

Universidad Del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Nicole Yuliveth García Guzmán

Adriana Bermudez

Clinicas medicas complementarias

Séptimo semestre

Grupo: "B"

INTRODUCCION

A lo largo de esta unidad abarcamos temas de gran interés puesto que hoy en día son las principales patologías que serán motivos de consulta, ya que cada una de ellas involucra los estilos de vida de cada individuo e incluso los antecedentes familiares cobran relevancia, ya que en ocasiones estos condicionan a padecerlos en algún futuro, como es el caso de la diabetes, dado que a lo largo de los años se van actualizando datos en relación a esta patología, debemos comprender que es descrita como una patología crónica degenerativa secundaria a la producción insuficiente de insulina

diabetes

Patología crónica degenerativa
secundaria a producc. insuficiente
de INSULINA

F.R obesidad, sedentarismo
fact. genéticos, dislipidemia
SOP, glucocorticoides

TAMIZAJE → TEST DE FINDRISE

- Edad, Peso, comorbilidad
- +9 puntos / glucosa ayuno
↳ +100mg

- Dx**
- 1) Glucosa plasmática en ayuno > 126mg/dl
 - 2) curva de T. Glucosa 75g glucosa, > 200mg 2hr
(carga Ninos - 175g)
 - 3) HbA1c > 6.5

- 4 "P"
- POLIDIPSIA
 - POLIURIA
 - POLIFAGIA
 - ↓ PESO

Tx MANEJO MULTIFACTORIAL → cambios en estilo de vida
↓ peso, act. física 30xs, alimentación
Tai chi, yoga, dieta mediterránea

Tx inicial → METFORMINA ① ② H₁g > 8% metformina + IDPP4 ^{SITNA GLIPTINA}
inhibidor
③ metformina + IDPP4 + agonista GLP-1

NO → GLIBENCLAMIDA
↳ produce as hipoglucemia

- ① insulina → glargina
- ② insulina NPH



hipertensión

Sx de etiología múltiple
 persistente caracterizado
 por ↑ presión
 > 140 / 90 mmHg

A A R T E E N N I A L

• HAS es el factor de riesgo modificable + común para enf. M y muerte.

PREVALENCIA

- 32.3% → América latina
- 39.1% → México
- ↑ Edad → 60% → 60 años
- ↳ 75% → 75 años

ETIOLOGIA

- Desconocida → factores
 - ↳ Genéticos
 - ↳ ambientales
- primaria → idiopática
- secundaria → E.N.C

RECOMENDACION

- Estilo de vida saludable
 - ↳ Ejercicio → 30-45 min - caminar, correr
 - ↳ alimentación → dieta DASH, MEDITERRANEA
 - ↳ Peso adec, Evitar → tabaco, alcohol

RIESGO

- ↳ Edad ≥ 40 años
- Tabaquismo
- Obesidad
- Tener H.A, D.M
- Historial Enf. M
- Historial E.N.C o D.M en familiar de primer grado

TAMITAJE

→ MAYORES de 18 años

PERFIL DE LIPIDOS

EKG FONDO DE OJO

INGESTA SODIO

- 2000 mg
- 5g de sal
- 87mEq NaCl/día

ESTUDIO CABINETE

- Determinación proteínas en orina
 - ↳ albumina / creatinina
- Prueba de hematuria → ECG / Trazo
- Hb1A1C • Electrolitos • creatinina • TFG

TAMITAJE

↳ 2-3 veces ↳ 5min

MPPA

Px > 40 con F.n - anual

MAPA

18-30 años, < 130/80 sin F.n - 3-5 años

135/85 mmHg

→ Noches

2 mañana → 7
 2 Noche

DX

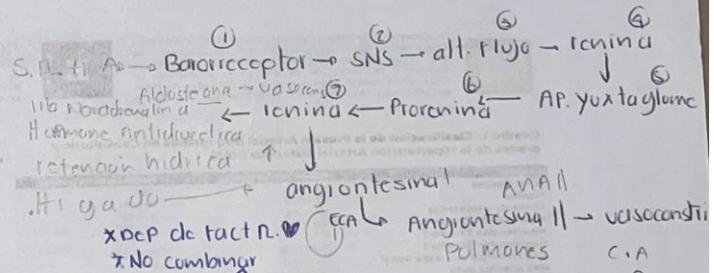
Tx FARMACO

- IECA (Captopril, Lisinapril)
- ANA II (Losartán, valsartán)
- mer. acc → angiotensina

+ Diurético - tiazidico
 hidroclorotiazido, clortalidon

calcio antagonista
 Diltiazem, verapamil, nifedipina, amlodipino, felodipino

captoPril + hidroclorotiazido



- 1 IECA o ANA II
- 2 IECA o ANA II + Diurético
- 3 IECA o ANA II + Diurético + calcioantago
- 4 IECA o ANA II + Diurético + Espirrolactona

}

dislipidemia

Ent M conjunto de ent. asintomaticas, que son detectadas cuando se encuentran [] sang. anormales → colesterol alta densidad TG1,

ETIOLOGIA

- MULTIFACTORIAL
- Primaria - genetica
- secundaria

FACTORES DE RIESGO

Ingesta excesiva

- Hipotiroidismo
- Fq SX Cushing
- LUPUS, Ent hepatica colestasica

FILOGENIA

Potencial a terogénica
↓
factor amb + genético → alt. lipidos

Heterocigota, Homocigota

HIPERCOLESTEROLEMIA
Hipercolesterolemia fam

No farmacológico
Situaciones ↓ grasa
No - fumar / alcohol
Ejercicio →

TA

factor socioeconómico
Dieta → DASH, mediterranea

↓ 10kg → ↓ 8 mg/dl
↓ 1kg → ↑ 0.4 mg/dl
↓ TG

DA

Hipercoleste
CT > 200mg/dl
LDL = > 130
TG < 200mg/dl
Hiperlipidemia mixta

Fitoesteroles → 2g → ↓ 7-10

PREVENCIÓN

calorias - 20-25 kcal / kg
15 a 20 kcal / kg
IMC - > 18.5 a < 25

Ejercicio → 30min
EVITAR - alcoholismo y tabaquismo
Detección CT, HDL, LDL, TG
Normal 5 años.

HIPERCOLESTEROLEMIA

Hiperlipidemia fam combinada
fluctuaciones constantes en Perfil
APO > B percentil

Hipertriglicidemia familiar
TG1 > 200mg/dl TC-LDL Normal
C-HDL disminuidos.
Def. fam lipasa lipoproteica

HIPERLIPIDEMIA MIXTA
Disbetalipoproteinaemia
↑ TG y CT - xantomas

CLINICA

arco corneal, xantomas
Asintomatico - incidental
ateroesclerosis acelerada
EVC, Ent. coronario, Ent al. Perif.
Hipertrig. Grave → Pancreatitis recurrente xantomas eruptivos

SX METABOLICO

• conjunto de alt. metabólicas que confiere un mayor riesgo de ent. M y DM

CRITERIOS

OBESIDAD CENTRAL

HIPERTENSION

↓ bajos de HDL

hipergluc

• MUJERES → 88cm • HOMBRES → 102cm

EPIDEMIO

• cambio ↑ notable → obesidad en niños

• 2014 38 millones < 5 años sobrepeso/obesidad

FACTORES DE RIESGO

OBESIDAD VISCERAL

• EDAD MAYOR DE 45 años
30 años

AFROAMERICANO, LATINOS Y

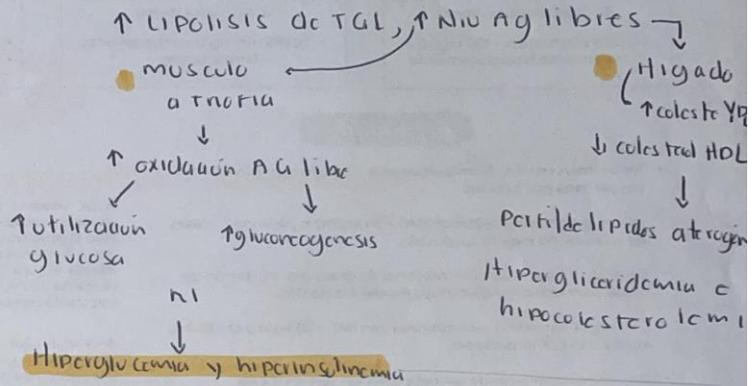
AFROAMERICANO

tabaquismo → max 70

UMADON, NICOTINA

SEDENTARISMO

AC. ÚTICO →



intoleran

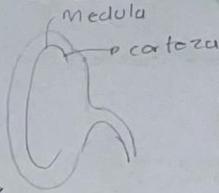
• Adipocito

emostasia → inh activador plasminógeno-1, fibrinógeno

IST. NEPHRODUCION → SOP

IST. FUNCIÓN ENDOTELIAL →

IX NEFRÍTICO



urín

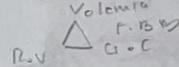
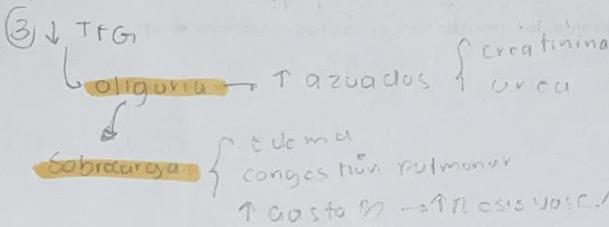
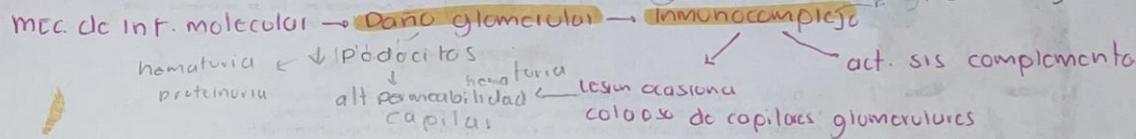
nefrona + HFE → glomerulonefritis post → S. Progenes/
viral y parasitaria EAGN

- Inflamación glomerular
- inflamación + colapso de la luz capilar
 - Deterioro
 - Edema, proteinuria, HTA, hematuria
 - Primaria → proliferativa
secundaria

patogénesis
nefrótico
hiperlipidemia
algoritmo
dieta

- IgA → inmunocomplejos
- autoinmune → Enf. B
ICS → nefritis lipídica.

fisiopat



Epidemi

↑ Hte hombres
- 15 años - 4 post
adultos - Patología de

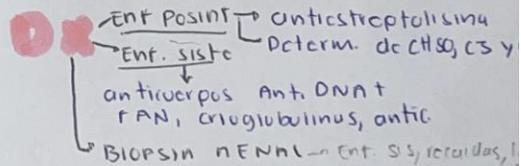
Manif Clínica

Edema, Hiperolemia, HTA,
proteinuria 24hs < 3.5g/24h

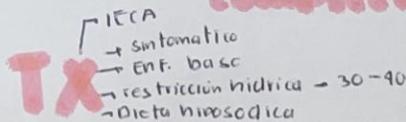
LAB

HALLAZGO P → acantocitos y cilindros hematúricos

F. renal - uremia, cre
excreción fracción de Na < 1%



Complica INA, Edema Pulm, Encefalopatía
I.C., convulsiones.



HTA
180/110
alt HTA
catálisis, oliguria,
edema, Hte hte