

**Diego Caballero Bonifaz**

**DR: Carlos manuel Hernandez santos**

**Resúmenes**

**Geriatría**

**6**

**B**

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 3 de Julio de 2025.

## Enfermedades tiroideas en el adulto mayor

Las enfermedades tiroideas en el adulto mayor presentan características clínicas particulares, debido a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, la coexistencia de otras enfermedades y una menor expresión sintomática. En este grupo etario, tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo son frecuentes, siendo el primero más común. La evaluación y el tratamiento deben adaptarse considerando el estado funcional y comorbilidades del paciente.

### Hipotiroidismo

En los adultos mayores, el hipotiroidismo puede ser primario (por tiroiditis de Hashimoto o posquirúrgico) o secundario (por disfunción hipotalámica o hipofisaria). En este grupo, los síntomas son a menudo sutiles o atribuibles a la edad, como fatiga, estreñimiento, disminución de la memoria, depresión y bradicardia. El diagnóstico se basa en la medición de TSH y T4 libre. El tratamiento con levotiroxina debe iniciarse a dosis bajas para evitar efectos adversos cardiovasculares, ajustando según respuesta clínica y TSH.

### Hipertiroidismo

Menos frecuente que el hipotiroidismo, el hipertiroidismo en el anciano puede presentarse de forma atípica, con pérdida de peso, fibrilación auricular, debilidad muscular, confusión o apatía (forma "apatética"). Las principales causas son la enfermedad de Graves, bocio multinodular tóxico y adenoma tóxico. El diagnóstico requiere niveles suprimidos de TSH y elevación de T4 y/o T3. El tratamiento incluye antitiroideos, yodo radiactivo y, en casos seleccionados, cirugía. El manejo debe ser cuidadoso para evitar crisis tirotoxicas, especialmente en presencia de comorbilidades cardíacas.

### Nódulos tiroideos y cáncer

Los nódulos tiroideos son comunes en el adulto mayor, y la prevalencia aumenta con la edad. La mayoría son benignos, pero la probabilidad de malignidad se mantiene similar a otros grupos etarios. La evaluación incluye ecografía tiroidea y biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) en nódulos sospechosos. El tratamiento del cáncer tiroideo debe individualizarse, considerando la expectativa de vida, funcionalidad y agresividad tumoral. En muchos casos, el manejo conservador es apropiado.

### Tiroideopatía subclínica

En adultos mayores, tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo subclínicos son frecuentes. Aunque asintomáticos, pueden tener impacto en el metabolismo óseo y cardiovascular. La decisión de tratar depende de los niveles hormonales, síntomas y riesgo cardiovascular. En pacientes con TSH persistentemente  $<0.1$  mUI/L o  $>10$  mUI/L, el tratamiento suele estar indicado.

### Consideraciones finales

El manejo de las enfermedades tiroideas en el adulto mayor requiere un enfoque individualizado. Los cambios fisiológicos del envejecimiento y la presencia de enfermedades crónicas pueden modificar la presentación clínica y la respuesta al tratamiento. Un diagnóstico oportuno y un tratamiento cuidadoso pueden mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes.

## **La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

es una afección respiratoria frecuente en adultos mayores, caracterizada por una obstrucción persistente y progresiva del flujo aéreo, generalmente no reversible, asociada a una respuesta inflamatoria anormal del pulmón a partículas nocivas o gases, especialmente el humo del tabaco. En el adulto mayor, su prevalencia aumenta y su diagnóstico puede ser tardío por confusión con los efectos normales del envejecimiento o con otras enfermedades crónicas.

### **Definición**

La EPOC comprende dos condiciones principales: bronquitis crónica, definida clínicamente como tos productiva durante al menos tres meses en dos años consecutivos, y el enfisema pulmonar, que es la destrucción de los alvéolos y pérdida de elasticidad pulmonar. En muchos pacientes coexisten ambas.

### **Manifestaciones clínicas**

En el adulto mayor, la EPOC puede presentarse con síntomas menos específicos o atribuidos al envejecimiento. Los más comunes incluyen:

- Disnea progresiva, inicialmente de esfuerzo y posteriormente en reposo.
- Tos crónica con expectoración.
- Sibilancias y opresión torácica.
- Intolerancia al ejercicio.
- Infecciones respiratorias frecuentes.

En casos avanzados, puede haber pérdida de peso, caquexia, cianosis, uso de músculos accesorios para respirar, y signos de insuficiencia respiratoria o cor pulmonale (hipertrofia del ventrículo derecho por hipertensión pulmonar).

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de EPOC en el adulto mayor requiere una combinación de historia clínica, exploración física y pruebas funcionales. La espirometría es fundamental, mostrando una relación FEV1/FVC menor del 70% post-broncodilatador, lo que indica obstrucción persistente. El FEV1 ayuda a clasificar la gravedad (leve, moderada, grave o muy grave).

Otras herramientas útiles incluyen:

- Radiografía o tomografía de tórax: pueden mostrar hiperinsuflación o bullas.
- Gasometría arterial: útil en casos avanzados para evaluar la oxigenación y la retención de CO<sub>2</sub>.
- Oximetría de pulso para control crónico.

Debe hacerse diagnóstico diferencial con otras enfermedades comunes en el anciano, como insuficiencia cardíaca, asma de inicio tardío o fibrosis pulmonar.

### **Tratamiento**

El tratamiento de la EPOC en adultos mayores tiene como objetivo aliviar síntomas, reducir exacerbaciones, mejorar la calidad de vida y retrasar la progresión de la enfermedad. Incluye:

**1. Medidas generales:**

- Suspensión del tabaquismo (lo más importante).
- Vacunación contra influenza y neumococo.
- Educación del paciente y su familia.

**2. Tratamiento farmacológico:**

- Broncodilatadores de acción corta o prolongada (antimuscarínicos o beta-agonistas).
- Corticoides inhalados en casos con exacerbaciones frecuentes.
- Oxigenoterapia en pacientes con hipoxemia crónica ( $\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mmHg}$  o  $\text{SaO}_2 < 88\%$ ).

**3. Rehabilitación pulmonar:**

- Ejercicio físico supervisado, técnicas de respiración, soporte nutricional y apoyo psicológico.

**4. Tratamiento de exacerbaciones:**

- Uso de antibióticos, corticoides sistémicos y ajuste de broncodilatadores.
- Hospitalización en casos graves con insuficiencia respiratoria.

## **Los trastornos de la deglución en el adulto mayor**

son una alteración común en el adulto mayor, caracterizados por la dificultad para llevar alimentos sólidos o líquidos desde la boca hasta el estómago. Representan un problema clínico relevante, pues se asocian con riesgo de desnutrición, deshidratación, aspiración pulmonar e incluso mortalidad. Su prevalencia aumenta con la edad, especialmente en pacientes con enfermedades neurológicas, demencias o deterioro funcional.

### **Definición y fisiología**

La deglución normal es un proceso complejo, que se divide en tres fases: oral, faríngea y esofágica. En los adultos mayores, el envejecimiento puede alterar todas estas fases, ya sea por debilidad muscular, disminución del reflejo de deglución, problemas dentales o enfermedades de base. La disfagia orofaríngea es la más frecuente en esta población y se refiere a la dificultad en el paso del bolo desde la boca hasta el esófago superior.

### **Manifestaciones clínicas**

Los síntomas pueden ser leves o severos, y muchas veces insidiosos. Entre los más comunes destacan:

- Dificultad para iniciar la deglución.
- Sensación de atoramiento o de que los alimentos se “quedan pegados”.
- Tos o atragantamiento al comer o beber, especialmente con líquidos.
- Cambios en la voz post deglución (“voz húmeda”).
- Sialorrea o babeo.
- Neumonías por aspiración recurrentes.
- Pérdida de peso involuntaria, desnutrición y deshidratación.

En algunos casos, especialmente en pacientes con demencia o enfermedades neurológicas, la disfagia puede no manifestarse claramente, por lo que se requiere una vigilancia activa del equipo médico o familiar.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de los trastornos de la deglución debe ser clínico y funcional. Se inicia con una historia clínica detallada y observación directa del paciente durante la alimentación. La prueba de volumen-viscosidad y el test de agua son herramientas clínicas útiles en la evaluación inicial.

Para confirmar el diagnóstico y determinar el tipo y severidad del trastorno, se utilizan estudios complementarios como:

- Videofluoroscopia de la deglución (estudio baritado): evalúa de forma dinámica todas las fases del proceso.

- Endoscopia de fibra óptica (FEES): permite observar directamente la faringe y laringe durante la deglución.
- Evaluación por fonaudiología o logopedia especializada.

## **Tratamiento**

El tratamiento de la disfagia en el adulto mayor es multidisciplinario y depende de la causa y severidad. Incluye:

### **1. Medidas generales:**

- Adaptación de la dieta en textura y viscosidad.
- Cambios posturales (posición de la cabeza y cuello al deglutir).
- Supervisión durante las comidas.

### **2. Rehabilitación de la deglución:**

- Ejercicios específicos para fortalecer los músculos orofaríngeos.
- Técnicas compensatorias entrenadas por terapeutas del lenguaje.

### **3. Soporte nutricional:**

- Uso de suplementos nutricionales.
- En casos severos, considerar alimentación enteral por sonda nasogástrica o gastrostomía.

## Las infecciones en el adulto mayor

constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad en esta población. A diferencia de los adultos jóvenes, los ancianos presentan una respuesta inmunológica disminuida (inmunosenescencia), múltiples comorbilidades y una mayor frecuencia de hospitalizaciones, lo que los hace más vulnerables a infecciones, muchas veces con manifestaciones atípicas o poco evidentes.

### Definición

Se considera infección a la invasión de tejidos del cuerpo por microorganismos patógenos como bacterias, virus, hongos o parásitos. En el adulto mayor, estas infecciones pueden presentarse de forma diferente, con síntomas sutiles, lo que retrasa el diagnóstico y complica el tratamiento. Además, existen factores predisponentes como el uso de dispositivos invasivos (sondas urinarias, catéteres), desnutrición, institucionalización, polifarmacia y deterioro funcional o cognitivo.

### Manifestaciones clínicas

Una característica importante en el adulto mayor es la presentación atípica de las infecciones. Los signos clásicos como fiebre, leucocitosis o dolor localizado pueden estar ausentes o ser leves. En su lugar, pueden aparecer:

- Cambios en el estado mental (delirio, confusión aguda).
- Incontinencia urinaria de reciente aparición.
- Caídas inexplicables.
- Deterioro funcional súbito.
- Anorexia o debilidad generalizada.

Estas manifestaciones inespecíficas pueden ser la única pista de una infección activa.

Las infecciones más frecuentes en esta población son:

- **Infecciones del tracto urinario (ITU):** Muy comunes, especialmente en mujeres y pacientes con sondas vesicales. Pueden cursar sin fiebre, con solo cambios mentales o debilidad.
- **Infecciones respiratorias:** Incluyen neumonía adquirida en la comunidad, bronquitis y exacerbaciones de EPOC. La neumonía puede no causar fiebre o tos evidente y manifestarse solo con confusión y taquipnea.
- **Infecciones cutáneas:** Celulitis, úlceras por presión infectadas o infecciones por herpes zóster son frecuentes.
- **Infecciones gastrointestinales y sepsis abdominal:** Pueden tener presentación insidiosa. La colecistitis y diverticulitis en ancianos pueden cursar sin dolor claro.

### Diagnóstico

El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica. Se debe prestar atención a cambios funcionales o del estado mental. Las herramientas diagnósticas incluyen:

- Hemograma, PCR, procalcitonina.
- Urocultivo y examen general de orina.
- Radiografía de tórax ante sospecha de neumonía.
- Hemocultivos en caso de fiebre o sospecha de sepsis.
- Exámenes por imagen como tomografía si se sospechan infecciones profundas.

### **Tratamiento**

El tratamiento debe iniciarse de forma temprana, a menudo empíricamente, y ajustarse según los resultados microbiológicos. Consideraciones clave:

1. **Antibióticos:** Uso racional para evitar resistencia. Se deben ajustar por función renal y hepática.
2. Hidratación y soporte nutricional.
3. Control de comorbilidades y optimización del estado funcional.
4. **Hospitalización:** si hay compromiso general, sepsis, dificultad respiratoria o imposibilidad de manejo ambulatorio.
5. **Prevención:** Vacunación antigripal, antineumocócica y contra herpes zóster, higiene adecuada, evitar sondas innecesarias.

## sepsis

es una de las principales causas de hospitalización y muerte en adultos mayores. Se define como una respuesta desregulada del organismo frente a una infección, que conduce a disfunción orgánica potencialmente mortal. En los adultos mayores, la sepsis es particularmente peligrosa debido a la disminución de la reserva fisiológica, la presencia de múltiples comorbilidades y una respuesta inmune alterada, lo que dificulta el reconocimiento temprano y complica el tratamiento.

### Definición

Según las definiciones actuales (Sepsis-3), la sepsis se presenta cuando una infección desencadena una disfunción orgánica aguda, evidenciada por un aumento de  $\geq 2$  puntos en la escala SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). Si se acompaña de hipotensión persistente que requiere vasopresores para mantener una presión arterial media  $\geq 65$  mmHg y lactato sérico  $> 2$  mmol/L a pesar de una reanimación con líquidos adecuada, se clasifica como shock séptico.

En el adulto mayor, esta definición sigue siendo válida, pero la interpretación debe adaptarse debido a su fisiología particular.

### Manifestaciones clínicas

La presentación clínica de la sepsis en el anciano suele ser atípica. Los signos clásicos como fiebre, taquicardia o leucocitosis pueden estar ausentes o ser discretos. Entre los síntomas más frecuentes y específicos en esta población se encuentran:

- **Alteración del estado mental:** delirio, confusión aguda o somnolencia, incluso antes de que aparezca fiebre o síntomas localizados.
- **Hipotermia** en lugar de fiebre.
- **Taquipnea o dificultad respiratoria**, muchas veces confundida con insuficiencia cardíaca o EPOC.
- **Caídas recientes sin causa aparente.**
- **Descompensación de enfermedades crónicas** (diabetes, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal).
- **Oliguria, hipotensión o mareos.**

Estas manifestaciones obligan a mantener un alto índice de sospecha, especialmente si el paciente tiene factores de riesgo como sondas, hospitalizaciones recientes, tratamientos inmunosupresores o antecedentes de infecciones recurrentes.

### Diagnóstico

El diagnóstico temprano es crucial. Se basa en tres elementos clave:

1. **Identificación del foco infeccioso:** pulmonar, urinario, cutáneo, abdominal, etc.
2. **Evidencia de disfunción orgánica:** caída de presión arterial, alteración del estado de conciencia, falla renal aguda, coagulopatía, hipoxemia.

### 3. Confirmación mediante estudios complementarios:

Biometría hemática completa, con leucocitosis, leucopenia o desviación a la izquierda.

PCR y procalcitonina como marcadores inflamatorios.

Gasometría arterial: puede mostrar acidosis láctica.

Cultivos de sangre, orina, esputo, líquido cefalorraquídeo u otros según el foco sospechado.

Imágenes diagnósticas (radiografía de tórax, ultrasonido, TAC) para localizar el foco infeccioso.

**Escalas clínicas** como SOFA o qSOFA (taquipnea  $\geq 22$ , alteración mental y PAS  $\leq 100$  mmHg) como herramientas rápidas de evaluación.

#### Tratamiento

El tratamiento debe ser rápido, integral y multidisciplinario. Las primeras horas son críticas y se conocen como la “hora dorada del manejo de la sepsis”. Las intervenciones incluyen:

1. **Inicio temprano de antibióticos de amplio espectro**, dentro de la primera hora, adaptados al sitio probable de infección y factores de riesgo locales.
2. **Reanimación con líquidos intravenosos**, generalmente con solución cristaloide (30 ml/kg en la primera hora), ajustando según respuesta hemodinámica.
3. **Uso de vasopresores** (como noradrenalina) si la presión arterial media no se mantiene  $\geq 65$  mmHg tras la reanimación.
4. **Control del foco infeccioso**, que puede requerir drenajes, cirugía, o retiro de dispositivos infectados.
5. **Soporte de órganos**: oxigenoterapia, ventilación mecánica si es necesario, manejo de la falla renal con diálisis si procede.
6. **Monitorización continua**: signos vitales, función renal, gases arteriales, lactato y respuesta clínica.

El adulto mayor requiere especial atención para evitar iatrogenias, como sobrecarga de volumen, interacciones medicamentosas y complicaciones del tratamiento agresivo. La evaluación geriátrica integral es esencial para decidir el nivel de intervención, especialmente en pacientes frágiles o con deterioro funcional severo.

## La cardiopatía isquémica en el adulto mayor

es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor. Se refiere a un grupo de trastornos causados por una disminución del flujo sanguíneo al miocardio, generalmente debido a aterosclerosis de las arterias coronarias. Esta obstrucción reduce el aporte de oxígeno al músculo cardíaco y puede generar isquemia, infarto y muerte celular.

En el envejecimiento, hay cambios estructurales y funcionales del sistema cardiovascular, como rigidez arterial, hipertrofia ventricular izquierda y disminución de la reserva coronaria, lo que aumenta la vulnerabilidad del corazón al daño isquémico. Además, los ancianos suelen tener múltiples comorbilidades (hipertensión, diabetes, dislipidemia) que agravan el riesgo cardiovascular.

### Manifestaciones clínicas

En los adultos mayores, la presentación de la cardiopatía isquémica puede ser atípica o silente. Aunque el síntoma clásico es el dolor torácico opresivo irradiado a brazo izquierdo o mandíbula, en los ancianos puede presentarse como:

- Disnea (especialmente al esfuerzo).
- Fatiga inusual.
- Mareos o síncope.
- Confusión o deterioro del estado mental.
- Náuseas o vómito.
- Dolor epigástrico o sensación de indigestión.

El infarto agudo de miocardio (IAM) puede cursar sin dolor en hasta un tercio de los adultos mayores, lo que retrasa el diagnóstico y empeora el pronóstico.

### Diagnóstico

El diagnóstico se basa en una combinación de:

1. **Historia clínica y exploración física**, aunque menos fiables en ancianos por la presentación atípica.
2. **Electrocardiograma (ECG)**: puede mostrar cambios isquémicos como supradesnivel del ST, inversión de ondas T o bloqueo de rama.
3. **Biomarcadores cardíacos**: como la troponina I o T, fundamentales para confirmar el diagnóstico de IAM.
4. **Ecocardiograma**: útil para valorar la función ventricular y complicaciones mecánicas.
5. **Pruebas de esfuerzo o imagen funcional (gammagrafía, resonancia)**, si el paciente es estable.
6. **Coronariografía**: indicada en casos de angina inestable o infarto con indicación de intervención.

## Tratamiento

El manejo se adapta a la edad, comorbilidades y funcionalidad del paciente:

- **Fármacos antianginosos:** nitratos, beta bloqueadores, calcioantagonistas.
- **Antiagregantes plaquetarios:** ácido acetilsalicílico y clopidogrel.
- **Estatinas** para control de lípidos.
- **Revascularización:** mediante angioplastia o cirugía (bypass), según el caso.
- **Control de factores de riesgo:** hipertensión, diabetes, tabaquismo.

## La osteoporosis

es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por disminución de la masa ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, lo que conlleva una mayor fragilidad ósea y un incremento en el riesgo de fracturas. Es especialmente prevalente en el adulto mayor, afectando en particular a mujeres posmenopáusicas, aunque también se presenta en varones.

Con el envejecimiento, hay una pérdida progresiva de hueso trabecular y cortical, además de una reducción en la capacidad de renovación ósea. Factores como la deficiencia de estrógenos, la menor actividad física, enfermedades crónicas, uso de ciertos fármacos (como corticosteroides), y la disminución en la absorción de calcio y vitamina D, contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

### Manifestaciones clínicas

La osteoporosis es conocida como una “enfermedad silenciosa”, ya que no presenta síntomas hasta que ocurre una fractura. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son:

- Fracturas por fragilidad, especialmente en vértebras, cadera y muñeca.
- Dolor dorsolumbar crónico, por fracturas vertebrales compresivas.
- Pérdida de estatura progresiva.
- Cifosis dorsal o "joroba de viuda".
- Dificultad para movilizarse y mayor riesgo de caídas.

Las fracturas, especialmente las de cadera, se asocian con alta morbilidad, pérdida de autonomía y aumento de la mortalidad en el adulto mayor.

### Diagnóstico

El diagnóstico de osteoporosis se basa en:

1. Densitometría ósea (DEXA): Es el método de elección. La osteoporosis se define por un T-score  $\leq -2.5$  en columna lumbar, cuello femoral o cadera total.
2. Radiografías: Útiles para detectar fracturas vertebrales, aunque no miden densidad ósea.
3. Evaluación clínica: historia de fracturas, antecedentes familiares, menopausia temprana, consumo de fármacos osteopenizantes.
4. FRAX: Herramienta que calcula el riesgo de fractura a 10 años, combinando factores clínicos y densitometría.

### Tratamiento

El objetivo es prevenir fracturas, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida. Incluye:

1. **Medidas generales:**

- Suplementación con calcio (1000–1200 mg/día) y vitamina D (800–1000 UI/día).
- Ejercicio físico regular, especialmente entrenamiento de resistencia y equilibrio.
- Prevención de caídas.

## 2. Tratamiento farmacológico:

- **Bifosfonatos** (alendronato, risedronato): primera línea.
- **Denosumab**: en casos con contraindicación a bifosfonatos.
- **Terapias anabólicas** (teriparatida): en osteoporosis severa.
- **Moduladores hormonales** y estrógenos en casos seleccionados.

## La Enfermedad Renal Crónica y lesión renal crónica (ERC)

es un problema de salud pública creciente, especialmente en el adulto mayor. Se define como una alteración funcional o estructural del riñón persistente por más de 3 meses, con implicaciones para la salud. Puede manifestarse como una disminución del filtrado glomerular (FG)  $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  o daño renal evidente (proteinuria, anomalías en la imagen o sedimento urinario).

En el envejecimiento, existe una pérdida progresiva de nefronas, incluso en ausencia de enfermedad, lo que dificulta diferenciar entre un envejecimiento renal fisiológico y una ERC verdadera. Sin embargo, cuando se acompaña de comorbilidades como diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares, el deterioro renal se acelera y se asocia con mayores complicaciones.

### Lesión renal crónica

Se refiere al daño estructural del riñón sin reducción significativa del filtrado glomerular, pero con marcadores como albuminuria ( $>30 \text{ mg/g}$ ), alteraciones en el sedimento urinario o en la imagen renal. Puede ser una forma inicial de ERC y su identificación precoz es clave para prevenir su progresión.

### Manifestaciones clínicas

La ERC suele ser asintomática en estadios iniciales, y en el adulto mayor muchas veces se detecta de manera incidental. Las manifestaciones aparecen en estadios avanzados:

- Fatiga, debilidad.
- Edema en miembros inferiores.
- Hipertensión arterial difícil de controlar.
- Náuseas, pérdida de apetito.
- Prurito, palidez, trastornos del sueño.
- Alteraciones del estado mental (uremia en fases terminales).

Además, se asocia con **mayor riesgo cardiovascular**, anemia, trastornos óseos y desequilibrios electrolíticos.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico se basa en:

1. Estimación del filtrado glomerular (FG) mediante fórmulas como CKD-EPI o MDRD.
2. Examen general de orina: para detectar proteinuria, hematuria o cilindros.
3. Relación albúmina/creatinina urinaria.
4. Ultrasonido renal: puede evidenciar riñones pequeños, con aumento de la ecogenicidad o pérdida de la diferenciación corticomedular.
5. Exámenes complementarios: perfil lipídico, hemoglobina, calcio, fósforo, PTH y electrolitos.

### **Tratamiento**

El manejo busca frenar la progresión, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida:

- Control riguroso de la presión arterial (<130/80 mmHg), preferentemente con IECA o ARA II.
- Control glucémico en diabéticos.
- Reducción de la proteinuria.
- Corrección de anemia, hiperfosfatemia, hiperparatiroidismo secundario.
- Restricción de sal y proteínas en dieta individualizada.
- Evitar nefrotóxicos y ajustar dosis de medicamentos.
- En estadios avanzados, **valoración para terapia sustitutiva renal** (diálisis o trasplante) en función del estado funcional y expectativas del paciente.