

# UDS

PASIÓN POR EDUCAR



*Nombre del Alumno: Leonardo López Roque*

*Nombre del tema: Resumen (firmas)*

*Nombre de la Materia: Fisiopatología 3*

*Nombre del docente: Dra. Gabriela Roxana Aguilar  
Hernandez*

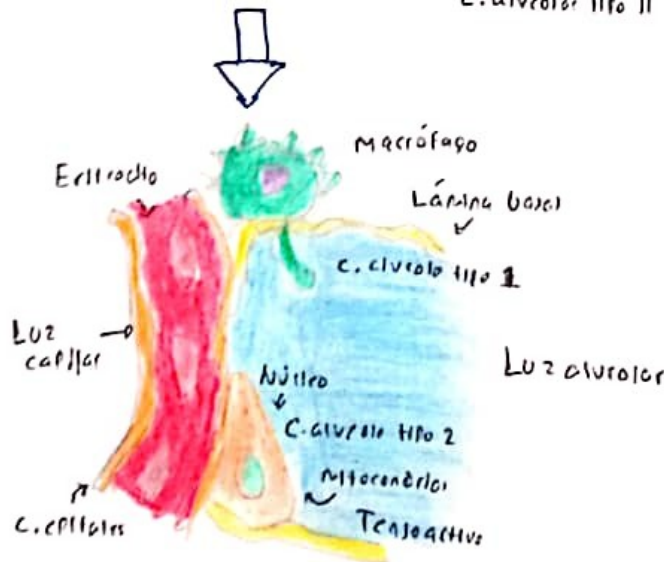
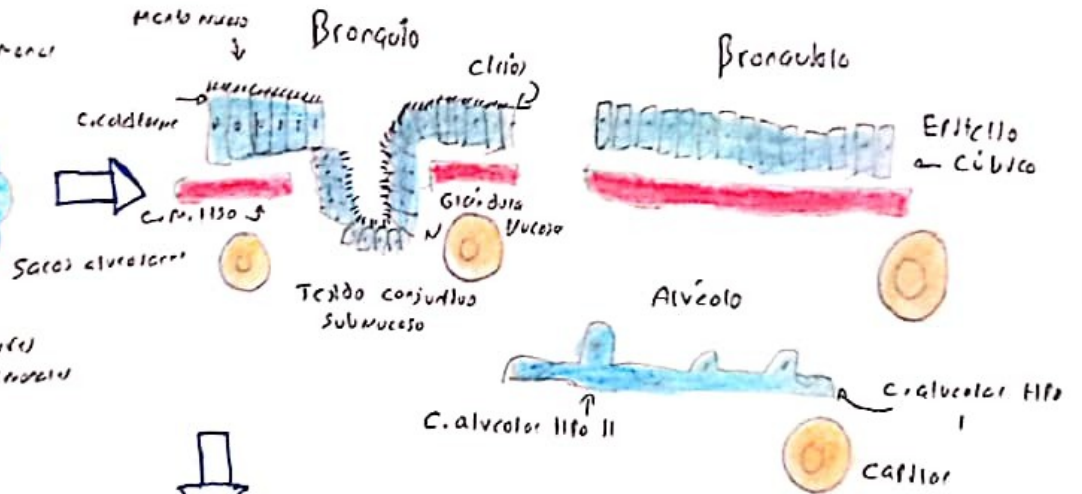
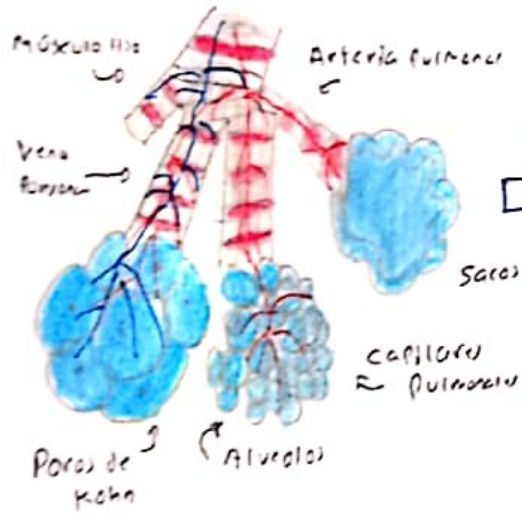
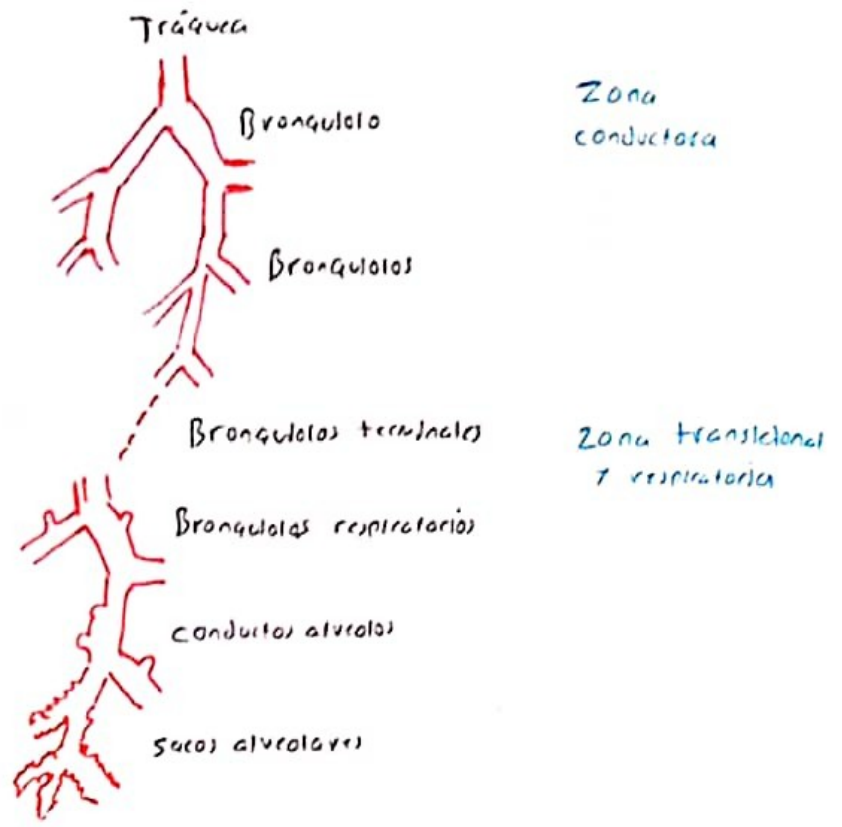
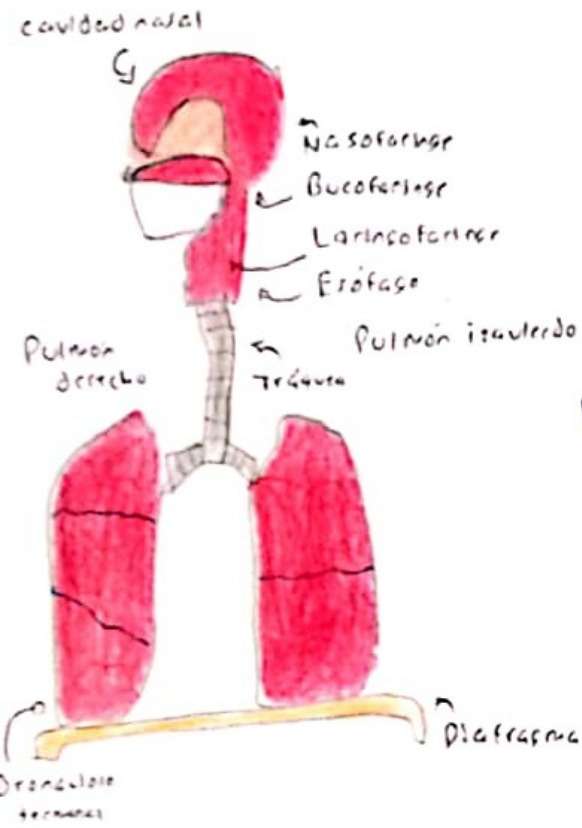
*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

*Parcial: 4to*

*Grado y grupo: 4 - B*

*Semestre: 4to*

# Alarato Respiratorio



*[Handwritten signature]*

# Análisis microscópico de orina



## ¿De qué trata esta prueba?

Es un análisis para examinar una muestra de orina con un microscopio. Allí se pueden ver las células del aparato urinario, los glóbulos, cristales, bacterias, parásitos y células de un tumor.

- Por lo general esta prueba sirve para confirmar los resultados de otras pruebas o para agregar información a un dx.

## Indicados

o Enfermedades renales

o Infección urinaria

o Cáncer

o Reacciones a medicamentos

o Infección de la próstata

o Hepática

o Infección viral

o Candidiasis vaginal

o Infección parasitaria

- Examen de glóbulos rojos en orina

- Examen de glucosa en orina

- Nivel de pH en orina

- Examen de cetonas en la orina

- Examen de bilirrubina en orina

- Gravedad específica en la orina

## Significado de los resultados de la prueba

- Cantidad elevada de glóbulos rojos → I. urinaria, enf. renal o reacción a medicamentos
- Cantidad elevada de glóbulos blancos → Infección o inflamación del tracto urinario
- Cantidad elevada de eosinófilos → Problemas en el tracto urinario
- Cristales anormales formados por aminoácidos y medicamentos
- Cantidad elevada determinada de células renales por daño renal y sustancias como cilindros

## Análisis macroscópica de orina ✓

### ¿Qué evalúa?

Se evalúa la apariencia general de la muestra, incluido el color y la claridad. Se observa si hay presencia de sedimentos o partículas a simple vista.

El resultado se interpreta en conjunto con los datos del examen bioquímico y microscópico que permiten confirmar las sustancias presentes.

### Significado

**Color:** Puede ser tono amarillito, amarillo pálido, amarillo oscuro o ámbar. Puede ser observada en consumo de medicamentos, alimentos de pigmentación, enfermedades o lesión en algún punto sistema urinario.

Ejemplo: orina marrón o verdosa por causa de bilirrubina.

**Turbidez:** Parámetros con términos "claros" y "transparentes", sustancias que puede aumentar la turbidez son los hemáticos, los leucocitos o las bacterias.

### Otros aspectos

o La densidad (1003-1030)

Pruebas bioquímicas

o pH (5.0-5.5)

o Proteínas

o Glucosa

o Hemoglobina

o Nitritos

Leonardo López Roque  
4-B

## Valores EGO Microscópico

Leucocitos	Hombres	0-3 x campo
	Mujeres	0-5 x campo
	Niños	0-2 x campo
Eritrocitos / c. celulares	0-0 x campo	
Moco	Escasos	
Cilindros	Escasos	
Bacterias	Ausentes	

- \* Eritrocitos 0-2 / HPF
- \* Leucocitos 0-5 / HPF
- \* Sangre / hb Negativo
- \* Moco 1-3
- \* Hemalias 0-2
- \* Filamentos mucosa X
- \* Bacterias X



## Examen general de orina - Macroscópico

Densidad a 20°C	0-5 meses	1.000 - 1.025
	> de 6 meses	1.010 - 1.025
PH	< de 1 meses	5.0 - 7.0
	> de 1 meses	4.5 - 8.0

## Significado y localización

- Leucocitosis → I. de vías urinarias o en riñón
- PH alterado → Litiasis
- Bilirrubina → Enfermedad hepática aguda
- Albúmina → Patología renal
- Cetonúria → DB 7 azúcaro prolongado
- Nitrito → I, urinaria o bacteriana
- Hemático → Patología renal u urinaria
- Densidad alta → Deshidratado

## Observación de la prueba de EGO

- Glucosa - II 0 mmol/L
- Bilirrubina - N
- Urobilina - N
- Cetonúria - N
- Hemoglobina libre - N
- Proteínas - N 0 g/L
- Nitrito - N
- Esterasa - II
- Leucocitocemia Menor de 10,000
- Urobilinógeno Normal



Leonardo Lopez Roque 4-B

clasificación

	SX nefrítico	SX nefrótico
Definición	Es la correlación clínica de la inflamación glomerular ? Puede originarse en los riñones.	No es una enfermedad glomerular específica, sino un conjunto de datos clínicos que resultan de un incremento en la permeabilidad glomerular y pérdida de proteínas
Características	Se caracteriza inicio repentino de hematuria (Microscópica o cilindros de eritrocitos), grados variables de proteinuria, TFG disminuida, oliguria y signos de deterioro de función renal. Daño de la pared capilar y inflamación	Se caracteriza por Proteinuria masiva >3,5 g/día, hipoalbuminemia <2,5 g/dl, edema generalizado e hiperlipidemia >300 mg/dl
Etiología	Puede ocurrir de origen sistémico como LES, Se relaciona con glomerulonefritis proliferativa aguda como la forma postinfecciosa.	Nefrosis de origen de una alteración primaria o secundaria por enfermedades sistémicas como LES y DP. LA) (primaria) conducen nefrosis lúpica, con segmentaria local, y glomerulonefritis membranosa.
Epidemiología	Mayor incidencia en países en vía de desarrollo, es mayor en los niños entre 5 y 12 años. Adultos mayores de 60 años	Las causas varían con la edad, se presenta >15 años de SX nefrótico casi siempre por enfermedad glomerular idiopática primaria y adulta en anomalía secundaria. Glomerulonefritis membranosa >30 años, prevalente en mujeres y adultos mayores. Incluyendo 5-10 en 10,000 personas
Fisiopatología	Se produce por inmunocomplejos inducidos por celos nefritógenos del estreptococo beta hemolítico del grupo A, por la que ocurre lesión y daño de la pared glomerular y produce alteraciones hemodinámicas	Daño renal mediado por mecanismos inmunológicos, por predisposición genética y desencadenantes ambientales, activación de leucocitos y del complemento producen la secreción de citocinas (TNF- $\alpha$ , PDGF) que conducen una reacción inflamatoria y lesión glomerular subsiguiente de nuevas enfermedades glomerulares.
Causas secundarias	Glomerulonefritis postinfecciosa aguda, glomerulonefritis de progresión rápida y síndrome de Goodpasture	Nefrosis lúpica, glomerulonefritis membranosa, y glomerulonefritis segmentaria local
Clínica	Disuresia, orina oscura, aumento de peso, hipertensión arterial, edema, hematuria y clínica infecciosa	Hematuria, proteinuria, edema generalizado, disminución del contenido sérico, signos clínicos de infección, hipoalbuminemia, hiperlipidemia, hipercoagulabilidad y depósito de inmunocomplejos en la pared capilar
DX	Concentraciones altas de $\alpha_2$ -antiesteroide Disminución de concentraciones séricas de C3 y C4 Celastrubinas	Relación de proteinuria y creatinina en muestra de orina (análisis) y examen físico y pruebas serológicas y biopsia renal
TX	Antibióticos de terapia de soporte	Inmunosupresores y esteroides

## Sx nefrítico

### Glomerulonefritis postinfectiosa aguda

Producida por ciertas estreptococos  $\beta$ -hemolíticos del grupo A y su causa en variedad incluyendo depósito de complejos de Ag-Ab. Se observa en niños y puede afectar cualquier edad. Se basa en la infiltración de leucocitos y proliferación de células mesangiales, por consiguiente hay hematuria, edema, retención de Na y O<sub>2</sub>, proteinuria. El tratamiento consiste en la eliminación bacteriana con antibióticos.

### Glomerulonefritis de progresión rápida

Caracterizada por lesión glomerular grave sin causa específica. Patología en la proliferación focal y segmentaria de células glomerulares y leucocitos obstruyendo el espacio de Bowman, alteraciones inmunitarias y complejos inmunitarios.

### Síndrome de Goodpasture

Su causa son los ac de membrana basal alveolar y MBG. Lo cual reaccionan y generan hemorragia pulmonar relacionado con la insuficiencia renal. Su etiología se basa en la exposición por inhalación o disolverse de hidrocarburos. El Tx incluye plasmaterapia y inmunosupresores.

### Glomerulonefritis por inmunocomplejos

Depósito de inmunocomplejos en diversos en diversas enfermedades hay una reacción cruzada del microorganismo infeccioso y un ac del huésped da lugar al depósito de inmunocomplejos y complemento en los capilares glomerulares y el mesangio. Tx de la infección por antibióticos y terapia. Causantes: Nefropatía por IgA, Lupus y GN membranoproliferativa.

### GN paucimunitaria

Se caracteriza por un GN necrotizante y focal. Inusual depósito inmunitarios en electrónica; es típico en Sx de Churg-Strauss o Granulomatosis con angiitis. Ocurren con mayor frecuencia.

### Glomerulonefritis crónica

Presentan CKD lentamente en un transcurso de un período de 5 a 10 años en la que hay obliteración de glomerulos (GN crónica esclerosante) y muestra depósito proteinúrico subepiteliales irregulares con GN membranosa.

## Sx nefrótico

### Nefrosis (síndrome)

Perdida difusa de los podocitos y células en la capa estriada celular glomerular. Se observa en niños pero en ocasiones en adultos. No avanza a insuficiencia renal pero predispone a patocongestivos (edema), trombocitopenia, hiperlipidemia y desnutrición por proteínas.

### Glomerulonefritis membranosa

Causa habitual en adultos después de 30 años, la causa del padecimiento es el espesamiento difuso de la MBG debido al depósito de complejos inmunitarios. Proteinuria no nefrítica, hematuria, HTA leve. El Tx es controvertido.

### Glomerulonefritis segmentaria focal

Se caracteriza por la afectación de algunos glomerulos en la que afectan una porción del ovillo glomerular. Es un Sx idiopático en la que se origina por VIH, drogas, cardiopatías y enfermedades glomerulonefritis. Se presenta HTA, Edema. El Rx biopsia renal, proteína nefrítica y el Tx el tratamiento con nefronas.

### Glomerulonefritis por inmunocomplejos X

Depósito de inmunocomplejos en diversas enfermedades. Hay una reacción cruzada de un ac del microorganismo infeccioso



# Bibliografía

Fuente: Norris L. Tommie. 2019. (Eds) Casteñeda J, Cruz J. Porth Fisiopatología alteraciones de la salud. Conceptos básicas. 10ª edición. Wolters Kluwer.