



**Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
Licenciatura en Medicina Humana**

**Flash cards**

**Alinne Pérez Velasco**

**Séptimo semestre "B"**

**Clínica medicas complementarias**

**Adriana Bermúdez Avendaño**

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de diciembre de 2024

## INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas degenerativas son padecimientos que se caracterizan por ser no infecciosas, de larga duración y progresión lenta. Son enfermedades que deterioran la salud de las personas de forma paulatina y en aumento, degradando la salud física y/o mentalmente a quienes la padecen. Estas pueden ser congénitas o hereditarias y están relacionadas a diversos factores, tanto los hábitos de la vida y el envejecimiento. Ejemplos de estas enfermedades son: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, entre otras. Las enfermedades metabólicas pueden ser heredadas de la familia, y el riesgo de tenerlas aumenta si ambos padres tienen la mutación genética que las causa y se caracteriza por un aumento de la circunferencia de la cintura (debido al exceso de tejido adiposo abdominal), hipertensión, niveles anormales de glucemia en ayunas o resistencia a la insulina y dislipidemia. El síndrome nefrítico es una de las formas de presentación de las enfermedades glomerulares y se caracteriza por la aparición de hematuria, oliguria y proteinuria, lo que se manifiesta en disminución abrupta de la tasa de filtrado glomerular y retención de líquido, que a su vez origina edema e hipertensión arterial.

# DIABETES

## DEFINICIÓN

DIABETES TIPO 1: LA DESTRUCCIÓN AUTOMUNDA DE CÉLULAS B, QUE CONDICIONAN UNA DEFICIENCIA ABSOLUTA DE INSULINA. **ES 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 ALTO, PARA SER CONSIDERADO ANORMAL.  
 OTRAS FORMAS: DIABETES MODY (EFECTO GENÉTICO), ENFERMEDADES DE PANCREAS.

## GENERALIDADES

### LA ENFERMEDAD ENDOCRINA 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 MACROVÍNICOS, IV DE CUANTO POLIVITAMINICO USO CRÓNICO DE GLUCOCORTICOIDES.
- LOS GEMÉlicos CON DM TIENEN 2-4 VECES MÁS DE RIESGO DE EN ESTOS PACIENTES AUMENTA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y MORTALIDAD.

## PUNTO 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 IMPROVISIONES ODONTOLÓGICAS.
- LA REDUCCIÓN DEL TN DE LA HEMC REDUCE UN 30% LAS COMPLICACIONES MICROVASCULARES.
- PRINCIPAL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES (NEFROPATÍA) ES EL CONTROL DE LA GLUCEMIA.
- LA DISLIPIDEMIA MÁS FC ASOCIADA A DM TIPO 2 ES LA HIPERTRIGLICEMIA.



FR:

- ✓ Obesidad
- ✓ Sedentarismo
- ✓ F. genéticos
- ✓ Dislipidemias
- ✓ SOP
- ✓ Glucosa +/-
- ✓ cordero

## ESTILO DE VIDA

- MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA EN TODOS LOS PACIENTES CON SOBREPESO.
- DISMINUIR LA INGESTA CALÓRICA EN 300-500 CAL** POR DÍA.
- REALIZAR EJERCICIO FÍSICO **MÁS DE 150 MINUTOS**.
- PERDIDA DE PESO DEL 5-7% LOS 3 MESES POSTERIORES.
- DISTRIBUCIÓN DE NUTRIENTES: CARBOHIDRATOS 40-57% DÍA, PROTEÍNAS 1-2 GRAMOS POR DÍA, GRASA 30-40%, FIBRA 25-35 G/DÍA, SODIO < 2.3 G/DÍA.
- EN GERIÁTRICOS YOGA Y TAI CHI SE UTILIZAN PARA FLEXIBILIDAD, FUERZA Y BALANCE.

## INTERVENCIONES

- REALIZAR EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.
- REALIZAR LA ESCALA DE FERRINGHAM PARA ESTADIFICAR RIESGO CARDIOVASCULAR. SI EXISTE ENFERMEDAD CV INICIAR ESTADIOS.
- SI EXISTE RIESGO CARDIOVASCULAR SE RECOMIENDA PRUEBA DE ESFUERZO.
- REALIZAR PERIFERICO SI ES NORMAL REPETIR DE FORMA ANUAL, SI ES ANORMAL REPETIR CADA 3-6 MESES.
- SEMADA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA AL MOMENTO DEL DM Y CADA AÑO POSTERIOR A ESTO (ALBUMINURIA CON COCIENTE DE ALBUMINA/CREATININA URINARIA EN 24 HORAS).
- TABAJAR DE RETINOPATÍA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. REPETIR EL ESTUDIO DE FORMA ANUAL.

## METAS

SI EL PACIENTE TIENE HIPERTENSIÓN LAS METAS DE TA DEBEN SER DE 130/80MMHG.  
 SI EXISTE NEFROPATÍA DIABÉTICA MANTENER LA TA SISTÓLICA EN < 130 MMHG.  
 OBJETIVO DE HBA1C: < 7.0 (MONOTERAPIA DIABÉTICA DEL 0.5-1.0% METFORMINA).  
 EN ADULTOS MAYORES SI NO TIENEN DIABETES PERO EXISTE PRUEBA DE RIESGO DE ADA > 5 PUNTOS, TENER GLUCEMIA ENTRE 110-125, HBA1C MENOR A 6.4%.



### TAMIZAJE

TOODS LOS PACIENTES DEBEN SER MONITORIZADOS UNA VEZ AL AÑO  
 EN CASO DE QUE EL PACIENTE NO TENGA FACTORES DE RIESGO SE DEBE INICIAR TAMIZAJE A LOS 45 AÑOS Y REPETIR CADA 3-5 AÑOS  
 LA IGA RECOMIENDA EL CRIBADO DESDE LOS 10 AÑOS A TODOS LOS NIÑOS CON SOBREPESO

### DIAGNÓSTICO

CRITERIOS	PREDIABETES	DIABETES MELLITUS TIPO 2
GLUCOSA EN AYUNO (AL MENOS 8 HRS)	110 - 125 MG/DL	≥ 126 MG/DL
GLUCOSA PLASMÁTICA A LAS 2 HORAS	140 - 199 MG/DL	≥ 200 MG/DL
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	DE 5.0 A 6.4%	≥ 6.5%

## TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO

PRUEBAS P/ TAMIZAJE	NOS BRINDA DE	IMPORTANTE
GLUCOSA EN AYUNO CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA	GLUCOSA EN AYUNO >126 MG GLUCOSA AL AZAR >200 MG/DL CURVA >200 MG/2 HRS DESPUES DE INGESTA DE 75 MG DE GLUCOSA EN 375 ML DE AGUA	LOS CUESTIONARIOS DE RIESGO (DMASC O CANARIO) NO HAN SIDO VALIDADOS PARA POBLACIONES MAL SI SE REALIZAN Y ES POSITIVO TAMBIEN / NEGATIVO APLICAR CADA 3 AÑOS

### PREDIABETES

INTOLERANCIA A LA GLUCOSA O 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 HBAIC POCO S F 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 1, O QUE NO MEJORA LA GLUCOSA CON 3 MESES DE MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA

### ENABM

### TRATAMIENTO

- INICIAL: METFORMINA (NO SE RECOMIENDA MANEJARLO CON CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DM2)
- INICIAL EN FX CON PESO NORMAL/ EMBARAZO: INSULINA

MONOTERAPIA: HBA1 >8% METFORMINA EN O SGLTPTA / INSULINA MANEJO

TERAPIA DUAL: HBA1 >8% METFORMINA + SITAGLIPTINA (DPP4)

TERAPIA TRIPLE: HBA1 >8% ASINTOMÁTICO: METFORMINA + SITAGLIPTINA + SGLTPTA (SGLT-1)

INSULINA + METFORMINA >8% SINTOMÁTICO: INSULINA NPH 10-12 U O 0.2-0.4 UNIDADES INCREMENTAR DE 0.4 UNIDADES EN CASO DE NO ALCANZAR META

#### INSULINOTERAPIA

SE RECOMIENDA EL USO DE GLARGINA DE FORMA INICIAL

- EN CASO DE UTILIZAR NPH SE RECOMIENDA 2/3 UNIDADES 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 230 Y 4 UNIDADES SI ES DE 300

Manejo multiphasico  
 - Comer como de vida  
 - + poco dieta baja  
 - dieta mediterranea

DM1: Tx: Insulina

Metformina 500 mg

CRITERIOS	GLUCOSA EN AYUNO	GLUCOSA POSTPRANDIAL	HEMOGLOBINA GLUCOSILADA
DM1	12-26 MG/DL	NO INCRASADO NOVEZ 100-180 NOVEZ 180-200	7.5%
DM2	<130 MG/DL	<180 MG/DL	<8%
GERIÁTRICO	<130 MG/DL	<180 MG/DL	<8.5%
GERIÁTRICO DEPENDENCIA FUNCIONAL O ETC	100-180 MG/DL	12-170 MG/DL	<8.5%

### CONSIDERACIONES

- NO SE RECOMIENDA INICIA CON METFORMINA + GLIBENCLAMIDA POR EL RIESGO DE HIPOTENSIA
- NO SE RECOMIENDA LAS TIAZOLIDINONAS POR RIESGO DE FRACTURA O CA DE VESIGA, FALLA CARDIACA
- LA MONOTERAPIA DEBE INICIAR ENTRE 0.5 Y 1 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 SGLTPTA SE PREVIENE LA GINECOMASTIA
- EL PRINCIPAL E.A. DE LA METFORMINA SON MANIFESTACIONES GI
- LA SITAGLIPTINA PUEDE PRODUCIR PANCREATITIS Y AUMENTO DE PESO SI SE COMBINA CON METFORMINA
- LOS INHIBIDORES DE SALTZ SE ASOCIAN A RVT Y CÁNCERES VESICULAR
- SE DEBEN CUMPLIR METAS DE TX EN 3 MESES CON LOS ESTUDIOS AUTÓMICOS

# Crisis hipertensivas

Atención a la CRP de crisis hipertensivas en la especialidad aguda de la HC con cifras **diastólicas superiores a 105 mmHg** por una evidencia **anatómica o funcional de daño orgánico**. En su ausencia, se debe seguir a la urgencia hipertensiva y emergencias hipertensivas.

## Urgencia hipertensiva

- Se requiere de una aguda y progresiva elevación y sostenida por un tiempo del tratamiento antihipertensivo.
- Dispositivo de TAE de las crisis hipertensivas.
- El manejo ambulatorio requiere TAE de 24 a 48 horas.
- Medicamentos: amlodipino, lisinapril, lisinapril + amlodipino.

## Emergencia hipertensiva

- Se requiere de una aguda y progresiva elevación y sostenida por un tiempo del tratamiento antihipertensivo.
- Dispositivo de TAE de las crisis hipertensivas.
- Se debe hospitalizar para manejo urgente. Para desahorro del costo y ingreso al hospital.
- Los medicamentos se aplican vía intravenosa.

**R** Se sugiere que los pacientes con urgencia hipertensiva se reduzcan de la TA de 25% de manera ambulatoria, pero se puede lograr con la reducción oral.

El promedio nacional en México de TAE es de 30.26% a nivel ambulatorio y 14.5% para una crisis hipertensiva.

### Objetivos

- Establecimiento de un protocolo de aguda y de crisis hipertensivas.
- El TC controla muchas variables del estado de alerta y percepción.
- Reservar Efectos: aguda, crónica y educación de aguda.

### Indicadores

Indicador de pacientes con emergencia hipertensiva y también con evidencia funcional y SOS de daño orgánico según el nivel de aguda.

**Rc** Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva se reduzcan de manera sostenida de aguda hipertensiva. Necesidad de un control de aguda y sostenido de emergencia hipertensiva.

**E** La **dispositivo** de aguda hipertensiva pueden generar **efectos secundarios** y causar hipertensión aguda del TC de emergencia hipertensiva y de la clínica.

Indicador	Definición
Medición de TAE	Se sugiere en pacientes con urgencia hipertensiva se reduzcan de manera sostenida de aguda hipertensiva.
Medición de TAE	Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva se reduzcan de manera sostenida de aguda hipertensiva.
Medición de TAE	Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva se reduzcan de manera sostenida de aguda hipertensiva.
Medición de TAE	Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva se reduzcan de manera sostenida de aguda hipertensiva.
Medición de TAE	Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva se reduzcan de manera sostenida de aguda hipertensiva.

No hay evidencia de que los protocolos de aguda hipertensiva reduzcan la mortalidad en pacientes con emergencia hipertensiva.



### Objetivo a situación clínica

- Emergencia hipertensiva
- Edema pulmonar agudo
- Síndrome coronario agudo
- Insuficiencia renal
- Encefalopatía hipertensiva
- Capacidad renal reducida
- AVC isquémico o hemorrágico
- AVC isquémico o hemorrágico
- Hipertensión maligna
- Hipertensión crónica

### Tratamiento de primera línea

- Lisinapril, lisinapril + amlodipino
- Nitroglicerina + derivado de ASA
- Nitroglicerina, lisinapril + amlodipino
- Enalapril + lisinapril + amlodipino
- Furosemida y a CRP de aguda HTA
- Insulina con insulina regular
- Lisinapril, lisinapril + amlodipino
- Lisinapril, lisinapril + amlodipino
- Lisinapril + amlodipino
- Lisinapril + amlodipino

### Recomendaciones acerca de la CRP

- Dispositivo de TAE de 24 a 48 horas de manera ambulatoria
- Dispositivo de TAE de 24 a 48 horas de manera ambulatoria
- Dispositivo de TAE de 24 a 48 horas de manera ambulatoria
- Dispositivo de TAE de 24 a 48 horas de manera ambulatoria
- Dispositivo de TAE de 24 a 48 horas de manera ambulatoria
- Dispositivo de TAE de 24 a 48 horas de manera ambulatoria
- Dispositivo de TAE de 24 a 48 horas de manera ambulatoria
- Dispositivo de TAE de 24 a 48 horas de manera ambulatoria
- Dispositivo de TAE de 24 a 48 horas de manera ambulatoria
- Dispositivo de TAE de 24 a 48 horas de manera ambulatoria

**Rc** Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva se reduzcan de manera sostenida de aguda hipertensiva. Necesidad de un control de aguda y sostenido de emergencia hipertensiva.

**R** Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva se reduzcan de manera sostenida de aguda hipertensiva. Necesidad de un control de aguda y sostenido de emergencia hipertensiva.

**Rc** Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva se reduzcan de manera sostenida de aguda hipertensiva. Necesidad de un control de aguda y sostenido de emergencia hipertensiva.

**R** Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva se reduzcan de manera sostenida de aguda hipertensiva. Necesidad de un control de aguda y sostenido de emergencia hipertensiva.





## ETIOLOGÍA

- Idiopática /  
• Pac genética o  
• ambientales.

- Restricción en la ingesta de sodio:  
2000 mg (5g de sal) o 87 mmol/día.

- ✓ Iniciar tamizaje a los 18 años.
- ✓ Realizar al menos 30-45 minutos de ejercicio  
aeróbico 5-7 días a la semana.

- Busca de manera  
intencionada falla  
de órgano blanco.

## Estudios de apoyo:

- Hb1Ac
- Creatinina y TFG
- Electrolitos
- Prueba de hematuria

## \* Perfil lipídico.

- \* Electrocardiograma.
- \* Fondo de ojo

Tamizaje: 1 a 3 veces. TA: MDPA y MIPA





- Prevención**
- Reconocer TR
  - Reducción de DM
  - Cambios en estilo de vida
  - + posición de dormir
  - Agua

# Síndrome metabólico

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

**R**

Se debe realizar tamizaje para síndrome metabólico en la población mexicana de alto riesgo para DM2 de manera oportuna en el primer nivel de atención, como parte de la prevención primaria.

El SOP está muy relacionado a resistencia de insulina con una prevalencia entre 40 y 80%.

- CC:**
- Acetona
  - Insulina
  - Mioglobina
  - Oxalato
  - Acido urico

<p><b>1. Glucosa plasmática</b></p> <p>Se deben consumir más de 3 unidades de ATP 3.</p>	<p><b>1. Triglicéridos</b></p> <p>&gt;150 mg/dL en tratamiento para TC elevado.</p>	<p><b>2. Colesterol HDL</b></p> <p>&lt; 40 mg/dL en hombres &lt; 30 mg/dL en mujeres.</p>
<p><b>3. Glucosa plasmática</b></p> <p>Glucosa plasmática &gt;150 mg/dL en tratamiento hipoglucemiante.</p>	<p><b>4. Presión arterial</b></p> <p>&gt; 130/85 mmHg en tratamiento farmacológico.</p>	<p><b>5. Capacidad abdominal</b></p> <p>&gt; 102 cm en hombres &gt; 88 cm en mujeres.</p>

**Tratamiento**

- Mejor intervención: Disminuir peso 5 - 7% con ejercicio 150 min/ semana por 3 meses. 75 min. **obediente**
- Iniciar metformina 425mg IMC < 34 kg/m<sup>2</sup> o pasado 3 meses de ejercicio no mejora su glicemia.
- Dietas: Inhibir absorción intestinal de grasa por inhibición de lipasa pancreática y disminuir incidencia de DM2
- La cirugía bariátrica está indicada con IMC >40 kg/m<sup>2</sup> o >35 IMC kg/m<sup>2</sup> con comorbidades.
- Los antihipertensivos de primera elección son los IECA.
- Los fibratos son de elección para reducir niveles de TG en ayunas.
- Los estatinas reducen hasta un 30% los niveles de triglicéridos.

**R**

A los individuos con riesgo de desarrollar DM2 deben adherirse a un plan dietético y de actividad física personalizadas. Cuando sea la disminución de la ingesta calórica total en 500 kcal al día por día, también como bajar el peso inicial, además de una rutina de ejercicio aeróbico de intensidad moderada con el objetivo de disminuir un 5-7% del peso corporal durante los 3 meses posteriores.

Se deben seguir los niveles de glucosa sanguínea como medida de control en pacientes con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico. El peso grueso no aumenta, depresión o hipertensión, independientemente del control adecuado de su enfermedad.

La terapia con estatinas de alta intensidad debe ser usada como primera línea de tratamiento en menores de 75 años con alto riesgo cardiovascular.

**ENBANUT**

- Prevalencia de obesidad en los niños
- ↑ Grasas saturadas
  - Pan
  - Jabonitas
  - Chocolate
- OMS
  - 1200 - 1500 → Muj
  - 1500 - 1800 → Hom

**Anormalidades metabólicas**

- Int. a la glucosa
- Met. del ácido úrico anormal
- Dislipidemia
- Hemodinamia
- Hemostasia
- S.OT. reproductor
- Disfunción endotelial

**CC:**

- P abdominal
- RI
- Presión sanguínea ↑
- Lipodistrofia

**Tx:**

- Cambios en el estilo de vida
- Dieta rica en: 50 a 70 kcal/día

- Farmacológico**
- Anorexigénicos:
    - Fenpropion
    - Lorcaserina
    - Naltrexona SR/ bupropión SR
    - Liaglutida
  - Orlistat
  - Dietesis 100

↓  
Reducir sedentarismo  
Manejo conductual  
↓ **obeso**  
control de estímulos

Apante +10 g Max: 70g  
Cobaco +60 g (+ prob: enf)

# Síndrome nefrítico

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).

## Glomerulonefritis postestreptocócica

- Antecedente de infección por EBHGA (impétigo o faringoamigdalitis), hace 2 - 3 semanas.
- La causa más común de síndrome nefrítico.
- Se presenta en niños de 2 - 12 años.
- Hipocomplementemia (CS y CA).
- Antiestreptolisinas O elevadas.
- Tiene un excelente pronóstico en niños.

## Glomerulonefritis por IgA (enf. de Berger)

- Antecedente de infección respiratoria (< 5 días) o ejercicio intenso. Se asocia a HLA - B\*25.
- Causa más frecuente de síndrome nefrítico en adultos. Se presenta de 20 - 30 años.
- Hematuria asintomática recurrente.
- Sistema de complemento normal.
- Variable, el 25% de pacientes desarrollan ERC.

Otras causas: LES, Schönlein-Henoch, membrana proliferativa, síndrome hemolítico urémico y púrpura trombótica.



En todos los pacientes en edad pediátrica que presentan manifestaciones características del síndrome nefrítico como hematuria, edema e hipertensión arterial con sus variantes según la gravedad se deberá investigar el antecedente de infección por lo menos una o dos semanas antes del inicio de los síntomas.



El diagnóstico de glomerulonefritis aguda postestreptocócica, es fuertemente sugerido por los hallazgos clínicos, especialmente cuando hay un historial de infección reciente por Streptococcus, por lo que solo se necesitan algunas pruebas diagnósticas para la confirmación.

## Diagnóstico

- Diagnóstico de síndrome nefrítico:
  - Proteinuria no nefrótica (< 3.5 g/dl) (++)/+++
  - Caída de filtración glomerular, edema y hematuria
  - Hipertensión arterial (> 130 / 90 mmHg)
- Diagnóstico confirmatorio de post-estreptocócica con serología positiva (Antiestreptolisinas) o cultivos.
- Exclusión de otros:** Biopsia renal en casos específicos.

## Tratamiento

- El tratamiento debe dirigirse a **atender la etiología.**
- Puede ser de utilidad los **IECA** para tratar proteinuria.
- Retención de agua y sodio al paciente.
- Diuréticos de furozídicos o de asa para el control de sobrecarga hídrica e hipertensión.
- Iniciar con **penicilina** en postestreptocócica cuando no hayan recibido antibiótico previo, o cultivo positivo.

1) In inflamación glomerular → (TI. basal)  
Inflamación → colapso capilar.

2) In inmunocomplejos → <sup>inf.</sup> daño glomerular → Podocitos → AIT.  
per m. capil  
✓ Hematuria  
✓ Proteinuria

1) Primaria  
2) Secundaria

# 1 Glomerulonefritis → S. Progenos.  
Secundaria post-estreptocócica. → EBHGA  
+ viral y parasitaria

# IgA } Inmunocomplejos  
15 - 50 años.

Autoimmune } E. Berger  
vasculitis  
LES → Nefritis lipica

3) + TFG → oliguria → + Azúcares } creatinina  
urea.

sobre carga } edema  
congestión pulm  
TOL → + RV } TTA  
+ Retina  
↓ Aldosterona.

## RINÓN



### EPIDEMIO

- Más en vías de desarrollo
- Pico (5-12 años)
- Niños *G. streptococcus*
- Adultos *G. porphyg.*

### Prognóstico:

- Niños no dep. de vida
- Adultos res. o IR
- Mortalidad <1%

### LABS

- Proteinuria 24 hrs <3.5
- Orina completa:
  - ✓ Hematuria
  - ✓ Acantocitos y cilindros hemáticos (sig. patognomónico)

### Diagnóstico

Enf. sistémicos

- ✓ Anticuerpos anti-DNA +
- ✓ ESR +
- ✓ Crioglobulinas
- ✓ ANCA

### Complicaciones

- ✓ IRA
- ✓ Edema agudo de pulmón
- ✓ Encefalopatía hipertensiva
- ✓ Insuf. cardíaca

### Signos de alarma

- ✓ Edema agudo de pulmón
- ✓ ↑ creatinina
- ✓ HTA severa no controlada
- ✓ Cefalea
- ✓ Edema
- ✓ Oliguria
- ✓ Sig. hematuria
- ✓ Sig. inf. persistente

### Criterios de Alta

- Control de hipertensión arterial
- Resolución de edema

## **CONCLUSION**

En conclusión, las enfermedades crónicas degenerativas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera diferentes ámbitos de la vida laboral y social. En muchas ocasiones, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios. Es por eso la importancia de un manejo eficaz y oportuno hacia la enfermedad junto a los cambios en el estilo de vida como por ejemplo la realización de ejercicio mínimo 2 o 3 veces a la semana por 39 a 45 minutos, la reducción en la ingesta de carbohidratos, grasas y sodio para prevenir las complicaciones.

## **COMENTARIO FINAL**

Es importante el diagnóstico de todas las enfermedades para así dar un tratamiento eficaz a los pacientes y prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Es por eso la concientización y poder compartir información a la población para que así conozcan las enfermedades y sus complicaciones si no son tratadas a tiempo.