



Mi Universidad

Nombre del alumno: Sonia Araceli Huacash Méndez

Nombre del tema: resumen

Parcial 4

Nombre de la Materia: GERIATRIA

Nombre del profesor: Dr. Carlos Manuel Hernández Santos

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

ENFERMEDAD TIROIDEA

Esta enfermedad es más frecuente en mujeres, Prevalencia: 5% tiene indicación de manejo farmacológico 20% tiene un seguimiento esta está clasificada en subclínico y primaria. La subclínica es una condición que afecta principalmente a la mujer, teniendo una prevalencia de 5 y 10% de las personas sin enfermedades tiroideas y siendo presente en personas mayores. Clasificación: Hipotiroidismos subclínico leve: tiene valores como TSH de 5 y 10 mUI/L (0.35-4.9Mul/L), T4L normal (0.8-1.33 ng/dL) Manejo: iniciarlo en caso de presentar anticuerpos antiperoxidasa (AcTPO) positivos (>65UI/ml)

Hipotiroidismo severo: TSH: basal 10 a 20 mUI/L (0.35-4.9MUI/L), T4L normal. Manejo: trastornos cognitivos, depresión, osteoporosis y complicaciones cardiovasculares.

Hipotiroidismo primario: Tiene causas comunes los cuales son tiroiditis de Hashimoto y tiroiditis crónica atrofia, aunque también menciona otras causas los cuales son: iatrogénica, farmacológica, déficit de yodo y trastorno infiltrativo.

Manifestaciones clínicas: son atribuidos del envejecimiento o enfermedades concomitantes. Las principales son: astenia, intolerancia al frío, sequedad de la piel y debilidad. Otras: bradipsiquia, alteración de los reflejos miotendinosos y coma mixedematosa

Diagnóstico: se confirma por TSH > 10 Mul/L (0,35-4.9 mUI/L) y T4L anormal inferior a 0.8 ng/DL (0.8-1.33 ng/DL). Buscar en pacientes asintomáticos mayores de 60 años, en personas con otras enfermedades autoinmunes, anemia perniciosa, antecedentes de cirugía, radiación de cuello y tratamiento con litio o aminorado.

Tratamiento: Levotiromidona sódica por VO a dosis de 4 a 6 semanas hasta tener un TSH en la mitad inferior del rango normal

Hipotiroidismo: situación clínica y bioquímica dada por el aumento de la producción de hormonas tiroideas, elevación T4 y descenso de las concentraciones de TSH.

Hipotiroidismo subclínico: contiene etiologías exógenas secundaria a medicamentos y las etiologías endógenas con nódulos tóxicos o patología autoinmune

Manifestaciones clínicas: tirotoxicosis apática: cansancio, pérdida de peso, confusión y agitación, en la población más joven se presenta fibrilación auricular y anorexia. De esta manera el diagnóstico es clínico caracterizado por: elevación de la temperatura corporal, afectación del sistema nervioso central, agitación, letargia, crisis convulsiva, taquicardia, falla cardiaca, fibrilación auricular y síntomas digestivos.

Diagnóstico: anamnesis, examen físico y pruebas complementarias como TSH suprimida, niveles incrementados de T4L

Tratamiento: bocio multinodular toxico y adenoma toxico es con yodo radioactivo o la cirugía, metimizol a largo plazo (20 mg por cerca de dos años).

Enfermedad de Graves-Basedow abarca 3 procesos: farmacoterapia, yodoterapia y cirugía.

Metamizol 40mg al día varía entre 12-18 meses. El uso de yodo de 1-131

Cirugía: se indica en aquellos pacientes que no responden al manejo farmacológico, quienes son intolerantes al yodo

Adenoma toxico: quirúrgico vs 1-131, yodoterapia las dosis son mayores.

Tirotoxicosis

Es una condición clínica causada por un exceso de hormonas tiroideas en el cuerpo, lo que genera un aumento anormal del metabolismo y una hiperestimulación del sistema nervioso simpático. Causas principales; enfermedad de Graves, nódulos autónomos, adenoma toxico único, bocio multinodular toxico (enfermedad de Plummer). Tiroiditis, transitoria, puede evolucionar a hipotiroidismo, asociada a tratamientos inmunológicos contra el cáncer. Amiodarona, alta carga de yodo, riesgo de tiroiditis y tirotoxicosis persistente, mayor uso de adultos mayores con vulnerabilidad cardíaca.

Epidemiología: 40 a 60 años tienen mayor prevalencia de Graves, mayores de 70 años mas frecuente bocio multinodular toxico y adenoma.

Características clínicas: mayor parte es subclínica, TSH discretamente disminuida, síntomas en adultos mayores: menor expresión clínica, hallazgos más comunes, alteración de frecuencia y ritmo cardíaco, otros: falla cardíaca, oftalmopatía, complicaciones como fibrilación auricular, osteoporosis y fracturas.

Tratamiento: tiene como objetivo proteger órganos de efectos adrenérgicos con beta bloqueadores, restaurar niveles anormales de hormona tiroidea.

Nódulos tiroideos

Lesiones o masas localizadas dentro del parénquima de la glándula tiroides. Puede ser solida o quísticos, la mayoría es benigna y asintomáticas, descubiertos de forma incidental durante un examen físico o estudios de imagen. Tiene una prevalencia hasta de 60% en hombres mayores de 80 años y hasta 90% en mujeres de 60 años. Sus factores de riesgo son la edad avanzada, sexo femenino, radiación cervical previa, tabaquismo y alcoholismo, ingesta de yodo y obesidad. Características generales: asintomáticos, detectados incidentalmente, requieren atención si existe parálisis de cuerdas vocales, tamaño mayor a 4 cm, no móviles, adenopatías cervicales. Los estudios iniciales según TSH, cuando TSH baja, suprimida, solicitar gammagrafía tiroidea, valorar si el nódulo es hiperfuncionante, TSH elevada: esperar normalización, realizar ecografía para evaluar características del nódulo.

Síndrome del eutiroides enfermo

Se produce por enfermedades intercurrentes que provocan concentraciones de T3 y T4 por debajo de los valores esperados, sin que exista hipotiroidismo o hipertiroidismo. En la población mayor, su prevalencia es elevada y mayor en episodios de enfermedad agudante descompensada. Se normaliza con la

resolución del proceso agudo y no es necesario iniciar tratamiento médico, se debe individualizar según el contexto clínico del paciente dado que las pruebas diagnósticas son inespecíficas.

Cancer de tiroides

Afección que puede presentarse en personas de todas las edades, su incidencia se incrementa con la edad, y es más común diagnosticado en adultos mayores de 60 años. Factores de riesgo: sexo femenino, antecedentes familiares, radioterapia de cabeza y cuello, radiación ambiental. Diagnóstico: exploración física nódulos tiroideos o agrandamiento de las glándulas. Ultrasonido- tamaño y características. Biopsia- benignos o malignos. Estudios de laboratorio- niveles de hormonas y marcadores tumorales. Ultrasonodulotiroideo: 6mm, ecos puntiformes en el parénquima. Tratamiento: cirugía- extirpación total o parcial de la glándula tiroides, radioterapia- en algunos casos se utiliza para eliminar cualquier tejido tiroideo residual. Terapia de ablandación con yodo radioactivo y hormonas sustitutivas- para mantener los niveles hormonales adecuados.

EPOC

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una 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:

Reciente inflamación y mucosidad (flema o esputo) en las vías respiratorias (vías aéreas). Hay obstrucción de las vías aéreas, tos que produce mucosidad o flema la mayoría de los días, durante tres meses, dos años o más, edad: 40-45 años

Clínica: (abotagado azul)

roncus y sibilancias comunes, disnea tardía e intermitente, tos (predominante), expectoración abundante, sibilancias frecuentes, cianosis presente.

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, difícil expulsión de aire, se atrapa más aire de lo normal.

Clínica: soplador rosado: apariencia delgada, disnea (predominante), tos: escasa o ausente, sibilancias ocasionales, tórax en tonel, expectoración ausente.

Epidemiología

Ocupa el 4to lugar entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo.

Su prevalencia depende del país, la edad y el sexo, pero se aproxima a 10% en personas mayores de 40 años.

Afecta más a hombres

Factores de riesgo

- **Tabaco:** El tabaco contiene nicotina, ésta se evapora al encender el cigarrillo, se deposita en el pulmón, se absorbe y llega al cerebro. El daño producido en el pulmón está mediado por el alquitrán
- La inhalación del humo del tabaco es el principal factor de riesgo en los países desarrollados.
- •El 27% de las muertes por esta enfermedad están relacionadas con el tabaco, aunque no todos los pacientes que fuman la desarrollan

Factores genéticos

- Deficiencia de la enzima alfa1-antitripsina (AAT)
- Que es el inhibidor de proteasa más importante en el organismo humano.
- La ausencia o deficiencia de la AAT conduce a un desequilibrio entre la elastasa y la actividad antielastasa, lo que provoca la destrucción progresiva e irreversible de tejido pulmonar y el posible desarrollo de la EPOC con enfisema de inicio temprano.

Factores ambientales

La biomasa es la materia orgánica utilizada como fuente de energía proveniente de animales o vegetales y puede usarse como combustible. Los materiales más utilizados son: madera, ramas, hierbas secas, estiércol y carbón.

Humo de leña: El humo que emite la quema de biomasa contiene alrededor de 250 compuestos orgánicos como monóxido de carbono, amoníaco, ácido cianhídrico, formaldehído, óxidos de nitrógeno y azufre

Diagnostico

Clave:

- Paciente con disnea
- Tos crónica
- Producción de esputo
- Antecedentes de infecciones recurrentes del tracto respiratorio inferior

El bronco dilatador (FEV1/FVC <0,7) es obligatorio para establecer el diagnostico

Espirometría

Consideraciones diagnosticas: Si los indicadores clínicos están presentes, la presencia de múltiples indicadores aumenta la probabilidad de presencia de EPOC

1. Sibilancias recurrentes
2. Tos crónica

3. Historias de factores de riesgo

Tratamiento

NO EXISTE TRATAMIENTO: no existe un tratamiento que detenga la enfermedad y el manejo es únicamente sintomático y con control exclusivo de las exacerbaciones que se puedan presentar.

Manejo para reducir las exacerbaciones

- Broncodilatadores: salmeterol, formoterol, indacaterol.
- Antimuscarínicos de acción prolongada: triotopio, glicopirronio
- LABA+ LAMA: combinación útil en pacientes con síntomas graves o exacerbaciones frecuentes: umeclidinio, tiotropio
- Corticoides inhalados (ICS) LABA+ICS: salmeterol, formoterol
- Abtiinflamatorios no esteroideos: roflumilast.

Anti infecciones- VACUNAS

- Influenza anual
- Neumococo (PCV20 o secuencia PCV15 + PPSV23)
- COVID-19 y otras según edad/comorbilidades
- Macrólidos: Azitromicina).
- Riesgo de resistencia antibiótica, efectos ototóxicos o QT prolongado

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN

Es un término desarrollado a partir de las raíces griegas dis (dificultad) y phagia (deglución) que se utiliza para describir la presencia o dificultad en el proceso de 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 concomitantes pueden potenciarlo.

Epidemiología

Prevalencia:

- Afecta a todos los grupos de edad.
- Mas común en pacientes con edad avanzada.

Incidencia:

- Mayor del 33% en pacientes en la unidad de cuidados intensivos
- 66 % en pacientes con cuidados prolongados
- 30% en pacientes con infartos cerebrales.

Factores que modifican la deglución:

Volumen: en general un volumen grande desencadena de forma más eficaz los mecanismos de deglución que uno pequeño.

Viscosidad: los alimentos líquidos se degluten con mayor dificultad en pacientes con patología neurológica.

Temperatura: los líquidos muy fríos desencadenan con más velocidad el cierre laríngeo que a temperatura ambiente, por tal motivo, el frío facilita la deglución

Fármacos: algunas sustancias que actúan a distintos niveles y que produzcan alteraciones del nivel de consciencia, coordinación, alteraciones motoras o sensitivas, pueden alterar la deglución

Postura: los cambios posturales modifican la estructura y disposición de las vías Aero digestivas, condicionando una mayor o menor facilidad para la deglución.

Fases de la deglución

1. 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.
2. Apertura del esfínter cricofaríngeo.

Fase esofágica (involuntaria).

Peristaltismo hacia región esofágica, Relajación del esfínter esofágico inferior.

Controlada por plexo mientérico

Aspiración: puede ocurrir desde un mal cierre hasta una retención de alimentos solidos o líquidos en la faringe

Clinica

→ 80% en la historia 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

Disfagia faríngea

- Sensación de comida adherida en el pecho
- Regurgitación oral o laríngea
- Alimentos adheridos en la garganta o pecho
- Pérdida de peso
- Cambios en los alimentos
- Dolor en pecho
- Flemas
- Vomito

- Flemas
- Cambios en la voz

Diagnostico

Una de las pruebas más rápida y sencilla seria la del trago de agua o smithard con un 80%.

Gold estándar: Video fluoroscopia para evaluar el mecanismo deglutorio.

Tratamiento

Va a depender del diagnostico

Objetivo del tratamiento es reducir la aspiración, promover la habilidad para comer, deglutir y hablar, además de optimizar el estatus nutricional.

Lineamientos a seguir:

- Modificar texturas de la dieta
- Modificar la posición corporal del paciente
- Ejercicios para fortalecer las zonas afectadas y evitar en medida la disfagia
- Farmacoterapia

Consejos

- Dedicar tiempo específico a la instrucción a familiares y cuidadores.
- Ambiente tranquilo
- No mezclar consistencias solidas con liquidas
- Idear comidas que se puedan tomar en trozos pequeños y tomar con los dedos

INFECCIONES

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%.

Epidemiologia

Infecciones más comunes: neumonías adquiridas en comunidad, 20 veces más que las infecciones urinarias

Microorganismos: bacterias piógenas, digestivas (diverticulitis), cardiovasculares (bactiremia y endocarditis), en piel y tejidos blandos

Clinica

Fiebre: ausente de las infecciones en el anciano

Inespecíficas: Caídas, delirium, anorexia o debilidad generalizada. Laboratorio: escasa utilidad, no es poco frecuente encontrar leucocitos normales y leucopenia, proteína C reactiva es un marcador de alta sensibilidad, pobre especificidad. Diagnostico: ecocardiograma transtorácico 45% Y RM

Inmunosenescencia: disfunción del sistema inmunitario relacionado con el aumento de la edad y lleva a un mayor riesgo de infección

Desnutrición: Principales factores de riesgo relacionado con deterioro de función inmunitaria, afecta a los ancianos en países subdesarrollados

Infección como causa de envejecimiento: relación causal entre los procesos infecciosos y el envejecimiento, es la destrucción directa del tejido por un microorganismo. Tratamiento: farmacocinética- Px con problemas renales y hepáticos complicando la administración de fármacos, distribución y cantidad de grasa aumentados, concentración sérica de albúmina disminuida.

Efectos adversos

Son mas comunes en la población de edad avanzada dado que los **antibióticos** son una de las principales causas de reacciones secundarias. Polifarmacia es común , pueden traer complicaciones: como arritmias.

Pronostico

La mayoría tiene mal pronostico a comparación con los jóvenes, esto no quiere decir que los antibióticos sean menos eficaces. Razones que contribuyen a la mortalidad: retraso en el diagnostico y en el inicio del tratamiento por presencia de sintomas atipicos.

Infecciones específicas: tuberculosis: En la actualidad es la infección mas frecuente en el mundo, en Mexico 20% ocurren en >65 años, La mayor parte de los casos se debe a la reactivación de una infección adquirida en la juventud por el deterioro de la respuesta inmunitaria celular y Otros: desnutrición, DM y terapia esteroidea. Su diagnostico es con sospecha clinica ya que los sintomas son inespecificos. Su tratamiento antifimico no difiere en esta población, siendo necesario iniciar con 4 medicamentos: isoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida.

INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDOS BLANDOS:

En el tercer decenio de vida se ve afectado el recambio celular de la epidermis en 30 y 50%, lo cual favorece el enlentecimiento del proceso de reparación de heridas.

ESCARAS DE DECUBITO:

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, debida a la presión sostenida en una superficie de contacto, Puede complicarse con una infección local, celulitis, osteomielitis y bacteriemia. Su tratamiento es con Pomadas tópicas (no presentan mejoría significativa) Antibióticos sistémicos (solo en caso de infección confirmada).

CELULITIS:

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

FACTORES

- interrupción de la barrera cutánea por traumatismo o úlceras
- complicación de heridas

HERPES ZOSTER:

Se transmite a través de: Secreciones respiratorias y 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 pues, se denomina herpes zoster, tratamiento: famciclovir, valaciclovir y aciclovir

INFECCIONES GASTROINTESTINALES: Asociadas a alimentos contaminados como las causadas por listeria, campylobacter y salmonela

ENDOCARDITIS INFECCIOSA: uso más frecuente de los antibióticos, emergencia de microorganismos resistentes, incremento en la implantación de dispositivos cardiovasculares.

Incremento por: estafilococo y enterococo. (- estreptococo), tratamiento: Necesario vigilar de forma estrecha las concentraciones séricas de los fármacos debido, el riesgo de toxicidad es mayor, No toleran estancias hospitalarias prolongadas.

FIEBRE DE ORIGEN OSCURO EN PACIENTES GERIÁTRICOS: Es un problema clínico importante en el adulto mayor. Factores geográficos y el nivel de desarrollo del país son factores que influyen en el espectro de enfermedades asociadas. Causas más frecuentes: enfermedades de tejido conectivo, infecciosas como tuberculosis, enfermedades extrapulmonares y neoplasias

Entidades infecciosas que representan un reto diagnóstico en el adulto mayor como causa de FOD: endocarditis, VIH y sepsis intraabdominal.

SEPSIS

La sepsis en el adulto mayor es una condición grave y potencialmente mortal que requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico oportuno y efectivo.

Debido a las características fisiológicas y comorbilidades asociadas con el envejecimiento, los adultos mayores son más susceptibles a desarrollar sepsis y experimentar resultados adversos.

La sepsis en el adulto mayor es una causa importante de morbilidad y mortalidad en esta población, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sepsis es una de las principales causas de muerte en pacientes mayores de 65 años.

La Sepsis, un síndrome de anormalidades fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por infección, es un problema relevante de salud pública.

Es la principal causa de mortalidad y enfermedad crítica mundial. Si sobreviven: discapacidad física, psicológica y cognitiva a largo plazo.

Epidemiología

- Incidencia >85 años morbilidad
- enfermos o alt inmunológicas
- Envejecimiento: transición epidemiológica, doble carga de enfermedad, enfermedades crónicas no transmisibles, antibióticos amplios espectro, tecnología invadida, nuevas etiologías.
- También las gram negativas, sistema respiratorio y genitourinario y neumonía.
- Factores de riesgos
- Principalmente la edad, pero también entran:
- Enfermedades concomitantes: desnutrición, falta de nutrientes, deficiencia endocrina efectos inflamatorios y protrombóticos
- Infecciones por la edad: coledocistitis, urolitiasis, obstrucción por tumores.
- Otras: Retención urinaria crónica, agrandamiento de la próstata, demencia, pérdida de la coordinación, lesiones, caídas, inmovilidad, ruptura de la piel, úlceras, catéteres, patógenos multirresistentes, inmunosenescencia con mala respuesta, vacunas.

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 asociada a hipoperfusión tisular

Síndrome de deficiencia orgánica múltiple: Presencia de la alteración en la funcionalidad orgánica en pacientes enfermos que la homeostasis no puede ser mantenida sin intervención.

Sospecha y Parámetros

Valores generales: Fiebre $>38.3^{\circ}\text{C}$, hipotermia, frecuencia cardiaca menor a 90lpm, taquipnea, edema significativo, hiperglicemia.

VARIABLES inflamatorias: leucocitosis, leucopenia, cuenta de glóbulos blancos normales con más de 10%, proteína C reactiva plasmática >2 , procalcitonina plasmática >2 .

Variable de disfunción orgánica: hipoxemia arterial, oliguria aguda, creatinina $>0.5\text{mg/dl}$, anomalías de coagulación, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia.

Disfunción de órgano (SOFA) ≥ 2 puntos: sepsis (10% mortalidad). Puntuación total 0-24 puntos

- 0-6 puntos: riesgo bajo, pronostico favorable.
- 7-12 puntos: moderado a grave, vigilancia intensiva.
- >13 puntos: alta mortalidad, valorar terapia avanzada.

Choque séptico- mortalidad de 40%

Clínica y diagnóstico

Hipotensión arterial persistente que requiere vasopresores para mantener TAM $>65\text{mmHg}$

Nivel sérico de lactato $>2\text{ mol/L}$ a pesar de la reanimación adecuada con volumen.

Atípico: fiebre, neumonía: confusión, caídas, disminución de estado funcional y mayor frecuencia respiratoria y requerimiento de oxígeno.

Marcadores biológicos: ácido láctico

Radiografías: discapacidades físicas dificultan.

Agentes más comunes: Gram (-) E. coli, proteus spp, klebsiella spp y pseudomonas.

Gram (+) staphylococcus, enterococcica

PCR: detección y reconocimiento de ADN patógeno en sangre

Diferencias pronosticas entre los pacientes mayores y menores

En un estudio de 406 pacientes con sepsis la edad fue un factor de riesgo de mortalidad hospitalaria en el análisis mono variado, pero en el análisis multivariado no se observó.

Con el aumento de los costos de atención de salud y recursos limitados, la edad debe ser utilizado como criterio de racionamiento.

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 fragilidad ósea y susceptibilidad de fracturas

Clasificación

Primaria: No hay ninguna enfermedad a la que se le atribuya la pérdida del hueso. Factores de riesgo: deficiencia de vitamina D, sedentarismo y la inmovilidad.

Secundaria: se conoce la etiología, consecuencia de otras enfermedades.

Epidemiología

Afecta a más de 200 millones de individuos en el mundo y causa casi 9 millones de fracturas por año. La fractura de cadera es la tercera con mayor frecuencia, después de la fractura de vértebras y de antebrazo.

Factores de riesgo

No modificables: Ser mujer, deficiencia de vitamina D, genética, IMC <19

Modificables: obesidad, tabaquismo, alcoholismos, inactividad

Fracture Risk Assessment Tool (FRAX): En términos clínicos este cálculo de riesgo absoluto ayuda tanto al médico como al paciente a generar una estrategia terapéutica multifactorial, como puntos de cohorte se ha establecido que: entre el 10 y el 20%, equivale a riesgo intermedio.

Fractura por fragilidad: Si una persona mayor sufre una fractura con un golpe mínimo (como una caída de su propia altura), se considera fractura por fragilidad. Esto por sí solo ya es diagnóstico de osteoporosis, aunque su T-score no sea tan bajo

Tratamiento:

El objetivo del tratamiento en osteoporosis es la reducción del riesgo de fracturas asociadas a fragilidad ósea.

Suplementaciones básicas: Vitamina D en dosis mayores de 800 UI al día en combinación con ingesta de calcio entre 700 a 1200 mg día

Antirresortivos

Bifosfonatos: se unen a sitios de resorción activa e impiden la unión de los osteoclastos y producción de protones para su activación. Alendronato: 10 mg cada 24 hrs o 70 mg semanal y risemdronato: 35 mg semanal, efecto similar al alendronato.

Ibandronato: 150mg VO una vez al mes o aplicación intravenosa de 3mg cada 3 meses

Denosumab: anticuerpos monoclonales que inhibe el RANKL, administrado vía subcutánea de 60 mg 2 veces al año

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LESIÓN RENAL AGUDA

El envejecimiento fisiológico de los riñones comienza desde la cuarta década de la vida y de forma gradual se va disminuyendo la capacidad de filtración glomerular, además de que se desarrollan cambios en la capacidad de respuesta al estado de volumen, concentración urinaria y respuesta a estímulos vasculares, así pues este, este envejecimiento fisiológico normal aumenta claramente el riesgo de desarrollar ERC

Definición

Es una condición sindrómica que es consecuencia del daño ocasionado por otras enfermedades o patologías, por lo que parte de la definición debe incluir de manera ideal la causa de fondo.

Causas más comunes: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y la uropatía obstructiva. Persistencia de durante 3 meses o más de uno de los siguientes criterios. TFGe $<60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$, albumina $>30\text{mg}$ en 24 horas y la presencia de alteraciones estructurales renales.

Epidemiología

El incremento en la esperanza de vida en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo se refleja en un envejecimiento. Estudios poblacionales muestran que hasta la mitad de la población mayor de 60 años cumple criterios para el diagnóstico de ERC por tasa de filtrado glomerular, asimismo, datos de estudios de análisis y proyección describe que en los últimos 20 años los grupos de edad con mayor incremento de incidencia y prevalencia avanzada con el grupo de 65 y 74 años y el de más de 75. De los pacientes 50% inicia diálisis cada año y cerca de los 40% prevalente a diálisis con mayores de 60 años.

Clínica

Suele ser una enfermedad silenciosa hasta etapas en forma significativa avanzada, la función se pierde de manera gradual es compensada por las nefronas remanentes que trabajan a marchas forzadas, los síntomas inician con TFGe

alrededor de 20mL/min/1.73m², incluye descontrol de la presión arterial, anemia leve y síntomas inespecíficos como astenia o adinamia.

Intervenciones y tratamiento

Destinadas a controlar las consecuencias de esta y a retrasar su progresión, en etapas avanzadas el tratamiento puede tomar el camino de la terapia sustitutiva o el manejo conservador integral y cuidados paliativos.

Consideraciones

La ERC en adultos mayores se asocia a un mayor riesgo de presentación de lamayoría de los síndromes geriátricos: fragilidad, deterioro funcional y cognitivo, caídas, depresión y polifarmacia; de manera que es importante considerarlos en la evaluación general de los pacientes con ERC, pues tienen implicaciones en el manejo y el pronóstico.

Manejo de la enfermedad

Las manifestaciones y consecuencias de la ERC exigen atención integral y un entrenamiento apropiado, la base del tratamiento de la ERC siempre debe enfocarse en la enfermedad causal con el objetivo de retrasar la progresión del daño renal. Así pues el buen control glucémico y el adecuado control de la presión arterial, resolución y vigilancia de episodios recurrentes de obstruccióna si como el control de la progresión de la ERC . también agregarle una buena dieta, actividad física y ejercicio, estado de volumen y consumo de sal. Trasplante renal se considera la mejor opción de terapia sustitutiva de la función renal y a nivel mundial.

Lesión renal aguda

Se caracteriza por descenso abrupto de la función renal en un periodo de días a semanas, se identifica por elevación de azoados y una disminución del volumen urinario. Las manifestaciones en adultos mayores pueden ser atípicos a diferencia de lo que se observa en adultos jóvenes, incluyendo episodios de delirium, caídas e incontinencia.

Clasificación

AKIN 1: incremento de creatinina séricas >0.3mg/dL o 1.5 a 1.9 veces de la basal.

AKI2: creatinina sérica que incrementa 2 a 2.9 veces la basal o gasto urinario <0.5mL/kg/hr

AKI3: incremento de la creatinina sérica basal de tres o mas veces

Clínica

Interrogatorio y valoración clínica son fundamentales para tratar de dilucidar la causa. Se debe evaluar signos vitales, el estado inicial de volemia y la presencia de datos clinicos de obstrucción urinaria

Diagnostico

Solicitar estudios de laboratorio generales para complementar el abordaje clínico, estas incluyen una biometría hemática, niveles de azoados en sangre, electrolitos séricos, examen general de orina y sedimentó urinario y electrolitos y creatinina urinario. USG para descartar datos de obstrucción y daño crónico previo.

Tratamiento

Se centra en el abordaje sindromático y etiológico, así como en el manejo de las consecuencias directas de LRA, en caso de hipovolemia se debe reponer el volumen con soluciones cristaloides y en ocasiones coloides, se recomienda evitar diuréticos hasta no estar seguros de que la reposición de volumen sean los apropiados.

El tratamiento depende de la causa de fondo, se debe atender urgentemente y en particular: hipercalemia, acidosis metabólica, sobrecarga de volumen, complicaciones de uremia.

NUTRICIÓN

Así pues, pareciera simplista pensar que la buena nutrición se basa en tener los recursos, disponibilidad y capacidad para ingerir alimentos debido a que va mucho más allá. Es un importante modulador de la salud y el bienestar en personas mayores; puesto que una nutrición inadecuada contribuye a la progresión de muchas enfermedades y también se considera como un factor importante que contribuye a la compleja etiología de la sarcopenia y la fragilidad.

El estado nutricional en el adulto mayor esta relacionado con el proceso de envejecimiento y a su vez, esta influenciado por el estado de nutrición mantenido a lo largo de toda la vida, puesto durante el envejecimiento se produce cambios corporales y aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias que coexisten con enfermedades agudas y crónicas.

El estado nutricional del adulto mayor se ve influenciado por el deterioro de sus capacidades funcionales, la polifarmacia y la situación socioeconómica en que se encuentre. Si la persona mayor tiene una funcionalidad limitada, tendrá dificultad para alimentarse por sí mismo y dependerá de otra persona para hacerlo, y si vive solo será aún más difícil que se alimente por lo que se encontrara en mayor riesgo de desnutrición.

La nutrición oral no solo proporciona nutrientes, sino que también tiene importantes funciones psicológicas y asociales, además de que permite la sensación del gusto, el sabor y es un importante mediador de placer y bienestar. En este sentido, el ayudar a la ingesta oral natural de alimentos es un aspecto muy importante durante la atención médica y nutricional. Ahora, los pre requisitos para una intervención de terapia nutricional son: indicación médica, para un tratamiento, que se tenga clara la definición de un objetivo o meta terapéutica que debe alcanzarse.

Epidemiología

La malnutrición se refiere a la carencia, los excesos y los desequilibrios en la ingesta calórica y de nutrientes de una persona, primero, la desnutrición que incluye la emaciación (peso insuficiente respecto a la talla) retrasa el crecimiento, la insuficiencia ponderal y la malnutrición relacionada a micronutrientes. La prevalencia de malnutrición en la persona mayor varía entre 23 y 60% mientras que en México la prevalencia de malnutrición fue de 32.1%

Método para evaluar el estado nutricional

El tamizaje nutricional es un proceso sistemático, reproducible, rápido, de bajo costo y sencillo en el que se incorporan instrumentos validados para la detección objetiva o subjetiva de riesgo nutricional en un individuo.

Procedimiento de la evaluación

Historia clínica: permite hacer énfasis en aquellos aspectos que se relacionan con algún grado de dependencia que condiciona la capacidad de las personas mayores para acceder a los alimentos, esto por aparatos y sistemas, en donde se observara si existe alguna anomalía.

Evaluación antropométrica

Serie de mediciones, mediante las cuales se evalúa la composición y severidad de los cambios morfológicos de una persona.

Peso: la pérdida de peso involuntaria es el primer signo ante un riesgo nutricional y su registro es de suma importancia para la valoración efectiva.

Talla: permite determinar el IMC, su registro debe ser constante debido a los cambios morfológicos durante el envejecimiento.

IMC: indicador importante utilizado para medir el estado nutricional

Circunferencia de pantorrilla: el corte es de 31 cm

Evaluación química:

Albumina: valores menores de 3.5g/dl se considera desnutrición, lo que es considerado un predictor de mortalidad.

Prealbúmina: media corta 2 días se encuentra una concentración en sangre <15mg/dl

Colesterol: por debajo de 160mg/dl se ha asociado con incremento en la morbilidad de las personas mayores

Transferrina: proteína principal de la sangre responsable de la unión y transporte de hierro, con una vida media de 8 a 10 días

DELIRIUM

Alteración aguda en la atención y cognición, la cual ocurre en periodo corto de tiempo, se asocia con frecuencia a una enfermedad aguda, cirugía u hospitalización. Se considera potencialmente mortal, sin embargo, es prevenible y, por lo tanto, se debe priorizar las intervenciones para reducir complicaciones y costos en salud.

Se considera una parte importante de la seguridad del paciente y un indicador en la calidad de la atención del adulto mayor.

De igual forma se define como un síndrome neuropsiquiátrico agudo que ocurre como resultado de una coordinación medica caracterizada por alteraciones en el estado de conciencia y la cognición, además puede incluir alucinaciones y trastornos del ciclo del sueño-vigilia, con un curso fluctuante que se desarrolla en pacientes vulnerables.

Epidemiología

Es uno de los síndromes geriátricos mas comunes, pues se presenta entre 33 al 66% de los adultos mayores. Se ha observado que los pacientes que ingresan al hospital de un 10 a 31% desarrollan delirium en las 24 horas posteriores a su admisión y es solo un signo de una condición medica subyacente.

La prevalencia se considera baja hasta 1-2% en comparación con el servicio de urgencias 8-17% y en las residencia o asilos hasta 40%.

La frecuencia de delirium depende del escenario clínico: en las salas quirúrgicas generales 2.1 a 60.5% , en la UCI 9.6 a 94.8%, en el posoperatorio 5.45 a 52.3% y en las salas de urgencia entre 10.7 y 62%.

El delirium no diagnosticado y sus tasas de identificación no han mejorado con el tiempo. Las tasas de delirium no reconocido oscilaron entre 55 a 70%

Delirium y covid-19

Afecta sobre todo al sistema nervioso central, con manifestaciones clinicas como cefalea, hipogeusia, ageusia, hiposmia o anosmia, enfermedad vascular cerebral y

neuropática. Los adultos mayores son más susceptibles a las infecciones y suelen presentar delirium, que causa de afectación directa del sistema nervioso central.

Fisiopatología

Desequilibrio neuropático: principal hipótesis se relaciona con el déficit colinérgico, la tomografía por emisión de positrones ha demostrado anomalías en la perfusión, localizadas en las vías colinérgicas en delirium.

Neuro inflamación

Las condiciones que inducen la respuesta inflamatoria periférica desencadenan delirium

Metabolismo energético cerebral: la falla en mantener una adecuada energía cerebral durante los estados de estrés fisiológicos agudo tiene una explicación: deficiencia de sustratos metabólicos, como glucosa y oxígeno, que puede provocar una falla cerebral.

Clínica

Inicio agudo, curso fluctuante, alteraciones cognitivas, alteraciones atencionales, modificaciones conductuales, alteraciones de la vigilancia, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, cambios en el contenido del pensamiento, labilidad emocional.

Clasificación

- Hipoactivo
- Hiperactivo
- Mixto

Diagnostico

1. Establecer el estado mental del paciente a su ingreso, en caso de tener confusión mental aguda, determinar el periodo de inicio del cambio de su estado mental
2. A todo paciente mayor hospitalizado con sospecha debe realizar el CAM
3. Identificar la causa del delirium, debido a que puede ser la manifestación única de muchas enfermedades.
4. Revisión de medicamentos para descartar una prescripción inapropiada

Tratamiento

Debe enfocarse a pacientes con riesgo y establecer medidas preventivas, sobre todo en quienes ya cursan con la enfermedad.

Identificar la causa subyacente y su corrección, los tratamientos farmacológicos de forma conjunta han sido estudiados.

Haloperidol siendo en dosis bajas es la de elección, los antipsicóticos prolongan el intervalo QT y riesgo de torsade de pointes.

DEPRESIÓN

Es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos, además de que implica una gran variedad de síntomas que se ubican en un continuo que va desde un sentimiento de tristeza, inutilidad o desánimo hasta la afectación del desempeño físico y social. La forma más frecuente de presentación se presenta por tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, así como la pérdida de interés en actividades básicas de la vida diaria están afectadas y pueden haber lentificación del curso del pensamiento y del lenguaje.

Epidemiología

En México los trastornos mentales son responsables de 25% de años de vida asociados con discapacidad en los hombres y de 23% en las mujeres. Sosa y acosta menciona que el 20% de los adultos de 60 años o más padecen algún problema de salud mental o neurológico y que estos representan 6.6% del total de la discapacidad

Clasificación

Según DSM-5

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado

Factores de riesgo

Genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, interactuando de forma dinámica, matizado todo esto por los rasgos de personalidad.

Cuadro clínico y diagnóstico

El diagnóstico de la depresión en las personas mayores puede ser un reto debido a su heterogeneidad clínica y a presentaciones atípicas, de manera que es importante destacar que hasta hoy no se cuenta con un marcador biológico para este diagnóstico. Por lo que la clínica sigue siendo el estándar de oro y amerita un riguroso entrenamiento. Muchas de las personas mayores no reportan estar tristes, suelen quejarse de síntomas físicos y atribuirlos a eventos estresantes de su vida o solo responden con no se a preguntas directas sobre síntomas depresivos.

Tratamiento

En la persona mayor no es el mismo para todos los pacientes, ya que requiere un abordaje altamente individualizado. una vez que se parte de que los antidepresivos son similares en forma general en cuanto a su eficacia, al momento de seleccionar algunos de ellos, es importante considerar los síntomas a tratar.

→ Comenzar con dosis pequeñas y progresar lentamente es importante

Después de la remisión la medicación antidepresiva a igual dosis deberá continuarse durante un mínimo de 12 meses, en los casos de primer episodio y hasta 36 en caso recurrente, de otra manera las posibilidades de recaída son altas. La psicoterapia es un recurso útil que debe formar parte del tratamiento integral de la depresión, tanto en la persona mayor como en cualquier otro grupo de edad.