinérgicos, opioides).
- Deshidratación, hipoxia, dolor no controlado.
- Cirugías, hospitalización prolongada.

Diagnóstico:

- Clínico, mediante observación y herramientas validadas como:
- CAM (Confusion Assessment Method):
Inicio agudo y curso fluctuante.
Déficit de atención.
Pensamiento desorganizado.
Alteración del nivel de conciencia.
Requiere 1 + 2 + (3 o 4) para diagnóstico.
- Diferenciarlo de demencia o trastornos psiquiátricos primarios.

Manejo:

- Identificar y tratar la causa subyacente.
- Evitar fármacos innecesarios o potencialmente delirígenos.
- Medidas no farmacológicas:
Reorientación frecuente.
Corregir déficits sensoriales (lentes, audífonos).
Estimulación cognitiva, control del dolor, hidratación, sueño adecuado.
- Fármacos: se reservan para casos con agitación grave (ej. haloperidol en dosis bajas y cortas).
- Educación del equipo de salud y familiares es esencial.

Importancia geriátrica:

- Se asocia a aumento de la mortalidad, pérdida funcional, mayor riesgo de institucionalización y deterioro cognitivo persistente.
- Es prevenible en muchos casos, si se identifican y corrigen factores de riesgo de forma oportuna.

“DEPRESIÓN”

La depresión en el adulto mayor es un trastorno afectivo frecuente que afecta el estado de ánimo, la funcionalidad y la calidad de vida. A menudo se presenta con síntomas atípicos y se confunde con los efectos del envejecimiento normal o con demencia.

Características clínicas:

- Tristeza persistente no siempre evidente (puede predominar el apatía, fatiga o quejas somáticas).
- Pérdida de interés o placer en actividades (anhedonia).
- Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia).
- Alteraciones del apetito y peso.
- Disminución de la concentración o memoria.
- Sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza.
- Riesgo de suicidio aumentado, especialmente en hombres mayores.
- En algunos casos se presenta como depresión enmascarada o depresión somática.

Factores de riesgo:

- Aislamiento social, viudez, institucionalización.
- Enfermedades crónicas (EPOC, dolor crónico, accidente cerebrovascular, cáncer).
- Pérdida de funcionalidad o autonomía.
- Antecedentes personales o familiares de depresión.
- Uso de ciertos medicamentos (corticoides, benzodiazepinas, beta bloqueadores).

Diagnóstico:

- Evaluación clínica cuidadosa, considerando síntomas somáticos y afectivos.
- Herramientas de cribado útiles:
Escala de Depresión Geriátrica (GDS).
Yesavage GDS de 15 ítems, adaptada para población anciana.
- Es fundamental diferenciarla de:
Demencia (en la que predomina el deterioro cognitivo progresivo).
Delirium (inicio agudo y curso fluctuante).

Tratamiento:

- Psicoterapia: individual, grupal o familiar; especialmente útil en depresiones leves o moderadas.
- Antidepresivos: ISRS (ej. sertralina, escitalopram) son los de primera elección por su perfil de seguridad.
- Evitar tricíclicos por efectos anticolinérgicos y riesgo cardiovascular.
- Intervención psicosocial: mantener redes de apoyo, fomentar participación social, actividad física.
- Supervisar adherencia al tratamiento y efectos adversos.

Importancia geriátrica:

- La depresión en el adulto mayor puede simular deterioro cognitivo (seudodemencia depresiva).
- Afecta la recuperación de enfermedades físicas y se asocia a mayor mortalidad.
- Requiere un abordaje integral, que incluya aspectos médicos, psicológicos y sociales.