



**Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
MEDICINA HUMANA**

**Alumna:**

Esthephany Michelle Rodríguez López

**Materia:**

**RESUMEN**

**GERIATRÍA**

**Grado: 6 Grupo: A**

**Comitán de Domínguez a 7 de Noviembre del 2024**



# TITULO ERGE

Esthephany Michelle  
Rodríguez Lopez

Presencia de lesiones o de síntomas atribuibles al material refluido desde el estómago.

excelente

• Población ocil

## → EPIDEMIOLOGÍA

## → PATOGENIA

Prevalencia → 20%

Incidencia → 4,5 por 1,000 / Año

→ 12% < 21 años

ESOFAGITIS → 37% > 70 años

- \* Crónica, generalmente no progresiva
- \* Alt. de mecanismos defensivos → EEI
- \* Presión anormal baja del esfinter esofágico inferior
- \* Trastorno neurológico
- \* ERGE → Anciano Multifactorial
- \* Fármacos → AINES

## → FARMACOS DE USO FC EN ANCIANOS ALTERAN FUNCIÓN MOT

- \* Agonistas betaadrenérgicos
- \* Antagonistas alfaadrenérgicos
- \* Antagonistas de canales de calcio
- \* Anticolinérgicos
- \* Benzodiazepinas

## → CLINICA

## → ABORDAJE DX

\* Pirosis

\* Regurgitación

✓ Después de comidas

✓ Accesos atípicos → FC ANCIANOS

✓ Con síntomas asociados a laringitis posterior:

\* Dolor torácico \* Asma

\* Tos crónica

\* CLINICA y Tx Farmac  
Especificidad > 90%

\* Endoscopia

\* Cribado de esofago de Barrett  
Recomenda: Mayor riesgo

\* pHmetría esofágica ambulatoria  
Incertidumbre diagnóstica

\* Omeprazol: fase Ag

\* Pantoprazol: Plazo largo

## → TRATAMIENTO

✓ Eliminación de síntomas

✓ Curar lesiones esofágicas

✓ Evitar complicaciones

✓ Prevenir recaídas

\* Estilo de vida → ↓ Peso y cabecera

\* Tx anti-secretor

\* Antagonistas H2 - Ranitidina

\* IBP → > EFECTIVOS

Pantoprazol  
Bicarb + acid  
Carb cálcico

\* Antiácidos

\* Cx anti-reflujo → Alternativa

- Metoclopramida

## → ESTRATEGIAS

\* Reflujo ocasional sin alteración en calidad de vida:

Tx a demanda con anti-secretorios y medidas higienico-dietéticas

\* Síntomas frecuentes > 2 veces/semana con deterioro calidad vida:

IBP → 4 semanas → ∅ Alivio → Deblar dosis (4-8 sem)

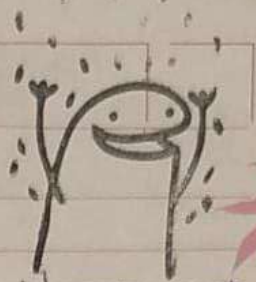
\* Alt Qx presente → Tras acabar estrategia terapéutica inicial, depende situación del px.

LOVE yourself



# TITULO ENF ULCEROSA PEPTICA

FECHA



## → COMPLICACIONES

### \* Hemorragia digestiva

--- → TX

- \* ↑ FCT en úlcera gastroduodenal
- \* 20% → Presentan px ulceroosos
- \* ↑ FCT consumidores de AINES

- \* Endoscópico → Inyectan sust esclerosantes → ↓ Mortalidad
- \* Quirúrgico → Tracaba TX endoscópico

### \* PERFORACION

--- → DX

- ✓ Perforación aguda de úlcera a cavidad peritoneal libre
- ✓ Localización: duodeno
- ✓ FCT Hombres y consumo AINE

- \* Radiografía simple de abdomen en bipedestación o decub lateral
- \* Radiografía de tórax

## → TRATAMIENTO

## → MED GENERALES

- ✓ Evitar tabaco, estrés y AINE
- ✓ Alivio de sintomatología
- ✓ cicatrización de úlcera
- ✓ Controlar acidez gástrica

- ✓ Dieta ✓ Prod. descremados
- (X) Alcohol (X) Tabaco
- (X) AINE

## → TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

### → ANTIÁCIDOS → 30ml (líquido) Adm: 1 y 3 horas

- \* Bicarbonato sódico \* Carbonato cálcico \* Hidróxido de aluminio

### → IBP (uniéndose a la ATP-asa H/K-dependiente)

- \* Omeprazol: 20-40mg/día \* Lansoprazol: 30mg/día
- \* Pantoprazol: 20-40mg/día \* Rabeprazol: 20mg/día Esomeprazol: 20-40mg

## → TRATAMIENTO DEL BROTE AGUDO

### → IBP

Omeprazol 20mg/12 horas Lansoprazol 15mg/12 horas Pantoprazol 20mg/12 horas

### → Antagonistas de receptores H2 de histamina

Ranitidina 150mg/12 horas → 4-6 semanas (UD) y 8-12 sem (UG)

## → TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGEST

- \* Anti-secretores → IBP

↳ De mantenimiento → Estándar para prevenir recidiva hemorrágica

## → TRATAMIENTO QX

- \* hemorragia, perforación o estenosis
- \* Úlcera refractaria

IBP  
Succalfato → Protección





# INS RENALES

FECHA

\* FCT → Población anciana

→ Daño renal o presencia de FG ↓ durante al menos ↑ 3 meses

→ FG → < 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>

IRC Terminal → FG inferior 15 ml/min/1.73m<sup>2</sup>

Tabla 1. Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica.

## \* ETIOLOGÍA

DM → Causa individual más importante

Hipertensión Art ↑ 70% de los casos IRCT

Ent. renovascular

\* Uropatía obstr \* Meloma \* Vasc diet

## \* FISIOPATOLOGÍA

Empeoramiento fisiológico → ↓ FG (10ml)

Reducción de la masa renal

Hipertrofia de nefronas sanas

Ecdociosis glomerular progresiva

de nefronas funcionantes

## \* DIAGNÓSTICO

o Anamnesis o EF

o Evaluación < FG  
Ex Riesgo ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Factores Susceptibles	Factores de iniciación	Factores de progresión
Aumento susceptibilidad de daño renal	Daño renal directo	Causa de empeoramiento y rápida disminución de la función renal
Edad avanzada, historia familiar	Diabetes, HTA, enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infecciones urinarias, litiasis urinarias, obstrucción tracto urinario bajo, toxicidad por fármacos	↑ proteinuria, HTA, mal control glucémico, tabaco

## - ESTIMACIÓN FG

o Fórmula MDRD

o Fórmula Cockcroft-Gault

## - ALBUMINURIA/PROT

Tabla 3. Fórmulas para el cálculo del filtrado glomerular.

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

$$FG \text{ estimado} = 186 \times (\text{creatinina (mg/dl)})^{-1.154} \times (\text{edad})^{-0.203} \times (0.742 \text{ si mujer}) \times (1.210 \text{ si raza negra})$$

Fórmula MDRD 6 variables

$$170 \times \text{creatinina}^{-0.990} \times \text{edad}^{-0.178} \times \text{BUN}^{-0.170} \times \text{albúmina}^{-0.318} \times (0.762 \text{ en mujeres}) \times (1.18 \text{ en pacientes de raza negra})$$

Fórmula de Cockcroft-Gault

$$Cr = [(140 - \text{Edad}) \times \text{Peso (kg)}] / [\text{Cr sérica (mg/dl)} \times 72] \times (0.85 \text{ en mujeres})$$

Estadio	Descripción	FG (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> )
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

## \* MANIFESTACIÓN CLÍNICA

→ Poliuria y Nicturia

→ Fatiga, debilidad y malestar general

→ Intubilidad, falta de concentración

insomnio, piernas inquietas

→ Fetor urémico

## - PRUEBAS DE IMAGEN

\* ECOGRAFÍA RENAL

\* Angio-resonancia magnética

\* Arteriografía renal selectiva

- HEMOGRAMA, ELEC PLASMA

- BIOPSIA RENAL

## \* TRATAMIENTO

o Corregir causas reversibles

o 1° elección < IECA + Diurético de asa

o 2° elección - ⊕ → no dihidropiridino calcioantagonista

- Beta-bloq - Alfa-bloq

o Frenar progresión ERC → Control de dislipidemia

### 4. Tratamiento de la nefropatía diabética.

Medidas generales	Abandono del tabaco Control del peso y dieta Ejercicio físico Control de la dislipidemia Antiagregación plaquetaria (dosis bajas de AAS) Control de presión arterial IRC estadio 4 y 5: insulina.
Control glucemia (HbA <sub>1c</sub> < 7%)	Si FG > 30 ml/min: glicidona (otras sulfonilureas pueden acumularse y las biguanidas están contraindicadas), tizolidinonas, repaglinida, neoglicida y acarbose
Si microalbuminuria	IECA (en caso de intolerancia o efectos secundarios: ARA-II)
Si proteinuria	En DM tipo 1: IECA y como alternativa ARA-II En DM tipo 2: ARA-II y como alternativa IECA

artful LIFE



Esthephany M.R.L

# CIRROSIS HEP

- FX Alcoholismo → Hombros
- FX Paracetamol

CAUSAS - FX ANCIANO < Hepatopatía alcohólica } \* VHC  
 Hepatopatía crónicas } \* VHB  
 Asintomática  
 Escasos síntomas inespecíficos

CIRROSIS COMPENSADA

Astenia  
Anorexia  
↓ Peso

PROGNOSTICO → Bueno ⊕ Hemorragia digestiva - PROGNOSTICO → Malo / grave

Identificar a los pacientes según el grado de severidad

## COMPLICACIONES

	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

excelente

## ASCITIS

Acumulación de líquido en cavidad ab.

Leve → Ecografía  
 Mod vlt → Liq. & afecta activ. basica  
 Alto vlt → sensación de malestar abdominal  
 Refractaria → Rbire respuesta al TX

EF = Arañas vasc → Cuello, hombros  
 Eritema palmar  
 Circulación colateral

EX-FIS  
 ECOCG ABD TX = Dieta hiposódica  
 Diuréticos  
 ESPIRONOLONA

## PERITONITIS BACT ESP

Complicación común y grave de ascitis

Infección espontánea de liq. ascítico

DX = Líquido PMN ↑ 250/mm<sup>3</sup>  
Fiebre, confusión, leucocitosis

TX = Cefalosporina 3<sup>o</sup> gen (ceftriaxona)  
Hemorragia → Profilaxis = ceftriaxona

## SINDROME HEPATORRENAL

PRESENTE = ETAPAS avanzadas  
insuficiencia hepática  
hipotensión portal

CLINICA = Oliguria  
Excreción sodio  
↑ creatinina plasmática

TIPO I → Grave  
TIPO II → < Grave

## VARICES EGDF Y GAST HIP PORTAL

Hemorragia 1<sup>o</sup> año → 12%

Mortalidad a la 6<sup>a</sup> semana → Hemorragia → 15-20%

\* PROFILAXIS PRIM → Endoscopia dig alta  
Medicacion de presión portal  
Betablog no selectivos

\* PX ↓ RIEGGO → Previenen el crecimiento  
↓ sangrado de varices

\* PROFILAXIS SEC → Liganura de varices con bandas  
Propranolol 16-20mg

⊕ Betablog O TX combinado ⊕ Nitratos (lisorbide)

Ausencia de shock, infección o agentes nefrotóxicos	Sedimento urinario <50 hematies/c
Ecografía renal normal	Sodio plasmático <130 mEq/l

TX = Análogos de vasopresina  
 Terapia de comp con midodrina  
 Derivacion portosistémica  
 Diálisis  
 Trasplante hepático

## ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

Asterexis → Temblor

Estado reversible pec → Disturbacion hepatocelular  
Incoordinación motora, ↓ atención

Grado I → Bradipiquia, inversión del ciclo del sueño.

Grado II → Demolencia, desorientación, asterixis  
Diarritia, ataxia, at perioralidad.

Grado III → Estupor, amnesia, desconexión del melle,  
asterexis más intensa

Grado IV → Coma, hiperreflexia, Babinaki

## TX

\* Dieta • Prot O. 50g/día

• Carbohidrato • Lípidos

\* Laxantes Lactuosa 60-80g

Lactitol 60-80g VO

\* Antibiotico terapia

Paramomocina 2-4g → 2-4 veces

• Metronidazol / vancomicina

## \* Clasificación de West Haven

0 → Normal 1 → Sueño invertido II → Letargo

LOVE yourself



# P. PROSTATICA

## → HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Es una condición histológica caracterizada por la proliferación benigna del tejido epitelial y/o estroma de la próstata dependiente y mediada por andrógenos, pero también provocada por ausencia de apoptosis celular o ambas

### → EPIDEMIOLOGÍA

- 8% → Decada de los 40
- 50% → Decada de los 50
- 30% → Sintomas urinarios: Varones > 65
- Etiología → Multifactorial

### → MANIF CLINICAS

- Dif. inicial y retraso en micción
- ↓ Fuerza del chorro
- Micción intermitente y/o prolongada
- Urgencia miccional
- Nocturia
- Poliuria
- Dolor suprapúbico
- Infecciones del tracto urinario
- Hematuria (varices prostáticas)

### → EVAL DEL PX

• Anamnesis → Interrogar   
 ↳ Inicio Progresión Tx asociado   
 ↳ Val. STUI   
 ↳ IPSS   
 ↳ AUA

• Exp. Física   
 ↳ Val. cognitiva y funcional   
 ↳ Exp. neurológica   
 ↳ Tacto rectal   
 ↳ Tamaño   
 ↳ Límites   
 ↳ Tono

• Px Ancianos → Dx Diferencial

• Lab   
 ↳ Tira reactiva y sed. urinario   
 ↳ PSA   
 ↳ Creatinina sérica   
 ↳ Vit. B12

• Ecografía abdominal   
 ↳ Tamaño de próstata   
 ↳ Estado de vías urinarias   
 ↳ Residuo post-miccional

• Estudio Urodinámico   
 ↳ Presencia de residuo post-miccional   
 ↳ Funcionalidad vesical

### → TRATAMIENTO

INT @X   
 ↳ HBP refractaria al tx medico   
 ↳ RAO recurrente o refractaria   
 ↳ Retención crónica de orina   
 ↳ Hematuria recurrente refractaria

### → MED GENERALES

- Evitar consumo de cafe y alcohol
- Evitar sedentarismo
- Sintomas leves → vig. Expectante
- Cambio de estilo de vida

### → FARMACOS

#### • Antagonistas alfa-adrenérgicos

→ Efecto bloqueador sobre los receptores alfa-1 de vías urinarias bajas

- Alfuzosina → Ancianos: 5mg/24h
- Tamsulosina → 0,4mg - Lib. retardada

#### • Inhibidores de 5-alfa-reductasa

- Finasterida: 5mg/día
- Dutasterida: 0,5mg/día
- Reducen tamaño de próstata

#### • Terapia combinada

Inhibidor 5-alfa-reductasa ⊕ Bloq alfa-adren

### → FITOTERAPIA (EXT. PLANTAS)

- Serenoa repens 160mg/12h

#### → TX @X

- ✓ Incisión transuretral de próstata
- ✓ Resección transuretral de próstata
- ✓ Prostatectomía o adnectomía ab.
- Mejora en el flujo urinario y de urología 15-20 puntos

# FRACASO RENAL

Síndrome clínico, potencialmente reversible, que cursa con un deterioro rápido de la función renal, con aumento en sangre de productos nitrogenados, alteración en la regulación del volumen extracelular y homeostasis de electrolitos, con o sin descenso de diuresis, que sucede en horas o días.

Risk	x 1.5	> 25%	< 0.5 ml/kg/hr en 6 hrs
Injury	x 2	> 50%	< 0.5 ml/kg/en 12 hrs
Failure	x 3 o 24 mg/dl con cum agudo 20.5mg	> 75%	< 0.3 ml/kg/ en 24hrs
Loss	IRA persistente	Pérdida completa de función renal > 12scm	
End-stage	ERC Adquirida > 3 meses		

- Estadio 1:  $\uparrow Cr_s \geq 0.3 \text{ mg/dl}$  en 48h /  $\uparrow Cr_s > 1.5 - 1.9$  el valor basal
- Estadio 2:  $Cr_s \geq 2 - 2.9$  veces el valor basal y diuresis  $< 0.5 \text{ ml/kg/h} \times 12 \text{ h}$
- Estadio 3:  $Cr_s \geq 3$  veces el valor o incremento  $Cr_s > 4 \text{ mg/dl}$  ( $354 \mu\text{mol}$ )

## → EPIDEMIOLOGIA

- Incidencia → Fx
  - Edad
  - Sexo
  - Raza
- Mayor edad = ↑ Probab IRC

## → RIÑÓN DEL ANCIANO

- \* Pérdida de masa renal \* Atrofia cortical
- \* ↓ Flujo sanguíneo renal \* ↓ Tasa FG
- \* ↑ Glomerulosclerosis y fibrosis tubulointersticial \* ↓ [U] urinaria

## → DIAGNOSTICO FRA

- \* HC \* EF \* Vol. diuresis deo. previos
- \* Revisar Fx riesgo
- \* Lab: Análisis sangre
  - homograma
  - urea
  - creatinina
  - ionicos

## → EVAL FUNCIÓN RENAL

- [U]  $Cr_s$  → Marcador de función renal
- Cálculo de FG → Formulas
- Períodos de recogida de orina corta
  - Cockcroft-Gault
  - MDRD abreviada
- Estimación de FG

## → CAUSAS FRA

- Prerenal o funcional
  - 2° causa FRA → Ancaemos
  - Sin daño estructural
  - Duplicación de volumen sanguíneo real:
    - \* Hemorragia \* Insuf. adrenal
  - Diminución de volumen sanguíneo eficaz:
    - \* ↓ GC \* Descomp. ent. hepática
  - Cambios hemodinámicos en relación con toma de fármacos: AINE, IECA, ARA II
- Renal o intrínseco
  - Necrosis tubular aguda
    - \* Isquémica
    - \* Nefrotóxica
  - Nefritis intersticial aguda
  - Ent. vascular renal aguda
  - Glomerulonefritis
    - Post renal o obstructivo
- Obstrucción del tracto urinario
- Análisis de orina
  - Proteinuria ⊕ Hematuria } GMN
  - Hemáticos dismórficos } vasculitis
  - Descartar cristuria → Tóxicos
- Osmolaridad y electrolitos
  - Prerenal →  $FeNa < 1\%$  y  $> 2\%$