

**Universidad del sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Flashcards

**Docente: Dra. Bermúdez Avendaño
Adriana**

Alumno: Iván Alonso López López

PASIÓN POR EDUCAR

**Grado: Séptimo semestre
Grupo "B"**

**Materia: Clínicas Medicas
Complementarias**

Introducción

Es importante conocer enfermedades que afecten al cuerpo de una manera sistémica ya que en estas patologías se presentará un mayor riesgo de mortalidad en los pacientes, es por eso que se debe de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno para poder disminuir la sintomatología y el riesgo de mortalidad, así como también afectan distintos aparatos y sistemas, debemos tener en cuenta que en algunas de estas patologías existe el compromiso cardiovascular, con lo cual debemos de disminuir este riesgo dando educación a los pacientes sobre los cambios en el estilo de vida que deben realizar, y que como en toda patología los cambios del estilo de vida es el primer paso para poder prevenir el riesgo y el daño que ocasione la patología, es por eso que debe de realizarse un tamizaje de ve en cuando para poder diagnosticar oportunamente estas patologías.

Potencial aterogenico → Fx ambientales + Fx geneticos + Placas de ateroma

Att. concentración de lipidos

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.

Prevenición
- Calorías
20-25 kcal/kg
15-20 kcal/kg
IMC >18.5 <25 kg/m²

Ejercicio
Evitar alcohol y tabaco

Detección de HDL y LDL
Normal: cada 5 años
Fx riesgo
Ingesta excesiva de grasa

Alcoholismo
Hipotiroidismo
Sínfronético
Lupus
Fibrosis quística
Enf. hepática

Hipertrigliceridemia
- Pancreatitis recurrentes
- Esteatosis hepática
- Xantelomas
- Arco corneal

Rx riesgo alto
40-75 años
triglicéridos en ayuno >500 mg/dL

Etiología

Etiología multifactorial, sin embargo, el **conocer la lipoproteína que se encuentra elevada en el perfil de lípidos 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 2018 contribuyeron a 143 916 muertes, dentro de los factores de riesgo cardiovascular modificables se encuentran las dislipidemias.

F. de riesgo

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

Prevalencia aumento de un 19.9% a un 28%.
En personas de 50 a 79 años.

ENARM 2022: Medicamentos asociados a dislipidemias: Diuréticos tiazídicos, estrógenos orales, glucocorticoides, esteroides anabólicos, antipsicóticos atípicos, inhibidores de la proteasa, isotretinoína, entre otros.

Clínica

Generalmente es asintomática y se diagnóstica de forma accidental, sin embargo, puede debutar como:

- Aterosclerosis acelerada (EVC, IAM y EAP).
- Hipertrigliceridemia con brotes recurrentes de pancreatitis.
- Anillo corneal (inicia generalmente antes de 45 años).
- Xantomas palmares o cutáneos (sobre tendones extensores).
- Xantelasmas que sugieren hipercolesterolemia familiar.

Enf. Arterial persistente
Los xantelasmas son pequeñas acumulaciones de grasa que se forman en la piel del párpado superior o del párpado inferior.



Colesterol de alta densidad > Riesgo aterogenico

Etiología: multifactorial

Primaria: - Genético

Secundaria: Por los comportamient.

HDL: + Riesgo Para pegarse

Tx no farmacolog.

- 5 raciones baja en grasa

- Antes de 35 años

- Limitar ingesta de azúcares

- 150 min / sem

75 min vigoroso

Diagnóstico

Criterios para hipercolesterolemia familiar homocigota:

- Confirmación de mutación de ambos alelos de genes LDLR, APOB, PCSK9 o LDLRAP1.
- LCD-c > 500 mg/dl sin tratamiento o 300 mg/dl asociada a xantomas tendinosos o enfermedad en ambos padres.

Criterios para hipercolesterolemia familiar heterocigota:

- Confirmación genética o puntuación DLCN > 6 puntos.
- Hipercolesterolemia primaria con LDL > 200 mg/dl o > 130 en tratamiento + historia familiar de primer grado.



Se sugiere en pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, hipercolesterolemia familiar o cLDL > 190 mg/dl, estimar el riesgo cardiovascular a 10 años.

Riesgo cardiovascular en 10 años.

Riesgo bajo	Riesgo calculado menor al 1% a 10 años para evento cardiovascular total
Riesgo moderado	Riesgo calculado entre el 1% y el 5% a 10 años para evento cardiovascular total
Riesgo alto	Riesgo calculado entre el 5% y el 10% a 10 años para evento cardiovascular total
Riesgo muy alto	Riesgo calculado mayor al 10% a 10 años para evento cardiovascular total

Siempre descartar causas secundarias de dislipidemias.

Tratamiento

- Primera línea: 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 hipertrigliceridemia (TG > 200 mg/dl) a pesar del tratamiento con estatinas.
- Inicio de bezafibrato en pacientes que persistan con hipertrigliceridemia (TG > 200 mg/dl) a pesar del tratamiento con estatinas.
- Agregar 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 estatina o dosis máxima tolerada.

Indicaciones de tratamiento con estatinas

- Paciente con riesgo cardiovascular bajo y LDL > 116 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.

Metas terapéuticas

- 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.

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.

Rc A pacientes con hipertrigliceridemia se recomienda como meta terapéutica triglicéridos < 150 mg / dl.

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

HAS en adultos

Es un síndrome de etiología múltiple persistente caracterizado por elevación de presión arterial en un examen repetido en el consultorio. Es producto del incremento de resistencia vascular periférica.

Epidemiología

- 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 ellos 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 cifras de control (<140/90 mmHg).

Es de etiología de factores

- Primaria (esencial)
- Secundaria: #1. E

En adultos principales

- Enfermedad renovascular aterosclerótica
- Enfermedad del parénquima renal
- Enfermedad tiroidea
- Síndrome de Cushing

E

Estudios de Gabinete

- Realizar perfil lipídico
- Prueba de hematuria
- Hb1Ac
- Electrolitos
- Creatinina y TFG
- ECG
- QS

F. 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 refleja disminuyendo los niveles de LDL y colesterol total.
- Sedentarismo: 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 (actual o pasado), ácido úrico, diabetes, colesterol total y HDL, sobrepeso u obesidad, antecedente familiar de ECV prematura (varones < 55 años y mujeres < 65 años), antecedente de HAS de aparición temprana en la familia, menopausia temprana, sedentarismo.

Rc

Se recomienda utilizar herramientas pronóstica de riesgo cardiovascular como la escala de riesgo de Framingham, la escala modificada de riesgo de Framingham, la escala PROCAM, Framingham - REICOR, la calculadora de riesgo JCS, las cartas predictoras de riesgo cardiovascular de la OMS, QRisk, las gráficas 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. 1 unidad (U) = 125 ml de vino o 250 ml de cerveza.

ENARM 2023



Reducir ingesta de sodio a 2000mg (5 g de sal) por día.



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 anualmente.
- 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 anualmente. Adultos de 18 a 39 años con presión arterial normal (<130/80 mm Hg) sin otros factores de riesgo debe volver a examinarse cada 3 a 5 años.

Diagnostico

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

Rc

Se recomienda la toma 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 las tomas de presión en el consultorio. Se recomienda realizar además evaluación del índice de masa de ventrículo izquierdo para identificar daño a órgano

E

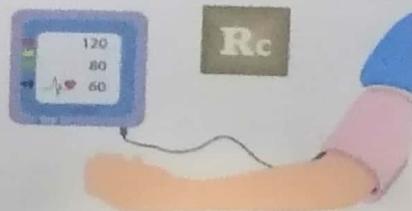
La mayoría del conocimiento generado en hipertensión se basa en las medidas de PA en la consulta por el método auscultatorio tradicional. Sin embargo, la principal limitación de este procedimiento radica en que solo nos ofrece información de un valor en un momento concreto y presenta multitud de sesgos.

Px con FR > 40 a chequeo anual
PAS > 135 o PAD > 35 mmHg por 7 días es Dx

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

Categoría	Presión Sistólica (mmHg)	Presión Diastólica (mmHg)
Nivel Óptimo	< 120	< 80
Normal	120 a 129	80 a 84
Límite o frontera	130 a 139	85 a 89
Hipertensión Etadio 1	140 a 160	90 a 95
Hipertensión Etadio 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión Etadio 3	180 o más	110 o más
HAS en DM2 o con daño Renal	135 o más	85 o más
HAS sistólica pura	140 o más	< 90
HAS diastólica pura	< 140	90 o más
HAS con monitoreo domiciliario	135 o más	85 o más
HAS con MAPA Día	135 o más	85 o más
HAS con Mapa Noche	> 120	> 75
HAS de bata blanca	> 140 en consultorio	90 a 110 en consultorio
	> 140 en casa	< 90 en casa
HAS Enmascarada	> 140 en consultorio	< 90 en casa
	> 140 en casa	

El monitoreo de la presión arterial de forma ambulatoria (MAPA) es el método de elección para el diagnóstico de hipertensión, y la evaluación precisa del riesgo cardiovascular en adultos > 18 años de edad.



Rc

Tratamiento no farmacológico

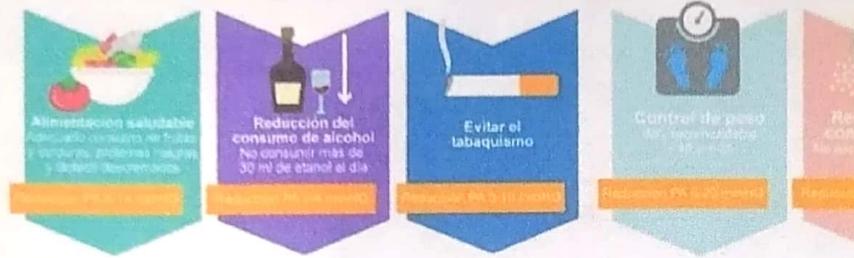
- Se recomienda dietas **DASH, nórdica y mediterránea.**
- Se recomienda suplementación con potasio excepto pacientes con ERC o antagonistas de aldosterona.
- Preferir consumo de carne blanca (pescado o pollo).
- Evitar el consumo de sal, embutidos, agua mineral, salsa inglesa, concentrados de consomé y altos en sodio.

Generales
• Glúcidos complejos (preferiblemente en grano)
• Colesterol total
• Lipoproteínas de alta y baja densidad
• Triglicéridos (en ayuno)
• Ácido úrico
• Calcio y fósforo
• Nitrógeno ureico

Dietas

- Mediterránea
- DASH → Previene riesgo CV
- Nórdica

Tomar TA en Px >18 años



Rx riesgo cardiovascular

- Edad >40 años
- Tabaquismo
- Obesidad
- Dislipidemias
- Tabaquismo
- HAS
- DM2

Hipertensión arterial

- MAPA → 2 tomas al día
- MDPA → Tomar por 7 días
- AMPA → 2 tomas en noche

Cambios en el estilo de vida
 Dieta → DASH, Nórdica y mediterránea.
 Consumo de Na⁺ < 5gr
 No tabaco y alcohol

Rc Se recomienda iniciar tratamiento farmacológico con cifras de PA mayor o igual a 140 mmHg para disminuir el riesgo de muerte y ECVm.

Se recomienda como tratamiento farmacológico los siguientes fármacos de primera línea:

- IECA (inhibidores de enzima convertidora de angiotensina) Ej: Captopril, Enalapril, Lisinopril
- BRA (bloqueadores del receptor de angiotensina) ó también llamados ARA II (antagonistas del receptor de angiotensina II) Ej: Losartán, Irbesartán, Telmisartán
- BCC-DHP (bloqueadores de canales de calcio dihidropiridínicos) Ej: Amlodipino y BCC-no DHP (bloqueadores de canales de calcio no dihidropiridínicos) Ej: Diltiazem y Verapamilo
- Diuréticos tiazídicos y análogos de tiazidas

Rc Se recomienda iniciar tratamiento antihipertensivo con terapia dual a dosis estándar, combinando los fármacos de primera línea.

R En pacientes con fragilidad se sugiere la monoterapia, con metas de PA < 140/90mmHg en pacientes de edad ≥ a 65 años (frágiles) o > de 80 años.

- Se recomienda el uso de combinaciones de fármacos en una sola píldora para mejorar la adherencia.
- La monoterapia sólo en pacientes con hipertensión leve o casos de adultos con fragilidad.
- Se recomienda en pacientes de alto riesgo (> 10% de riesgo cardiovascular, DM2 o daño a órgano blanco): Iniciar tratamiento con TA > 130 / 80 mmHg.
- Dosis máxima de losartán en HAS son 100mg/día.

Inicial (paso 1)

Terapia Dual

- IECAS o BRA + BCC
- IECA o BRA + Diurético.

- En síndrome metabólico, obesidad o DM2: Se prefiere terapia dual con BCC.
- Sin riesgo metabólico o sin retención hídrica: Se prefiere diurético en terapia dual.
- Paciente con aclaramiento de Cr < 30 ml/min se sugiere un diurético de asa.

Paso 2 en tratamiento

Terapia triple

IECAS o BRA + BCC + Diurético

- Evaluar adherencia a tratamiento, en caso necesario referir a 2do nivel.
- Paciente con aclaramiento de Cr < 30 ml/min se sugiere un diurético de asa.

Paso 3 en tratamiento

HAS resistente

IECAS o BRA + BCC + Diurético + Espironolactona.

Paciente con aclaramiento de Cr < 30 ml/min no se sugiere la espironolactona, se prefiere: bloqueadores alfa, Beta bloqueadores y simpaticolíticos.

Considerar **Beta bloqueadores** en cualquier paso, cuando exista una indicación específica: Insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica o mujeres en edad fértil con posibilidad de embarazo.

- Contraindicaciones de tratamiento:**
- Diuréticos: Gota.
 - IECA: Embarazo, hipercalcemia
 - Beta bloqueadores: Asma y bloqueo A-V.
 - Antagonistas de receptores mineralocorticoides:

Síndrome metabólico

Fx riesgo
 • Obesidad visceral
 • Glucosa elevada
 • Colesterol elevado
 • Hipertensión

El síndrome X o síndrome de resistencia a la insulina consiste en un conjunto de alteraciones metabólicas que confieren un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus. La obesidad es el factor de riesgo más importante.

Tx
 • Terapia psicoconductual
 • Control de estímulos
 • Control de estrés
 Tx farmacológico
 Fenilamina
 Discafemina
 Altrexona /
 Propion SR
 Bloqueadores de la
 saciedad

Anormalidades metabólicas
 - Intolerancia a la glucosa
 - Metabolismo del ácido úrico anormal
 - Dislipidemia
 - Hemodinamia
 - Hemostasia
 - Sistema reproductor
 - Disfunción endotelial

Resistencia a la insulina
 - Acanthosis nigricans
 - Irsutismo
 - Caída del cabello
 - Lipodistrofia

Tx
 • Cambios en el estilo de vida
 • Déficit calórico
 • Bajar de 0.5 - 1 kg a la semana
 • Ejercicio 150 min a la semana anaeróbica energética
 • Reducir sedentarismo

con ejercicio 150 min
 /m2 o pasando 3 meses
 grasa (por inhibición de
 de DM2.
 MC >40 kg/m2 O >35 IMC
 on son los IECAs.
 r niveles de TG en ayunas.
 niveles de triglicéridos.

↓ Colesterol VLDL
 ↓ Colesterol HDL
 ↓
 Perfil de lípidos aterogénico
 Hiper glucemia e hipoglucemia
 (Nivel hepático)

- Obesidad central
 - HAS
 - ↑ TGL

Tx farmacológico
 • Liraglutida
 • Orlistad → Inhibición de lipasa pancreática
 • Esetimiba
 • Secuestradores de ácidos biliares

↓ Lipólisis de TGL
 ↓
 ↑ Niveles de AG libres
 ↓
 ↑ Oxidación de AG libres
 ↓
 ↓ Utilización de glucosa
 ↓
 ↑ de Gluconeogenesis
 ↓
 ↑ Hiper glucemia e hiperinsulinemia

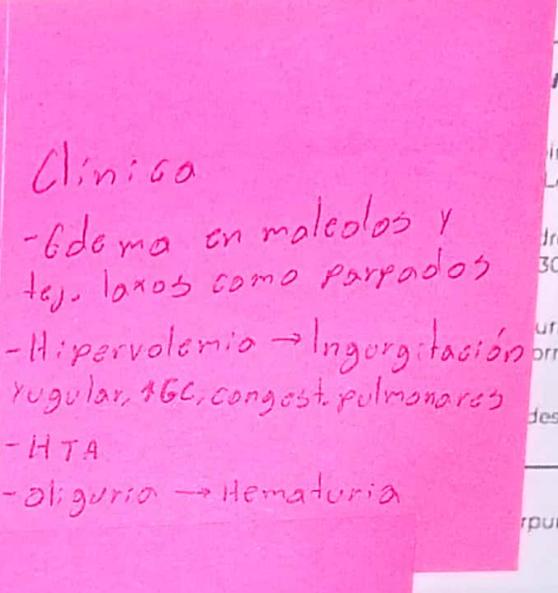
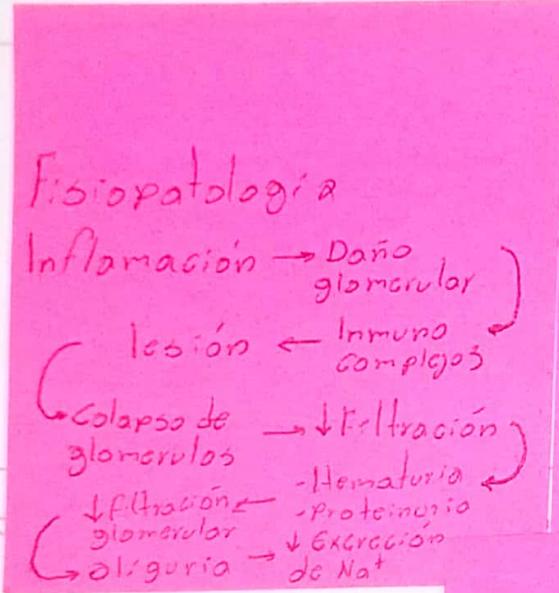
1200 - 1500 kcal mujer
 1500 - 1800 kcal Hombre
 Mujer >40g
 Hombres >60g
 } Exceso de calor

Síndrome nefrítico

Etiología

El síndrome nefrítico es una **condición clínica** definida por la asociación de hematuria, proteinuria, hipertensión arterial e insuficiencia renal.

La glomerulonefritis puede encontrarse confinada al riñón (síndrome nefrítico primario) o ser un componente de un trastorno sistémico (glomerulonefritis secundaria).



nf. de Berger)

iratoria (< 5 días) o LA - BW35.

drome nefrítico en 30 años.

urrente. normal.

desarrollan ERC.

rpura trombótica.

En todos los pacientes en edad preterter manifestaciones cara síndrome nefrítico como hematuria hipertensión arterial con sus variabilidad se deberá investigar el infección por lo menos una o dos ser inicio de los síntomas.

R

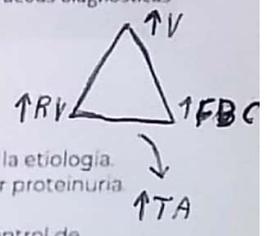
Laboratorios

Proteinuria en 24 hrs < 3,5 g / 24 hrs

Orina completa

- Hematuria dismorfica
- Acantocitos y cilindros
- Sedimento nefrítico

de glomerulonefritis aguda es fuertemente sugerido por, especialmente cuando hay un reciente por Streptococcus, por tan algunas pruebas diagnósticas



Diagnostico

- Diagnóstico de síndrome nefrítico:
 - Proteinuria no nefrótica (<3.5 g/dl) (++)
 - Caída de filtración glomerular, edema
 - Hipertensión arterial (>130/90 mmHg)
- Diagnóstico confirmatorio de post estreptoc serología positiva (AntiStreptolisinas) o cult
- Estándar de oro: Biopsia renal en casos esp

Tratamiento

se a atender la etiología. **As** para tratar proteinuria paciente. asa para el control de asión. estreptocócica cuando no vno, o cultivo positivo.

Sx nefrítico

Inflamación glomerular de la membrana basal

Inflamación + Colapso capilar

Primaria

- Proliferativa

Secundaria

- Sistémicas

Etiología

#1 Glomerulonefritis post. estreptocócica

↓ Viral y Parasitaria

IgA → Inmuno complej. autoinmune

- Enf. Berger
- Vasculitis

Labs

- Acantocitos y cilindros hemat
- Hematuria dismorfica
- Excreción de sodio <1%
- ↓ Hematocrito y Hb
- Proteinuria 24 hr < 3.5 mg/dL

Complic.

- Insuf renal aguda
- Gdema agudo de pulmón
- Encefalopatías hipertensivo
- Insuf. cardiaco
- Convulsiones

Dx

- Antiestreptolisina (ASTO A)
- Anticuerpos Anti DNA
- FAN
- Crioglobulinas
- Anticuerpos Ant. MBEA

Iván Alonso López López 7^o "B"

Patología crónica degenerativa por sobreproducción por la sobreproducción de insulina

FR: Obesidad, sedentarismo, genética, glucocorticoides

DEFINICIÓN

DIABETES TIPO 1. IA DESTRUCCIÓN AUTOINMUNE DE CÉLULAS B, QUE CONDICIONAN UNA DEFICIENCIA ABSOLUTA DE INSULINA **IB.** IDIOPÁTICA
DIABETES TIPO 2. PERDIDA PROGRESIVA DE SECRECIÓN DE CÉLULAS B
DIABETES GESTACIONAL. HIPERGLUCEMIA RELACIONADA AL LACTÓGENO PLACENTARIO
PREDIABETES. PACIENTES QUE NO CUMPLEN CON CRITERIOS PARA DM, PERO TIENEN RESULTADOS ALTOS, PARA SER CONSIDERADO ANORMAL.
OTRAS FORMAS. DIABTES MODY (DEFECTO GENÉTICO)*, ENFERMEDADES DE PANCREAS

GENERALIDADES

LA ENFERMEDAD ENDÓCRINA MÁS FC.

FACTORES DE RIESGO. SOBREPESO Y OBESIDAD (PRINCIPALES FACTORES) MAYOR DE 40 AÑOS, FAMILIAR DE PRIMER GRADO (AUMENTA 2.7 VECES EL RIESGO), ETNIA HISPANA, ANTECEDENTE DE DM GESTACIONAL O PRODUCTOS MACROSÓMICOS, SX DE OVARIO POLIQUISTICO. USO CRÓNICO DE GLUCOCORTICOIDES.
• LOS GERIÁTRICOS CON DM TIENEN 2-4 VECES MÁS DE RIESGO CV. EN ESTOS PACIENTES AUMENTA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y MORTALIDAD



PUNTOS ENARM

- LOS PACIENTES EN TX CON INSULINA AUMENTAN DE PESO ENTRE 1.1 Y 1.5 KG
- LA INSUFICIENCIA RENAL ES MÁS FRECUENTE EN DIABETES TIPO 1
- LA DIABETES ES LA PRINCIPAL COMORBILIDAD ASOCIADA A INFECCIONES ODONTOGÉNICAS
- LA REDUCCIÓN DEL 1% DE LA HBA1C REDUCE UN 35% LAS COMPLICACIONES MICROANGIOPÁTICAS
- PRINCIPAL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES (NEUROPATÍA) ES EL CONTROL DE LA GLUCOSA
- LA DISLIPIDEMIA MÁS FC ASOCIADA A DM TIPO 2 ES LA HIPERTRIGLICERIDEMIA

- **FENÓMENO DE SOMOGYI.** ELEVACIÓN DE GLUCEMIA EN AYUNAS POR AUMENTO DE LAS HORMONAS CONTRARREGULADORAS EN RESPUESTA A LA HIPOGLUCEMIA NOCTURNA (REDUCIR DOSIS DE INSULINA)
- **FENÓMENO DEL ALBA:** ES LA ELEVACIÓN DE LA GLUCOSA PLASMÁTICA EN LAS PRIMERAS HORAS DE LA MAÑANA, POSIBLEMENTE EN RELACIÓN CON LA SECRECIÓN NOCTURNA DE GH O EL RITMO CIRCADIANO DEL CORTISOL
- EN ADULTOS MAYORES SE RECOMIENDA LA DETERMINACIÓN DE LA TFG AL MENOS UNA VEZ AL AÑO POR MEDIO DE LA ECUACIÓN CKD-EP
- LA DISMINUCIÓN DE LA TASA DE FILTRACIÓN SE ACELERA DEL 20-40% EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES INDEPENDIENTE SI EXISTE O NO NEFROPATÍA
- LA NEFROPATÍA DIABÉTICA LA PODEMOS VALORAR SOLICITANDO MICROALBUMINA EN ORINA. SERÁ UN RESULTADO NEGATIVO SI TENEMOS UN RESULTADO MENOR A 30 MG/DL, SI ES MAYOR A 30 SE DEBE CONFIRMAR SOLICITANDO UN NUEVO ESTUDIO DENTRO DE LOS SIGUIENTES 3-6 MESES
- PACIENTE EN EDAD MEDIA CON TIROIDES AUMENTADA DE TAMAÑO, PETREA, SIN AFECTACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS DESCARTAR TIROIDITIS DE RIEDEL

Curva de tolerancia a la glucosa → confirmatoria
 HbA1c → Descarta el Dx

Tamizaje para diagnóstico FINDRISC

≥ 12 → Realizar glucosa en ayuno > 126 mg/dL diabetes

Curva de tolerancia a la glucosa con 75 g de glucosa → 200 mg/dL
 HbA1c ≥ 6.5%

TODOS LOS PACIENTES AL AÑO EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE DEBE INICIAR TAMIZAJE A LOS 10 AÑOS LA ADA RECOMIENDA EL CRIBADO DESDE LOS 10 AÑOS A TODOS LOS NIÑOS CON SOBREPESO

CRITERIOS	DE 6.0 A 6.4 %	≥ 6.5 %
GLUCOSA EN AYUNO MENOS 8 HRS		
GLUCOSA PLASMATICA 2 HORAS		
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA		

TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO

PRUEBAS P/ TAMIZAJE	NOS BRINDA DX	IMPORTANTE
<ul style="list-style-type: none"> GLUCOSA EN AYUNO CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 	GLUCOSA EN AYUNAS: >126 MG GLICEMIA AL AZAR: >200 MG/DL CURVA: >200 MG/DL 2 HRS DESPUÉS DE INGESTA DE 75 MG DE GLUCOSA EN 375 ML DE AGUA.	LOS CUESTIONARIOS DE RIESGO (FINDRISC O CANRISK) NO HAN SIDO VALIDADOS PARA POBLACIÓN MX. SI SE REALIZAN Y ES POSITIVO: TAMIZAJE / NEGATIVO: APLICAR CADA 3 AÑOS.

PREDIABETES

INTOLERANCIA A LA GLUCOSA/ SX RESISTENCIA A INSULINA ES EL RIESGO DE TENER DM EN 5 AÑOS DIAGNÓSTICO. SIEMPRE QUE UN PACIENTE TENGA GLUCOSA EN AYUNO DE 100-125 MG SE DEBE REALIZAR UNA CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA NO SE RECOMIENDA LA HbA1c POCO S Y E. EN ESTOS PACIENTES LAS PRUEBAS SE RECOMIENDAN HACER DE FORMA ANUAL TRATAMIENTO. DISMINUIR DE PESO <7% Y EJERCICIO 30 MINUTOS 5 VECES POR SEMANA METFORMINA 425 MG SI OBESIDAD GRADO II, O QUE NO MEJORE LA GLUCOSA CON 3 MESES DE MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA

Insulina glargina → Primera
 Insulina NPH → Segunda
 Se recomienda usar ICGA o ARA II en Dx con compromiso Renal

Tx inicial
 - Cambios en el estilo de vida
 - Metformina de 500 mg
 • Mantener actividad física constante reduce la mortalidad
 • No usar sulfonilureas como la glibenclamida → Usar Glimiperida
 • Usar Glipizida

CRITERIOS	100-180 MG/DL	TA <150/90	<8.5
DM1			
DM2			
GERIATRICOS			
GERIATRICOS DEPENDENCIA FUNCIONAL O ERC			

METFORMINA. >9% SINTOMÁTICO. INSULINA NPH 10 UI O 0.2 UI KG/PESO. INCREMENTAR DE 2-4 UNIDADES EN CASO DE NO ALCANZAR METAS

INSULINOTERAPIA

SE RECOMIENDA EL USO DE GLARGINA DE FORMA INICIAL
 • EN CASO DE UTILIZAR NPH SE RECOMIENDA 2/3 DOSIS POR LA MAÑANA Y 1/3 POR LA NOCHE
 EN CASO DE USAR INSULINA REGULAR SE APLICA 20-30 MINUTOS ANTES DE LA COMIDA 2 UNIDADES SI LA GLUCOSA ES DE 250 Y 4 UNIDADES SI ES DE 350.

CONSIDERACIONES

- NO SE RECOMIENDA INICIAR CON METFORMINA + GLIBENCLAMIDA POR EL RIESGO DE HIPOGLUCEMIAS
- NO SE RECOMIENDA LAS TIAZOLIDEDIONAS POR RIESGO DE FRACTURAS O CA DE VEJIGA, FALLA CARDIACA
- LA MONOTERAPIA DEBE REDUCIR ENTRE 0.5-1.5 HbA1c
- SI HAY ELEVACIONES DE >1.5 HbA1c SE DEBE INICIAR TERAPIA DUAL
- SI EN >2 VECES EL RESULTADO ES DE <80 MG/DL SE DEBE REDUCIR 2 UNIDADES DE INSULINA
- EL COBRE PUEDE POTENCIAR EL EFECTO DE LA INSULINA
- EN CASO DEL USO DE SULFANILUREAS SE PREFERE LA GLIMEPIRIDA
- EL PRINCIPAL E.A DE LA METFORMINA SON MANIFESTACIONES G.I.
- LA SINAGLIPTINA PUEDE PRODUCIR PANCREATITIS Y AUMENTO DE PESO SI SE COMBINA CON METFORMINA
- LOS INHIBIDORES DE SGLT2 SE ASOCIAN A IVUS Y CANDIASIS VULVOVAGINAL
- SE DEBEN CUMPLIR METAS DE TX EN 3 MESES CON LOS ESQUEMAS ANTERIORES

Meta terapéutica < 7% HbA1c

Conclusión

Es de suma importancia conocer la clínica de las diferentes patologías vistas, ya que mediante la clínica nosotros deberíamos de tener una sospecha de la patología que tiene el paciente, así como también es importante saber los distintos valores de laboratorio que se encuentran en cada patología ya que igualmente con eso nosotros corroboraremos nuestro diagnóstico, así mismo, el tratamiento es de suma importancia ya que con este nosotros buscaremos controlar las patologías que se presenten en los pacientes al igual que disminuir las morbilidades y el riesgo vascular que el paciente llegue a tener, al igual que es de gran importancia conocer la fisiopatología de cada enfermedad para saber y tener una sospecha de los daños sistémicos que pueda llegar a tener el paciente y así poder llevar un control adecuado y sobre todo educar a los pacientes sobre los cambios en el estilo de vida para llevar un adecuado tratamiento y disminuir su riesgo.

Comentario de las cuatro unidades

Estuvieron muy buenas las clases, uno de mis temas favoritos que vimos durante el transcurso de clases fue el de TEP e Hipertensión pulmonar, aun que en algún que otro tema me confundía y me costaba entender un poco las clases estuvieron muy buenas durante todo el semestre, gracias. :)