



Universidad del Sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana



"Geriatría"

Resúmenes

Hernández Aguilar Irma Natalia

6to "B"

Geriatría

Dr. Romeo Suárez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 01 de julio de 2024

Insuficiencia Renal crónica

21,4% en >64 años.
35-40% Diabéticos o hipertensos.

Estadio 3 y 4 → FG < 60 ml/min/1.73m²
" 5 → FG < 15 ml/min/1.73m²

Definición

→ Daño renal o presencia de filtrado glomerular > 3 meses.

Etiología

* Diabetes mellitus
→ HTA → E. Renovascular.

Manifestaciones clínicas

* Asintomático.
Poliorria
Nicturia
Sx uremico: < 30 ml/min
Fatiga. Malestar general.
Debilidad.
Malestares GI.
Sx neurológicos.

Fisiopatología

Envejecimiento fisiológico del OR e reducción FG de hasta 10 ml/min/década de vida.
↓ masa renal → hipertrofia de nefronas sanas → ↑ FG en Etapa 1 (transitorio).

Diagnóstico

- * Anamnesis.
- * Exploración física.
- Estimación del FG.
- Albuminuria/proteinuria.
- Pruebas de imagen.
- Hemograma, electrolitos y PTH.
- Biopsia renal.

Prevención y Tratamiento de las complicaciones

Anemia

* Hemoglobina 10-12 g/dl
Eritropoyetina recombinante humana (< 11 g/dl)
Darbepoetina alfa

Tratamiento

HTA → IECA o ARA II
Tiazidas: 30-40 ml/min
Control de Nefropatía diabética.

Trombopatía urémica

Hemorragia prolongada:
Plasma fresco congelado o desmopresina en hemorragia espontánea previo a intervención.

Alt. hidroelectrolíticas

Ingesta líquida diaria de 1,5-2 litros (no edematosos).
FG < 25 ml/min restricción de sal.
FG < 15 ml/min restricción hídrica.

Hiperpotasemia

FG < 10-20 ml/min
↓ potasio a 40-60 mEq/día.
Restricción de frutas, verduras y frutos secos.

Acidosis metabólica

Tx si bicarbonato sérico < 18 mEq/l
Objetivo bicarbonato sérico de 21 mEq/l con bicarbonato sódico VO 2-6 g/día.

Metabol. mineral y óseo

↓ calcitriol 1,25(OH)₂D₃ y ↑ retención de fósforo.
Tx para hiperfosfatemia e hiperparatiroidismo.

Alt. Cardiovascular

Diuréticos
Iniciar diálisis (si no funcionan fx)

Hiperuricemia

Alopurinol si es > 10 mg/dl (0.6 mmol/l)
o clínica gotosa.

Alt. neurológicas

Inicio de diálisis.

Síndrome Renal agudo

Definición

Sx clínico, potencialmente reversible, que cursa con un deterioro rápido de la fx renal, ↑ en sangre de productos nitrogenados, alt. en regula del volúmen EC y homeostasis de electrolitos con o sin ↓ de diuresis en horas o días.

Estadio 1: ↑ Crs ≥ 0.3 mg/dl en 48 h o ↑ Crs $> 1.5-1.9$ veces el valor basal y/o < 0.5 ml/kg/h x 6 h.

Estadio 2: Crs $\geq 2-2.9$ veces el valor basal y/o diuresis < 0.5 ml/kg/h x 12 h.

Estadio 3: Crs ≥ 3 veces el valor basal o un ↑ del Crs > 4 mg/dl o inicio del tx sustitutivo de la fx renal y/o diuresis < 0.3 ml/kg/h x 24 h o anuria x 12 h.

Diagnóstico

- HC y EF.
- Revisar presencia de FR.
- Volúmen diuresis / día.
- Sx de T. urinario o sistémicos.
- Marcadores inmunológicos (enf. renales específicas).
- Evaluación de la fx renal.
- Análisis de orina y sedimento urinario.
- Osmolaridad y electrolitos en orina.
- Pruebas de imagen.
- Biopsia renal.

Deter: FG
Estimación FA
Nuevos marcadores

FRA Prerenal

- AINES
- IECAS
- ARA II

FRA Intrínseco

- * Hidratación
- Sepsis → Antibiótico
- Vasculitis y GMMI → Esteroides e inmunosupresores.

FRA Postrenal

- * Sondaje vesical.
- T3FR se reserva para compromiso vital.

RISK: Crs $> 1.5-2$ veces el valor basal +/− D < 0.5 ml/kg/h x 12 h

Injury: Crs $> 2-3$ veces el valor basal +/− D < 0.5 ml/kg/h x 12 h.

Failure: Crs ≥ 3 veces el valor basal o una Crs > 4 mg/dl con ↑ agudo de ≥ 0.5 mg/dl +/− D < 0.3 ml/kg/h x 24 h

Loss: Fallo renal agudo persistente > 4 scm.

End-stage kidney disease: Fallo renal agudo persistente por 3 meses

Causas

- FRA prerenal o funcional.
 - Depleción de volúmen sanguíneo real.
 - ↓ del volúmen sanguíneo eficaz.
 - Cambios hemodinámicos en relación con la toma de fármacos.
- FRA renal o intrínseco.
 - Necrosis tubular aguda:
 - o NTA isquémica
 - o NTA nefrotóxica.
 - Nefritis intersticial aguda.
 - Enf. Vascular renal aguda:
 - o Pequeño vaso
 - o Gran vaso
 - Glomerulonefritis.
- FRA postrenal u obstructivo.

Tratamiento

Medidas Generales

- Estabilización hemodinámica y del volúmen circulante.
- Corrección de las alt. hidroelectrolíticas y equilibrio ácido-base.
 - Hipertatemia: Agentes que desplazan el K⁺ al interior celular.
 - Agentes que eliminan el K⁺ del organismo.

Indicaciones para el Tratamiento Sustitutivo de la función renal

Tratamiento sustitutivo de la fx renal.

Hemodiálisis intermitente convencional.
Diálisis peritoneal.
Hemodiálisis y hemofiltración continua.
Diálisis prolongada de baja eficiencia.

Insuf. cardiaca congestiva o HTA grave refractaria a tx médico.

Hipopotasemia severa.

Acidosis severa refractaria.

Creatinina s. > 8-10 mg/dl

Encefalopatía urémica.

Pericarditis urémica.

Prevención

Primaria →

Repleción de volumen, evitar agentes nefrotóxicos, ajustar dosis de fármacos y reconocimiento temprano de condiciones que causan progresión del FRA.

Secundaria →

No se recomienda de Dopamina, sólo cuando el objetivo es mantener un balance de fluidos óptimo.

Patología

Prostata



Condición histológica caracterizada por proliferación benigna del t. epitelial y/o estroma de la próstata dependiente y mediada por andrógenos.
Crecimiento en zona transicional periuretral y aparece en casi 50% de hombres.

Evaluación del Px

Anamnesis → Interrogar, valoración de los STU.
Exploración física → valoración cognitiva y funcional, exp. neurológica, tacto rectal.
Pruebas de lab → Tira reactiva y sedimento urinario, PSA, Vit. B12, Creatinina sérica.
Otras → ECA abdominal, estudios urodinámicos.

Tratamiento

Cirugía → ITUP, RTU, Prostatectomía o adenomecctomía.
Med. grates → Evitar el consumo de café y alcohol, sedentarismo, evitar líquidos antes de dormir y fx.
Fármacos → Antagonistas alfa-adrenérgicos, inhibidores 5-alfa-reductasa, terapia combinada.
Terapia → Serenoa repens 160mg/12h.

Cáncer de Próstata

Epidemiología: 11% de neoplasias y 9% muerte por Ca en hombres. Edad avanzada.
Ex Rx: Edad, origen étnico (latinoamericanos) y herencia.
Detección precoz: Antígeno Prostático específico con tacto rectal.
Dx →
● Clínica
● PSA
● Tacto rectal

Epidemiología

40 años → 8%
50 " → 50%
90 " → 90% (88%)

Manifestaciones Clínicas

Obstructivos e irritativos.

Dif. inicial y retraso en la micción, ↓ fuerza del chorro, micción intermitente, tenesmo, incontinencia, Urgencia miccional, nocturia, poliuria, dolor suprapúbico.

Prostatitis y sx de Dolor Pélvico C

Prostatitis bacteriana aguda (tipo I): Malestar gral, fiebre, escalofríos, mialgias, dolor perineal, presencia STU.
Prostatitis bacteriana crónica (tipo II): Próstata aumentado de tamaño, dolor, edema.
Sx de dolor pélvico (tipo III): Dolor pélvico inguinal, genital, perineal < 3 meses evolución.
Prostatitis inflamatoria asintomática: Prostatitis histológica por biopsia.

Tx: Según → Comorbilidad, status funcional, estado nutricional. Se clasifican en: anciano sano, vulnerable, frágil y terminal.
Tx primario: Tx diferido
Prostatectomía radical
Radioterapia
Braquiterapia transperineal

Patología

Prostata



Condición histológica caracterizada por proliferación benigna del t. epitelial y/o estroma de la próstata dependiente y mediada por andrógenos.

Crecimiento en zona transicional periuretral y aparece en casi 50% de hombres.

Evaluación del Px

Anamnesis → Interrogar, valoración de los STU,

Exploración física → valoración cognitiva y funcional, exp. neurológica, tacto rectal.

Pruebas de lab → Tira reactiva y sedimento urinario, PSA, Vit. B12, Creatinina sérica.

Otras → ECA abdominal, estudios urodinámicos.

Tratamiento

Cirugía → ITOP, RTU, Prostatectomía o adenomectomía.

Med. grales → Evitar el consumo de café y alcohol, sedentarismo, evitar líquidos antes de dormir y fx.

Fármacos → Antagonistas alfa-adrenérgicos, Inhibidores 5-alfa-reductasa, terapia combinada.

Terapia → Sereenoa repens 160mg/12h.

Cáncer de Próstata

Epidemiología: 11% de neoplasias y 9% muerte por Ca en hombres. Edad avanzada.

Fx Rx: Edad, origen étnico (latinoamericanos) y herencia.

Detección precoz: Antígeno Prostático específico con tacto rectal.

Dx →
● Clínica ● PSA
● Tacto rectal

Epidemiología

40 años → 8%
50 " → 30%
90 " → 90% (88%)

Manifestaciones Clínicas

Obstructivos e irritativos.

Dif. inicial y retraso en la micción, ↓ fuerza del chorro, micción intermitente, tenesmo, incontinencia, Urgencia miccional, nocturia, poliuria, dolor suprapúbico.

Prostatitis y sx de Dolor Pélvico C

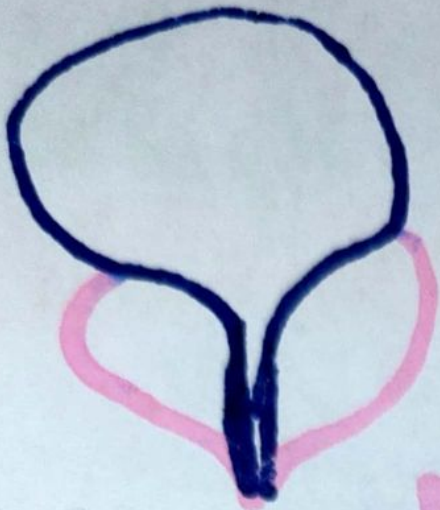
Prostatitis bacteriana aguda (tipo I): Malestar general, fiebre, escalofríos, mialgias, dolor perineal, Presencia STU.

Prostatitis bacteriana crónica (tipo II): Próstata aumentada de tamaño, dolor edema.

Sx de dolor pélvico (tipo III): Dolor pélvico inguinal, genital, perineal < 3 meses evolución. Prostatitis inflamatoria asintomática: Prostatitis histológica por biopsia.

Tx: Según → Comorbilidad, status funcional, estado nutricional. Se clasifican en: anciano sano, vulnerable, frágil y bterminal.

Tx primario: Tx diferido
Prostatectomía radical
Radioterapia
Braquiterapia transperineal



Diagnóstico

Tx primario Ca avanzado:
Terapia hormonal.

- Bloqueo adrenérgico completo.
- Bloqueo andro. intermitente.

Seguimiento de px CaP:

Opciones terapéuticas de segunda línea tras tx local →

- Manejo de la recidiva bioquímica tras PR.
- Manejo de la recidiva bioquímica tras RT.

Quimioterapia.

Tx paliativo

Prostatitis y ex de
Polo Félvico C

Síndromes mielodisplásicos

Intro

Displasia cel, hematopoyesis ineficaz y mayor rx de leucemia mieloide aguda (30%).
Pico de incidencia 70-80%.

Incidencia y F&Rx

Edad → ↑ > 70 años.

Predisposición genética → anemia de Fanconi, > Bloom, neurofibromatosis.

Exposición ambiental/adquiridos → * Benceno y otros solventes industriales radioterapia, ag. alquilantes, etc.

Diagnóstico

Examen rutinario.
Citopenia crónica, hiperplasia de médula ósea, anomalías morfológicas de precursores hematopoyéticos.

Dx diferencial

* Biopsia de MO
Deficit B12 o ácido fólico, infecciones (VH. parvovirus), Alcoholismo crónico, hepatopatías, enf. autoinmunes, alt. endócrinas, etc.

Tratamiento

- Transfusiones sanguíneas. Hb < 10 g/dl.
- Eritropoyetina
- Fx estimulante de colonias de granulocitos.
- Azacitidina - 5 y la decitabina.
- lenalidomida
- Citotóxicos.

Etiología

cualquier agente que lesione al ácido desoxirribonucleico o interfiera en su proceso de reparación.

Signos y Síntomas

* Anemia
Cansancio, disnea, palidez, anorexia.
Hematomas, petequias, sangrado en mucosa oral.

Clasificación

	FAB	B-MO	LMF
AR	Blastos		
ARS	≤ 1	< 5	10-20
AREB	≤ 5	< 5	10-30
" - T	≤ 5	5-20	> 50
LMMC	< 5	21-29	60-100
		≤ 20	> 40

Pronóstico

Mal pronóstico:
Edad avanzada.
Porcentaje aumentado de blastocitos en MO.
Dependencia transfusional.
Fibrosis medular y mutaciones de oncogenes.

- IPSS
- WPSS
- MDACC
- Índice de prob. español.

mieloma múltiple

Tx neoplásico de cel. plasmáticas, caracterizado por una proliferación clonal de cel. plasmáticas aberrantes en la MO, la presencia de una PT monoclonal en sangre o en orina y en asociación con algún tipo de disfunción orgánica.

Epidemiología

- en mujeres ↓ y hombres ↑.
- Raza negra.
- Edad media 70 años.

Formas clínicas

- Gammapatía monoclonal de significado incierto → Translocación primaria en el cromosoma 14q32.
- Smoldering mieloma → Niveles de componente M ≥ 30 g/l y $\geq 10\%$ cel. plasmáticas clonales.
- Mieloma múltiple → $\geq 10\%$ cel. plasmáticas clonales en MO.
- Plasmocitoma óseo solitario.

Diagnóstico

- Historia clínica
- Examen físico
- Análisis de lab →
 - Determinaciones en sangre
 - " " " Orina
- Examen de MO
- Rx convencional
- RM

Tx de soporte

- Dolor óseo → AINE
- Calcio y Vit D.
- Plasmaféresis.

Etiopatogenia

Resultado evolutivo de una fase de gammapatía monoclonal de significado incierto.

Alt. cromosómicas →
Deleciones 13q14, 17p13 y anomalías en 11q.

Manifestaciones clínicas

- Anemia, dolor óseo, insuf. renal, infecciones, hipercalcemia, sx de hiperviscosidad.

Tratamiento

- ♥ Tx clásico: Melfalán - prednisona.
- Talidomida - MP o Talidomida - melfalán - dexametasona
- Bortezomib - MP
- Regímenes con lenalidomida en asociación.

Efectos Adversos

- Neutropenia: Estimuladores de col. granulocíticas
- Trombosis venosa: AAs (dosis bajas).