



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Presentan

José Lenin Quiñones López

6to semestre, grupo "B"

Docente:

DR. Julliser de Jesus Aguilar Indili

Materia:

GERIATRIA

Comitán de Domínguez, Chiapas, 23/06/ 2020

INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL ADULTO MAYOR

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es el motivo más frecuente de hospitalización y reingreso y representa la tercera causa de muerte cardiovascular en el anciano, suponiendo entre el 1,8 y el 3,1% del coste sanitario global. La ICC es fundamentalmente una enfermedad de Ancianos. La IC se acompaña de deterioro físico, funcional, mental (en su doble componente cognitivo y afectivo) y social, con un empeoramiento significativo de la calidad de vida y tasas de mortalidad anual que superan el 50% en pacientes clasificados como clases III y IV de la New York Heart Association (casi 19.000 pacientes mueren en España cada año a causa de ICC).

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.

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, edemas periféricos, dolor en hipocondrio derecho y ascitis, la fatiga, debilidad muscular generalizada, la anorexia o el delirio.

Existen criterios diagnósticos que permiten diagnosticar IC en presencia de síntomas y signos subjetivos unidos a evidencia objetiva de disfunción cardiaca (ecocardiografía, resonancia magnética cardiaca o ventriculografía) y, cuando exista duda, respuesta a tratamiento. Algunos criterios suelen ser:

Criterios diagnósticos de IC (Sociedad Europea de Cardiología):

- Síntomas de IC (en reposo o con ejercicio): disnea, edema, fatiga.
- Evidencia de disfunción cardiaca (preferiblemente por ecocardiografía), sistólica o diastólica (en reposo), y en casos dudosos.
- Mejoría con tratamiento para IC.

Criterios de Framingham para diagnóstico de IC:

--Criterios mayores

Disnea paroxística nocturna.

Ortopnea.

Ingurgitación yugular.

Crepitantes.

Tercer tono.

Cardiomegalia radiológica.

Edema pulmonar radiológico.

--criterios menores

Edema en piernas.

Tos nocturna.

Disnea de esfuerzo.

Hepatomegalia.

Derrame pleural.

Frecuencia cardiaca >120.

Pérdida de más de 4,5 kg tras 5 días de tratamiento.

El 70% de los casos de IC en el anciano se deben a hipertensión arterial y enfermedad isquémica coronaria, pero, a diferencia que en el paciente joven, la causalidad tiende a ser multifactorial. Otras patologías subyacentes coadyuvantes o aisladas incluyen las valvulopatías, miocardiopatías, trastornos del ritmo, alcohol, fármacos (AINEs, antiarrítmicos, betabloqueantes, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos), insuficiencia renal, anemia, disfunción tiroidea, enfermedades del pericardio e hipertensión pulmonar.

El incumplimiento terapéutico (fármacos o dieta) es responsable de hasta dos tercios de las reagudizaciones de IC crónica en pacientes ancianos. En enfermos hospitalizados la sobrecarga de fluidos es una causa importante. La pérdida de reserva cardiovascular es frecuente en enfermos ancianos, y, como resultado, cualquier patología aguda, o incluso el empeoramiento de enfermedades crónicas, puede desencadenar o agravar un cuadro de insuficiencia cardiaca.

El propósito de la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento en ICC es la mejora de la calidad y expectativa de vida. Se trata de reducir los síntomas, aumentar la tolerancia al esfuerzo, disminuir las hospitalizaciones y reingresos, mejorar la experiencia de enfermos y cuidadores al final de la vida y aumentar la supervivencia media, reduciendo al mínimo los efectos secundarios y complicaciones propios de las medidas terapéuticas propuestas.

Tratamiento no farmacológico: Medidas y recomendaciones generales. Inmunización. Apoyo psicológico. Rehabilitación. Tratamiento farmacológico: IECAs y ARA II. Diuréticos. Betabloqueantes. Antagonistas de los receptores de aldosterona. Digitálicos. Otros antiarrítmicos. Otros vasodilatadores (nitratos e hidralazina).

Bibliografía :

Abellán Van Kan, Gabor; Abizanda Soler, Pedro; Alastuey Giménez, Carmen; Tratado de geriatría para residente

TRASTORNOS DE TIROIDES

Las alteraciones tiroideas que afectan con regularidad a las personas ancianas pueden presentarse de forma muy distinta en comparación con los jóvenes; las más de las veces no se observan los signos típicos y prevalecen más las anomalías agrupadas bajo el concepto de presentación atípica, que en los individuos envejecidos es más bien típica. Tales son los casos de la tirotoxicosis apática, el hipotiroidismo subclínico y los tumores de tiroides de diseminación activa; este tipo de presentación es propio de esta edad, lo que representa un reto para el clínico, que debe estar siempre alerta ante problemas indoloros o manifestaciones que parecen no adecuarse a los dictados clínicos.

HIPOTIROIDISMO: 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, puede estar inducido por diversos medicamentos, entre ellos: amiodarona, andrógenos, aspirina, etc. A diferencia de los jóvenes, los adultos mayores ganaban menos peso, tenían menos calambres musculares, intolerancia al frío y parestesias. También presentaban 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. En el anciano, la mejor opción de tratamiento es la levotiroxina sintética. La dosis inicial es 25-50 mcg/día, aumentando la dosis cada 4 a 6 semanas.

HIPERTIROIDISMO: Ocurre escasamente en el 0.2% de la población anciana, con riesgo mayor en mujeres que en varones. 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. 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, el tratamiento de los ancianos con hipertiroidismo incluye los fármacos antitiroideos (el metimazol o el propiltiouracilo). La cirugía raramente está indicada por el riesgo quirúrgico elevado en esta población con comorbilidades.

NÓDULOS TIROIDEOS: 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%). Algunos estudios muestran que el 90% de las mujeres mayores de 60 años y el 60% de los varones mayores de 80 años tienen tiroides nodular. 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.

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. Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es el método más útil en la evaluación de un nódulo tiroideo, así como el más efectivo. El uso de la BAAF ha disminuido la necesidad de cirugías de cuello. En estudios grandes de pacientes sometidos a BAAF se han detectado casi 70% de neoplasias benignas, nódulos malignos en el 3.5% y sospechosos en el 10%.

Tratamiento dependiendo de la funcionalidad de los nódulos y de su aspecto citológico, dependerá el tratamiento. Los nódulos hiperfuncionantes deben tratarse con yodo radiactivo o cirugía. La gran mayoría de los nódulos tiroideos son benignos y pueden ser tratados médicamente. En el caso de nódulos que no presentan regresión tras varios meses de seguimiento, puede ofrecerse la alternativa de terapia supresiva con levotiroxina, a menos que exista una condición cardíaca que lo contraindique.

CÁNCER TIROIDEO: Las cinco variedades conocidas de cáncer tiroideo son: folicular, papilar, medular, anaplásico y linfoma tiroideo. El carcinoma papilar es el más frecuente, con cerca del 80% del total de casos de cáncer tiroideo. Aun cuando su pronóstico en general es benigno, suele ser más agresivo en el adulto mayor. La cirugía total o casi total es el tratamiento de elección, seguida de la dosis ablativa de yodo radiactivo para disminuir el riesgo de recurrencias, lo cual además ayuda a reducir la mortalidad y aumentar la tasa de sobrevivencia.

El carcinoma medular produce el 4% del total de los carcinomas tiroideos. Dado que dependen de las células parafoliculares que producen calcitonina, los niveles de esta última son de gran utilidad para establecer el diagnóstico. Cerca del 30% de los casos está asociado a una NEM tipo 2A o 2B.

El carcinoma anaplásico es el más agresivo de los tumores tiroideos y produce hasta el 2% de los casos. El pico de ocurrencia es en la 7a década de la vida. Casi todos los pacientes son mayores de 60 años. Se presenta como una masa de rápido crecimiento en el cuello. Además de la cirugía radical de cuello, debe incluirse radioterapia y quimioterapia, aunque rara vez los pacientes sobreviven al año del diagnóstico.

El linfoma de tiroides es extremadamente raro, y ocupa menos del 1% de los casos de cáncer de tiroides, y así siempre se acompaña de tiroiditis linfocítica crónica. La mayoría de los casos ocurre en mayores de 60 años y casi más de la mitad son mujeres. Este tumor casi siempre crece a partir de linfocitos B. Generalmente se presenta como una masa de rápido crecimiento en el contexto de un paciente previamente diagnosticado con bocio por tiroiditis de Hashimoto.

Bibliografía:

Abellán Van Kan, Gabor; Abizanda Soler, Pedro; Alastuey Giménez, Carmen; Tratado de geriatría para residente

Juan Villagordoa Mesa; Envejecimiento y tiroides; Vol. 15, No. 4 Octubre-Diciembre 2007

Juan Humberto Medina Chávez; Enfermedad tiroidea en el anciano;

