



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

  

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**Ana Laura Villatoro Ortiz**

**Geriatría**

**Semestre: 6°**

**Grupo: "B"**

**Dr. Julliscer de Jesús Aguilar Indili**

**Comitán de Domínguez, Chiapas**

**a 21 de Junio 2020.**

## **“TIROIDES EN EL ADULTO MAYOR”**

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. Con la T3 pasa algo similar, pero en un 30% y sus niveles séricos pueden permanecer un poco bajos aunque dentro del rango normal.

### **HIPOTIROIDISMO**

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. 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.

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.

### **HIPERTIROIDISMO**

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. A este fenómeno se le ha llamado “hipertiroidismo apático”.

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. A diferencia de la población joven, la enfermedad de Graves es menos común pero el bocio multinodular tóxico es más frecuente. También es más común que se desarrolle hipertiroidismo en el anciano, posterior al uso de amiodarona o medios de contrastes yodados. El tipo de tratamiento depende de la causa

de la enfermedad, de la severidad y de la condición del paciente. La enfermedad de Graves es mejor tratarla con yodo radiactivo que con drogas antitiroideas. También el bocio multinodular tóxico debe ser tratado con yodo radiactivo, pero a dosis mayores que en la enfermedad de Graves. La necesidad de cirugía en estos casos dependerá de la preferencia del paciente o de la presencia de nódulos que ameriten una tiroidectomía.

## NÓDULOS TIROIDEOS

A pesar de ser más frecuente en mujeres, la probabilidad de cáncer es mayor en varones. La radiación en la infancia es poco probable que sea la causa de cáncer tiroideo en esta edad, dado que el período de latencia no excede los 50 años. La historia familiar de cáncer tiroideo sugiere un cáncer medular en el contexto de una neoplasia endocrina múltiple (NEM) tipo 2, o cáncer papilar familiar. La mayoría de los nódulos son asintomáticos. Un rápido crecimiento puede darse en caso de hemorragia interna o formación de quistes. Si el crecimiento persiste por varias semanas, es sospechoso de malignidad. La presencia de disfonía puede alertar sobre parálisis del nervio laríngeo-recurrente por cáncer o por bocios grandes. A la exploración física, un nódulo fijo y duro tiene más probabilidades de ser carcinoma. Si coexiste linfadenopatía, el riesgo de malignidad aumenta. La presencia de múltiples nódulos es difícil de realizarse sólo con la palpación, ya que hasta el 50% de los nódulos solitarios a la exploración física resultan ser el nódulo predominante en un bocio multinodular.

Una TSH suprimida sugiere presencia de función autónoma ya sea de un adenoma tóxico o un bocio multinodular tóxico. Los niveles elevados de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina indican tiroiditis linfocítica. Los niveles de tiroglobulina no son útiles para diferenciar cáncer, dado que cualquier bocio puede elevarlos. El ultrasonido es el mejor estudio no invasivo para diferenciar nódulos sólidos o quísticos. También es útil para diferenciar masas en cuello no tiroideas y localizar nódulos profundos de difícil palpación. Puede usarse además como guía en una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF). Los nódulos quísticos constituyen del 15 al 25% del total de los nódulos tiroideos, y una fracción significativa puede desarrollar carcinomas papilares.

## **“INSUFICIENCIA CARDIACA”**

Se trata de un proceso en alza, cada vez más frecuente y cuya incidencia y prevalencia aumentan con la edad; en paralelo, por un lado con los cambios demográficos y el consecuente incremento en la esperanza de vida, y por otro con la aparición de nuevos fármacos en los últimos años que, al conseguir una mejor respuesta terapéutica, han permitido prolongar la vida de muchos de estos pacientes. El estudio Framingham puso de manifiesto que a partir de los 45 años, tanto la incidencia como la prevalencia de esta entidad se duplica cada década.

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.

Son cambios que implican a las estructuras más visibles del tejido cardíaco (miocardio, válvulas, vasos coronarios, etc.), pero también a su biología molecular, al comportamiento de su carga genética, a sus sistemas de regulación neuroendocrinos o a la propia circulación periférica.

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. El orden de frecuencia entre ambas varía de unas series a otras y, con bastante frecuencia, coinciden las dos entidades en un mismo paciente.

Otros factores precipitantes, como la presencia de una anemia brusca, el embolismo pulmonar, la isquemia coronaria aguda, la disfunción tiroidea, etc., son menos frecuentes. En los últimos años se está describiendo como factor precipitante cada vez más frecuente en el paciente mayor la utilización de fármacos antiinflamatorios no esteroides. Ello se debe, probablemente, tanto a su efecto negativo sobre el manejo renal del agua y del sodio, como al eventual antagonismo de esta familia farmacológica con los IECA.

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. Algún estudio ha puesto de manifiesto que la IC puede ser el factor precipitante de «delirio» más habitual en este grupo de edad. En la auscultación cardíaca, aunque discutible, hay autores que no consideran patológica la presencia de un cuarto tono en el anciano. Sin embargo, la audición de un tercer tono debe ser considerada siempre patológica. También son más habituales -y de más compleja interpretación- los soplos sistólicos, tanto eyectivos como de regurgitación. Auscultar estertores húmedos en las bases pulmonares del anciano no indica necesariamente un fallo izquierdo, ya que con frecuencia pueden ser de origen respiratorio o estar vinculados a cuadros de inmovilidad.

La valoración de la presión venosa puede verse dificultada por un latido carotídeo prominente. El pulso arterial suele ser de amplitud aumentada en el anciano, debido al endurecimiento de su pared arterial, lo que puede camuflar la presencia de un pulso anácroto en la estenosis aórtica. Por último, la lectura semiológica de una hepatomegalia o del edema periférico debe hacerse también tomando en consideración el factor edad.

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, y c) el tratamiento sindrómico, no farmacológico y farmacológico.