



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**CARRERA: MEDICINA HUMANA**

**MATERIA: CLINICAS MEDICAS**

**TAREAS**

**VIVIANA EDIITH ROJAS TORRES**

**6° SEMETRE**

## DISLIPIDEMIAS... (GPC)

Son un conjunto de enfermedades resultantes de concentraciones anormales de triglicéridos y colesterol en sangre, que participan como factores de riesgo en la enfermedad cardiovascular. clasificación:

**Primarias** trastornos por defectos enzimáticos, receptores o metabolitos que participan en la síntesis y eliminación de las lipoproteínas.

**Ejemplos:** hipercolesterolemia familiar, hiperlipidemia familiar combinada, disbetalipoproteinemia e hipercolesterolemia familiar.

**Secundarias** alteraciones en los lípidos como consecuencias de otras patologías.

**Ejemplo:** diabetes mellitus, hipotiroidismo, síndrome nefrótico uso de algunos fármacos

**Et**

**Etiología:**

ateroesclerosis es un proceso dependiente de la edad que afecta la pared vascular, condicionado por factores genéticos y ambientales causando riesgo cardiovascular. Siendo una causa primaria de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

hipercolesterolemia: genética más frecuente presenta elevación de C-HDL al nacimiento, alteración en receptor LDL o apolipoproteína B

Diabetes mellitus: hipertrigliceridemia y baja concentración de C-HDL

Enfermedad renal crónica: elevación de triglicéridos y valores bajos de C-HDL

Enfermedades inmunitarias: artritis, reumatoide, lupus eritematoso sistémico, psoriasis y síndrome antifosfolípidos presenta aterosclerosis

Virus de la inmunodeficiencia humana: bajas concentraciones de colesterol total y aumento de triglicéridos

Síndrome nefrótico: elevación niveles plasmáticos de colesterol, triglicéridos y apolipoproteína B, causando alteración metabólica de las lipoproteínas.

Hipotiroidismo: asocia a un 56% con hipercolesterolemia.

**Diagnóstico:**

historia clínica

enfermedades cardiovasculares, AHP hipertensión, DM, pancreatitis, obesidad, dislipidemia. APP tabaquismo, alcoholismo, hipertensión, DM, síndrome metabólico, consumo de fármacos, dieta y actividad física.

**Exploración física:**

buscar xantomas, soplos carotídeos, disminución de los pulsos poplíteos, pedios, tibiales, anomalías del fondo de ojo, tensión arterial, índice de masa corporal y perímetro de cintura.

Hipercolesterolemia familiar: xantomas en tendones a cualquier edad, arco corneal < 45 años, xantomas tuberosos < 25 años, xantelasma > 25 años y colesterol mayor a 300 mg/dl o C-HDL < 2

laboratorios :

colesterol total menor a 200 mg/dl, triglicéridos menor a 150 mg/dl y C-HDL mayor a 40 mg/dl son valores normales

evaluación de riesgo cardiovascular:

globorisk hombre y mujeres , framingham y SCORE , criterios para realizarlo son historia enfermedad cardiovascular hombres menor de 55 años y mujeres menor de 45 años , hiperlipidemia familiar , tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus, concentraciones de lípidos elevados ( colesterol mayor a 200 mg/dl, triglicéridos mayor a 150 mg/dl y C-HDL )

Estratificación del riesgo vascular : muy

altorriesgo ( angiografía y ecocardiograma con ateromas, IAM, revaloración coronaria, EVC izquemico, DM con daño a órgano, TSFG menor a 60 ml/min, globorisk de 10 %) alto riesgo ( globorisk de 5-10%, hipertensión  $\neq$  180/110 o dislipidemia colesterol  $\neq$  310 mg/dl o dislipidemia primaria ) moderado ( historia familiar cardiovascular prematura, obesidad abdominal h  $\neq$  +/- 94 cm y M  $\neq$  +/- 80 cm, enfermedad crónica inflamatoria, globorisk de 1-5%) bajo ( globorisk menor 1 %)

manejo y tratamiento

tratamiento no farmacológico: actividad física (leve: FCM 50-63% actividades ligeras. Moderada FCM 64-76% actividades bicicleta, bailar, natación. Intensa FCM 77-93% correr, maratón, bicicleta, natación) con una evaluación y asesoría según las necesidades suspender el hábito tabaquico, disminución del peso

dieta saludable (disminución de ácidos grasos saturados y trans consumo de fibra, fruta, verduras, pescado, disminuir bebidas alcohólicas, consumir omega 3 y 6 ) a todo paciente ansiedad y estrés

intervenciones multidisciplinares  
tratamiento farmacológico:

hipercolesterolemia familiar metas son alto menor 70 mg/dl C-LDL 1, alto menor a 100 y sin factor de riesgo menor a 130 .

pacientes de mayor a 21 años con C-LDL = 190 mg/dl con estatinas de alta intensidad, de 40-75 años con C-LDL con estatinas alta y moderada intensidad con DM, estatinas alta densidad, no DM estatinas intensidad moderada, terapia de fibrato paciente con triglicéridos  $\neq$  204 mg/dl y C-HDL - de 35 mg/dl. mayores a 80 años revalorar el uso de estatinas o alérgico produce elevación CPK efectos musculares.

farmacos :

atorvastatina 20 mg/24 hrs tab 20 mg no embarazadas enf hepática bezafibrato 200-300mg/ 12 hrs tab 200 mg no embarazo, hipersensibilidad

colestiramina 4-6 gms sobres de 4 gms no hipersensibilidad ezetimiba 10 mg al día tab 10 mg no enf hepática e hipersensibilidad pravastatinasódica 10-40 mg /día tab 10 mg no embarazo, enf hepática

estatinas clasificación:

alta intensidad atorvastatina 40-80 mg/día

moderada intensidad atorvastatina 10-20 mg/ día

baja intensidad simvastatina 10 mg/ día

en caso de efectos secundarios suspender de 2 a 4 semanas y p

# ASCITIS

Acumulación de líquido en la cavidad peritoneal siendo la complicación más común de la cirrosis

## causas hepaticas

- hipertension portal
- hepatitis cronica
- hepatistis alcohólica
- síndrome de Budd-Chiari

## causas no hepaticas

- insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico, hipalbuminemia grave, pericarditis constrictiva)
- peritonitis carcinomatosa o infecciosa.

### Causas menos frecuentes,

- diálisis renal, pancreatitis, lupus eritematoso sistémico y enfermedades endocrinológicas (mixedema)

## clinica

- asintomático inicio
- distension abdominal
- dolor abdominal
- disnea

## exploracion fisica

- aumento del perímetro abdominal
- signo de la ola
- signo del tórpano de hielo
- más objetivo es a la percusión matidez cambiante

## complicaciones

- peritonitis

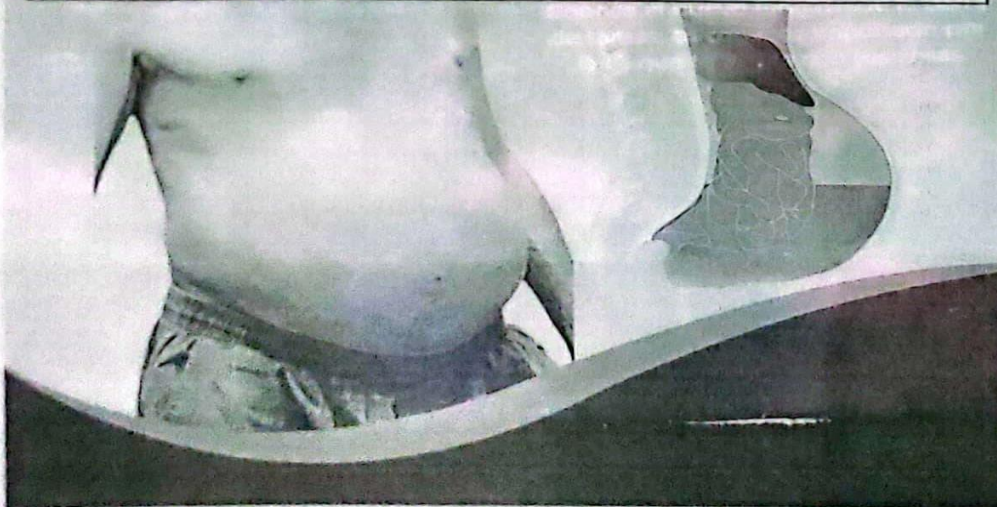
## clasificacion y tratamiento

Tabla 2. Clasificación de la ascitis y tratamiento sugerido.

Grado de ascitis	Definición	Tratamiento
Ascitis de Grado 1	Ascitis leve solo detectable por ecografía	Sin tratamiento
Ascitis de Grado 2	Ascitis moderada evidente por distensión simétrica a moderada del abdomen	Restricción de ingesta de sodio y diuréticos
Ascitis de Grado 3	Ascitis abundante con marcada marcada distensión abdominal	Paracentesis de gran volumen seguida de restricción de ingesta de sodio y diuréticos (a menos que los pacientes tengan ascitis refractaria)

Tabla 3. Efectividad y criterios diagnósticos para ascitis refractaria en la cirrosis.

Ascitis refractaria a diuréticos	Ascitis que no puede ser movilizada o cuya recurrencia temprana no se puede evitar por la falta de respuesta a la restricción de sodio y al tratamiento diurético
Ascitis refractaria con diuréticos	Ascitis que no puede ser movilizada o cuya recurrencia no se puede evitar por el desarrollo de complicaciones causadas por diuréticos que impiden el uso de una dosis efectiva
Responso:	
1. Disminución de la tensoión	Los pacientes deben estar bien tolerando terapia intensiva (suplementos 400 mg/día a furosemida 160 mg/día) durante al menos una semana y con dieta con restricciones de sal a 50 mmol/día
2. Falta de respuesta	Procedido de pérdida de peso de $\geq 0.8$ kg en 4 días y excreción urinaria de sodio inferior a la ingesta de sodio
3. Recurrencia temprana de ascitis	Reaparición de ascitis de grado 2 o 3 en las primeras 4 semanas posteriores a la movilización
4. Complicaciones debidas a diuréticos	La encefalopatía hepática causada por diuréticos no el desarrollo de enteropatia en ausencia de otros factores desencadenantes. La nefrotoxicidad renal causada por diuréticos en un aumento de la creatinina sérica de $>100\%$ hasta un valor de $>2$ mg/dL (177 $\mu$ mol/L) en pacientes con ascitis que responden a la terapia. La hiponatremia causada por diuréticos se define como la reducción de sodio en sangre de $>10$ mmol/L hasta niveles $<125$ mmol/L. La hipopotasemia causada por diuréticos se define como el cambio en el potasio sérico de $<3$ mmol/L a $<0$ mmol/L a pesar de haber tomado medidas apropiadas.

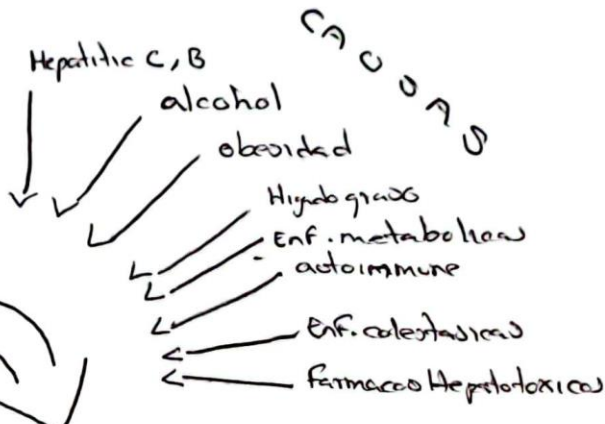
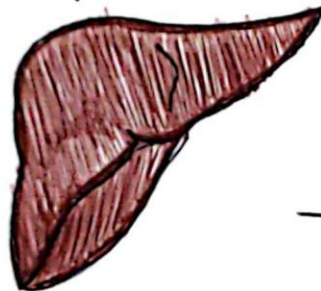


# Cirrosis Hepatica

entidad anatomoclinica se caracteriza por necrosis hepatocelular regeneracion nodular y fibrosis difusa que lleva alteracion del patron lobulillar y vascular

+ frecuente Varones

Hgado normal



- edema
- debilidad
- Fatiga
- perdida de apetito
- Nauseas
- vomito
- Perdida peso
- ascitis
- prurito
- ictericia
- decoloracion
- anemia



Hgado cirrotico

## Complicaciones

- anemia
- edema, ascitis
- melatonas, hemorragias
- Hipertension portal
- varices esofagicas, gastroenteritis
- esplenomegalia
- ictericia
- encefalopatia
- cancer
- syndrome hepato pulmonal, renal

## DX

- Factoro riesgo
- Perfil hepatico
- BH
- ecografia, RM, TAC
- Biopsia
- Clasifica
- escala de MELD
- (bilirrubina, creatinina, INR)
- Child Pugh

## TX

- cambio en la dieta
- evitar alcohol y otras sustancias
- diureticos (edema, ascitis)
- antibioticos
- betabloqueantes (hipertension)
- lactulosa (encefalopatia)
- Transplante