



Nombre del Alumno: Fátima Guadalupe Aguilar Vázquez

Nombre del tema: Tratamiento Farmacológico En El Paciente Con Diabetes Mellitus E Hipertensión Arterial

Parcial: Segundo

Nombre de la Materia: Practicas En Nutrición Clínica 1

Nombre del profesor: Karina Guadalupe Hernández Torres

Nombre de la Licenciatura: Nutrición

Cuatrimestre: Octavo

INTRODUCCION

La hipertensión arterial muestra una prevalencia muy alta en la diabetes mellitus tipo 2 y supone un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares. El control estricto de la presión arterial hasta cifras menores de 130/80 mm Hg reduce la morbimortalidad cardiovascular y renal en mayor grado que el control del resto de las complicaciones. Para conseguir dicho nivel se requieren al menos dos o tres fármacos en la mayoría de los pacientes. El tratamiento de la HTA en el diabético se basa en la realización de medidas higiénico dietéticas o cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico y control del resto de factores de riesgo cardiovascular.

DESARROLLO

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es 1,5-2 veces superior que en pacientes no diabéticos. Por otra parte, los hipertensos tienen un riesgo 2,5 veces superior de desarrollar diabetes mellitus tipo 2. De esta forma entre un 50 y un 60% de los diabéticos son hipertensos, porcentaje que aumenta con la edad y con la presencia de nefropatía. En los pacientes DM2 con micro albuminuria la prevalencia de HTA es del 90 % y en pacientes con macro albuminuria es del 93 %. En el estudio DIAPA, realizado en pacientes diabéticos de diferentes centros de salud de toda la geografía española, se observó una prevalencia de HTA conocida del 66,7%. Además, del total de diabéticos sin HTA conocida, un 52% tenía cifras de presión arterial (PA) por encima de 130/85 mmHg. Ello nos da una idea de la importancia de la HTA en la DM2. La HTA es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares en la diabetes mellitus, tanto macro vasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebral vascular y artropatía periférica) como micro vasculares (nefropatía, retinopatía y neuropatía). El 75% de las complicaciones macro vasculares que se presentan en los diabéticos son debidas a las HTA. El tratamiento de la HTA reduce dicho riesgo vascular. Son múltiples los factores que influyen de manera simultánea en el desarrollo de HTA en la DM2 y probablemente la influencia de cada uno de ellos varía en cada paciente. Además de la presencia de nefropatía, los factores fundamentales que condicionan una elevación de la presión arterial en la DM2 se relacionan con dos aspectos básicos: un aumento del volumen extracelular y un incremento de las resistencias vasculares periféricas. Sobre el primero actuarían los efectos derivados del hiperinsulinismo y la hiperglucemia; sobre el segundo, los derivados de la activación simpática y la rigidez arterial. Es por ello que el tratamiento de la HTA en la DM2 deberá ir dirigido a tratar de evitar y mejorar dichos mecanismos patogénicos por medio de medidas higiénico dietéticas y, si es necesario, fármacos. Las alteraciones hemodinámicas y metabólicas que acompañan a la DM2 derivan en un incremento de presión intraglomerular, condicionando una proliferación de matriz y celularidad mesangial, un incremento del grosor de la pared del capilar y la consiguiente esclerosis glomerular que caracterizan a la nefropatía diabética. El desarrollo de nefropatía diabética es un factor aditivo en la génesis de la HTA del diabético junto los que se mencionan a continuación.

Las repercusiones negativas pueden ser desde clínicamente negligibles hasta claramente perjudiciales e incluso graves, pero también son conocidas interacciones con efectos positivos que pueden resultar útiles terapéuticamente, ya sea para mejorar la eficacia del

fármaco o para reducir sus eventuales efectos secundarios. Así, la afinidad de las vitaminas para ser arrastradas por el laxante predomina con respecto a la absorción fisiológica de las mismas, de forma que las vitaminas son eliminadas por vía fecal. Las consecuencias nutricionales de esta interacción son dosisdependientes y dependerán de la cantidad de laxante ingerida y de su frecuencia de uso, así como de que haya una mayor o menor reserva fisiológica de esta vitamina. Así, un consumo ocasional del laxante probablemente no tenga ninguna repercusión, pero el uso reiterado del mismo puede conducir a situaciones de déficit vitamínico, especialmente si además la dieta no las aporta en cantidad suficiente. Las primeras observaciones sobre la capacidad de ciertos medicamentos para inducir estados de malnutrición, al afectar a la absorción o la utilización metabólica de los nutrientes, se realizaron a lo largo de los años 1940 y 1950. Un ejemplo ilustrativo es el déficit de piridoxina o vitamina B6 inducido por la isoniazida, observado por primera vez a principios de los años 50 y descrito como una interferencia del fármaco en la metabolización de la vitamina, asimilando el efecto de la isoniazida al de una antivitamina.

CONCLUSION

Así, se ha observado que, al limitar la ingesta de alimentos a una única comida al día, se suele modificar también la pauta de administración de los medicamentos, acumulando la dosis diaria del fármaco (o fármacos) en una sola toma, coincidiendo con esta comida, con la consiguiente alteración de la pauta de dosificación, o manteniendo las diversas tomas del fármaco (o fármacos) pero sin el acompañamiento de la comida, con la aparición de problemas de irritación GI, entre otros.

BIBLIOGRAFIA

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LNU/0233d5a2f47e1ee6980cee3dafda874b-LC-LNU802%20PR%C3%81CTICAS%20EN%20NUTRICI%C3%93N%20CL%C3%8DNICA%20I.pdf>