



## **MEDICINA HUMANA**

**Nombre del Alumno: Jhonatan Sánchez  
Chanona**

**Docente: Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez**

**Nombre del trabajo: Resúmenes**

**Materia: Clínicas Médicas Complementarias**

**Grado: 7° Grupo: "B"**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de Noviembre de 2023**

**DEFINICION:** LA DIABETES MELLITUS (DM) ES UNA ENFERMEDAD MULTIFACTORIAL QUE SE CARACTERIZA POR LA PERDIDA DE LA REGULACION DE LA GLUCOSA SANGUINEA. EL DESCONTROL CRONICO DE LA ENFERMEDAD SE ASOCIA A LA APARICION DE COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES. ES UNA ENFERMEDAD CRONICA Y COMPLEJA QUE REQUIERE ATENCION MEDICA CONTINUA CON ESTRATEGIAS DE REDUCCION DE RIESGOS MULTIFACTORIALES MAS ALLA DEL CONTROL GLUCEMICO.

**EL PIE DIABETICO** ES UNA ALTERACION CLINICA DE BASE ETIOPATOGENICA NEUROLOGICA INDUCIDA POR LA HIPERGLUCEMIA SOSTENIDA; EN LA QUE CON O SIN COEXISTENCIA DE ISQUEMIA Y PREVIO DESENCADENANTE TRAUMÁTICO, PRODUCE LESION Y/O ULCERACION DEL PIE.

EXISTEN MANIFESTACIONES CLINICAS DE NEUROPATIA COMO SON DOLOR, ARDOR, ENTUMECIMIENTO Y PARESTESIAS. LAS MANIFESTACIONES DE LA ARTERIOPATIA SON HIPOTROFIA MUSCULAR Y CAMBIOS DE COLORACION DE LA PIEL.

**EPIDEMIOLOGIA:** EL TIEMPO MEDIO PARA LA CURACION DE LAS ULCERAS DEL PIE ES DEL ORDEN DE 12 SEMANAS, Y ESTAN ASOCIADOS CON UN ALTO RIESGO DE AMPUTACION. SE ESTIMA QUE LA SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS DESPUES DE LA PRESENTACION DE UNA ULCERA ES DEL 50 AL 60%. EL PIE DIABETICO TIENEN UN CONTEXTO MULTIFACTORIAL, SI BIEN SE HAN LOGRADO IDENTIFICAR DE MANERA CLARA ESTOS FACTORES DE RIESGO, AUN NO SE PUEDE ATRIBUIR. INFECCION, ULCERACION O DESTRUCCION DE LOS TEJIDOS PROFUNDOS DEL PIE (HUESOS INCLUIDOS) EN PACIENTES DIABETICOS, CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS Y ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS MIEMBROS INFERIORES DE GRAVEDAD VARIABLE. 49-85% DE TODOS LOS PROBLEMAS DE PIE DIABETICO SON EVITABLES. 70% ES LA TASA DE RECIDIVA DE LAS ULCERAS DEL PIE A 5 AÑOS. EL 25-50% DE LOS PACIENTES CON ULCERAS INFECTADAS NECESITARAN UNA AMPUTACION MENOR EL 35% EVOLUCIONAN A ULCERAS COMPLEJAS Y EL 25% DE LOS PACIENTES DIABETICOS PRESENTARAN UNA ULCERA EN EL PIE.

**FACTORES DE RIESGO:** LOS FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PIE DIABETICO PODEMOS ENGLOBALARLOS EN GENERALES Y LOCALES.

**FACTORES GENERALES:**

- 1.-TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DIABETES.
- 2.-HIPERGLUCEMIA SOSTENIDA.
- 3.-EDAD DEL PACIENTE.
- 4.-HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.
- 5.-HIPERTRIGLICERIDEMIA.
- 6.-HIPERCOLESTEROLEMIA.
- 7.-HIPERURICEMIA.
- 8.-RETINOPATIA.
- 9.-NEFROPATIA.
- 10.-TABAQUISMO.

**FACTORES LOCALES:**

- 1.-DEFORMIDAD DEL PIE (PREVIA O ADQUIRIDA).
- 2.-PRESION PLANTAR ELEVADA.
- 3.-HIPERQUERATOSIS.
- 4.-ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA.
- 5.-TRAUMATISMO.
- 6.-NEUROPATIA.

**FACTORES DE RIESGO PRINCIPALES.**

- 1.-AMPUTACION PREVIA.
- 2.-ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA.
- 3.-DEFORMIDAD ANATOMICA.
- 4.-NEUROPATIA.
- 5.-FALLA RENAL.
- 6.-POBRE CONTROL GLUCEMICO.
- 7.-TABACO.

DIAGNOSTICO. SE CONSIDERA QUE LA NEUROPATIA SE ASOCIA A COMPLICACIONES SERIAS EN EL PACIENTE DIABETICO, HABITUALMENTE EL DIAGNOSTICO DE NEUROPATIA SE REALIZA MEDIANTE LA EXPLORACION FISICA SISTEMATIZADA CON PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (MONOFILAMENTO, DIAPASON, PINCEL) EXPLORACION DE LOS REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Y EN ETAPAS AVANZADAS CON ESTUDIOS DE ELECTROMIOGRAFIA. LA SECUENCIA CORRECTA A SEGUIR HA DE COMENZAR CON UNA BUENA ANAMNESIS, Y SE HA DE COMPLETAR CON UNA INSPECCION FISICA Y UNA EXPLORACION FISICA ADECUADAS; CON TODO ELLO SE PRETENDE DETECTAR "PIE DE RIESGO" ES DECIR, AQUEL QUE PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES: A) NEUROPATIA PERIFERICA (POLINEUROPATIA, MONONEUROPATIA, ULCERA NEUROPATICA, NEUROARTROPATIA DE CHARCOT Y ALTERACIONES VEGETATIVAS); B) ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA; C) HISTORIA PREVIA DE ULCERA O AMPUTACION Y D) DEFORMIDADES EN LOS PIES.

EN CADA VISITA SE HA DE PREGUNTAR AL PACIENTE SOBRE LA POSIBLE PRESENCIA DE SINTOMAS DE NEUROPATIA PERIFERICA, COMO EL DOLOR, LA QUEMAZON, LOS HORMIGUEOS O LOS CALAMBRES (SUELEN SER DE PREDOMINIO NOCTURNO Y MEJORAN AL PONERSE DE PIE O CON LA DEAMBULACION). ASIMISMO SE LE PREGUNTA SOBRE LA PRESENCIA DE POSIBLES SINTOMAS DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, COMO LA CLAUDICACION INTERMITENTE, EL DOLOR EN REPOSO QUE NO MEJORA CON LA MARCHA Y EMPEORA CON LA ELEVACION DEL PIE, EL CALOR O EL EJERCICIO, O LA FRIALDAD DE LOS PIES. ADEMAS SE HA DE INVESTIGAR SOBRE LA EXISTENCIA DE OTROS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES. SEGUIDAMENTE SE INSPECCIONARA EL PIE EN BUSCA DE HIPERQUERATOSIS, CALLOS, OJOS DE GALLO DEFORMIDADES, FISURAS, GRIETAS Y MUY ESPECIALMENTE ULCERAS. DE FORMA GLOBAL SE DEBE PRESTAR ATENCION A LA HIGIENE Y EL CUIDADO DE LOS PIES (LA HIDRATACION, EL CORTE DE LAS UÑAS, ETC.), ASI COMO EL USO DE MEDIAS O CALZETINES Y CALZADO, PARA COMPROBAR QUE ESTE SEA APROPIADO Y NO CON TENGA CUERPOS EXTRAÑOS O PRESENTE UN DESGASTE EXCESIVO.

#### CLASIFICACION DE LAS LESIONES

ULCERA NEUROPATICA: PERDIDA DE SENSIBILIDAD Y REFLEJOS, ZONAS DE ROCE O APOYO (PLANTA DEL PIE), HIPERQUERATOSIS PERILESIONAL, INDOLORA, SANGRANTE, PULSOS DISTALES PALPABLES, PIE SECO CALIENTE.

ULCERA ISQUEMICA: SENSIBILIDAD CONSERVADA, ZONAS PERIFERICAS (TALON MEDITARSIANOS), PIEL PERILESIONAL SANA, MUY DOLOROSA, NO SANGRA, LECHO ESFACELADO, NECROTICO, AUSENCIA DE PULSOS DISTALES, PIEL FRIA Y ATROFIADA.

ULCERA NEUROISQUEMICA: HALLAZGOS SENSORIALES VARIABLES, HABITUALMENTE LOCALIZADA EN LOS DEDOS, BORDES IRREGULARES CON HIPERQUERATOSIS, DOLOROSA, LECHO PALIDO ESFACELADO, PULSO AUSENTES, PIEL PALIDA, FRIALDAD DE PIE.

#### ABORDAJE

INFECCIONES LEVES A MODERADAS

GENERAL: AMOXICILINA CON ACIDO CLAVULANICO 875/125 MG C/12H

CEFALEXINA 500 MG C/6H

CLINDAMICINA 300 MG C/8H

DICLOXACILINA 500 MG C/6H

MRSA: CLINDAMICINA 300MG C/8H

LINEZOLID 600MG C/12H

CEFALEXINA O DICLOXACILINA + TRIMETOPRIMA/SULFAMETOXAZOL 160/800 MG C/12H O DOXICICLINA 100MG C/12H.

MRSA, BASTOS AEROBIOS Y ANAEROBIOS:

TRIMETOPRIMA/SULFAMETOXAZOL 160/800 MG C/12H + AMOXICILINA CON ACIDO CLAVULANICO 875/125 MG C/12H O MOXIFLAXACINO 400 MG C/12H

CLINDAMICINA 300 MG C/8H + CIPROFLOXACINO 500 MG C/12H O LEVOFLOXACINO 500 MG C/12H.

ABORDAJE

INFECCIONES GRAVES:

PIPERACILINA CON TAZOBACTAM 4.5 G C/6H.

IMIPENEM CON CILASTATINA 500/500 MG C/6H

CEFTAZIDIMA 2G C/3H + METRONIDAZOL 500 MG C/8H.

CONCEPTOS

HIPERQUERATOSIS: TRASTORNO CARACTERIZADO POR EL ENGROSAMIENTO DE LA CAPA EXTERNA DE PIEL, QUE ESTA COMPUESTA DE QUERATINA.

ONICOCRIPTOSIS: UNA UÑA ENCARNADA ES LA CURVACION O COMPRESION DEL BORDE DE LA UÑA EN EL PLIEGUE ADYACENTE.

ONICOMICOSIS: HONGO EN LAS UÑAS.

ONICOGRIFOSIS: UN AUMENTO EXAGERADO DEL GROSOR DE LA LAMINA UNGUEAL.

HALUX VALGUS: ES UNA DESVIACION DEL PRIMER DEDO.

DEDO EN MARTILLO: LA ARTICULACION FLEXIONADA ES LA DEL MEDIO.

DEDO EN GARRA: EN ESTE TIPO SE PRODUCE UNA HIPEREXTENSION DE LA ARTICULACION METATARSOFALANGICA Y UNA FLEXION DE LA ARTICULACION INTERFALANGICA PROXIMAL Y DISTAL.

CHARCOT: ES UNA AFECCION EN EL PIE Y EL TOBILLO CAUSADA POR UNA INCAPACIDAD DE SENTIR LAS LESIONES, LO QUE PUEDE PROVOCAR DEFORMIDADES IMPORTANTES.

CLASIFICACION DEL PIE DIABETICO: CLSIFICACION DE TEXAS

	GRADO 0	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
ESTADIO A	LESIONES PRE O POST ULCEROSAS COMPLETAMENTE EPITELIZADAS.	HERIDA SUPERFICIAL QUE NO INVOLUCRA TENDON, CAPSULA O HUESO.	HERIDA PENETRANTE ANTE A TENDON O CAPSULA	HERIDA PENETRANTE A HUESO O ARTICULACION.
ESTADIO B	INFECCION	INFECCION	INFECCION	INFECCION
ESTADIO C	ISQUEMIA	ISQUEMIA	ISQUEMIA	ISQUEMIA
ESTADIO D	INFECCION E ISQUEMIA	INFECCION E ISQUEMIA	INFECCION E ISQUEMIA	INFECCION E ISQUEMIA

## INSUFICIENCIA HEPATICA

**DEFINICION:** ES UNA ENFERMEDAD ASOCIADA A FALLA HEPATICA. SE CARACTERIZA POR UN PROCESO DE FIBROSIS DIFUSO Y LA CONVERSION DE LA ARQUITECTURA NORMAL EN UNA ESTRUCTURA NODULAR ANORMAL. PUEDE PRESENTARSE COMO LA ETAPA FINAL DE DIVERSAS ENFERMEDADES HEPATICAS.

### FACTORES DE RIESGO:

ANTECEDENTES DE HEMOTRANSFUSION PREVIO A 1992.

USO DE DROGAS INTRAVENOSAS.

PROMISCUIDAD SEXUAL (HEPATITIS B Y C).

V

**VIGILANCIA:** PACIENTE CON

OBSTRUCCION BILIAR

ALTERACIONES VASCULARES

USO CRONICO DE MEDICAMENTOS HEPATOTOXICOS.

### DESCOMPENSADO:

ICTERICIA

ASCITIS

ASTERIXIS

GINECOMASTIA

HEPATOMEGALIA

ERITEMA PALMAR

TELANGIECTASIAS

ESPLENOMEGALIA

ATROFIA TESTICULAR

### CRITERIOS DE CHILD-PUGH

SISTEMA DE ESTADIFICACION USADA PARA EVALUAR EL PRONOSTICO DE UNA HEPATOMEGALIA CRONICA (CIRROSIS). SE USA AHORA PARA DETERMINAR EL PRONOSTICO, ASI COMO LA NECESIDAD DE TRANSPLANTE DE HIGADO.

### APOYO DIAGNOSTICO

BIOMETRIA HEMATICA

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO

TIEMPOS DE PROTROMBINA

REALIZAR ENDOSCOPIA CADA 2 AÑOS

USG ABDOMINAL.

### TRATAMIENTO:

TRATAR COMPLICACIONES.

ENCEFALOPATIA HEPATICA.

ASCITIS.

VARICES GASTROESOFAGICAS.

EVALUAR TRANSPLANTE HEPATICO.

### MEDICAMENTOS MAS USADOS

LACTULOSA

#### MEDICAMENTOS MAS USADOS

LACTULOSA.  
ESPIRONOLACTONA.  
FUROSEMIDA.  
NEOMICINA.

#### ASCITIS

**DEFINICION:** ES UNA COLECCION DE LIQUIDO DETECTABLE Y PATOLOGICO DENTRO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL.

#### ETIOLOGIA:

AUMENTO DE LA PRESION PORTAL.  
FORMACION DE REDES VENOSAS COLATERALES.  
DECREMENTO DE LA PRESION COLOIDOSMOTICA .

#### FACTORES DE RIESGO:

CIRROSIS HEPATICA.  
HEPATITIS CRONICA POR VIRUS COO B.

#### DIAGNOSTICO:

ECOGRAFIA ABDOMINAL.  
PARACENTESIS.

#### LABORATORIOS:

BIOMETRIA HEMATICA  
EXAMEN DE LIQUIDO PERITONEAL.

#### TRATAMIENTO:

PARACENTESIS.  
ANTIBIOTICOS.  
DIURETICOS.  
EVALUAR USO DE ALBUMINA.

#### CLASIFICACION

GRADO I: ASCITIS LEVE. SE DIAGNOSTICA POR ECOGRAFIA (100 ML).  
GRADO II: ASCITIS MODERADA (3 A 6 LITROS).  
GRADO III: ASCITIS SEVERA O A TENSION (APROX 100LITROS).

#### ENCEFALOPATIA HEPATICA

**DEFINICION:** CONSTITUYE UN CONJUNTO DE ALTERACIONES NEUROPSIQUIATRICAS DE ORIGEN METABOLICO Y GENERALMENTE REVERSIBLE QUE APARECEN EN ENFERMEDADES HEPATICAS CON INSUFICIENCIA HEPATOCBLULAR E HIPERTENSION PORTAL.

#### CLINICA:

ALTERACIONES MENTALES

**CLINICA:**

ALTERACIONES MENTALES.  
ALTERACIONES NEUROMUSCULARES  
FACTOR HEPATICO.

**FACTORES PRECIPITANTES DE ENCEFALOPATIA HEPATICA.**

UREMIA/AZOEMIA  
HEMORRAGIA DIGESTIVA.  
ALCALOSIS METABOLICA O DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO  
EXTREMISMO  
EXCESO DE PROTEINAS EN LA DIETA.  
INFECCIONES (DESCARTE PBE EN PACIENTES CON ASCITIS).  
FARMACOS: SEDANTES, BENZODIACEPINAS, BARBITURICOS Y DIURETICOS, SOBRETODOS LOS QUE ACTUAN SOBRE EL TUBO CONTORNEADO PROXIMAL COMO LAS TIACIDAS, POR QUE PUEDEN PRODUCIR ALCALOSIS METABOLICA HIPOCLOREMIA Y LA FUROSEMIDA, QUE PUEDE INDUCIR UNA ALCALOSIS METABOLICA HIPOOXTASEMIA.  
HIPOXIA.  
HIPOGLUCEMIA.  
HIPOTIROIDISMO.  
DERIVACION PORTOSISTEMICA: QUIRURGICA O MEDIANTE LA COLOCACION DE TIPS.  
ANEMIA.

**POSIBLE TRATAMIENTO:**

DIETA HIPOPROTEICA: DEBE INSTAURARSE UNA DIETA CON 0.5 G/KG/DIA DE PROTEINAS QUE DEBE AUMENTAR A 0.8-1 G/KG/DIA UNA VEZ RESUELTO EL CUADRO. SOLO ESTA JUSTIFICADA UNA DIETA PROTEICA EN PACIENTES EN LOS QUE PREVEE UNA RAPIDA RESOLUCION DE LA EH.  
LACTULOSA (DUPHALAC) O LACTITOL (OPONAF): SON DISACARIDOS SINTETICOS NO ABSORBIBLES QUE DISMINUYEN LA PRODUCCION DE AMONIO Y AUMENTAN LA MOTILIDAD INTESTINAL. VIA ORAL O POR SNG: 60-80 G EN 3-4 TOMAS AL DIA.  
ENEMAS: 200 G DE LACTULOSA EN 700 ML DE AGUA CADA 8-12 HORAS.  
EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO SE DEBE AJUSTAR LA DOSIS PARA CONSEGUIR QUE EL PACIENTE TENGA 2-3 DEPOSICIONES AL DIA.

## DISPEPSIA

**DEFINICION:** CONJUNTO DE SINTOMAS QUE SE CARACTERIZA POR DOLOR O MALES TAR REFERIDO A LA PARTE CENTRAL Y MITAD SUPERIOR DEL ABDOMEN, QUE SE PRESENTA POR LO MENOS EL 25% DURANTE LAS ULTIMAS CUATRO SEMANAS, QUE NO GUARDA RELACION CON LA INGESTA Y NO HAY CAUSA ORGANICA O ALTERACION METABOLICA QUE JUSTIFIQUE LOS SINTOMAS. EL DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS REGIONES DEL ABDOMEN, EL DOLOR IRRADIADO, PIROSIS, REGURGITACIONES ACIDAS, ASOCIACION CON TRASTORNO EN EL HABITO INTESTINAL, NO SON PARTE DE LA DISPEPSIA FUNCIONAL Y SIRVEN EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

### FACTORES DE RIESGO

1. CONSUMO DE TABACO
2. ALCOHOL
3. CAFE
4. DIETAS RICAS EN GRASA
5. AINES
6. ESTRES
7. ANSIEDAD
8. DEPRESION
9. NEUROSIS

**DIAGNOSTICO.** PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO DE DISPEPSIA FUNCIONAL SE DEBE CUMPLIR LO SIGUIENTE:

- A) QUE LOS SINTOMAS (DOLOR O MALESTAR REFERIDO A LA PARTE CENTRAL Y MITAD SUPERIOR DEL ABDOMEN) SE PRESENTAN AL MENOS EN EL 25% DE LOS DIAS EN LAS ULTIMAS CUATRO SEMANAS.
- B) AUSENSIA DE DAÑO ORGANICO DEMOSTRADO POR ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA.

EL PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DISPEPSIA QUE TIENEN RECURRENCIA DE LOS SINTOMAS ENTRE 1 Y 6 MESES DESPUES DE HABER SUSPENDIDO EL TRATAMIENTO, DEBE SER DE NUEVO EVALUADO BUSCANDO SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA SE DEBE CONSIDERAR COMO SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA EN DISPEPSIA:

- A) INICIO DE LOS SINTOMAS EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS.
- B) HISTORIA FAMILIAR DE CANCER GASTRICO, SOBRE TODO EN MENORES DE 50 AÑOS.
- C) ALTERACIONES EN LA EXPLORACION FISICA (TUMORACIONES ABDOMINALES).
- D) PRESENCIA DE DISFAGIA
- E) ANEMIA.
- F) PERDIDA DE PESO NO INTENCIONADA O INEXPLICABLE MAYOR DE 5%:
- G) HEMORRAGIA DIGESTIVA MANIFESTADA POR HEMATEMESISI Y/O MELENA.
- H) VOMITO PERSISTENTE.
- I) ACCESOS DE TOS CON BRONCOASPIRACION NOCTURNA.
- J) EL USO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINES).

LOS PACIENTES QUE CON MAS FRECUENCIA SE ASOCIAN A DISPEPSIA SON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTRO ESOFAGICO, ULCERA PEPTICA Y CANCER GASTRICO.

### PRUEBAS DIAGNOSTICAS

### PRUEBAS DIAGNOSTICAS.

LA ENDOSCOPIA ES EL PROCEDIMIENTO DE ELECCION PARA EL ESTUDIO DE DISPEPSIA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS, SE DEBERA REALIZAR EN PACIENTES CON DISPEPSIA QUE TIENEN CUALQUIER SIGNO Y SINTOMA DE ALARMA. EN LA PRIMERA CONSULTA DE LOS PACIENTES CON DISPEPSIA SE DEBE SOLICITAR BHC, VSG Y QS, PARA EVALUAR LA PRESENCIA DE ANEMIA Y OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS.

OTROS ESTUDIOS COMO PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA (PFH), RADIGRAFIAS SIMPLS, O SEREE ESOFAGOGASTRODUODENAL (SEGD) NO SON UTILES PARA DX. PRUEBA DE ALIENTO (ERRADIACION DE H. PYLORI).

### TRATAMIENTO.

EN TODOS LOS PACIENTES CON DISPEPSIA SIN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, SE DEBE UTILIZAR TRATAMIENTO EMPIRICO EN EL SIGUIENTE ORDEN:

- A) PROCINETICOS, COMO METOCLOPRAMIDA.
- B) RANITIDINA.
- C) OMEPRAZOL.