



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“Resúmenes”

Presenta: Celeste Azucena Gordillo Fonseca.

Nombre de la asignatura: Geriatria

Semestre y grupo: 6to B

Nombre del profesor: Julliscer de Jesús Aguilar Indilí.

Comitán de Domínguez, Chiapas a 26 de Junio del 2020.

Insuficiencia cardíaca

Insuficiencia cardíaca derecha e izquierda.- Muchas de las manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca son el resultado de la acumulación excesiva de líquido por detrás de uno o ambos ventrículos. Por el contrario, cuando la alteración inicial afecta principalmente al ventrículo derecho (estenosis valvular pulmonar o hipertensión pulmonar secundaria a tromboembolia pulmonar), los síntomas secundarios a la congestión pulmonar, como la ortopnea y la disnea paroxística nocturna, son menos frecuentes y en cambio son más llamativos el edema, la hepatomegalia congestiva y la distensión venosa sistémica, manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca derecha.

Insuficiencia sistólica y diastólica.- La distinción entre estas dos formas de insuficiencia cardíaca se refiere a si la principal anomalía es la incapacidad para contraerse normalmente y expulsar una cantidad suficiente de sangre (insuficiencia sistólica) o para relajarse y llenarse normalmente (insuficiencia diastólica). Las principales manifestaciones clínicas de la insuficiencia sistólica están relacionadas con un gasto cardíaco inadecuado y comprende debilidad, fatiga, disminución de la tolerancia al esfuerzo u otros síntomas de hipoperfusión, en tanto que las de la insuficiencia diastólica están relacionadas sobre todo con la elevación de las presiones de llenado.

En las fases iniciales de la insuficiencia, la disnea sólo se observa durante la actividad, y puede ser sólo una acentuación de la falta de aire que ocurre normalmente en esas circunstancias.

Manifestaciones clínicas

Disnea.- El síntoma más frecuente de la insuficiencia cardíaca es la dificultad respiratoria producida por el mayor esfuerzo para respirar. En las fases iniciales de la insuficiencia, la disnea sólo se observa durante la actividad, y puede ser sólo una acentuación de la falta de aire que ocurre normalmente en esas circunstancias.

Ortopnea.- La disnea en posición de decúbito es con frecuencia una manifestación más tardía que la disnea de esfuerzo. Se debe en parte a la redistribución del líquido desde el abdomen y las extremidades inferiores al tórax, lo que aumenta la presión hidrostática capilar y también eleva el diafragma.

Disnea paroxística nocturna.- Se refiere a las crisis graves de disnea y tos que suelen aparecer por la noche, despiertan al paciente, y resultan bastante atemorizadoras. Si bien la simple ortopnea se alivia al sentarse erguido al borde de la cama, con las piernas colgando, en el paciente con disnea paroxística nocturna la tos y las sibilancias suelen persistir incluso en esta posición.

Respiración de Cheyne-Stokes.- También denominada respiración periódica o cíclica, se caracteriza por una disminución de la sensibilidad del centro respiratorio a la PCO₂ arterial. Existe una fase apnéica durante la cual disminuye la PO₂ arterial y aumenta la PCO₂ arterial.

Fatiga, debilidad y síntomas abdominales.- Estos síntomas inespecíficos, pero frecuentes, están relacionados con la disminución de la perfusión del músculo esquelético. La capacidad de esfuerzo disminuye por la limitación del corazón insuficiente para incrementar su gasto y administrar oxígeno al músculo que realiza el ejercicio.

Estertores pulmonares.- Debido a la elevación de las presiones pulmonares capilar y venosa son frecuentes los estertores inspiratorios crepitantes y húmedos, y la matidez a la percusión de las bases pulmonares.

Edema cardiaco.- Suele localizarse en las zonas declives, apareciendo simétricamente en las piernas, sobre todo en la región pretibial y tobillos en pacientes ambulatorios, en los que es más llamativo por la tarde, y en la región sacra en los individuos encamados.

Hidrotórax y ascitis.- El derrame pleural es consecuencia de la elevación de la presión capilar pleural y de la trasudación de líquido a las cavidades pleurales.

Criterios de Framingham para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva* **CRITERIOS MAYORES** Diseña paroxística nocturna Distensión venosa yugular Crepitantes Cardiomegalia Edema Agudo de pulmón Ritmo de galope por tercer tono Aumento de la presión venosa (> 16 cm H₂O) Reflujo hepatoyugular positivo **CRITERIOS MENORES** Edema en miembros Tos nocturna Disnea de esfuerzo Hepatomegalia Derrame pleural Taquicardia

* Se necesitan como mínimo un criterio mayor y dos menores.

Tratamiento

El tratamiento de la insuficiencia cardiaca puede dividirse lógicamente en tres partes:

Eliminación de la causa desencadenante,

Corrección de la causa subyacente y, Control de la situación de insuficiencia cardiaca congestiva: Reducción de la sobrecarga de trabajo cardiaco, que comprende la precarga y la poscarga;

Control de la retención excesiva de líquidos.- Muchas de las manifestaciones de la insuficiencia cardiaca se deben a hipervolemia y expansión del volumen del líquido intersticial, por lo que se deben enfocar primero a la reducción de los depósitos totales de sodio, mediante restricción dietética y aumento de la excreción urinaria de este ión por la acción de un diurético. Mejora el vaciamiento ventricular, es decir, incrementa el gasto cardiaco, aumenta la fracción de eyección, promueve la diuresis y reduce la presión y el volumen diastólicos elevados y el volumen telesistólico del ventrículo insuficiente, con la consiguiente reducción de los síntomas de congestión pulmonar y la elevación de la presión venosa sistémica.

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

Prevalencia

Dependiendo de las poblaciones estudiadas, 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. 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. 6 La tasa de conversión de estos pacientes a hipotiroidismo clínico es alta.

Además de la tiroiditis de Hashimoto, existen otras causas como la radiación al cuello, la terapia de yodo radiactivo por enfermedad de Graves, y las tiroiditis silentes.

HIPERTIROIDISMO

Causas

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.

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, al igual que fibrilación auricular.

En el estudio Framingham, el 28% de los sujetos con hipertiroidismo subclínico desarrollaron fibrilación auricular en un período de 10 años, comparado con el 11% de los controles eutiroideos.

Características clínicas

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".

Tratamiento

El tipo de tratamiento depende de la causa de la enfermedad, de la severidad y de la condición del paciente.

NÓDULOS TIROIDEOS

Prevalencia

La presencia de enfermedad nodular de la glándula tiroidea aumenta con la edad, tanto en los nódulos solitarios como en los múltiples.

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.

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 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 supervivencia.

CANCER TIROIDEO

El carcinoma folicular es la causa de casi 10% de los carcinomas tiroideos y es más frecuente en el adulto mayor.

El linfoma de tiroides es extremadamente raro, y ocupa menos del 1% de los casos de cáncer de tiroides, y casi 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.