



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

GERIATRIA

Resúmenes

Dr. Aguilar Indili Julliscer De Jesús

Alumna: Janeth Araceli Álvarez Gordillo

Grado: 6 semestre Grupo: "A"

## TRANSTORNOS DE TIROIDES.

### **-Cambios relacionados con el envejecimiento**

Aclaramiento renal de yodo, aclaramiento tiroideo de yodo, producción total de T4, degradación de T4, concentración de T4 en suero, concentración de TBG (globulina fijadora de tiroxina) en suero, concentración de T3, concentración de rT3 en suero, la respuesta de la TSH a la TRH, variación diurna de TSH.

La indicación del cribado Asociación Americana de Tiroides recomienda realizarlo cada cinco años a todas las personas mayores de 35 años.

### **Factores de riesgo**

Grupos de mayor riesgo: mujeres > de 50 años, personas de 65 años, antecedentes de disfunción tiroidea, bocio, cirugía o radioterapia cervical, diabetes mellitus, vitiligo, anemia perniciosa, leucotricia o antecedente familiar de enfermedad tiroidea autoinmune.

## Hipotiroidismo

Síndrome caracterizado por manifestaciones clínicas y bioquímicas de fallo tiroideo y de déficit de disponibilidad de hormona tiroidea en los tejidos diana.

La anormalidad está localizada en la glándula tiroides y encontraremos una TSH elevada con niveles bajos de T4 libre. En esta situación encontraremos la TSH y la T4 bajas.

-Epidemiología: La prevalencia del hipotiroidismo en población anciana oscila entre el 1,7 y el 13,7%. Es mayor en mujeres.

-Etiología: La causa más frecuente de hipotiroidismo primario adquirido es la tiroiditis crónica autoinmune (TCA) caracterizada por la pérdida de tejido tiroideo funcional. La segunda causa más frecuente de hipotiroidismo es el secundario a radiación o ablación quirúrgica del tiroides. Los fármacos son otra causa frecuente de hipotiroidismo, bien por interferencia en la producción de hormonas o por mecanismos autoinmunes.

-Clínica: En el anciano la clínica es insidiosa e inespecífica. Es típica la piel seca, intolerancia al frío, letargia, ganancia de peso, voz ruda, bradicardia, estreñimiento, pero pueden aparecer síntomas menos característicos como la pérdida de peso. Formas más severas de presentación pueden ser la hipotermia, insuficiencia cardíaca congestiva, derrame pericárdico o pleural, coagulopatía, depresión, psicosis, ataxia y coma.

-Diagnóstico: La determinación de hormonas tiroideas con una TSH elevada y una T4 baja nos dará el diagnóstico de hipotiroidismo primario. T3 normal (elevada en el período de recuperación de una enfermedad no tiroidea). La historia clínica suele ser suficiente para orientar el diagnóstico etiológico.

La presencia de anticuerpos antitiroideos, anti-TPO y antitiroglobulina, servirá para confirmar este diagnóstico.

-Tratamiento: El objetivo es devolver el estado eutiroideo al sujeto, siendo de elección la levotiroxina sódica por vía oral. El fármaco se absorbe hasta en un 80% tras su ingestión, y

es mejor tomarlo en ayunas. La dosis precisa en el anciano puede establecerse en torno a 0,5 microgramos/kg/día.

Tener especial cuidado en la dosificación de pacientes con enfermedad cardiovascular, ya que el tratamiento puede desencadenar ángor o una descompensación de la cardiopatía subyacente.

La rifampicina, carbamacepina, fenitoína y sertralina aceleran el aclaramiento y provocan un aumento de la TSH. Pero aumentar la dosis de levotiroxina sódica.

## **HIPERTIROIDISMO**

El hipertiroidismo es una enfermedad de poblaciones jóvenes, se calcula que el 2% de los adultos mayores la padecen, por otro lado el 10-15% de los pacientes hipertiroides son mayores de 60 años.

Se define como el aumento en la producción o secreción de las hormonas tiroideas. Se define como el conjunto de manifestaciones clínicas y bioquímicas en relación con un aumento de exposición y respuesta de los tejidos a niveles excesivos de hormonas tiroideas.

-Etiología: el bocio tóxico multinodular (BMNT), la enfermedad de Graves (o bocio tóxico difuso) y el adenoma tóxico. Otras causas pueden ser la administración excesiva de hormona tiroidea de causa iatrogénica y la tirotoxicosis facticia

- Clínica:

Síntomas: Angina de pecho, Anorexia, Debilidad muscular, Molestias gastrointestinales inespecíficas, pérdida de peso, diarrea, fatiga, apatía.

Signos: Temblor, miopatía, letargia, agitación, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca congestiva, taquicardia, malnutrición, confusión, demencia, depresión, ausencia de bocio, ausencia de manifestaciones oculares.

- Diagnóstico: Para el diagnóstico es necesario inicialmente la determinación de TSH y de T4 libre.

La TSH estará suprimida y la T4 elevada. En caso de T4 libre normal o baja se analizará la T3 libre para distinguir la tirotoxicosis por T3 (T3 elevada), del hipertiroidismo subclínico (T3 normal) y del hipotiroidismo central (T3 disminuida).

La determinación de anticuerpos antiTPO y antirroglobulina no es necesaria en la valoración inicial. La gammagrafía tiroidea también quedará reservada para aquellos casos con ausencia de hallazgos clínicos.

-Tratamiento: Las estrategias terapéuticas son tres: radioyodo, fármacos antitiroideos y cirugía. Tratamiento de elección en el anciano. Debe ser precedido del tratamiento con fármacos antitiroideos, especialmente en pacientes cardiopatas, con el fin de depleccionar los depósitos de hormonas tiroideas y evitar así una tormenta tirotóxica desencadenada por el radioyodo.

*Fármacos antitiroideos:* Los fármacos de uso habitual son el metimazol y el propiltiouracilo. Los betabloqueantes pueden asociarse a los antitiroideos para el control de síntomas.

## INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL ADULTO MAYOR

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).

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

-Definición: Estado fisiopatológico en el cual una anomalía de la función cardiaca impide que el corazón expulse el volumen de sangre necesario para los requerimientos metabólicos de los tejidos periféricos.

-Epidemiología: El 90% de los casos incidentes de IC son mayores de 65 años con una prevalencia que es edad dependiente (< 1% en menores de 65 años, 5-10% en el grupo entre los 65 y los 79 años, y 10-20% en individuos por encima de los 80 años).

Cerca de un 75% de los ingresos por IC y hasta un 85% de los fallecimientos por esta causa se dan en mayores de 65 años.

- IC diastólica, es la forma predominante entre la población anciana

- Factores de riesgo: La edad (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.

-Clínica: La disnea de esfuerzo es el síntoma más frecuente de IC y suele ser el inicial.

Las manifestaciones clínicas típicas de la IC pueden estar ausentes en el anciano; de esta manera, la disnea progresiva de esfuerzo, disnea paroxística nocturna y la ortopnea, que suelen indicar fallo ventricular izquierdo, o los edemas periféricos, dolor en hipocondrio derecho y ascitis, frecuentes en fallo ventricular derecho, pueden ser sustituidos por síntomas menos específicos, como la fatiga, debilidad muscular generalizada, la anorexia o el delirio.

-Diagnóstico: Según las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología para el diagnóstico y tratamiento de la ICC existe una serie de puntos clave en el manejo diagnóstico de pacientes con ICC:

- Diagnóstico según criterios clínicos.

- Evaluación de la intensidad de los síntomas.

- Establecer patologías subyacentes y coadyuvantes.

- Identificar factores descompensadores de las exacerbaciones.

- Criterios de Framingham para diagnóstico de IC

- Clasificación según la NYHA
- Clasificación de la ACC/AHA

-Pruebas complementarias:

1-Electrocardiograma (cambios isquémicos o necróticos, las alteraciones del ritmo, la hipertrofia de cavidades y los patrones de sobrecarga.)

2- Radiografía de tórax (Permite valorar el tamaño y forma del corazón, vasculatura pulmonar y otras estructuras torácicas.)

3- El péptido atril natriurético (BNP y pro-BNP) es particularmente útil en Atención Primaria y urgencias

4- Ecografía cardiaca (prueba complementaria más importante en la evaluación). Permite confirmar el diagnóstico y poner de manifiesto causas subyacentes. (Masa ventricular, la fracción de eyección, la existencia de alteraciones segmentarias y de la contractilidad, y presencia o ausencia de enfermedades valvulares y del pericardio.

-Tratamiento: El propósito de la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento en ICC. Se trata de reducir los síntomas, aumentar la tolerancia al esfuerzo, disminuir las hospitalizaciones y reingresos.

-Terapia no farmacológica: La *educación* de enfermos, familiares y cuidadores es pieza fundamental en el tratamiento de la ICC. Ejercicio físico, control de peso, alimentación, líquidos, apoyo psicológico.

\*Se debe proponer la restricción del consumo de sal y líquidos (en casos graves o con hiponatremia).

\*Es recomendable el abandono de hábitos tóxicos, como alcohol y tabaco.

-Terapia farmacológica: diuréticos, inotrópicos, vasodilatadores, antagonistas neurohormonal, otros (anticoagulantes, antiarrítmicos, etc)

## Trabajos citados

GERONTOLOGIA, S. E. (s.f.). *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Príncipe de Vergara.  
Insuficiencia cardiaca, patologías tiroideas.

Martínez-Sellés, D. M. (2012). INSUFICIENCIA CARDIACA PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO.  
*Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*, 15.

Montero, M. I. (2015). PATOLOGIA TIROIDEA EN EL ADULTO ANCIANO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXVI*, 6.