



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

Resumen

Nombre del alumno: Nancy Carolina Gusman Santiz

Nombre de la asignatura: Geriatria

Semestre y grupo: Sexto Semestre Grupo B

Nombre del profesor: Dr. Julliscer de Jesus Aguilar Indili

Comitán de Domínguez, Chiapas. Junio 2020

INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL ADULTO MAYOR

Muchos de los cambios morfológicos y fisiológicos que se producen durante el envejecimiento son similares a las alteraciones patológicas de los enfermos con IC.

Es conocido que el propio proceso fisiológico de envejecimiento conlleva la aparición de alteraciones que favorecen la disfunción diastólica (como el aumento del colágeno y los depósitos de amiloide en el intersticio del miocardio o alteraciones en la recaptación del calcio intracelular) pero también existen otros que dificultan la función contráctil (como cierta desensibilización al estímulo beta-adrenérgico, reducción de receptores dopaminérgicos que estimulan la contractilidad o aumento de la apoptosis de las fibras musculares).

Estos cambios hacen que el umbral que presentan los ancianos para el desarrollo del síndrome de IC sea más bajo. Por ello, la incidencia de factores desencadenantes es alta en el anciano.

La Insuficiencia Cardíaca constituye uno de los principales problemas de salud pública en los países industrializados donde representa un verdadero reto para el sistema sanitario a todos los niveles.

Se trata de un síndrome clínico multietiológico que afecta especialmente a los pacientes en edades avanzadas de la vida.

Se estima una supervivencia media inferior a tres años tras la primera hospitalización por IC y más de un 50% de reingresos en los primeros 6 meses.

La edad es el principal factor de riesgo para IC, otros factores de riesgo son la hipertensión arterial/hipertrofia ventricular izquierda, cardiopatía isquémica/enfermedad vascular, diabetes, obesidad, insuficiencia renal, fibrilación auricular, valvulopatías, etilismo, etc.

La diabetes aumenta el riesgo de padecer IC entre dos y siete veces, lo que sugiere un aumento independiente de la enfermedad coronaria.

La valoración clínica del anciano con IC es compleja ya que las manifestaciones típicas de este síndrome pueden estar ausentes o no ser valorables en los pacientes de edad avanzada.

El diagnóstico clínico en el anciano presenta dificultades. Por un lado la anamnesis no siempre es posible ni sencilla en estos pacientes. Además, algunos síntomas pueden ser malinterpretados como "propios de la edad" (como la astenia, la fatigabilidad o la disnea de esfuerzo) o atribuidos a otras comorbilidades asociadas frecuentemente (como anemia o patología respiratoria o insuficiencia venosa).

La disnea de esfuerzo es el síntoma más frecuente de IC y suele ser el inicial. Conforme progresa la IC, disminuye el umbral de esfuerzo que causa disnea. Este síntoma puede no observarse en ancianos que limiten su actividad física por sedentarismo o impotencia funcional secundarios a otras enfermedades.

La astenia y debilidad se relacionan con disminución de la perfusión del músculo esquelético ante un bajo gasto cardíaco y son particularmente frecuentes en los ancianos. Los síntomas cerebrales son frecuentes en pacientes de edad avanzada e IC graves, sobre todo si hay un componente añadido arterioesclerótico cerebral, la hipoxemia arterial y la disminución de la perfusión del sistema nervioso central, pueden ocasionar síntomas como confusión, pérdida de memoria, cefalea, dificultad en la concentración, angustia, insomnio e, incluso, cuadros psicóticos con alucinaciones.

La clínica tiene una especificidad muy baja para el diagnóstico de IC, especialmente en el caso del anciano. Los síntomas y signos son comunes a otras patologías frecuentes en la edad avanzada y los síntomas cerebrales son frecuentes en el anciano. Aunque las manifestaciones clínicas son importantes a la hora de sospechar la presencia de IC, debido a su bajo valor predictivo positivo, la sospecha clínica se debe confirmar con pruebas complementarias objetivas.

TRANSTORNOS DE TIROIDES

En el adulto mayor con ingesta de medicamentos para enfermedades no tiroideas, se pueden afectar los niveles de hormonas tiroideas, como con glucocorticoides, amiodarona y propranolol entre otros, por lo que la valoración de la función tiroidea, debe ser pensando en ello y por otro lado en el adulto mayor sano la producción de T4 disminuye aproximadamente 25%, pero los niveles séricos permanecen inalterables, puesto que también disminuye la depuración de la hormona.

Prevalencia

Dependiendo de las poblaciones estudiadas, la prevalencia de hipotiroidismo en el adulto mayor varía entre 0.6 y 3%, siendo menor en el varón que en la mujer, ya que estas últimas son más propensas a problemas autoinmunes.

Características clínicas

Los estudios encaminados a detectar las diferencias en la presentación clínica de hipotiroidismo en jóvenes y ancianos demostraron que los signos clínicos están presentes en grados similares en ambos grupos.⁵ A diferencia de los jóvenes, los adultos mayores ganaban menos peso, tenían menos calambres musculares, intolerancia al frío y parestesias. Por lo tanto, la dificultad para hacer el diagnóstico radica en la naturaleza inespecífica de los síntomas, no tanto en la carencia de éstos. Muchos de los síntomas son entonces atribuidos a enfermedades concomitantes, uso de medicamentos, depresión e incluso el mismo proceso de envejecimiento.

Etiología

La tiroiditis de Hashimoto es la causa más frecuente de hipotiroidismo en el anciano. Existe una relación dependiente de la edad en la prevalencia de anticuerpos antitiroideos. 16% en mujeres ancianas y 9% en varones tienen anticuerpos antiperoxidasa tiroidea positivos. Hasta el 70% de los pacientes con niveles de TSH elevada tienen anticuerpos positivos, mientras que sólo una minoría de sujetos ancianos con anticuerpos positivos tiene elevaciones de la TSH. La tasa de conversión de estos pacientes a hipotiroidismo clínico es alta.

Tratamiento

En el anciano, la mejor opción de tratamiento es la levotiroxina sintética. Los demás preparados existentes con contenidos altos de T3 pueden exacerbar condiciones cardiacas

preexistentes. La meta del tratamiento debe ser la normalización de los niveles de TSH. Las dosis utilizadas son menores que en pacientes jóvenes por la depuración disminuida de la levotiroxina en el anciano. Lo más recomendable es iniciar con dosis de 25 microgramos diarios de levotiroxina e incrementar la

dosis cada 4 a 8 semanas, sobre todo en personas con condiciones cardiacas conocidas. En pacientes con angina, es recomendable operar a los pacientes de cirugías derivativas vasculares aun estando hipotiroideos, previo a la dosis completa para lograr eutiroidismo, y así disminuir el riesgo de infarto.⁷ El tratamiento del hipotiroidismo subclínico es tan controversial como en el paciente joven.

BIBLIOGRAFIA

Juan Villagordoa M, 2007, Envejecimiento y tiroides, Revista de Endocrinología y nutrición Vol. 15

Manuel Martinez S, 2012, Insuficiencia cardiaca perfil del paciente anciano, Servicio de cardiología.