



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

Mayra Mercedes Lopez Morales

Geriatría

Semestre: 6°

Grupo: "B"

Dr. Julliscer de Jesús Aguilar Indili

Comitán de Domínguez, Chiapas

Junio del 2020.

“TRASTORNOS DE TIROIDES”

Los cambios endocrinológicos más importantes en el adulto mayor se relacionan con el páncreas y tiroides. Más del 50% de los adultos mayores de 80 años, tiene a lo menos intolerancia a la glucosa. Además de la disminución progresiva de secreción de insulina por las células beta del páncreas, el aumento de la resistencia periférica de la utilización de glucosa por inactividad física, aumento de grasa abdominal y disminución de masa magra, contribuyen al deterioro del metabolismo de la glucosa.

Dentro de las particularidades de las enfermedades tiroideas en los ancianos la interpretación de las pruebas tiroideas es algo controversial en los ancianos por la presencia de comorbilidad y polifarmacia que tiende a disminuir el T3 libre y aumentar T3R. Hay evidencia actual que niveles altos de TSH y bajos de T4 se asocia a longevidad en humanos.

El hipertiroidismo se presenta con síntomas vagos: pérdida de peso, apatía, taquicardia y disnea. Otras manifestaciones son constipación, anorexia, atrofia muscular y debilidad, con letargia, inactividad y síntomas depresivos. El diagnóstico se confirma con un TSH bajo y elevado T4 libre y elevación de T3. Nódulos tiroideos solitarios en hombres mayores de 60 años tienen alta probabilidad de ser malignos.

Prevalencia escasamente en el 0.2% de la población anciana, con riesgo mayor en mujeres que en varones, al igual que en el hipotiroidismo. El hipertiroidismo subclínico, sin embargo, puede estar presente hasta en el 2% de la población adulta mayor, con una progresión variable hacia hipertiroidismo clínico.

Dentro de las características clínicas las manifestaciones adrenérgicas son menores que en los pacientes jóvenes. Tienen menores índices de fatiga, debilidad, nerviosismo, sudoración, intolerancia al calor, hiperfagia, diarrea, temblor fino distal, taquicardia e hiperreflexia. Pero los síntomas como confusión mental, anorexia y fibrilación atrial son más comunes.

Las causas son similares a las del paciente joven, incluyendo la enfermedad de Graves, bocio multinodular tóxico, adenoma tóxico, tiroiditis subaguda o silente y iatrogénica por exceso de dosis de reemplazo en el hipotiroidismo. Los riesgos al incrementarse la demanda de oxigenación por el músculo cardíaco en el estado hipertiroideo, es más común el desarrollo de hipertrofia del miocardio o de angina en estos pacientes. Otro riesgo que hay que considerar a esta edad es el desarrollo de osteoporosis, sobre todo en mujeres.

El tipo de tratamiento depende de la causa de la enfermedad, de la severidad y de la condición del paciente, la decisión de tratamiento dependerá de la presencia de síntomas, riesgo o presencia de osteoporosis, y fibrilación auricular u otras condiciones cardíacas.

En cuanto el hipotiroidismo su prevalencia es casi del 5% y el hipotiroidismo subclínico casi el 15% en ancianos. Se requiere un alto índice de sospecha para

diagnosticarlo ya que la sintomatología de debilidad, fatiga, constipación, parestesia, sensación de frío, alteraciones de la marcha, se confunde y sugiere otras enfermedades. No es infrecuente el motivo de consulta esté relacionado a pérdida de memoria, falta de concentración, alteración del lenguaje y alteración de la función viso-espacial simulando demencia.

En las características clínicas muchos de los síntomas son atribuidos a enfermedades concomitantes, uso de medicamentos, depresión e incluso el mismo proceso de envejecimiento. En su 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. La tasa de conversión de estos pacientes a hipotiroidismo clínico es alta. El tratamiento del hipotiroidismo subclínico es tan controversial como en el paciente joven. El beneficio estriba en mejorar condiciones neurocognitivas, dislipidemia y efectos cardiovasculares en pacientes susceptibles.

“INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL ADULTO MAYOR”

El corazón es una bomba muscular que al generar presión desplaza un volumen líquido cuya función es la de abastecer de sangre oxigenada a los tejidos del organismo y recobrar la sangre insaturada y enviarla a oxigenarse a los pulmones para mantener la vida.

Contractilidad es la capacidad intrínseca de la miofibrilla para acortar su longitud independiente de la pre y pos carga. Las Características importante de la contractilidad es la capacidad del músculo cardíaco normal para variar la extensión de acortamiento para un grado dado de estiramiento inicial, un acortamiento más intenso en estas circunstancias tiene el efecto de movilizar el residuo sistólico del ventrículo. Por otra parte, el ventrículo insuficiente es incapaz de movilizar el gran residuo sistólico que se acumula a consecuencia de la lenta y progresiva dilatación de la cavidad ventricular.

A medida que se dilata la cavidad ventricular, aumenta el volumen residual sistólico y éste hace que se requiera de mayor presión de llenado ventricular; lo que a su vez induce mayor tensión en la pared y en ocasiones mayor dilatación. La instalación de la insuficiencia cardíaca (IC) induce una serie de mecanismos compensadores que, si bien tienen por objeto la capacidad de requerir a los mecanismos con persistencia para la supervivencia del organismo, también generan una serie de alteraciones si no son reconocidas y tratadas adecuadamente, llevan a la expresión final de la insuficiencia cardíaca.

En general los mecanismos compensadores se pueden englobar en tres grupos:

- Mantenimiento del gasto cardíaco.
- Incremento según requerimientos del volumen circulante.
- Regulación según demandas biológicas de las resistencias periféricas. Tales mecanismos compensadores se logran a través de:
 - Remodelamiento ventricular.
 - Activación del sistema neuroendocrino.
 - Retención de agua y sodio.
 - Vasoconstricción periférica.

Los avances en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, tanto a nivel celular como molecular, han obligado a continuas reestructuraciones. La mayor expectativa de vida que se ha alcanzado en la población en general, así como el aumento en la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, condicionantes mayores de insuficiencia cardíaca, han obligado a la continua puesta al día respecto a este gran problema de salud pública.

El tratamiento se basa en corregir las alteraciones hemodinámicas, pero con una visión más amplia, al lograr bloquear los sistemas neurohormonal y simpático.

La insuficiencia cardiaca se clasifica por su evolución: Aguda o crónica, Por su etiología: Daño miocárdico directo, daño valvular congénito y causa desconocida (miocardiopatías), por su fisiopatología: disfunción sistólica, disfunción diastólica y por su sintomatología: clase funcional y su severidad o condición clínica.

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. el corazón anciano es particularmente susceptible a infecciones, fibrilación auricular, anemia, alteraciones dietéticas e incumplimiento terapéutico. La Insuficiencia Cardiaca (IC) 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, la IC es el diagnóstico más frecuente al alta en pacientes mayores de 65 años, 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.

Es importante resaltar que la IC del anciano es frecuentemente multifactorial interviniendo varias etiologías. Esto es lógico, ya que la IC es el resultado final común de múltiples procesos patológicos que provocan disfunción cardiaca, constituyendo un síndrome que resulta de una serie de factores de riesgo o marcadores de predisposición para su aparición, sin una relación directa o dependiente con esta aparición, es decir, sin ser causas necesarias para que se desarrolle la IC.

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. Dentro de los métodos diagnósticos la radiografía de tórax permite estudiar la presencia de cardiomegalia y de redistribución venosa asociada a edema intersticial y/o alveolar, y permite descartar patología pulmonar, como diagnóstico diferencial o como causa precipitante de IC y el tratamiento del anciano con IC requiere un abordaje multifactorial dependiente de la situación funcional del paciente, su expectativa de supervivencia, su estado cognitivo y su apoyo social.