

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS CHIAPAS

MATERIA: GERIATRÍA

DOCENTE: DR. JULIO ANDRÉS BALLINAS

ALUMNO: MARCOS GONZÁLEZ MORENO

SEMESTRE Y GRUPO: 6ºA

TEMA:

**“PATOLOGÍA ENDOCRINA,
GASTROENTEROLÓGICA, NEFRO URINARIA”**

INTRODUCCIÓN

El sistema endócrino es el encargado del metabolismo interno, en forma tal que su regulación tanto intracelular como en tejidos, órganos y sistemas es responsable de un adecuado funcionamiento. El envejecimiento afecta los diferentes ejes de forma diversa y en velocidades cambiantes, volviendo susceptible al organismo de tener una falla en su control.

La frecuencia de los espasmos oscila de 4 a 60 por minuto y suele ser constante en la persona que lo padece. A diferencia de otros reflejos (tos, vómito...), este síntoma no sirve como función protectora y no parece que desempeñe ninguna función fisiológica. Detectar en el feto habitualmente en el tercer trimestre del embarazo, mediante ecografía, movimientos fetales rítmicos atribuidos al hipo y, además, en algunos mamíferos, hace pensar que pueda representar un vestigio de un reflejo primitivo.

La enfermedad renal crónica (ERC) del adulto se define como la alteración estructural o funcional renal de más de 3 meses de duración¹. Actualmente, su incidencia ha aumentado en la población mayor de 65 años². En España la prevalencia de ERC es de más del 20% en mayores de 60 años, aunque su prevalencia aumenta hasta un 40% en pacientes octogenarios, o con morbilidades de riesgo cardiovascular asociadas.

Esta patología representa un importante problema de salud pública con importantes implicaciones socioeconómicas. Todo ello ha motivado aumentar los esfuerzos por parte del sistema sanitario para su detección precoz y mejor coordinación entre distintas especialidades.

ENDOCRINOPATÍAS EN EL ANCIANO

Dentro de los trastornos endócrinos que se observan en el adulto mayor, los relacionados al páncreas y a la tiroides son los más frecuentes; al tomar en cuenta los cambios hormonales en las glándulas sexuales (ovarios y testículos) como parte del envejecimiento normal y no como enfermedad, no serán vistos en esta revisión; sin embargo, si consideramos a la osteoporosis dentro de este grupo, también debe ser incluida por su frecuencia y prevalencia. El resto de los trastornos hormonales no suelen ser específicos del grupo de edad avanzada.

Conocemos que más del 50% de los adultos mayores de 80 años de edad tienen al menos una intolerancia a la glucosa (disminución de producción de insulina por las células beta, aumento a la resistencia a la insulina por inactividad física, aumento de grasa corporal y disminución de masa muscular).

En cuanto al proceso de disfunción tiroidea, entre el 5 y 10% de la población, sobre todo en mujeres de edad avanzada, la padecen; aumento leve de hormona tiroidea estimulante (TSH), disminución en producción de tiroxina (T4), que se compensa con la disminución de aclaramiento y de conversión periférica de T4 a triyodotironina (T3) y aumento de T3 reversa.

Por el lado del metabolismo del calcio, tenemos un aumento de 30% del nivel circulante de hormona paratiroidea a los 80 años de edad, el calcio mantiene su nivel sanguíneo debido

a una mayor reabsorción ósea y poca ingesta de calcio en la dieta, con difícil absorción intestinal a causa los bajos niveles de vitamina D, lo que a su vez origina un hiperparatiroidismo secundario.

Podríamos mencionar cambios en el sistema renina angiotensina aldosterona, respuesta de la hormona natriurética, alteración en los barorreceptores que estarían involucrados en cambios de presión arterial, en retención de líquidos, en la disminución de capacidad renal a concentrar orina; sin embargo, no serán motivo del presente documento, debido a que en caso de enfermedad específica o cambio en la ingesta de líquidos se ven afectados. La hormona de crecimiento involucrada a través del factor de crecimiento insulínico tipo 1 disminuye en producción, y tiene que ver con la producción de proteínas, sobre todo musculares, que favorece la presencia de sarcopenia cuando se asocia a sedentarismo.

DIABETES MELLITUS

Las enfermedades crónico-degenerativas (no transmisibles) se han vuelto sumamente frecuentes en México y en países de Latinoamérica. Su prevalencia ha crecido en las últimas décadas afectando a un porcentaje alto de los adultos (10 a 15%). En México, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la prevalencia de diabetes ha aumentado de 7.2% en 2006 a 9.2% en 2012, y a 9.4% en 2016, con un pico máximo entre los 60 y 70 años donde 30.3% se concentraron de los afectados. Si sumamos a la población de 60 años y más, el 72.3% de los diabéticos se encuentran en el grupo poblacional de personas adultas mayores; de aquí la importancia del conocer sobre él tópico.

LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, LA PATOLOGÍA DIGESTIVA MÁS FRECUENTE A PARTIR DE LOS 65 AÑOS

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es el cuadro clínico digestivo más frecuente en la población mayor de 65 años, y llega a afectar a más del 20% a partir de los 70. Es una de las conclusiones que se extrae de la monografía Trastornos de la motilidad del tubo digestivo, desde el principio hasta el fin, realizada por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), con la colaboración de Laboratorios Norgine, y que se presenta estos días en su 60 Congreso Nacional en Las Palmas de Gran Canaria. Los expertos reunidos en esta cita advierten de la importancia de cuidar el aparato digestivo, sobre todo a partir de los 40 años, que es cuando empiezan a producirse cambios en la motilidad digestiva.

La disfagia esofágica y, sobre todo, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus consecuencias son problemas frecuentes en la persona mayor. “Aunque hay muchos factores que pueden contribuir a ello, en especial los fármacos y algunas enfermedades, determinados cambios que ocurren con el envejecimiento hacen a las personas mayores más vulnerables a estos problemas”, afirma el doctor Carlos Verdejo, coordinador de la guía y vicepresidente de la SEGG. De hecho, a partir de los 40, se pueden observar cambios en la peristalsis y un deterioro progresivo de la contractilidad y de la función esfinteriana, así como cambios modestos en la presión esofágica y el retraso del vaciado gástrico.

La ERGE tiene un impacto directo en la calidad de vida, sobre todo en las personas mayores, pues tienen más posibilidades de sufrir otras enfermedades o están siguiendo algún tratamiento farmacológico, muchas veces de forma indefinida. “Así, la llamada incompetencia del esfínter esofágico inferior es más frecuente en mayores de 65 años, posiblemente influida por la ingesta de medicación propia de esa edad, como antihipertensivos, vasodilatadores, broncodilatadores o antidepresivos”, afirma el doctor Verdejo. Por otro lado, existe también una disminución de la capacidad del esófago para eliminar el material refluído del estómago, debido a los trastornos de la motilidad esofágica y al descenso en la producción de saliva y de bicarbonato habituales en ancianos. Además, las medicaciones usadas para ciertas patologías pueden tener efecto sobre la motilidad esofágica. “Enfermedades como las cerebrovasculares, el Parkinson o la diabetes pueden influir, al igual que el aumento de la obesidad”, comenta.

El tratamiento farmacológico de elección son los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP). “Sin embargo, la población de edad avanzada es el grupo con mayor probabilidad de presentar efectos secundarios por el tiempo de administración, además de sus propias condiciones clínicas debidas a los cambios fisiopatológicos.”, explica el doctor Verdejo. En algunas ocasiones se utiliza para indicaciones no aprobadas o por más tiempo del recomendado.

En este sentido, apunta el doctor Verdejo, “en pacientes con síntomas refractarios a IBP se han desarrollado y administrado productos que actúan por otros mecanismos mejorando las defensas de la mucosa gástrica. Está compuesto por ácido hialurónico y sulfato de condroitina disperso en un bio adhesivo transportador (poloxámero 407) que recubre la mucosa esofágica y actúa como una barrera mecánica contra los compuestos nocivos del reflujo, incluido tanto el ácido como la pepsina”, concluye.

CAMBIOS ESTRUCTURALES EN EL RIÑÓN DEL ANCIANO.

El riñón humano alcanza un tamaño de aproximadamente 400g y 12cm de longitud en la cuarta década de la vida. A partir de entonces presenta un descenso natural anual del 10% en la masa renal. Esta evolución se asocia con adelgazamiento de la cortical y disminución del número de nefronas funcionantes. Los cambios histológicos generalmente incluyen glomeruloesclerosis, arterioesclerosis, atrofia tubular y fibrosis intersticial. En una cohorte de 1.200 pacientes sanos, donantes renales, la prevalencia de nefroangioesclerosis variaba entre 2,7% en edades de 18-29 años, y 75% en las edades de 70-77 años. Algunos túbulos pueden originar divertículos, los cuales podrían ser causantes de infecciones urinarias de repetición.

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL ANCIANO

La tasa de FG equivale a la suma de las tasas de filtrado de todas las nefronas funcionantes, por lo tanto, indica el número existente de las mismas. El glomérulo filtra 180l de plasma al día (125ml/min), de esta manera el FG, si bien depende de la edad, tamaño corporal y sexo, viene a ser normalmente entre 120 y 130ml/min/1,73m² en sujetos sanos.

El cálculo de este FG puede realizarse a partir de sustancias exógenas o endógenas. Ejemplo de las primeras es el aclaramiento medido tras infusión de inulina; sin embargo, debido a su complejidad no son utilizadas en la práctica clínica. De ahí que se han descrito fórmulas para estimar el FG (FGe) a partir de la concentración sérica de sustancias endógenas filtradas por el glomérulo. La creatinina es el marcador endógeno más utilizado, a partir del cual han surgido fórmulas como el Cockcroft-Gault (C-G), el cual estima el aclaramiento de creatinina en ml/min sin ajustar por superficie corporal total, el MDRD el cual sí ajusta a un área corporal total estándar de 1,73 m², y la más novedosa ecuación CKD-EPI, surgida en 2009, que utiliza las mismas variables de MDRD, pero fue validada con una población más variada.

CONCLUSIÓN

La intervención debe ser individualizada, según el estado funcional, síntomas acompañantes y progresión de enfermedad, teniendo en cuenta herramientas de apoyo que faciliten la toma de decisiones al médico, paciente y familiares. El tratamiento ideal debe ser dirigido a mejorar la calidad de vida del paciente y no tratar cifras analíticas aisladas. El adecuado control de la ECV, la anemia, la acidosis y la desnutrición son clave para conseguir este efecto.