

# INFORME MÉDICO CONSOLIDADO - JORGE DELGADO

**Fecha:** 18 de Septiembre, 2025 (Actualizado 1:30 AM)

**Paciente:** Jorge Delgado

**Documento:** Evaluación integral de riesgo de crisis mixxedematosa y manejo tiroideo

**Estado:** \*\* \*\*ESTABLE - RIESGO ALTO PERO CONTROLADO

## RESUMEN EJECUTIVO

### Situación Actual (1:30 AM)

- **Temperatura:** 36.5C - NORMAL (sin hipotermia) [OK]
- **FC:** 103 lpm - NORMAL (sin bradicardia) [OK]
- **PA:** 185/98 mmHg - Hipertensión persistente [!]
- **SatO2:** 99% - Excelente [OK]
- **FR:** 16 rpm - Normal [OK]

**Conclusión:** Paciente estable pero con **TSH 70 mIU/L** que requiere optimización del tratamiento tiroideo. Sin signos de crisis mixxedematosa inminente.

## CONTEXTO MÉDICO

### Antecedentes Principales

- **07/09/2025:** TCE severo con hematoma intracerebral 20cm
- **10/09/2025:** Craniectomía descompresiva temporal-parietal izquierda
- **17/09/2025:** TC muestra edema cerebral severo, herniación transcraneal

### Condiciones de Base

- ERC estadio 5 en hemodiálisis trisemanal
- Hipotiroidismo (TSH 70, en tratamiento con levotiroxina 150mcg/día SNG)
- Hipoparatiroidismo post-paratiroidectomía total
- HTA en tratamiento

# EVALUACIÓN DE RIESGO DE CRISIS MIXEDEMATOSA

## Score de Riesgo (Criterios Popoveniuc-Wartofsky)

Factor	Puntos	Estado Actual
<b>**Precipitantes**</b>		
Trauma/Cirugía (craniectomía)	10	✓ Presente
Infección potencial (UCI)	5	✓ Posible
Sedación profunda	5	✓ Presente
<b>**Manifestaciones**</b>		
Alteración mental	20	✓ Presente
Hipotermia (<35°C)	10	✗ Ausente
Bradicardia (<60)	5	✗ Ausente
<b>**TOTAL**</b>	<b>**45**</b>	<b>**Riesgo Moderado-Alto**</b>

**\*\*Interpretación:\*\*** Score >25 sugiere tratamiento preventivo, pero ausencia de hipotermia y bradicardia reduce riesgo inmediato

## ANÁLISIS: POR QUÉ SOLO 150mcg CON TSH 70?

### Explicaciones Médicas Probables

#### 1. **\*\*Dosis de Carga Ya Administrada\*\*** (Más probable)

Protocolo UCI estándar:

- Día 1-2: 300-500mcg (carga)
- Día 3+: 100-200mcg (mantenimiento)
- Actual: 150mcg = fase mantenimiento

#### 2. **\*\*Precaución Cardiovascular\*\***

- PA elevada (185/98)
- Edad avanzada
- Riesgo de arritmias si aumento rápido

#### 3. **\*\*Absorción Reducida por SNG\*\***

Problema	Pérdida
Adherencia a sonda	-30%
Edema intestinal	-40%
<b>**Total absorbido**</b>	<b>**50-70mcg**</b>

#### 4. **\*\*Estrategia de Titulación Gradual\*\***

- Aumentos de 25-50mcg cada 5-7 días
- Monitoreo por T4 libre, no TSH
- TSH tarda 4-6 semanas en normalizarse

## PREGUNTAS PRIORITARIAS PARA EL EQUIPO MÉDICO

### Para Consulta Médica (Mañana)

1. **\*\*Cuándo se midió el TSH de 70?\*\***
  - Si es antiguo, solicitar nuevo control
2. **\*\*Se administró dosis de carga inicial de levotiroxina?\*\***
  - Confirmar si hubo 300-500mcg iniciales
3. **\*\*Cuál es el T4 libre actual?\*\***
  - Más confiable que TSH en pacientes críticos
4. **Se administró hidrocortisona preventiva?**
  - Crítico antes de aumentar hormona tiroidea
5. **Por qué mantienen 150mcg con TSH tan elevado?**
  - Entender estrategia (cardiovascular, absorción, etc.)
6. **Evaluó el endocrinólogo?**
  - Solicitar interconsulta si no
7. **Se modificará la diálisis para ser más lenta?**
  - Prevenir síndrome de desequilibrio

## MANEJO RECOMENDADO

### Inmediato (Sin urgencia extrema)

1. **\*\*Continuar monitoreo de temperatura y FC\*\*** cada 4-6h
2. **\*\*Control de laboratorio tiroideo\*\*** si >48-72h del último
3. **\*\*Mantener levotiroxina 150mcg\*\*** hasta evaluación médica

### Próxima Diálisis

1. **\*\*Preferir HD prolongada\*\*** (>4-5 horas) o TRRC
2. **\*\*Flujo inicial bajo\*\*** (<150 mL/min)
3. **\*\*Temperatura del baño\*\*** 36-37C
4. **Sodio del baño** 145-148 mEq/L

## Optimización Tiroidea (Con evaluación médica)

1. **\*\*Si no hubo carga:\*\*** Considerar 200-300mcg x 2 días
2. **\*\*Si ya hubo carga:\*\*** Aumentar gradual a 200mcg/día
3. **\*\*Hidrocortisona 100mg IV\*\*** antes de aumentar (si no se dio)
4. **Meta:** T4 libre normal-alto (no buscar TSH normal rápido)

## SIGNOS DE ALARMA - VIGILAR

### Avisar INMEDIATAMENTE si aparece:

- [ALERTA] **\*\*Temperatura <35C\*\*** persistente
- [ALERTA] **\*\*FC <60 lpm\*\*** (bradicardia)
- [ALERTA] **\*\*PA muy baja\*\*** que no responde
- [ALERTA] **\*\*Deterioro del sensorio\*\*** progresivo
- [ALERTA] **\*\*Edema\*\*** facial o de manos (mixedema)
- [ALERTA] **\*\*Convulsiones\*\***

## MONITOREO SUGERIDO

Parámetro	Frecuencia	Valor Objetivo
Temperatura	Cada 6h	>36°C
FC/PA	Cada 4h	FC >60, PAM >65
TSH	Semanal	Tendencia ↓
T4 libre	Cada 3-5 días	Normal-alto
Sodio	Cada 12h	145-150 mEq/L
Glucemia	Cada 6h	100-180 mg/dL

## PUNTOS CLAVE PARA LA FAMILIA

1. **\*\*Jorge está ESTABLE\*\*** - Sin crisis inmediata
2. **\*\*La dosis puede parecer baja pero puede ser correcta\*\*** - Múltiples factores
3. **\*\*El TSH tarda semanas en bajar\*\*** - No indica falla de tratamiento
4. **Importante hablar con médico mañana** - Para optimizar tratamiento
5. **Vigilar pero sin pánico** - Saben qué signos observar

## RESPALDO CIENTÍFICO

### Referencias Principales

- Wartofsky L. Myxedema coma. \*Endocrinol Metab Clin North Am.\* 2006
- Popoveniuc G, et al. Diagnostic scoring system for myxedema coma. \*Endocr Pract.\* 2014
- Jonklaas J, et al. Guidelines for treatment of hypothyroidism. \*Thyroid.\* 2014
- Silver SM, et al. Dialysis disequilibrium syndrome. \*JASN.\* 1996

### Conceptos Clave

- En UCI: T4 libre > TSH para monitoreo
- Normalización gradual en 6-8 semanas
- Riesgo cardiovascular > beneficio de corrección rápida
- Absorción SNG: 30-80% variable

## CONCLUSIONES

1. **\*\*Riesgo actual:\*\*** MODERADO-ALTO pero CONTROLADO
2. **\*\*Sin crisis inminente:\*\*** Temperatura y FC normales son tranquilizadores
3. **\*\*Requiere optimización:\*\*** TSH 70 necesita ajuste gradual
4. **Diálisis modificada:** Importante para prevenir complicaciones
5. **Seguimiento cercano:** Evaluación endocrinológica pendiente

## ACCIONES PARA HOY

### Para la Familia:

- Hablar con médico de guardia sobre este informe
- Preguntar las 7 preguntas prioritarias listadas
- Mantener vigilancia de signos de alarma
- Solicitar interconsulta endocrinología si no está programada

### Para el Equipo Médico:

- Verificar fecha del TSH de 70

- Confirmar si hubo dosis de carga
- Considerar control de T4 libre
- Evaluar necesidad de hidrocortisona
- Planificar diálisis modificada

*Documento preparado integrando evaluación familiar, reporte nefrológico y análisis farmacológico. Basado en evidencia médica actual pero sin acceso a laboratorios más recientes del paciente.*

**Elaborado por:** Sistema de Monitoreo Médico Integrado

**Última actualización:** 18/09/2025 - 01:45 AM

Documento generado: 18/09/2025 01:56