

Materia:

Clínicas medicas complementarias

Nombre del trabajo:

Análisis de GPC'S Actualizadas

Alumno:

José Manuel López Cruz

Grupo: "A"

Grado: "7"

Docente:

Dra. Adriana Bermúdez Avendaño

HAS en adultos

Es un síndrome de etiología múltiple, consistente fundamentalmente por elevación de presión arterial a $\geq 140/90$ mmHg. Deriva de un examen repetido en el consultorio. Es producto del incremento de resistencia vascular periférica y daño vascular sistémico.

Etiología

- La hipertensión arterial es el factor de riesgo modificable más común para enfermedad cardiovascular y muerte.
- La prevalencia general de hipertensión fue de 32.3% en América latina entre años, la prevalencia en México es de 39.7%.
- La prevalencia de la HTA aumenta con la edad y alcanza un 60% pasado los 60 años y un 75% pasado los 75 años.
- 25.5 millones de personas en México tienen HAS y solo un 60% sabe que tiene HAS, solo la mitad toma medicamento y de estos la mitad tiene citas de control ($\approx 140/90$ mmHg).

Es de etiología desconocida, sin embargo, se relacionan factores genéticos y ambientales.

- Primaria (esencial o idiopática) representa el 95%.
- Secundaria: a) Enfermedad renal crónica.

E En adultos con > 40 años de edad y con HAS secundarias principalmente con:

- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad de paratiroides hiperparatiroidismo
- Enfermedad tiroidea
- Síndrome de Cushing

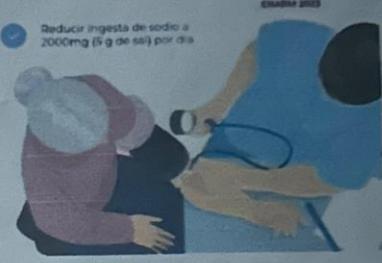
Factores de riesgo

- Edad > 40 años. Prevalencia a un 60% pasado los 60 años y un 75% pasado los 75 años de edad.
- Obesidad. Disminuir 5.1 kg de peso reduce el PAS 4.4 mmHg y PAD 3.6 mmHg respectivamente.
- Tabaquismo. Se recomienda un programa para dejar de fumar tomando las fases de Prochaska y DiClemente.
- Diabetes. Es un de los factores más importantes por lo que se recomienda detectar glucosa en hipertensos.
- Dislipidemias. El mayor beneficio se logra disminuyendo los niveles de LDL y colesterol total.
- Sedentismo. Se recomienda realizar 30 - 45 min de ejercicio aeróbico por los menos 5 - 7 días a la semana.

E Los factores que aumentan el riesgo CV en hipertensos son: edad, sexo (varones más que mujeres), tabaquismo (activo o pasivo), ácido úrico, diabetes, colesterol total y HDL, dislipidemia, obesidad, antecedente familiar de ECV prematura (hombres < 35 años y mujeres < 40 años), antecedente de HAS de aparición temprana en la familia, menopausia temprana, sedentismo.

Rc Se recomienda utilizar herramientas pronosticas de riesgo cardiovascular como la escala de riesgo de Framingham, la escala modificada de riesgo de Framingham, la escala nacional, International, RECOD, la calculadora de riesgo JCS, las cartas predictoras de riesgo cardiovascular de la OMS, OSHA, las guías de evaluación sistemática de riesgo coronario (SCORE) de la sociedad europea de cardiología.

Limitar ingesta de alcohol a 14 U en hombres y 8 U en mujeres (cantidad 3.3 = 25 ml de vino o 250 ml de cerveza).



Tamizaje

Realizar tamizaje inicial a todos los adultos mayores de 18 años.

- 18 - 39 años con presión arterial normal ($< 130/80$ mmHg) y sin factores de riesgo realizar detecciones cada 3 a 5 años.
- > 40 años con riesgo de HAS realizar detección anualizada.
- El manguito debe tener 12 - 13 cm de ancho y 35 cm de largo.

R Los adultos > 40 años y las personas con mayor riesgo de hipertensión arterial deben someterse a pruebas de detección anualizada. Adultos de 18 a 39 años con presión arterial normal ($< 130/80$ mmHg) sin otros factores de riesgo debe volver a examinar cada 3 a 5 años.

Diagnóstico

- MABA durante 24 horas (monitoreo ambulatorio de presión arterial) es el método de elección para el diagnóstico.
- ABPA o MDPA (automedida de la presión arterial) suele ser un enfoque más apropiado para la práctica clínica.

Rc Se recomienda a favor de presión arterial domiciliar como apoyo para el diagnóstico y control de la presión arterial ya que es tan confiable como el monitoreo ambulatorio y superior a los tomados de presión en el consultorio. Se recomienda realizar además evaluación del índice de masa de ventilación adecuada para identificar daño a órganos.

E La mayoría del conocimiento generado en hipertensión se basa en las medidas de PA en la consulta por el método auscultatorio tradicional. Sin embargo la principal limitación de este procedimiento radica en que solo nos ofrece información de un valor en un momento concreto y presenta multitud de sesgos.

Cuadro 1. Clasificación de la Presión Arterial (PA) medida en Consultorio y grados de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)

	Presión Arterial Normal	Presión Arterial Elevada
Óptimo	< 120	< 80
Normal	120 a 129	80 a 84
Limitado o frontaria	130 a 139	85 a 89
Hipertensión Estadio 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión Estadio 2	≥ 160 o ≥ 100	≥ 100 o ≥ 100
HAS en DM2 o con daño renal	≥ 135 o más	≥ 90 o más
HAS clásica pura	≥ 140 o más	≥ 90 o más
HAS clásica pura	≥ 140	≥ 90 o más
HAS con síndrome diabético	≥ 135 o más	≥ 90 o más
HAS con MAPA Día	≥ 135 o más	≥ 85
HAS con MAPA Noche	≥ 125	≥ 80 o ≥ 80 en consultorio
HAS de bata blanca	≥ 140 en consultorio	≥ 90 en casa
HAS de bata blanca	≥ 140 en casa	≥ 90 en casa
HAS Esmeralda	≥ 140 en consultorio	≥ 90 en casa
HAS Esmeralda	≥ 140 en casa	≥ 90 en casa

El monitoreo de la presión arterial de forma ambulatorio (MABA) es el método de elección para el diagnóstico de hipertensión, y el monitoreo por las 24 horas ambulatorio en adultos > 18 años de edad.



En pacientes con hipertensión de bata blanca o enmascarada se recomienda confirmar el diagnóstico con MABA o ABPA.

- Definición en adultos

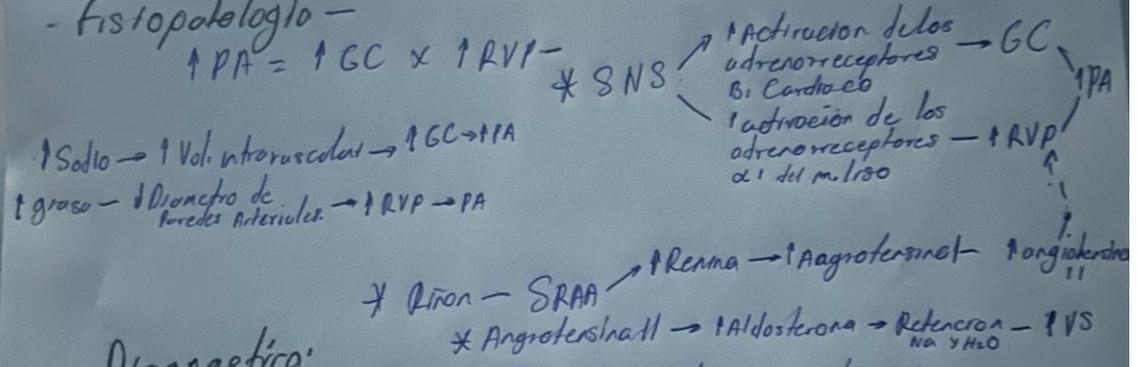
La Hipertensión Arterial Sistémica es un Síndrome de etiología múltiple caracterizado por elevación persistente de la cifras de presión Arterial o cifras $\geq 140/90$ mmHg

Factores de riesgo y epidemiología:

- Antecedentes hereditarios
- Asociado con hipercolesterolemia
- tabaquismo
- Obesidad
- sedentario
- sexo masculino
- ≥ 40 años
- ≥ 75 años \rightarrow ECV

- Se señala que 24.9% de los hombres y 26.1% de mujeres padece esta enfermedad.
- Cada año ocasiona cerca de 50 mil fallecimientos

- Histopatología -



Diagnóstico:

Protocolo de estudio: * HAS Pro \rightarrow Elevación de PA con cifras iguales o mayores a 140/90 mmHg

* modelo SCORE

* Se establece el diagnóstico de HAS en la segunda consulta médica (al mes de la primera determinación): $\geq 140/90$ mmHg

* Protocolo de estudio:

- Citometría hemática
- Ca^{2+}
- Electrolytos Séricos
- Acido urico
- Lípidos \rightarrow HDL, LDL, colesterol total
- Triglicéridos
- Examen general de orina

Tratamiento farmacológico

- De inicio - fármacos de primera línea

1. Diuréticos tiazídicos
2. Beta Bloqueantes
3. IECA
4. ARA III
5. Calcioantagonistas

De segunda línea: combinación de dos fármacos

En caso de requerir 3 fármacos se recomienda tiazídicos + IECA o ARA II más Calcioantagonistas

NO combinar IECA + ARA II

Dislipidemias



- Diagnóstico**
- Diagnóstico para hipercolesterolemia familiar heterocigota
 - Confirmación de mutación de genes autos de genes LDLR, APOB, PCSK9 o LDLRAP1
 - LDL-c > 190 mg/dl en tratamiento o 300 mg/dl asociada a síntomas tendinosos o enfermedad en ambos padres
- Diagnóstico para hipercolesterolemia familiar heterocigota
- Confirmación genética o puntuación DLCH > 6 puntos
 - Hipercolesterolemia primaria con LDL > 200 mg/dl o > 130 en tratamiento + historia familiar de primer grado

Riesgo cardiovascular	Meta de colesterol LDL (mg/dl)
Alto	< 70
Moderado	< 100
Bajo	< 130

Siempre descartar causas secundarias de dislipidemias.

Tratamiento

- Primeras líneas: Estilo de vida saludable, con ejercicio al menos 30 minutos al día 5 veces por semana y plan de alimentación.
- Se recomienda el tratamiento con estatinas como primera elección en pacientes con hipertriglicidemia (TG > 200 mg/dl)
- Inicio de bezafibrato en pacientes que presentan con hipertriglicidemia (TG > 200 mg/dl) a pesar del tratamiento con estatinas.
- Añadir ezetimiba dosis de 10 mg cada 24 horas, en aquellos pacientes en quienes no se alcance el objetivo de c-LDL con la dosis máxima de estatinas o dosis máxima tolerada.

Meta de colesterol LDL (mg/dl)

- Paciente con riesgo cardiovascular bajo y LDL < 130 mg/dl
- Paciente con riesgo cardiovascular moderado y LDL < 100 mg/dl
- Paciente con riesgo cardiovascular alto y LDL < 70 mg/dl
- Paciente con riesgo cardiovascular muy alto y LDL < 55 mg/dl
- Paciente con riesgo cardiovascular muy alto e hipercolesterolemia familiar
- Paciente con riesgo cardiovascular muy alto con antecedente de enfermedad de cardiovascular

En pacientes con enfermedad cardiovascular que tienen un segundo episodio cardiovascular en los 2 años siguientes, mientras toman estatinas a la dosis máxima tolerada, llevar a una meta de c-LDL < 40 mg/dl.

Meta de colesterol LDL (mg/dl)

- Llevar a un meta de c-LDL < 116 mg/dl
- Llevar a un meta de c-LDL < 100 mg/dl
- Reducir > 50% c-LDL hasta < 70 mg/dl
- Reducción > 50% del valor basal de c-LDL con una meta < 55 mg/dl



A pacientes con hipertriglicidemia se recomienda como meta terapéutica triglicéridos < 150 mg/dl



Añadir un inhibidor de PCSK9 a ezetimiba en aquellos pacientes con intolerancia a las estatinas.

Dislipidemias

Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades asintomáticas, que son detectadas cuando se encuentran concentraciones sanguíneas anormales de colesterol total, triglicéridos y colesterol de alta densidad.

Etiología

Etiología multifactorial, sin embargo, el exceso de lipoproteína que se encuentra elevada en el perfil de lipidos puede orientar en la causa de la dislipidemia, y su potencial aterogénico

Epidemiología

- Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la principal causa de muerte
- En 2019 contribuyeron a 142 916 muertes, dentro de los factores de riesgo cardiovascular modificables se encuentran las dislipidemias

Factores de riesgo

- Los más asociados al desarrollo de dislipidemia secundaria son: Sedentarismo, ingesta de grasas saturadas, obesidad, tabaquismo, alcoholismo y diabetes tipo 2
- Otros: Hipertiroidismo, síndrome nefrótico, fibrosis quística, cushing, trastornos lesión aguda de la médula espinal y trastornos inflamatorios/inmunitarios

Prevalencia aumento de un 15.9% a un 20%

En personas de 50 a 79 años

Causas más frecuentemente asociadas a dislipidemias: Dietas ricas en grasas saturadas, estatinas orales, glucocorticoides, esteroide anabólicos, antipsicóticos atípicos, inhibidores de la proteasa, suplementos, entre otros.

Clinica

- Generalmente es asintomática y se diagnostica de forma accidental, sin embargo, puede debutar como:
 - Ateroesclerosis acelerada (IAM, IAM y IAM)
 - Hipertriglicidemia con episodios recurrentes de pancreatitis
 - Acidosis láctica (rara) generalmente antes de 40 años
 - Neuritis óptica o xantasma corneal tendinosos xantomas
 - Síndromes que sugieren hipercolesterolemia familiar

En pacientes con xantomas se debe considerar el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar



Dislipidemias

Definición - Son un conjunto de enfermedades resultantes de concentraciones anormales de Colesterol, triglicéridos, C-HDL y C-LDL en Sangre. Participa como factores de riesgo en la enfermedad Cardiovascular.

* Primer grupo → trastornos caracterizados por defectos de enzimas y receptores o metabolitos que participan en la síntesis y eliminación de los lipoproteínas

* Segundo grupo → incluye alteraciones en los lípidos como consecuencia de otras enfermedades → DM, hipotiroidismo, Sx nefrotico, fármacos

Etiología →

- Enfermedad Cardiovascular debido a aterosclerosis y trombosis de la pared de los vasos arteriales → causas primarias de mortalidad
- Asintomática → son identificados durante una revisión rutinaria
- México → niveles de C-HDL bajos y hipertriglicéidemia
- Gen autosómico dominante → gen del Receptor LDL

Diagnóstico

* Historia Clínica y exploración física con búsqueda intencionada de:
- Enfermedad Cardiovascular
- Historia familiar
- Otros factores:
- Causas secundarias

* Niveles de C-LDL $> 190 \text{ mg/dl}$

* Presencia de enfermedad Coronaria

* Escalares físicos → xantomas en tendones
xantomas tuberculosos
xantelasma en menores de 25 años

* Colesterol entre 200 y 300 mg/dl → Consumo de grasas saturadas

Tratamiento

- Cambio en el estilo de vida → ejercicio 30 min al día y plan de alimentación → Dieta DASH, mediterránea

Farmacológico → Estatinas → Alta intensidad: $< \text{LDL}$ mayor 50%

- moderada - $< \text{LDL}$ 30% - 50%

atorvastatina 10-20 mg/día

simvastatina 20-40 mg/día

- Baja intensidad: $< 30\%$

Lorastatina 10 mg/día

fluvastatina 20-40 mg/día

Diabetes

Enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce

Diagnóstico

Prueba de FINGERISC → 81.9% Sensibilidad y especificidad 89.7%
- Puntaje de ≥ 9 y glucosa en $> 100 \text{ mg/dl}$ en ayuno

Diagnóstico

- × HbA1C - glucemia plasmática en ayuno entre 100 y 128 mg/dl.
un valor $\geq 6.5\%$ Confirma diagnóstico
- × Curva de tolerancia a la glucosa oral - valor $\geq 200 \text{ mg/dl}$ a las 2 horas de ingerir carga de 75g de glucosa confirma dx

Tratamiento

- Cambios en el estilo de vida y plan de alimentación (mediterránea)
- Farmacológico → iniciar con metformina - 425mg
- metformina - sulfonilurea - bajo riesgo de hipoglucemia
- insulina en Px que no alcanzan la meta de control de HbA1C

Hipoglucemia → 413-20g de carbonato de acción rápida (4-6 años de vida)
425ml de solución glucosada al 50%

× 1 mg de glucagon si hay disponible

- Repetir cada 15min hasta que se resuelva

Síndrome nefrótico - GPC

Síndrome nefrótico primario es una enfermedad glomerular que se manifiesta con algún grado de edema, proteinuria, hipalbuminemia e hiperlipidemia, todo ocasionado por daño renal, sin causa aparente

Diagnóstico

- Signo → Edema - en todos los niños con S.N.
- Anasarca hasta 30% de su peso corporal
- Retención renal de sodio → Expansión asimétrica del intersticio
- Choque hipovolémico - vómito y dolor abdominal
- Ingesta de tóxicos, infecciones
- Proteinuria $> 40 \text{ mg/m}^2/\text{hora}$ ó proteinuria/creatininuria $> 2 \text{ mg/mg}$
- Hipalbuminemia - Albumina sérica $< 2.8 \text{ g/dl}$

- Se recomienda reducción moderada de sodio (1-3 g en 24 hrs)

Edema → Diuréticos - una o dos veces día

- uso de Corticoesteroides

Sx nefritico

Sx nefritico post estreptococico: es un trastorno originado por lesiones renal aguda rapidamente progresiva ocasiona por procesos inmunologicos activados por la infeccion

- Causo mas frecuente glomerulonefritis aguda post estreptococica
- glomerulonefritis es basicamente la presencia de inflamacion o Proliferacion Celular del glomerulo

Diagnostico:

- hematuria micro o macroscopica, edema, hipertension y proteinuria
- frecuente en niños 2-12 años

Fases:-

latencia: Proceso infeccioso y el desarrollo de nefritis / 1-6 semanas

fase aguda: - Hematuria, es macroscopica 30-60% → dolor lumbar

- Edema se presenta 65-90% de los casos

- Hipertension - 60-90% de los casos

fase de Resolución: inicio despues de la fase aguda (1-3 Sem)

- Se recupera la diuresis

- Desaparicion de hematuria

- Proteinuria leve

Tratamiento.

- Profilactico con Penicilina
- Considerar IECAS → ↓ filtrado glomerular y Causa hipertension