



Universidad del sureste
Campus Comitán



Licenciatura en Medicina Humana

Resúmenes de la 4º unidad

Nombre del alumno: Jennifer González Santiz

Materia: Geriatria

Grado y grupo: 6º D

Nombre del docente: Dr. Carlos Manuel Santos Hernández

Enfermedades tiroideas

Hipotiroidismos

Definición: condición en cual la glándula tiroides produce una cantidad insuficiente de las hormonas.

Epidemiología

- Prevalencia 5% indicación de manejo farmacológico y 20% tiene seguimiento

Tipos

Hipotiroidismos subclinico

Epidemiología: afecta más a mujeres, personas mayores y prevalencia 5-10% de las persona sin enfermedad tiroides

- Hipotiroidismos leve: TSH basal 5 y 10 mUI/L y T4L normal (0,8-1.33ng/dL)
- Severo: TSH basal 10-20 mUI/L y T4 normales

Hipotiroidismos primario

Por sustrato autoinmune

Causas: • tiroiditis de hasimoto

- tiroiditis crónica atrofica

- Otras: iatrogenica, fármacologica, déficit de yodo y trastorno infiltrativo

Manifestaciones clínicas: astenia, intolerancia al frío, sequedad de la piel y debilidad

- Bradipsiquia, alteraciones de los reflejos miotendinosos y como mixedematosa

Diagnóstico: TSH > 10 mUI/L(.36-4.9 mUI/L) y T4 anormal inferior 0.8ng/dL

Tratamiento: levotiromidona sódica VO dosis baja de 4 a 7 semanas

Hipertiroidismo

Situación clínica y bioquímica dada por el aumento de la hormonas tiroideas

- elevación T4
- descenso de TSH

Hipertiroidismo subclinico

- Etiología exógena: secundaria a medicamentos
- Etiologías endogena: nódulos tóxicos o patológicos autoinmunes

Manifestaciones clínicas: tirotoxicosis apática(pérdida de peso, cansancio, confusión y agitación. Población más joven FA y anorexia.

Diagnóstico

•Clínico •Examen físico • Pruebas complementarias: TSH suprimida y niveles incrementados de T4L

Tratamiento

- Bocio multinodular y adenoma: yodo reactivo (metimazol) Qx
- Enfermedad de Graves- Basedow: metimazol 40 mg/día, uso de I-131 y Qx
- Adenoma tóxico: Qx vs I-131 y yodo terapia dosis mayores

Tirotoxicosis

Definición: es una condición clínica causada por un exceso de hormonas tiroideas en el cuerpo lo que genera un aumento anormal de, metabolismo y una hiperestimulación del sistema SN simpático.

Causas:

- Enfermedad de Graves
- Nódulos autónomos: adenoma tóxico único y bocio multinodular (enfermedad de Plummer)
- Tiroiditis: asociada a tx inmunológico contra el cancer
- Amiodarona: alta carga de yodo

Epidemiología

40-60 años mayor prevalencia de Graves

>70 años más frecuente bocio multinodular tóxico y adenomas

Nódulos tiroideos

Son lesiones o masas localizadas dentro del parenquima de la glándula tiroidea pueden ser sólidos o quísticos

Características

- Asintomáticos (detectados por examen físico o imagen)

Requiere atención si:

- Radiación cervical previa
- Parálisis de cuerdas vocales
- >4 cm
- No móvil
- Adenopatías cervicales ausentes
- Antecedentes de familiares de cancer

Estudios

- TSH: baja/ suprimida
 - Solicitar gammagrafía tiroidea
 - Valorar si el nódulo es hiperfusionante
- TSH: elevada
 - Esperar la normalización
 - Realizar ecografía

Nódulos >1 cm

- PET con FDG
- PAAF guiada por ecografía

Síndrome del eutiroideo enfermo

Se produce por enfermedades intercurrentes que provocan concentraciones de T3 o T4 por debajo de los valores esperados.

T4: monodesyodasa

T3: se normalizan con la resolución del proceso agudo

• T4: normal • T3: bajas • rT: Aumentadas • TSH: normales

Cáncer de tiroides

Puede ser un carcinoma papilar y folicular

Factores de riesgo

- Sexo femenino
- Antecedentes familiares de cancer
- Radioterapia de cabeza o cuello

- Radiación ambiental
- >60 años

Diagnóstico

- Exploración física: agrandamiento de la glándula
- USG: 6mm ecos puntiformes en el parenquima
- Biopsia por aspiración
- Estudios de laboratorio: niveles de hormonas y marcadores tumorales

Tratamiento

- Cirugía: extirpación total de la glándula
- Radioterapia: eliminación de tejido residual
- Terapia de ablación con yodo radioactivo
- Hormona sustitutiva

EPOC

Es una enfermedad crónico degenerativa que se presenta en mayores de 45 años y representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad

Tipos de

Bronquitis crónica

Creciente inflamación y mucosidad (flema o esputo) en las vías aéreas. La tos produce mucosidad o flema la mayoría de los días, durante 3 meses, 2 años o más

Edad: 40 a 45 años

Clínica:

- Roncus y sibilancia comunes - Disnea tardía e intermitente - Tos (predominante)
- Expectoración abundante - Cianosis persistente

Soplador rosado

Enfermedad en la que se produce daño en las paredes de los sacos de aire (alveolos) del pulmón

- Paredes de alveolos dañados, pierden su elasticidad y difícil expulsión de aire por que se atrapa más aire de lo normal

Clínica: • Apariencia delgada • Disnea • Tos escasa o ausente • Sibilancias ocasional
• Tórax en túnel • Expectoración ausente

Epidemiología

- Ocupa el 4º lugar entre las principales causas de morbilidad y mortalidad
- Prevalencia depende del país, la edad y el sexo (hombres) pero se aproxima en 10% en personas >40 años

Factores de riesgo

- Tabaco: nicotina, daño producido en el pulmón está mediado por el alquitrán un 27% de las muertes por esta enfermedad
- Genéticos: deficiencia de la enzima alfa1-antitripsina (AAT), que es el inhibidor de proteasa más importante conduce a un desequilibrio de la elastasa y la actividad antielastasa provocando una destrucción progresiva e irreversible del tejido pulmonar
- Ambientales: biomasa es la materia orgánica utilizada como fuente de energía que proviene de los animales o vegetales (madera, ramas, hierbas secas, estiércol y carbón)

Diagnóstico

- Clínica: px con disnea, tos crónica, producción de esputo, antecedentes de infección recurrentes del tracto respiratorio inferior
- Broncodilatador (FEV1/FVC<0,7)
- Espirometría - Consideraciones diagnósticas: sibilancias recurrentes, tos crónica, historia de factores de riesgo
- Criterios de anthonisen

Tratamiento

Manejo para reducir las exacerbaciones

- Broncodilatadores: LABAs (B2 antagonistas de acción prolongada) salmeterol, formoterol, indacaterol
 - LAMAs (antimuscarinico de acción prolongada) tiotropio, glicopirronio
 - LABA + LAMA, como el umeclidinio vilanterol, tiotropio/olodaterol
- Corticoides inhalados (ICS): salmeterol/Fluticasona, Fomoterol/budesonida
- Antiinflamatorios no esteroideos: roflumilast
- Anti-infecciosos: vacunas como influenza anual neumococo, COVID-19, macrólidos (azitromicina)
- Moco reguladores: N acetilcisteína, carbocisteína, erdosteína

Trastorno de la deglución

Es un 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 o concomitantes pueden potenciarlo.

Epidemiología

- Prevalencia: común en pacientes con edad de avanzada
- Incidencia: mayor del 33% en pacientes en la unidad de cuidados intensivos 66% en pacientes con cuidados prolongados y 30% en pacientes con infarto cerebral.

Factores que modifican la deglución

- Volumen: un volumen grande, desencadena de forma más eficaz, los mecanismos de deglución.
- Viscosidad: los alimentos líquidos de gluten con mayor dificultad en pacientes con patología neurológica
- Temperatura, los líquidos fríos desencadenan con mayor velocidad, el cierre laríngeo
- Postura: los cambios posturales modifican la estructura y la deposición de las vías aero digestivas
- Fármacos, algunas sustancias actúan en distintos niveles y que producen alteraciones del nivel de conciencia, coordinación y alteración motoras o sensitivas que pueden alterar la deglución

Fisiología y cambios

■ Fases de la deglución

- Fase oral (voluntaria)
 - Preparatoria: masticación información del bolo
 - Tránsito: bolo en la base de la lengua; propulsión contra el paladar duro y faringe
 - Reflejos deglutorio: estimulación de los pilares, amigdalinos e inicio del reflejo controlada por la corteza cerebral, y el tracto cortico bulbar
- Fase buco, faringe y faringe (involuntario)
 - Elevación del paladar blando; se cierran las coanas y hay apnea momentánea el músculo constrictor superior, evita la regurgitación, la peristalsis, faringe hacia

hipofaringe y la faringe se mueve hacia delante y hacia arriba cierra las cuerdas vocales y la epiglotis cae sobre una apertura laríngea o apertura del esfínter, cricofaríngeo.

- Fase es esofágica
 - Peristaltismo hacia la región, esofágica y relajación del esfínter esofágico inferior, que es controlada por el plexo mientérico

■ Cambios con la edad

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

Complicaciones asociadas

- Estado nutricional: ingesta dietética, inadecuada, pérdida de peso, el déficit de minerales y vitaminas, desnutrición, calórica, proteica, deshidratación, aspiración y aumento de la mortalidad.
- Factores físicos: disminución del gusto del olfato del apetito y de la producción de saliva.
- Factores psicológicos: miedo a las asfixia y la depresión.

Desventajas en trastorno de deglución instalado

Desnutrición: induce a la debilidad y alteración de la conciencia. Aumenta la probabilidad de aspiración y reduce la fuerza de la tos y limpieza mecánica.

Deshidratación: por bajos, fluidos de saliva, dependencia, aislamiento social y mayor carga de cuidados y necesidad. En algunos casos de utilización de nutrición artificial.

Entidades que pueden provocar disfagia

- Desórdenes neurológicos: infarto cerebral, hemorragia, intracraneal, demencia, Parkinson y traumatismo craneoencefálicos
- Desórdenes musculares: miopatías inflamatorias, dermatomiositis, a amiloidosis y miopatías sacoides
- Desórdenes neuromusculares: miastenia gravis y enfermedad de chagas

Evaluación clínica

Disfagia oral y faríngea:

- Tos y carraspeo al deglutir
- Dificultad para iniciar la deglución
- Regurgitación nasal
- Sensación de comida adherida en la garganta
- Incapacidad de succionar
- Sialorrea
- Vómitos
- Flemas
- Cambios de la voz

Diagnóstico

- Del trago de agua o Smithard con un 80%
 - Se hace que el paciente tome varios sorbos de agua, y si hay tos o raspeo o cambio de voz, es un indicador de un problema de deglución y se observa por un minuto
- Otras pruebas
 - Esofagoscopia

- Manometría esofágica
- Estudios de pH
- Endoscopia
- Ultrasonidos
- Monofluorografía
- Gold estándar: video de fluoroscopia

Tratamiento

- Texturas: muy caliente o muy frías, estimulan el reflejo de la devolución, mejor que los tibios y suaves.
- Fármaco terapia
 - Mucolíticos: ayudan a hacer la mucosidad más delgada, y pueden ser más fácil expectorarlos.
 - Antiácidos: provoca inflamación en la garganta.

Ejercicios

- Respiratorios: bostezar, control del soplo y de la inspiración ira Sion oral, nasal y periodos de apnea breves
- Labiales: apretar con fuerza de los labios, esconder los labios y estirar los labios mientras permanecen cerrados, o también intentar unir las dos comisuras, bucales y dar besos.
- Linguales: rotación de la lengua entre los dientes y los labios sacar y esconder la lengua, dirigir la lengua hacia la derecha a la izquierda, mover hacia arriba hacia abajo y barrer el paladar, empujando las mejillas.
- Mandibulares: abrir y cerrar la boca, mover a los lados, hinchar o succionar las mejillas de manera alterna
- Dentales: simular la masticación y con los dientes superiores. Morder el labio inferior o con los dientes inferiores, morder el labio superior.

Infecciones

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

Epidemiología

- Las infecciones más comunes son neumonías adquiridas en la comunidad 20 veces más que las urinarias
- Microorganismos: bacterias, piógeno, digestivas, cardiovasculares, en la piel y tejidos blandos
- Otros problemas: prótesis articulaciones, cadera y rodilla. Pacientes con terapia antimicrobiana de su presión, indefinidamente.

Clínica

- Fiebre: ausente en las infecciones del anciano
- Inespecíficas: caídas de Irium, anorexia o debilidad generalizada

Diagnóstico

- Ecocardiograma, transtorácico
- RM: no es posible, si hay la presencia de marcapasos o desfibriladores

Inmunosenescencia

Disfunción del sistema inmunitario, relacionado con el aumento de la edad y lleva mayor riesgo a infecciones

- Se asocia con la disminución de masa química que hay un descenso en la producción de las células T alterando. La activación, secreción y proliferación interinas 2 sobre los linfocitos
- Disminución de las células B

- Inflammaging: estado de inflamación crónica de bajo grado. Concentraciones éticas aumentadas de interinas 6 FNT proteínas se reactiva y retrasan la respuesta inmunológica.

Desnutrición

Principal factor de riesgo relacionado con el deterioro de la función inmunitaria

Tuberculosis

Es la infección más frecuente en el mundo, ocurre en > 65 años hasta 20%

La mayor parte de los casos se debe a la reactivación de una infección adquirida en la juventud, por deterioro de la respuesta inmunitaria.

Diagnóstico

- Clínico: fiebre, pérdida de peso, diaforesis nocturna, esputo y hemoptisis

Tratamiento

- Antifímico: isoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida

Infecciones de la piel y tejido blando

Disminución de la elasticidad de urgencia, perfusión sanguínea, y estos se atrofia.

En el tercer decenio de la vida se va afectando el recambio celular de la epidermis en un 30 o 50%, lo cual favorece el enlentecimiento del proceso de reparación de heridas.

Escaras de decúbito

Se producen en personas con incapacidad para el movimiento, y son el resultado de la necrosis de la piel, provocada por isquemia debida a la presión sostenida de una superficie de contacto.

Principios fundamentales

- Reducir la exposición prolongada a superficies de presión
- Mantener limpia y seca la piel
- Conservar un estado nutricional adecuado

Tratamiento

- Pomadas tópicas y antibióticos sistémicos en caso de infección

Celulitis

Infección difusa del tejido subcutáneo que se manifiesta por eritema edema e induración, así como calor, local y dolor.

Causa: S.pyogenes o B hemolitico

Factores: interrupción de la barrera, subcutánea por traumatismo/úlceras o complicaciones de heridas.

Prevención

- Identificación y tratamiento del tertrigo crónico
- Erradicación de tiña del pie y onicomicosis
- Elevación de las piernas
- Uso de medias compresivas

Herpes zoster

Infección primaria, causada por varicela, y después de este cuadro el virus se mantiene en un estado latente en los ganglios y en los nervios craneales y espinales.

- Presencia de un área de eritema en un dermatoma, vesícula o costra — — — 7 a 10 días

Diagnóstico

- Clínico
- Confirmatorio: preparación de tzanck (raspar la lesión). Se observan en el microscopio las células gigantes.

Tratamiento

- Famciclovir, valaciclovir o aciclovir

Infecciones gastrointestinales

Asociadas a alimentos contaminados, como causa de listeria, Campylobacter y salmonela
Tratamiento

- Quinolonas: tienen buena actividad contra los enteropatógenos
 - Ciprofloxacino, Norfloxacino, ofloxacino y levofloxacino

Endocarditis infecciosa: incremento en la implantación de dispositivos cardiovasculares, por estafilococos y enterococos

Sepsis

Es un síndrome de anormalidad fisiológica, patológica y bioquímica inducidas por infección.

Epidemiología

- Incidencia >85 años morbilidad que
- Enfermos o alteraciones inmunológicas
- Envejecimiento

Factores de riesgo

- Infecciones por la edad: coledocistitis, urolitiasis o obstrucción por tumores
- Ruptura de la piel: úlceras o catéteres
- Patógenos multiresistentes: inmunosenescencia con mala respuesta o vacunas
- Enfermedades concomitantes: desnutrición, falta de nutrientes, deficiencia, endocrina, e efectos inflamatorios y protrombótico
- Otros: demencia, pérdida de coordinación, lesión, caídas e inmovilidad

Definición

- SIRS: manifestaciones clínicas de la respuesta inflamatoria sistémica, ocasionada por causa de infecciones y no infecciosas
- Sepsis: es la respuesta inflamatoria sistémica, secundaria e infección con dos criterios de SIRS
- Sepsis grave: asociada a la disfunción orgánica y perfusión o hipotensión de arterias, ácido láctico, oliguria y alteración del estado mental
- Choque séptico: hipotensión arterial sistémica, inducida por sepsis, asociada a una hipoperfusión tisular
- Sx de disfunción orgánica múltiple: presencia de la alteración en la funcionalidad orgánica en pacientes enfermos que la homeostasis, no puede ser mantenida sin intervención

Cuadro clínico

- Fiebre: temperatura oral 37.8°C repetidas superiores a 37.5°C o rectales repetidas a 7.5°C .
- Clínica: delirio, debilidad, anorexia, malestar general, incontinencia, fatiga urinaria y caídas
- Sepsis: confusión. alteración del estado mental, delirio encefalopatía séptica
- Neumonía: confusión, caídas, disminución del estado funcional, mayor frecuencia respiratoria y requerimiento de oxígeno

Diagnóstico

- Marcadores biológicos: ácido láctico (deshidratación y anemia)
- Rx: infiltrados pulmonares
- Procalcitonina y PCR

Tratamiento

- Terapia antimicrobiana empírica de amplio espectro

- Evaluación periódica para reducir la cobertura antimicrobiana
- Optimizar de acuerdo a la farmacocinética y farmacodinámica
- La norepinefrina: primera opción para pacientes que necesitan vasopresores

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 de fracturas.

Clasificación

- OP primaria: no hay ninguna enfermedad a la que se le atribuye a la pérdida del hueso
 - Osteoporosis posmenopáusica (tipo I) o osteoporosis senil (tipo II)
 - Factores de riesgo: deficiencia de vitamina D, sedentarismo e inmovilización
- OP secundaria: se conoce la etiología consecuencia de manifestaciones de otra enfermedad

Epidemiología e impacto

- Fractura de cadera
 - 2:3 mujeres por hombres
 - Nivel socioeconómico
 - >50 años
 - 1/12 mujeres
 - 1/20 hombres
- Fractura vertebrales
 - Entre los 50 y 60 años
 - Frecuente en mujeres sobre todo blancas es de un 16%, comparadas con el 5% que en los hombres blancos
 - Morfometría vertebral: mide las alturas de las vértebras
 - Radiografías simples laterales de la columna, como su diagnóstico
 - Factores que puede ocurrir espontáneamente: flexiona al agacharse, subir escaleras y toser
- Fractura de antebrazo
 - Frecuente en mujeres perimenopáusica
 - Entre la quinta y sexta década
 - Mayor frecuencia en blancos y menor frecuencia en asiáticos y negros

Factores de riesgo

- No modificables: edad, genética, deficiencia de vitamina D y fracturas
- Modificables: obesidad, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo

Diagnóstico

- Densitometría ósea: estudio especial de rayos X, que mide la densidad de los huesos
- Calculo de riesgo (FRAX): en términos clínicos, este cálculo de riesgo absoluto, ayuda al médico como el paciente, generar una estrategia terapéutica multifactorial
- Fracturas por fragilidad

Tratamiento

- Vitamina D 800 UI en combinación con ingesta de calcio entre 700 a 1200 mg al día
- Antirresortivo
 - Bifosfonatos: se une a sitios de resorción activa e impidiendo la unión de osteoclastos y producción de protones para su activación
 - Alendronato: 10 mg cada 24 hrs o 70mg semanal
 - Risendronato: 35 mg semanal
 - Ácido zoledronico: 5 mg para infusión. Intravenosa una vez al año

- Ibandronato: 150 mg VO al mes o aplicación intravenosa de 3 mg cada 3 meses
- Denosumab: anticuerpos monoclonal, que inhibe el RANKL, Administrando vía subcutánea de 60 mg 2 veces al año
- Terapia osteoanabólica: teriparatide (20 µg vía subcutánea) y abaloparatide

Lesión renal aguda

Es una condición clínica, caracterizada por un deterioro rápido y potencialmente reversible de la función renal.

- Aumento de la creatina, sérica en >0.3 mg/dL en 48 hrs
- Volumen de orina < 0.5 ml/kg/hora durante 6 horas

Epidemiología

- Incidencia entre 300 y 500 casos por cada 100,000 habitantes por año en adultos en países desarrollados
- Entre el 35 y 57% de los pacientes ingresados a UCI desarrollan AKI

Factores de riesgo

- Edad avanzada, hipovolemia, sepsis. Diabetes mellitus, insuficiencia hepática, disfunción cardíaca, disfunción renal, previa exposición a nefrotóxicos, estado inadecuado de hidratación, hipertensión arterial, exposición a medios contrastes. SIRS
- Más comunes: antecedentes de ERC, HTA y DM

Etiología

- Hipovolemia
- Sepsis
- Fármacos nefrotóxicos
- Obstrucción urinaria
- Genes afectados: APOL1

Manifestaciones clínicas

- Oliguria: <400 ml/día
- Anuria: <100 ml/día
- Poliuria
- Hematuria o cambios de color en la orina
- Confusión (uremia)
- Dolor lumbar o renal
- Náuseas, vómitos, nicturia, poliuria, de larga evolución, no orientará un proceso crónico y no agudo

Diagnóstico

- Examen microscópico
- Hematología: ante presencia de anemia normocítica, normocrómica
- Gasometría arterial: evidencia de acidosis
- Escalas: clasificación de KDIGO y clasificación de RIFLE

Tratamiento

- Controlar los niveles de glucemia con el uso de insulina, como objetivo la glucemia en 110 a 149 mg/dl
- Uso de solución salina al 0.9% a una velocidad de infusión de 1.0 a 1.5 ml/kg/hr
- Hipercalcemia: en casos de $K >6.5$ mEq/L volumen, se recomienda el uso de solución polarizante a base de insulina o solución glucosada
- Acidosis metabólica: pH es <7.2 utilizar bicarbonato de sodio IV

Enfermedad renal crónica

Condición crónica, consecuencia, al daño ocasional a patologías como diabetes mellitus tipo dos hipertensión arterial sistémica, uropatía obstructiva.

Epidemiología

- Diagnóstico de ERC avanzada son el grupo de 65 a 74 años
- En México, la carga de ERC descritas por años de vida perdidas, ha incrementado alrededor de un 640% entre 1990 y 2019, en personas mayores de 60 años

TFGE

- Etapa 1 con TFGe ≥ 90 mL/min/1.73m²
- Etapa 2 con TFGe entre 89 y 60 mL/min/1.73m²
- Etapa 3a con TFGe entre 59 y 45 mL/min/1.73m²
- Etapa 3b con TFGe entre 44 y 30 mL/min/1.73m²
- Etapa 4 con TFGe entre 29 y 15 mL/min/1.73m²
- Etapa 5 con TFGe ≤ 14 mL/min/1.73m² o pacientes en terapia sustitutiva renal

Albuminuria

- A1 o normal, cuando es < 30 mg/24 h (o una relación albuminuria/creatinuria [RAC) < 30 mg/g).
- A2 o albuminuria moderadamente incrementada (mal llamada "microalbuminuria"), cuando es de 30 a 300 mg/24 h (o RAC 30 a 300 mg/g).
- A3 o albuminuria gravemente incrementada (mal llamada "macroalbuminuria"), cuando es > 300 mg/24 h (o RAC > 300 mg/g).

Estadificación, se establece combinando el grado de TFGE y de albuminuria

- Fórmulas de cockroft-Gault
- MDRD
- CKD-EPI (creatinina y cistatina)
- BIS-1 y 2
- FAS

Tratamiento

- Anemia: Eritropoyetina 50 UI/kg dosis de inicio ___ ___ mantenimiento 25 UI/kg
- Edema o TFG aumentada: furosemida 20-80 mg día (rescate 1mg por kg de peso o de uso 1.5 mg/kg de peso y Espironolactona 25-50 mg/día
- HA: captopril, 25-50 mg/día y Enalapril 5-10 mg/día
- Metformina: 500 mg hasta 2 g máximo día
- Insulina: 10 UI 0.2 a 0.3 kg/día

Evaluación del estado nutricional

El envejecimiento, de manera que múltiples implicaciones biopsicosociales han sido descritas durante la etapa de la vejez, y la pérdida de la capacidad de alimentación, es una de las causas con mayor impacto de la calidad de vida.

Estado nutricional, se ve influenciado por el deterioro de sus capacidades funcionales, como la polifarmacia y la situación socioeconómica.

Durante la vejez, el apetito y la cantidad de alimentos disminuye debido a un ingesta de alimentos con menor valor, nutricional y energético. Proporcionar dietas cuidadosas y suficiente completa con equilibrio, nutricional y variedad y atractiva.

Epidemiología

- Prevalencia a nivel mundial de mal nutrición, en personas mayores varía entre un 23 y un 60%, y en México fue de un 32.1% en personas institucionalizadas
- 14% en centros de día, 3.5% en adultos mayores independientes de la comunidad, 6.8% de los adultos mayores de 80 años, tiene un IMC <18.5

Detección inmediata

- Paso 1: detección de riesgo de nutrición, a través de la prueba de tamizaje
- Paso 2: realización de la evaluación que permite el diagnóstico del estado de desnutrición

Tamizaje nutricional

- Se centra en los cambios de peso, composición corporal, estado físico o funcional y presencia de enfermedades o comorbilidades
 - El más utilizado se conoce como mini nutricional assessment

Procedimientos de la evaluación nutricional

- Historia, clínica nutricional: para saber si tiene factores de riesgo, o algún medicamento
- Evaluación antropométrica: peso y talla
- Evaluación bioquímica: albúmina menor a 3.5 g por decilitro

Pre-albumina

Proteína producida por el hígado y vida media corta de dos días

- La disminución <15 mg/dL mayor riesgo de empeorar
- Causa de su disminución: inflamación, infecciones, traumas, insuficiencia hepática y síndrome nefrótico

Colesterol

Sustancia acerosa en la sangre marcador tardío

- <160 mg/dL relacionado a mayor morbilidad

Transferrina

Proteína principal de la sangre que tiene como función unir y transportar el hierro y vida media de 8 a 10 días

- <180 mg/dL valores para desnutrición

Evaluación clínica

- Inspección: apariencia, movilidad, color, edema y afectación
- Palpación evaluar la textura, sensibilidad, temperatura y edema
- Percusión bordes de los órganos, forma, posición y fluidos

- Auscultación sonido de los pulmones, corazón, sonidos del intestino y vasos sanguíneos

Cortes CONUT