



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Resumen de unidad
Cristel alcalá ochoa
6 "B"

Gediatria
Dr. Romeo Suarez Martínez

Insuficiencia Renal Crónica

Enfermedad frecuente en la población anciana con una prevalencia es de 21,4% en mayores 64a.

Se define como daño renal o la presencia del FGM disminuido durante al menos un periodo de 3m.

Clasificación

- 1° Lesión renal con FG >90
- 2° Lesión renal con leve disminución 60-89
- 3° Mod disminución del FG 30-59
- 4° Severa disminución del FG 15-29
- 5° Fallo renal/dialisis <15

Fisiopatología

- El envejecimiento fisiológico ocasiona una reducción de hasta 10ml/min por década de vida.

Diagnostico

- Edad avanzada
- Historia familiar Diabetes/HTA.
- Enf. Inmune
- Inf. Sistémica
- Estimación FG
- Albúmina/proteinuria
- Pruebas de imagen
- Biopsia
- Hemograma

Etiología

- 1° DM
- 2° HTA
- 3° Enf. renovascular
- 4° Uropatías, Mieloma, Vasculitis.

Cuadro Clínico

- Poliuria / Nicturia
- <30ml/min
- Fatiga / Debilidad
- Malestar Gral.
- Anorexia / Náuseas
- Vómito / Gusto Metálico

Tratamiento

Corregir causas iniciales

- Diabetes, Hta, ICC
- Hta < 130/80
- IECA / ARA
- Duretico de asa
- Hta: < 30-40 ml/min
- Verapamilo / diltiazem
- DM 1: IECA
- DM 2: Arall

Fracaso Renal

Agudo

Se define como síndrome clínico que cursa con deterioro renal rápido con aumento de azúcar con productos nitrogenados.

Criterios

- Risk: Cr $>1.5-2$ \pm <0.5 ml $\times 6$ h
- Injury: Cr $>1.5-2$ \pm <0.5 ml $\times 12$ h
- Failure: Cr >3 Cr >4 mg/dl $\times 12$ h
- Loss: Fallo RA >4 semanas
- End stage: Fallo renal persistente por 3m.

Causas

- Prerenal
- Intrínseca
- Postrenal
- Multifactorial
- Origen: iatrogenico
- >75 a
- IC
- Enf. Vasculer
- DM
- hepatopatia

Tratamiento

- Medidas gral
- Estabilizar hemodinámica y volumen circulante.
- Corrección hidroelectrolítica
 - hiperpotasemia
 - ↳ salbutamol
 - ↳ insulina + Glucosa
 - ↳ Bicarbonato Sódico.
 - hiperparatiremia
 - hipocalcemia

Epidemiología

- Incidencia 3,5 en px >70 a
- >80 a 3 veces la posibilidad de desarrollar IRC.

Diagnostico

- Historia clínica
- Exploración Física
- Dx urémico, prurito, púdicia, nicturia.
- Volumen de diuresis
- evaluar la función renal
- Det. FG.
- Estimulación FG
- Osmolaridad

Tratamiento sustitutivo de la función renal.

Prevención

- evitar agentes nefrotóxicos
- ajustar fármacos según FG.
- Evitar el uso de:
 - AINEs
 - IECA
 - ARAS-II

Patología Prostática

Condición histológica caracterizada por proliferación benigna del t^o epitelial y/o estroma prostático dep y medida por androgenos, por ausencia de apoptosis.

Epidemiología

- Prevalencia 8%
- STOI 80% >65a

Diagnostico

Sintomas leves IPSS < 8
S. Moderados IPSS 8-20
S. Graves IPSS: ≥ 20

- Anamnesis
- Exploración física
 - Tacto anal
- Pruebas de laboratorio
 - Tira reactiva
 - Sedimento urinario
 - PSA
- Vit B12
- Cr < 1%
- ECO Abdominal
 - Litiasis renal
- Estudios urodinámicos

Terapia Combinada

- Inhibidor 5-alfa-reductasa y un betabloqueador
- ↳ en síntomas Mod-Grav.

Cuadro clínico

- Dificultad
- Disminución en la fuerza del Chorro
- Micción intermitente
- Goteo postmiccional
- Tenesmo
- Incontinencia
- Urgencia miccional
- Nocturia
- Poluria
- Dolor Suprapúbico

Tratamiento

Quirúrgico

- HBP: refractaria
- RAO: recurrente
- Hematuria
- IRC
- Litiasis vesical

Medidas Generales

- evitar cafe, alcohol y sedentarismo.
- Farmacos
 - Antagonistas alfa adrenergicos
 - Inhibidor de la 5 alfa reductasa.

Sx Mielodisplasicos

Grupo heterogeno de enf clonales de las celdas hemato-poieticas ineficaz y mayor riesgo de desarrollar una leucemia.

Epidemiologia

- Incidencia
- 70 a 80 a

Fac. Riesgo

- Edad > 70 a
- Genetica
- Ambiental

Diagnostico

Triada

- Citopenia cronica
- Hiperplasia de la MO
- Anormalidades morfologicas

Clasificación

Speriferica: Anemia normo
Leucopenia
Trombocitopenia
Pancitopenia

Genetica

↳ 5q-5-7

MO: Celdas clonales normales
Hiperplasia linfocitos
Sideroblastos

Etiologia

- acido desoxirribonucleico (ADN) o una interferencia en el proceso de separación.

Cuadro clinico

- Conancio
- Disnea
- Palidez
- anorexia
- hematoma
- Petequias

Tratamiento

- Transfusión sanguínea
- Eritropoietina
- Fact. estimulante
- Azatidina y de decitabina
- Citotoxicos

Mieloma múltiple

Trastorno neoplásico de células plasmáticas
Caracterizado por una proliferación clonal de células plasmáticas aberrantes en la MO.

Epidemiología

- t fcte: Varones
- Incidencia 3-6 por 100 mil
- 35% t fcte > 75 a.

Formas clínicas

- Gammapatía monoclonal de Ig incierto:
Cadenas pesadas (Igh)
- Smoldering Mieloma
M > 30 + 10% cel plasmáticas
- Plasmocitoma óseo
Lesión ósea única, secundaria a una lesión tumoral.
- Mieloma Múltiple
> 10% cel plasmáticas
F. Secretora: Serom Cadenas
Ligeras k o λ
No secretora: 1-3%

Tratamiento Soporte

- Dolor óseo AINES
- Calcio, vit D.
- Hidratación
- Plasmáferesis

Cuadro clínico

- Dolor óseo
- Anemia
- IR
- Infecciones
- Hipercalemia
- Dx de hiperviscosidad

Diagnóstico

- HC
- Excm físico
- Laboratorios
hemograma
Calcio
Albumina p12
- Det orina
- Excm. MO

Tratamiento

- Melfalan - prednisona
- Talidomida - MP
- Bortezomib - MP
- Lenalidomida