



# Mi Universidad

## Resumen

Ashle  
Resur  
Cuart  
Epid  
Dr. Je  
Medic  
Segur

### DENHUE NO GRAVE Y EL DENGUE GRAVE

El dengue es una enfermedad febril infecciosa, de etiología viral sistémica ( Denv-1, Denv-2, Denv-3 y Denv-4), transmitida por mosquitos hembras del género Aedes sp, de presentación clínica variable, evolución poco predecible, auto limitada y temporalmente incapacitante.

Se reconocen cuatro fases de la enfermedad: la fase de incubación, de tres a diez días; la fase febril, de dos a siete días; la fase crítica (fugas plasmática) entre el tercer y séptimo día de inicio de la fiebre; y la fase de recuperación (reabsorción de líquidos) entre el séptimo y décimo día. La variabilidad clínica está relacionada con la respuesta inmunológica del huésped a la infección, la comorbilidad y los factores de riesgo presentes, la exposición previa a la enfermedad, y la virulencia de la cepa viral.

#### Factores de riesgo

El principal factor de riesgo para el dengue es habitar o visitar una región geográfica con presencia del vector y circulación de uno o más de los serotipos del virus dengue (zona endémica).

En estas regiones, un factor de riesgo adicional es la presencia de problemas de suministro de agua potable en forma permanente.

2024

### Manifestaciones clínicas

Después del periodo de incubación, el dengue inicia de manera súbita cursando por tres fases: febril, crítica y de recuperación.

#### Fase febril

Dura generalmente dos a siete días y a menudo se acompaña de rubor facial eritema de la piel, dolor generalizado, mialgias, artralgias y cefalea.



evidentes de fuga plasmática o de choque.

#### Fase de recuperación

Si el paciente sobrevive a las 24 a 48 horas de la fase crítica, durante la fase de recuperación o convalecencia tiene lugar una reabsorción gradual de líquido del compartimiento extravascular, que se traduce en:

- .Mejoría del bienestar general.
- . Estabilización hemodinámica.
- .Estabilización o disminución del hematocrito.
- . Elevación del recuento de leucocitos (temprana)
- .Recuperación del recuento plaquetario (tardía)

#### Signos de alarma

- .Dolor abdominal intenso.
- .Vómito persistente o incoercible (mayor de cinco).
- .Hemorragia activa en mucosas.
- Hepatomegalia mayor 2 cm.

#### Dengue grave

Con el antecedente de fiebre, la fase crítica del dengue, en el dengue grave aparece con;

- .Descenso súbito de la temperatura.
- .Baja de la cuenta de plaquetas ( $100,000 /mm^3$ ).
- .Hemoconcentración (elevación del hematocrito).
- .Alteración hemodinámica.

Tendencia a hemorragia:

- .petequias
- .hemorragias en mucosa
- .daño orgánico

#### DIABETES MELLITUS TIPO 2

El término diabetes mellitus (DM) define alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, como resultado de defectos en la secreción de insulina, o en la acción de ambas.

Diabetes Mellitus tipo 2: Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la pro-



### Factores de riesgo para desarrollo de diabetes

1. Edad y sexo
2. Suceptibilidad genética
3. Obesidad
4. Dieta
5. Alcohol
6. Actividad física
7. Tabaco
8. Síndrome del ovario poliquístico
9. Insuficiencia cardíaca
10. Fármacos

### Diagnóstico

El diagnóstico se establece cuando ocurran síntomas de diabetes: polidipsia poliuria polifagia y baja de peso, con resultado de una glicemia en cualquier momento del día  $200 \text{ mg/dL}$ , sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.

Criterios bioquímicos con o sin síntomas clínicos, para confirmar el diagnóstico de diabetes.

- .  $A1C \geq 6.5\%$  (en laboratorio con método estandarizado)
- . Glucosa en ayunas mayor o igual a  $126 \text{ mg/dL}$  (Ayuno de por lo menos 8 horas)
- . Glucosa en plasma a las 2 horas mayor o igual a  $200 \text{ mg/dL}$  después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (técnica descrita por la OMS) carga de glucosa anhidra de  $75 \text{ gr}$ , disuelta en agua.

### Tratamiento No farmacológico

- . Hacer ejercicio en pequeños periodos. La investigación ha mostrado que la actividad física de moderada intensidad puede acumularse a través del día que puede ser efectiva como realizar 30 minutos seguidos al día.
- . Combinar diferentes tipos de ejercicios. Las combinaciones de actividades físicas de intensidad moderada y vigorosa pueden utilizarse para alcanzar la meta de actividad física.
- . Ajustar los horarios. Puede ser más fácil para el paciente caminar duran-

te la hora de la comida, o quizás hacerlo después de la cena. la clave es establecer días y horas en las que se convierta la actividad física en parte de la rutina.

.Desarrollar diversas actividades que favorezcan el autocontrol.

#### Tratamiento farmacológico

Insulina dosis inicial 10 UI/día de insulina basal ajuste dosis semanal usando el promedio de glucosa capilar en ayunas.

Glicemia basal (m g/dl)	Incremento de insulina
100-120	2 unidades
120-140	4 unidades
140-180	6 unidades
180	8 unidades

- .Fluvastatina 40mg
- .Lovastatina 40mg
- .Pravastatina 40mg
- .Simvastatina 80mg
- .Atorvastatina 80mg
- .Rosuvastatina 40mg
- .Fenofibrato 250mg
- .Colestáridamida 24g
- .Ácido nicotínico (niacina) 2g
- .Ezetimiba 10mg

## PREECLAMPSIA

### Preclampsia leve:

i. Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg Y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg en una mujer previamente normotensa. Se requieren por lo menos 2 tomas con diferencia de 6 horas entre cada una con la paciente en reposo en un lapso no mayor de 7 días.

2. Proteinuria: mayor o igual de 300 mg en una recolección de orina de 24 horas o reporte en tira reactiva de por lo menor 30 mg/dL (1+) en 2 muestras de orina tomadas al azar con diferencia de 6 horas entre cada una, pero en un lapso no mayor de 7 días, sin evidencia de infección de vías urinarias.

### Preeclampsia severa:

Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg en al menos 2 determinaciones con por lo menos 6 hrs de diferencia con proteinuria de 5gr o más en una colección de orina de 24 hrs (por tira reactiva 3+ o más en 2 muestras con al menos 4 hrs de diferencia).

Otras características: oliguria (menos de 500 ml de orina en 24 hrs, alteraciones visuales, edema pulmonar, cianosis, dolor epigástrico o en gipocondrio derecho, pruebas de función hepática alteradas (incremento de DHL mayor de 600 UI, elevación al doble de TGO y TGP), creatina sérica mayor de 1.2 mg/dL, trombocitopenia (plaquetas menor de 150 000 cel/mm<sup>3</sup>), restricción del crecimiento uterino.

### Epidemiología

El Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" (INPer) de la Secretaría de Salud, dio a conocer que, en México, la incidencia de la preeclampsia es de 47.3 por cada mil nacimientos.

Esto da cimo como resultado ser la primera causa de ingreso de mujeres embarazadas a las unidades de terapia intensiva, la Preeclampsia y la eclampsia representan la primera causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal a nivel mundial, y el 25% de los casos se dan en América Latina y el Caribe esto según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que proporcionan mayor probabilidad para el desarrollo de preclampsia son: Gestación múltiple, Condiciones médicas subyacentes (co-morbilidad):

- .Hipertensión Arterial preexistente o presión distólica 90 mmHg.
- .Nefropatía preexistente o proteinuria (i+ en más ocasión o cuantificada 0.3 g/24 hrs).
- .Diabetes Mellitus tipo I o II preexistentes.
- .Síndromes de anticuerpos antifosfolípidos (SAF), Trombofilia.
- .Preeclampsia en cualquier embarazo previo.
- .Lupus eritematoso sistémico.
- .Edad reproductiva 40 años o más.
- .IMC 35.

Factores que proporcionan una mejor probabilidad para el desarrollo de la preeclampsia (la probabilidad se incrementa cuando se presentan 2 o más).

Primer embarazo, edad menor de 20 años.

10 años o más de intervalo intergenésico

Antecedentes de preeclampsia en madre o hermana.

Presión diastólica al inicio del embarazo de 80 a 89 mmHg

Las pacientes sin ningún factor de riesgo continúan su atención con base en las recomendaciones de la GPC de Atención Prenatal de Rutina con la enfermera materno infantil.

Las pacientes con uno o más de los factores de riesgo que se asocian a una mayor probabilidad de desarrollo de este síndrome deberán ser enviadas a segundo nivel de atención médica para su control.

Las pacientes con 2 o más factores de riesgo encefálicos, también deberán de ser derivadas a segundo nivel de atención médica, deberán continuar su atención prenatal con el médico familiar con vigilancia estrecha de la tensión arterial y determinaciones frecuentes de proteína en orina.

El envío de pacientes con alto riesgo de desarrollar preclampsia será antes de las 20 SDG. Todas las mujeres saben que con después de 20 SDG pueden desarrollar preclampsia.

Diagnóstico de hipertensión arterial en el embarazo

La presión arterial sistólica elevada persistentemente es un marcador de riesgo para desarrollar hipertensión gestacional.

El definir la hipertensión sistólica severa con cifras mayor 160 mmhg se debe a que incrementa el riesgo de enfermedad vascular cerebral durante el embarazo.

La hipertensión arterial en el embarazo debe ser definida como una presión distólica 90 mmHg; obtenida de un prodio, de mínimo dos mediciones con al menos 5 minutos de diferencia, en el mismo brazo y en la misma consulta. La mujer embarazada con una presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg debe ser seguida estrechamente por el peligro de desarrollar hipertensión distólica.

La hipertensión arterial severa debe ser definida como una presión sistólica mayor de 160 mmHg o una distólica mayor de 110 mmhg.

Si la elevación de la tensión arterial no es severa y es limítrofe, se requiere registrar una serie de tomas de tensión arterial para confirmar el diagnóstico.

Clasificación

Solicitar estudios de laboratorio:

.Ultrasonido obstétrico para evaluar crecimiento fetal y líquido amniótico, si las condiciones maternas lo permiten Gasometría arterial en edema agudo.

Exámenes de laboratorio:

.Biometría hemática con recuento plaquetario creatinina, ácido urico, AST, ALT, DHL, bilirrubina

Condiciones adversas:

- Trombocitopenia
- Creatinina mayor de 1.1 mg/dl
- Alteraciones hepáticas
- Edema agudo pulmonar

Complicaciones severas

- .Encefalopatía hipertensiva
- .Eclampsia
- .Ceguera cortical
- .Glasgow menor de 13
- .Déficit neurológico recesible
- .Hipertensión severa no controlada
- .Edema agudo pulmonar
- .Isquemia miocárdica o infarto
- .Conteo plaquetario menor de 150 ml
- .Lesión renal aguda
- .Disfunción hepática
- .Hematoma hepático o ruptura
- .Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.

#### INFECCION DEL TRACTO URINARIO (ITU)

La infección del tracto urinario (ITU) es considerada generalmente como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

La infección de vías urinarias se aplica a una amplia variedad de condiciones clínicas que varía desde la bacteriuria hasta la pielonefritis aguda.

Una infección de vías urinarias bajas recurrente es definida como 3 o más

Clasificación CL

Las ITU son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial.

.ITU baja: Colonización bacteriana- a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina.