



Nombre del Alumno: Karen Itzel Rodríguez López

Parcial: 4

Nombre de la Materia: Geriatría

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 6° Grupo: D

1. ENFERMEDADES TIROIDEAS EN EL ADULTO MAYOR

HIPOTIROIDISMO:

Disminución de la producción de hormonas tiroideas (T4 y T3). Puede ser clínico o subclínico.

Epidemiología:

- Muy común en adultos mayores, especialmente mujeres.
- Prevalencia aumenta con la edad.
- 10-15% >65 años tienen hipotiroidismo subclínico.

Clínica:

- Fatiga, lentitud, piel seca
- Estreñimiento
- Bradicardia, aumento de peso leve
- Confusión, deterioro cognitivo
- Hiponatremia, hipercolesterolemia

Diagnóstico:

- ↑ TSH, ↓ T4 libre (clínico)
- ↑ TSH, T4 libre normal (subclínico)

Tratamiento:

- Levotiroxina (dosis baja inicial: 12.5–25 mcg/día)
- Monitorización cada 6–8 semanas

HIPERTIROIDISMO

Aumento de la producción de hormonas tiroideas por la glándula tiroides.

Epidemiología:

- Menos frecuente que hipotiroidismo
- Causas comunes: bocio multinodular tóxico, enfermedad de Graves

Clínica:

- Pérdida de peso, debilidad muscular
- Fibrilación auricular, taquicardia
- Nerviosismo, insomnio
- Temblor fino
- Piel caliente, sudoración

Diagnóstico:

- ↓ TSH, ↑ T4 libre y/o T3
- Gammagrafía tiroidea, anticuerpos (TRAb)

Tratamiento:

- Antitiroideos (metimazol)
- Betabloqueadores (propranolol)
- Yodo radiactivo o cirugía en casos seleccionados

TIROTOXICOSIS

Estado clínico por exceso de hormonas tiroideas circulantes, sea por hiperfunción glandular o liberación pasiva (ej. tiroiditis).

Epidemiología:

- Común en adultos mayores como forma atípica de hipertiroidismo

Clínica:

- Similar a hipertiroidismo
- En mayores puede haber apatía tiro tóxica (síntomas más sutiles)

Diagnóstico:

- ↓ TSH, ↑ T4/T3
- Gammagrafía ayuda a diferenciar causas (funcionante vs inflamatoria)

Tratamiento:

- Según causa: metimazol, betabloqueadores, yodo, manejo de tiroiditis si aplica

SÍNDROME DE EUTIROIDEO ENFERMO (O SÍNDROME DEL ENFERMO EUTIROIDEO)

Alteración de pruebas tiroideas durante enfermedad aguda sin disfunción tiroidea real.

Epidemiología:

- Común en pacientes hospitalizados críticos (sepsis, trauma, ECV)

Clínica:

- Asintomático (los cambios se detectan solo por laboratorio)

Diagnóstico:

- ↓ T3, T4 y TSH normales o ↓
- Típico: T3 bajo con T4 y TSH normales inicialmente

Tratamiento:

- No tratar con hormonas tiroideas
- Manejar la enfermedad subyacente
- Reevaluar función tiroidea después de recuperación

NÓDULOS TIROIDEOS

Lesión sólida o quística en la glándula tiroides.

Epidemiología:

- Hasta 50% de adultos mayores pueden tener nódulos
- Mayor prevalencia con la edad
- La mayoría son benignos

Clínica:

- Generalmente asintomáticos
- Puede haber disfagia, disfonía o masa palpable

Diagnóstico:

- Ecografía tiroidea (primera elección)
- Biopsia por aspiración (FNA) si hay criterios sospechosos
- TSH basal para evaluar funcionalidad

Tratamiento:

- Vigilancia en nódulos benignos
- Cirugía si hay sospecha de malignidad o síntomas compresivos
- Supresión hormonal (casos seleccionados)

CÁNCER DE TIROIDES

Proliferación maligna de células tiroideas; más comúnmente carcinoma papilar y folicular.

Epidemiología:

- Menos frecuente en mayores, pero más agresivo cuando se presenta
- Riesgo aumenta con edad (>60 años)

Clínica:

- Nódulo duro, fijo, crecimiento rápido
- Disfonía, disfagia, adenopatías cervicales

Diagnóstico:

- Ecografía de alta resolución
- FNA del nódulo
- Estudios de extensión (TAC, gammagrafía, etc.)

Tratamiento:

- Cirugía (tiroidectomía total o parcial)
- Yodo radiactivo (según tipo y etapa)
- Levotiroxina en dosis supresoras postoperatorias
- Vigilancia con tiroglobulina y TSH

EPOC

El EPOC es una enfermedad pulmonar crónica y progresiva, asociada principalmente al tabaquismo y la exposición a contaminantes.

Clasificación:

- EPOC-A (tabaco).
- EPOC-G (genética).
- EPOC-D (< peso al nacer).
- EPOC-I.
- EPOC-U.

Epidemiología:

- La EPOC es la 3° causa de muerte a nivel global.
- La contaminación del aire representa casi el 50% del riesgo de desarrollar EPOC.

Factores de Riesgo:

- Tabaquismo.
- Exposición a contaminantes.
- Antecedentes familiares.

Manifestaciones Clínica:

- Disnea.
- Tos.
- Producción de esputo / exacerbaciones.

Diagnóstico:

- El diagnóstico se realiza mediante espirometría, donde un coeficiente FEV/FVC menor a 0.7 indica obstrucción.
- Clínico: disnea, tos crónica y antecedentes de exposición.
- Se recomienda realizar un test de EPOC en personas con síntomas respiratorios.

Clasificación GOLD y Evaluación de Síntomas:

La clasificación GOLD se utiliza para evaluar la magnitud de la obstrucción en pacientes con EPOC.

Se clasifica en grupos A, B, C y D según la severidad de los síntomas y el riesgo de exacerbaciones.

Tratamiento y Manejo:

- Medidas no farmacológicas son esenciales para el manejo de EPOC.
- Fármacos incluyen broncodilatadores y antiinflamatorios.
- Metilxantinas y mucolíticos.
- Dejar de fumar es la intervención más efectiva.
- Rehabilitación respiratoria / oxigenoterapia.

TRANSTORNOS DE LA DEGLUCIÓN

DISFAGIA

Dificultad para tragar

Epidemiología:

- Aparece en todos los grupos de edad
- Aumenta con los años
- Común entre pacientes de edad avanzada

Fisiología y cambios con la edad:

- **Fase oral (voluntaria)**

Preparatoria

Masticación

Formación del bolo

- **Transito**

Bolo en la base de la lengua.

propulsión contra el paladar duro y faringe

- **Reflejo deglutorio**

Estimulación de los pilares amigdalinos e inicio del reflejo.

Controlada por la corteza cerebral y tracto cortico bulbar.

- **Fase bucofaríngea y faríngea (involuntaria).**

Elevación del paladar blando.

Se cierran las coanas y hay apnea momentánea.

El músculo constrictor superior Evita la regurgitación.

Peristalsis faríngea hacia hipo faringe.

La laringe se mueve hacia delante y hacia arriba.

Cierre de cuerdas vocales.

La epiglotis cae sobre la apertura laríngea.

Apertura del esfínter cricofaríngeo.

- **Fase esofágica (involuntaria).**

peristaltismo hacia región esofágica.

Relajación del esfínter esofágico inferior.

- Mal estado dental (caries o movilidad).
- Pérdida parcial o total de piezas dentarias.
- Mayor uso de prótesis dentarias.
- Prótesis dentales inadecuadas.
- Atrofia de los músculos de la masticación (dificultad masticatoria).
- Incremento del tejido conectivo de la lengua.
- Movimientos linguales lentos o dificultosos.
- Disminución de la calidad de la saliva.

Clínica:

- Tos y carraspeo al deglutir o después de deglutir
- Regurgitación nasal
- Neumonía frecuente
- Sialorrea
- Vómitos
- Flemas
- Miedo a alimentarse
- Incapacidad de succionar

Diagnóstico:

- Prueba de trago de agua
- Deofluoroscopia
- Otros: Esofagoscopia, Manometría esofágica, USG, endoscopia

Tratamiento:

Se basa en 4 parámetros

- Modificación de texturas de la dieta
- Modificación de posición corporal del px
- Ejercicios para fortalecer zonas afectadas
- Farmacoterapia: mucolíticos y antiácidos

INFECCIONES

El envejecimiento conlleva un mayor riesgo de infecciones debido a la inmunosenescencia y la desnutrición. La inmunosenescencia se caracteriza por una disminución en el número de células T y un estado de inflamación crónica. La desnutrición afecta la función inmunitaria y puede presentarse como deficiencia calórica, proteica o de micronutrientes, así como las alteraciones en el aparato respiratorio, urinario y digestivo aumentan la susceptibilidad a infecciones.

Epidemiología:

- Las infecciones más comunes incluyen neumonías, infecciones urinarias y dérmicas.
- La frecuencia de neumonías es tres veces mayor y las infecciones urinarias veinte veces más en adultos mayores.
- El envejecimiento es un fenómeno mundial, impacta en la sociedad
- La patología infecciosa en adulto mayor es una causa frecuente de manejo ambulatorio y atención nosocomial.
- Aumento global de infecciones del corazón, relacionadas con prótesis, infecciones posquirúrgicas, un 80%.

Manifestaciones Clínicas:

Es inespecífica: hay fiebre, diaforesis, pérdida de peso, esputo, hemoptisis.

Tipos de Infecciones:

Infecciones Cutáneas y Úlceras por Presión

Las úlceras por presión son comunes en adultos incapacitados y pueden llevar a infecciones graves. La piel pierde elasticidad y turgencia, lo que aumenta el riesgo de infecciones, las escaras son resultado de la necrosis de la piel por isquemia debido a presión sostenida, los factores de riesgo incluyen hospitalización, obesidad y manipulación quirúrgica.

El tratamiento implica mantener la piel limpia y seca, y el uso de antibióticos en caso de infecciones. Por ejemplo la celulitis y la osteomielitis son complicaciones posibles de las infecciones cutáneas.

Infecciones Gastrointestinales en Adultos Mayores

Los adultos mayores son más susceptibles a infecciones gastrointestinales, especialmente por patógenos como Salmonella y Escherichia coli. La mortalidad por diarrea es alta en esta población.

El 51% de los decesos por diarrea ocurre en personas mayores de 74 años, los factores de riesgo incluyen edad avanzada, debilitamiento del sistema inmune y uso frecuente de antiácidos.

La frecuencia de infecciones por Shigella y Yersinia enterocolitica es mayor en esta población y el tratamiento puede incluir el uso de quinolonas para infecciones por Clostridium difficile.

Sepsis y su Diagnóstico en Geriatría

La sepsis es una respuesta extrema a infecciones que puede ser difícil de diagnosticar en adultos mayores debido a síntomas atípicos. La identificación temprana es crucial para mejorar el pronóstico, los síntomas de sepsis pueden incluir letargo, taquicardia y deshidratación.

Diagnóstico:

- Ecocardiograma Transtorácico
- RM

Tratamiento:

- Tuberculosis: isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida,
- Pomadas tópicas / Antibióticos sistémicos.
- Herpes Zoster: Aciclovir.
- Quinolonas

SEPSIS EN EL ADULTO

Sepsis: se define como un trastorno orgánico en potencia mortal, provocado por una respuesta desregulada del huésped a la infección, y es una de la principal causa de mortalidad y enfermedad crítica.

SIRS: Manifestaciones clínicas de la respuesta inflamatoria sistémica ocasionada por causas infecciosas y no infecciosas

Sepsis grave: Asociada a la disfunción orgánica, hipoperfusión o hipotensión arterial, ácido SIRS láctica, Oliguria y alteración del estado mental

Choque séptico: Hipotensión arterial sistémica inducida por Sepsis asociada a hipoperfusión tisular

Sx disfunción orgánica múltiple: Presencia de la alteración en la funcionalidad orgánica en enfermos que la homeostasis no puede ser mantenida sin intervención

Epidemiología:

- 26.2 casos por cada 1000 habitantes.
- Bacterias gram negativas son las más frecuentes.
- Neumonía es la causa más común
- Los órganos más afectados son las vías urinarias y pulmones

Factores de riesgo:

- Sistema inmunológico debilitado
- Enfermedades crónicas
- Uso de dispositivos médicos
- Hospitalizaciones frecuentes
- Movilidad reducida
- Nutrición deficiente

Clínica

Clínica atípica:

- Fiebre:

Temperatura oral > a 100 F° (>37.8 °C)

Temperatura rectal repetidas > 99.5 °F (>37.5 °C)

> de la temperatura de más de 2 °F (>1.1 °C) sobre la temperatura de referencia

- Confusión
- Delirium
- Escalofríos
- Piel pálida/marmoreada
- Taquicardia

Diagnòstico

Lactato sérico

- Marcador relevante
- Respuesta de vigilancia al Tx
- Indica mortalidad

Marcadores

- Persona sana <0.1 ng/MI
- Px + 6.2 frente 0.3 ng/MI
- Px en UCI 1.1 g/L SL, 1.9g/L SG, 9.1 g/L CS
- Px con infección nosocomial 5.5 frente 0.7 mg/L

TREM-1

- Liberado de fagocitos activados
- Se encuentra en fluidos de Px infectados
- Gold standart para clínica
- Positivo 20-30% de Px con sepsis
- Dx de infección
- Detección de patógenos

Tratamiento:

- Px con hipoperfusión deben recibir al menos 30ml/kg de cristaloides intravenoso dentro de las 3h
- Px que requieren vasopresores, presión arterial media objetivo debe ser de 65mm Hg
- Norepinefrina, primera opción para pacientes que necesitan vasopresores
- Paciente debe ser evaluado con frecuencia
- Atb intravenosos de amplio espectro deben comenzar dentro de la primera hora de reconocimiento de sepsis

Estrategias de manejo de infecciones para sepsis y choque séptico:

- Terapia antimicrobiana empírica de amplio espectro
- Evaluación periódica para reducir la cobertura antimicrobiana
- Dosificación de los atb debe optimizarse según los principios farmacocinéticos/farmacodinámicos + propiedades farmacológicas específicas

OSTEOPOROSIS

Es la enfermedad más frecuente del hueso se caracteriza por el daño y deterioro a la microarquitectura ósea y a la reducción de la densidad mineral que resulta en fragilidad de los huesos y un riesgo incrementado de fracturas. Enfermedad sistemática y progresiva del esqueleto.

Epidemiología:

- Afecta a más de 200 millones de individuos en el mundo
- Causa 9 millones de fracturas al año
- La fractura es la primera manifestación clínica de la enfermedad
- Se espera que en 2050 75% de fracturas por fragilidad sea en países en vías de desarrollo como Asia y Latinoamérica
- Más comunes en mujeres perimenopáusicas

Factores de riesgo:

No modificables:

- Sexo
- Genética
- Hueso
- Historia familiar de fractura
- Raza o grupo étnico
- Menopausia

Modificables:

- Sedentarismo e inactividad
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Medicamentos

Clínica:

En la historia clínica se busca factores de riesgo:

- Tiempo de evolución de menopausia en mujeres
- Datos de hipogonadismo en hombres
- Calcular la ingesta diaria de calcio
- Tipo y frecuencia de la actividad física realizada
- Consumo de alcohol y tabaco
- Antecedentes de cirugías gastrointestinales, hepáticas y síntomas tiroideos
- Administración de fármacos

Diagnóstico:

- Clínico
- Densitometría Dual de Rayos X: Define criterios de clasificación y diagnóstico se evalúa la densidad mineral ósea en: Cadera (cuello femoral) Columna lumbar (L1-L4) Fémur total
- FRAX: En términos clínicos este cálculo de riesgo absoluto ayuda tanto al médico como al paciente a generar una estrategia terapéutica multifactorial, calculan la probabilidad de sufrir una fractura en 10 años, se basa en siete factores clínicos y puede usarse con o sin los resultados de la densitometría.
- Marcadores de formación:
 - Fosfatasa alcalina ósea
 - Osteocalcina

- Propeptidos carboxi
Aminoterminales del colágeno tipo I
- Marcadores de resorción:
Telopéptidos carboxi-terminales
Amino-terminales (NTX) del colágeno

Tratamiento:

- Bifosfanatos
Alendronato de 70 mg y Risedronato de 35 mg una 1 vez a la semana.
Ibandronato diario de 2.5 mg ,Presentación: 150 mg 1/mes e IV c/3 meses
Ácido zoledrónico: Dosis anual de 5mg IV
- Moduladores selectivos de receptores de estrógenos:
Raloxifeno
- Peptidos de la hormona tiroidea
- Denosumab
- Calcitonina

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:

Alteración estructural o funcional renal por **>3 meses**, con repercusiones sobre la salud. Se diagnostica por disminución de TFG <60 ml/min/1.73 m² o daño renal (proteinuria, albuminuria, alteración en imagen o histología).

Epidemiología:

- Prevalencia global: 10–15%.
- En México: ERC es la segunda causa de muerte por enfermedad crónica no transmisible.
- Alta carga en pacientes con DM2 e hipertensión.

Factores de riesgo:

- Diabetes Mellitus (principal).
- Hipertensión arterial.
- Obesidad.
- Tabaquismo.
- Edad avanzada.
- Uso crónico de AINEs.
- Antecedentes familiares.

ESCALAS Y CLASIFICACIÓN:

Clasificación KDIGO por estadio:

- **Estadio 1:** TFG ≥ 90 + daño renal.
- **Estadio 2:** TFG 60–89 + daño renal.
- **Estadio 3^a:** 45–59, 3b: 30–44.
- **Estadio 4:** 15–29.
- **Estadio 5:** <15 (ER Terminal).

Albuminuria:

- **A1:** <30 mg/g
- **A2:** 30–300 mg/g
- **A3:** >300 mg/g

Diagnóstico:

por PARA CLINICOS(Estudios de Laboratorio).

- Creatinina sérica, TFG (CKD-EPI).
- EGO + relación albúmina/creatinina en orina.
- Ecografía renal.
- BH, electrolitos, Ca, P, PTH.
- Estudios inmunológicos si sospecha de etiología primaria.

Complicaciones:

- Anemia normocítica normocrómica.
- Hipercalemia.
- Acidosis metabólica.
- Hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperparatiroidismo secundario.
- Enf. Cardiovascular (principal causa de muerte).

Tratamiento:

- Control de comorbilidades (DM, HAS).
- Dieta hipoproteica, restricción de sodio y fósforo.
- IECA o ARA II en proteinuria.
- Suplementos de vitamina D, quelantes de fósforo.
- Eritropoyetina si Hb <10 g/dL.
- Diálisis o trasplante en estadio 5.

LESIÓN RENAL AGUDA:

Deterioro súbito (horas a días) de la función renal, con aumento de creatinina y/o disminución de diuresis. Se basa en criterios KDIGO:

- ↑ Creatinina ≥ 0.3 mg/dL en 48 h, o
- ↑ ≥ 1.5 veces respecto a basal en 7 días, o
- Diuresis <0.5 ml/kg/h por 6 horas.

Epidemiología:

- Alta incidencia en hospitales (hasta 20%).
- Mayor riesgo en UCI, postoperatorios, sepsis.

FACTORES DE RIESGO:

- Edad avanzada.
- Hipovolemia, sepsis, nefrotóxicos.
- Enfermedad renal previa.

- Cirugía mayor, IAM, uso de medios de contraste.

CLASIFICACIÓN: KDIGO POR ESTADIOS:

- **1:** Cr ≥ 0.3 mg/dL o 1.5–1.9x basal.
- **2:** Cr 2.0–2.9x basal.
- **3:** Cr ≥ 3 x basal o ≥ 4 mg/dL o inicio de diálisis.

Diagnóstico:

- Creatinina sérica, EGO, BUN, electrolitos.
- Ecografía renal.
- Evaluar volumen urinario.
- Índices urinarios (Na, FEUrea, FEK).
- Marcadores como NGAL (en estudios, no rutina clínica).

Complicaciones:

- Hipervolemia.
- Hipercalemia.
- Acidosis metabólica.
- Uremia.
- Mayor riesgo de muerte hospitalaria.

Tratamiento:

- Tratar causa subyacente.
- Evitar nefrotóxicos.
- Hidratación (si prerrenal).
- Diuréticos si sobrecarga de volumen (furosemida).
- Diálisis si: uremia, hipercalemia refractaria, acidosis severa, sobrecarga hídrica incontrolable.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO EN EL ADULTO MAYOR:

Proceso sistemático e integral que evalúa el estado nutricional del adulto ≥ 60 años, considerando factores fisiológicos, funcionales, clínicos y sociales, con el objetivo de prevenir, diagnosticar y tratar la desnutrición, obesidad sarcopénica o malnutrición por exceso o defecto.

Epidemiología:

- Desnutrición: 10–60% en adultos mayores hospitalizados o institucionalizados.
- En México, según ENSANUT:
- 20–30% de adultos mayores tienen riesgo de desnutrición.
- Obesidad sarcopénica es altamente prevalente en población urbana.
- La malnutrición se asocia con mayor morbilidad, dependencia funcional, infecciones, y mortalidad.

Factores de riesgo:

- Fisiológicos: pérdida de masa muscular, disminución del apetito (anorexia del envejecimiento), disgeusia, disfagia, hiposmia.
- Patológicos: demencia, EPOC, cáncer, diabetes, depresión, disfagia.

- Sociales: pobreza, aislamiento, viudez, abandono.
- Iatrogénicos: polifarmacia, medicamentos anorexígenos.
- Funcionales: incapacidad para cocinar, masticar o moverse.

ESCALAS Y HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN:

1. Mini Nutritional Assessment (MNA) – herramienta validada y más usada:
 - <17 puntos = desnutrición.
 - 17–23.5 = riesgo de desnutrición.
 - ≥24 = estado nutricional normal.
 - VGS (Valoración Global Subjetiva).
 - Índice de Masa Corporal (IMC):
 1. <22: bajo peso en mayores de 65 años.
 2. 22–27: adecuado.
 3. 27: sobrepeso/obesidad.
 - Pérdida de peso involuntaria (>5% en 1 mes o >10% en 6 meses).
 - Circunferencia de pantorrilla <31 cm → indicador de sarcopenia.
 - Albumina sérica (<3.5 g/dL), prealbúmina, transferrina (valores orientativos, no definitivos).
 - SARC-F: cribado de sarcopenia.

Diagnóstico:

- Clínico-funcional: historial nutricional, peso habitual, síntomas GI, situación psicosocial.
- Antropometría: IMC, pliegues cutáneos, perímetro braquial y pantorrilla.
- Bioquímico: Hb, albúmina, linfocitos, B12, vitamina D.
- Dietético: registro alimentario de 24 h o cuestionario de frecuencia alimentaria.
- Funcional: prueba de fuerza de prensión manual, movilidad, pruebas de fragilidad.

Complicaciones de malnutrición en el adulto mayor:

- Inmunosupresión, infecciones frecuentes.
- Retardo en la cicatrización.
- Sarcopenia y fragilidad.
- Caídas, fracturas, úlceras por presión.
- Deterioro cognitivo y mayor riesgo de institucionalización.
- Mayor mortalidad hospitalaria.

Tratamiento y abordaje:

1. Multidisciplinario: geriatra, nutriólogo, enfermería, trabajador social.
2. Nutrición personalizada:
 - Dieta hipercalórica e hiperproteica si hay desnutrición.
 - Aporte de 1.2–1.5 g/kg/día de proteínas.
 - Suplementos orales (modulares, completos).
3. Fisioterapia: estimulación muscular, ejercicio de resistencia.

4. Tratar causas reversibles: depresiones, fármacos, disfagia.
5. Vitaminoterapia:
 - Vitamina D (800–1000 UI/día).
 - B12 (oral o parenteral si hay malabsorción).
6. Educación familiar y seguimiento mensual si hay riesgo nutricional.
7. En casos graves: nutrición enteral o parenteral (último recurso y con criterio geriátrico estricto).