



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

GERIATRIA

Presenta

Anel Guadalupe Gordillo Abadía

Docente

DR. Julliscer Aguilar Indili

Comitán de Domínguez, Chiapas

Junio 2020

TRASTORNOS 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.

HIPOTIROIDISMO

El hipotiroidismo no es infrecuente en sujetos mayores de 60 años, particularmente mujeres; su prevalencia aumenta progresivamente con la edad. Afecta al 5-20% de las mujeres y al 3-8% de los hombres. En los hogares geriátricos, 1 de cada 4 residentes sufre hipotiroidismo no diagnosticado. A través de diferentes mecanismos, puede estar inducido por diversos medicamentos, entre ellos: amiodarona, andrógenos, aspirina Colestiramina, estrógenos, furosemida, glucocorticoides, levodopa, litio, neurolépticos, fenitoína, propranolol.

Los síntomas del hipotiroidismo son inespecíficos, especialmente en ancianos y pacientes debilitados: pérdida de memoria, pérdida de peso, constipación, letargo, aunque su ausencia no lo excluye, lo que obliga a tener un elevado índice de sospecha para iniciar las pruebas diagnósticas.

El diagnóstico se confirma por la TSH elevada y se complementa con el dopaje de tiroxina (T4) y, finalmente, con anticuerpos antitiroideos.

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 cardíacas preexistentes. La meta del tratamiento debe ser la normalización de los niveles de TSH. 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 cardíacas conocidas.

HIPERTIROIDISMO

Los ancianos pueden tener pocos síntomas, frecuentemente atípicos. A menudo, los pacientes no presentan síntomas hiperdinámicos típicos; en cambio, se encuentran sedados y apáticos. Predominan la pérdida de peso y los síntomas cardíacos. El bocio no es frecuente, lo que hace más difícil el diagnóstico que en los pacientes jóvenes.

La causa más común de hipertiroidismo en los jóvenes es la enfermedad de Graves, mientras que si bien en los ancianos ésta puede estar presente, es más común la enfermedad de Plumier y el bocio nodular tóxico (agrandamiento glandular con 1 o más nódulos hiperactivos).

El tratamiento de los ancianos con hipertiroidismo incluye los fármacos antitiroideos (el metimazol o el propiltiouracilo) y el yodo radioactivo. La cirugía raramente está indicada por el riesgo quirúrgico elevado en esta población con comorbilidades.

NÓDULO TIROIDEO Y BOCIO NODULAR

Los nódulos suelen ser comunes en la vejez (3 al 7%), pero la mayoría son benignos. Su prevalencia aumenta con el diagnóstico ecográfico o necrópsico (50%). En los ancianos predominan los cánceres bien diferenciados pero su evolución es menos predecible que en los jóvenes. El linfoma tiroideo y los cánceres indiferenciados se observan cada vez con mayor frecuencia en esta población.

Es frecuente el bocio multinodular de larga data; en estos pacientes no está indicado el tratamiento supresor con hormona tiroidea pues puede favorecer un hipertiroidismo exógeno. En ocasiones, los nódulos pueden estar calcificados y pueden comprimir las estructuras cercanas, provocando disnea, disfagia o disfonía.

En estos casos, la PAAF está indicada para determinar la naturaleza de las lesiones calcificadas. A pesar de que no se recomienda la ecografía tiroidea en forma sistemática como estudio de detección, está indicada en los pacientes con un nódulo tiroideo palpable. La PAAF está indicada para los nódulos ≥ 10 mm; para los < 10 mm se recomienda la PAAF bajo control ecográfico.

Los nódulos con citología benigna deben seguir en observación y los malignos o sospechosos ser sometidos a cirugía. En los casos con TSH muy baja o suprimida puede ser útil el centellograma radioisotópico. Los bocios grandes, sintomáticos, pueden ser tratados quirúrgicamente o con yodo radioactivo. No se recomienda la medición de calcitonina en forma sistemática.

INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL ADULTO MAYOR

La IC es el diagnóstico de alta más común en las unidades hospitalarias de agudos, tanto de geriatría como de medicina interna por encima de los 65 años. También es uno de los determinantes de mortalidad más habituales. Y, según algunos estudios, la principal causa de limitación funcional para este grupo etario.

Etiopatogenia

Existen diversas circunstancias que favorecen la aparición de IC en la persona de edad avanzada. En primer lugar, y sobre todo, los cambios que acontecen en el corazón durante el proceso de envejecimiento, en la medida en la que éstos reducen la capacidad de reserva funcional del propio corazón y facilitan su claudicación ante estímulos cada vez de menor intensidad.

Etiología y factores precipitantes

Las enfermedades cardíacas subyacentes sobre las que asienta la IC en la persona mayor con más frecuencia son la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial.

Otros factores precipitantes, como la presencia de una anemia brusca, el embolismo pulmonar, la isquemia coronaria aguda, la disfunción tiroidea, etc., son menos frecuentes.

Clínica y diagnóstico

Los síntomas más habituales de la IC pueden estar ausentes o presentarse con características atípicas. En pacientes que no hacen esfuerzos la aparición del síntoma más tradicional, la disnea, puede ser una manifestación tardía y difícil de detectar. En cambio, son más habituales las manifestaciones inespecíficas, como la astenia, la fatigabilidad o el insomnio. Como síntomas de inicio son bastante comunes las manifestaciones vinculadas al fallo anterógrado, sobre todo las referidas al riñón (oliguria) y al sistema nervioso central, con presencia de signos neurológicos de tipo focal o de estado confusional.

Con unos u otros criterios una valoración diagnóstica completa debe incluir los siguientes apartados:

1. Establecer el diagnóstico sindrómico de fallo cardíaco, su carácter de IC sistólica o diastólica, y su grado de gravedad clínica. La gradación de la clasificación de Nueva York (NYHA), aunque tiene un cierto componente de subjetividad, es la más usada en la práctica y suele ser la más útil en cuanto a la valoración de la gravedad funcional.

2. Buscar e identificar la lesión subyacente (diagnóstico etiológico), que, en el caso del anciano, como ya se ha mencionado, suelen ser en orden de frecuencia: la cardiopatía isquémica, la cardiopatía hipertensiva o las lesiones valvulares. A veces coinciden más de una de estas causas.

3. Buscar y valorar posibles enfermedades acompañantes, sean éstas sistémicas o locales, crónicas o agudas, activas e inactivas, así como evaluar la situación general del sujeto con especial énfasis en su estado nutricional, el funcionalismo renal y la historia farmacológica.

4. Identificar el factor que ha precipitado la entrada en fallo cardíaco. Insistiré en que los tres factores más frecuentes en el anciano son: las infecciones, sobre todo las del tracto respiratorio, el incumplimiento terapéutico, o la aparición de arritmias ex novo, sobre todo la entrada en fibrilación auricular.

5. Evaluación de la situación funcional general del sujeto en su triple perspectiva física, mental y social. Para ello, es deseable recurrir a los sistemas tradicionales en geriatría, conocidos bajo el nombre de «evaluación geriátrica exhaustiva».

Manejo terapéutico

Tanto en los pacientes ancianos como en los jóvenes, un manejo adecuado del problema debe partir de una evaluación diagnóstica correcta que tenga en cuenta los puntos que se acaban de exponer. Por ello, se deben analizar e identificar las posibles enfermedades concomitantes, así como la situación funcional general del sujeto. A partir de ahí el planteamiento terapéutico deberá contemplar los aspectos ya apuntados:

- a) la etiología del proceso para corregirla si fuera posible.
- b) la presencia de factores precipitantes que habrá que atajar de inmediato
- c) el tratamiento sindrómico, no farmacológico y farmacológico.

BIBLIOGRAFIA:

Envejecimiento y tiroides Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 15, No. 4
Octubre-Diciembre 2007 pp 222-226

Hipotiroidismo en el anciano M. Hornillos Calvoa y J.G. Yela Gonzalo

ELSEVIER MEDICINA INTEGRAL Insuficiencia cardíaca en el paciente mayor:
aspectos clínicos Vol. 40. Núm. 10. páginas 434-445 (Diciembre 2002)

La edad y el envejecimiento del corazón Dr. José Manuel Ribera Casado