



UNIVERSIDAD DEL SURESTE.
CAMPUS COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.
MEDICINA HUMANA.



- RESUMEN: GERIATRÍA.

NOMBRE DEL ALUMNO:

VIRGINIA GUADALUPE CABRERA MALDONADO.

DOCENTE:

DR. CARLOS MANUEL HERNÁNDEZ SANTOS.

PARCIAL: 4° PARCIAL.

SEMESTRE: 6° **GRUPO:** D

NOMBRE DE LA MATERIA:

GERIATRÍA.

JUEVES 03 DE JULIO DEL 2025.

EPOC

Definición:

El EPOC es una enfermedad pulmonar crónica y progresiva, asociada principalmente al tabaquismo y la exposición a contaminantes.

Clasificación:

- EPOC-A (tabaco).
- EPOC-G (genética).
- EPOC-D (< peso al nacer).
- EPOC-I.
- EPOC-U.

Epidemiología:

- La EPOC es la 3° causa de muerte a nivel global.
- La contaminación del aire representa casi el 50% del riesgo de desarrollar EPOC.

Factores de Riesgo:

- Tabaquismo.
- Exposición a contaminantes.
- Antecedentes familiares.

Manifestaciones Clínica:

- Disnea.
- Tos.
- Producción de esputo / exacerbaciones.

Diagnóstico:

- El diagnóstico se realiza mediante espirometría, donde un coeficiente FEV/FVC menor a 0.7 indica obstrucción.
- Clínico: disnea, tos crónica y antecedentes de exposición.
- Se recomienda realizar un test de EPOC en personas con síntomas respiratorios.

Clasificación GOLD y Evaluación de Síntomas:

La clasificación GOLD se utiliza para evaluar la magnitud de la obstrucción en pacientes con EPOC.

Se clasifica en grupos A, B, C y D según la severidad de los síntomas y el riesgo de exacerbaciones.

Tratamiento y Manejo:

- Medidas no farmacológicas son esenciales para el manejo de EPOC.
- Fármacos incluyen broncodilatadores y antiinflamatorios.
- Metilxantinas y mucolíticos.
- Dejar de fumar es la intervención más efectiva.
- Rehabilitación respiratoria / oxigenoterapia.

INFECCIONES EN EL ADULTO MAYOR

Definición:

El envejecimiento conlleva un mayor riesgo de infecciones debido a la inmunosenescencia y la desnutrición. La inmunosenescencia se caracteriza por una disminución en el número de células T y un estado de inflamación crónica. La desnutrición afecta la función inmunitaria y puede presentarse como deficiencia calórica, proteica o de micronutrientes, así como las alteraciones en el aparato respiratorio, urinario y digestivo aumentan la susceptibilidad a infecciones.

Epidemiología:

- Las infecciones más comunes incluyen neumonías, infecciones urinarias y dérmicas.
- La frecuencia de neumonías es tres veces mayor y las infecciones urinarias veinte veces más en adultos mayores.
- El envejecimiento es un fenómeno mundial, impacta en la sociedad
- La patología infecciosa en adulto mayor es una causa frecuente de manejo ambulatorio y atención nosocomial.
- Aumento global de infecciones del corazón, relacionadas con prótesis, infecciones posquirúrgicas, un 80%.

Manifestaciones Clínicas:

Es inespecífica: hay fiebre, diaforesis, pérdida de peso, esputo, hemoptisis.

Tipos de Infecciones:

✓ Infecciones Cutáneas y Úlceras por Presión

Las úlceras por presión son comunes en adultos incapacitados y pueden llevar a infecciones graves. La piel pierde elasticidad y turgencia, lo que aumenta el riesgo de infecciones, las escaras son resultado de la necrosis de la piel por isquemia debido a presión sostenida, los factores de riesgo incluyen hospitalización, obesidad y manipulación quirúrgica.

El tratamiento implica mantener la piel limpia y seca, y el uso de antibióticos en caso de infecciones. Por ejemplo la celulitis y la osteomielitis son complicaciones posibles de las infecciones cutáneas.

✓ **Infecciones Gastrointestinales en Adultos Mayores**

Los adultos mayores son más susceptibles a infecciones gastrointestinales, especialmente por patógenos como Salmonella y Escherichia coli. La mortalidad por diarrea es alta en esta población.

El 51% de los decesos por diarrea ocurre en personas mayores de 74 años, los factores de riesgo incluyen edad avanzada, debilitamiento del sistema inmune y uso frecuente de antiácidos.

La frecuencia de infecciones por Shigella y Yersinia enterocolitica es mayor en esta población y el tratamiento puede incluir el uso de quinolonas para infecciones por Clostridium difficile.

✓ **Sepsis y su Diagnóstico en Geriatría**

La sepsis es una respuesta extrema a infecciones que puede ser difícil de diagnosticar en adultos mayores debido a síntomas atípicos. La identificación temprana es crucial para mejorar el pronóstico, los síntomas de sepsis pueden incluir letargo, taquicardia y deshidratación.

Diagnóstico:

- Ecocardiograma Transtorácico
- RM

Tratamiento:

- Tuberculosis: isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida,
- Pomadas tópicas / Antibióticos sistémicos.
- Herpes Zoster: Aciclovir.
- Quinolonas.

SEPSIS EN EL ANCIANO

Definición:

Sepsis, síndrome de anormalidades fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por una infección. Es un trastorno orgánico en potencia mortal, provocado por una respuesta desregulada del huésped a la infección, y es una de la principal causa de mortalidad y enfermedad crítica.

Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de contraer patógenos infecciosos debido al deterioro de su sistema inmunitario, además de otros cambios relacionados con la edad en todos los sistemas corporales, debido a estas vulnerabilidades, los adultos mayores tienen un mayor riesgo de sepsis.

- **SIRS**: manifestación clínica de respuesta inflamatoria ocasionada por causas infecciosas y no infecciosas.
- **Sepsis**: respuesta inflamatoria sistémica secundaria a infección con dos criterios de SIRS.
- **Sepsis grave**: asociada a disfunción orgánica, hipoperfusión o hipotensión arterial.
- **Choque séptico**: hipotensión arterial sistémica inducida por sepsis.
- **SX. Disfunción orgánica múltiple**: alteración en la funcionalidad orgánica.

Epidemiología:

- 26.2 casos por cada 1000 habitantes.
- Incidencia >85 años (morbilidad).
- Bacterias gram negativas son las más frecuentes.
- Neumonía es la causa más común.
- Los órganos más afectados son las vías urinarias y pulmones.

Factores De Riesgo:

- Edad.
- Úlceras.
- Sistema inmunológico debilitado.
- Enfermedades crónicas.
- Uso de dispositivos médicos.
- Hospitalizaciones frecuentes.
- Movilidad reducida.
- Nutrición deficiente.

Manifestaciones clínicas:

- ✓ **Clínica atípica:**

- Fiebre-----à signo más común asociado a sepsis.
- Temperatura oral > a 100 F° (>37.8 °C).
- Temperatura rectal repetidas > 99.5 °F (>37.5 °C) de la temperatura de más de 2 °F (>1.1 °C) sobre la temperatura de referencia.
- Confusión.
- Delirium.
- Escalofríos.
- Piel pálida/marmoreada.
- Taquicardia.

Diagnóstico:

- ✓ **Clínica.**
- ✓ **Escala de SOFÁ.**
- ✓ **Radiografías.**
- ✓ **Procalcitonina.**
- ✓ **PCR.**
- ✓ **Lactato sérico**
 - Marcador relevante
 - Respuesta de vigilancia al Tx
 - Indica mortalidad
- ✓ **Marcadores**
 - Persona sana <0.1 ng/ml
 - Px + 6.2 frente 0.3 ng/ml
 - Px en UCI 1.1 g/L SL, 1.9g/L SG, 9.1 g/L CS
 - Px con infección nosocomial 5.5 frente 0.7 mg/L
- ✓ **TREM-1**
 - Liberado de fagocitos activados
 - Se encuentra en fluidos de Px infectados
 - Gold standart para clínica
 - Positivo 20-30% de Px con sepsis
 - Dx de infección
 - Detección de patógenos

Tratamiento:

- Px con hipoperfusión deben recibir al menos 30ml/kg de cristaloides intravenoso dentro de las 3h
- Px que requieren vasopresores, presión arterial media objetivo debe ser de 65mm Hg
- Norepinefrina, primera opción para pacientes que necesitan vasopresores
- Paciente debe ser evaluado con frecuencia
- Atb intravenosos de amplio espectro deben comenzar dentro de la primera hora de reconocimiento de sepsis.

✓ Estrategias de manejo de infecciones para sepsis y choque séptico:

- Terapia antimicrobiana empírica de amplio espectro
- Evaluación periódica para reducir la cobertura antimicrobiana
- Dosificación de los atb.

OSTEOPOROSIS

Definición:

Es la enfermedad más frecuente del hueso. se caracteriza por el daño y deterioro a la microarquitectura ósea y a la reducción de la densidad mineral que resulta en fragilidad de los huesos y un riesgo incrementado de fracturas. Enfermedad sistemática y progresiva del esqueleto.

Epidemiología:

- Afecta a más de 200 millones de individuos en el mundo
- Causa 9 millones de fracturas al año
- La fractura es la primera manifestación clínica de la enfermedad
- Se espera que en 2050 75% de fracturas por fragilidad sea en países en vías de desarrollo como Asia y Latinoamérica
- Más comunes en mujeres perimenopáusicas

Factores De Riesgo:

✓ No modificables:

- Sexo
- Genética
- Hueso
- Historia familiar de fractura
- Raza o grupo étnico
- Menopausia

✓ Modificables:

- Sedentarismo e inactividad
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Medicamentos

Clínica:

En la historia clínica se busca factores de riesgo:

- Tiempo de evolución de menopausia en mujeres
- Datos de hipogonadismo en hombres
- Calcular la ingesta diaria de calcio
- Tipo y frecuencia de la actividad física realizada
- Consumo de alcohol y tabaco

- Antecedentes de cirugías gastrointestinales, hipatiasy síntomas tiroideos
- Administracion de fármacos

Diagnóstico:

✓ Clínico

➤ **Densitometría Dual de Rayos X**

- Define criterios de clasificación y diagnóstico
- Se evalúa la densidad mineral ósea en: Cadera (cuelo femoral) Columna lumbar (L1-L4) Fémur tota

➤ **FRAX**

- Calculan la probabilidad de sufrir una fractura en 10 años.
- Se basa en siete factores clínicos y puede usarse con o sin los resultados de la densitometría.

➤ **Marcadores de formación:**

- Fosfatasa alcalina ósea
- Osteocalcina
- Propeptidos carboxi
- Aminotermiales del colágeno tipo I

➤ **Marcadores de resorción:**

- Telopéptidos carboxi-terminales
- Amino-terminales (NTX) del colágeno

Tratamiento:

✓ **Bifosfanatos**

- Alendronato de 70 mg y Risedronato de 35 mg una 1 vez a la semana.
- Ibandronato diario de 2.5 mg ,Presentación: 150 mg 1/mes e IV c/3 meses
- Ácido zoledrónico: Dosis anual de 5mg IV

✓ **Moduladores selectivos de receptores de estrógenos:**

- Raloxifeno

✓ **Peptidos de la hormona tiroidea**

✓ **Denosumab**

✓ **Calcitonina**

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN

➤ DISFAGIA

Dificultad para tragar.

Epidemiología:

- Aparece en todos los grupos de edad
- Aumenta con los años
- Común entre pacientes de edad avanzada

Fisiología y cambios con la edad:

✓ Fase oral (voluntaria)

- Preparatoria
- Masticación
- Formación del bolo

✓ Transito

- Bolo en la base de la lengua.
- propulsión contra el paladar duro y faringe

✓ Reflejo deglutorio

- Estimulación de los pilares amigdalinos e inicio del reflejo.
- Controlada por la corteza cerebral y tracto cortico bulbar.

✓ Fase bucofaríngea y faríngea (involuntaria).

- Elevación del paladar blando.
- Se cierran las coanas y hay apnea momentánea.
- El músculo constrictor superior Evita la regurgitación.
- Peristalsis faríngea hacia hipo faringe.
- La laringe se mueve hacia delante y hacia arriba.
- Cierre de cuerdas vocales.
- La epiglotis cae sobre la apertura laríngea.
- Apertura del esfínter cricofaríngeo.

✓ Fase esofágica (involuntaria).

peristaltismo hacia región esofágica.

Relajación del esfínter esofágico inferior.

- Mal estado dental (caries o movilidad).
- Pérdida parcial o total de piezas dentarias.
- Mayor uso de prótesis dentarias.
- Prótesis dentales inadecuadas.
- Atrofia de los músculos de la masticación (dificultad masticatoria).
- Incremento del tejido conectivo de la lengua.
- Movimientos linguales lentos o dificultosos.
- Disminución de la calidad de la saliva.

Clínica:

- Tos y carraspeo al deglutir o después de deglutir
- Regurgitación nasal
- Neumonía frecuente
- Sialorrea
- Vómitos
- Flemas
- Miedo a alimentarse
- Incapacidad de succionar

Diagnóstico:

- Prueba de trago de agua
- Deofluoroscopia
- Otros: Esofagoscopia, Manometría esofágica, USG, endoscopia

Tratamiento:

Se basa en 4 parámetros

- Modificación de texturas de la dieta
- Modificación de posición corporal del px
- Ejercicios para fortalecer zonas afectadas
- Farmacoterapia

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional se ve influenciado por el deterioro de sus capacidades funcionales: polifarmacia y socioeconómicas.

Durante la vejez el apetito y la cantidad de alimentos disminuye debido a la ingesta de alimentos con disminución de valor nutrimental y energéticos.

La **Desnutrición** es el estado resultante de la falta de ingesta o mala absorción de nutrientes que conducen a la alteración de la composición corporal.

Proceso sistemático e integral que evalúa el estado nutricional del adulto ≥ 60 años, considerando factores fisiológicos, funcionales, clínicos y sociales, con el objetivo de prevenir, diagnosticar y tratar la desnutrición, obesidad sarcopénica o malnutrición por exceso o defecto.

Incluye la integración de datos antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos y funcionales.

Epidemiología:

- A nivel mundial, prevalencia de mal nutrición en persona mayor varía entre 23 y 60%.
- 14% en Centro De Día.
- Desnutrición: 10–60% en adultos mayores hospitalizados o institucionalizados.

En México, según ENSANUT:

- 20–30% de adultos mayores tienen riesgo de desnutrición.
- Obesidad sarcopénica es altamente prevalente en población urbana.
- La malnutrición se asocia con mayor morbilidad, dependencia funcional, infecciones, y mortalidad.

Factores De Riesgo:

- **Fisiológicos:** pérdida de masa muscular, disminución del apetito (anorexia del envejecimiento), disgeusia, disfagia, hiposmia.
- **Patológicos:** demencia, EPOC, cáncer, diabetes, depresión, disfagia.
- **Sociales:** pobreza, aislamiento, viudez, abandono.
- **Iatrogénicos:** polifarmacia, medicamentos anorexígenos.
- **Funcionales:** incapacidad para cocinar, masticar o moverse.

Escalas y Herramientas De Valoración:

1. **Mini Nutritional Assessment (MNA)** – herramienta validada y más usada:
 - <17 puntos = desnutrición.
 - 17–23.5 = riesgo de desnutrición.
 - ≥24 = estado nutricional normal.
- **VGS** (Valoración Global Subjetiva).
- **Índice de Masa Corporal (IMC):**
 1. <22: bajo peso en mayores de 65 años.
 2. 22–27: adecuado.
 3. 27: sobrepeso/obesidad.
- **Pérdida de peso involuntaria** (>5% en 1 mes o >10% en 6 meses).
 - **Circunferencia de pantorrilla** <31 cm → indicador de sarcopenia.
- **Albumina sérica** (<3.5 g/dL), prealbúmina, transferrina (valores orientativos, no definitivos).
- **SARC-F:** cribado de sarcopenia.

Diagnóstico:

- Clínico-funcional: historial nutricional, peso habitual, síntomas GI, situación psicosocial.
- Antropometría: IMC, pliegues cutáneos, perímetro braquial y pantorrilla.
- Bioquímico: Hb, albúmina, linfocitos, B12, vitamina D.
- Dietético: registro alimentario de 24 h o cuestionario de frecuencia alimentaria.
- Funcional: prueba de fuerza de presión manual, movilidad, pruebas de fragilidad.

Complicaciones De Malnutrición En El Adulto Mayor:

- Inmunosupresión, infecciones frecuentes.
- Retardo en la cicatrización.
- Sarcopenia y fragilidad.
- Caídas, fracturas, úlceras por presión.
- Deterioro cognitivo y mayor riesgo de institucionalización.
- Mayor mortalidad hospitalaria.

Tratamiento Y Abordaje:

1. **Multidisciplinario:** geriatra, nutriólogo, enfermería, trabajador social.
2. **Nutrición personalizada:**
 - Dieta hipercalórica e hiperproteica si hay desnutrición.
 - Aporte de 1.2–1.5 g/kg/día de proteínas.
 - Suplementos orales (modulares, completos).
3. **Fisioterapia:** estimulación muscular, ejercicio de resistencia.
4. **Tratar causas reversibles:** depresiones, fármacos, disfagia.
5. **Vitaminoterapia:**
 - Vitamina D (800–1000 UI/día).
 - B12 (oral o parenteral si hay malabsorción).
6. **Educación familiar** y seguimiento mensual si hay riesgo nutricional.
7. **En casos graves:** nutrición enteral o parenteral (último recurso y con criterio geriátrico estricto).

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Alteración estructural o funcional renal por **>3 meses**, con repercusiones sobre la salud. Se diagnostica por disminución de TFG $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ o daño renal (proteinuria, albuminuria, alteración en imagen o histología).

Epidemiología:

1. Prevalencia global: 10–15%.
2. En México: ERC es la segunda causa de muerte por enfermedad crónica no transmisible.
3. Alta carga en pacientes con DM2 e hipertensión.

Factores De Riesgo:

- Diabetes Mellitus (principal).
- Hipertensión arterial.

- Obesidad.
- Tabaquismo.
- Edad avanzada.
- Uso crónico de AINEs.
- Antecedentes familiares.

Escalas y Clasificación:

Clasificación KDIGO por estadio:

- **Estadio 1:** TFG ≥ 90 + daño renal.
- **Estadio 2:** TFG 60–89 + daño renal.
- **Estadio 3^a:** 45–59, 3b: 30–44.
- **Estadio 4:** 15–29.
- **Estadio 5:** <15 (ER Terminal).

Albuminuria:

- **A1:** <30 mg/g
- **A2:** 30–300 mg/g
- **A3:** >300 mg/g

Diagnóstico: por Paraclínicos (Estudios de Laboratorio).

- Creatinina sérica, TFG (CKD-EPI).
- EGO + relación albúmina/creatinina en orina.
- Ecografía renal.
- BH, electrolitos, Ca, P, PTH.
- Estudios inmunológicos si sospecha de etiología primaria.

Complicaciones:

1. Anemia normocítica normocrómica.
2. Hipercalemia.
3. Acidosis metabólica.
4. Hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperparatiroidismo secundario.
5. Enf. Cardiovascular (principal causa de muerte).

Tratamiento:

1. Control de comorbilidades (DM, HAS).
2. Dieta hipoproteica, restricción de sodio y fósforo.
3. IECA o ARA II en proteinuria.
4. Suplementos de vitamina D, quelantes de fósforo.
5. Eritropoyetina si Hb <10 g/dL.
6. Diálisis o trasplante en estadio 5.

LESIÓN RENAL AGUDA

Deterioro súbito (horas a días) de la función renal, con aumento de creatinina y/o disminución de diuresis. Se basa en criterios KDIGO:

- $\uparrow$ Creatinina ≥ 0.3 mg/dL en 48 h, o
- $\uparrow \geq 1.5$ veces respecto a basal en 7 días, o
- Diuresis < 0.5 ml/kg/h por 6 horas.

Epidemiología:

1. Alta incidencia en hospitales (hasta 20%).
2. Mayor riesgo en UCI, postoperatorios, sepsis.

Factores De Riesgo:

- Edad avanzada.
- Hipovolemia, sepsis, nefrotóxicos.
- Enfermedad renal previa.
- Cirugía mayor, IAM, uso de medios de contraste.

Clasificación: KDIGO Por Estadíos:

- 1: Cr ≥ 0.3 mg/dL o $1.5-1.9\times$ basal.
- 2: Cr $2.0-2.9\times$ basal.
- 3: Cr $\geq 3\times$ basal o ≥ 4 mg/dL o inicio de diálisis.

Diagnóstico:

- Creatinina sérica, EGO, BUN, electrolitos.
- Ecografía renal.
- Evaluar volumen urinario.
- Índices urinarios (Na, FEUrea, FEK).
- Marcadores como NGAL (en estudios, no rutina clínica).

Complicaciones:

- Hipervolemia.
- Hipercalemia.
- Acidosis metabólica.
- Uremia.
- Mayor riesgo de muerte hospitalaria.

Tratamiento:

- Tratar causa subyacente.
- Evitar nefrotóxicos.
- Hidratación (si prerrenal).
- Diuréticos si sobrecarga de volumen (furosemida).
- Diálisis si: uremia, hipercalemia refractaria, acidosis severa, sobrecarga hídrica incontrolable.

ENFERMEDADES TIFOIDEAS EN EL ADULTO MAYOR

HIPOTIROIDISMO:

Se identifica por las concentraciones de TSH y de las hormonas tifoideas.

HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO:

se debe a su ausencia de síntomas y de signos típicos es importante su diagnóstico porque puede evolucionar a hipotiroidismo clínico

Epidemiología

Prevalencia 5-10% sin enfermedades tifoideas >65años

Mujeres

Clasificación

- Hipotiroidismo subclínico leve: TSH basal entre 5 y 10 mUI/L (0,35-4,9) T4 normal (0,8-1,33 Ng/dl)
- Hipotiroidismo subclínico severo: TSH basal entre 10 a 20 mUI/L con valores de T4L normales

Tratamiento se inicia si presenta:

Anticuerpo antiperoxidasa AcTPO positivo (>65UI/ml)

Trastornos cognitivos, osteoporosis, depresión etc.

HIPOTIROIDISMO PRIMARIO

Se debe a algo autoinmune siendo la tiroiditis de Hashimoto todas y tiroiditis crónica atrofia las más frecuentes

Etiología: iatrogenica, farmacológica, déficit de yodo y trastornos infiltrativos.

Clínica:

por envejecimiento o enf concomitantes, Astenia, intolerancia al frío, sequedad de la piel y debilidad, Bradipsia y alteraciones de los reflejos Motores tendinosos

Clínica grave:

coma mixedematoso

Diagnóstico:

Clínica y se confirma con TSH > mayor 10 mUI/L y la T4L baja <0.8 ng/dl y presencia de anticuerpos antiperoxidasas Ac-TPO y anticuerpos anti receptores de TSH (AC anti TSHr)

Tratamiento:

levotiroxina sódica VO dosis bajas de acuerdo a los valores de TSH a razón 0.5 mg/kg/día con ajustes cada 4 a 6 semanas

Objetivo: la mitad inferior del rango normal

Px con mixedematoso atención a UCI y levotiroxina IV y esteroides

HIPERTIROIDISMO

Aumento de la producción de hormonas tifoideas con la elevación de T4L y descenso de TSH.

HIPERTIROIDISMO SUBCLINICO

Etiología exógena secundaria a medicamentos o endógena como nódulos tóxicos o patología autoinmune

Diagnóstico

TSH por debajo del valor de referencia con T3 y T4L normales

Tx: si presenta cambios cardiovasculares.

HIPERTIROIDISMO

Se caracteriza por supresión de TSH e incremento de hormonas tiroideas

Etiología:

- bocio multinodular tóxico x baja ingesta de yodo
- Enfermedad de Graves x yodo normal
- Adenoma tóxico x administración exógena de hormonas tiroideas, tiroiditis aguda o su aguda o tumores hipofisarios

Clínica

- Tiroxicosis apática(cansancio, pérdida de peso, confusión y agitación, confusión con depresión)
- Fibrilación auricular
- Anorexia

Diagnóstico:

Clínico (anamnesis y examen físico) + TSH suprimida y T4L aumentados

Tratamiento:

- Subclínico: asintomático manejo expectante Si hay sintomatología
- En el manejo temporal medicamentos antitiroideos como el metimazol, betabloqueadores, yodo inorgánico y glucocorticoides
- Bocio multinodular tóxico y adenoma tóxico el Tx es yodo radioactivo o cirugía
- Bocio multinodular antes llamado plumero: metimazol 20mg
- Enfermedad de Graves-Basedow: fármaco terapia: metimazol (menos agresiva) de acuerdo a los niveles T4L varía entre 12 a 18 meses
- Si ni funciona se da yodoterapia o manejo radical.
- I-131 tienen contraindicaciones quirúrgicas
- Cirugía si no responden al manejo farmacológico, intolerancia al yodo
- Adenoma tóxico manejo quirúrgico vas I-131

TIROTOXICOSIS

La presencia de tiroiditis lleva a una tiroxicosis transitoria que durará pocas semanas y después se normaliza o progresa a hipotiroidismo, es subclínico y la mayoría de las disminuciones de TSH son moderadas

Etiología: ingesta crónica de amiodarona , tratamientos inmunológicos para otros tipos de cáncer

Clínica:

Alteración de la frecuencia y el ritmo cardíaco

Falla cardíaca, oftalmopatía

Complicaciones son riesgo de fibrilación auricular, osteoporosis y fracturas

Tratamiento: proteger los órganos terminales de los efector adrenérgicos del exceso de hormona tiroidea con betabloqueadores adrenérgicos

SÍNDROME DEL EUTIROIDEO ENFERMO

No es de origen tifoideo si no que se produce por enfermedades interrecurrentes que provocan concentraciones de T3 o T4 por debajo de los valores esperados, sin que exista hipotiroidismo o hipertiroidismo.

En la población mayor, su prevalencia es elevada y mayor en episodios de enfermedad descompensado. El cuadro tiende a normalizarse con la resolución del proceso agudo y no es necesario iniciar tratamiento médico.

NÓDULOS TIROIDEOS

Los nódulos tiroideos son lesiones del parénquima de la glándula con una prevalencia elevada de hasta un 60% en hombres mayores de 80 años y de un 90% en mujeres de 60 o más. Se han asociado a la edad, ser mujer, el historial de exposición a la radiación, tabaquismo, alcoholismo, ingesta de yodo y obesidad son asintomáticos y se diagnostica por examen físico o por pruebas de imagen si TSH suprimida se hace gammagrafía identificar si es maligno en caso de de nódulos de más de 1 cm, considerar tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa, en donde la captación focal sugiere malignidad del nódulo. El **diagnóstico** definitivo se debe realizar con la punción, aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía en casos de nódulos de más de 1 cm y alta sospecha de malignidad.

CANCER DE TIROIDES

Su incidencia aumenta con la edad mayores de 60 años

Tipos: carcinoma papilas y carcinoma folicular

Sus FR se deben al sexo femenino, antecedentes familiares, radioterapia previa en la cabeza o cuello y la exposición a la radiación ambiental

Diagnóstico

- Exploración física detectando nódulos o agrandamiento de la glándula
- Ultrasonido la ecografía tiroides
- Biopsia por aspiración con aguja fina (PAAF) si es benigno o maligno
- Estudios de laboratorio(medición de niveles de hormonas tiroideas)

Tratamiento

- Cirugía: la tiroidectomía, que implica la extirpación total o parcial de la glándula tiroides, es la opción de tratamiento principal para muchos pacientes.
- Radioterapia: se puede administrar radioterapia después de la cirugía para eliminar cualquier tejido tiroideo residual.
- Terapia de ablación con yodo radiactivo: esta terapia puede ser necesaria para destruir cualquier tejido tiroideo remanente o células cancerosas.
- Terapia hormonal sustitutiva: después de la cirugía, los pacientes a menudo requieren hormonas tiroideassintéticas para mantener los niveles hormonales adecuados.