



Universidad del sureste

Campus Comitán

Medicina Humana

Nombre del tema:

Resúmenes de la 3 unidad

Nombre de alumno:

Lizbet Noelia Estrada Carballo

Materia:

Geriatría

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 6°

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de noviembre del 2024

IRC

• **Dato renal o presencia de un filtrado glomerular disminuido durante un periodo > 3 meses.**

Estadio	Descripción	FG (ml/min/1,73 m ²)
1	Lesión renal con FG* normal o hiperfiltración	≥ 90
2	Lesión renal con leve disminución del FG	60-89
3	Moderada disminución del FG	30-59
4	Severa disminución del FG	15-29
5	Fallo renal o diálisis	< 15

• **Etiología:** Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Enfermedad renal vascular.

↳ Responsables de más de 70% de IRC.

• **Otras causas:** Uropatía obstructiva, Mieloma, Vasculitis sistémica, Fármacos nefrotóxicos.

• **Jóvenes:** Glomerulonefritis, Pielonefritis, Enfermedad poliquística.

• **Fisiopatología:** "El envejecimiento ocasiona ↓ FG = 10 ml/min por década.

↳ de la masa renal + la vulnerabilidad del px → Provoca hipertrofia de nefronas sanas

Conlleva un empeoramiento progresivo y raramente reversible de la fun. renal.

Esta sobrecarga ocasiona estas lesiones glomerulares progresivas de las nefronas y fibrosis intersticial.

Aprecia un ↑ del FG transitorio en estadios iniciales.

• **Clinica:** Asintomático (Poliuria, Nicturia), Síx urémico progresivo (Fatiga, Debilidad, malestar general), Molestias gastrointestinales (Anorexia, Náuseas, Vómito), Síntomas neurológicos (Irritabilidad, Insomnio, Pérdida de memoria), Frecuentes (prurito), Progresión de uremia (Parestesias, Dolor torácico), Exploración Física - Px uremia (HTA, Piel amarillenta y fragil), Signos cardiopulmonares (crepitantes, Cardiomegalia, Edema, Roco pericardico), Efectos urémicos en el SNC (Mioclonias, Asterixis).

• **Dx:** Anamnesis, Exploración Física, Evaluación de la función renal a través del FG y albuminuria (min 1 vez al año).

Fórmula MDRD-4 variables (Modification of Diet in Renal Disease)

FG estimado = $186 \times (\text{creatinina (mg/dl)})^{1,154} \times (\text{edad})^{-0,203}$
 $\times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$

Fórmula MDRD 6 variables

$170 \times \text{creatinina}^{-0,999} \times \text{edad}^{-0,176} \times \text{BUN}^{-0,170} \times \text{albúmina}^{0,318}$
 $\times (0,762 \text{ en mujeres}) \times (1,18 \text{ en pacientes de raza negra})$

Fórmula de Cockcroft-Gault

$\text{Ccr} = \frac{[(140 - \text{Edad}) \times \text{Peso (kg)}]}{[\text{Cr sérica (mg/dl)} \times 72]}$
 $\times (0,85 \text{ en mujeres})$

• - Albuminuria / proteinuria = Muestra aislada de orina

- Pruebas de imagen = Ecografía renal, Angio-resonancia magnética, Arteriografía selectiva.

- Hemograma, electrolitos plasmáticos y PTH.

- Biopsia renal

CIRROSIS HEPÁTICA

Nodia Estrada.

excelente

• Consumo de paracetamol.

• Las principales causas de cirrosis hepática en el px anciano son la **hepatopatía** alcohólica y la crónica por VHC y VHB.

• Es necesario realizar un seguimiento periódico para la detección precoz de las complicaciones debido al defecto beneficioso de la profibrosis primaria (varices esofágicas, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía hepática, sínd. hepato-renal o hepatocarcinoma).

• Cirrosis compensada → asintomática o escasos síntomas (anorexia, astenia y se detecta de forma incidental → Exploración física).

• El dx de seguridad → examen histológico.

• Ecografía abdominal → revela datos de valor dx (estructura heterogénea del hígado).

• Clasificación de Child-Pugh → identifica a los px según el grado de severidad de su enfermedad.

- 5-6 (grado A) → Enf. bien compensada.

- 7-9 (grado B) → Compromiso funcional significativo.

- 10-15 (grado C) → Enf. descompensada.

Complicaciones de la cirrosis.

• **ASCITIS** → Acumulación de líquido en la cavidad desde infecciones hasta insuficiencia cardíaca → causa

- Ascitis leve: Detectable solo por ecografía.

- Ascitis moderado volumen: Cuando el líquido acumulado no afecta y no produce molestias.

- Ascitis de alto volumen: Produce malestar abdominal en el px

- Ascitis refractaria: Pobre respuesta al tx diurético a altas dosis.

Exploración física. Se observan estigmas de cirrosis hepática que son las arañas vasculares en cuello, hombro, pecho, periumbilical, eritema palmar y circulación colateral de la pared abdominal.

DX → Se establece con la combinación de un examen físico y una prueba de imagen (ecografía)

Tx → Dieta hiposódica y diuréticos, paracentesis evacuadora (8g de albúmina por cada 1,5 litros de líquido ascítico extraído). • espiraluctancia

• **PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA** → Complicación común y grave de la ascitis que se caracteriza por infección espontánea del líquido ascítico sin un origen intraabdominal

• Patógenos más comunes: E. coli, S. Viridans, S. Aureus y especies de enterococcus.

DX → Cuenta de PMN > 250/mm³, presentar fiebre, confusión, leucocitosis, dolor o malestar abdominal o pueden cursar asintomáticos.

Tabla 1. Clasificación de Child Pugh.

	1 punto	2 puntos	3 puntos
Encefalopatía hepática	No	Grado 1-2	Grado 3-4
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada-grave
Albúmina	>3,5 g/dl	2,8-3,5 g/dl	<2,8 g/dl
INR	<1,8	1,8-2,3	>2,3
Tiempo de protrombina	>50%	50-30%	<30%
Bilirrubina	<2 mg/dl	2-3 mg/dl	>3 mg/dl

ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

MUY BIEN

- El ERGE es la presencia de lesiones o de síntomas atribuibles al material refluido desde el estómago, lo suficientemente importantes como para empeorar la calidad de vida.
- Esofagitis por reflujo abarca un aspecto de alteraciones inflamatorias de la mucosa esofágica que ocurren como consecuencia del reflujo gastroesofágico patológico.

Epidemiología

- ERGE tiene un impacto sobre la calidad de vida → salud.
- Prevalencia sitúa en entorno al 20%, y la incidencia, en alrededor de 4,5 por cada 1.000 personas al año.
- 12% de los px menores de 21 años frente al 37% en los 70 años.
- Esofagitis grave (pirosis fue menor en los de edad avanzada).
- El envejecimiento se asocia con un incremento progresivo de la prevalencia de esófago de Barrett. (40 y 49 años).

Patogénesis

- ERGE es una enfermedad crónica, no progresiva.
- Etiopatología parece ser la alteración de los mecanismos defensivos y, entre ellos, los que se oponen al reflujo gastroesofágico. (presión anormalmente baja del esfínter esofágico inferior).
- Prolongación a la exposición esofágica al ácido durante las relajaciones transitorias del EEI.

Manifestaciones clínicas

- Pirosis • Regurgitación. (después de las comidas → favorecen decubito).
- Atípica → Síntomas asociados a la laringitis posterior (disfonía, carraspeo, sensación de cuerpo extraño), con dolor torácico crónico, asma o manifestaciones orales, → Erusiones dentales.
- La sintomatología atípica → frecuente en ancianos.

Abordaje Dx del reflujo en el anciano

- Pueden diagnosticarse a partir de los síntomas
- Endoscopia → Técnica de elección para el dx de la esofagitis.
- Endoscopia digestiva alta → ERGE ancianos

FRA

- Es un síndrome clínico, potencialmente reversible, que cursa con un deterioro o rápido de la función renal, con ↑ sangre de productos nitrogenados, alteración en la regulación del volumen extracelular y la homeostasis de los electrolitos con un o sin descenso de la diuresis que sucede en horas o días.
- KDIGO - Define el AKI como: un aumento $\geq 0,3$ mg/dl (≥ 26 μ mol/l) en la Crs basal, o un aumento de $\geq 1,5$ veces el valor de la Crs basal o el desarrollo de oliguria (definida como diuresis $< 0,5$ ml/kg/h durante más de 6h).

Estadio.	Creatinina Sérica.	Diuresis.
0	Sin cambios, o $\uparrow < 0,3$ mg/dl	> 1 ml/kg/h.
1	$\uparrow \geq 0,3$ mg/dl en 48hrs o $\uparrow 1,5$ - 1,9 veces el valor basal en 7 días.	$> 0,5$ ml/kg/h y ≤ 1 ml/kg x 6-12 hrs.
2	$\uparrow \geq 2$ -2,9 veces el valor basal en 7 días	$\leq 0,5$ ml/kg/h y $\geq 0,5$ ml/kg ≥ 12 hrs.
3	$\uparrow \geq 3$ veces el valor basal en 7 días o Crs $\geq 2,5$ mg/dl (EG: ≤ 10 ml/min/1,73).	$\leq 0,3$ ml/kg/h ≥ 24 hrs o anuria ≥ 12 hrs.

- Fx = Edad, sexo, raza, región geográfica, nivel médico asistencial
- Envejecimiento: A mayor edad aumenta la probabilidad de padecer FRA.
- Causas: Se agrupa en tres categorías etiológicas: Prerenal, Intrínseca y postrenal.
 - Los mecanismos fisiopatológicos se solapan y en el anciano el origen es, en muchas ocasiones multifactorial.
 - En el viejo a menudo tiene un origen iatrogénico, relacionado con la prescripción y el uso de agentes nefrotóxicos.
- Fx de riesgo: Edad mayor de 75 años, IRC, IC, enf. vascular periférica, DM, Hepatopatía, Fármacos nefrotóxicos, Hipovolemia, Sepsis.
- Prerenal \rightarrow Segunda causa de RFA en la población anciana y se define como una \downarrow en el EG, sin daño estructural, producida

ENFERMEDAD DE ULCERA PÉPTICA.

- Es una enfermedad ulcerosa péptica es una enfermedad de origen multifactorial que se caracteriza de vista anatómopatológico, por ser una lesión localizada y única de la mucosa del estómago o duodeno.
- La población anciana presenta una elevada prevalencia de enf. digestivas. "Enf. ácido-péptica".
- Deterioro de la calidad de vida y desarrollo de complicaciones que incrementa la morbilidad-mortalidad.
- La presentación clínica es atípica y el curso de la enf. más silente y se observan lesiones graves con escaso cortejo asintomático.

Cambios fisiológicos gastroduodenales.

- En los ancianos sanos se produce una pérdida de celularidad en la mucosa gástrica debido al envejecimiento → Atrofia gástrica.
- ↓ de prostaglandinas en estómago y duodeno.

Epidemiología.

- 5-10% en la población general.
- 10-20% en los px *Helicobacter Pylori* (HP) positivas.
- Mayo: incidencia a mayor edad, probablemente en relación con una mayor prevalencia *Hi Pylori* y un mayor consumo de AINE.

Etiología.

- La úlcera péptica es la consecuencia de un desequilibrio entre factores agresivos y defensivos de la mucosa gastroduodenal.
 - Ex agresivos = Secreciones de ácido gástrico, Act. péptica, Ambientales (*H. pylori*, AINE, tabaco, dieta, café y alcohol).
 - Ex defensivos = Secreción de moco y bicarbonato, Flujo sanguíneo de la mucosa gástrica, Restitución celular, Prostaglandinas.

Clínica.

- Dolor abdominal es el síntoma más frecuente (epigástrico)
- Ardores, dolor corrosivo o sensación de hambre doloroso → aumenta 1 a 3 hrs tras la ingesta (cuando el estómago se vacía de alimentos).
- Los síntomas son episódicos y recurrentes, con relación estacional (primavera u

PATOLOGÍA PROSTÁTICA

- La HBP es una condición histológica caracterizada por la proliferación benigna del tejido epitelial y la estroma de la próstata dependiente y medida por andrógenos, pero también provocada por ausencia de apoptosis celular o ambas.

Epidemiología.

- 8% en la década de los cuarenta, del 50% en la década de los cincuenta y alcanza el 88% de las muestras histológicas en la década de los noventa.
- Los síntomas del tracto urinario inferior pueden aparecer en un 30% de varones mayores de 65 años.
- La etiología es multifactorial, pero dentro de los factores de riesgo a tomar en cuenta se encuentra la edad y el volumen prostático, este último mediado por un aumento de la dihidrotestosterona a partir de una sobreexpresión de la 5-alfa-reductasa.

Manifestaciones clínicas.

- Síntomas del tracto urinario inferior, crecimiento de la próstata, la obstrucción en el flujo de salida desde la vejiga, cambios fisiológicos del tracto inferior propios de la edad, comorbilidades del paciente y medicaciones.

Evaluación del paciente con HBP.

- Anamnesis → Interrogatorio, Dx diferencial (hematuria, episodios de retención urinaria, síntomas cardiacos, hábito intestinal y sexual, problemas del sueño, Diabetes, enf. neurológicas, Historia farmacológica.
- Exploración física (realizar valoración cognitiva y funcional, exploración neurológica, Tacto rectal "tamaño prostático-tono del esfínter rectal - Presencia de masas - Impactación rectal".
- Pruebas de laboratorio → Tira reactiva y sedimento urinario, PSA, Vitamina B12, Creatinina sérica.
- Otras exploraciones → Ecografía abdominal, estudios urodinámicos,