



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN DE DOMÍNGUEZ
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



Nombre de la alumna: Carol Sofía Méndez Ruiz

Nombre del docente: Dr. Hernández Santos Carlos Manuel

Tema: Resúmenes

Materia: Geriatria

Grado: 6to semestre

Grupo: D

ENFERMEDADES TIROIDEAS:

- Hipotiroidismo: Es una afección en la cual la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea. Su prevalencia es el 5% de los pacientes van a tener indicación de manejo farmacológico.

Se clasifica en subclínico y primario.

*El subclínico: se caracteriza por niveles elevados de la hormona estimulante de la tiroides y niveles normales de tiroxina. Se clasifica en:

1) hipotiroidismo subclínico leve: TSH basal: 5 - 10 mUI/L. T4L normal.

2) Hipotiroidismo subclínico severo: TSH basal 10-20 mUI/L. T4L: normal

*El primario es la condición en la que la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea, como T4 y T3, a pesar de tener niveles normales de TSH.

La causa más común: es la tiroiditis de Hashimoto , Tiroiditis Crónica atrofia

Manifestaciones clínicas:

Son atributos del envejecimiento o enfermedades concomitantes.

*Astenia *Intolerancia al frío *Sequedad de la piel *Debilidad.

Diagnóstico: se basa en laboratorios niveles de TSH y T4 .

Tratamiento: *Levotirohidona sódica por VO , a dosis bajas de 4-6 semanas, hasta tener un TSH en la mitad inferior del rango normal.

- Hipertiroidismo: situación clínica y bioquímica, dada por el aumento de la producción de hormonas tiroideas. Elevación de T4 y descenso de las concentraciones de TSH. clasificación: *hipertiroidismo subclínico: este puede tener etiologías exógenas secundarias a medicamentos o endógenas por nódulos tóxicos o patologías autoinmunes

Manifestaciones clínicas: *tirotóxicos apática, compuesta por: *cansancio
*pérdida de peso *confusión y agitación,

Diagnóstico: se basa en la anamnesis en un examen físico y pruebas complementarias, donde se observa la TSH suprimida y los niveles de T4L incrementados.

Tratamiento: *Bocio multinodular tóxico y adenoma tóxico: yodo radioactivo o cirugía.
*Enfermedad de Graves Basedow: Metimazol, 40 mg al día entre 12 o 18 meses o cirugía. *Adenoma tóxico: quirúrgico o yodoterapia.

- Tirotoxicosis: es una condición clínica causada por un exceso de hormonas, tiroideas en el cuerpo. Su etiología se basa en enfermedad de Graves, nódulos autónomos, tiroiditis, amiodarona. Esta condición tiene mayor prevalencia en personas de 40 a 60 años, y el bocio multinodular tóxico y adenoma, son más frecuentes en > de 70 años.

Manifestaciones clínicas: * TSH discretamente disminuida *alteración de la frecuencia y ritmo cardiaco *fibrilación auricular *osteoporosis y fracturas.

Tratamiento: se basa en proteger a los órganos de defectos, adrenérgicos con betabloqueadores y restaurar niveles normales de la hormona tiroidea.

- Nódulos tiroideos: son lesiones o masas localizadas dentro del parénquima de la glándula tiroidea, que pueden ser sólidos o quísticos. La mayoría son benignos y asintomáticos, comúnmente tienen más prevalencia en mujeres > 60 años.

Factores de riesgo: * edad avanzada *sexo femenino *radiación cervical,
*tabaquismo * alcoholismo *ingesta de yodo
*obesidad.

Normalmente son asintomáticos, aunque la TSH va a estar baja o suprimida para la confirmación diagnóstica. Se utiliza una función-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía

- Síndrome del eutiroides enfermo: se produce por enfermedades interrecurrentes que provocan concentraciones de T3 o T4, por debajo de los valores esperados, sin que exista hipotiroidismo o hipertiroidismo. Tiene mayor prevalencia en la población mayor. Se normaliza con la resolución del proceso agudo y no es necesario iniciar tratamiento médico

- Cáncer de tiroides: afectación que puede presentarse en personas de todas las edades coincidentes, se incrementa con la edad y es comúnmente diagnosticado en adultos > a 60 años.

Factores de riesgo: * sexo femenino *antecedentes familiares de cáncer
*radiación ambiental.

Diagnóstico: * ultrasonido para ver el tamaño y las características.

*Biopsia por aspiración para saber si es benigno o maligno

*Estudios de laboratorio para saber los niveles de hormonas y marcadores tumorales.

Tratamiento: *cirugía *Radioterapia terapia de ablación con yodo radiactivo.

ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Enfermedad crónica degenerativa que se presenta en adultos mayores de 45 años, y representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Tipos:

*Bronquitis crónica: creciente, inflamación y mucosidad. Hay obstrucción de las vías aéreas. Clínica: * ronus y sibilancias *Disnea tardía intermitente

*tos *Silbilancias frecuentes *cianosis.
* Soplador rosado: enfermedad en la que se produce daño en las paredes de los sacos de aire del pulmón. Clínica: *disnea predominante *tos escasa ausente

*sibilancias *tórax en tonel *expectoración ausente.

Epidemiología:

*Ocupa el lugar 4to en causas de morbilidad y mortalidad

*Afecta más a hombres

*En qué momento dije, yo fuimos prevalencia en personas mayores de 40 años

Factores de riesgo:

*Tabaco *Factores genéticos: Def. De AAT *Factores ambientales: Humo de leña

Diagnóstico:

*Clínica *Espirometria

Tratamiento:

*No existe tratamiento

*Manejo para reducir las exacerbaciones:

1)Broncodilatadores: Salmeterol , Formoterol

2)Cortico inhalados: Salmeterol/Fluticasona

3) AINES: Roflumilast

4) Anti-infecciosos: Vacunas: Influenza anual , neumococo, COVID 19

5) Mucorreguladores: N-asetilsisteina , Carbocisteina, Erdosteina. 600mg 2 veces al día

Escala: Criterios De ANTHOINSEN:

I) severa: presencia de tres criterios

II) Moderada: presencia de dos criterios

III) Leve: presencia de un criterio ambulatoria

I y II recibir antibióticoterapia y hospitalizarse.

III No antibiótico , forma

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN:

Síntoma que expresa la existencia de una alteración orgánica o funcional, en el trayecto que sigue el bolo, alimenticio desde la boca hasta el estómago, aunque la presencia de trastornos psiquiátricos potenciarlo.

Prevalencia e incidencia:

- * Mas común en pacientes de edad avanzada
- *Incidencia: Mayor del 33% en px de UCI
- 66% en px con cuidados prolongados

Factores que modifican la deglución:

- *Volumen *Viscosidad *Temperatura *Cambios posturales
- *Farmacos

Complicaciones asociadas a la disfagia:

- *Perdida de peso *Deshidratación *Desnutrición
- *Consecuencias psicosociales

Etiología:

- *Desórdenes neurológicos: Infarto cerebral , Demencias , Párkinson
- *Desórdenes musculares: Dermatomiosis , Miopatías inflamatorias
- *Desórdenes neuromusculares: Miastenia Gravis , Enf. De Chagas
- * Desórdenes endocrinos: Síndrome de cushing, Hiper e hipotiroidismo
- *Deficiencias nutricionales: Def. De vit b12 , Anemia microcítica
- *Lesiones estructurales: Tiromegalias , Neoplasias, Bocio, Acalasia
- *Alteraciones psiquiátricas: Disfagia psicogénica

*Medicamentos

- *Dañan a la mucosa: Antibióticos, Tetraciclina, AINES, Clindamicina
- *En la deglución en fase orofaríngea: Benzodiazepinas, Anticolinérgicos, Antihipertensivos , Antihistamínicos, corticoesteroides, neurolepticos.
- *Que reducen el tono del esfínter esofágico: Teofilina, Alcohol, Grasas

Evaluación clínica

- *Tos *Dificultad para iniciar la deglución *Regurgitación nasal
- *Sialorrea *Vómito *Flemas *Cambio en la voz
- *Perdida de peso *Dolor de pecho *Regurgitación oral

Diagnóstico

- *Prueba del trago / smithard *Esofagoscopia *Endoscopia
- *Usg *Manometría esofágica *Monofluorografía *Video de fluoroscopia

Tratamiento

- *Dependiente del diagnóstico
- *Mucolíticos
- *Antiácidos

INFECCIONES EN EL ADULTO MAYOR

La patología infecciosa en adulto mayor, es una causa frecuente de manejo ambulatorio y atención, nosocomial.

Epidemiología

- *Infecciones más comunes: neumonías adquiridas en la comunidad
- *Microorganismos: bacterias piógenas digestivas, cardiovasculares (bacteremia y endocarditis)
- *Otros problemas: Prótesis articular, cadera, rodilla. Px con terapia antimicrobiana

Clínica

- *Fiebre
- *Caídas
- *Delirium
- *Anorexia
- *Debilidad generalizada

Diagnóstico

- *Ecocardiograma transtoracico
- *RM

Inmunosenescencia

disfunción del sistema inmunitario relacionado con el aumento de la edad y lleva un mayor riesgo de infección. Es la disminución global en número de células T como marcador, involución del timo en la edad adulta que no está asociada con la disminución de la masa tímica hay descenso en producción de células T. alterando la activación, secreción y proliferación que tiene interlucina dos sobre linfocitos, recuperando al sistema inmunológico al erradicar al patógeno

Desnutrición

Principales factores de riesgo relacionado con deterioro de defunción inmunitaria que afecta a los ancianos en países subdesarrollados

Tercera edad: deficiencia calórico global, deficiencia proteínica, insuficiencia de micro nutrientes.

Tratamiento

- *Farmacocinetica- Polifarmacia

°Tuberculosis

- *Infección más frecuente del mundo
- * activación de una infección adquirida en la juventud, por el deterioro de la respuesta inmunitaria celular

Cuadro clínico

- *Fiebre
- *Pérdida de peso
- *Diaforesis nocturna
- *Esputo
- *Hemoptisis

Tratamiento

- *Rimfampicina
- *Isoniazida
- *Pirazinamida
- *Etambutol

°Infecciones de la piel

Escaras de cubito

Se producen sobre todo en personas con incapacidad para el movimiento y son el resultado de la necrosis de la piel, provocada por la isquemia debido a la presión sostenida en una sola posición

Tratamiento

*Pomadas tópicas *Antibióticos sistémicos

°Celulitis

Infección difusa del tejido subcutáneo que se manifiesta por el tema, edema e inducción, así como calor, local y dolor. es más común en extremidades, y su causa más común es S.Pyogenes o B hemolítico

Factores

- *Interrupción de la barrera cutánea por traumatismo o Úlcera
- *Complicación de heridas

Prevención

- * identificación y tratamiento
- * erradicación de tiña del pie y onicomicosis
- * elevación de las piernas
- * uso de medias de compresión

°Herpes zoster

Transmisión: *Secreciones respiratorias *Contacto directo con lesiones cutáneas

La infección primaria, causa varicela, y después de este cuadro el virus se mantiene en un estado latente en los ganglios de los nervios craneales y espinales, así puede se denomina Herpes Zoster

Diagnóstico: *Clínico *Preparacion de tzanck

Tratamiento: *Famciclovir *Aciclovir *Valaciclovir

°Infecciones gastrointestinales

Asociado a alimentos contaminados, como las causadas por listeria, Campylobacter y salmonela

Tratamiento: *Quinolonas: ciprofloxacino, Norfloxacino, ofloxacino, levofloxacino

°Endocarditis infecciosa

Uso más frecuente de los antibióticos de emergencia de microorganismos resistentes. Incremento en la implantación de dispositivos cardiovasculares ,incremento por: estafilococo y enterococo

Diagnóstico:

- *Características clínicas, microbiología y ecografías

Tratamiento:

- *Necesario vigilar de forma estrecha las concentraciones sericas de la farmacia debido al ruedo de toxicidad

°Fiebre de origen oscuro en el px geriátrico (FOD)

Problema Clínico importante en el adulto mayor

Etiología:

- *Enfermedades de tejido conectivo
- *Infecciones: +común Tuberculosis
- *Enfermedades Extrapulmonares
- *Neoplasias

°Sepsis

Etiología:

- *Sistema inmunológico debilitado
- *Cambios diversos
- *Asociados a la edad.

Sepsis

Síndrome de anomalías fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por infecciones.

Es la principal causa de mortalidad y enfermedad crítica mundial.

Epidemiología

*Incidencia: >85 años

* Mayor prevalencia en enfermos o con alteraciones inmunológicas

Factores de riesgo

*Infecciones por la edad: Colelitiasis, Urolitiasis, Obstrucción por tumores

*Enf. Concomitantes: Desnutrición, Deficiencia endocrina, Falta de nutrientes

*Retención urinaria crónica, Agrandamiento de la próstata, Demencias, Pérdida de la coordinación, lesiones, caídas, inmovilidad, Ruptura de la piel.

Definiciones

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

*Sepsis: Es la respuesta inflamatoria sistémica secundaria a infecciones con dos criterios de SIRS

*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 asociados a hipoperfusión tisular

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

Cuadro clínico

*Fiebre $+37.8^{\circ}\text{C}$

*Hipotermia

*FC >90

*Hipotensión arterial

*Taquipnea

*Alt de estado mental

*Hiperglicemia sin diabetes

*Índice cardíaco: $>3.5 \text{ l.min}$

*Leucocitosis

*Leucopenia

*Proteína C reactiva >2

*Creatinina $>0.5 \text{ mg/dl}$

Manejo de la Sepsis

*Terapia antimicrobiana empírica de amplio espectro

*Evaluación periódica para reducir la cobertura antimicrobiana

*Optimizar de acuerdo a la farmacocinética y farmacodinámica

*Px con hipoperfusión: 30 ml/kg de cristaloides iv dentro de las 3h

*Px con necesidad de vasopresores: Lanopinefrina, PAM de 65 mmHg

*Los antibióticos deben iniciarse en la primera hora de reconocimiento de la sepsis.

OSTEOPOROSIS

Enfermedad sistémica y progresiva del esqueleto caracterizada por masa ósea baja y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con el consecuente incremento de la fragilidad ósea y susceptibilidad a de fracturas.

Clasificación

*OP primaria: No hay ninguna enfermedad a la que se atribuya la enfermedad.

Existen dos tipos: *OP Posmenopausica (Tipo I) *OP Senil (Tipo II)

*OP secundaria: Se conoce la etiología y es consecuencia a otra enfermedad o fármacos: *Enf. Endocrinológicas *Enf. Gastrointestinales

*Trastornos genéticos *Trastornos hematológicos *Enf. reumáticas

*Medicamentos *Otros: Alcohol, deficiencia de Vit D, Enf renales.

Epidemiología

*2:3 Mujeres por hombres *Niveles socioeconómicos *>50 años

*Fracturas vertebrales *Fractura de antebrazo

Factores de riesgo

No modificables: *Mujeres *Genética *IMC <19 *Def. de Vit D

*Antecedente de fractura <45 años

Modificables: *Disminución de la Densidad Mineral Ósea *Farmacos

*Alcohol *Tabaco *Sedentarismo

Prevención

*Nutrición: Consumo de calcio +1000mg al día

*Consumo de Vit D 800 a 1000 UI

*Proteína: 1.2 a 1.5g por kg

*Actividad física:

Entrenamiento con

resistencia progresiva

Diagnóstico

*Historia clínica

*Densitometría Ósea:

*Normal ≥ 1 .

*Osteopenia: -1 y 2.5

*Osteoporosis: ≤ -2.5

*Fracture Risk Assessment Tool (FRAX):

*-10%:Riesgo bajo *10 y 20%:Riesgo intermedio

*>20% Riesgo elevado

Tratamiento

*Suplementación de Vit D: Dosis mayores de 800 UI

*Calcio: 700 a 1200 mg al día

*Bifosfonatos: Alendronato: 5mg, Ibandronato: 159mg/3mg cada 3 meses

Ácido zoledrónico: 5mg IV una vez al año, Risendronato: 35mg semanal

*Denosumab: 60mg dos veces al año

*Terapia osteoanabólica, Teriparatide y abaloparatide 20 mcg de teriparatide.

LESIÓN RENAL AGUDA

Aumento de la creatinina serica en +0.3 mg/dl en 48 horas o aumento de la creatinina serica a >1.5 veces el valor inicial , que sabe o se presume que ha ocurrido dentro de los siete días anteriores o volumen de orina <0.5ml/kg/hr durante seis horas.

Epidemiología

*Incidencia entre 300 y 500 casos de AKI por cada 100 habitantes por año en adultos en países desarrollados

Factores de riesgo

*Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica *HTA *DM
*Edad avanzada *Hipovolemia *Sepsis *SIRS

Etiología

*Hipovolemia (40-60%) *Obstrucción urinarias
*Sepsis (30-50%) *Genes afectados en ciertos casos: APOL1
*Farmacos nefrotóxicos

Fisiopatología

*Prerenal: disminución del flujo sanguíneo renal— hipoperfusión— activación del Sistema Renina Angiotensina Aldosterona
*Intrínseca: daño tubular— apoptosis, celular- inflamación y edema intersticial
*Posrenal: obstrucción—aumento de la presión intratubular— Daño tubular

Manifestaciones clínicas

*Oliguria < 400mL/día *Anuria <100mL/día *Poliuria
*Confusión *Dolor lumbar o renal *Hematuria o cambios de color en la orina

Diagnóstico

*Clasificación KDIGO *Clasificación de RIFLE

Tratamiento

Hipercalemia: solución polarizante en base de insulina/solución glucosada

Acidosis metabólica: utilizar bicarbonato de sodio IV para revertir el estado de acidosis

Sobrecarga de volumen: se puede agregar que ácida o acetazolamida ante la falta de respuesta

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Condición sin dramática, consecuencia del daño relacionado a patologías: diabetes mellitus, tipo dos, hipertensión arterial sistémica, uropatía, obstructiva. Persistencia durante tres meses o más de uno de los siguientes criterios.

*TFGe: <60/mL/min/1.73m²

*Albuminuria +30mg en 24hrs *presencia de alteraciones estructurales renales

Epidemiología

*Lista de la población mayor a 60 años con criterios para el diagnóstico de enfermedad renal crónica avanzada

*65 a 74 años factor de riesgo

Albuminuria

Clasificación que se establece combinando el grado de TFGe y de la albuminuria

Fórmulas de *Cockcroft *MDRD *CKD-Epi *BISN-1 Y 2 *FAS

Diagnóstico

Laboratorio: transaminasas, FA, GGT, bilirrubina, GB

*Estudio de imagen: 1era elección: ecografía abdominal, 2da:

*Colangiopancreatografía retrógrada, endoscópica, otros: TAC

Tratamiento

CPRE

Anemia: eritropoyetina, 50UI/kg dosis inicio. Mantenimiento 25 UI/kg

Furosemina 20 a 80 mg día. dosis 1 mg/ kilogramo de peso de rescate.

Tratamiento quirúrgico: *colecistectomía laparoscópica

*Litotricia

Manejo:

*Mantener una nutrición adecuada

Evaluación y tratamiento nutricional a pacientes con bajo peso y con sobrepeso u obesidad

* ejercicio físico

* Reducción de la ingesta de sal

* Disminución en la ingesta de grasa

NUTRICIÓN

El estado nutricional se ve influenciado por el deterioro de sus capacidades funcionales: uno polifarmacia dos situaciones socio económica

Si el adulto mayor tiene funcionalidad limitada, tendrá dificultad para alimentarse durante la vejez el apetito y la cantidad de elementos disminuye debido a la ingesta de alimentos con bajo valor, nutrí mental y energético.

Permite que los servicios de enfermería y de cuidado gerontológico de una persona mayor con dependencia. Tenga un mayor impacto, puesto que cuando se altera la ingesta autónoma de alimentos y líquidos. Los procedimientos del equipo interdisciplinario de la salud, sirven para cubrir la necesidad nutricional del individuo y esa terapia en global, los tipos de alimentación artificial incluye presentaciones orales y enterales y parentales.

Epidemiología:

Según la OMS, la malnutrición se refiere a las carencias o los excesos y desequilibrios en la ingesta calórica

Desnutrición: relacionada con la enfermedad, deficiencia nutricional, causada por la enfermedad o su tratamiento

Nivel mundial, la prevalencia de malnutrición en las personas mayor varía entre 23: 60 por ciento, en México fue de 32. 1% en personas institucionalizadas

Consenso Glim:

*Ingesta reducida de alimentos y anorexia

*Enfermedades y inflamación

*Pérdida de peso involuntaria

*Masa magra , libre de grasa y

*Bajo IMC y bajo peso

músculo

Métodos:

*Tamizaje nutricional

*Evaluación antropométrica

*Evaluación bioquímica

*Cortes CONUT

*Pre-albumina:

*Colesterol

*Transferrina

Proteína producida por el hígado Marcador tardío <160

Proteína de la sangre