



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Campus Comitán

Licenciatura de Medicina Humana

Trabajo: Resumen

Alumno: Rosario Lara Vega

Semestre: 6° Grupo: A

Materia: Geriatría

Docente: Dr. Suarez Martínez Romeo

 UDS Mi Universidad

 @UDS_universidad

www.uds.mx

Mi Universidad

Tel. 01 800 837 86 68

Insuficiencia renal aguda

- Síntoma, potencialmente reversible, que surge con un deterioro rápido de la función renal, con un aumento en sangre de productos nitrogenados, alt en la regulación del volumen extracelular, la homeostasis de los electrolitos, con o sin descenso de la diuresis, que sucede en los días

Causas FRA: • Prerenal, intrínseca y postrenal

• Iatrogénicas

• IC • DM • Hepatopatía • Enf vesicular P

• Fármacos nefrotóxicos • Hipovolemia y sepsis

FRA prerenal: 2 causas FRA

↓ TFO

Causas: • Disminución del volumen sanguíneo renal

• ↓ del volumen sanguíneo efectivo

• Cambios hemodinámicos en relación con la toma de fármacos

FRA intrínseca: Deterioro de la función renal por lesión anatómica

-> Necrosis tubular aguda: alt en el epitelio tubular

-> NTA crónica: intervención ex

Mecanismo de NTA:

- Daño por isquemia - reperfusión de cel. tubulares

- Nefrotoxicidad

Insuficiencia renal crónica
 Dato renal o la presencia de un \downarrow \downarrow durante al menos
 un periodo superior a los meses

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

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

Gludiología

- DM
- HTA
- Enf. reumáticas
- Mieloma
- Vasculitis sistémicas
- Glomerulonefritis, piodonefritis
- Enf. poliquísticas

Fisiopatología

- \downarrow de FG de 10 ml/min
- Hipertrofia mas nefronas (hiperfiltración)
- \uparrow FG transitorio

Manifestaciones clínicas:

- Poliuria - Nocturia - Anorexia - Edema, molestias genitales
- Anorexia - náuseas, vómito - Síndromes neurológicos
- Prurito - Dolor torácico

Dx: HC, EF, biopsia renal, detección de proteinuria o albuminuria

Pruebas de imagen: EB, usg - resonancia, arteriografía

Tabla 3. Fórmulas para el cálculo del filtrado glomerular

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

FG estimado = $186 \times (\text{creatinina (mg/dl)})^{-1.154} \times (\text{edad})^{0.729}$
 $\times (0.742 \text{ si mujer}) \times (1.210 \text{ si raza negra})$

Fórmula MDRD 6 variables

$170 \times \text{creatinina}^{-1.594} \times \text{edad}^{1.04} \times \text{BUN}^{-0.172} \times \text{albumina}^{0.718}$
 $\times (0.762 \text{ en mujeres}) \times (1.18 \text{ en pacientes de raza negra})$

Fórmula de Cockcroft-Gault

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



Cirrosis Hepática

Causas: Hepatopatía alcohólica - crónica (VHC - VHB)
- Disfunción hepatocelular progresiva = hipertensión portal

Complicaciones: Úlcera esofágica
gastroentería por hipertensión portal

Vigilar: • Anorexia
• Peritonitis bacteriana espontánea
• Encefalopatía hepática
• Sx. hepatocelular o hepatocarcinoma

excelente



Cirrosis compensada - asintomática
• Anorexia
• Anisxia o pérdida de peso

Dx: Gramen histológico
Ecografía abdominal

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
Albumina	>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

ERGE

presencia de lesiones o de síntomas atribuibles al material
reflejado desde el estómago

Esofagitis → In inflamación de la mucosa esofágica ↓

Esofago de Barrett ↓
- esofagoscopia
- Dx ↓
- sustitución del epitelio
- escamoso normal del esófago
- por epitelio metaplásico I

muy bien



Epidemiología

Prevalencia 20%

incidencia 4.5 por cada 1.000 personas al año

Esofagitis crónica (12%) - (37%) 30%

Patogenia

ERGE = GER crónica No progresiva

↓ regresión del esfínter esofágico I

Alt meloras: DM, tx neurológicas, Farmacos

Tabla 1. Fármacos de uso frecuente en ancianos que pueden alterar la función motora esofágica.

Agonistas betaadrenérgicos
Antagonistas alfaadrenérgicos
Antagonistas de los canales del calcio
Anticolinérgicos
Benzodiacepinas
Nitratos
Narcóticos opioides
Xantinas

Cuadro Clínico:

- Pirosis
- Regurgitación

Sintomatología atípica en ancianos:

- dolor torácico
- síntomas respiratorios o laringeos

Enf Ulcerosa Péptica

- Multibacterial - Origen anatomopatológico - Lesión estomago o duodeno

Prevalencia: 5-10 % población general
10-30 % HP

> Edad (no 40 años) - (no 55 años)

Patología: Factores agresivos: secreción de ^{ácido gástrico} del pepsina

Substratos: HP - AINEs - Café
- Tabaco - Alcohol

Factores defensivos: Reducción células - Prostaglandinas
- Flujos sanguíneos de la mucosa g.

Clínica: - Dolor abdominal (epigástrico) - Náuseas y vómito
- Anorexia, pérdida de peso

Dx: - (F) - Endoscopia digestiva alta - biopsia
- Rx con contraste bariado - Gastroscofia -> HP

Dx - diferencial: - (R) - Dispepsia por fármacos
- Carcinoma g. - Patología biliar o pancreática

Ulcera recidivante y recurrente:

Causas: HP Dx: Recidivar HP, AINEs, endoscopia con biopsia
TAC - abdominal

Tx: IOP - Gx

Excelente

