



Nombre del alumno:

Cesar Enrique Utrilla Dominguez

**Nombre del profesor: Dr. Suarez Martines
Romeo**

Resúmenes 4° unidad

GERIATRIA

Grado: 6°

Grupo: A

FRACASO RENAL AGUDO

10/06/2024

S. Clínico, potencialmente reversible, que cursa con un deterioro rápido de la función renal, con aumento en sangre de productos nitrogenados, alteración de la regulación del volumen extracelular y la homeostasis de los electrolitos, con o sin descenso de la diuresis que sucede en horas o días

Acute Dialysis Quality Initiative

RISK:

Cr $> 1.5 - 2$ veces el valor basal +1-D < 0.3 ml/kg/h $\cdot 6$ hrs

Injury:

Cr $> 2-3$ veces el valor basal +1-D < 0.5 ml/kg/h $\cdot 12$ hrs

Failure:

Cr ≥ 3 veces el valor basal o un Cr > 4 mg/dl (354 μ mol) con un aumento agudo de ≥ 5 mg/dl +1-D < 0.3 ml/kg/h $\cdot 24$ hrs o anuria $\cdot 12$ hrs

CAUS:

Fallo renal agudo persistente por > 4 semanas

End-stage kidney disease

Fallo renal agudo persistente por > 3 meses

Estadio 1:

Incremento en la Cr ≥ 0.3 mg/dl ($> 26 \mu$ mol/l) en 48 hrs o aumento de Cr $> 1.5 - 1.9$ veces el valor basal y/o diuresis < 0.5 ml/kg/h $\cdot 6$ h

Estadio 2:

Cr $> 1.9 - 2$ veces el valor basal y/o diuresis < 0.5 ml/kg/h $\cdot 12$ h

Estadio 3:

Cr ≥ 3 veces el valor basal o un incremento del valor Cr > 4 mg/dl (354 μ mol/l) o inicio del Tx sustitutivo de la función renal (TRFR) y/o diuresis < 0.3 ml/kg/h $\cdot 24$ hrs o anuria $\cdot 12$ hrs

El riñón del anciano

Los cambios anatómicos + funcionales que suceden en el proceso de envejecimiento aplican en parte la mayor susceptibilidad del anciano a la FZA.

Deposición de volumen sanguíneo renal
Ingesta hídrica disminuida, hemorragia,
perdidas gastrointestinales (vómitos/diarrea)
insuficiencia adrenal, pérdidas urinarias,
diuréticos / diuresis osmótica.

Disminución de volumen sanguíneo eficaz.

Disminución del gasto cardíaco, decompensación
de enfermedad hepática (cirrosis), su nefrótico,
uso dilatación sistémica (dopamina)

Cambios hemodinámicos en relación con la vida de
furnaco.

ANZ, que producen vasoconstricción renal.

IECA, ARA II

Necrosis tubular aguda

Es la causa más frecuente de FZA

intrínseca en cualquier grupo de edad.

HTA isquémica

Puede aparecer en casi un 50% de
enfermos crónicos.

Hasta un tercio de los casos de NTA
isquémica en ancianos se producen como
consecuencia de intervenciones de, especial-
mente de cirugía y reparación de aneurisma
aórtico.

NTA nefrotóxica

Consecuencia del dano directo sobre el
túbulo renal producido por toxinas endógenas
(mioglobina, hemoglobina, cadenas ligeras) o
exógenas (antibióticos, agentes quimioterápicos
o contrastos).

Tabla 1. Cambios renales relacionados con el envejecimiento

Cambios anatómicos	Cambios funcionales
Pérdida de masa renal	Disminución del flujo sanguíneo renal, con aumento de las resistencias vasculares
Atrfia cortical	
Disminución del nº de glomerulos y túbulos	Disminución de la tasa de filtrado glomerular en jóvenes
Aumento de la glomerulosclerosis y la fibrosis tubulointersticial	120-130 mL/min/1.73m ² . A partir de los 30 años disminuye 1 mL/min/1.73m ² por año
Engrosamiento de los glomerulos y de la íntima de las arterias y arteriolas	Disminución de la concentración plasmática, favoreciendo la hipovolemia

Enfermedad vascular aguda

Pequeño vaso:

Causa más frecuente encontramos la enfermedad
ateroembólica. Puede ocurrir espontáneamente,
pero normalmente se presenta en el contexto de
una cirugía vascular, procedimientos angiográficos,
anticoagulación o agentes trombóticos.

Gran vaso:

Tromboembolismo renal disrupción de la artéria renal
y/o trombos de vena renal.

Clinicamente se manifiesta como dolor en flanco,
hematuria y oliguria.

Como factores de riesgo de FZA:

-Trombotismo - Su nefrótico - FA.

LA postrenal u obstructivo!

Deterioro de la función renal ocasionado por una obstrucción que afecta el tracto urinario.

La obstrucción puede ocurrir en el tracto urinario alto o bajo

Di del FRA.

Historia clínica y una exploración física detallada son fundamentales en la identificación y orientación etiológica inicial del FRA. Siempre se ha de establecer el diagnóstico diferencial entre un FRA y la forma de presentación de una IRC no conocida.

Es importante conocer el volumen de diuresis de los días previos

La exploración física valoraremos la situación hemodinámica, estado de hidratación, signos de IC, hepatomegalia, enfermedad sistémica o vascular.

Tx

Mantener en estricta de las constantes vitales, así como datos de la exploración física y el balance de líquidos pueden dar información sobre el estado de volemia.

En algunos estudios (ortostáticos de gravedad)

Se practicó monitorización hemodinámica

-necesaria para medición de la presión arterial central, sobre todo en pt con cardiopatías asociadas.

Corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas -Sales de calcio.

mas bicarbonatos y el equilibrio ácido-base

-Hipertensión

Agente que desplaza al K^+ al interior celular.

-Betaagonistas (salbutamol)

-Insulina (+ glucosa)

-Bicarbonato sódico.

Tabla 2. Diferencias analíticas según la causa del FRA.

	Prerenal	Intrínseca
Sodio en orina	<20 mEq/l	>40 mEq/l
Fración de excreción de sodio	<1%	>2%
Fración de excreción de urea	>35%	>50%
Osmolaridad urinaria	>500 mosm/kg	<350 mosm/kg
BUN: creatinina	>20:1	<15:1

Modificado de Tabla 3. Clin Geriatr Med August 2009;25(3):337-358.

Agente que antagoniza el efecto cardíaco de la hipertensión

Manejo de otras alteraciones como fructosos

-Hiponatremia

-Hipocalcemia:

Principios del FEA

- Primario -

Detección de colapsos, evaluar aparatos retractorios, ajustar dosis de formadores según el FGA, promoción con el uso de algunos fármacos y los anticánceros (AINE, IZCA, AZA II).

- Valorar riesgo - beneficio

- Multidisciplinar

- Necesit. - creatine

	Presencia	Muy frecuente	Muy rara	No frecuente	Muy rara	Muy frecuente	No
1. ¿Cómo se presenta a usted que vive el dolor de la raíz con los síntomas arriba que describe?	0	1	2	3	4	5	6

Nota: 0 = nada de dolor, 1 = dolor leve, 2 = dolor moderado, 3 = dolor intenso, 4 = dolor muy intenso, 5 = dolor insoportable, 6 = dolor que impide la vida.

Secundario:

No se recomienda el uso de depurativo, tener depura a medida para limitar el dolor renal y que la evidencia actual no se reporte a la fecha de la reevaluación.

Tabla 1. Clasificación de los STU.

Obstrucción	Intrínseca
Dificultad axial y retraso en la micción	Urgencia miccional
Disminución de la fuerza del chorro	Leucturia
Micción intermitente y/o prolongada	Poliquisuria
Urgencia post-miccional	Dolor suprapúbico
Sensación vesical	
Insuficiencia por rebosamiento	
Otros síntomas	
Adaptación del tracto urinario al flujo de repetición	
Hematuria por lesiones prostaticas	

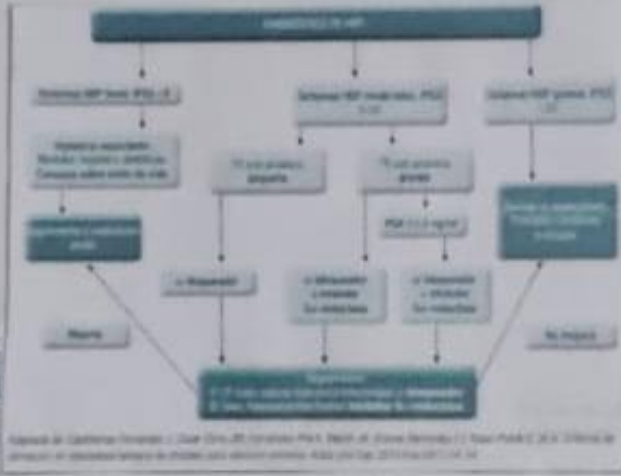


Tabla 2. Puntuación de la gravedad de los síntomas urinarios (PUN).

	Resaca	Primer día de micción < 7 veces	Primer día de micción < 4 veces	Primer día de micción < 2 veces	Primer día de micción < 1 vez	Con síntomas
1. ¿Cómo se presenta el dolor de la raíz con los síntomas arriba que describe?	0	1	2	3	4	5
2. ¿Cómo se presenta el dolor de la raíz con los síntomas arriba que describe?	0	1	2	3	4	5
3. ¿Cómo se presenta el dolor de la raíz con los síntomas arriba que describe?	0	1	2	3	4	5
4. ¿Cómo se presenta el dolor de la raíz con los síntomas arriba que describe?	0	1	2	3	4	5
5. ¿Cómo se presenta el dolor de la raíz con los síntomas arriba que describe?	0	1	2	3	4	5
6. ¿Cómo se presenta el dolor de la raíz con los síntomas arriba que describe?	0	1	2	3	4	5
7. ¿Cómo se presenta el dolor de la raíz con los síntomas arriba que describe?	0	1	2	3	4	5
8. ¿Cómo se presenta el dolor de la raíz con los síntomas arriba que describe?	0	1	2	3	4	5

Síndromes mielodisplásicos

Es incierto, pero se cree que cualquier agente que lesione de manera directa al ácido desoxirribonucleico (ADN) o interfiera con su proceso de reparación, puede aumentar el riesgo de desarrollar un SMD.

Fuente de riesgo

- Edad: Población mayor de 70 años
- Predisposición genética (enfermedades asociadas)
- Exposición ambiental (alcohol, etc.)

Dx

- La realización de Dx se aconseja periódicamente en el momento del Dx, realizándose este de forma casual en un examen rutinario
- Más del 90% de Pz's presentan anemia.

Tabla 1

Signos y síntomas

- Los signos y síntomas no son específicos de la enfermedad, y se modifican según la citopenia subyacente

Pz con anemia

- Cansancio - Disnea - Palidez - Anorexia

Clasificación

Los subtipos de SMD están definidos por dos sistemas de clasificación.

Tabla 3

Dx diferencial

La mayoría de casos de mielodisplasia y citopenias de diagnóstico mediante biopsias de médula ósea y sangre están en los ancianos, se puede considerar una prueba invasiva, más oportuna información de gran utilidad pronóstica

Tabla 2

Tabla 4

Proneóstico

La mayoría de Tx fallan a causa de las complicaciones secundarias o la penitropenia.

Fx de mal pronóstico

- Edad avanzada, mayor comorbilidad
- Dependencia transfusional con niveles de ferritina altos
- Fibrosis medular y mutaciones de oncogenos como RAS, FMS y PS3

International Prognostic Scoring System (IPSS)

Sistema más utilizado, basado en la clasificación de la FAB. Incluye como predictores para el desarrollo de LMA y la supervivencia, el porcentaje medular de blastos, las alteraciones citogenéticas y el número de citopenias.

Tabla 5

La mayoría de pX ancianos no son candidatos a Tx curativos como el trasplante alogénico de médula ósea y se tratan con métodos de soporte que incluyen transfusiones sanguíneas, transfusiones de plaquetas

- Transfusiones sanguíneas, utilizados cuando la hemoglobina (Hb) es inferior a 20g/dL
- Eritropoyetina
- Factores estimulantes de colonias de granulocitos
- Azacitidina-S y la decitabina
- Lenalidomida

Tabla 6

Mieloma múltiple

Es la segunda neoplasia hematológica más frecuente tras el linfoma, representa el 1% de todos las neoplasias y el 13% de las neoplasias hematológicas

Forma(s) Clínica(s)

- Gammopatía monoclonal de significado incierto (GMSI)

- Condición premaligna de mieloma.
- Se caracteriza por $< 10\%$ de células plasmáticas clonales en la médula ósea y niveles de $\text{comp. B} < 30 \text{ g/L}$.

- Síndromes mielómicos:

- Fase asintomática de MM
- Se caracteriza por niveles de comp. B entre $\geq 30 \text{ g/L}$ y $\geq 10\%$ células plasmáticas clonales
- MM
- Fase sintomática
- Se caracteriza por $\geq 10\%$ células plasmáticas clonales en la médula ósea, $\text{comp. B} > 30 \text{ g/L}$ o comp. B en orina y daño orgánico.

Manifestaciones Clínicas:

Anemia:

Esta presente en el 73% de los casos en el momento del dx y está relacionado con la infiltración de las células tumorales en la médula ósea y, si la hubiera, con la insuficiencia renal asociada de los oses.

Presente en un 70-80% de los casos, asociada con los movimientos.

- Insuficiencia renal
- Infecciones
- Hipercalcemia
- Rx de hiperosteoidesidad.

DX:

- Historia Clínica
- Examen físico
- Análisis de laboratorio
- Determinaciones en sangre
- Determinaciones en orina
 - Electroforosis con inmunofijación de los proteínas urinarias, cuantificación de la proteína monoclonal,
- Examen de médula ósea mielograma o biopsia
- Rx convencional
 - Pelvis, húmero, fémur, cráneo, torax y columna con el objetivo para identificar lesiones óseas relacionadas con el mieloma (80% de los casos)
- Reconstrucción Magnética
- Esqueleto azul si la serie ósea es negativa.

Estadística y pronóstico

Se debe usar la International
Disease System (ID) donde
se clasifican a los px en 3
categorías y grupos pronósticos
en función de la concentración
en sangre de β_2 -microglobulina
y el hemipo

Tabla 1

Tx

Los px en fase no sintomática de la
enfermedad no requieren Tx específico ya
que no mejoran ni el pronóstico vital ni la
evolución o MEL, por tanto, el seguimiento
clínico es el estándar en el momento actual.

Los px con MEL sintomático se benefician del
Tx y, por tanto, deben recibirlo lo antes
posible.

Opciones terapéuticas

- El Tx clásico (melphalan - prednisona) MP
- Taldomida MP (MPT) o taldomida - melphalan
desmetasaeno (TMD)
- Bortezomib - MP (UMP)
- Regímenes con lenalidomida en asociación

Tx de soporte:

Los regímenes citotóxicos tienen efec-
tos positivos en las reacciones para
el Tx de la anemia cuando no
se obtiene una mejoría de los
niveles de Hb a pesar de la
respuesta a la terapia.

Hipertrofia prostática (HBP)

La HBP es una condición histológica caracterizada por la proliferación benigna histológica caracterizada por la proliferación benigna del tejido epitelial y el aumento de la estroma dependiente y mediado por andrógenos, pero también asociado por la presencia de nodos calcáreos o emboliz.

Manifestaciones Clínicas

Síndrome del flujo urinario inferior (SUI) es un conjunto de manifestaciones frecuentes en la población humana que comportan síntomas como la HBP, a su vez ocasionado por la edad, la obesidad y el flujo de salida desde la vejiga, cambios fisiológicos del flujo urinario propio de la edad como los de la edad y medicaciones.

Diagnóstico

Las pruebas más usadas, en primer lugar, son las pruebas de los SUI más frecuentes.

Pruebas de los SUI = uso de medicamentos como el IPSS (International Prostate Symptom Score) y el BQA (Bosnia Index).

Pruebas de diagnóstico se pueden hacer de manera regular.

- Pruebas de diagnóstico, como el PSA, el PSA libre
- Pruebas de diagnóstico de PSA
- Pruebas de diagnóstico
- Pruebas de diagnóstico
- Pruebas de diagnóstico
- Pruebas de diagnóstico
- Pruebas de diagnóstico
- Pruebas de diagnóstico

Exámenes físicos

Pruebas físicas: tacto rectal y frecuencia.

- Pruebas físicas
- Pruebas físicas
- Pruebas físicas
- Pruebas físicas
- Pruebas físicas
- Pruebas físicas
- Pruebas físicas
- Pruebas físicas

Tabla 1. Clasificación de los SUI

Obstrucción	Inflamación
Dificultad inicial y retraso en la micción	Urgencia miccional
Disminución de la fuerza del chorro	Nicturia
Micción intermitente y prolongada	Poliquiuria
Goteo post-miccional	Color suprapúbico
Tensores vesicales	
Incontinencia por rebosamiento	
Otros síntomas	
Inflamación del tracto urinario (ITU de infección)	
Hematuria (por causas prostáticas)	

Tabla 2. Pruebas internacionales de los síntomas prostáticos (IPSS)

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. ¿Cuánto le cuesta ir al baño en la noche?	0	1	2	3	4
2. ¿Cuánto le cuesta ir al baño durante el día?	0	1	2	3	4
3. ¿Cuánto le cuesta ir al baño cuando usted se levanta por la noche?	0	1	2	3	4
4. ¿Cuánto le cuesta ir al baño cuando usted se levanta por la noche cuando usted se levanta por la noche?	0	1	2	3	4
5. ¿Cuánto le cuesta ir al baño cuando usted se levanta por la noche cuando usted se levanta por la noche?	0	1	2	3	4
6. ¿Cuánto le cuesta ir al baño cuando usted se levanta por la noche cuando usted se levanta por la noche?	0	1	2	3	4
7. ¿Cuánto le cuesta ir al baño cuando usted se levanta por la noche cuando usted se levanta por la noche?	0	1	2	3	4
8. ¿Cuánto le cuesta ir al baño cuando usted se levanta por la noche cuando usted se levanta por la noche?	0	1	2	3	4
9. ¿Cuánto le cuesta ir al baño cuando usted se levanta por la noche cuando usted se levanta por la noche?	0	1	2	3	4
10. ¿Cuánto le cuesta ir al baño cuando usted se levanta por la noche cuando usted se levanta por la noche?	0	1	2	3	4

Nota: IPSS = Índice de Síntomas Prostáticos. Se recomienda utilizar el Índice de Síntomas Prostáticos (IPSS) para evaluar la severidad de los síntomas prostáticos. El puntaje total del IPSS puede variar de 0 a 35.

Pruebas de Laboratorio

- Urografía BIC
- Creatinina Sérica

Otros exámenes

- Ecografía abdominal:
- Valoración de la próstata (peso en gramos), residuos post-miccional y estado de las vías urinarias
- Estudios urodinámicos
- Presencia de residuos post-miccional permanente por baja actividad del detrusor.

Medidas Generales

Evitarse

- Consumo de café/alcohol
- Sedentarismo
- Tomar líquidos antes de dormir

Fármacos

- Antagonistas α -adrenérgicos
- Inhibidores de la 5- α -reductasa

Fármacos PU-

- Tx Rx
- Incisión transuretral de la próstata.

Prostatitis y síndrome de dolor pélvico crónico (SDPC)

Es el S de etiología más frecuente en hombres mayores de 50 años después de la HBP y el cáncer de próstata.

Prostatitis bacteriana aguda (Tipo I)

Estado de microorganismos a la próstata a donde la vía de acceso es la uretral. CC.

- Malestar general - presencia de STU
- Fiebre
- Esquistos
- Micturias
- Dolor post-mict

Tx:

solo aplicar tx si hay un impacto importante en la calidad de vida del px.

- Requiere intervención de un especialista (urólogo)

- HBP refractoria al Tx medico (empresamiento o no muscular).

- RAO, recurrente o refractoria

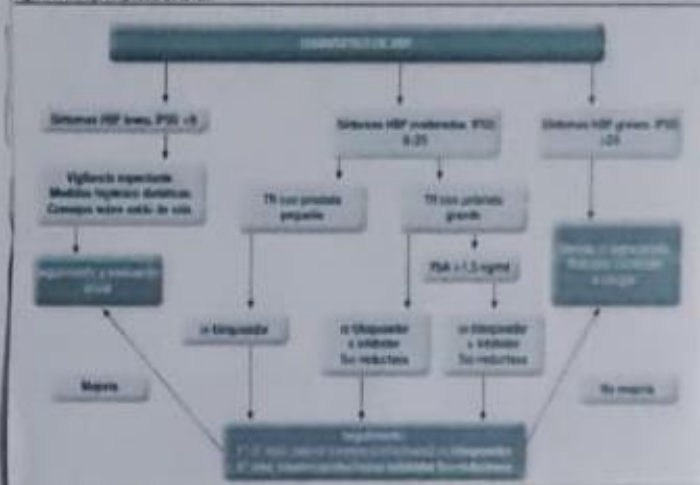
- Retención aguda de orina

- Hematuria recurrente refractoria al Tx medico

- IRC por obstrucción debido a HBP

- Litiasis vesical

Figura 1. Manejo terapéutico de la HBP



... tipo ...

se puede presentar como una complicación de la prostatitis aguda.

A diferencia de la aguda, los síntomas suelen prolongarse más allá de los 3 meses.

Tabla 3

Tabla 3. Clasificación de prostatitis (NIH, 1995)

Tipo	Nombre y descripción	% casos	Equivalente
I	Prostatitis bacteriana aguda	1-5	Prostatitis aguda
II	Prostatitis bacteriana crónica	5-10	Prostatitis crónica
III	Prostatitis abacteriana crónica/SDPC		
	A: SDPC inflamatorio (leucocitos en semen/secreto prostático/vaciamiento uretral > 3)	40-65%	Prostatitis abacteriana
	B: SDPC no inflamatorio	25-40%	Prostatitis abacteriana
IV	Prostatitis inflamatoria asintomática (prostatitis histológica)		Se define

SDPC: síndrome de dolor pélvico crónico.

Clases de riesgo

Las clasificaciones de riesgo se basan en los antecedentes y el riesgo de complicaciones de los pacientes por parte de ciertos factores de riesgo.

Fuente de riesgo	Fuente de riesgo
- Edad	- Anestesia
- Organos vitales	- Zona de intervención
- Hemodinamia	- Grado de lesión
	- Extensión de la lesión
	- Características de la lesión
	- Características de la lesión

De

Clases de riesgo

- El sistema más frecuente es el otro, pero por naturaleza la clasificación de riesgo se basa en la frecuencia de los eventos más que en la frecuencia de los eventos.
- Clase I: Riesgo bajo
- Clase II: Riesgo intermedio
- Clase III: Riesgo alto
- Clase IV: Riesgo muy alto

Clase de riesgo
 Sistema más utilizado para la clasificación del riesgo de complicaciones de cirugía se basa en la frecuencia de los eventos más que en la frecuencia de los eventos.

Clase de riesgo

Se debe tener en cuenta para la clasificación del riesgo son:

Tabla 1

Tu

Clases de riesgo

En una escala CASE-6 (Clases de riesgo de cirugía) para el riesgo de complicaciones (1-6)

- Clase I: Riesgo bajo
- Clase II: Riesgo intermedio
- Clase III: Riesgo alto
- Clase IV: Riesgo muy alto

Clases de riesgo

Según la capacidad de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (AVD e IVD).

Clase de riesgo
 De acuerdo a la frecuencia de los eventos más que en la frecuencia de los eventos.

Clase de riesgo

- Prueba de PISA < 5%
- Grado de lesión < 10%
- Grado de lesión > 10%
- Grado de lesión > 10%
- Grado de lesión > 10%

Clase de riesgo

Clase de riesgo

Tabla 1. Clasificación de riesgo de complicaciones de cirugía. Fuente: Adaptado de [1].

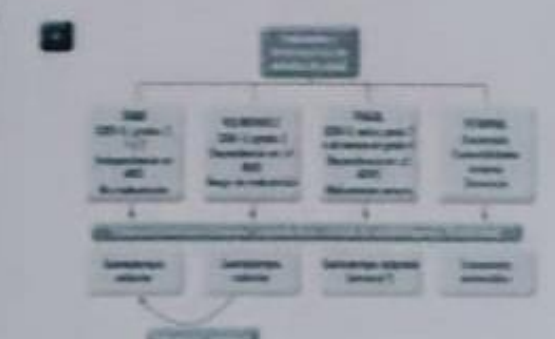
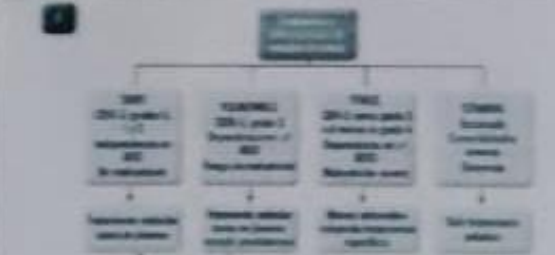


Tabla 2. Clasificación de riesgo de complicaciones de cirugía. Fuente: Adaptado de [1].

Tx primaria del cáncer de próstata localizado

- Prostatectomía radical (PR)

Extracción de la próstata junto con las unidades seminales.

PR mejora la supervivencia en pacientes con poco

peso de comorbilidad y enfermedad metastásica o pobremente diferenciada.

Radioterapia:

La dosis administrada está ligada al riesgo de recurrencia.

La radioterapia se utiliza con más frecuencia que la prostatectomía radical en hombres mayores con Gp localizado.

Como en la PR, el efecto de las comorbilidades es mayor que la edad en la supervivencia después de radioterapia.

Brachiterapia intracavitaria

Forma de tx radioterapéutica donde isotopos radiactivos se colocan dentro de la zona que requiere Tx.

Esta indicada en pt con Gp de bajo riesgo, un volumen prostático <30cm³ y un buen IPS.

Tx primaria del cáncer de próstata avanzado

- Terapia hormonal

En el tratamiento de elección es la enfermedad avanzada.

También tiene los indicadores en la enfermedad

localizada avanzada sintomática (T3-T4).

La castración avanzada sintomática (TS-T4).

- Bloqueo androgénico completo

- Bloqueo androgénico intermitente

- Quimioterapia

Docetaxel en combinación con prednisona es el régimen de elección en hombres con Gp metastásica o frecuada, un beneficio a los 3 meses con relación del dolor, estado general y de enfermedad metastásica comparado con mitoxantrona.

Grupos	Indicaciones	Contraindicaciones
T1a Volumen de tumor < 10% del volumen residual	Radioterapia activa	Excesivamente extensas o > 10 cm de extensión de la vida < 10 años de supervivencia de vida restante con terapia
	Prostatectomía radical	Quemaduras graves, cirugía extensa de vida < 10 años de supervivencia
	Radioterapia	Quemaduras graves, cirugía extensa de vida < 10 años de supervivencia
	Radioterapia	No aplicable
	Radioterapia	No aplicable
T1b Volumen > 10% del volumen residual	Radioterapia activa	Pacientes seleccionados con < 10 cm de extensión de vida < 10 años de supervivencia de vida restante con tx activo o cirugía extensa de vida < 10 años de supervivencia
	Prostatectomía radical	Pacientes seleccionados para la prostatectomía con una extensión de vida < 10 años que acepten la cirugía extensa asociada a tratamiento
	Radioterapia	Pacientes con extensión de vida < 10 años que acepten las complicaciones asociadas al tratamiento y cirugía extensa de vida < 10 años
	Radioterapia	Puede considerarse con cuidado en < 10 cm de extensión de vida < 10 años
	Radioterapia	Pacientes seleccionados que acepten una extensión de vida < 10 años que acepten la cirugía extensa asociada a prostatectomía o prostatectomía radical
T1c Volumen > 10% del volumen residual	Radioterapia activa	Pacientes con extensión de vida < 10 años que acepten las complicaciones asociadas al tratamiento y cirugía extensa de vida < 10 años
	Prostatectomía radical	Quemaduras graves, cirugía extensa de vida < 10 años
	Radioterapia	Excesivamente extensas o > 10 cm de extensión de vida < 10 años de supervivencia de vida restante con tx activo o cirugía extensa de vida < 10 años de supervivencia
	Radioterapia	Excesivamente extensas o > 10 cm de extensión de vida < 10 años de supervivencia de vida restante con tx activo o cirugía extensa de vida < 10 años de supervivencia
	Radioterapia	Excesivamente extensas o > 10 cm de extensión de vida < 10 años de supervivencia de vida restante con tx activo o cirugía extensa de vida < 10 años de supervivencia
T2a Volumen > 10% del volumen residual	Radioterapia activa	Pacientes con extensión de vida < 10 años que acepten las complicaciones asociadas al tratamiento y cirugía extensa de vida < 10 años
	Prostatectomía radical	No se usa comúnmente
	Radioterapia	No se usa comúnmente
	Radioterapia	Excesivamente extensas o > 10 cm de extensión de vida < 10 años de supervivencia de vida restante con tx activo o cirugía extensa de vida < 10 años de supervivencia
	Radioterapia	No se usa comúnmente
T2b Volumen > 10% del volumen residual	Radioterapia activa	Pacientes con extensión de vida < 10 años que acepten las complicaciones asociadas al tratamiento y cirugía extensa de vida < 10 años
	Prostatectomía radical	No se usa comúnmente
	Radioterapia	No se usa comúnmente
	Radioterapia	Excesivamente extensas o > 10 cm de extensión de vida < 10 años de supervivencia de vida restante con tx activo o cirugía extensa de vida < 10 años de supervivencia
	Radioterapia	No se usa comúnmente
T2c Volumen > 10% del volumen residual	Radioterapia activa	Pacientes con extensión de vida < 10 años que acepten las complicaciones asociadas al tratamiento y cirugía extensa de vida < 10 años
	Prostatectomía radical	No se usa comúnmente
	Radioterapia	No se usa comúnmente
	Radioterapia	Excesivamente extensas o > 10 cm de extensión de vida < 10 años de supervivencia de vida restante con tx activo o cirugía extensa de vida < 10 años de supervivencia
	Radioterapia	No se usa comúnmente

Tabla 4. Clasificación por estadio de la enfermedad de próstata

Estadío	Grupos	Indicaciones	Contraindicaciones
T1a	Grupos I	< 10	< 10
	Grupos II	< 10	< 10
	Grupos III	< 10	< 10
	Grupos IV	< 10	< 10
	Grupos V	< 10	< 10
	Grupos VI	< 10	< 10
T1b	Grupos I	< 10	< 10
	Grupos II	< 10	< 10
	Grupos III	< 10	< 10
	Grupos IV	< 10	< 10
	Grupos V	< 10	< 10
	Grupos VI	< 10	< 10
T1c	Grupos I	< 10	< 10
	Grupos II	< 10	< 10
	Grupos III	< 10	< 10
	Grupos IV	< 10	< 10
	Grupos V	< 10	< 10
	Grupos VI	< 10	< 10

Tabla 5. Clasificación por estadio de la enfermedad de próstata

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Daño renal o la presencia de un filtrado glomerular disminuido durante un tiempo un período superior a tres meses - Tabla 1

Epidemiología

Es una enfermedad frecuente en la población anciana de > 60 años

Manifestaciones Clínicas

- Poluria y nicturia - más frecuentes

Síntomas que confirman el diagnóstico - aparecen por debajo de $FG < 30$ ml/min.

• Fatiga • Debilidad • Dolores general.

Náuseas y gastrointestinales

• Anorexia • Náuseas • vómitos • Gusto metálico en la boca e hipo

Síntomas neurológicos

• Letargia

• Falta de concentración

• La somnolencia

• Posibilidad de memoria

• Piernas inquietas

• Espasmos musculares

Síntomas cardiopulmonares (CF)

• Crepitos

• Cardiorregulacion

• Edema

• Roca pericárdica

• HTA

• Piel de color amarillento.

Dx:

A todos los px con fr. de riesgo, se les debe realizar una anamnesis y exploración física exhaustivas y completar el estudio.

Estimación de filtrado glomerular (FG)

La prueba de creatinina - gault es o menos precisa en px mujeres o con pesos extremos

Tabla 3. Fórmulas para el cálculo del filtrado glomerular.

Fórmula MDRD-4 variables (Modification of Diet in Renal Disease)
$FG \text{ estimado} = 186 \times (\text{creatinina (mg/dl)})^{-1.154} \times (\text{edad})^{-0.203}$ $\times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$
Fórmula MDRD 6 variables
$170 \times \text{creatinina}^{-0.720} \times \text{edad}^{-0.176} \times \text{BUN}^{-0.770} \times \text{albúmina}^{2.274}$ $\times (0,762 \text{ en mujeres}) \times (1,18 \text{ en pacientes de raza negra})$
Fórmula de Cockcroft-Gault
$Cr = \frac{[(140 - \text{Edad}) \times \text{Peso (kg)}]}{[Cr \text{ sérica (mg/dl)}] \times 72}$ $\times (0,85 \text{ en mujeres})$

Tabla 4. Factores de riesgo de desarrollo de la enfermedad crónica.

Factores susceptibles	Factores de iniciación	Factores de progresión
Aumento de susceptibilidad de daño renal	Daño renal directo	Causa de engrosamiento y rápida disminución de la función renal
Edad avanzada, historia familiar	Diabetes, HTA, enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infecciones urinarias, litiasis urinaria, obstrucción tracto urinario bajo, toxicidad por fármacos	↑ proteinuria, HTA, mal control glucémico, tabaco

Tx:

Identificar y corregir los causas potencialmente reversibles como:

- deficiencia de vitaminas - Deficiencia de minerales - H7A - Insuficiencia cardíaca congestiva

Inicio

- JECA
- ARA II

Figura 2. Tratamiento de las alteraciones del metabolismo mineral.

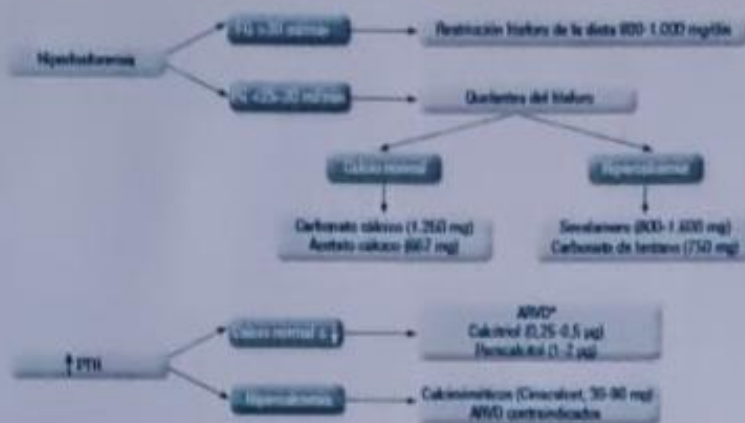


Figura 3. Detección de proteinuria o albuminuria.

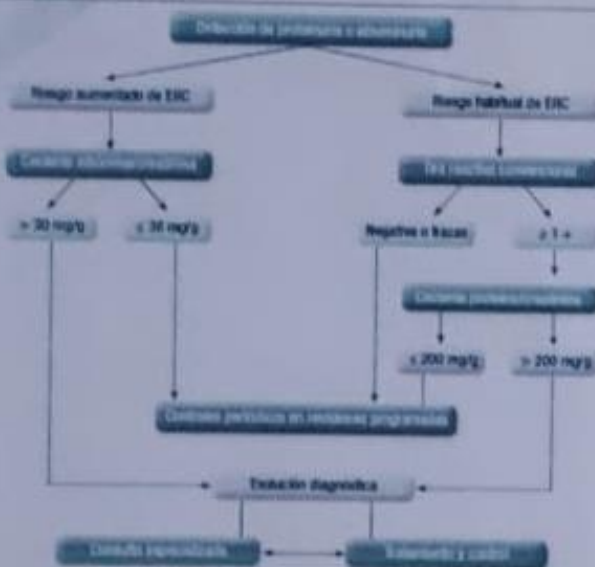


Tabla 4. Tratamiento de la nefropatía diabética.

Medidas generales	Abandono del tabaco Control del peso y dieta Ejercicio físico Control de la dislipidemia Antiagregación plaquetaria (fibrinólisis bajo de AAG) Control de presión arterial
Control glucemia (HbA _{1c} < 7%)	FC estado 4 y 5: insulina. Si FG > 30 ml/min: glicazina (estas sulfonamidas pueden acumularse y las biguanidas están contraindicadas). tiazolidinonas, repaglinida, metglitida y acarbose
Si microalbuminuria	ECA (en caso de intolerancia o efectos secundarios: ARA-II)
Si proteinuria	En DM tipo 1: ECA y como alternativa ARA-II En DM tipo 2: ARA-II y como alternativa ECA

Tabla 5. Indicaciones para iniciar diálisis.

Indicaciones absolutas	Pecardías o pleuritis (indicación urgente) Encefalopatía progresiva urémica, neuropatía, acné, mioclonos, convulsiones Deseos hemorrágica Sobrecarga de líquidos refractaria a diuréticos Alteraciones persistentes refractarias al tratamiento médico (hipopotasemia, acidosis metabólica, hipercalemia, hipocalcemia, hiperhidatemia) Evidencia de desnutrición
Indicaciones relativas	Declive cognitivo, depresión, prurito persistente o el síndrome de piernas inquietas

Manifestaciones Prepositivas -

Con la excepción del linfoma de Hodgkin (LH) los linfomas representan al grupo de neoplasias de mayor frecuencia de tumores y lo será aun más en el futuro con el envejecimiento poblacional.

Dependientes del tumor -

- Dependientes de la biología del tumor.
 - * Si prima células cañinas más frías
 - * Predominio de células grandes sobre células más pequeñas
 - * Tipo linfoblástico más primitivo.

Dependientes del paciente -

- Edad

- Estado General

La supervivencia de estado funcional se ve reducida claramente con la edad avanzada y más recientemente por la ECOG (Eastern Cooperative Oncological Group) que es la utilizada en los índices pronósticos más utilizados como el IPI (índice pronóstico internacional).

• Escala ECOG grado:

0. Normalidad sin limitaciones

1. Limitación por grandes esfuerzos
2. Se sale por si mismo para las actividades básicas de la vida diaria durante más del 50% del tiempo
3. No se sale por si mismo durante más del 50% del tiempo
4. Inactivo. Excesivamente permanente

- Para LNH

• IPI

- 1 punto: edad superior a 60 años, conteo de Ann Arbor (II-III), ECOG grado superior a 2

• FLIPI (Índice pronóstico internacional en linfoma folicular)

- 1 punto la edad superior a 60 años, estadio II y III de Ann Arbor, número de LH, presencia de hemoglobina por debajo de 12 g/dl y la presencia de más de 2 o más áreas ganglionares

- Linfoma no Hodgkin (LNH) en el anciano. El riesgo de LNH aumenta con la edad de 0,15 entre el nacimiento y los 39 años a 1,25 a los 80 años.

varios factores pueden explicar, de manera un forma,

- Diferencias biológicas propias del envejecimiento
- Presencia de comorbilidad
- Cambios farmacocinéticos y menor tolerancia a los quimioterápicos
- Modificaciones en la respuesta inmunoproliferativa y en el microambiente hostil se favorecen la toxicidad de los quimioterápicos

No existe un cuadro clínico común a todos los tipos de LNH

La variante linfoblástica, asociada a peor pronóstico es también más frecuente en ancianos.

Tabla 4. LNH más frecuentes en ancianos.

Tipo histológico	Número	60-69 años % pacientes	≥70 años % pacientes
Folicular	317	26	22
Difuso célula B grande	448	21	32
Células del manto	72	33	22
Zona marginal	16	34	16
Células T periféricas	93	26	28
Burkitt	9	11	-
MALT	108	26	27
Linfoblástico	46	4	-
Anaplásico célula T	32	13	9

Las vez más frecuente el LNH, asociado y relacionado al paciente de forma global o desde el inicio de tratamiento es base a los grupos de riesgo establecidos (Tabla 4)

- Enfermedad tratada y/o con pronóstico favorable
- Enfermedad avanzada
- Pe. Progl.
- Pe. Con recidiva

- LNH indolente -

El tratamiento de los LNH indolentes, que incluyen al Linfoma Folicular, el Linfoma de células pequeñas, linfoma linfocítico B de Linfoma de la zona marginal y los linfomas MALT, depende de su localización, lo que es refinamiento, o avanzado.

La Poliquimioterapia (PQT) es el tratamiento de elección en pacientes con gran carga tumoral, linfomas B, o rápido crecimiento ganglionar.

Los fármacos que más se han utilizado son CHOP (ciclofosfamida, vincristina, prednisona), FCM (fludauridina, adriamicina, metotrexato), CHOP (Ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona).

- LINFOMA DE HODGKIN (LH) EN ADULTOS -

Los resultados beneficiosos conseguidos por la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del LH en niños y jóvenes no han sido observados en los pacientes mayores de 60 años.

En cuanto a la presentación clínica, se han observado diferencias con la etapa de los jóvenes.

Tabla 2. Estadíos de Ann Arbor.

Estadio I	- I. Afectación de una única región ganglionar o una única estructura linfática (azoar, anillo de Waldeyer, tórax) - E. Afectación de una única y limitada localización extralinfática
Estadio II	- II. Afectación de 2 o más regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma - IE. Afectación limitada y por contigüidad (a partir de una zona ganglionar afectada) de una localización extralinfática y de una o más regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma
Estadio III	- III. Afectación de regiones linfáticas a ambos lados del diafragma - IIE. Afectación a ambos lados del diafragma con afectación extralinfática localizada
Estadio IV	Afectación diseminada de uno o más órganos extralinfáticos, asociada o no con enfermedad en ganglios linfáticos
Enfermedad extraganglionar	Se añade el sufijo "E" si es por contigüidad, si es a distancia corresponde a un grado IV
Criterio de masa voluminosa (bulky)	Añadir la letra X (>1/3 anchura de mediastino o >10 cm de diámetro)
Síntomas	- A: asintomático - B: fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso superior al 10% en los 6 meses previos

Tabla 5. Resultados de LNH agresivo según grupo de riesgo IP1 en la era rituximab.

Grupo de riesgo	Nº factores de riesgo*	% ILE a 3 años	% PLE a 3 años	% MT a 3 años
Bajo	0-1	81	87	91
Bajo-intermedio	2	68,5	74,7	81
Alto-intermedio	3	53	59	65
Alto	4-5	50	56	59

ILE: intervalo libre de enfermedad; PLE: progresión libre de enfermedad; MT: mortalidad total

Los parámetros con impacto negativo en el pronóstico: edad >60 años, extensión LDH, enfermedad avanzada (estados III y IV), bajo grado funcional (ECOG >1) y >1 zona afectación extraganglionar

Tomado de Pfreundschuh M. Blood 2010;116:5103-5110.